



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

نظرة إلى أهداف الألفية الإنمائية في فلسطين من واقع بيانات
المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006



حزيران، 2008

تم إعداد هذا التقرير حسب الإجراءات المعيارية المحددة في ميثاق الممارسات
للإحصاءات الرسمية الفلسطينية 2006

جمادى الآخرة، 1429هـ - حزيران، 2008.
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008. نظرة إلى أهداف الألفية الإنمائية في فلسطين من واقع بيانات
المسح الفلسطيني لصحة الأسرة. 2006. رام الله - فلسطين.

جميع المراسلات توجه إلى:
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
ص.ب. 1647، رام الله - فلسطين
هاتف: 2 242 6340 (970/972)
فاكس: 2 242 6343 (970/972)
بريد إلكتروني: diwan@pcbs.gov.ps
صفحة إلكترونية: <http://www.pcbs.gov.ps>

الفهرس

7	تقديم
8	لمحة عامة
9	الهدف الأول: تقليل الفقر المدقع والجوع
14	الهدف الثاني: تحقيق تعميم التعليم الابتدائي
17	الهدف الثالث: تعزيز المساواة على صعيد النوع الاجتماعي وتمكين المرأة
21	الهدف الرابع: تخفيض وفيات الاطفال
26	الهدف الخامس: تحسين صحة الأم
39	الهدف السادس: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والمالريا وغيرهما من الأمراض



فريق العمل

إعداد التقرير	خالد أبو خالد		الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
مراجعة أولية	جواد الصالح	عناية زيدان	الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
	سناء العاصي		صندوق الأمم المتحدة للسكان
المراجعة النهائية	د. لؤي شبانه		رئيس الجهاز
	حافظ شقير		ممثل صندوق الأمم المتحدة للسكان

شكر وتقدير

تم إعداد وطباعة هذا التقرير بدعم مالي وفني من صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA). يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والتقدير للصندوق على هذا الدعم لاجراء هذا التقرير إلى حيز النور. يتقدم الجهاز أيضا من الدكتورة عائشة الرفاعي بالشكر والتقدير على الملاحظات الفنية القيمة التي أثرت بها هذا التقرير.

تقديم

اعتمدت الأمم المتحدة في شهر أيلول من عام 2000 أهداف ومؤشرات الألفية الإنمائية، وهي عبارة عن مجموعة من الأهداف العامة (8 أهداف)، والغايات (18 غاية)، والمؤشرات (48 مؤشراً)، ليتم العمل على تحقيقها حتى عام 2015 على مستوى العالم واعتبار عام 1990 سنة أساس للمقارنة ورصد التقدم الحاصل على تحقيقها. وهذه المؤشرات عبارة عن ملخص واختصار للمئات من المؤشرات التي تم نقاشها في مؤتمرات وقمم الأمم المتحدة خلال عقد التسعينات من القرن الماضي.

مما لا شك فيه أن هذه الأهداف تعتبر أداة تساهم في رصد التغيرات الاجتماعية والاقتصادية على مستوى الدولة الواحدة، ووضع الخطط التنموية اللازمة لتحسن الوضع في المجالات التي فيها قصور، وهي أيضاً تساهم في توفير مؤشرات قابلة للمقارنات الدولية، مما يساعد على اتخاذ القرارات الدولية في مجالات الاقتصاد والتجارة والتعامل من الدين الخارجي.

تم في هذا التقرير دراسة التحقق الذي حصل على مجموعة من الأهداف في مجالات الصحة والتعليم بالاعتماد على بيانات المسح الفلسطيني لصحة الأسرة الذي نفذه الجهاز في العام 2006 والذي شكل أساساً للانطلاق في مراقبة ورصد التحقق الذي قد يطرأ على مؤشرات الألفية الإنمائية على مستوى المحافظة الواحدة.

نأمل أن يساهم هذا التقرير في مساعدة متخذي القرار ورسمي السياسات في تقييم السياسات الصحية والتعليمية من أجل الوصول إلى الهدف المنشود في تحقيق أهداف الألفية الإنمائية.

د. لؤي شبانه
رئيس الجهاز

حزيران، 2008

لمحة عامة:

وفقاً للنتائج الأولية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت الذي نفذته الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في أواخر العام 2007، بلغ عدد السكان في الأراضي الفلسطينية 3,761,646 نسمة منهم 2,345,107 في الضفة الغربية و1,416,539 في قطاع غزة. ووفقاً لبيانات المسح الفلسطيني لصحة الأسرة للعام 2006 يلاحظ من التركيب العمري للسكان أن نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة قد بلغت 45.5%، بينما بلغت نسبة السكان الذين أعمارهم 65 سنة فأكثر 3.0% في الأراضي الفلسطينية.

ووفقاً لتعداد 2007، فقد بلغ عدد الأسر الفلسطينية في الأراضي الفلسطينية نحو 646,755 أسرة، منها 427,533 أسرة في الضفة الغربية و219,222 أسرة في قطاع غزة. وبلغ متوسط حجم الأسرة 5.8 فرداً، بواقع 5.5 في الضفة الغربية مقابل 6.5 في قطاع غزة. وتبلغ نسبة الأسر التي تدير شؤونها امرأة (ربة أسرة) حوالي 8.5%، (9.1% في الضفة الغربية و7.0% في قطاع غزة) وذلك وفقاً لبيانات المسح الفلسطيني لصحة الأسرة للعام 2006.

أظهرت نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة في العام 2006، أن العمر الوسيط عند الزواج الأول للنساء في العمر 20-54 سنة بلغ 18.0 سنة في الأراضي الفلسطينية، بواقع 19.0 سنة في الضفة الغربية و18.0 سنة في قطاع غزة. وأشارت نتائج المسح نفسه أن ما يقارب نصف النساء متزوجات من قريب لهن من الدرجة الأولى أو قريب من نفس الحمولة.

من ناحية أخرى أشارت نتائج المسح نفسه أن معدل الخصوبة الكلي في الأراضي الفلسطينية بلغ 4.6 مولوداً خلال العام 2006، بواقع 4.2 في الضفة الغربية، و5.4 في قطاع غزة، في حين بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للمرأة الفلسطينية التي سبق لها الزواج 4.7 مولود، ومتوسط عدد الباقين على قيد الحياة منهم 4.5 في الأراضي الفلسطينية.

في سياق آخر، أظهرت نتائج مسح القوى العاملة ارتفاعاً طفيفاً في نسبة القوى العاملة المشاركة في الأراضي الفلسطينية في العام 2007 (41.9%) بنسبة ارتفاع قدرها 1.5% مقارنة بالعام 2006 (41.3%). وقد أشارت النتائج بأن نسبة مشاركة الذكور في القوى العاملة إلى مجموع الذكور ضمن سن العمل قد حافظت على نفس معدلها بنسبة 67.7%، في حين ارتفعت نسبة مشاركة الإناث في القوى العاملة من 14.5% إلى 15.7% خلال نفس الفترة. أما عن نسبة البطالة، فقد بينت نتائج المسح أن نسبة البطالة قد انخفضت في الأراضي الفلسطينية بشكل ملحوظ من 23.6% في العام 2006 إلى 21.5% في العام 2007، حيث انخفضت نسبة البطالة بين الذكور من 24.2% إلى 22.1%، وبين الإناث من 20.5% إلى 19.0% خلال نفس الفترة. من جهة أخرى أشارت البيانات الصادرة عن الجهاز أن معدل الفقر بين الأسر الفلسطينية بلغ 56.8% وفقاً لأنماط الدخل خلال العام 2006، بواقع 49.1% في الضفة الغربية و79.3% في قطاع غزة.

أما فيما يتعلق بالتعليم، فقد أشارت بيانات المسح الفلسطيني لصحة الأسرة للعام 2006، أن نسبة الأمية بين الأفراد الذكور الذين تبلغ أعمارهم 10 سنوات فأكثر بلغت 2.9% مقابل 8.7% بين الإناث، وأن هذه النسب قد انخفضت بين الذكور بمقدار 9.0% وبين الإناث بمقدار 7.4% مقارنة بالعام 2004.

الهدف الأول: تقليص الفقر المدقع والجوع

تشير الغاية الثانية من الهدف الأول من أهداف الألفية الإنمائية إلى ضرورة خفض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع من خلال العمل على تحسين مؤشرين أساسيين، هما: خفض نسبة نقص الوزن بين الأطفال دون الخامسة، وخفض نسبة السكان الذين يستهلكون كميات غذائية تحتوي على عناصر الطاقة المطلوبة بمستويات قليلة.

يشير النظام العالمي الخاص بمراقبة البيانات في البنك الدولي أن الفقر الشديد الذي تعاني منه الدول النامية، بما فيها فلسطين، قد انخفض من 28.0% عام 1990 إلى 19.0% عام 2002. الجدير بالذكر أن عدد سكان هذه الدول قد ازداد بنسبة 20.0% خلال نفس الفترة المشار إليها ليصبح أكثر من 5 مليار نسمة، ما يعني أن هنالك مليار مواطن يعيشون في حالة فقر مدقع. إن تحقيق استدامة في معدلات النمو الاقتصادي في الدول النامية سيؤدي إلى انخفاض نسبة الفقر العالمي إلى 10.0% مع حلول عام 2015 (البنك الدولي 2004).

أما في فلسطين فقد انخفضت معظم المؤشرات الاقتصادية خلال السنوات الماضية، تعني حالة «اللاتطور» هذه بالنسبة للفلسطينيين زيادة الفقر المدقع، ففي عام 2005، وصل الفقر «إلى مستويات غير مسبوقة، حيث طال 53.0% من الأسر، بقيت معدلات البطالة على حالها حيث وصلت إلى 30.0% عام 2006 (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006).

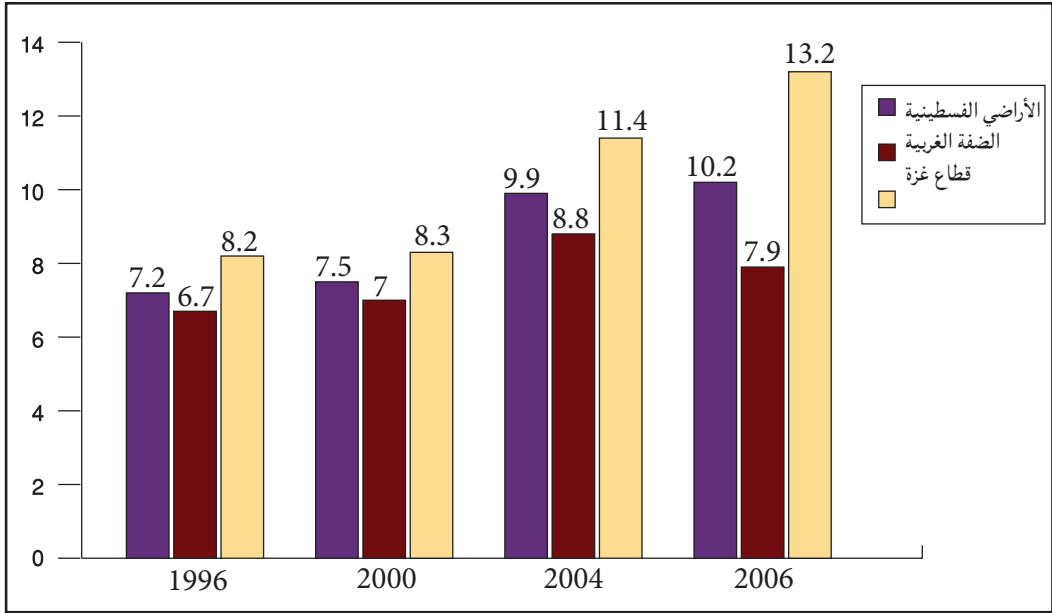
10 أطفال من بين كل 100 طفل دون الخامسة يعانون من سوء التغذية المزمن

تبدأ مراحل سوء التغذية عند الأطفال منذ الولادة، ويكون غالباً مصحوباً بتأخر في النمو الجسماني والإدراكي، ما يؤثر بشكل خطير على الإنجازات المتعلقة بأجندة التنمية الوطنية. على الصعيد الدولي فإنه من المتوقع أن تنخفض معدلات سوء التغذية في جميع الدول ما عدى شبه الصحراء الأفريقية (البنك الدولي 2004).

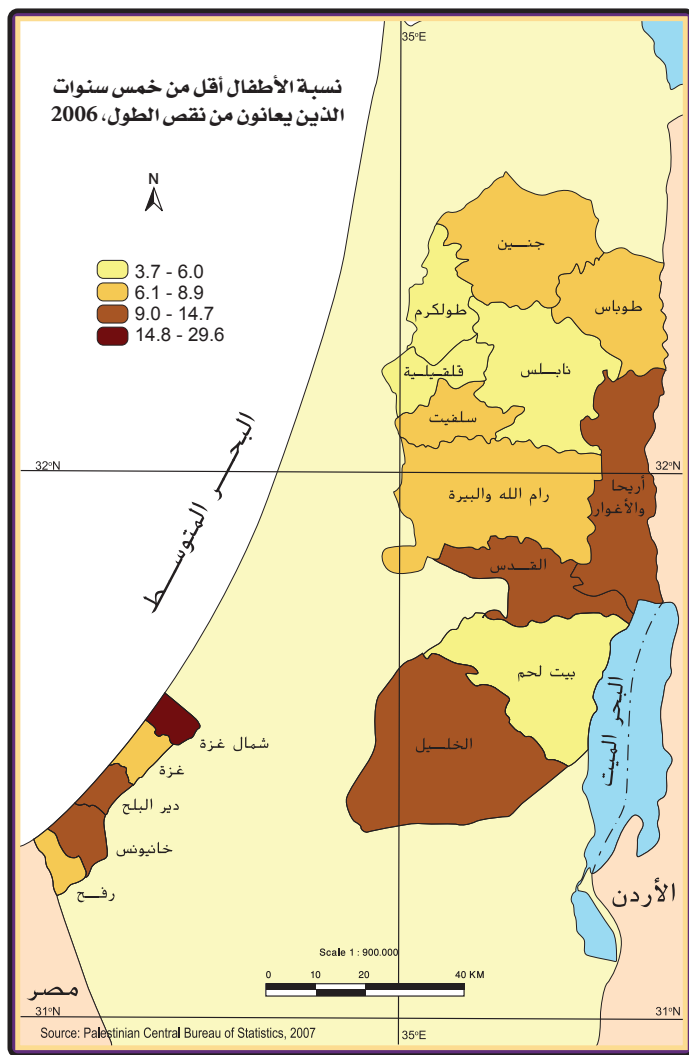
أما بالنسبة لفلسطين فهي استثناء للقاعدة مقارنة مع المنطقة حيث أن معدلات سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة في ازدياد، فقد ارتفعت معدلات انتشار سوء التغذية في الفترة الواقعة ما بين 1996 و 2006 إلى 41.6% على المستوى الوطني، وكانت نسبة الزيادة الأكثر في قطاع غزة حيث وصلت إلى 59.0%. شكل 1 يوضح اتجاهات قصر القامة بين الأطفال خلال الفترة ما بين 1996-2006.

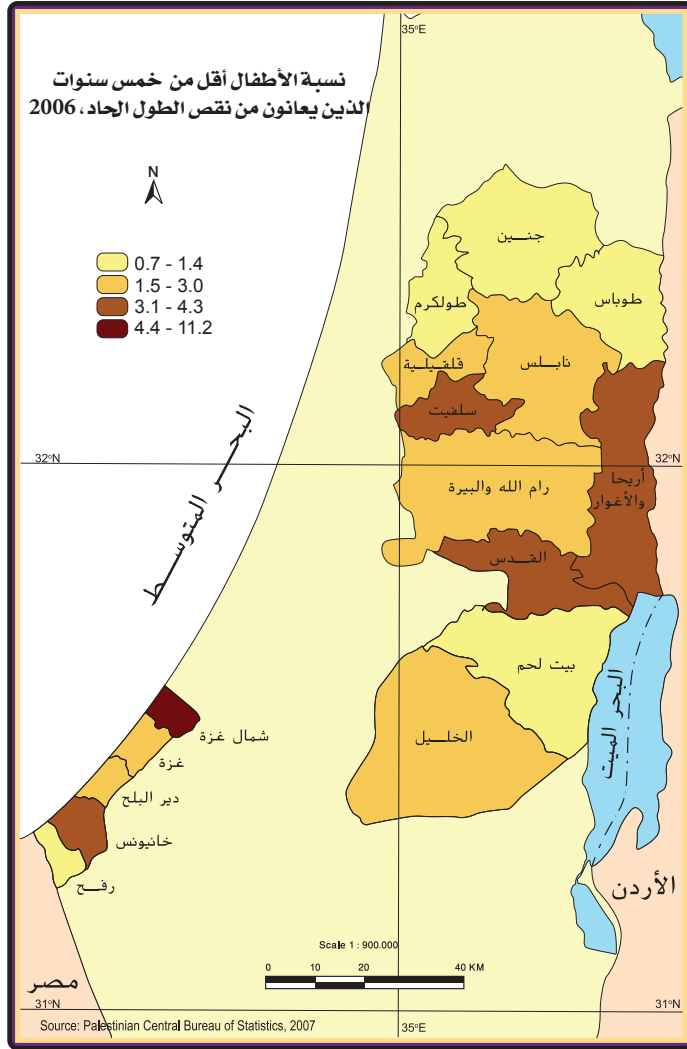
تشير الدراسات العالمية إلى أن انتشار سوء التغذية المزمن بين الأطفال دون الخامسة في المجتمعات التي تزيد فيها هذه النسب عن 5.0% هو عائد إلى سوء الوضع التغذوي عموماً في تلك البلدان الذي يعتبر مؤشراً رئيسياً للفقر/التنمية.

شكل 1: انتشار قصر القامة بين الأطفال دون الخامسة خلال الفترة 1996-2006



ونجد حالياً أنه من بين كل مائة طفل دون الخامسة هناك عشرة أطفال يعانون من سوء التغذية المزمن، حيث وصلت نسبتهم في قطاع غزة إلى 13.2% في الوقت الذي بلغت نسبة الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية في الضفة الغربية إلى 7.9%. وبلغت النسب أعلى مستوياتها في محافظة شمال غزة حيث وصلت على 29.6% مقارنة مع باقي المحافظات.



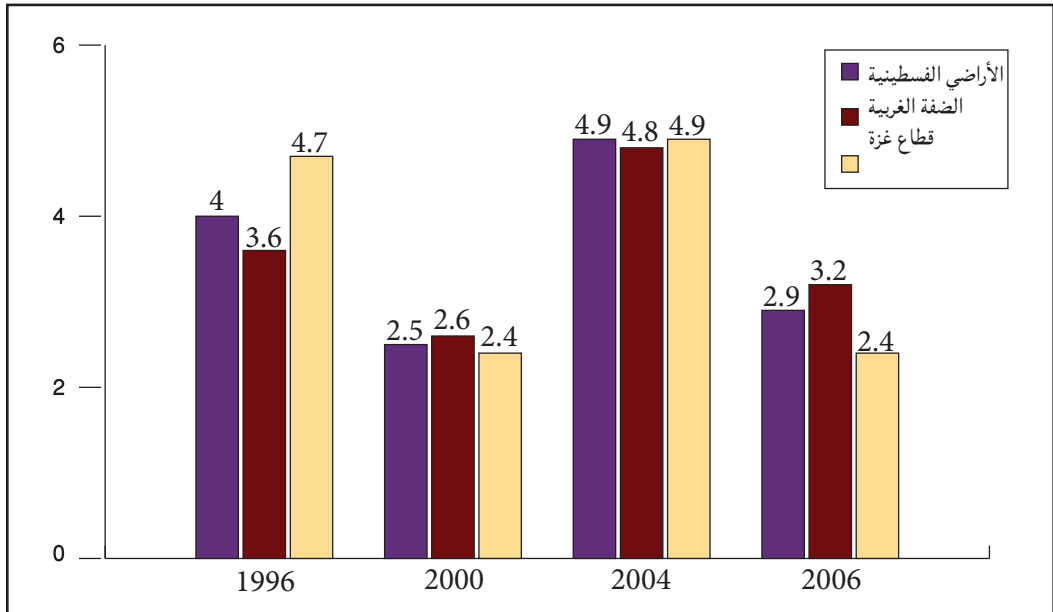


نقص الوزن

يعتبر نقص الوزن مؤشرا جيدا لقياس انتشار معدلات سوء التغذية الحاد. بلغت نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن 2.9% في الأراضي الفلسطينية، وكانت الأعلى في الضفة الغربية (3.2%) مقارنة بقطاع غزة (2.4%)، وفي محافظات أريحا والأغوار وسلفيت والقدس في الضفة الغربية (6.4% و6.0% و5.5%) على التوالي، ومحافظات شمال غزة ودير البلح وغزة في القطاع (3.7% و3.5% و2.4%) على التوالي، مقارنة بباقي المحافظات.

على الرغم من أنه تم تسجيل انخفاض على نقص الوزن خلال عامي 1996-2000، إلا أن هذه النسبة عاودت بالارتفاع في العام 2004، ومن ثم انخفضت في العام 2006، لتصل إلى 2.9% على المستوى الوطني. الجدير ذكره أنه لا يمكن تحليل هذا الأمر منطقياً بعزلة عن الوضع الاقتصادي لعائلات الأطفال الذين يعانون من انخفاض الوزن، حيث أن معدلات الفقر بين العائلات الفلسطينية عام 2006 وفقاً لأنماط الاستهلاك الحقيقية وصلت إلى 30.8% وأن الدخل الشهري لما نسبته 56.8% من العائلات الفلسطينية تحت خط الفقر الوطني، ما يوفر توضيحاً لجودة ونوعية الطعام الذي تحصل عليه هذه العائلات وتقدمه لأطفالها. الشكل 2 يوضح اتجاهات نقص الوزن بين الأطفال خلال الفترة ما بين 1996-2006.

شكل 2: انتشار نقص الوزن بين الأطفال دون الخامسة خلال الفترة 1996-2006



إن تحقيق الهدف الأول من أهداف الألفية الإنمائية «القضاء على الفقر والجوع الشديدين» على المدى القريب ضمن السياق الفلسطيني يتطلب مراعاة الظروف الاستثنائية التي يعيشها الشعب الفلسطيني تحت الاحتلال وما يتعرض له من عملية منظمة تهدف إلى بقاءه في حال «اللاتطور». كما يجب اتخاذ خطوات وإجراءات وطنية ودولية إضافية لوضع سياسات غذائية ضمن سياق الأمن الغذائي، بحيث تقود هذه السياسات إلى وضع غذائي أفضل ومستدام، وضمان توفر كميات غذاء كافية وذات جودة للأطفال بشكل خاص وللأسر بشكل عام.

الهدف الثاني: تحقيق تعميم التعليم الابتدائي

يشير الهدف الثاني من أهداف الألفية الإنمائية إلى أنه ومع حلول العام 2015، يجب أن يحصل كل الأطفال، ذكور وإناث على حد سواء على التعليم الأساسي بشكل كامل، وهذا يتأتى من خلال قياس التقدم في المؤشرات التالية: معدلات صافي الالتحاق في التعليم الابتدائي، ونسبة الطلاب الذين دخلوا الصف الأول ووصلوا الصف الخامس، ومعدلات القراءة والكتابة بين الأفراد في العمر 15-24 سنة.

التعليم هو أساس جميع المجتمعات والاقتصاد المنافس، وهو الأساس الذي تركز إليه عملية خفض الفقر واللامساواة، وتحسين وتطوير الصحة، والقدرة على استخدام التقنيات التكنولوجية الحديثة وخلق المعرفة. فالتعليم الأساسي هو المدخل إلى المستويات التعليمية الأعلى في هذا العالم الذي تقوده المعرفة ويميزه التعقيد، بالتالي فإن التعليم الابتدائي هو أولوية تنموية قصوى.

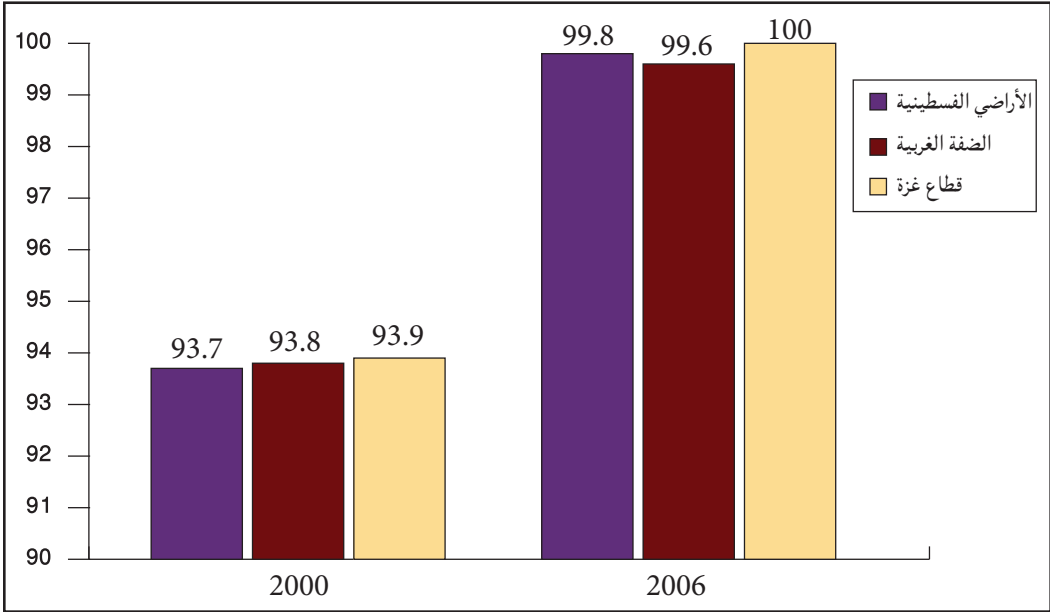
تشير تقارير البنك الدولي أن معدلات القراءة والكتابة بين الشباب في الفئة العمرية 15-24 سنة، على المستوى العالمي، هي المقاييس الوحيدة المستخدمة في قياس مخرجات التعليم. وبما أن هنالك زيادة في عدد الأطفال الذي يلتحقون بالمدارس ويبقون فيها فترة أطول، فإن معدلات القراءة والكتابة بين الشباب قد ارتفعت من 75.0% عام 1970 إلى 88.0% خلال عامي 2000 و2004. أما في الدول النامية فإن معدلات القراءة والكتابة بين الشباب هي أعلى من ما هو الحال عليه بين الكبار، ما يشير إلى أن هنالك نوع من التحسن. من أجل تحقيق الهدف الثالث أعلاه يقتضي إحداث تقدم في مؤشرات معدلات الالتحاق بالتعليم الأساسي ونسبة الطلاب الذين يلتحقون بالصف الأول ويصلون إلى الصف الخامس، ومعدلات القراءة والكتابة للفئة العمرية 15-24 سنة.

نسب التحاق عالية في المراحل الدراسية الأولى

يعتبر صافي نسبة الالتحاق بالمدارس في فلسطين من أعلى النسب في منطقة الشرق الأوسط. فبالرغم من أن فلسطين هي إحدى الدول المصنفة كدول ذات دخل منخفض منذ منتصف التسعينات إلا أن أدائها في مجالات التعليم هو أشبه بأداء الدول ذات الدخل الأعلى. ما يقارب 100% من الأطفال الذين دخلوا الصف الأول الأساسي وصلوا للصف الخامس الأساسي، ولم تظهر البيانات أي تباينات على مستوى المنطقة (الضفة الغربية وقطاع غزة) ولا على مستوى المحافظة.

هناك تقدم ملموس تحقق في نسب الأطفال الملتحقين بالمرحلة الأساسية، وهذا ما أشارت إليه البيانات التي تم جمعها خلال السنوات العشر الأخيرة، ففي المسح الصحي لعام 2000، أشارت بيانات ذلك المسح إلى أن نسبة الأطفال الملتحقين بالمرحلة الأساسية بلغت في حينه 93.7%، بينما وصلت في العام 2006 إلى 99.8% وفقاً لبيانات مسح صحة الأسرة، وهذا يدل على الجهود الرسمية التي تم بذلها خلال الفترة الماضية من أجل جعل الالتحاق بالتعليم الأساسي إلزامي وتوفير هذه الفرصة لجميع الأطفال في سن التعليم الأساسي، إضافة إلى قانون التعليم المجاني في المدارس الأساسية قد ساهم بشكل كبير في تحقيق هذه النسب. الشكل 3 يبين اتجاهات الالتحاق بالمرحلة الأساسية خلال الفترة 2000-2006.

شكل رقم (3): نسب الالتحاق بالمرحلة الأساسية في الفترة 2000-2006

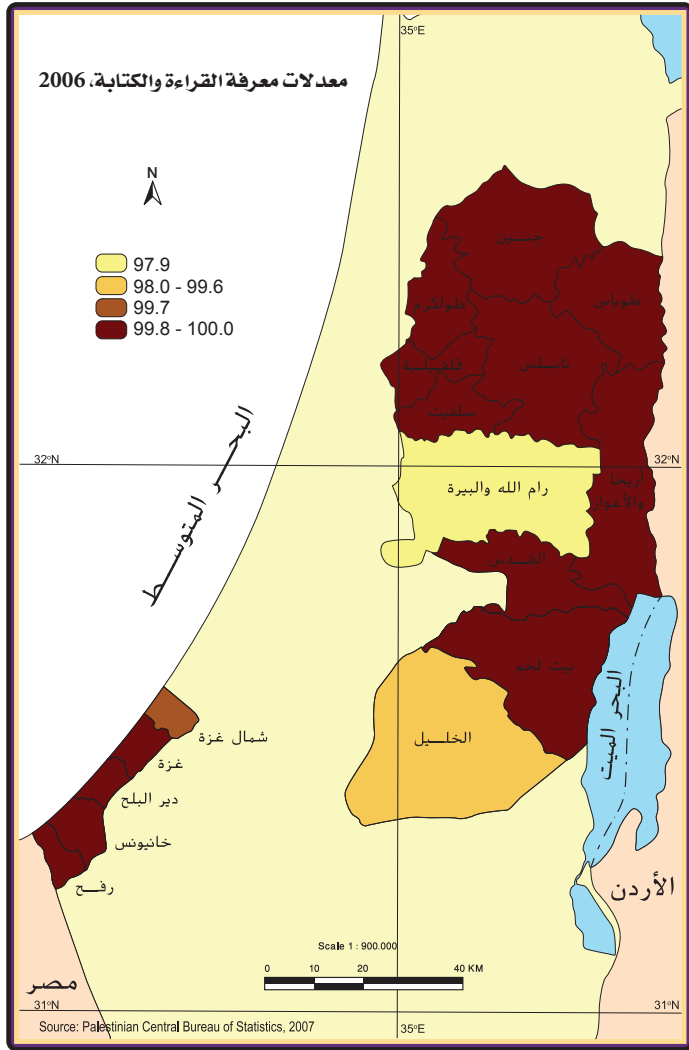


من جانب آخر، أشارت نتائج دراسة متخصصة في أثر الحصار نفذت في شباط/ فبراير من العام 2002 من قبل برنامج الدراسات التنموية في جامعة بيرزيت إلى أن 11.0% من الأطفال الفلسطينيين مجبرون على التسرب من المدارس وأن 52.0% من الطلاب هم من ذوي الحضور غير المنتظم (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2002). على أية حال وبالرغم من جميع المعوقات إلا أن البيانات تعكس مدى اهتمام الفلسطينيين بالتعليم ورغبتهم في الاستثمار فيه بالرغم من المصاعب الاقتصادية والنكسات السياسية.

