

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

واقع صحة المرأة في المخيمات الفلسطينية

تشرين أول/ اكتوبر، 2002

© شعبان، 1423هـ – تشرين أول، 2002
جميع الحقوق محفوظة

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. واقع صحة المرأة في المخيمات الفلسطينية.
رام الله – فلسطين.

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

فاكس: 2406343 (2-970)

صفحة إلكترونية: <http://www.pcbs.org>

هاتف: 2406340 (2-970)

بريد إلكتروني: diwan@pcbs.pna.org

تم تخطيط وتنفيذ هذه الدراسة بمعونة مالية من OXFAM GB

شكر وتقدير

يتوجه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والتقدير إلى الباحثة مي كيلة على مساهمتها في اعداد هذه الدراسة.

لم يكن هنالك سبيل للإنتهاء من اعداد هذه الدراسة دون تشجيع وقيادة فريق العمل. لا يسعنا هنا إلا التقدم بالشكر إلى الزميل رامي بركات على جهوده في تنسيق وإدارة العمل، وإلى الزملاء محمد المصري وأشرف حمدان على جهودهم في توفير الجداول من قواعد البيانات ومراجعة الدراسة، وإلى الزملاء سناء العاصي ومحمد العمري على جهودهم في مراجعة وتدقيق الدراسة. وقد قام يوسف فلاح بتوجيه فريق العمل ومراجعة المسودات النهائية للدراسة.

قام د. حسن أبو لبده رئيس الجهاز، ولؤي شبانه (مساعد رئيس الجهاز للشؤون الإحصائية)، ود. حمدي الخواجا بالمراجعة الفنية للدراسة.

يتوجه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر إلى OXFAM GB على دعمها لهذه الدراسة.

تقديم

يشكل النقص في الإحصاءات المناسبة حول أوضاع النساء والرجال في المجتمع الفلسطيني وخاصة أوضاع النساء في المخيمات الفلسطينية عقبة أساسية تحدث قصورا في عمليات التخطيط التنموي. ومن هذا المنطلق، أولى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، منذ إنشائه في العام 1993، أهمية خاصة لإصدار إحصاءات رسمية في مجال النوع الاجتماعي.

لتحقيق التنمية في المجتمع والوصول إلى مستوى حياة أفضل للأفراد، لا بد من توجيه السياسات العامة بحيث تحقق الأمان والرفاهية لجميع أفراد المجتمع على السواء وتوفير الخدمات الصحية بشكل أفضل للجميع، وهنا تبرز حاجة المرأة إلى عناية خاصة بأمورها الحياتية والاجتماعية نظراً لما تعانيه من فجوة اجتماعية في العديد من أمور الحياة، ولعل واقع المرأة الصحي وارتباطه بالعملية الإنجابية وما يعنيه ذلك من الأمراض خصوصاً تلك الناجمة عن مضاعفات الحمل والإنجاب.

ولعل نساء المخيمات هن الأكثر حاجة للخدمات وأكثرهن تعرضاً للأمراض وذلك نتيجة للظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والسياسية التي تعيشها النساء الفلسطينيات في المخيمات.

ستحاول هذه الدراسة أن تلقي الضوء على واقع صحة المرأة الفلسطينية في مخيمات اللاجئين في الأراضي الفلسطينية والعوامل المؤثرة فيها، ومقارنته مع الواقع الصحي للنساء في المناطق الحضرية والريفية في الأراضي الفلسطينية وكذلك مقارنته مع مخيمات الشتات. ذلك الواقع المرير الذي لم يزل يزرع تحت تأثير التهجير وسنوات الاحتلال الطويلة والتي أودت بحياة ملؤها التشرد والتهجير والقهر والحرمان. بالرغم من انتقال قطاع الصحة إلى وزارة الصحة الفلسطينية منذ اتفاقية أوسلو (ما عدا مجتمع اللاجئين والذي لا تزال تشرف عليه وكالة الغوث الدولية)، إلا أن الآثار السلبية لسياسات الاحتلال لا تزال قائمة، فالأوضاع السياسية والاجتماعية والاقتصادية المتردية في الأراضي الفلسطينية لها انعكاسات على الأوضاع الصحية للمجتمع الفلسطيني بشكل عام وعلى أوضاع اللاجئين بشكل خاص، وخاصة في الظروف القمعية الاحتلالية التي يتعرض لها شعبنا من عزلٍ وتدميرٍ وتهجيرٍ وقمعٍ.

ويتمثل الهدف الكامن وراء جمع وتعميم مثل هذه الإحصاءات في رفع مستوى الوعي بين صانعي السياسات، والمخططين، والمنظمات غير الحكومية، والمدافعين عن قضايا النوع الاجتماعي والعامة على نطاق واسع من حيث أهمية البيانات المفصلة حسب النوع الاجتماعي لأغراض صنع السياسات، والتخطيط وتشكيل المجموعات الضاغطة. نأمل أن يشكل هذا التقرير خطوة إضافية في تشجيع الباحثين والمخططين على إجراء تحليلات ووضع تفسيرات أكثر عمقاً استناداً إلى البيانات المتوفرة.

والله ولي التوفيق،،،

د. حسن أبو ليد

رئيس الجهاز

تشرين أول، 2002

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	قائمة الجداول
15	1. ملخص تنفيذي
17	2. مقدمة
19	3. الخصائص الديمغرافية والاجتماعية
19	1.3 الخصائص الديمغرافية لسكان المخيمات الفلسطينية
22	2.3 خصائص المسكن
23	3.3 الخدمات العامة
23	4.3 الخدمات الصحية
24	5.3 استنتاجات وتوصيات
25	4. الواقع الصحي في مراحل الطفولة والمراهقة والكهولة
25	1.4 صحة الأطفال
28	2.4 مرحلة المراهقة
29	3.4 الكهول والشيخوخة
29	4.4 استنتاجات وتوصيات
31	5. الخصوبة والصحة الإنجابية
31	1.5 رعاية الأمهات
32	2.5 الرعاية الصحية اثناء الولادة
33	3.5 وفيات الأمهات
34	4.5 العمر عند الزواج الأول
35	5.5 الخصوبة
36	6.5 تنظيم الأسرة واستخدام وسائل منع الحمل
37	7.5 استنتاجات وتوصيات
39	6. المقارنة بين المخيمات في دول الطوق، الضفة الغربية وقطاع غزة
39	1.6 المؤشرات السكانية
41	2.6 المؤشرات الصحية
47	التوصيات
49	المراجع
51	الملحق الإحصائي

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
21	جدول 1.3: التوزيع النسبي لسكان المخيمات حسب الحالة التعليمية، المنطقة والجنس، 2000.
22	جدول 2.3: التوزيع النسبي للإناث 12 سنة فأكثر حسب الحالة الزوجية ونوع التجمع، 2000.
22	جدول 3.3: التوزيع النسبي للذكور 12 سنة فأكثر حسب الحالة الزوجية ونوع التجمع، 2000.
23	جدول 4.3: الخدمات الصحية المقدمة حسب القطاع والمنطقة، 2000.
25	جدول 1.4: معدلات وفيات الرضع والأطفال المقدره بالطرق المباشرة للسنوات الخمس السابقة للمسح حسب نوع التجمع والجنس، (1995-1999).
26	جدول 2.4: أهم أسباب وفيات الرضع والأطفال (أقل من خمس سنوات)، 1999.
27	جدول 3.4: نسبة الاطفال (الطفل الأخير) الذين ولدوا خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب حالة الرضاعة الطبيعية وبعض الخصائص الخلفية، 2000.
31	جدول 1.5: النساء اللواتي حصلن على رعاية أثناء الحمل وبعد الولادة (لآخر مولودين)، 2000.
32	جدول 2.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الإنجاب خلال السنة السابقة للمسح وتلقين رعاية أثناء الحمل من قبل كادر مؤهل حسب نوع التجمع، 2000.
33	جدول 3.5: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب نوع التجمع ومكان الولادة، 2000.
33	جدول 4.5: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب طبيعة الولادة ونوع التجمع، 2000.
34	جدول 5.5: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر عند إنجاب المولود الأول ونوع التجمع، 2000.
35	جدول 6.5: معدل حجم الأسرة حسب جنس رب الأسرة ونوع التجمع، 2000.
35	جدول 7.5: متوسط فترة التباعد بين المواليد (بالأشهر) خلال السنوات الخمس السابقة للمسح الصحي حسب نوع التجمع، 2000.
36	جدول 8.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج والمتزوجات حالياً ويعرفن وسيلة منع حمل وأي وسيلة حديثة حسب العمر الحالي، 2000.
39	جدول 1.6: عدد اللاجئين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية بالآلاف ونسبة المقيمين منهم في المخيمات حسب المنطقة/ الدولة، 2000.
40	جدول 2.6: معدل الخصوبة الكلية لسكان المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.
41	جدول 3.6: متوسط حجم الأسرة لسكان المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