معدلات قراءة وكتابة عالية، وتبقى الجودة هي التحدي الأكبر

حوالي 100% من الأفراد في العمر 15-24 سنة لديهم إلمام بالقراءة والكتابة، ولم تظهر البيانات أي تباينات على مستوى المنطقة (الضفة الغربية وقطاع غزة) ولا على مستوى المحافظة. على الرغم من أنه تم إحراز تقدم في هذا المجال، حيث ارتفعت نسبة معرفة القراءة والكتابة بين هؤلاء الأفراد من 98.3% في العام 2000، لتصل إلى 99.8% في العام 2006، لكن يبقى موضوع جودة القراءة والكتابة التي يعرفها الفرد هي المحك، خاصة وأنه تم اعتبار الفرد الذي أفاد أنه يستطيع القراءة والكتابة ضمن هذه الفئة، وعليه فإن هناك أفراد وصلوا صفوف متقدمة في المرحلة الأساسية مثلاً ومستوياتهم لا تتناسب مع الصف الذي وصلوا إليه. وهذا ما تشير إليه نتائج المسح المشار إليه أعلاه حول انتظام الالتحاق بالمدارس والتسرب، فمع وجود هذه الحقائق يبقى هناك عدد من التحديات التي تواجه حماية المؤسسة التعليمية والنظام التعليمي، مثل الإبقاء على معدلات مستويات الالتحاق العالية، وإيجاد طرق لتعويض الخسائر الناجمة عن عدم الانتظام في الدوام المدرسي، واتخاذ إجراءات للقضاء على عمالة الأطفال المرتبطة بالفقر والتخفيف من وطأته. هذا بالإضافة إلى توفير الحماية للأطفال

في طريقهم إلى المدارس وأثناء عودتهم إلى منازلهم وأثناء مكوّثهم في المدارس، وحماية الأبنية المدرسية من كل أنواع الانتهاكات. حيث تعتبر هذه المسألة غاية في الأهمية نظراً لحجمها وبسبب محددات الاستجابة في حالات الطوارئ، لأن القطاع التعليمي لا يشكل أولوية بالنسبة للجهات المانحة، بالتالي فهو يحصل على مساعدات تطويرية ضئيلة.



يتطلب تحقيق الهدف الثاني من أهداف التنمية الألفية دعماً دولياً لقطاع التعليم في فلسطين، حيث يعتبر هذا الدعم حيوياً بالنسلاحتياجات التنموية على المدى البعيد، وحيث أن الظروف الصعبة ستؤدي الى زيادة المنافسة بين تلبية الاحتياجات المباشرة وانجاز المتطلبات التعليمية. هذا بالإضافة الى هيمنة سن الشباب على السكان خلال العقد القادم، ما يتطلب المزيد من الدعم للقطاع التعليمي. يجب دعم الخطة التعليمية الخماسية المعدلة مع مراعاة الحصول على المصادر اللازمة لبناء مدارس جديدة وشراء المعدات اللازمة لتنفيذ المناهج المنقحة الجديدة، وبناء قدرات المعلمين والمعلمات والقدرات الادارية لمدراء المدارس. والأهم من ذلك هو الحاجة الى ايجاد ثقافة احترام حقوق الأطفال عبر منح المدارس مكانة البيئة الأمنة خاصة أن الكثير من المدارس تعتبر عرضة الى القصف الاسرائيلي والى الاحتلال من قبل الجنود الاسرائيليين والى الانتهاكات الناجمة عن الاجتياح واجراءات الاحتلال الاسرائيلي الأخرى.

الهدف الثالث: تعزيز المساواة على صعيد النوع الاجتماعي وتمكين للمرأة

«عندما تهتم الدولة بتعليم الفتيات فإن معدلات الوفيات ستخفض، كما ستخفض معدلات الخصوبة وتحسن النواحي الصحية والتعليمية للأجيال القادمة.» (البنك الدولي 2004)

يشير الهدف الثالث من أهداف الألفية الإنمائية إلى أنه ومع حلول العام 2015، يجب تقليص الفجوة بين الذكور والإناث في التعليم الأساسي والثانوي، ويأتي ذلك من خلال مراقبة التقدم في عدة مؤشرات هي: معرفة معدلات الإناث إلى الذكور الملتحقين في كل من المرحلة الأساسية والثانوية، ومعرفة معدل التعليم بين الإناث للذكور في العمر 15-24 سنة، ومشاركة المرأة في العمل في القطاعات غير الزراعية ونسبة المقاعد المشغلة من قبل نساء في البرلمانات.

هنالك تطور هام على صعيد تعزيز المساواة في التعليم بين الذكور والإناث في منطقة الشرق الأوسط، حيث حقق نصف دول المنطقة مساواة بين الرجل والمرأة في التعليم الابتدائي والثانوي، أما بالنسبة للنصف الآخر من الدول فمن المتوقع أن يحقق ذلك في الوقت القريب، هذا باستثناء الدول التالية: جيبوتي والعراق واليمن (البنك الدولي 2004).

تباين معدلات الالتحاق بالمرحلة الثانوية بين الذكور والإناث تميل لصالح الإناث، خاصة في محافظتي طوباس وبيت لحم؛

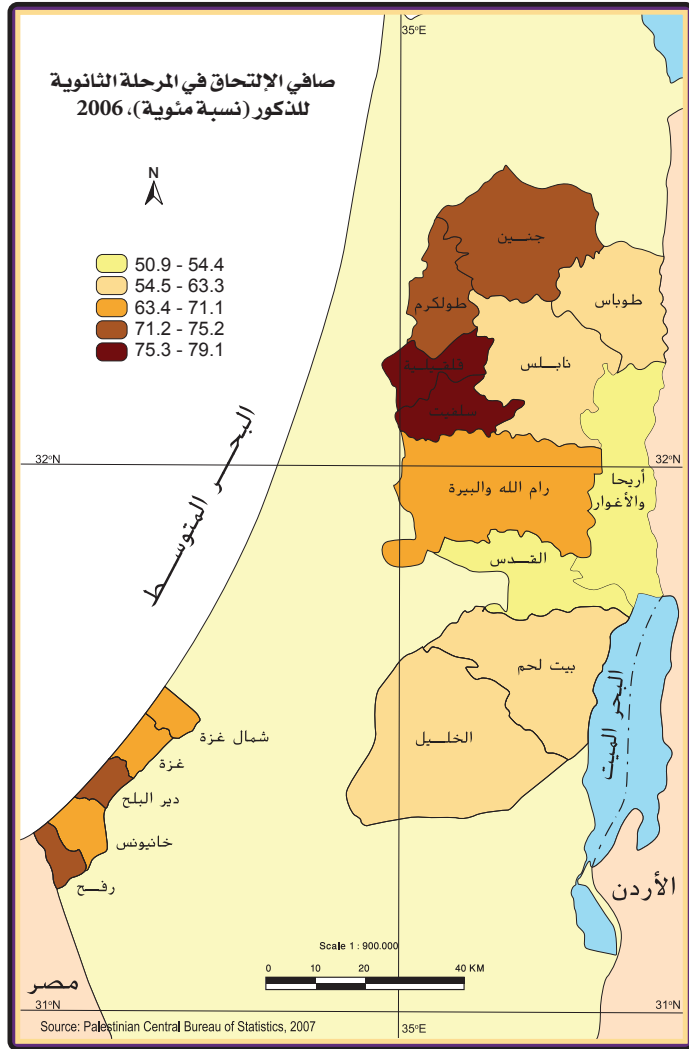
تشير البيانات إلى أن نسبة الإناث الملتحقات في المرحلة الأساسية بلغت 98.3%، ولم يكن هناك تباينات بين الضفة الغربية وقطاع غزة ولا على صعيد المحافظة، من جهة أخرى أظهرت البيانات أن 97.0% من الذكور ملتحقين في المرحلة الأساسية، ولا يوجد أيضا تباينات على مستوى المنطقة أو المحافظة. من الواضح أن الفجوة بين الإناث والذكور تكاد لا تذكر، وأن هناك فرص التحاق متساوية تقريبا بين الجنسين. أما فيما يخص الالتحاق بالمرحلة الثانوية، من الواضح أن معدل الالتحاق الصافي للإناث أعلى منه للذكور، ولعل هذه الفجوة تظهر وبشكل واضح في كل من محافظة طوباس وبيت لحم مقارنة بباقي المحافظات.

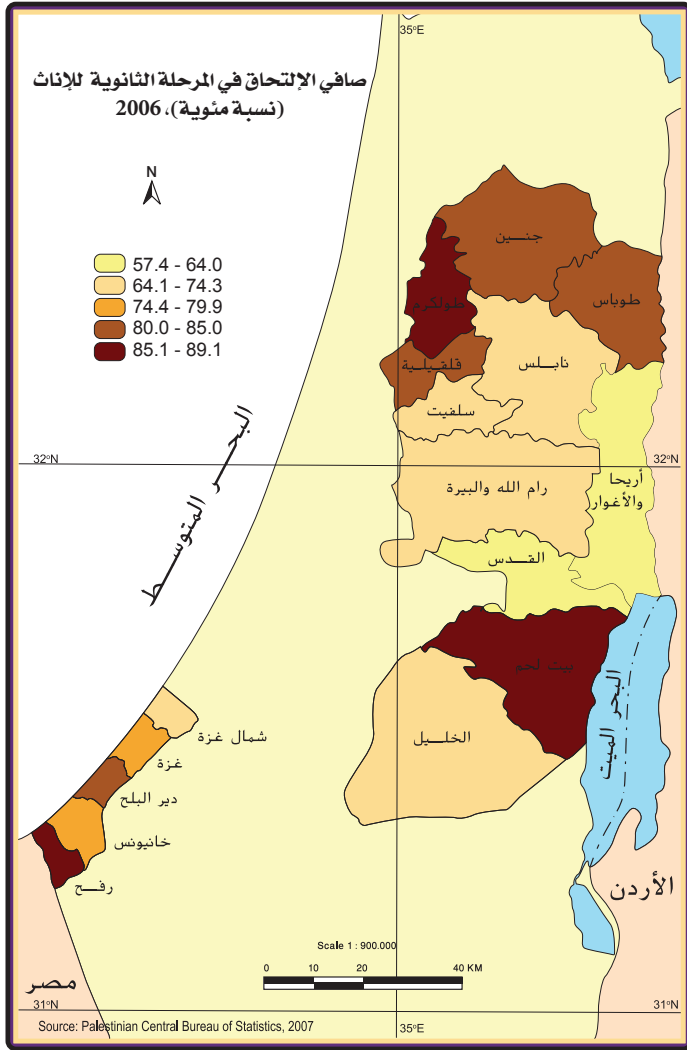
شهد العام الدراسي 1994-1995 معدل التحاق صافي في المرحلة الثانوية للإناث بلغ 32 % مقارنة مع ما نسبته 38.5 % للذكور. أما في العام الدراسي 2000-2001 فقد ارتفعت نسبة التحاق الإناث بالمرحلة الثانوية إلى 47.5 %، بينما ارتفعت النسبة للذكور إلى 40.8 % فقط. لقد ارتفع عدد الفتيات الحاصلات على تعليم ثانوي من الناحيتين المطلقة والنسبية، حيث بلغت معدلات الإناث إلى الذكور في التعليم الثانوي في نفس العام الدراسي 89.9 % (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2002).

على صعيد آخر، بلغت معدلات الالتحاق الإجمالية في المرحلة الثانوية للسنة الدراسية 2007-2008، 72.3% للذكور و84.5% للإناث، وبلغت معدلات الالتحاق الإجمالية في التعليم العالي في العام الدراسي 2006-2007، 32.1% للذكور مقابل 37.4% للإناث (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2008). وشهدت نسب التسرب للذكور والإناث في المرحلة الثانوية انخفاضا ملحوظا حيث بلغت 3.0% للذكور و3.8% للإناث للعام الدراسي 2006/2007.

بالرغم من التقدم الكبير الذي شهدته الأعوام الثمانية الماضية في خفض معدلات التمييز بين الذكور والإناث في التعليم إلا أن مشاركة المرأة في صنع القرار السياسي لا تزال منخفضة، حيث تم انتخاب خمس نساء لعضوية المجلس التشريعي الفلسطيني عام 1996، شكلن في حينها 5.7% من مقاعد المجلس البالغ عددها 88 مقعداً. أما في الانتخابات التشريعية الثانية فقد تم انتخاب 17 امرأة شكلن 13.0% من مقاعد المجلس (Human Rights Watch 2005). أما على مستوى الانتخابات البلدية التي تلت موافقة المجلس التشريعي على قانون الانتخابات الفلسطيني لسنة 2004 حيث عقدت أربع دورات انتخابية عام 2005 فقد شهدت مشاركة 139 امرأة رشحن أنفسهن إلى هذه الانتخابات فاز منهن 52 (17%) بعضوية في المجالس البلدية.

أما في مجالات صنع القرار الاقتصادي فإن مشاركة المرأة لا تزال ضعيفة، ففي المراكز الإدارية في القطاع العام، وبالرغم من أن نسبة النساء العاملات في هذا القطاع تصل إلى 13.0% من مجموع الموظفين، فقد بلغت نسبة النساء في المراكز الإدارية الرئيسية 3.0%. كما أن نسبة النساء المشاركات في مجموع القوى العاملة لا تزال لا تتعدى 13.0%. بالتالي فإن المرأة لا تزال تعاني من الحرمان من جني ثمار القطاع العام، ما يجعل قطاع العمل غير الرسمي أكثر انفتاحاً أمامها، بالتالي فإن هذا الأمر بالإضافة إلى معدلات البطالة والفقر المتزايدة وعدم الشعور بالأمان ستعيق تحقيق هذا الهدف من أهداف الألفية الإنمائية مع حلول العام 2015.





الهدف الرابع: تخفيض وفيات الاطفال

يشير الهدف الرابع إلى خفض معدلات الوفاة بين الأطفال دون الخامسة بقيمة الثلثين خلال الفترة ما بين 1990-2015، ومن أجل تحقيق هذا الهدف يتم مراقبة مؤشرات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة وكذلك نسبة الأطفال في العمر 12-23 شهرا الذين تم تحصينهم ضد الحصبة.

معدلات عالية في وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة:

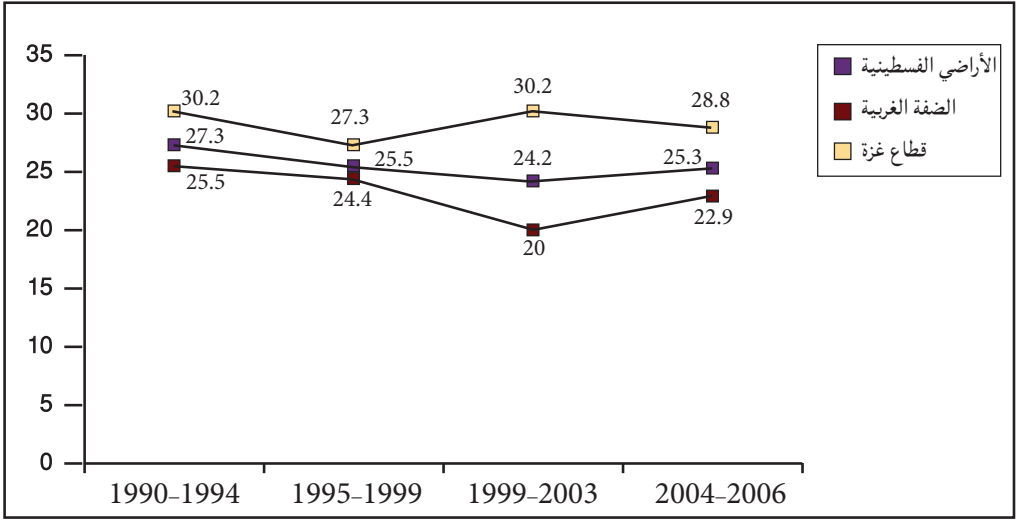
تضع معدلات وفيات الأطفال خلال العقد الماضي فلسطين في مستويات الدول ذات الدخل المرتفع بالرغم من أنها لا تنتمي إلى هذه الفئة من الدول، فقد شهدت الفترة الواقعة ما بين 1994 و1999 انخفاضا في معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بلغ 6.6% حيث انخفضت معدلات وفيات الأطفال من 33.2 طفل من بين كل 1000 ولادة حية إلى 28.7 خلال فترة زمنية قصيرة نسبياً.

على الرغم من التقدم الذي حصل على خفض وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة خلال العقد الماضي، إلا أن هذه المعدلات لم تصل إلى الحد المطلوب، وتباین تبعاً للعديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تحيط بنا. بلغ معدل وفيات الرضع في الأراضي الفلسطينية 27.3 لكل 1000 ولادة حية خلال الفترة ما بين عامي 2001 - 2006، وكان الأعلى في قطاع غزة وبين الذكور، حيث بلغت هذه المعدلات على التوالي (30.7 و28.6 لكل 1000 ولادة حية). في حين بلغ هذا المعدل في الضفة الغربية وبين الإناث (25.5 و26.1 لكل 1000 ولادة حية على التوالي).

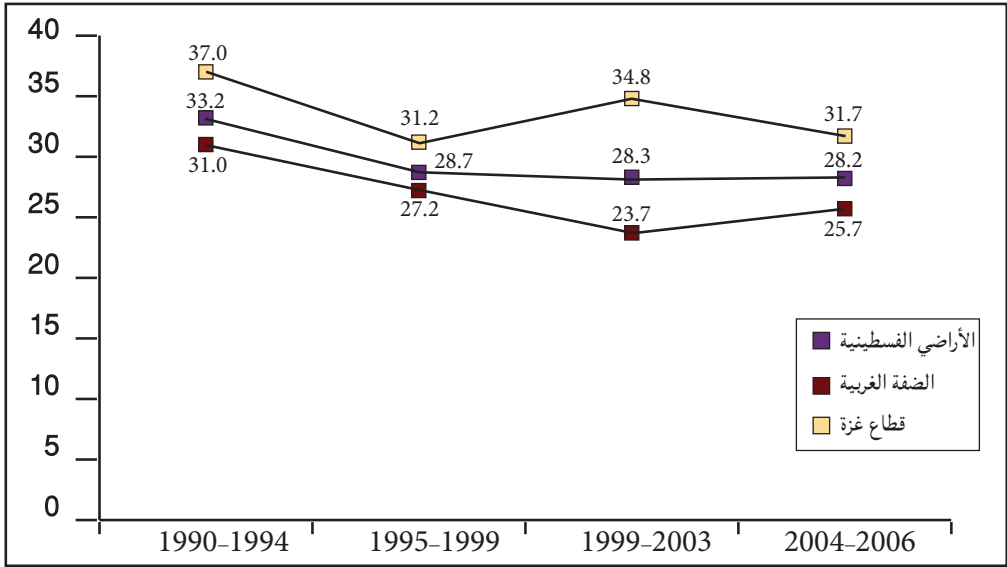
بلغ معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الأراضي الفلسطينية 31.3 لكل 1000 ولادة حية خلال الفترة ما بين عامي 2001-2006، وكان الأعلى في قطاع غزة وبين الذكور، حيث بلغت هذه المعدلات على التوالي (34.9 و33.8 لكل 1000 ولادة حية). في حين بلغ هذا المعدل في الضفة الغربية وبين الإناث (29.5 و28.8 لكل 1000 ولادة حية على التوالي).

وحول اتجاهات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة، يمكن القول أن وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة ولغاية نهاية العام 2000 كانت في انخفاض، إلا أنها عاودت في الارتفاع بعد ذلك، ولعل وفيات حديثي الولادة لعبت دوراً في التأثير على معدل وفيات الرضع عموماً، حيث أنها عاودت وارتفعت خلال الفترة ما بين 2001-2006. الشكل 4 والشكل 5 يوضحان اتجاهات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة خلال الفترة ما بين 1990-2006.

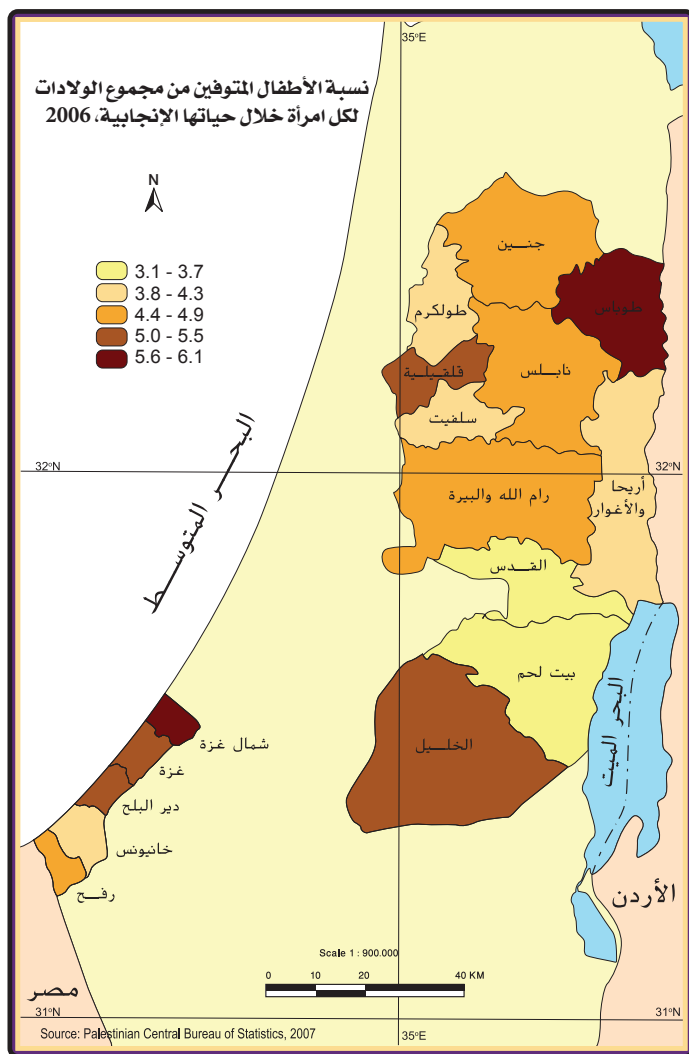
شكل 4: وفيات الرضع خلال الفترة 1990-2006



شكل 5: وفيات الأطفال دون الخامسة خلال الفترة 1990-2006



بالنظر إلى متوسط الأطفال الذين سبق إيجابهم واحتمالية الوفاة بالاعتماد على متوسط الأطفال المتوفين في المحافظة الواحدة، نجد أن محافظة شمال غزة في قطاع غزة سجلت أعلى احتمال للوفاة بين الأطفال، ومحافظة طوباس في الضفة الغربية سجلت أعلى نسبة هناك.



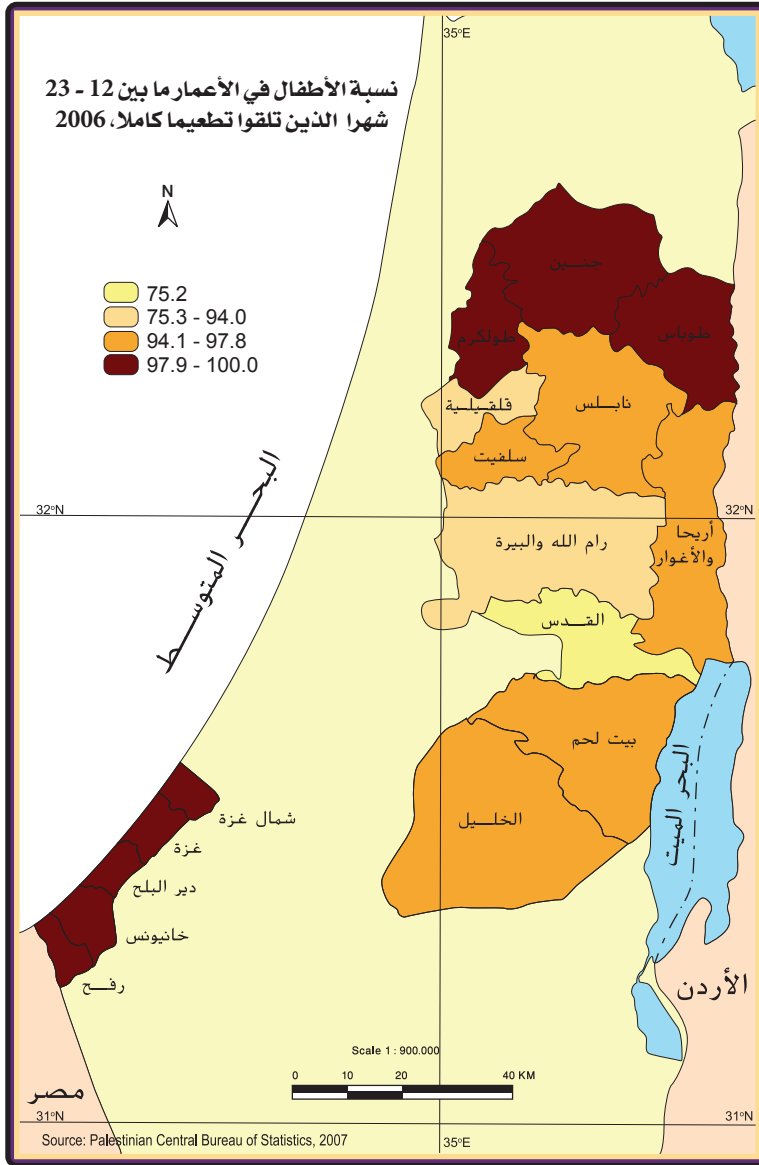
تغطية عالية للمطاعم وتحقيق تقدم واضح في تغطية مطعم الحصة خلال العقد المنصرم

تشير البيانات إلى أن تغطية مطعم الحصة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهرا تعتبر مرتفعة، حيث بلغت النسبة الإجمالية 96.7%، وكانت الأعلى في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية (99.4% مقابل 94.8%)، وهذا التباين عائد إلى وجود أطفال محافظة القدس في الضفة الغربية الذين يخضعون لنظام وزارة الصحة الإسرائيلية والتي لا تقدم مثل هذا المطعم. وعلى صعيد المحافظات، باستثناء محافظة القدس نجد أن محافظة قلقيلية سجلت النسبة الأقل في تغطية هذا المطعم (93.2%). يذكر أن تحققاً تم في مجال تغطية مطعم الحصة خلال السنوات العشرة الأخيرة، حيث ارتفعت نسبة تغطية هذا المطعم من 48.9% في العام 1996، لتصل إلى 96.7% في العام 2006.

وحول التغطية الكلية للمطاعم جميعها، أشارت البيانات إلى أن 96.5% من الأطفال في نفس الفئة العمرية قد تم تطعيمهم بجميع المطاعم الموصى بها (السل، وثلاث جرعات من الثلاثي وثلث جرعات من الشلل ومطعم الحصة)، وأن نسبة التغطية في قطاع غزة كانت الأعلى مقارنة بالضفة الغربية (99.4% مقابل 94.4% على التوالي)، وسجلت محافظة قلقيلية النسبة الأدنى مقارنة بباقي المحافظات إذا ما استثنينا محافظة القدس (93.2%).

تعتبر الإنجازات التي حققتها السلطة الوطنية الفلسطينية ووكالة الغوث (الأونروا) في إيجاد برنامج تطعيم يغطي جميع الأطفال دون الثالثة وزيادة برامج التثقيف الصحي وزيادة عدد مراكز رعاية الأمومة والطفولة عناصر أساسية في هذا التحول والتقدم. تشير سجلات وزارة الصحة ووكالة الغوث المتعلقة بوفيات الرضع والأطفال أن أمراض الجهاز التنفسي والعيوب الخلقية بالإضافة إلى الولادة المبكرة هي من ضمن الأسباب الرئيسية للوفاة بين الرضع والأطفال دون الخامسة منذ الأعوام 1990 و1994. وشكلت الحوادث سبباً رئيسياً آخراً من أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة في السنوات التي تلت تلك الفترة، كما شكل الموت المفاجئ عند الرضع عاملاً من عوامل الوفاة لدى هذه الفئة العمرية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2002).

وبما أن الوضع السياسي قد أصبح أكثر تعقيداً وأصبحت الحواجز والقيود المفروضة على الحركة تعيق إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية وإلى الجهات التي تقدم الخدمات الصحية، وأخذ التدهور في الوضع الاقتصادي يطال القوة الشرائية لدى المواطنين، بما في ذلك القوة الشرائية المتعلقة بالخدمات والسلع والخدمات الصحية، فإن إمكانية تحقيق هذا الهدف قد أصبحت في حالة من التراجع. من هنا فإن تحرير مقدمي الخدمات الصحية من الأعباء المرتبطة بالنزاع السياسي وتعزيز قدرات وزارة الصحة في إدارة الطوارئ والكوارث لربما تكون من التحديات التنموية قصيرة الأمد الملحة في هذا المجال. وتشتمل التحديات الكبيرة الأخرى على تزويد الأطفال بالمطاعم الضرورية وتوفير خدمات التوليد في المجتمعات المحلية لكي لا تضطر النساء الحوامل إلى قطع مسافات إلى المستشفيات، ما يقلل من حوادث الولادة والإجهاض على الحواجز، بالإضافة إلى تقديم المساعدة النفسية والطبية وخدمات التأهيل للأطفال الذين أصيبوا أثناء المواجهات، واتخاذ خطوات تصحيحية ووقائية للقضاء على مرض فقر الدم «الأنيميا» بين الأطفال دون الخامسة.



الهدف الخامس: تحسين صحة الأم

يشير الهدف إلى ضرورة الحد من وفيات الأمومة إلى ثلاثة أرباع بحلول عام 2015، من خلال مراقبة مؤشر وفيات الأمهات وكذلك نسبة الولادات التي تمت على يد كادر صحي مؤهل.

تعتبر وفاة الأم أثناء الولادة من الحوادث النادرة في الدول النامية حيث تقل هذه الحالات عن عشرة لكل 100 ألف ولادة حية. إلا أن هذا المعدل في الدول الفقيرة قد يتضاعف 100 مرة، ولأن الأمهات في الدول الفقيرة تنجب أكثر فإن خطر الوفاة أثناء الولادة يتضاعف 200 مرة مقارنة بمعدلات الدول الغنية (البنك الدولي 2004).