- جدول 4.6: معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي لسكان المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 41
- جدول 5.6: نسبة النساء في المخيمات الفلسطينية اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة من بين اللواتي يستعملن خدمات وكالة الغوث الدولية، حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 41
- جدول 6.6: متوسط عمر المرأة عند الزواج الأول في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 42
- جدول 7.6: نسبة النساء المتزوجات (18 سنة أو أقل) حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 42
- جدول 8.6: متوسط فترة المباشرة ما بين المواليد بالأشهر للنساء في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 43
- جدول 9.6: نسبة الأطفال (أقل من 3 سنوات) الذين يعانون من فقر الدم في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 43
- جدول 10.6: نسبة النساء الحوامل (15-49 سنة) اللواتي يعانين من فقر الدم في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 43
- جدول 11.6: نسبة الحوامل اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 44
- جدول 12.6: نسبة النساء اللواتي قمن بمراجعة مراكز رعاية الحمل أربعة زيارات على الأقل خلال فترة الحمل في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 44
- جدول 13.6: نسبة النساء الحوامل المحصنات ضد الكزاز في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000. 45
- جدول 14.6: التوزيع النسبي للنساء حسب مكان الإنجاب والمنطقة/ الدولة، 2000. 45

قائمة الأشكال البيانية

الصفحة	الشكل
29	شكل 1.4: الاحتياجات الأساسية لصحة المراهقات، 1995.
32	شكل 1.5: نسبة الأمهات اللواتي انجبن في السنة السابقة للمسح وتلقين مطعوم التيتانوس (الكزاز) حسب المنطقة ونوع التجمع، 2000.
34	شكل 2.5: التوزيع النسبي لوفيات الأمهات حسب السبب الرئيسي، 2000.
40	شكل 1.6: التوزيع النسبي للاجئين الفلسطينيين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية حسب المنطقة / الدولة، 2000.

الفصل الأول

ملخص تنفيذي

أهم الاستنتاجات:

- يعتبر المجتمع الفلسطيني في الأراضي الفلسطينية مجتمعاً فتيماً حيث بلغ العمر الوسيط 16 سنة للعام 2000، كما بلغت نسبة الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة 49.0%.
- كما بلغت نسبة المراهقات في المخيمات في الأراضي الفلسطينية 4.8% للعام 2000، بينما بلغت نسبة المراهقون في المخيمات في الأراضي الفلسطينية 5.1%.
- تعتبر فئة الكهول صغيرة في مجتمع المخيمات في الأراضي الفلسطينية حيث بلغت 1.96% للإناث، و1.54% للذكور للعام 2000.
- ظاهرة الزواج المبكر ظاهرة سائدة في المخيمات حيث تبلغ نسبة الزواج المبكر (18 سنة فأقل) حوالي 55% ما بين الإناث للعام 2000، وتتقارب النسب مع الحضر والريف.
- بلغت وفيات الأطفال خمس سنوات فأقل في الأراضي الفلسطينية أعلاها في المخيمات 37.5% للعام 2000.
- نسبة الأطفال المصابين بالتهابات الجهاز التنفسي أعلى في المخيمات (20.8%) عنه في الحضر (17.6%) والريف الفلسطيني (13.9%) للعام 2000.
- تشير البيانات أن وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي في المخيمات مرتفعة حيث بلغت أقصاها في لبنان 35 حالة وفاة، تليها قطاع غزة بواقع 33 حالة وفاة بين الأطفال الرضع.
- نسبة الأمهات اللواتي تلقين مطعوم الكزاز متدنية جداً، ولا تتجاوز (28%) في الأراضي الفلسطينية للعام 2000، على الرغم من ارتفاعها في المخيمات إلى 34.4% مقارنة بـ (28.2% و22.9%) للحضر والريف على التوالي.
- تتقارب معدلات الخصوبة الكلية في الريف مع المخيم حيث بلغت 6.07، و6.06 مولود على التوالي للعام 2000.
- ترتفع نسبة اللاجئين الفلسطينيين المقيمين إلى مجموع اللاجئين في المخيمات في لبنان حيث بلغت 56.1% تليها قطاع غزة 54.5% ومن ثم سوريا بنسبة 29.1% للعام 2000.
- ارتفاع نسبة فقر الدم بين الأطفال (3 سنوات فأقل) في المخيمات حيث بلغت أقصاها في مخيمات قطاع غزة (75%)، تليها مخيمات الضفة الغربية (50%)، أما في مخيمات الأردن فبلغت 36%.