تشير تقديرات المسح الديمغرافي الأول الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني إلى أن معدل وفيات الأمهات لسنة 1995 وصل إلى 70-80 حالة لكل 100 ألف ولادة. وتشير بيانات وزارة الصحة إلى أن حالات الوفاة الناجمة عن الإصابة بالنكاف والحصبة والحصبة الألمانية قد انخفضت عام 1997 إلى 37.3 حالة من بين كل 100 ألف ولادة. كما نجد أنه مقابل كل حالة من حالات الوفاة بين الأمهات هناك ثلاثون حالة مرضية، هذا يعني أن هنالك ما معدله 210-240 حالة مرضية لكل مائة ألف ولادة. ويعتبر سوء نوعية الخدمات الصحية من أسباب وفيات الأمهات لأنها تؤدي إلى الإصابة بالأنيميا، كما يعتبر النقص في تغطية مطعوم التيتانوس من أحد أسباب الوفيات بين الأمهات. تشير مصادر وكالة الغوث إلى أن حالات فقر الدم الشديدة بين النساء هي العامل الرئيسي في 20.0% من حالات الوفيات بين الأمهات، كما تعتبر مصادر الوكالة المباشرة بين الولادات أيضاً من عوامل الوفاة بين الأمهات (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2002).

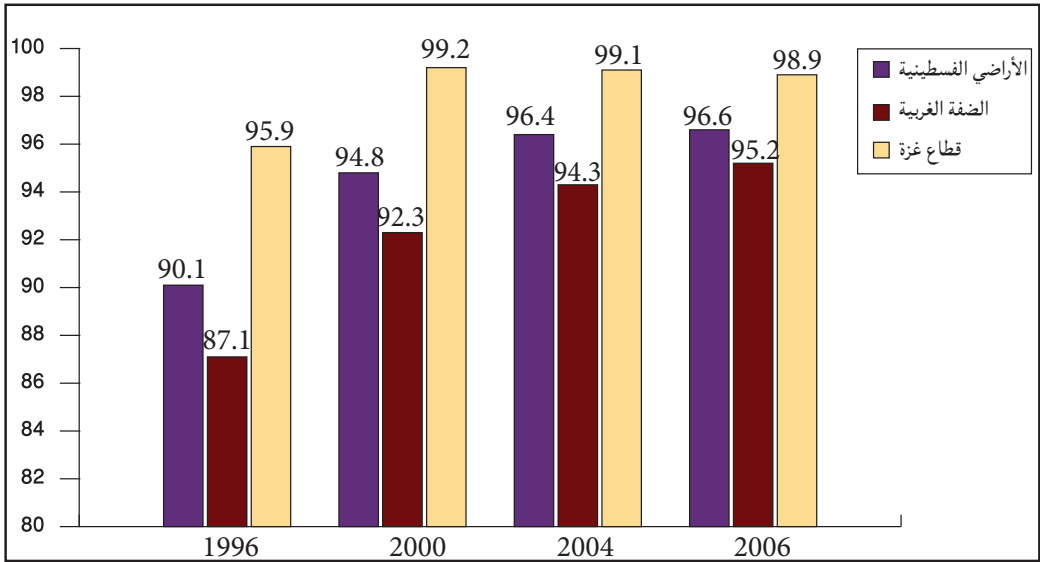
تغطية عالية للرعاية الصحية أثناء الحمل، وتبقى الجودة تحت المحك

تشير البيانات إلى أن غالبية السيدات تلقين رعاية صحية على يد كادر مؤهل أثناء حملهن، ولم تظهر البيانات تبايناً على مستوى المنطقة أو المحافظة، وعلى الرغم من ارتفاع هذه النسبة لكن تبقى مسألة جودة الخدمة هي الحلقة التي تحتاج إلى مزيد من البحث.

نسبة عالية من الولادات تمت في ظروف آمنة، لكن الوصول لمكان الخدمة ابرز التحديات

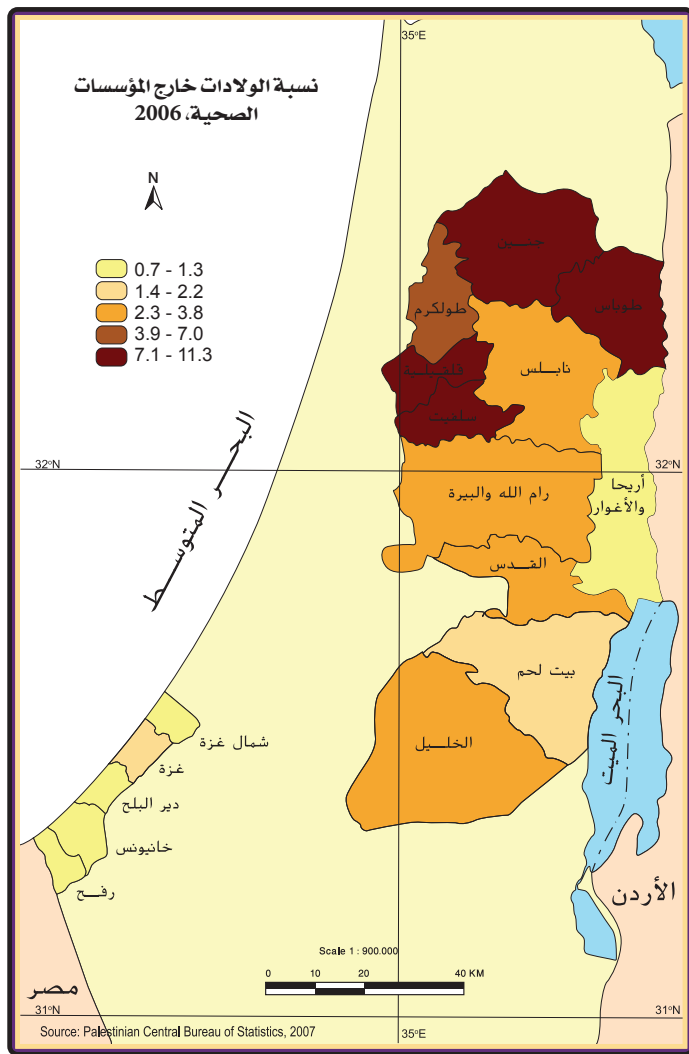
تشير البيانات إلى أن 97.0% من الولادات تمت في ظروف صحية آمنة، وكانت الأعلى قطاع غزة، ولم تظهر البيانات تفاوتاً في البيانات بين محافظات القطاع. من جهة أخرى تشير البيانات إلى أن نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات صحية قد ارتفعت بنسبة 7.2% خلال الفترة ما بين عامي 1996 و2006. الشكل 6 يبين نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات صحية خلال الفترة ما بين 1996-2006.

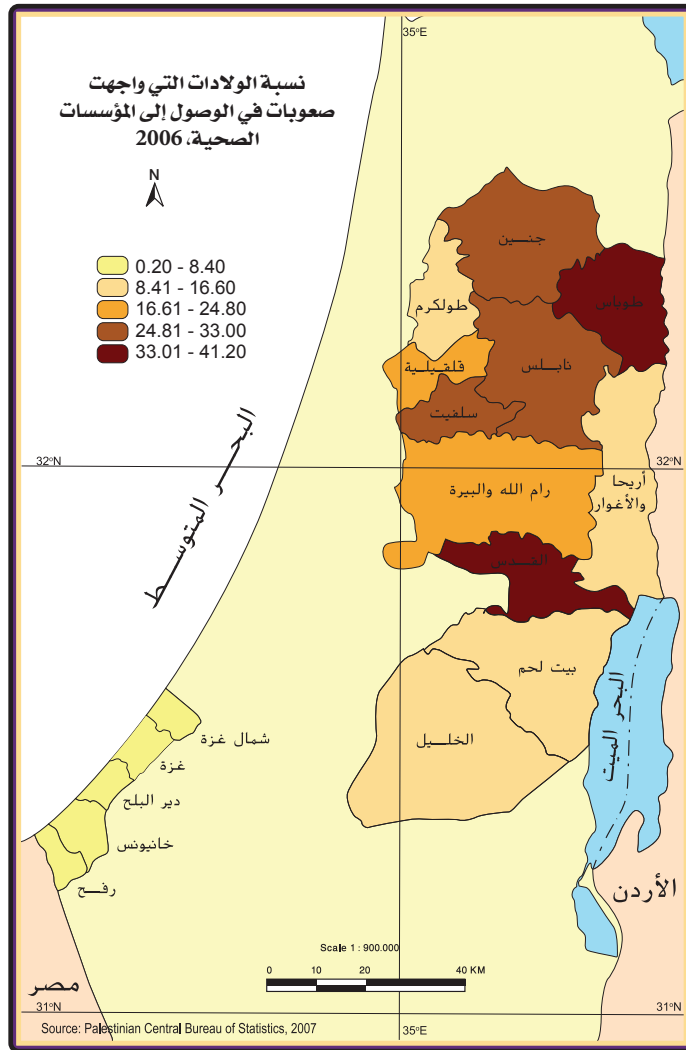
شكل 6: نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات صحية خلال الفترة 1996-2006

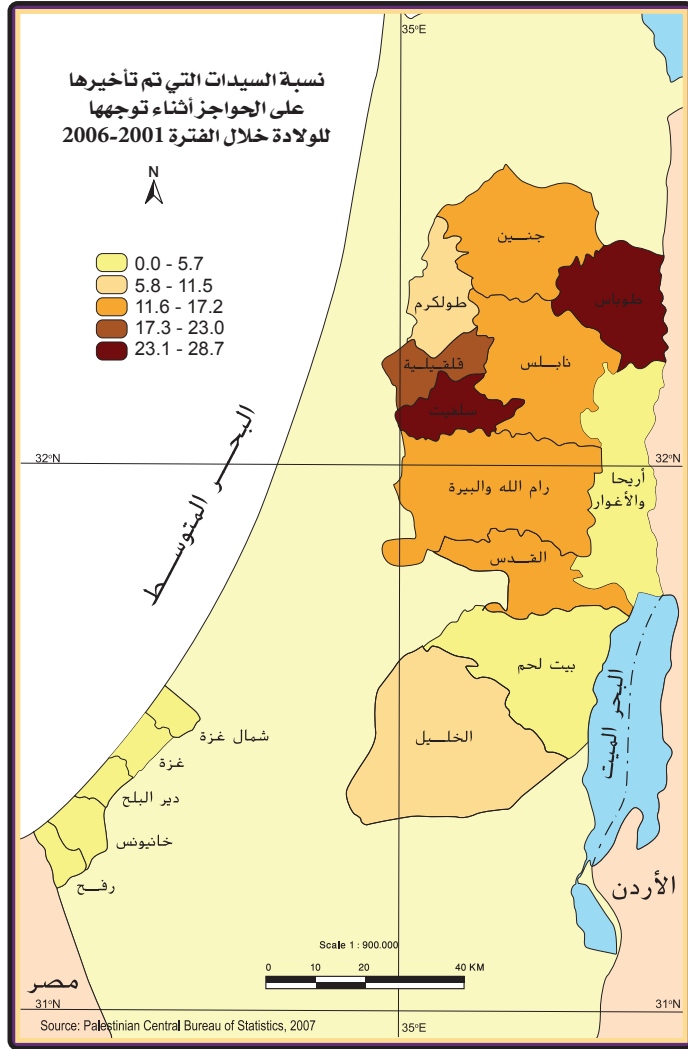


وحول الولادات غير الآمنة، سجلت محافظة قلقيلية النسبة الأعلى في هذا المجال، حيث بلغت نسبة الولادات التي تمت في ظروف غير آمنة هناك 11.3% تلتها محافظات جنين وطوباس (10.9% و 10.4%) على التوالي.

على الرغم من ارتفاع نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات صحية وانخفاض تلك التي تتم في المنازل منذ العام 1996 ولغاية العام 2006، إلا أن هناك 7 سيدات من بين كل 100 سيدة واجهن صعوبات أثناء توجههن للولادة، تمثلت في التأخير على الحواجز العسكرية الإسرائيلية (7.2%) وكانت الأعلى في الضفة الغربية وفي محافظة سلفيت (11.5% و 28.7% على التوالي)، أو إغلاق الحاجز العسكري أمامهن بشكل كامل (2.8%)، وكانت الأعلى في الضفة الغربية وفي محافظة القدس (4.3% و 7.9% على التوالي)، وهذه الإجراءات من شأنها تقليل فرص الولادة في ظروف آمنة.



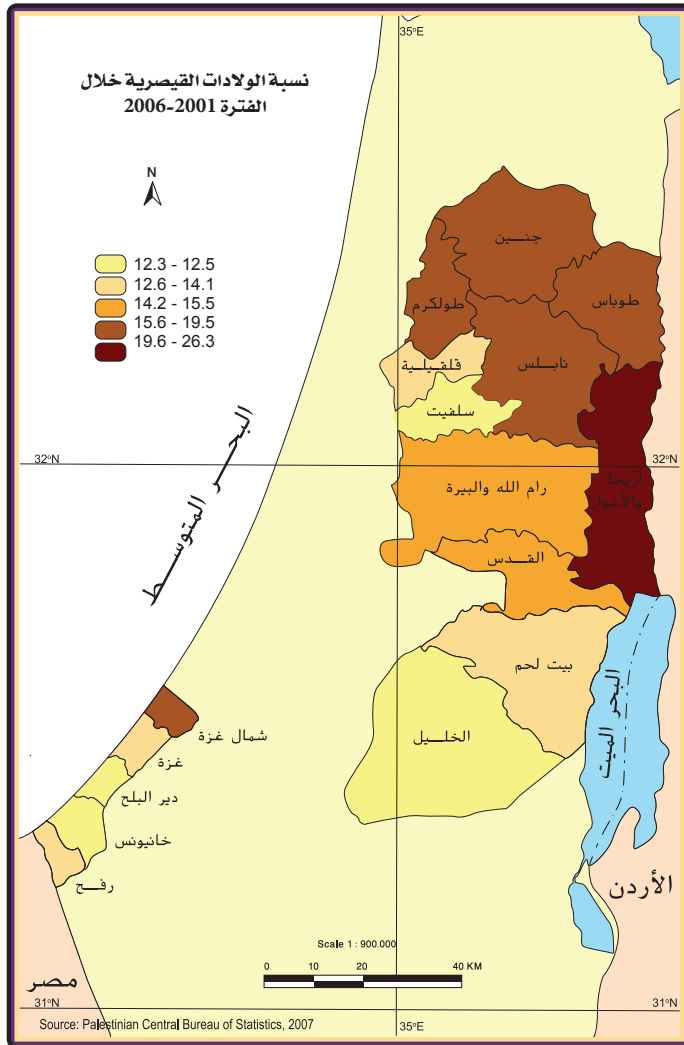




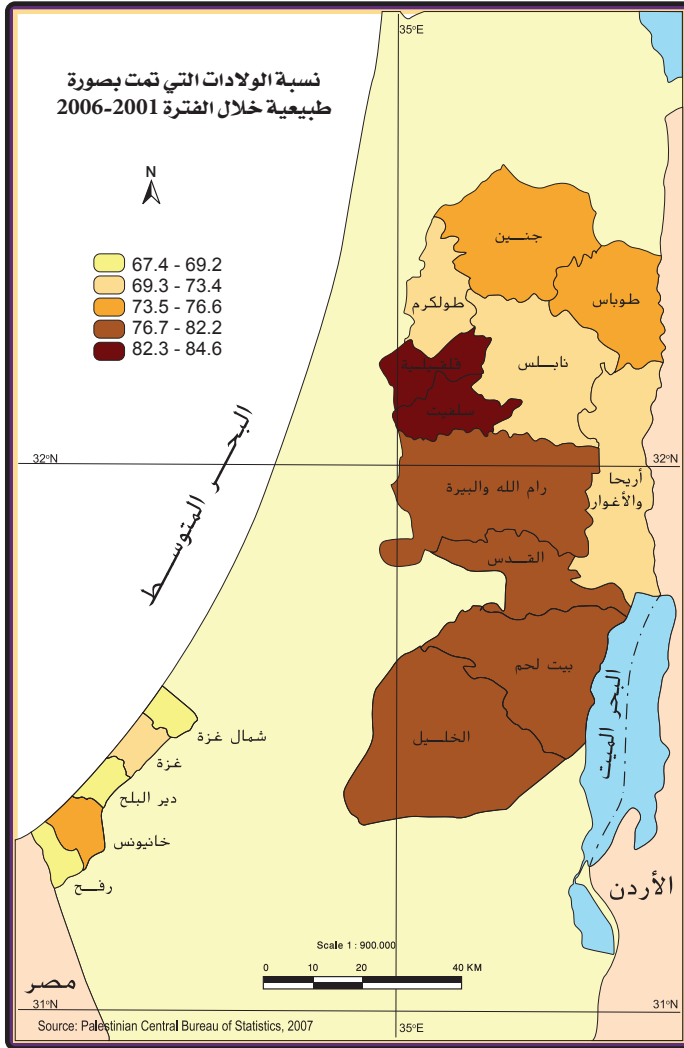
ارتفاع على نسبة الولادات القيصرية

فيما يتعلق بطبيعة الولادة، تشير البيانات إلى أن 15.0% من الولادات التي تمت في الأراضي الفلسطينية كانت عن طريق العمليات القيصرية، وكانت الأعلى في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة (15.4% و 14.4% على التوالي)، وكذلك كانت الأعلى في محافظة أريحا والأغوار (26.3%) مقارنة بباقي محافظات الضفة الغربية وفي محافظة شمال غزة (19.5%) مقارنة بمحافظات قطاع غزة. يذكر أن نسبة الولادات التي تتم عن طريق العمليات القيصرية قد سجلت ارتفاعا قدره 17.0% خلال الفترة ما بين عامي 2004-2006.

تؤثر القيود المفروضة على حرية حركة المواطنين الفلسطينيين بشكل كبير على قدرة النساء على الوصول إلى المستشفيات للولادة فيها، حيث أن الانتظار الطويل على الحواجز العسكرية وما يصاحب ذلك من معاناة يحول دون التطور الطبيعي لعملية الولادة، وقد يؤدي إلى ولادة قيصرية بدلاً من الولادة الطبيعية. إن ارتفاع نسبة الولادات القيصرية يعني أن هناك زيادة في الولادات التي تتم في مؤسسات صحية وخاصة المستشفيات، الأمر الذي يحد من مراقبة تطبيق البروتوكولات الخاصة بعملية الولادة وفترة المكوث بعد الولادة، وبالتالي يؤثر في مراقبة التقدم في مكافحة الأمراض المرتبطة بالإنجاب وغيرها.

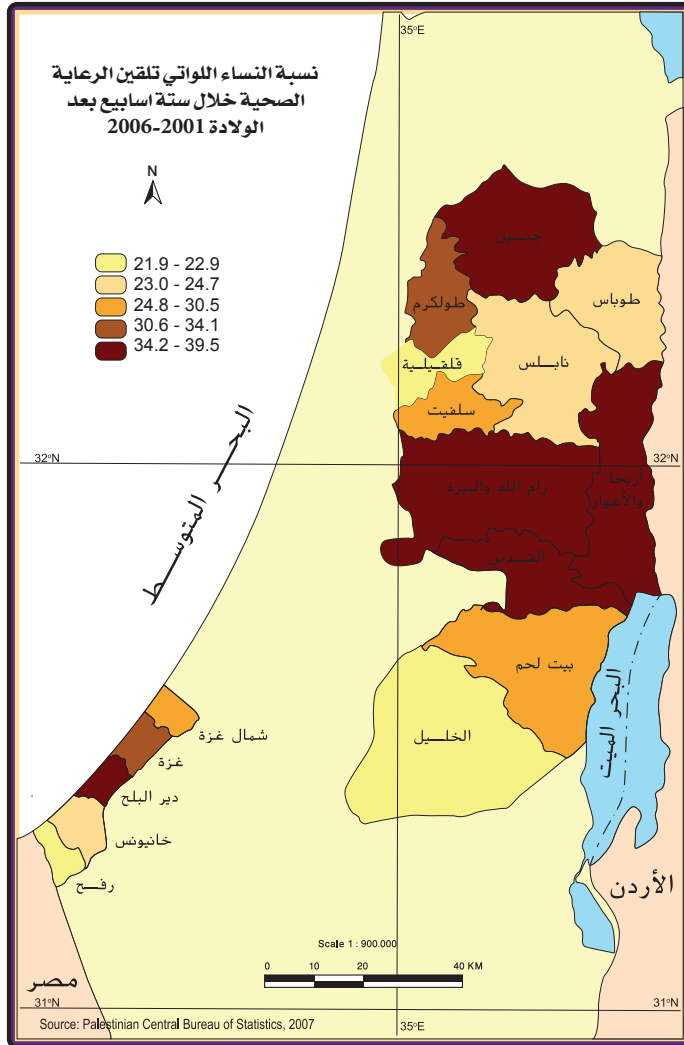


نسبة الولادات التي تمت بصورة طبيعية خلال الفترة 2001-2006



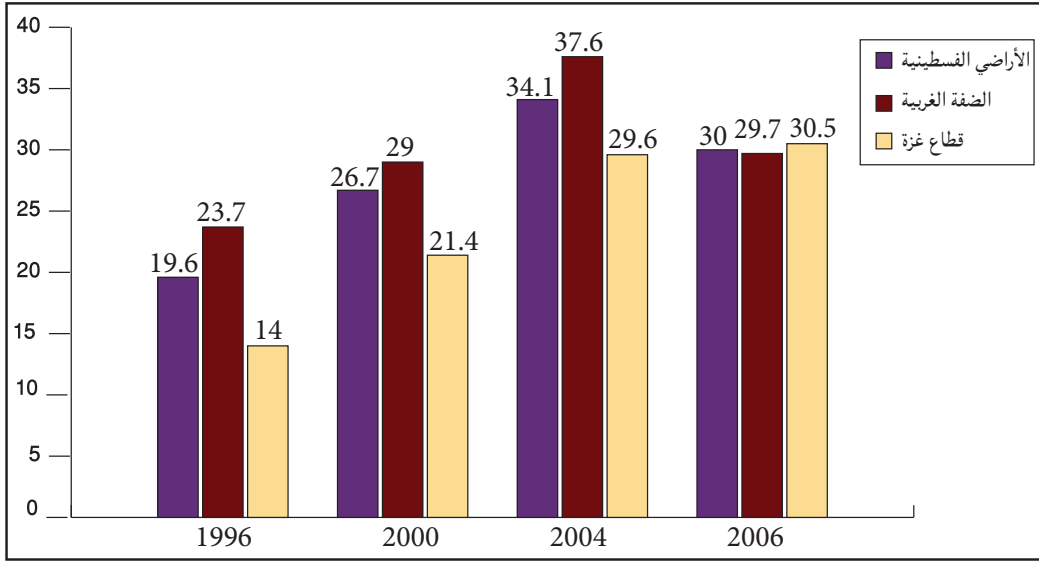
الرعاية الصحية بعد الولادة لا زالت الحلقة الأضعف في مكونات الصحة الإنجابية

أما فيما يخص الرعاية بعد الولادة، وعلى الرغم من الارتفاع المتواضع الذي حصل على هذا المؤشر خلال السنوات العشر الأخيرة، إلا أنه لم يصل إلى الحد المنشود. أشارت البيانات إلى أن 30 سيدة من بين كل 100 فقط راجعن أحداً لأعراض الفحص بعد الولادة خلال الأسابيع الستة الأولى على ولادتهن. وقد سجلت محافظة أريحا في الضفة الغربية أعلى نسبة (39.5%) للسيدات اللواتي تلقين رعاية بعد الولادة مقارنة بباقي محافظات الضفة الغربية، ومحافظة دير البلح سجلت أعلى نسبة بين محافظات قطاع غزة (37.8%).



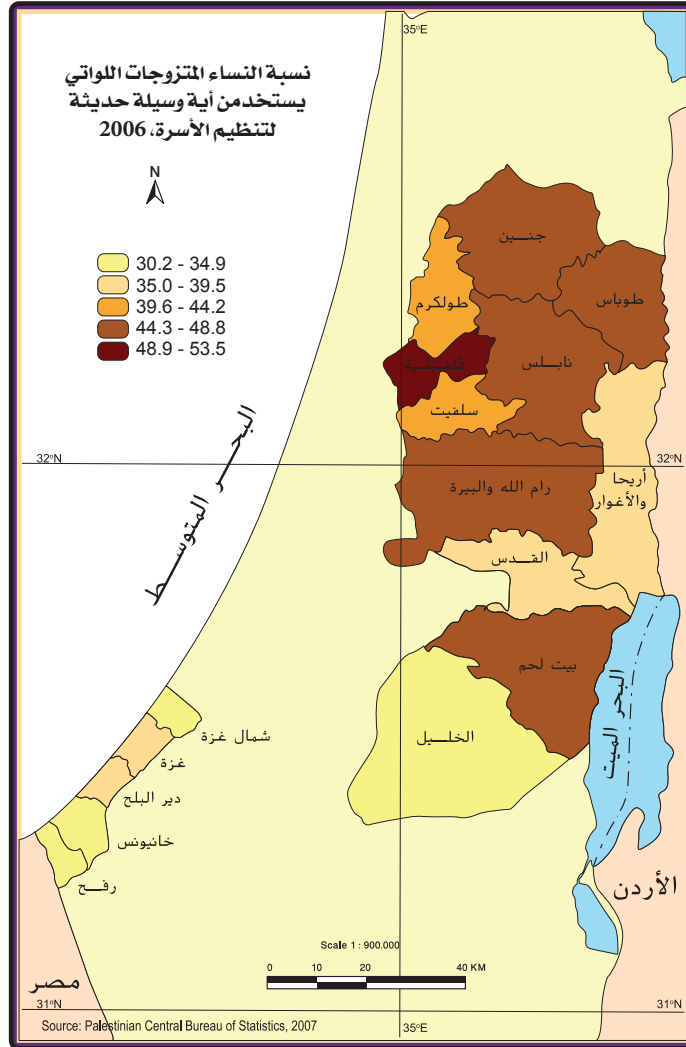
تؤدي نوعية الرعاية الصحية السيئة إلى انخفاض عدد النساء اللواتي يتوجهن للحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة. تفيد البيانات إلى أن هذه النسبة قد ارتفعت خلال الفترة ما بين عامي 1996 و2006 بمقدار 53.0%. الشكل 7 يوضح اتجاهات الرعاية بعد الولادة خلال الفترة المذكورة.

شكل 7: الرعاية الصحية بعد الولادة 1996-2006



ارتفاع على نسب انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال العقد المنصرم

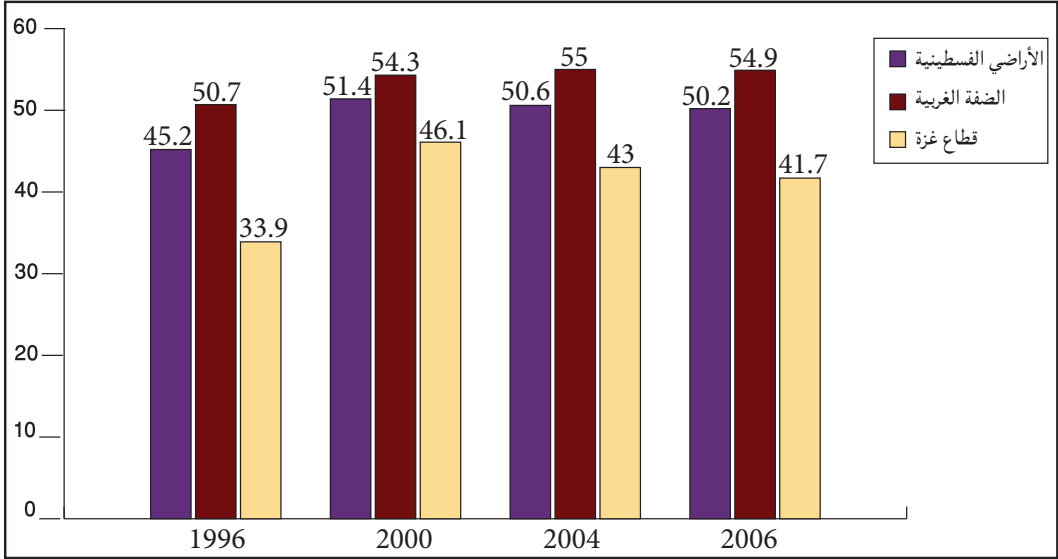
أما عن انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة، فإن نصف السيدات يستخدمن وسيلة لتنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية، وهي الأعلى في الضفة الغربية (54.9%) وفي محافظة قلقيلية (63.9%). مقارنة بقطاع غزة وباقي المحافظات. يذكر أن 77.5% أن السيدات اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم أسرة، يستخدمن الوسائل الحديثة، وأن سيدات الضفة الغربية يستخدمن الوسائل الحديثة أكثر من سيدات قطاع غزة (41.7% مقابل 33.8% على التوالي)، وترتفع هذه النسبة بين سيدات محافظة قلقيلية (53.5%) مقارنة بمحافظات الضفة الغربية وبين سيدات محافظة دير البلح (36.4%) مقارنة بمحافظات قطاع غزة.



من الجدير بالذكر، وخلال السنوات العشر الماضية، من الملاحظ أن معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة قد ارتفع خلال الفترة ما بين 1996-2000، حيث بلغ %45.2 في العام 1996 ووصل إلى %51.4 في العام 2000. ثم عاود بالانخفاض في العام 2006، ولعل هذا الانخفاض راجع إلى انخفاض النسبة في قطاع غزة. الشكل 8 يوضح اتجاهات استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال الفترة الممتدة ما بين عامي 1996-2006.

ولعل هذا الارتفاع اسهم إلى جانب جملة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في خفض معدلات الخصوبة خلال السنوات العشر الأخيرة. إن التركيز على الاستمرار في رقد المعلومات الدقيقة عن أهمية استخدام وسائل تنظيم الأسرة واستهداف الأزواج وليس الزوجات فقط، خاصة فيما يتعلق بنوع الوسيلة المستخدمة والمعلومات المتعلقة بالآثار الجانبية الناجمة عن الاستخدام، من شأنها المساهمة في رفع نسبة الاستخدام أو على الأقل الحفاظ على ثباتها وعدم تراجعها.

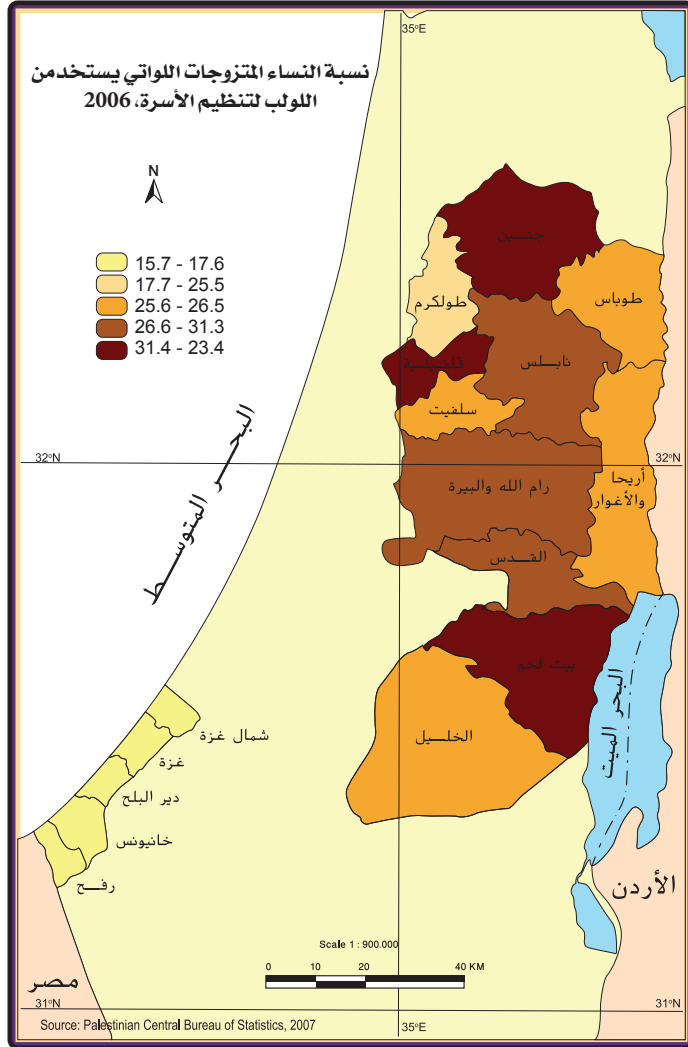
شكل 8: معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة 1996-2006

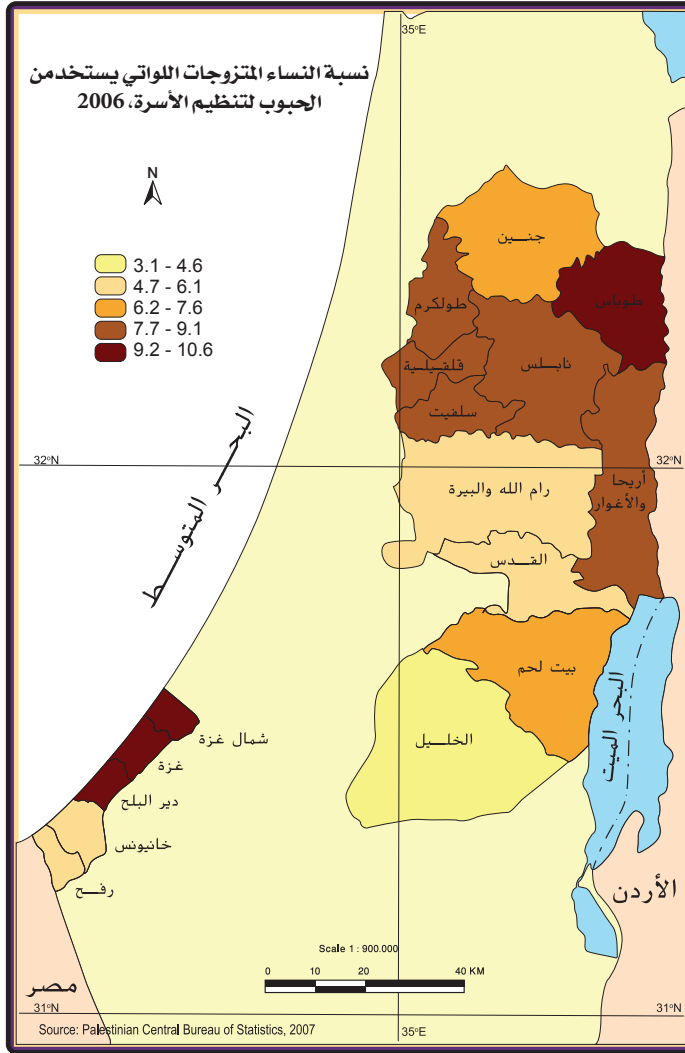


جدير بالذكر أن هناك 12 سيدة من بين كل 100 سيدة يرغبن باستخدام وسائل تنظيم الأسرة ولا يستخدمنها، وترتفع هذه النسبة في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية (14.5% مقابل 11.2%) على التوالي. وأشارت البيانات إلى أن 9.2% من السيدات يرغبن باستخدام وسائل تنظيم الأسرة لأغراض وقف الحمل بشكل كامل، وأن 3.3% يرغبن بمثل هذا الاستخدام لأغراض المباشرة بين المواليد.

استخدام اللولب والحبوب

من جهة أخرى تشير البيانات إلى أن اللولب هو الوسيلة الأكثر استخداماً بين وسائل تنظيم الأسرة المتاحة، حيث بلغت نسبة استخدامه 24.8% في الأراضي الفلسطينية وكانت الأعلى في الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة (29.2% مقابل 17.0%)، وفي محافظة بيت لحم مقارنة بباقي المحافظات (34.4%). تلاه استخدام الحبوب، إذا بلغت نسبة استخدامها 7.0% في الأراضي الفلسطينية، وكانت الأعلى في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية (8.4% مقابل 6.2%)، وفي محافظة طوباس مقارنة بباقي المحافظات (10.6%).





هناك جملة من التحديات لا زالت تعترض تحقيق التقدم المنشود في مجال تحسين صحة الام، لعل أبرزها جودة الخدمات الصحية المقدمة للسيدة وامكانية الوصول لهذه الخدمات وأهمية الرعاية الصحية بعد الولادة ونقص المعلومات الدقيقة لأهمية استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

ان تحقيق الهدف (تحسين صحة الام)، يتطلب المزيد من التدخل فب البرامج المقدمة لتطوير للصحة الانجابية ومكوناتها وتظافر جهود مقدمي الخدمات الصحية وتكامل الأداء في تقديم الخدمة والتركيز على جودتها ومكوناتها

الهدف السادس: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض

يشير الهدف السادس إلى أنه ومع حلول العام 2015 يجب أن يتم الحد من الإيدز ونشهد تراجعاً انتشاره. هنا سيتم التطرق إلى نسبة انتشار المعرفة بمرض الإيدز وطرق انتقاله والوقاية منه بين الشباب في الفئة العمرية 15-29 سنة.

هنالك 510 آلاف مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية في منطقة الشرق الأوسط

تشير بيانات برنامج مكافحة الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً التابع للأمم المتحدة إلى وجود تقدم نحو مواجهة مرض الإيدز في الشرق الأوسط، وتشير التقديرات الأخيرة إلى أن 67 ألف شخص قد أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشرية في الشرق الأوسط عام 2005، حيث يعيش في هذه المنطقة 510 آلاف شخص من المصابين بهذا المرض. وتشير بيانات برنامج مكافحة الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً التابع للأمم المتحدة أن عام 2005 قد شهد وفاة 58 ألف شخص من الكبار والأطفال بسبب تعقيدات ناجمة عن الإصابة بمرض الإيدز (برنامج مكافحة الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً التابع للأمم المتحدة 2006).

ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عبر العلاقات الجنسية المتبادنة غير الآمنة بنسبة 55.0% من حالات الإصابة بمرض الإيدز المعلن عنها. وتشير بيانات منظمة الصحة الدولية لعام 2004 إلى أن تعاطي المخدرات يلعب دوراً كبيراً في انتشار مرض الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لدرجة تصل إلى كونه السبب الرئيسي لهذا الوباء في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حيث تضاعفت نسبة الإصابة بهذا الفيروس بين متعاطي المخدرات خمس مرات بين الأعوام 1999 و2002.

نسبة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في فلسطين قليلة

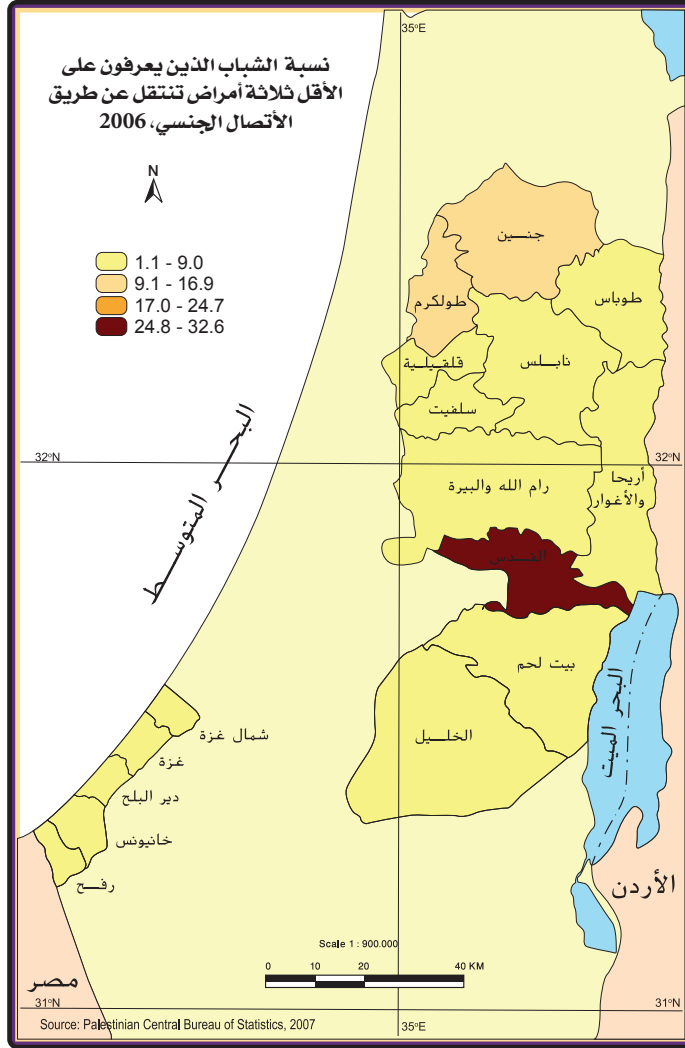
تشير سجلات وزارة الصحة إلى أن نسبة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في فلسطين هي نسبة قليلة. فمنذ عام 1986 وحتى عام 2003 بلغ عدد الحالات المبلغ عنها 55 حالة من بينها 40 حالة إصابة بمرض الإيدز و15 حالة إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وتشير البيانات أن معدل الانتشار التراكمي لكل 100 ألف حالة من حالات الإصابة بمرض الإيدز بلغ 1.75 (1.3 إصابة بمرض الإيدز و0.5 حالة من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية). تتوزع الإصابة حسب الجنس كالتالي: 44 إصابة بين الذكور و9 حالات بين الإناث، وحالتيين فيهما الجنس غير مبين. من جانب آخر، بلغت نسبة الإصابة بمرض الإيدز بين كل 100 ألف شخص 0.06 مقارنة بما نسبته 0.03 من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2006.

على صعيد آخر، تشير سجلات الوزارة أن العلاقات الجنسية غير الآمنة شكلت الطريقة الرئيسية لانتقال مرض الإيدز بنسبة 54.5% تلتها حالات نقل الدم بنسبة 18.2% وتعاطي المخدرات بنسبة 3.6%. الجدير بالذكر أحدثت بيانات وزارة الصحة تشير على وجود 79 حالة مرض إيدز/ الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (الرفاعي 2006).

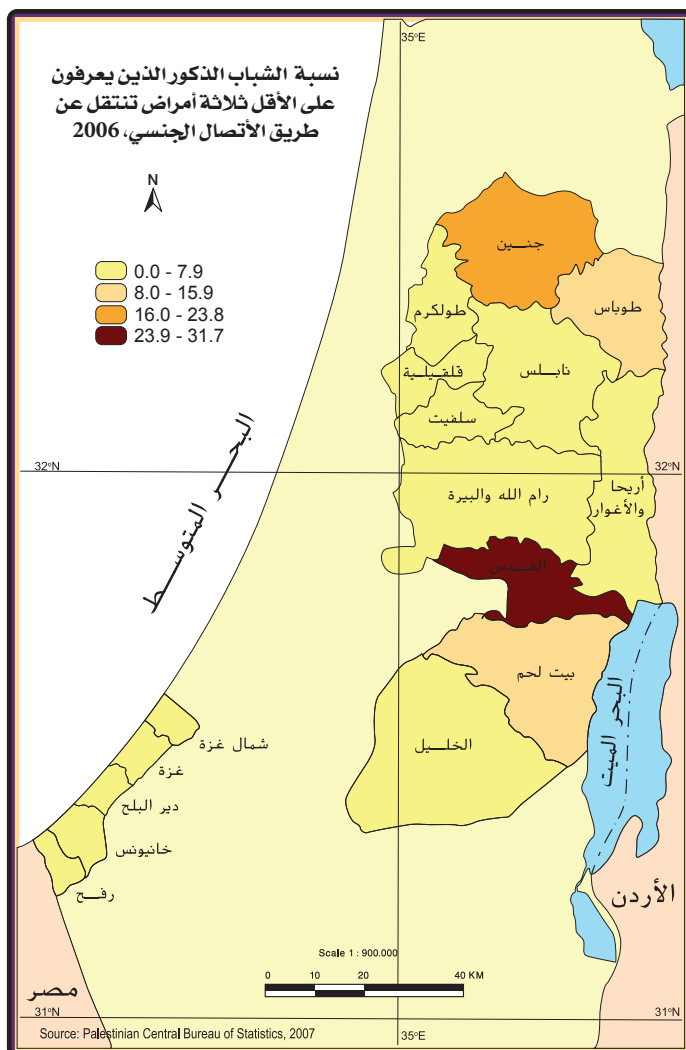
لا يشكل مرض الإيدز/ الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مشكلة صحية كبيرة في فلسطين، إلا أن هنالك عاملان يجب أخذهما بالحسبان عند دراسة معدلات الإصابة بمرض الإيدز/ الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في فلسطين وهما: أن معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في فلسطين هي مجرد تقديرات لعدم توفر البيانات، وأن معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً بما فيها مرض الإيدز هي في ارتفاع في المنطقة، وأن عدد الوفيات بسبب مرض الإيدز قد ارتفعت ستة أضعافها منذ التسعينات، ولا يوجد أي دليل يؤكد أن الحالة في فلسطين تختلف عن غيرها من دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث تشير الأرقام أعلاه إلى أن حالات الإصابة بمرض الإيدز قد تزداد بسهولة إذا لم يتم تناولها بشكل سريع.

نسبة قليلة من الشباب يعرفون أمراضا تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي

تشير البيانات إلى أن حوالي 8.0% من الشباب في العمر 15-29 سنة يعرفون على الأقل ثلاثة أمراض تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ولم تظهر البيانات تفاوت بين الذكور والإناث في هذا المجال على المستوى الوطني.

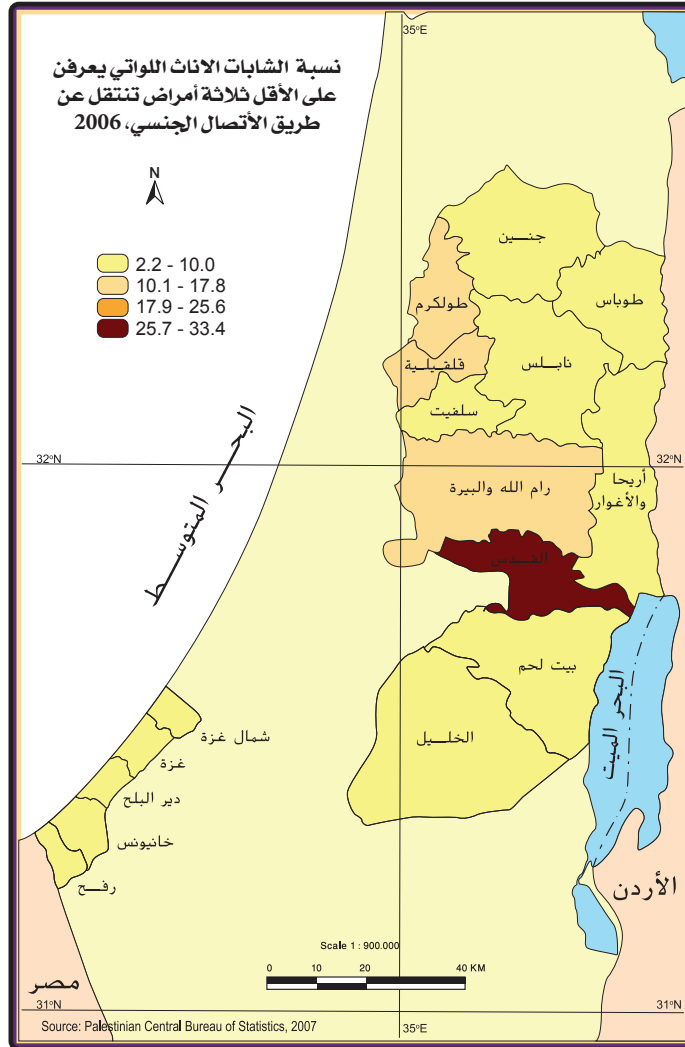


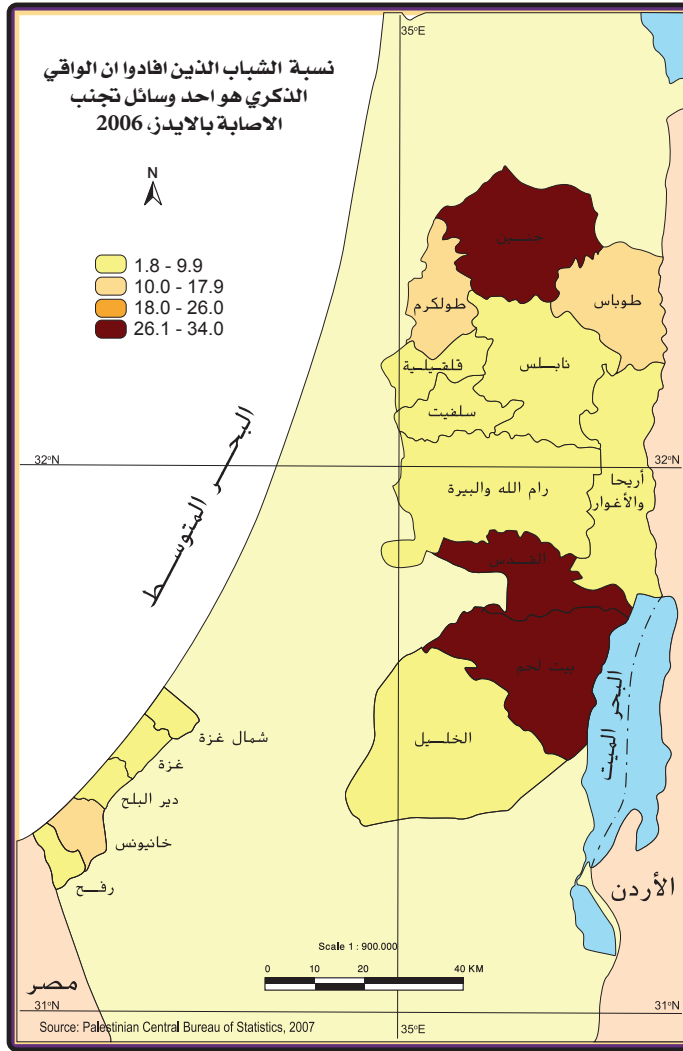
على صعيد المحافظات، دلت البيانات أن شباب محافظات جنين وطولكرم وقلقيلية في شمال الضفة الغربية أفادوا أنهم على معرفة بالأمراض المنقولة جنسيا أكثر من غيرهم مقارنة بباقي المحافظات، حيث بلغت النسب على التوالي (13.6% و10.6% و8.6%). ومن الملاحظ أن محافظات قطاع غزة سجلت نسب أقل في المعرفة مقارنة بمحافظات الضفة الغربية.



هناك فجوة في المعرفة بين الذكور والإناث

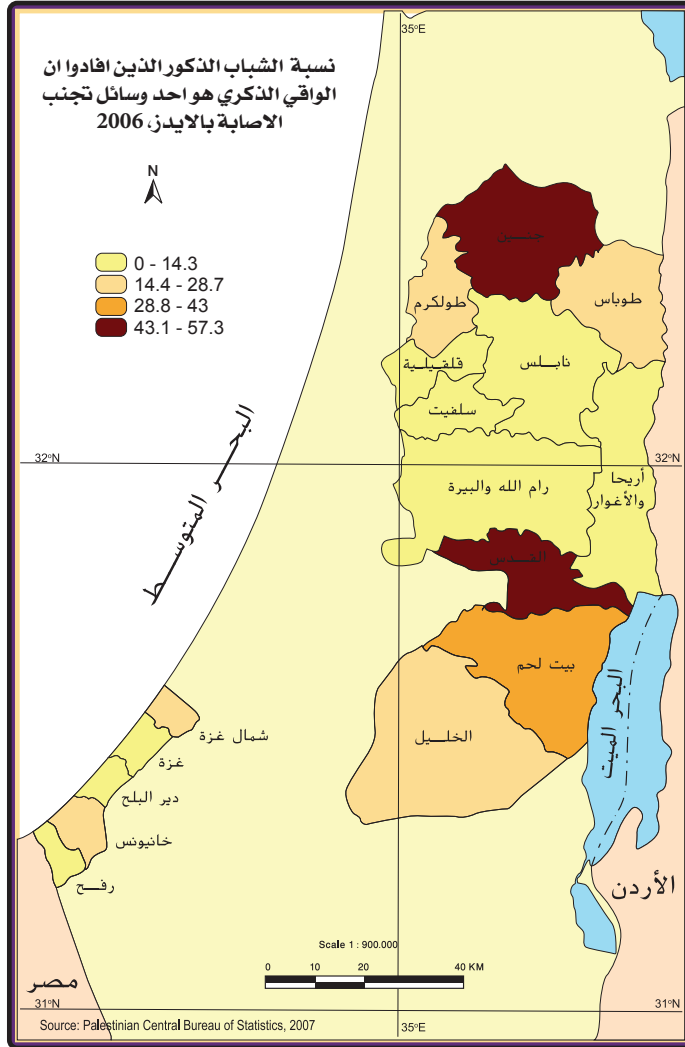
على صعيد الجنس، يلاحظ وجود تباينات على مستوى الجنس في المحافظة الواحدة، ففي الوقت الذي تظهر البيانات أن الذكور في محافظات جنين وبيت لحم والخليل في الضفة الغربية يعرفون هذه الأمراض أكثر من الإناث ويفرق واضح، تشير البيانات إلى أن الإناث في باقي محافظات الضفة الغربية يعرفون هذه الأمراض بفرق أكثر مقارنة بالذكور. أما في قطاع غزة، فمن الملاحظ أن التباينات بين الذكور والإناث ليست كبيرة كما هو الحال في الضفة الغربية، وإن كانت تميل لصالح الذكور في 4 محافظات من أصل 5 محافظات.

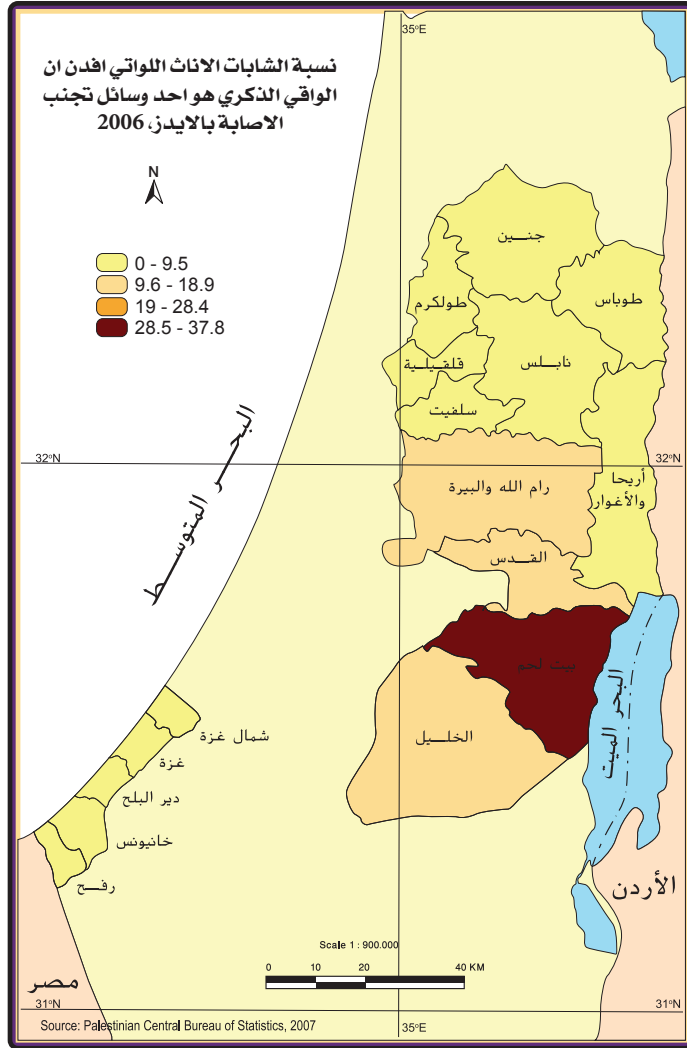




أظهرت البيانات أن معرفة الشباب في طرق الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي تتباين من حيث الطريقة، ففي الوقت الذي أفاد أكثر من ثلاثة أرباع الشباب أنهم يعرفون أن الاتصال الجنسي الآمن هو أحد الطرق للوقاية من الإصابة بمثل هذه الأمراض، أفاد 13.0% من هؤلاء الشباب أن استخدام الواقي الذكري من شأنه الحد من الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً.

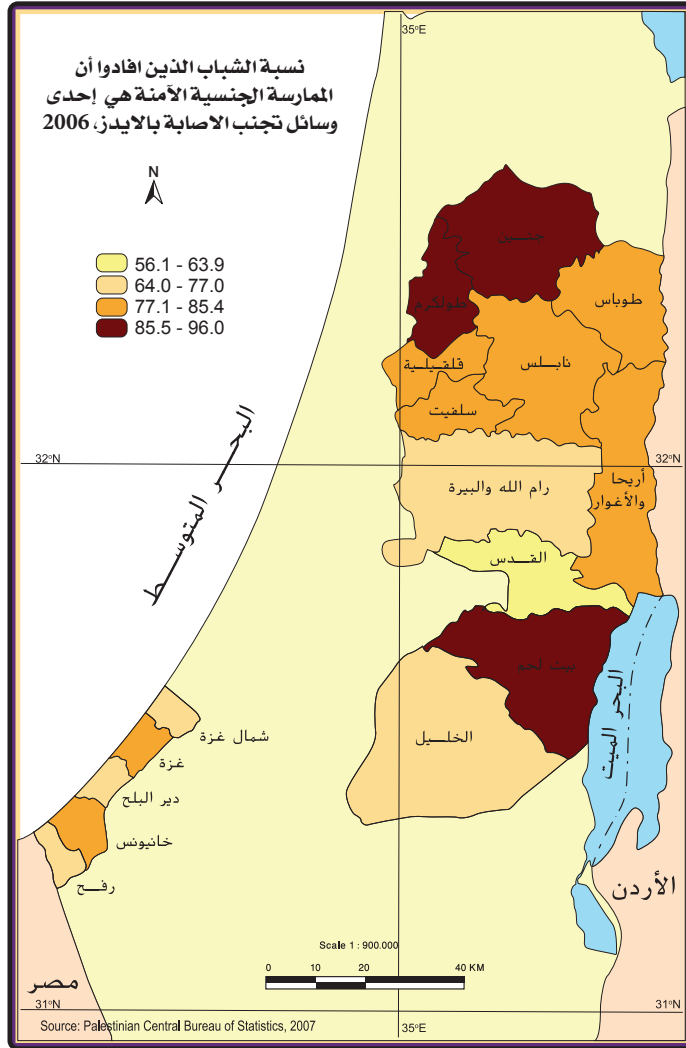
على صعيد الجنس، أظهرت البيانات وجود تباين في نسب المعرفة بين الذكور والإناث. هناك 17 ذكراً من بين كل 100 ذكر أفادوا أن استخدام الواقي الذكري يعتبر وسيلة للوقاية، مقابل 7 إناث من بين كل 100 أنثى، ولعل محافظات جنين وطوباس وطولكرم وقلقيلية والقدس أظهرت تبايناً واضحاً في نسب المعرفة يميل لصالح الذكور، وكذلك هو الحال في محافظات شمال غزة وغزة وخانيونس ورفح في القطاع.

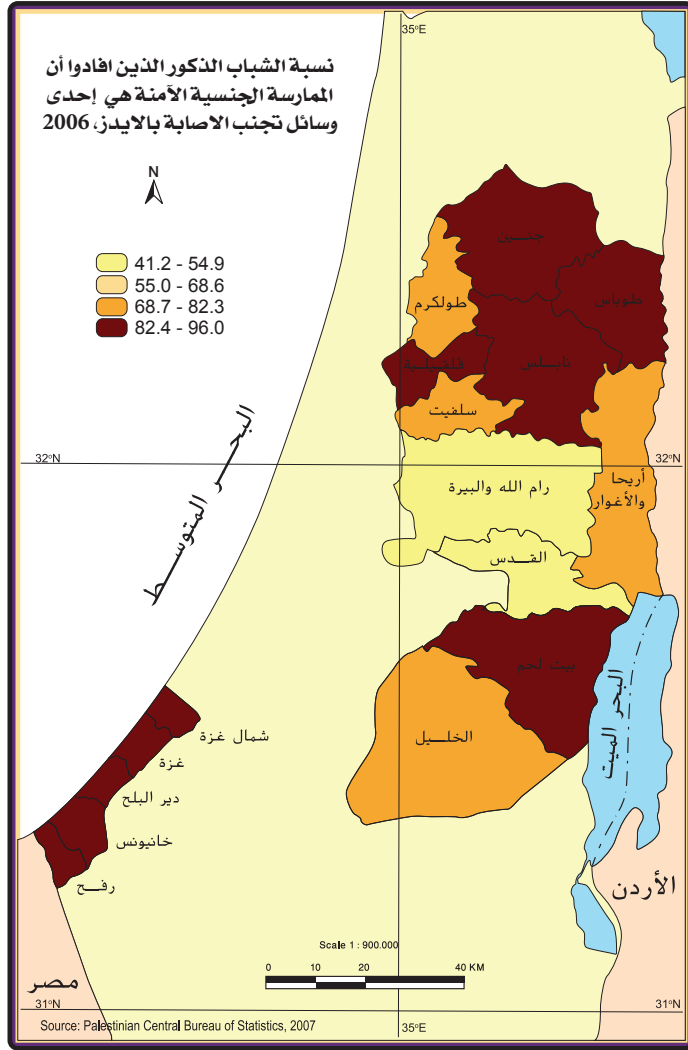


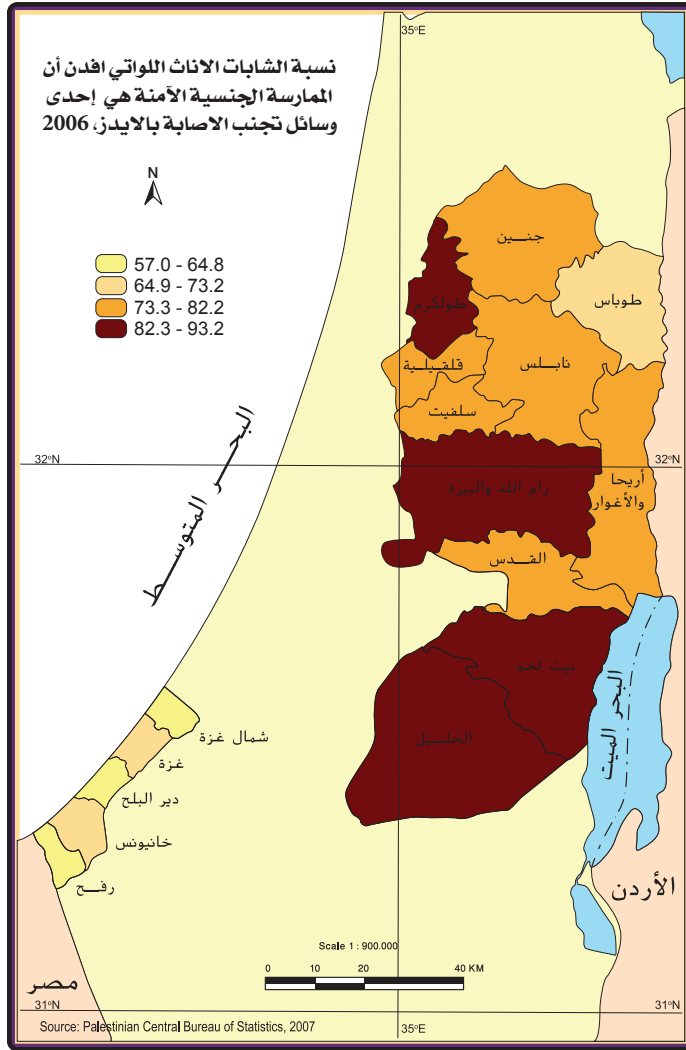


أما فيما يتعلق بنسبة الذين يعرفون أن الاتصال الجنسي الآمن هو وسيلة للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً، من الواضح أن الضجوة في المعرفة بين الذكور والإناث، وإن كانت تميل لصالح الذكور، أقل من تلك الواردة في معرفة الوسيلة الأولى (الواقى الذكري).

من الواضح أن هناك نقص في المعلومات بين الشباب في موضوع الأمراض المنقولة جنسيا، فنسبة الشباب الذين سمعوا عن ثلاث أمراض - على الأقل - تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي تعتبر متدنية، وهذا يعني أن موضوع التثقيف في هذا المجال ما زال ضعيفا ويتطلب بذل المزيد من الجهد من قبل الجهات المعنية مثل وزارة الصحة والجهات العاملة في القطاع الصحي الأخرى والمدارس والجامعات من أجل نشر الثقافة والتوعية المرتبطة بهذا الموضوع وأهمية وتبيان مخاطر مثل هذه الأمراض.







إن إتباع منهجاً وقائياً، وإيجاد نظام مراقبة ناجع لمراقبة الإصابة بمرض نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وتجنب الأزمات السياسية والنقص في الموارد التي قد تؤدي إلى تراجع في الوقاية من هذا المرض. أيضا هناك حاجة إلى وجود أجنده وطنية تشكل الأساس لمراقبة التحديات في هذا المجال.

النتائج والتوصيات:

لقد استحدثت أهداف وغايات ومؤشرات الألفية الإنمائية لتعبر عن الحد الأدنى من الطموح التنموي الذي يجب أن تسعى كل الدول لتحقيقه، ويأتي ذلك من خلال مراقبة التقدم الذي يطرأ على مؤشرات التنمية الإنمائية والشراكة الحقيقية بين الحكومة والجهات المعنية لتحقيق هذه الأهداف.

إن واقع المؤشرات التي تم استعراضها في التقرير يدل على أن هناك تباينات في التقدم الذي تم تحقيقه نحو الوصول إلى أهداف الألفية الإنمائية. لقد عمل الوضع السياسي غير المستقر على إعاقة عملية استعادة الازدهار الاقتصادي الفلسطيني للأعوام 1998-2000 وعلى إعاقة التقدم نحو تحقيق أهداف الألفية الإنمائية. تتضمن أولويات التنمية المتعلقة بتخفيف شدة الفقر على رفع الإغلاق الإسرائيلي المفروض على الضفة الغربية وقطاع غزة وتقديم الدعم الطارئ في مجالات رئيسية مثل دعم الموازنة ودعم القطاع الخاص، وزيادة التنسيق بين الجهات المانحة والسلطة الوطنية الفلسطينية. وتشتمل الأولويات التنموية على المدى البعيد على إصلاح القطاع العام ومنعه من التوسع وتخصيص المزيد من المصادر لصالح التخطيط، وجعل العملية التخطيطية عملية مشاركة، وإيجاد المزيد من فرص العمل في القطاع الخاص من خلال تبني سياسات تهدف إلى بناء قدرات القطاع الخاص الفلسطيني وإيجاد شبكة أمان للفقراء.

أما فيما يتعلق بالهدف الثاني، فإن الأولويات التنموية تشتمل على دعم قطاع التعليم ودعم الخطة الخماسية التعليمية المعدلة مع التركيز على المساعدة في تأمين المصادر اللازمة لبناء المدارس الجديدة وشراء المعدات اللازمة لتنفيذ المناهج المنقحة الجديدة، وبناء قدرات المعلمين والمعلمات والقدرات الإدارية لمدراء المدارس، والأهم من ذلك هو الحاجة إلى إيجاد ثقافة احترام حقوق الأطفال عبر منح المدارس مكانة البيئة الآمنة.

أما بالنسبة للهدف الثالث المتعلق بالمساواة بين الرجل والمرأة، فهو متعدد الجوانب وهو الأكثر تعقيداً، إلا أن أحد أولوياته الهامة تبقى في توفير الدعم المالي والفني لتنفيذ الخطة التعليمية الخماسية مع التركيز على تدريب المعلمين والمدراء على الوصول إلى نظام تربوي يراعي قضية المساواة القائمة على أساس النوع الاجتماعي. كما يجب العمل على وضع تشريعات تمنع تسرب الطالبات في المرحلة الثانوية. أما التحسينات في المجالات الاقتصادية والسياسية فتشتمل على تقديم المساعدة المالية على المؤسسات التي تعمل على تعزيز حقوق المرأة ونشر الوعي بين النساء حول حقوقهن الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ومكافحة العنف ضد المرأة، وتشجيع الإصلاح السياسي ووضع خطط عامة تقوم على أساس المساواة بين النوع الاجتماعي بدلاً من أن تركز على المكونات، وتصميم إجراءات تطبيق عند التوظيف للمراكز العليا في القطاع العام، ونشر حقوق المرأة في العمل وسن قانون الحد الأدنى من الأجور والمساواة في الدفع لنفس العمل.

تشتمل الأولويات التنموية المتعلقة بالهدف الخاص بخفض معدلات الوفيات بين الأطفال على توفير الدعم المالي والفني لوزارة الصحة ووكالة الغوث لتنفيذ إستراتيجية التعامل مع تصاعد الأزمات ووضع خطط الطوارئ التي تماشى مع أهداف التنمية بعيدة الأمد المبينة في الخطة الوطنية الصحية الإستراتيجية. بالإضافة إلى تشجيع الأبحاث في مجالات معرف أسباب الوفاة بين الرضع والأطفال للوصول إلى سياسات صحية أكثر فاعلية هو أولوية تنموية أخرى تستحق المراعاة.

إن تحقيق الهدف المتعلق بصحة الأم وبالوصول إلى خدمات صحة إنجابية شاملة وذات جودة، يتطلب توفير الدعم المالي والفني لتوسيع البرامج المتعلقة بصحة الأم والصحة الإنجابية مثل برامج تمكين المرأة وبرامج الزيارات المنزلية والتشخيص المبكر لأمراض الحمل. بالإضافة على بناء القدرات في مجالات البلاغ عن وتسجيل الوفيات بين الأمهات لتطوير قدرات مراقبة هذا الهدف.


أما بالنسبة للأولويات التنموية فيما يتعلق بالهدف الخاص بالأمراض المنقولة جنسياً بما فيها الإيدز/ فيروس نقص المناعة البشرية فهي تشتمل على تقديم الدعم المالي للوحدات المتخصصة في هذا المجال، وتقديم الدعم الفني والمالي لتصميم وتنفيذ منهجية وقائية كلية لمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً وغيرها من الأمراض المعدية. بالإضافة إلى تحسين نظام مراقبة انتشار الأوبئة الدقيق وتطوير وتقييم آليات فحص جودة الدم المتبرع به من الخارج، وعمل برامج لنشر الوعي حول الأمراض التي تنتقل عبر الاتصال الجنسي بما فيها مرض الإيدز خاصة بين الأشخاص الأكثر عرضة لهذه الأمراض.

المراجع

- عايشه الرفاعي، 2006، معرفة الفتيات والنساء الفلسطينيات بمرض الإيدز وفيروس نقص المناعة البشرية، نهج موجه سياسياً لتعزيز الوضع الصحي، جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، القدس، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006، المسح الصحي للأسر الفلسطينية، التقرير النهائي، رام الله، فلسطين.
- برنامج مكافحة الإيدز وسائر الأمراض المنقولة جنسياً التابع للأمم المتحدة، منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، الموقع الإلكتروني التالي http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/MiddleEastAndNorthAfrica.asp في 10 نيسان 2006
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2003)، أهداف الألفية الإنمائية، تقرير تقدم العمل 2002.
- البنك الدولي (2004)، أهداف الألفية الإنمائية، النظام المعلوماتي لمراقبة البيانات العالمية.
- منظمة الصحة العالمية، 2004، الأمراض المنقولة عبر الاتصال الجنسي في الدول النامية، جنيف، سويسرا.

References

1. Al Rifai, Ayesha (2006). Knowledge of Palestinian Girls and Women about HIV/AIDS: Behavioural Policy-Oriented Approach for Health Promotion. Palestinian family Planning and Protection Association & UNIFEM. Jerusalem: Palestine.
2. PCBS (2006) Palestinian Survey of the Family Health. Final Report. Ramallah: Palestine
3. UNAIDS website: Middle East and North Africa Region, accessed online at:http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/MiddleEastAndNorthAfrica.asp. on April 10, 2006
4. UNDP (2003). The Millennium Development Goals. Progress report 2002.
5. World Bank (2004). The Millennium Development Goals. Global Data Monitoring Information System.
6. World Health Organization, (2004). Sexually Transmitted Diseases in the Developing Countries. Geneva: Switzerland.



employees to key positions in the formal public sector and finally promoting women's labor rights and enacting the law of minimum wage and the law of equal pay for equal work.

Development Priorities concerning the child mortality goal should ascertain providing financial aid, as well as technical assistance, for the Palestinian healthcare system to implement the national strategic health plan and assist in the health system reform

Fulfilling the development priorities of the goal concerned with maternal health requires significant investment in ensuring universal access to reproductive health services for all Palestinian women and men. This includes the focus on marginalized and difficult-to-reach populations and population groups in remote and marginalized areas. Investment on harmonization of care, improving synergy among different healthcare providers and continuous improvement of quality of care should remain a strategic objective to ensure safety, dignity and ultimately survival of mothers and their infants.

Monitoring and evaluation frame for maternal mortality and morbidity in order to monitor progress towards this goal and collect lessons learned is another key intervention facet toward goal achievement.

Ensuring reproductive health commodity security to respond to increased demand, emergency situation and foster continuous improvement of quality.

On STDs including AIDS/HIV, development priorities may include securing financial support for STD units and technical and financial support to design and implement a holistic and preventive approach to STDs and other communicable diseases. These include; designing policies on the legislative level to control the entrance of infected people to Palestine, enhancing the surveillance system for accurate tracking of the development of a given epidemic, monitoring and evaluation mechanisms to check the quality of blood donated from abroad and designing programs to raise awareness on STDs including AIDS, particularly among high-risk population groups.

Conclusions & Recommendations


MDGs were established to point out the minimum level of development that countries should seek to achieve within a certain timeframe.

The indicators explained in this report show discrepancies in progressing towards realizing these goals. The volatile political situation has not only fractured the dynamics of the Palestinian economic recovery of 1998-2000, but is also impeding the achievement of most if not all the MDGs. With regards to poverty alleviation in specific, development priorities entail; lifting the Israeli closure imposed on the West Bank and Gaza Strip, providing emergency support in key areas as budget support and private sector support, and increasing the coordination among donors and between the donors and the PA.

Longer-term development priorities however, include; reforming the public sector, and preserving accountability, transparency and equitable access to employment opportunities. the PRDP could serve as an opportunity and a vehicle for fostering accountable planning addressing the needs of the poorest and marginalized groups.

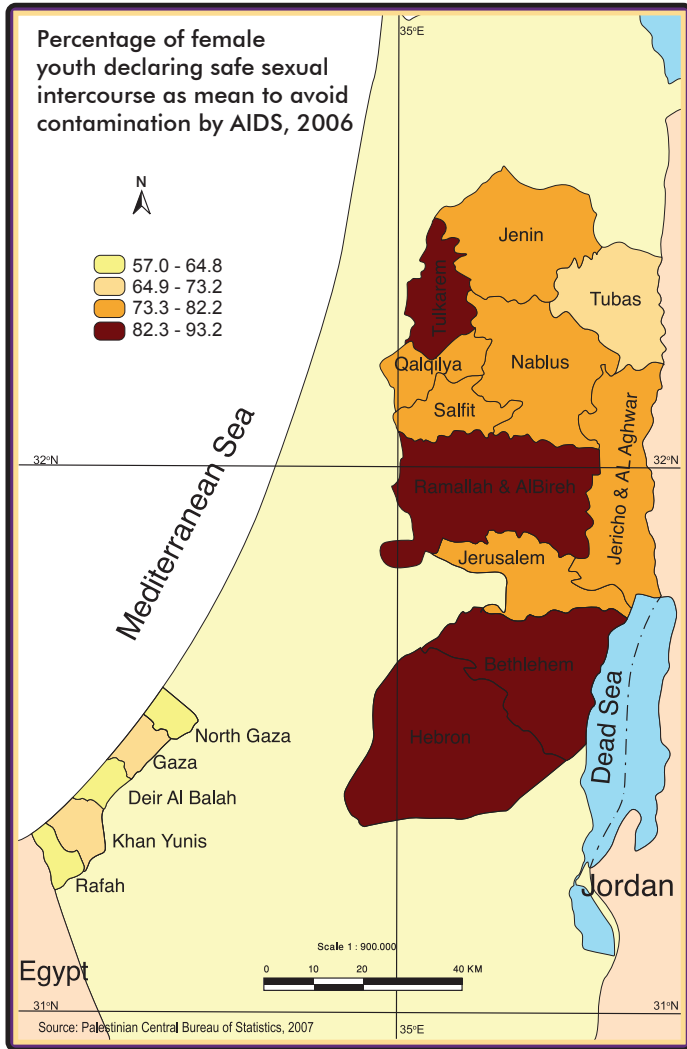
With regards to the second goal of universal education, significant improvements were achieved with higher enrollment and equitable access to education for both sexes and all stages. Achievement in the education sectors should be sustained and further development priorities should be considered. This might include: supporting the education sector, supporting the amended Five-Year Plan of Education with attention being paid to assistance in acquiring the resources needed for building new schools, assistance in procuring the equipment required for implementation of the newly revised curricula, support for developing the capacities of teachers, and support for developing the managerial capacities of heads of schools. This is in addition to establishing a culture of respect for the rights of children through granting schools maximum safety and security.

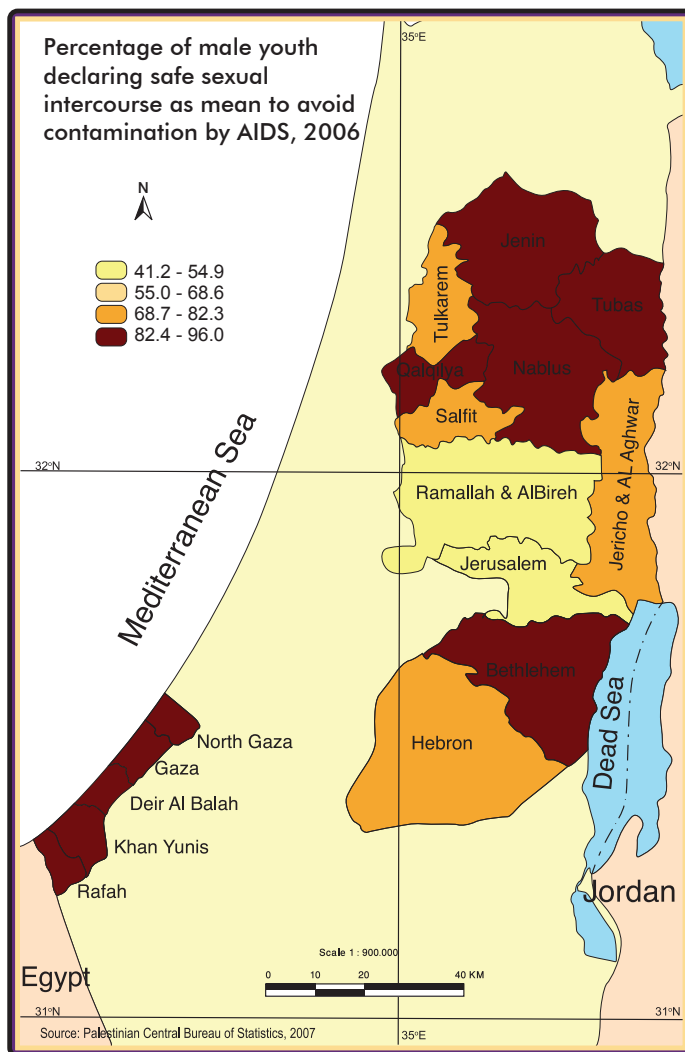
Development priorities of the third goal of gender equality are multifaceted and perhaps most complex. A major priority is in securing financial and technical support for implementing the Five-Year Plan on Education with emphasis being placed on training educators and administrators to achieve a gender sensitive education system. Designing measures at the level of legislative intervention to be taken in order to reduce female dropout from secondary education is another development priority to address here. Other development endeavors in the political and economic front include; providing financial aid to organizations promoting women's rights, promoting awareness among women regarding their social, political and economic rights, encouraging political reform and formulating public plans that are based on gender equity rather than on component-driven plans, designing affirmative measures to be adopted when recruiting



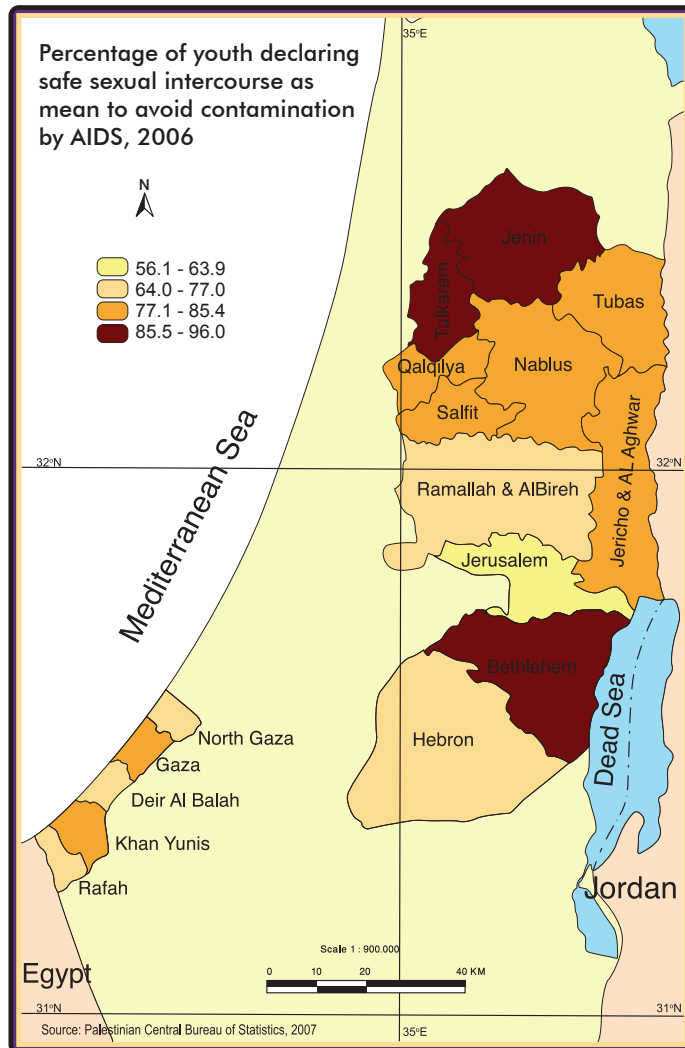
Overall, young people still lack information about STDs. For instance, the rate of young people who have heard about at least three STDs is low. Not only that but also, male youth are in a comparatively better shape than their female counterparts in this regard. This means that education in general and gender sensitive education in particular is insufficient and requires further efforts by the relevant parties such as the Ministry of Health, other health service bodies, providers, schools, and universities in order to raise awareness about STDs among youth of both sexes.

Adopting a preventative approach, establishing an adequate surveillance system for HIV/AIDS, and preventing the political crisis and the lack of resources from pushing the issue of STDs down the agenda for national action remain key development challenges in this respect.

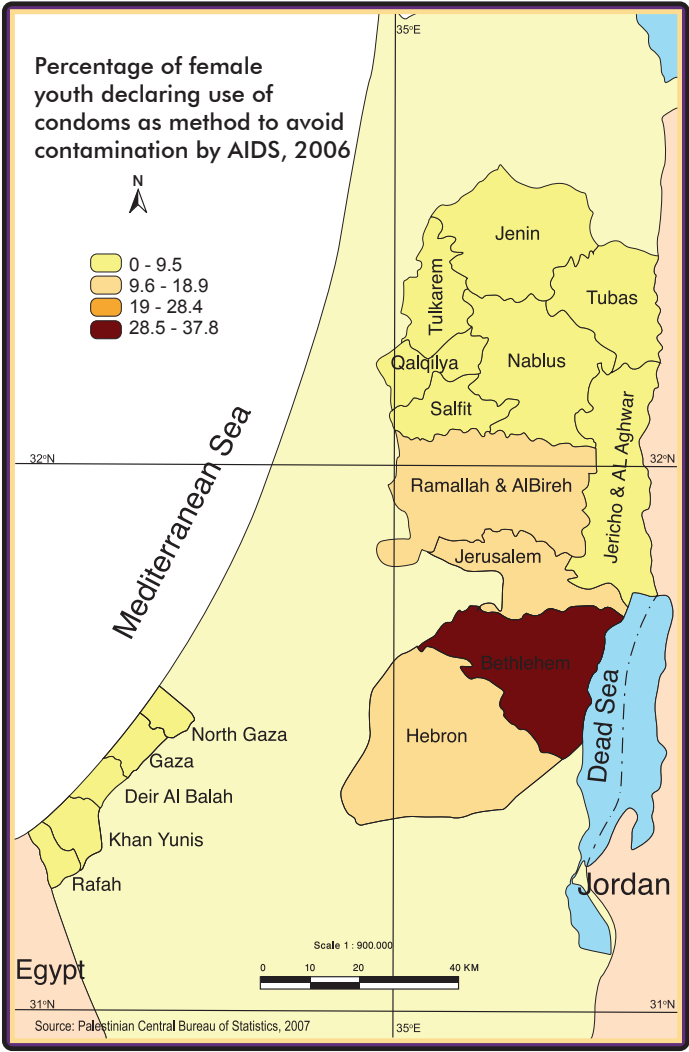


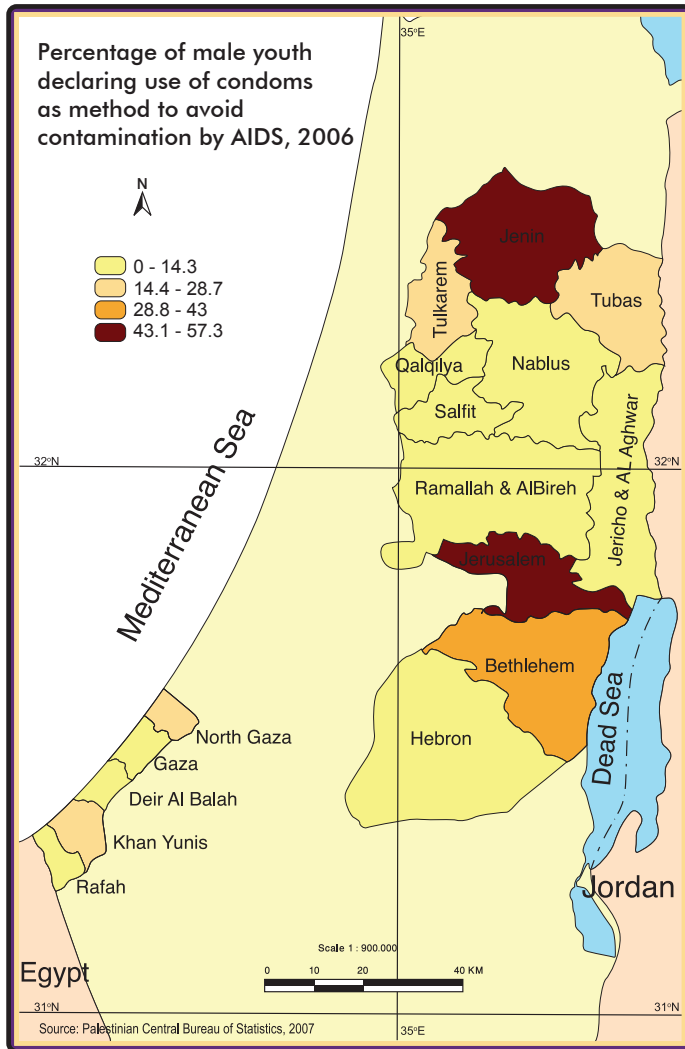


The knowledge gap between males and females with regard to safe sex as a method of avoiding STDs is less significant, though in favor of males, when compared to knowing about condoms as a method of avoiding catching such diseases.

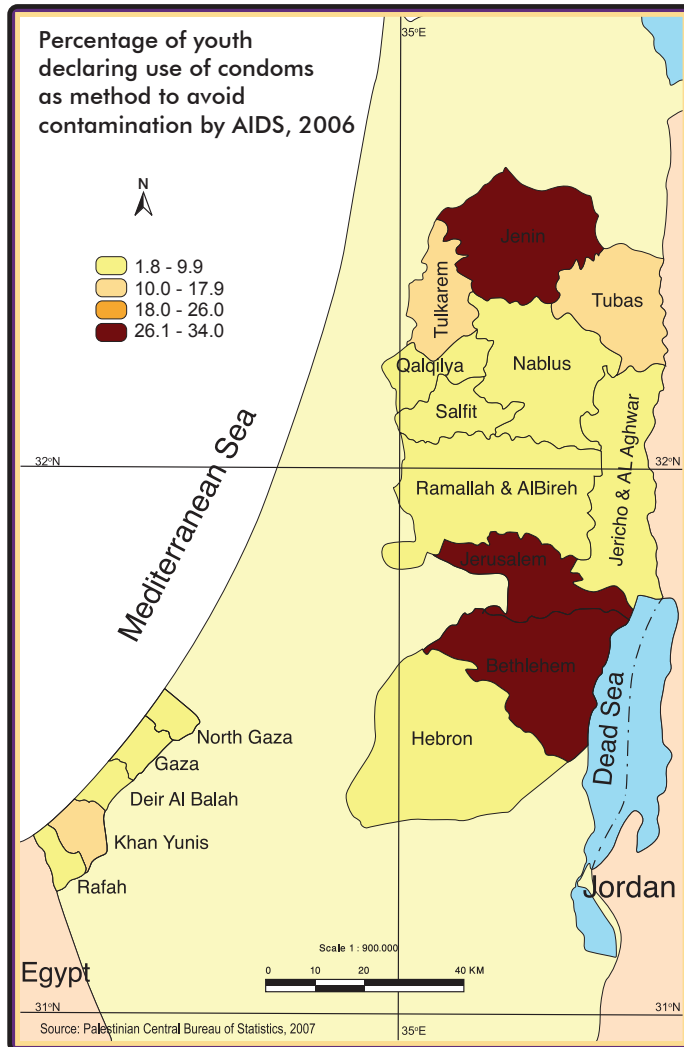


gap between males and females with regard to safe sex as a method of avoiding STDs is less significant, though in favor of males, when compared to knowing about condoms as a prevention method.





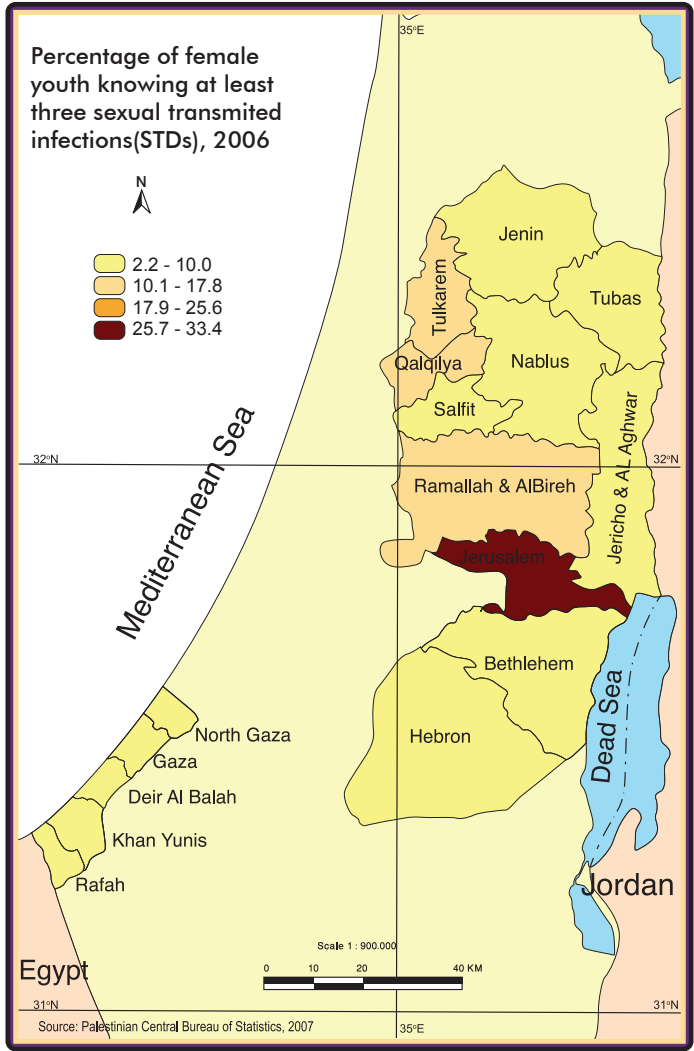
Moreover, knowledge of the prevention methods varied by sex. Seventeen out of 100 males believed that use of condom is one way to prevent catching STDs compared to 7 out of 100 females. Jenin, Tubas, Tulkarem, Qalqilia, and Jerusalem governorates show obvious variation in the rates of knowledge in favor of males. The same applies to northern Gaza governorates, Gaza, Khan Yunis, and Rafah governorates. The knowledge



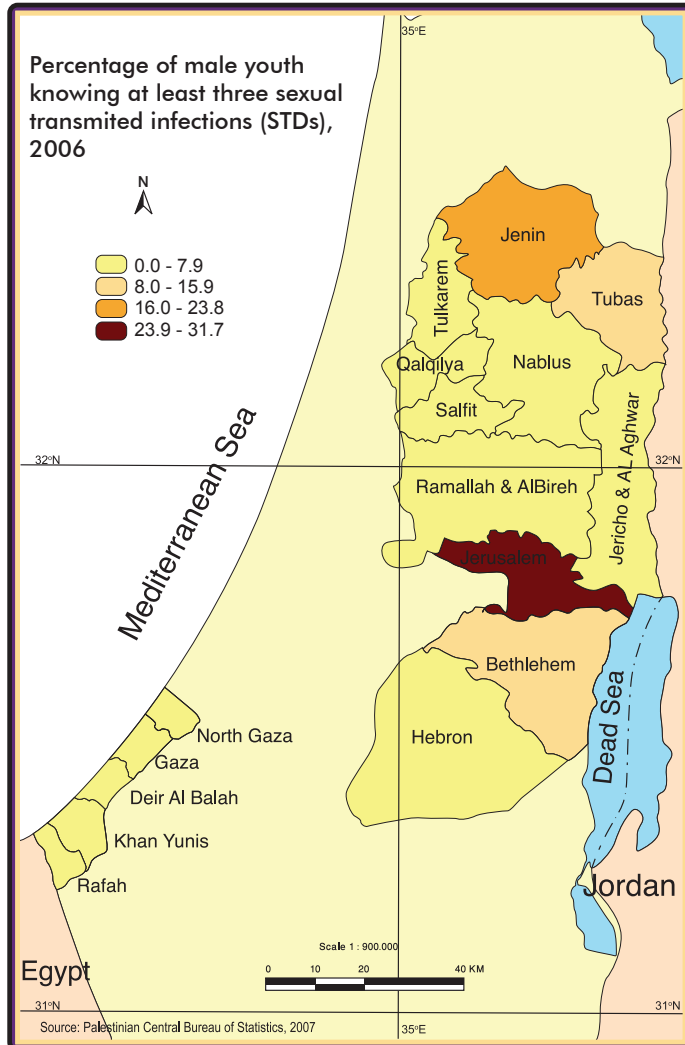
Young males' knowledge of means of prevention against STDs varies by method. More than three quarters of the youth said they knew that safe sex is one prevention method, whereas 13% said they knew that using a condom would prevent catching STDs.

There is a gap in knowledge between males and females

By sex, males in Jenin, Bethlehem, and Hebron governorates know more about STDs than females; whereas, the same rates are in favor of females in the rest of the West Bank governorates. The picture is similar in four out of the five Gaza governorates but less markedly.

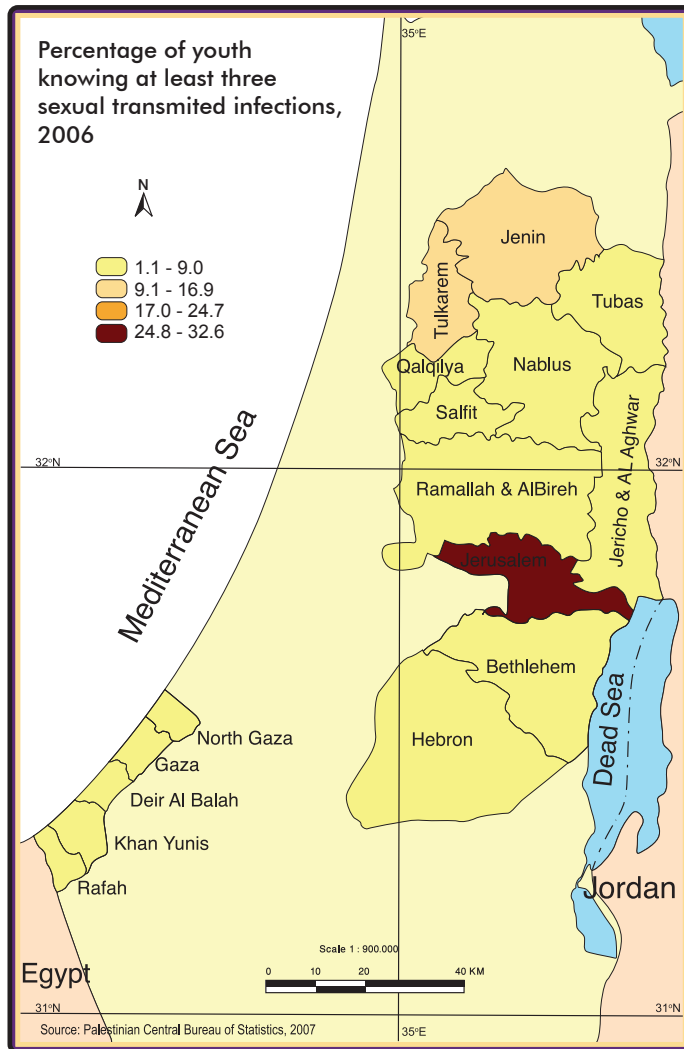


Data also show that young people in Jenin, Tulkarem and Qalqilia governorates in the north of the West Bank have more knowledge about the STDs than young people in the rest of the governorates. The rates in these governorates are 13.6%, 10.6%, and 8.6% respectively. Noticeably, the governorates of Gaza Strip have lower rates of knowledge about STDs in comparison with their West Bank counterparts.



Low percentage of the youth know about sexually transmitted diseases

Data show that 8% of the 15 to 29 years old youth know about at least three sexually transmitted diseases (STDs). It does not, however, show variations between males and females in this regard on the national level.



Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases

Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS.

Approximately 510,000 people are living with HIV in the MENA region

The 2005 UNAIDS data indicate that progress of AIDS in the MENA region has continued with latest estimates showing 67,000 people became infected with HIV that year. Approximately 510,000 people are living with HIV in this region. An estimated 58,000 adults and children in 2005 died of AIDS-related conditions (UNAIDS, 2006).

However, heterosexual transmission assisted by unprotected sex is the main mode of HIV transmission in the region, accounting for nearly 55% of all reported AIDS cases. Data from WHO (2004) stated that injecting drug use is playing an increasing role in spreading HIV, to the extent that it may soon become the driving force behind the epidemic in the region given that a fivefold increase in HIV/AIDS was reported among injecting drug users between 1999 and 2002.

Low incidence rate of cases and carriers of HIV/AIDS in Palestine

MoH records show that Palestine, as is typical of MENA region, shows “low incidence rate of cases and carriers” of HIV/AIDS infection. Since 1986 up to 2003 the cumulative number of reported cases was 55 cases, out of which 40 were AIDS cases and 15 were asymptomatic HIV. The cumulative prevalence rate per 100,000 of AIDS/HIV was 1.75 (AIDS is 1.3 and HIV carriers is 0.5). By sex, 44 were males, 9 were females and 2 did not declare sex. In 2003, out of the total, 31 people were still alive. In 2006, the incidence rate of AIDS cases was 0.06 compared to 0.03/100,000 of HIV infection.

The predominant mode of transmission was heterosexual contact (54.5%) followed by blood and blood products (18.2%), drugs (5.5%) and bisexual activity (3.6%). To date, a total of 79 cases of HIV and AIDS have been documented in the MOH registry (Al Rifai, 2006).

These rates show that as of yet HIV/AIDS does not constitute a public health problem for Palestine. However, two facts need to be taken into consideration when looking at these rates. First, HIV infection rates for Palestine are often only estimates because of insufficient data. Second, recent evidence suggests that the incidence of STDs, including AIDS, is increasing in MENA region and that the total number of AIDS deaths has increased almost six-fold since the early 1990s. There is no evidence that Palestine could be different in this respect. The figures above indicate that the number of AIDS cases could easily increase in the near future if AIDS is not properly and immediately addressed.

nancy and child birth, taking measures to counter the spread of anemia among women and children, and empowering women to make informed decisions and to realize their reproductive health rights.

Provision of community-based safe delivery care to remote and isolated locations is a strategy that needs to be adopted to minimize deliveries at checkpoints

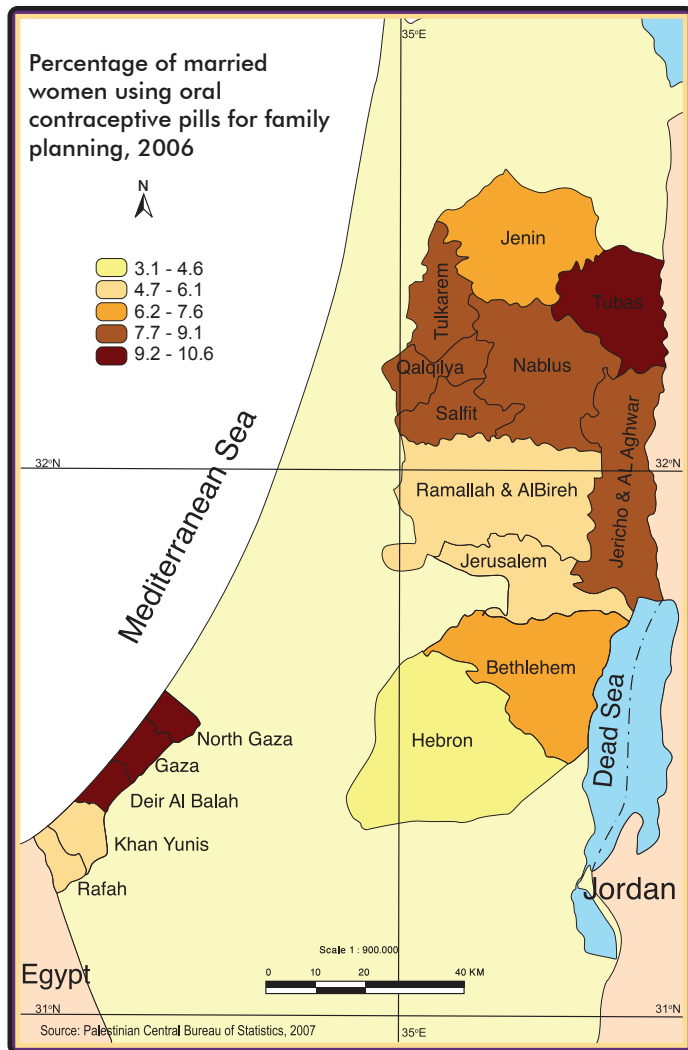
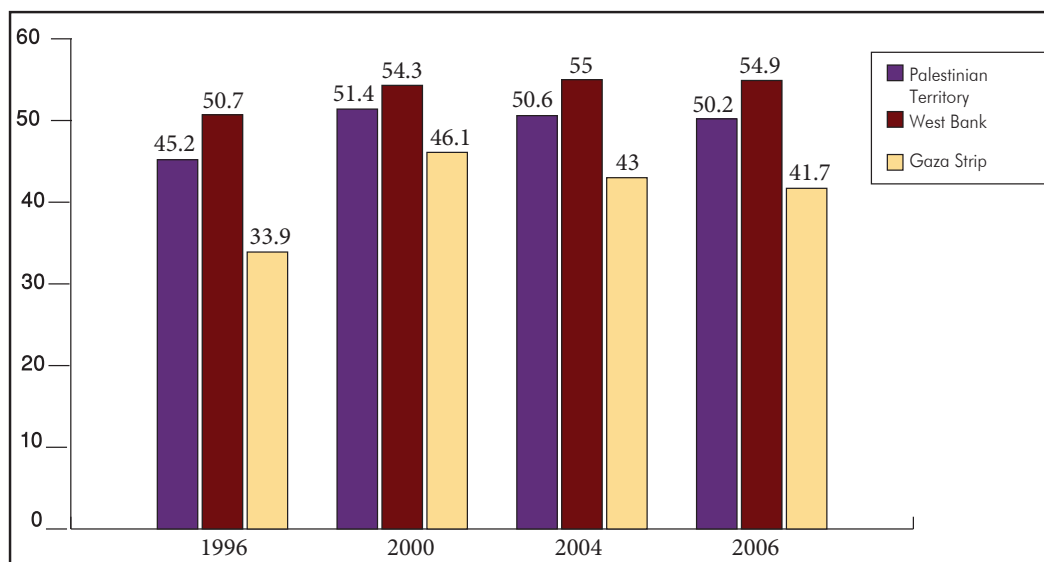


Figure 8: Contraceptive prevalence rate 1996-2006



The increase in using family planning methods, among other social, economic, and political factors contributed to the reduction of fertility rates in the past decade. Moreover, the provision of accurate information on the importance of using family planning methods and targeting men as well as women, especially with respect to the methods used and the side effects of such use, added to increasing the rates of use of family planning methods or at least kept them from retracting.

High rates of women’s use of intrauterine devices (IUD) and pills

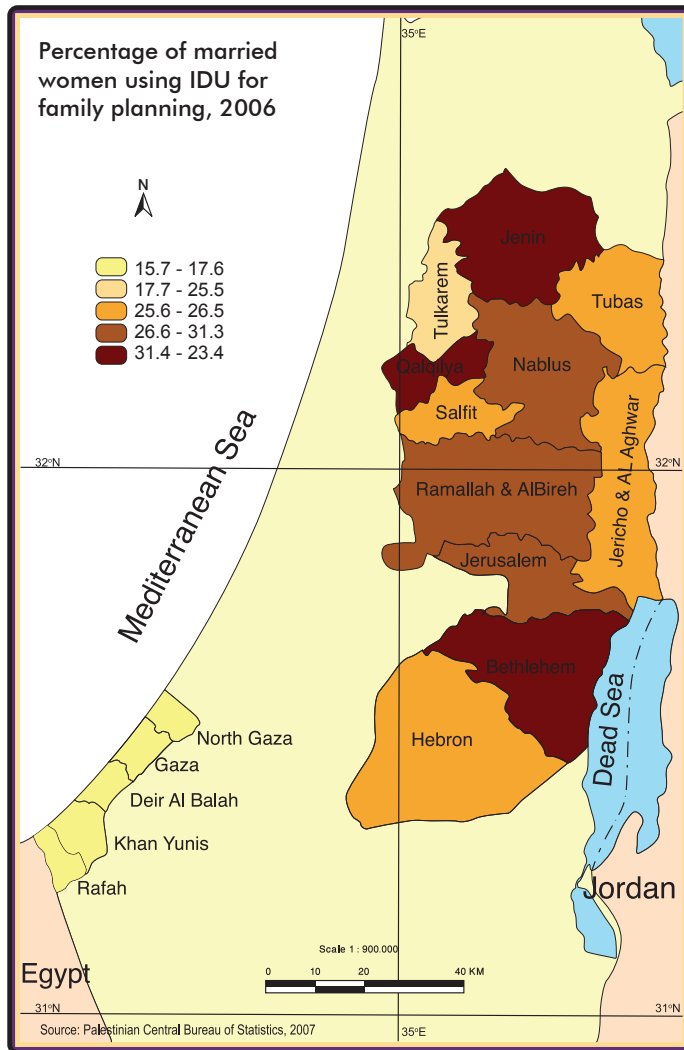
IUD is the most widely used family planning method in Palestine at 24.8% with 29.2% in the West Bank compared to 17.0% in Gaza Strip. Bethlehem governorate scored the highest rate among governorates with respect to using IUD at 34.4%.

Pills rank second at 7% with the rate being higher for the West Bank (8.4%) than for Gaza Strip (6.2%). By governorates, Tubas has the highest rate at 10.6%. Condom use is still ranking low among contraceptive methods in Palestine.

A number of challenges still stand in the way of achieving the desired progress in improving maternal health and achieving universal access to reproductive health services.

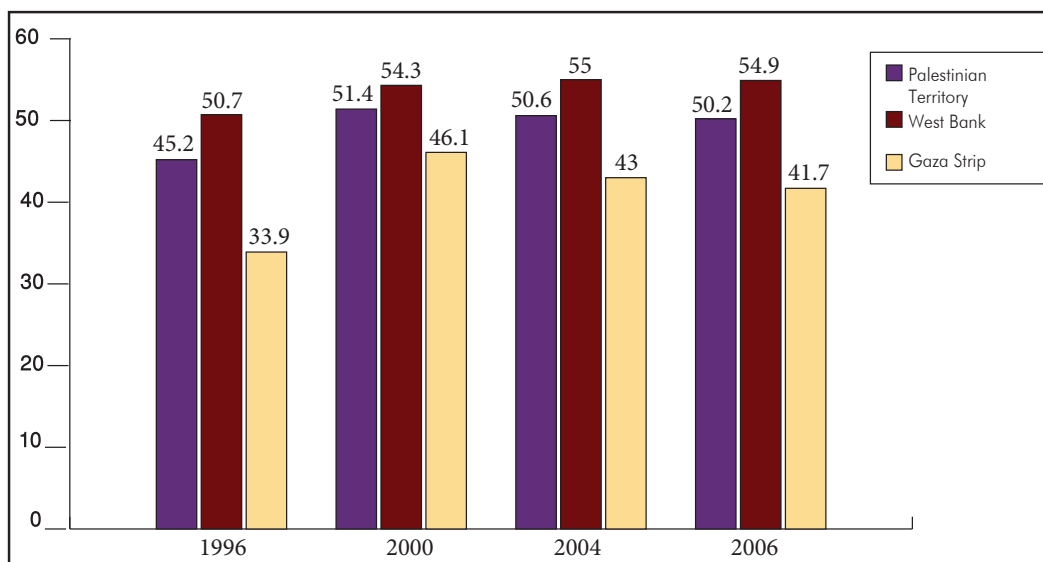
Most prominently, closures hinder reaching hospitals for delivery and/or access to primary healthcare centers for ante/postnatal healthcare and are largely affecting the ability of mothers to experience safe pregnancy and childbirth.

Improving the quality of the health services provided, increasing the capacity of the obstetric services, and enhancement of referral system forms an important short and long-term need for ensuring universal access to quality services.



A key area of focus should be working on promotion of healthy practices and timely care seeking through raising awareness among women about the risk factors during preg-

Figure 8: Contraceptive prevalence rate 1996-2006



The increase in using family planning methods, among other social, economic, and political factors contributed to the reduction of fertility rates in the past decade. Moreover, the provision of accurate information on the importance of using family planning methods and targeting men as well as women, especially with respect to the methods used and the side effects of such use, added to increasing the rates of use of family planning methods or at least kept them from retracting.

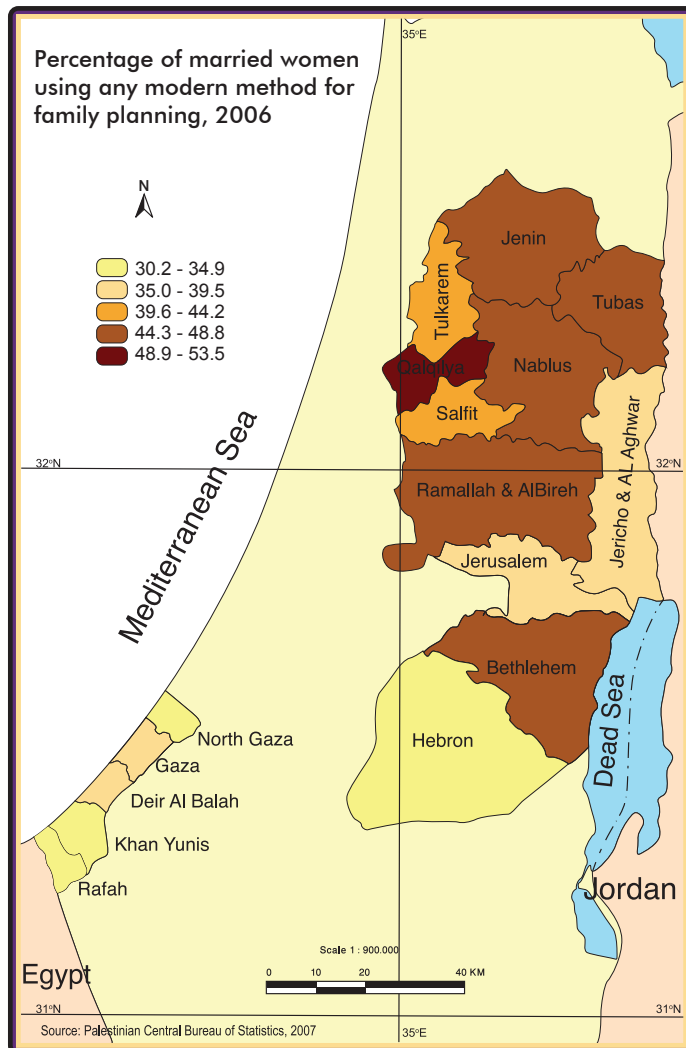
High rates of women’s use of intrauterine devices (IUD) and pills

IUD is the most widely used family planning method in Palestine at 24.8% with 29.2% in the West Bank compared to 17.0% in Gaza Strip. Bethlehem governorate scored the highest rate among governorates with respect to using IUD at 34.4%.

Pills rank second at 7% with the rate being higher for the West Bank (8.4%) than for Gaza Strip (6.2%). By governorates, Tubas has the highest rate at 10.6%. Condom use is still ranking low among contraceptive methods in Palestine.

A number of challenges still stand in the way of achieving the desired progress in improving maternal health and achieving universal access to reproductive health services.

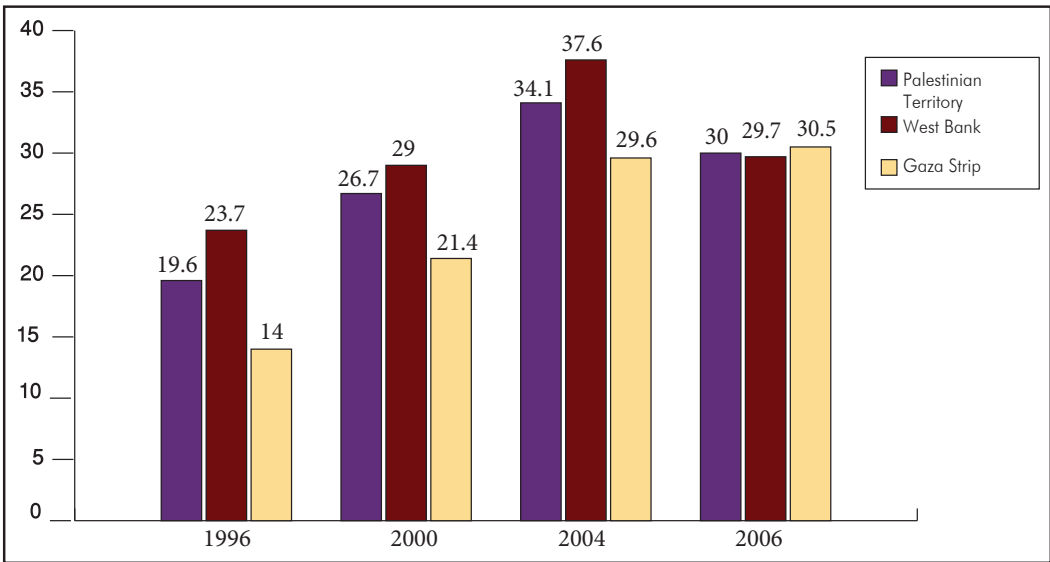
Most prominently, closures hinder reaching hospitals for delivery and/or access to primary healthcare centers for ante/postnatal healthcare and are largely affecting the ability of mothers to experience safe pregnancy and childbirth.



Contraceptive prevalence rate during the past decade rose from 45.2% in 1996 to 51.4% in 2000. Nonetheless, the same rate dropped in 2006 perhaps due to a decline observed in Gaza. A slight decrease in the use of contraceptives could be attributed to unmet need for family planning represented by system failure, lack of social support or impaired physical access to family planning services. The unmet need for family planning in Palestine was found to be at 12%; the highest in the Middle East region.

Poor quality healthcare results in low numbers of women seeking postnatal care. While only 4.4% of pregnant women did not receive any type of antenatal care in 2000, postnatal coverage has always been low, even before the Second Intifada. Nonetheless, data inform of an increase in the rate of women receiving postnatal healthcare between 1996 and 2006 by 53%. Figure 7 explains the trends of the postnatal health care between 1996 and 2006.

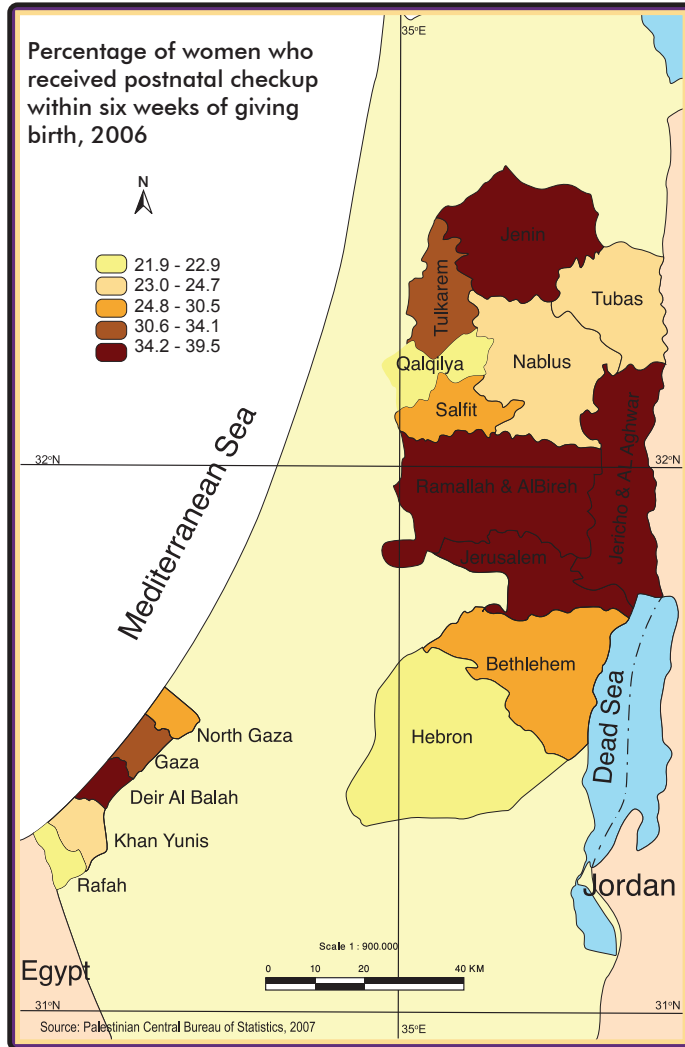
Figure 7: Postnatal care trends 1996-2006

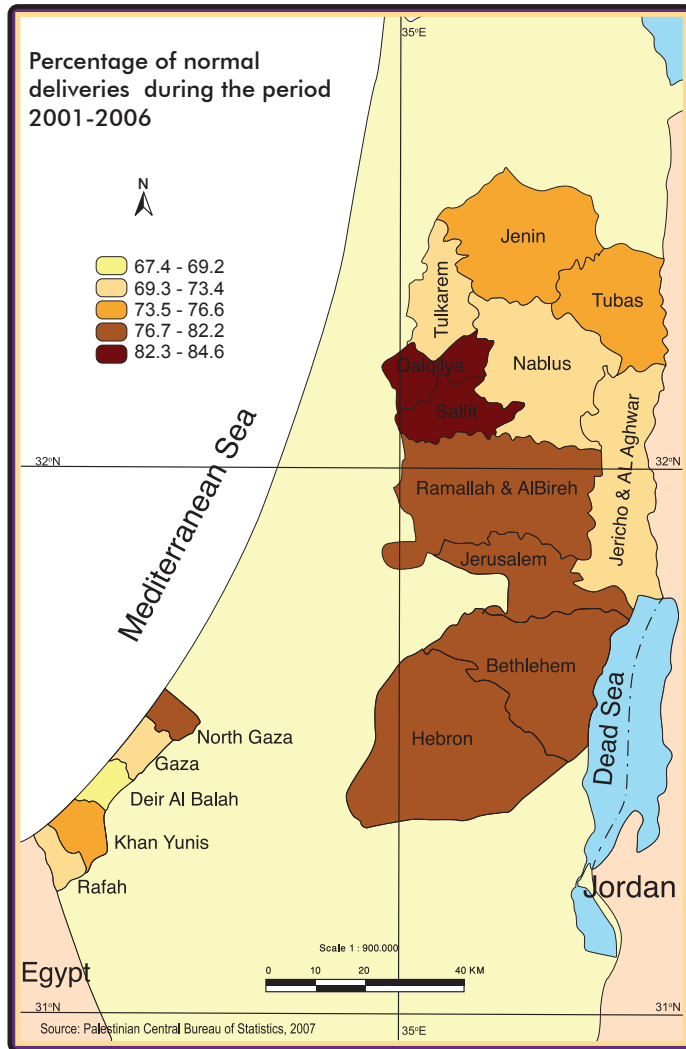


Previous decade witnessed an increase in the use of family planning methods

One-half of women in Palestine use family planning methods. By region, the rates are in favor of the West Bank, where 54.9% of married women of reproductive age reported the use of contraceptive method, of whom, 77.5% use modern methods. Women in the West Bank use more modern methods than their Gazan counterparts at 41.7% and 33.8%, respectively. Women in Qalqilia governorate in the West Bank showed the highest rates at 53.5% and Deir Al Balah governorate in Gaza Strip at 36.4% compared to the remainder of the Palestinian governorates.

of women received postnatal healthcare during the six-week period following child-birth. Variation between districts is negligible with Jericho and Al Aghwar governorate registering the highest coverage of postnatal healthcare at 39.5% compared to other West Bank governorates. Deir Al Balah in Gaza Strip recorded the highest coverage at 37.8% in Gaza.

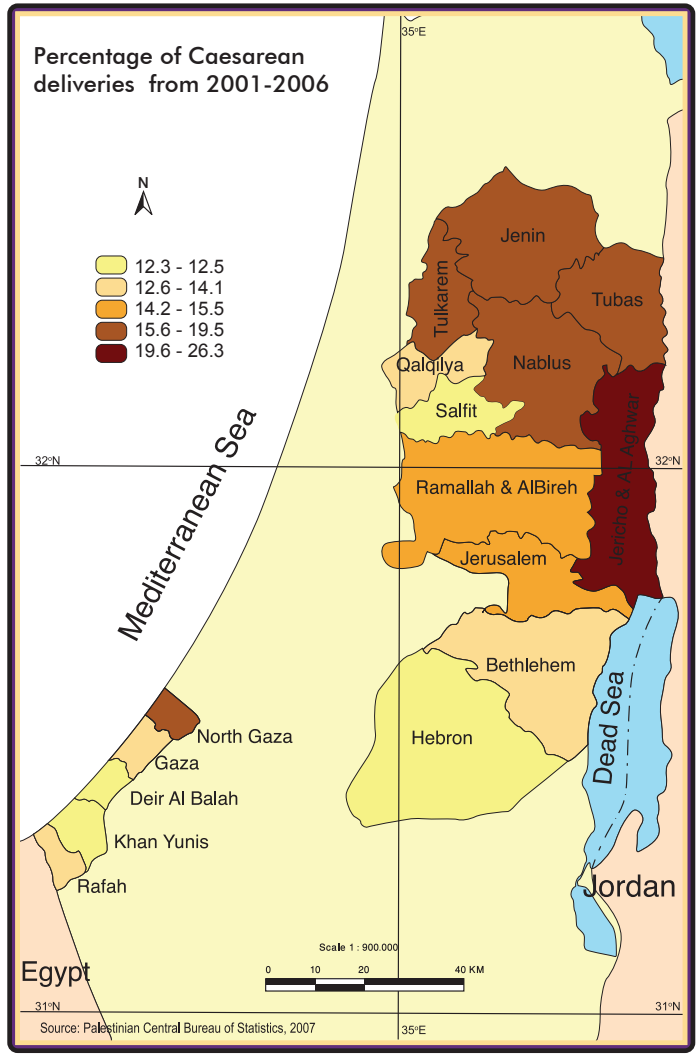


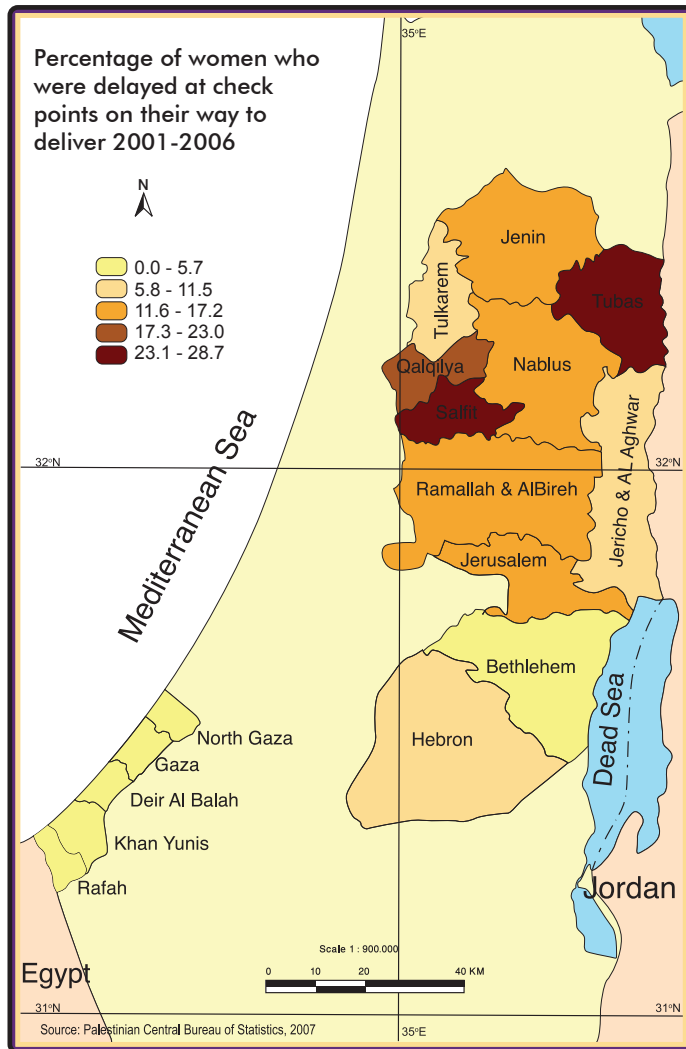


Postnatal care is still the weakness point in women reproductive health services

In spite of the modest increase in postnatal healthcare over the past ten years, coverage has not reached the required level. According to recent PAPFAM data, only 30%

women to reach hospitals to deliver their babies in a timely manner. The lengthy waiting time at checkpoints and concomitant stress women endure in the meantime block normal progress of the childbirth and may necessitate cesarean section delivery.

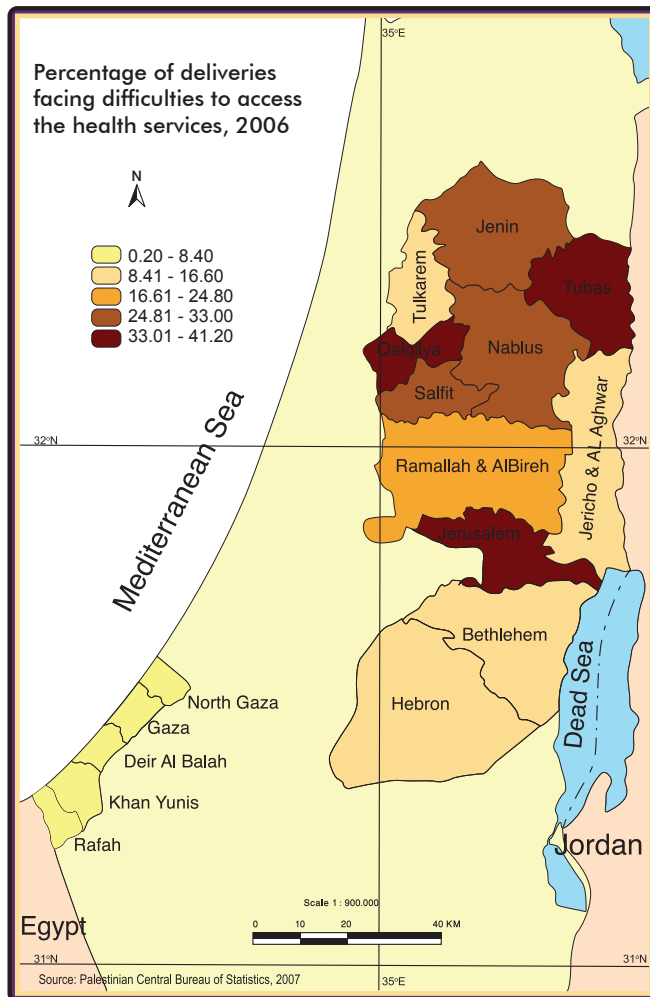




High rate of cesarean section

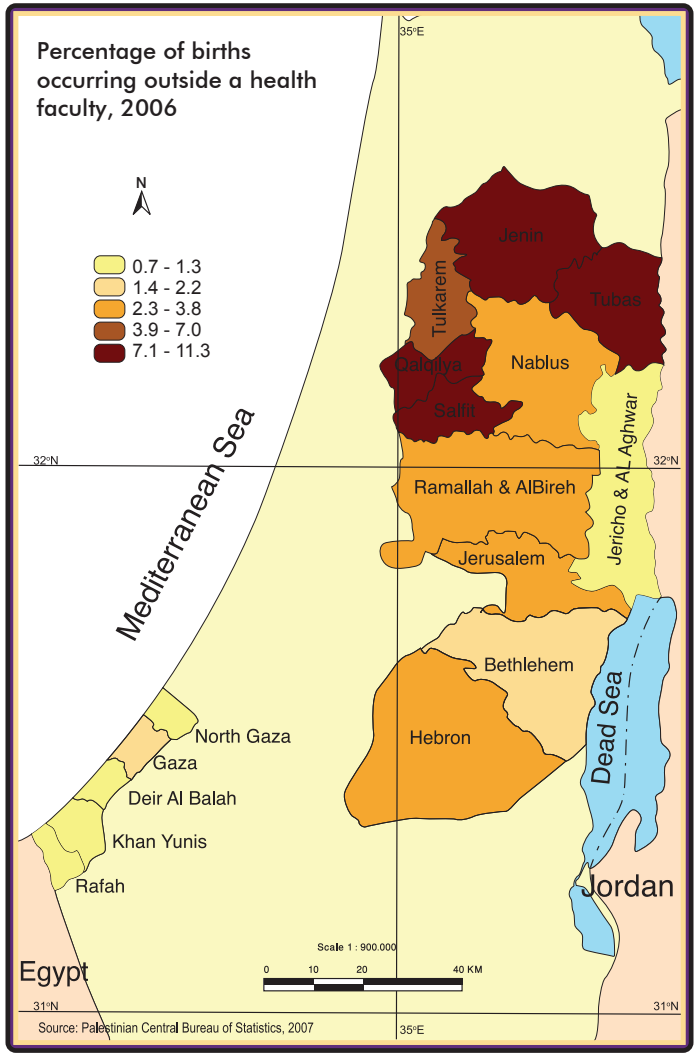
A total of 15% of births in Palestine are delivered via cesarean section with 15.4% for the West Bank and 14.4% for Gaza Strip, having risen 17% between 2004-2006. Jericho and Al Aghwar governorate in the West Bank and North Gaza governorate in Gaza Strip have the highest rates of cesarean section births at 26.3% and 19.5%, respectively. Again, the restrictions imposed on the movement of Palestinians adversely affect the ability of pregnant

Despite the increase in the rate of deliveries occurring at health facilities and the drop in the rate of deliveries occurring at home between 1996 and 2006, 7 out of 100 women experienced difficulties in accessing health facilities including delays at Israeli checkpoints. This is more prominent in the West Bank whereby 11.5% of the women endured such delays. Within the West Bank, Salfit governorate alone registered 28.7% of all delays occurring at Israeli checkpoints. Full closure of checkpoints was the second most frequent obstacle confronted by 4.3% of West Bank women with 7.9% for Jerusalem governorate alone. Clearly, among many other detrimental effects, these measures of confinement imposed by the Israeli occupation directly jeopardize the chances of safe childbirth.



Qalqilia governorate has the highest percentage of unsafe deliveries with 11.3% occurring under questionable conditions at home or on the way to hospital, followed by Jenin at 10.9% and Tubas at 10.4%.

Facility-based delivery is the first choice for the Palestinian woman when access is possible. The Ministry of Health hospitals form the largest provider for maternity services with 67% of deliveries taking place at a governmental hospital.



High coverage of antenatal care, however, quality of such care is questionable

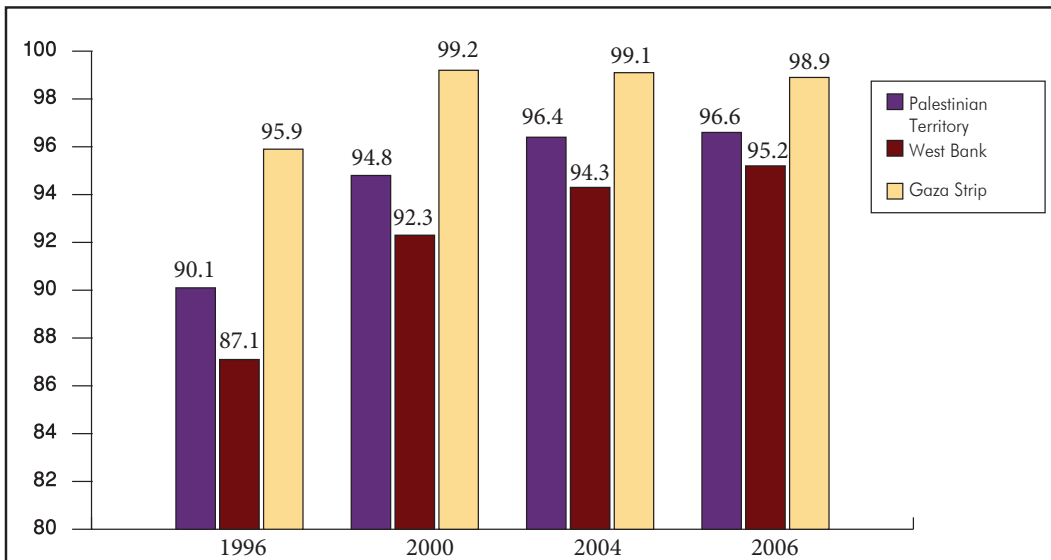
According to Palestinian Family Health Survey data, 98.8% of pregnant women received antenatal care services by a qualified professional, with no variations by region and governorate. Though the rate is high, the quality of the provided prenatal care warrants further research, especially in terms of management of complications, care for high-risk pregnancies and efficient utilization of the referral system.

In spite of the high coverage of antenatal care services, it remains unclear what deters women from seeking services at MOH facilities at only 15% of antenatal visits compare to 65.0% in the private.

High rate of safe professionally overseen deliveries but access to the service remains a serious challenge

Data indicate that 97.0% of deliveries occurred under safe conditions with Gaza Strip registering the highest rates with no significant variations between governorates. Rates of deliveries occurring at health facilities rose by 7.2% between 1996 and 2006.

Figure 6: Percentage of deliveries occurred at health institutions 1996-2006



Goal 5: Improve maternal health

Reduce by three quarters the maternal mortality ratio by 2015 through addressing the following key indicators:

- *maternal mortality rate and*
- *proportion of births attended by skilled health personnel.*

Death in childbirth is a rare event in developed countries with fewer than 10 maternal deaths for every 100,000 live births. In the poorest countries the ratio may become 100 times higher especially that women in poor countries have more children and their lifetime risk of maternal death may be more than 200 times greater than that of women in rich countries (World Bank, 2004). Higher maternal mortality in poor countries is associated with and is mostly caused by lack of access to trained health care workers and properly equipped health facilities.

The first Palestinian national demographic survey estimated maternal mortality ratio at 70-80 maternal deaths per 100,000 births (PCBS,1995). Data released later by the MOH indicate that MMR has decreased to 37.3/100,000 in 1997 and then slightly increased in 42/100,000 in 1998.

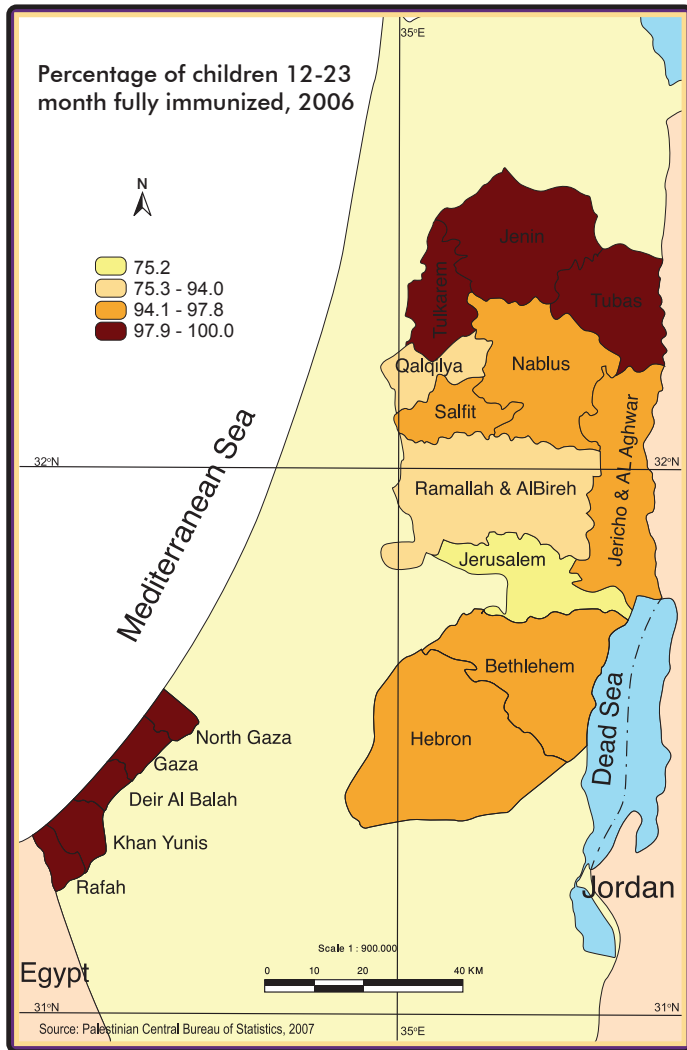
While maternal mortality is a very important indicator per se, it is important to highlight that with every incident of maternal death, 30 cases of maternal morbidity develop. This amounts to an average of 210-240 morbidity incidents per 100,000 births. Maternal mortality and morbidity, neonatal deaths and the fact that most of these deaths occur within a hospital setting is a clear indication of poor quality of services being offered to mothers and their newborns.

While universal access to quality reproductive health services has been articulated as the overarching goal in Palestine, certain disturbing factors continue to negatively affect achieving this goal:

Existence of poverty pockets in the West Bank and Gaza with the spread of some isolated communities in remote areas of the West Bank.

Closures, checkpoints and the Separation Wall resulting in physical challenge to accessibility and consequently compromising basic services such as safe institutional delivery. An example on this is that delivery at home or on the way to hospital was reported at 4.8% of all deliveries projected at about 6,000 deliveries a year.

Duplicated healthcare system and lack of coordination leading to severe waste of resources. Challenges related to logistics system and equitable distribution of services and resources at the level of public health services system.



from 48.9% in 1996. Discrepancy in coverage between the West Bank and Gaza is due to the fact that immunization of infants in Jerusalem governorate falls under the Israeli Ministry of Health, which does not provide inoculation against measles. Qalqilia governorate registered the lowest rate of coverage of measles immunization at 93.2%.

Data also show that 96.5% of infants in the same age group had completed their vaccination schedule according to Palestinian Unified regimen. This regimen constitutes of one dose of tuberculosis, three doses of polio, three doses of DPT and measles. Gaza Strip has higher immunization coverage rate than the West Bank (99.4% and 94.4%, respectively). Qalqilia also registered lowest rate in this regard at 93.2%.

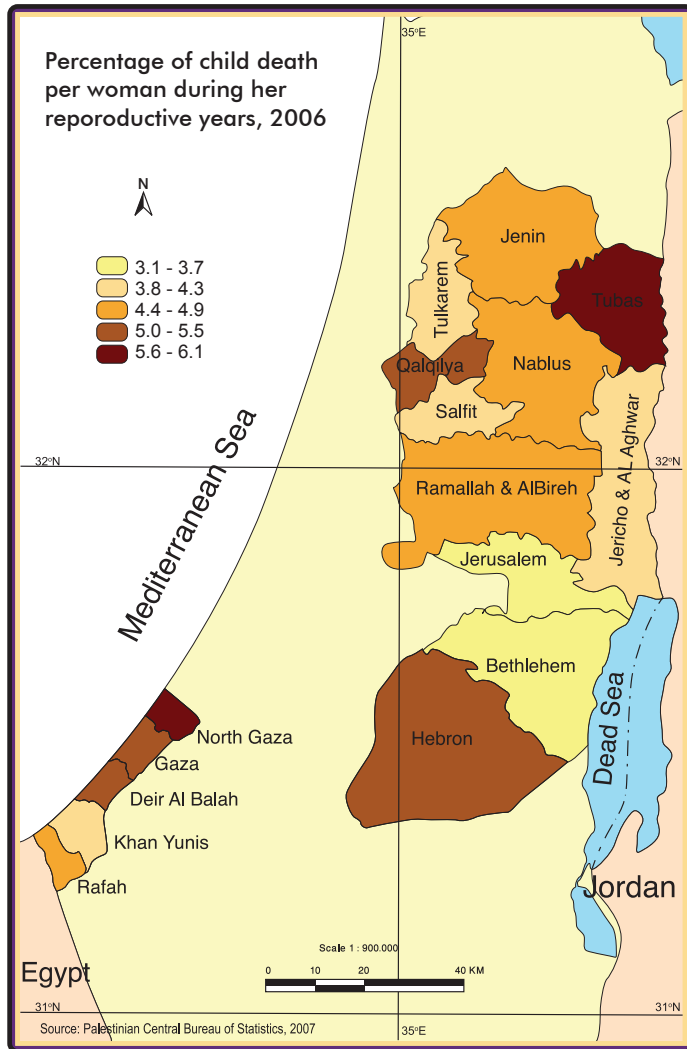
High coverage with immunization was affected with the closure policy, recurrent incursions and access difficulties. The Palestinian Ministry of Health together with other national and international partners were however able to mitigate the effect of closures and succeeded through proper coordination and partnership to reverse immunization coverage to its normal rate. The work of the Palestinian Authorities and UNRWA in creating a national immunization program that ensures universal coverage for all the under three children, expanded health education programs, and an increase in the number of maternal and healthcare centers were the key elements of this success.

Ministry of Health (MOH) and UNRWA records show that respiratory tract diseases, congenital anomalies and premature birth have been the leading causes of infant and under-five deaths since at least 1990-1994. In subsequent years, accidents have increasingly ranked among the leading causes of the under-five mortality, and Sudden Infant Death Syndrome has constituted an increasing part of infant mortality (UNDP, 2002).

Political situation has affected the health status of population through mobility restrictions and the wall blocking access to health care facilities for seekers and providers alike, deteriorated economic situation limited peoples capacity to pay for all sorts of services and goods including those of health. With adding the extreme challenges facing the infrastructure and quality of healthcare services to all of above mentioned, state of support conditions for this goal achievement is beginning to regress.

Therefore, freeing healthcare providers from conflict-related burdens and strengthening the capacity of MOH for provision of high quality health services are perhaps the most pressing short term development challenges here.

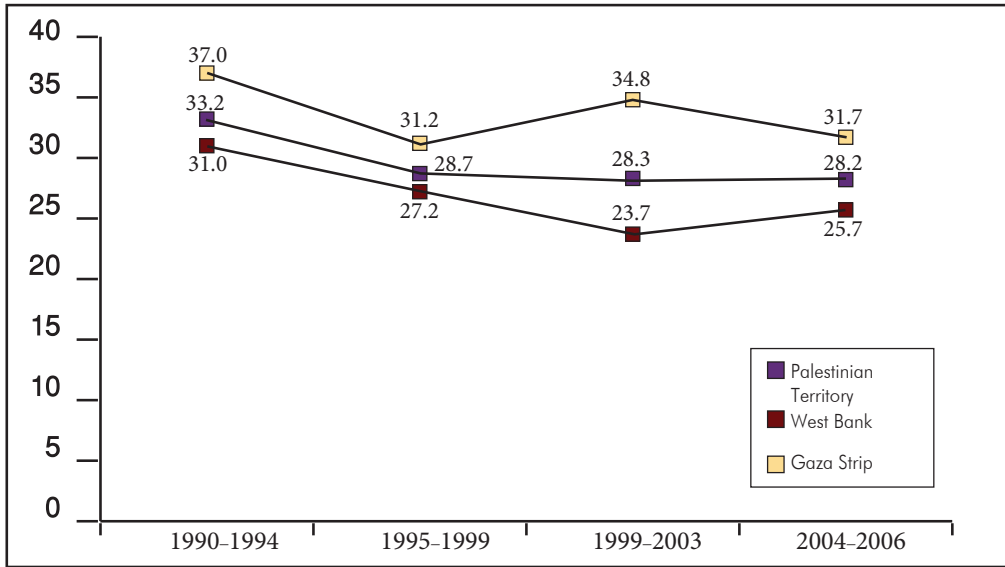
Other major interventions may include; providing children with necessary vaccinations, nutrients and proper preventive and growth monitoring services to overcome health problems affecting children and hindering achieve the MDG number 4.



High rates of immunization, especially against measles, in the past decade

Data show that the coverage of measles immunization for infants aged 12-23 months is 96.7% (99.4% in Gaza Strip and 94.8% in the West Bank) demonstrating an increase of

Figure 5: Under five child mortality rates 1990-2006

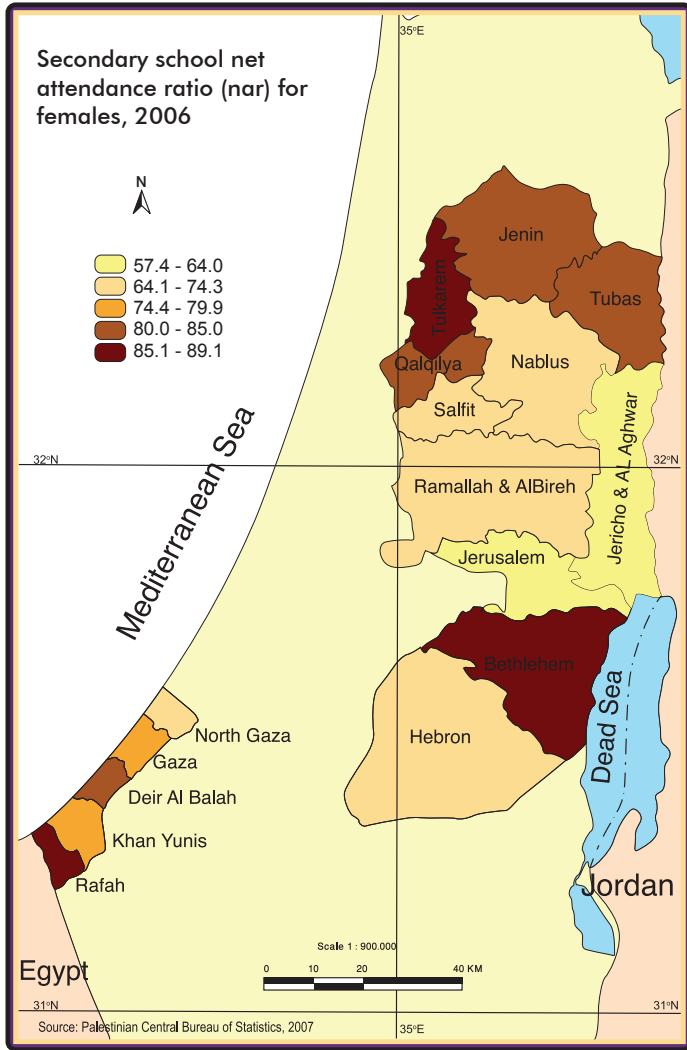


Noticeably, the levels of infant and the under-five child mortality rates were on the decline until 2000 when they started to rise again during the period 2001-2006 due to the high rates of neonatal mortality, which affected the infants' mortality rates in general and reflected higher risk during pregnancy. Infant mortality rate in Palestine reached 27.3 per 1000 live births between 2001 and 2006. Gaza Strip and males have the highest of these rates at 30.7 and 28.6 per 1000 live birth, respectively.

The under-five mortality rate reached 31.3 per 1000 live births in 2006. Gaza Strip and males had the highest rates at 34.9 and 33.8 per 1000 live births, respectively.

Utilizing the median of ever-born children and the probability of mortality based on the median of the children who died in each governorate, Northern Gaza and Tubas governorates were found to have the highest probability of child mortality in Gaza Strip and the West Bank, respectively.

Despite this progress, however, infant and child mortality rates have not reached the desired level and remain dependent on a number of social, economic, and political factors related to quality of care offered to children and their mothers.



Goal 4: Reduce child mortality

Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the mortality rate among the under-fives.

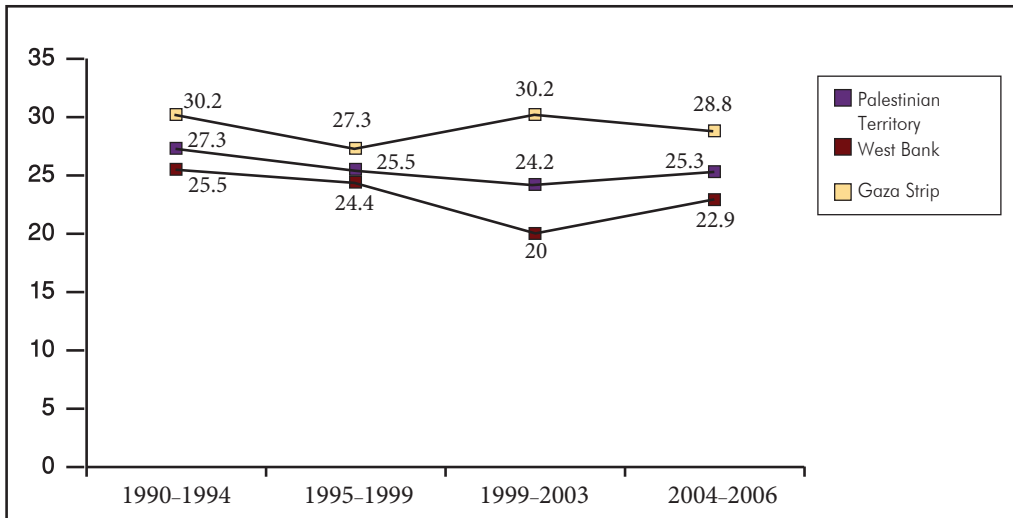
In order to achieve this goal, the following targets were defined:

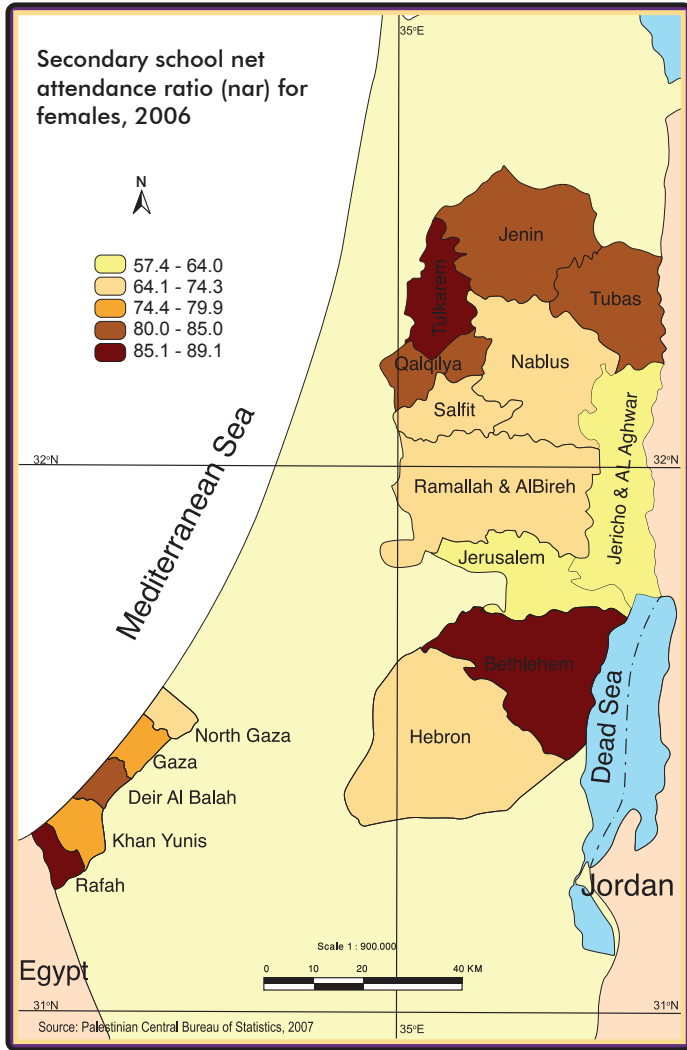
- Infant Mortality Rate (IMR)
- Under-five mortality
- Proportion of one year old children immunized against measles

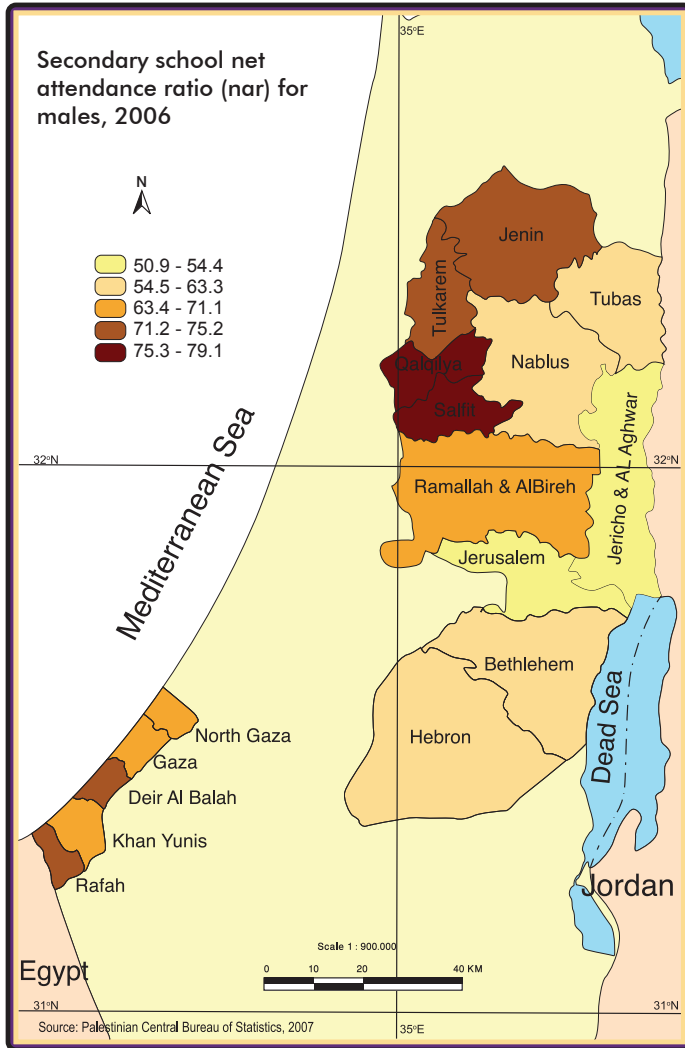
High mortality rates among infants and the under-fives

Child mortality rates over the last decade in Palestine are comparable to those in upper middle-income countries. However, closer examination of the trends reveals that this is not the true case. From 1994-1999 a drop of 6.6% in the under-five mortality rate occurred, down to 28.7 per 1000 live births from 33.2/1000.

Figure 4: Infant mortality rates 1990-2006







As shown in the above figure, for the 1994-1995 academic year, the net enrolment rate in secondary education for females was 32% as opposed to 35.8% for males. In 2000-2001 net enrolment rates in secondary education for females rose to 47.5%, while that of males rose only to 40.8%. Later in 2007-2008, gross enrollment ratio in secondary education amounted to 72.3% for boys compared to 84.5% for girls (PCBS, 2008).

The number of women receiving higher education increased both in absolute and relative terms. For the scholastic year 2000-2001, the ratio of females to males in tertiary education stood at 89.9% (UNDP, 2002).

Similarly, gross enrollment ratio in high education was equal to 32.1% for males compared to 37.4% for females (PCBS, 2008).

Alongside, dropout rates for both sexes in secondary school education witnessed a considerable drop, more so for girls than for boys, however, with it being equal to 3.0% for boys and 3.8% for girls for the scholastic year 2006-2007.

Nonetheless, even though significant progress was made in the last eight years in reducing gender inequity in education, improved participation of women in political decision-making remains much less pronounced despite some progress. In terms of political participation, 5 women were elected to the Palestinian Legislative Council in 1996, accounting for 5.7% of the 88 legislative seats compared to 17 (13%) in the second Legislative Council elections (Human Rights Watch, 2005). At the municipal level elections, since the endorsement of the Palestinian electoral law issued in 2004, four electoral rounds took place in 2005 wherein a total of 139 women participated. Of these, 52 (17%) won membership in the municipal councils.

In the economic decision-making arena, however, women participation did not materialize. In terms of managerial positions in the formal public sector, women form 13% of the total employees but comprise only 3% of key managerial positions. The share of women in the total workforce, which peaked in 1996, did not exceed 13%. As such women remain denied access to public goods. The informal labor market remains the most easily accessible sector accommodating the majority of working women. Coupled with growing poverty, unemployment and mounting political uncertainty, such factors will hinder achievement of this goal by 2015.

The post-crisis amended Five-Year National Education Plan must be supported with adequate attention and resources being allocated primarily to building new schools, procurement of equipment required for implementation of newly revised curricula, developing capacities of teachers and enhancing managerial capacities of school principals.

Most importantly, there is a need to respect the rights of children through granting schools a safe-haven status, especially since many schools have been exposed, both directly and indirectly, to damage as a result of the ongoing conflict.

Goal 3: Promote gender equality and empower women

“When a country educates its girls, its mortality rates usually fall, fertility rates decline, and the health and education prospects of the next generation improve” (World Bank, 2004).

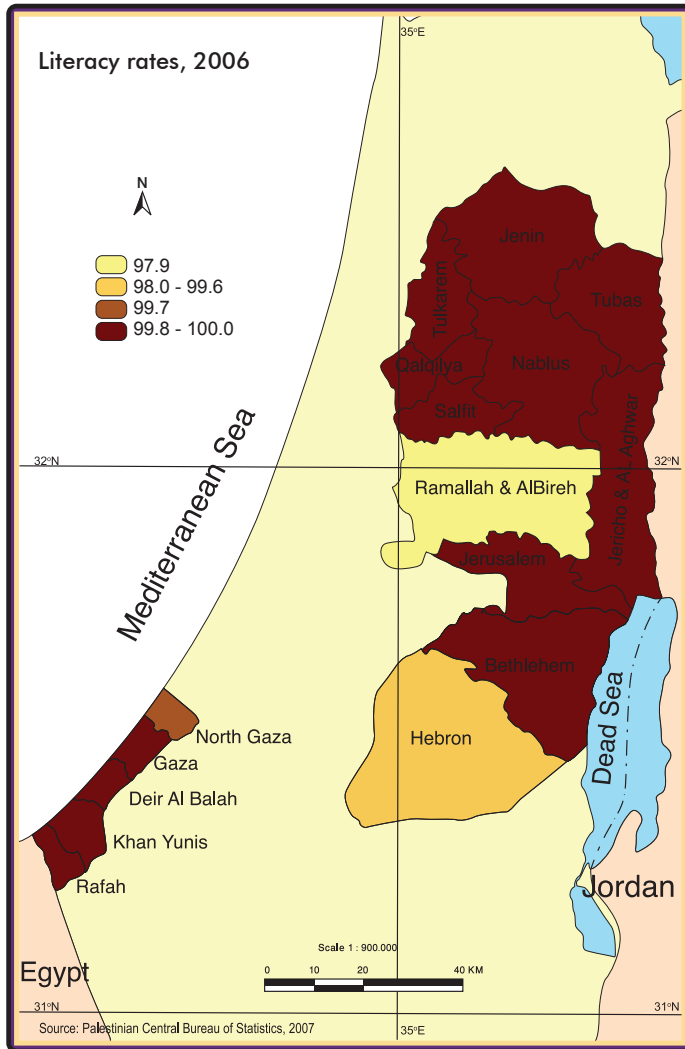
Goal 3 of the MDGs requires eliminating gender disparity in primary and secondary education preferably by 2005, and at all levels by 2015. This would be achieved through monitoring progress in a number of indicators including;

- ratio of girls to boys in basic, secondary, and tertiary education,
- ratio of literate women to men 15-14 years old,
- share of women in wage employment in the non-agricultural sector,
- and proportion of seats held by women in national parliaments.

MENA has significantly increased gender equality in education. Half of the countries already achieved gender parity both in primary and secondary education and the other countries are likely to achieve the goal very soon except for Djibouti, Iraq and Yemen (World Bank, 2004).

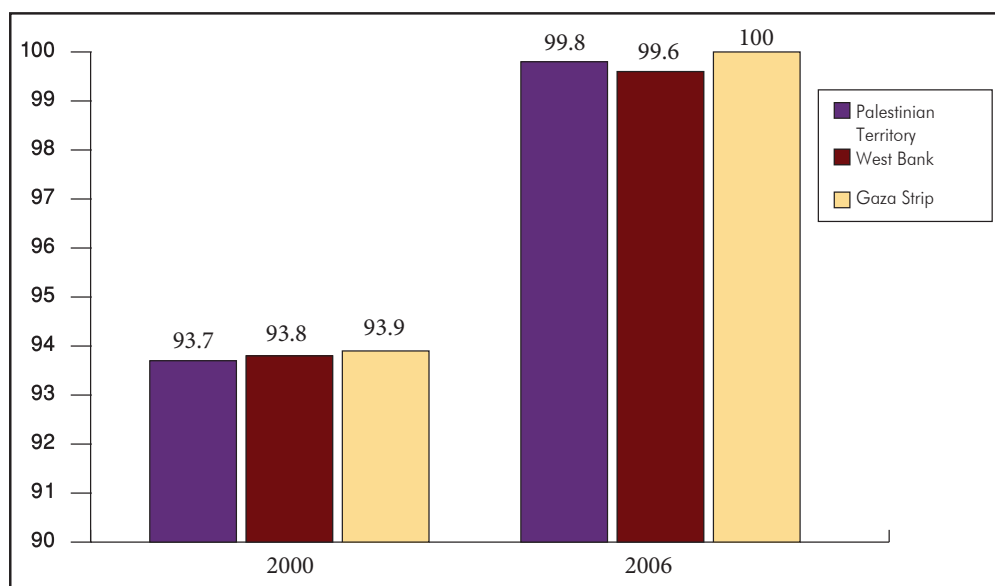
In Palestine, gross enrolment rates in secondary education vary in favor of females especially in Tubas and Bethlehem governorates

According to data, the 98.3% and 97.0% of females and males respectively enrolled in primary schooling with no disparities in respect to region (West Bank or Gaza Strip) or governorate. Noticeably, the disparity between males and females in this regard is insignificant and both sexes enjoy equal access to education. However, the case differs with respect to secondary education where females have higher ratio than males especially in Tubas and Bethlehem governorates.



Attaining goal 2 requires international support of the education sector in Palestine. This is imperative for preserving so far achieved progress and responding to long-term development needs within a difficult and unpredictable environment.

Figure 3: Percentages of basic school enrolment 2000-2006



Nevertheless, a survey to investigate the effects of the siege, conducted in 2002 by the Development Studies Program at Birzeit University, showed that 11% of Palestinian children were forced to drop out of school and 52% attended school irregularly (UNDP, 2002). Despite all impediments, data still reflect the extent to which Palestinian families value education and are willing to make the investments in it in spite of economic hardship and political setbacks.

High literacy rates but quality remains a prime challenge

Approximately 100% of the 15-24 years-old Palestinians know how to read and write regardless of region (West Bank and Gaza Strip) or governorate.

In spite of high enrolment and literacy rates achieved in Palestine, quality remains questionable; firstly because literacy definitions incorporate the ability to read and write and two, often there is evident incongruity between levels of primary education completed and the appropriateness of knowledge and literacy skills for such levels. This argument is well supported by the findings of the above stated survey on school attendance regularity and dropouts.

With these realities on the ground, there remain a number of challenges to safeguard the educational establishment and system altogether. These include; maintaining the high levels of net enrolment rates and finding ways to compensate the losses resulting from irregular school attendance, taking measures to eradicate child labor associated with poverty and abuse and making schools a safe place for education and development.

Goal 2 “Achieve universal primary education”

is sought by “Ensuring that, by 2015, all boys and girls complete a full course of primary schooling” (Target 3).

Education is the foundation of all societies within a world of globally competitive economies. It is the basic means for reducing poverty and inequality, improving health, enabling the use of new technologies, and utilization of knowledge. In an increasingly intricate, knowledge-led world, primary education is the gateway to higher levels of education, and therefore is the first development priority.

The World Bank reports that, globally, literacy rates among young people aged 15 to 24 is the only widely reported measure of educational outcomes. As more children have entered and stayed in school longer, the global youth literacy rate has risen from 75.0% in 1970 to 88.0% in 2004.

Target 3 above can be achieved through progress made in the indicators:

- net enrolment rate in basic education,
- proportion of pupils starting grade 1 and reach grade 5,
- and literacy rate of 15-24- years olds.

High enrolment ratios in early schooling stages

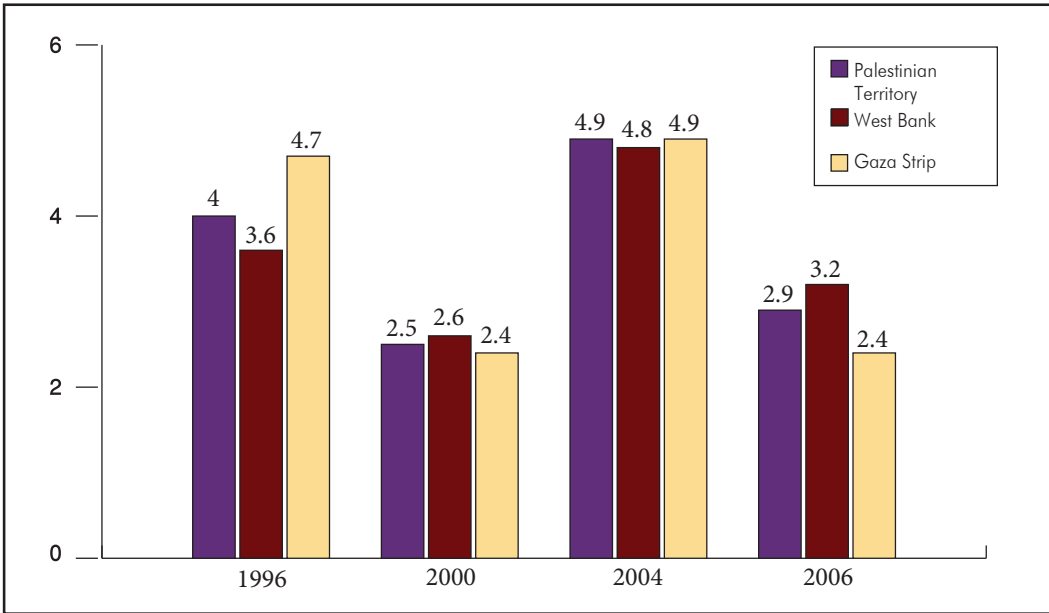
Net enrolment rate in Palestine is the highest in MENA region. Despite the fact that Palestine has figured among the lower middle-income countries since the mid-1990s, it performs at the level of the upper middle-income countries in terms of education.

According to data collected during the past decade, significant progress has been made in the rate of pupils enrolled in primary education . The Palestinian Household Health Survey 2000 showed that the proportion of children enrolled in primary education was 93.7% , climbing up to 99.8% in 2006. This is a reflection of substantial official efforts to make basic education compulsory and accessible to all children as demonstrated by the law on free education at the primary school level.

Nearly all 15-24 years-old Palestinians know how to read and write with significant progress made in this area between 2000 and 2006. During this period, literacy rate in the age group 15-24 has risen from 98.3% to 99.8%.

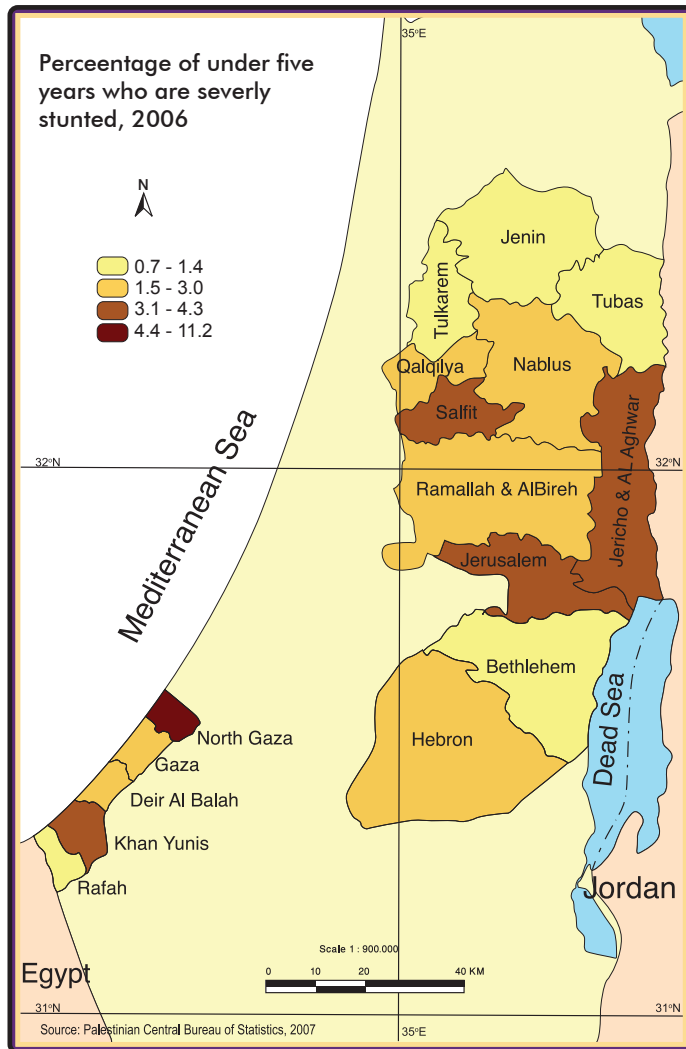
Though a drop in underweight rates occurred between 1996 and 2000, the rates climbed up again in 2004 and dropped back in 2006 scoring the national rate of 2.9%. Figure 2 shows underweight trends among children between 1996 and 2006.

Figure 2: Prevalence of underweight among children under five, 1996 - 2006



All findings related to the nutritional status of Palestinian children is a clear reflection of the rate of poverty among Palestinian families with 56.8% of the Palestinian families having a monthly income under the national poverty line in 2006. Such high prevalence of poverty and decreased access to basic livelihood provide an explanation as to the quality and quantity of foods at the disposal of such families and which they have got to offer their children.

For the short term, achieving the first MDG “Eradicate extreme poverty and hunger” within the Palestinian context requires serious consideration of the wider context of the lives of the Palestinians as people living under occupation and undergoing a systematic process of reverse development. For the short term, however, with respect to food security, further national and international measures need to be taken for establishing nutrition policies leading to a sustainable and improved nutritional situation and securing sufficient food in quantity and quality for children in particular and families in general.



Underweight

Underweight is a significant indicator for measuring the prevalence of severe malnutrition rates. Though a drop in underweight rates occurred between 1996 and 2000, the rates climbed in 2004 and dropped back in 2006 reaching a national rate of 2.9% (3.2% for the West Bank and 2.4% in Gaza Strip) with 6.4% for Jericho and Al Aghwar governorate, 6.0% for Salfit governorate, and 5.5% for Jerusalem governorate. Underweight in Gaza Strip governorates is 3.7% (3.5% and 2.4% for Gaza North, Deir Al Balah, and Gaza respectively).

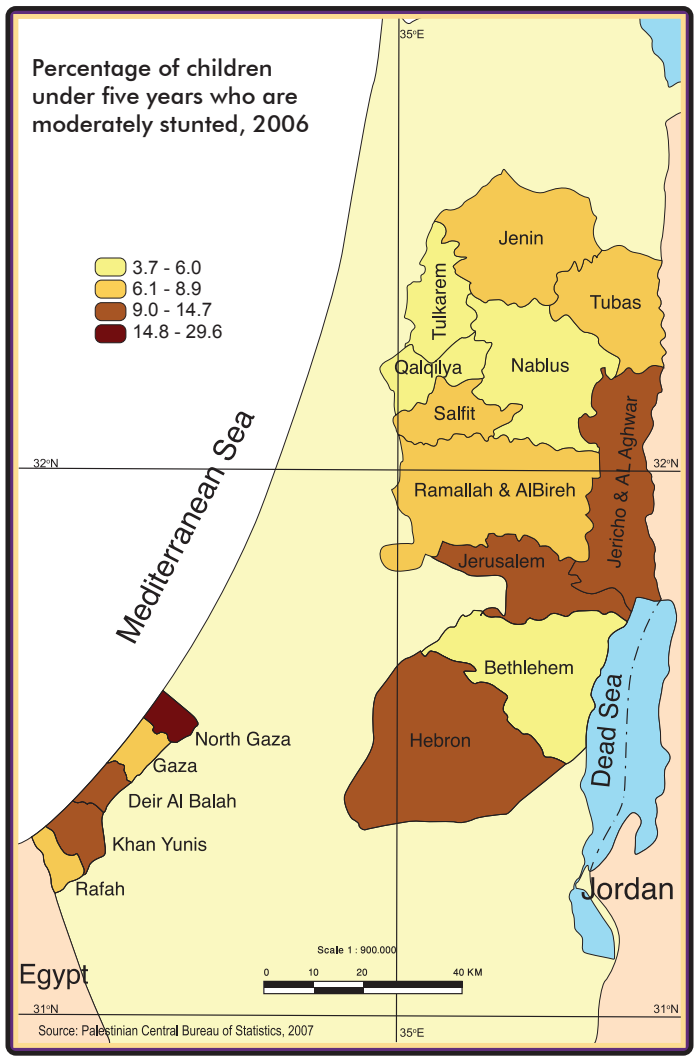
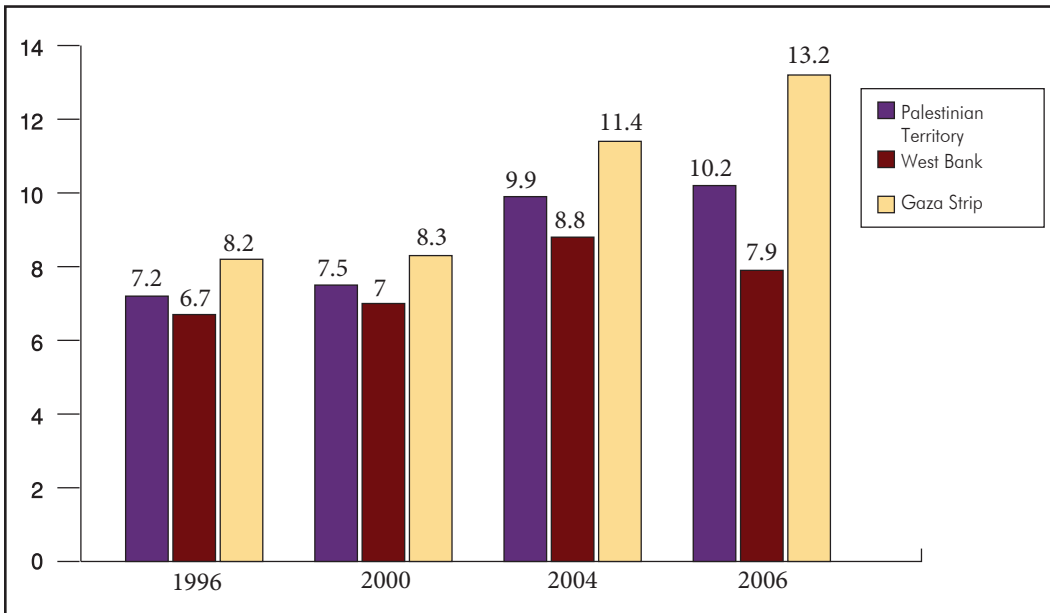


Figure 1: Prevalence of stunting among children under five, 1996-2006



Currently, 10 out of 100 the under-five children suffer chronic malnutrition including a high 13.2% in Gaza Strip and 7.9% in the West Bank. North Gaza governorate had the highest rate at 29.6% compared to the rest of the governorates.

Within this context and as malnutrition in Palestine was largely determined by the worsening political and socio-economic conditions in the country, it is highly relevant to refer to international literature suggesting a strong link between prevalence of chronic malnutrition exceeding 5.0% among the under-fives and the overall national malnutrition profile which in turn is a key poverty/development indicator.

An emancipatory philosophy for development envisions human welfare as the axis of development. It is based on community participation, systematic decentralization, and investment in education (UNDP, 2002).

Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger

According to the Global Data Monitoring Information System of the World Bank, extreme poverty in developing countries including Palestine has declined from 28.0% in 1990 to 19.0% in 2002. Over the same period, the population in these countries grew by 20% to 5 billion, with approximately 1 billion people living in extreme poverty. If economic growth rates in these countries are sustained, global poverty will fall to 10.0% by 2015 (World Bank, 2004).

In Palestine, the majority of economic indicators in recent years have declined. Within five years after the eruption of the Second "Intifada" in 2000, about \$8.4 billion were lost in potential income, an amount equal to more than twice the size of the country's current economy. For Palestinians, this crisis has led to extreme poverty reaching unprecedented levels of around 53.0% of households living below the national poverty line of \$385 per household per month and unemployment reaching an average of 30% (PCBS, 2006).

The second target of the first goal of the MDGs points out to reducing by half the proportion of people who suffer from hunger by improving two key indicators: Prevalence of underweight children under five years of age and proportion of the population below minimum level of dietary energy consumption.

Ten out of one hundred of the under-five children suffer chronic malnutrition

Malnutrition in children often begins at birth and is associated with retarded physical and cognitive development. This, in turn, yields serious implications for the overall national development agenda.

Internationally, malnutrition rates are expected to fall globally with an exception in Sub-Saharan Africa (World Bank, 2004). In the Middle East, Palestine is an exception as malnutrition is on the rise among the under-fives. Between the years 1996 and 2006, prevalence of malnutrition rose by 41.6% on the national level with Gaza Strip demonstrating a huge increase of 59.0%. See figure 1.

Background

The initial findings of the Population, Housing, and Establishment Census 2007, which PCBS conducted late 2007, show that the population of the Palestinian Territory totals 3,761,646 people including 2,345,107 in the West Bank and 1,416,539 in Gaza Strip. According to the Palestinian Family Health Survey, 2006 The age structure of the population of the Palestinian Territory show that the percentage of those under 15 years of age is 45.5%; whereas, the percentage of the population aged 65 and above is 3.0%.

Census 2007 also informs us that the number of households in the Palestinian Territory is approximately 646,755 including 424,533 households in the West Bank and 219,222 households in Gaza Strip. The average household size, according to the Census 2007, is 5.8 people (5.5 for the West Bank and 6.5 for Gaza Strip). Palestinian Family Health Survey data for 2006 showed that approximately 8.5% of the households are headed by women (9.1% for the West Bank and 7.0% for Gaza Strip).

The findings of the Palestinian Family Health Survey 2006 show that the median age upon first marriage for women in the age group of 20-54 is 18.0 years, including 19.0 years for the West Bank and 18.0 years for Gaza Strip. The same findings inform that approximately half of the women are married to first-degree relatives or relatives from the same family. Moreover, the Survey findings show that the total fertility rate for 2006 in the Palestinian Territory is 4.6 (4.2 for the West Bank and 5.4 for Gaza Strip). Ever-born children to an ever-married Palestinian woman is 4.7 children. The number of ever live births is 4.5 children.

Additionally, the findings of the Labor Force Survey show that the ratio of the participating labor force of the Palestinian Territory in 2007 slightly rose in comparison with 2006 to stand at 41.9% while it stood at 41.3% in 2006. Findings also tell us that male participation in the labor force in 2007 remains as it was in 2006 (67.7%); on the other hand, female participation in the labor force rose from 14.5% in 2006 to 15.7% in 2007. Unemployment, according to the findings of the Labor Force Survey, dropped noticeably from 23.6% in 2006 to 21.5% in 2007. Unemployment among males dropped from 24.2% in 2006 to 22.1% in 2007 and dropped among females from 20.5% to 19.0% during the same years. PCBS data, published in PCBS statements, show that poverty rate, according to income patterns, among Palestinian households climbed to 56.8% in 2006; the rate includes 49.1% for the West Bank and 79.3% for Gaza Strip.

Illiteracy rate among males aged 10 years and above is 2.9% compared to 8.7% among females of the same age group in the Palestinian Territory, according to the Family Health Survey 2006. However, these rates dropped by 9.0% among males and 7.4% among females in comparison with 2004.



Preface

The United Nations agreed to the Millennium Development Goals (MDGs) and indicators in September 2000. The MDGs constitute 8 goals, 18 targets, and 48 indicators to be achieved worldwide by 2015. MDGs consider 1990 as base-year for comparison and monitoring of achievements in progressing towards realizing the MDGs. The indicators summarize hundreds of indicators discussed in the conferences and summits of the U.N. during the 1990s.

Undoubtedly, the goals are tools contributing to monitoring social and economic changes in each state and set up necessary development plans to improve situation in areas of shortcomings. The goals also contribute to providing internationally comparable indicators to assist taking international decisions in the areas of economy, trade, and dealing with external debt.

This report examines progress towards realization of a number of MDGs in the areas of health and education. The report is based on the data of the Palestinian Family Health Survey, which the Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) conducted in 2006. The survey constitutes the point of departure for monitoring progress towards achievement of MDGs in each governorate in the Palestinian Territory.

We hope that the report would contribute to assisting decision and policy makers in assessing health and education policies in order to arrive to achieving targets in realizing the MDGs.

June, 2008

Luay Shabaneh, Ph.D
PCBS President





Acknowledgement

This report has been prepared and printed with financial support from UNFPA . The Palestinian Central Bureau of Statistics wishes to express its appreciation to UNFPA for its generous support to produce the report. The Palestinian Central Bureau of Statistics also would like to express its gratitude to Dr. Ayesha Al-Refai for her valuable technical comments on the report.



Team work

Report preparation		Khalid Abu Khalid		PCBS
Preliminary review	Jawad Al Saleh	Inaya Zaidan	Mahmoud Jaradat	PCBS
		Sana Asi		UNFPA
Final review		Dr. Luay Shabaneh		PCBS President
		Hafedh Chekir		UFPA Representative





Contents

Preface	7
Background	8
Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger	9
Goal 2: Achieve universal primary education	14
Goal 3: Promote gender equality and empower women	17
Goal 4: Reduce child mortality	21
Goal 5: Improve maternal health	26
Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases	39



The report has been prepared in accordance with the standard measures prescribed in the Palestinian Official Statistics Code of Best Practices 2006

June, 2008
All Rights Reserved

Suggested Citation:

Palestinian Central Bureau of Statistics, 2008. Millennium Development Goals in Palestine according to the Data of the Palestinian Family Health Survey 2006. Ramallah, Palestine

Mailing address:

The Palestinian Central Bureau of Statistics
P.O. Box 1647
Ramallah, Palestine
Telephone: (970/972) 2 242 6340
Fax: (970/972) 2 242 6343
E-mail: diwan@pcbs.gov.ps
Website: <http://www.pcbs.gov.ps>



Palestinian National Authority
Palestinian Central Bureau of Statistics

The Millennium Development Goals in Palestine
According to the
Data of the Palestinian Family Health Survey 2006



June, 2008