أهم التوصيات:

- التركيز على رصد وفيات الرضع والأطفال بشكل دقيق ومنظم، ليتسنى لأصحاب القرار والمخططين العمل على أسس علمية دقيقة.
- هناك حاجة لإبرام سياسات وطنية تتعلق بتوفير خدمات الرعاية الصحية الإجتماعية لهذه الفئة من السكان.
- العمل على تطوير وتحسين برامج تنظيم الأسرة، وذلك للعمل على خفض معدلات الخصوبة ومتوسط حجم الأسرة.
- هناك حاجة ماسة إلى الشروع بسياسات وطنية واضحة اتجاه العمر عند الزواج الأول للحد من ظاهرة الزواج المبكر لما لهذه الظاهرة من انعكاسات سلبية على صحة المرأة.
- العمل على بذل الجهود من أجل إعداد ورسم سياسات وبرامج صحية تؤدي إلى المزيد من خفض معدلات وفيات الرضع والأقل من خمس سنوات، وإزالة التفاوت بين الحضر والريف والمخيم.
- العمل على تطوير وتحسين برامج تنظيم الأسرة وذلك للعمل على خفض معدلات الخصوبة ومعدل حجم الأسرة.
- التركيز على ضرورة بذل الجهود من أجل إعداد ورسم سياسات وبرامج صحية تؤدي إلى المزيد من خفض معدلات وفيات الرضع والأطفال، كما تؤدي إلى إزالة التفاوت في مستوى وفيات الرضع والأطفال بين كل من الريف، والحضر، والمخيمات.
- الاهتمام بتصميم برامج من أجل تحسين الحالة التغذوية للأطفال أقل من خمس سنوات ولل سيدات الحوامل.
- العمل على توفير وصف أكثر دقة لأوضاع اللاجئين من خلال الأبحاث الخاصة بذلك.

الفصل الثاني

مقدمة

العادات والتقاليد السائدة في مجتمعنا الفلسطيني جعلت من المرأة اقل حظاً من الرجل، لكون مجتمعنا ذكورياً ولا يعي أهمية دور المرأة في المشاركة بالتنمية في المجتمع. وحيث أن المرأة تشكل نصف المجتمع، يجب الاعتناء بها دون مفاضلة بينها وبين الرجل. ومن الأمور التي تحتاج فيها المرأة إلى العناية هي صحتها العامة، لتعرضها للكثير من الأمراض خصوصاً تلك الناجمة عن مضاعفات الحمل والإنجاب لكون تركيبها الفسيولوجية معرضة إلى العديد من المتغيرات الدورية والتي تجعلها أكثر عرضة للأمراض من الرجل، فالمرأة الفلسطينية وخاصة النساء في المخيمات قد وضعت في مرحلة متقدمة من الصراع لا سيما السياسي، والاجتماعي، والاقتصادي وانه ينتظر منها إنجاب المزيد من الأبناء لسد الفراغ الناتج عن استشهاد، وتهجير، واغتيال الكثير من أبناء الشعب الفلسطيني.

"إن وضع المرأة في أي مجتمع يعكس بوضوح مستوى العدالة الاجتماعية في ذلك المجتمع، فالمرأة تشكل نصف سكان العالم وثلاثي ساعات العمل تؤديها المرأة وهي مسؤولة عن 50% من الإنتاج الغذائي إلا أن مدخولها هو عشر مدخول العالم فقط ولها ممتلكات بنسبة 1%".¹

أما بالنسبة إلى الأوضاع السياسية التي يعيشها مجتمعنا الفلسطيني جراء الاحتلال الإسرائيلي لسنوات طويلة والتي تركت آثاراً كبيرة على المجتمع الفلسطيني بشكل عام وعلى المرأة الفلسطينية بشكل خاص. فقد تركت آثاراً هامة على وضع الخدمات الصحية من حيث النوعية والتوزيع، في المجتمع الفلسطيني بشكل عام وفي المخيمات بشكل خاص وخاصة عند الحديث عن واقع اللاجئين في المخيمات والأوضاع المعيشية التي يعيشونها.

تحاول هذه الدراسة إبراز الخصائص الديمغرافية والصحية للنساء في المخيمات الفلسطينية في الأراضي الفلسطينية وذلك من واقع بيانات المسح الصحي 2000 ومن البيانات المتوفرة لدى وكالة الغوث الدولية. يعرض الفصل الأول ملخصاً تنفيذياً، ويتناول الفصل الثاني مقدمة الدراسة، أما الفصل الثالث فيتحدث عن المصطلحات والتعاريف المستخدمة في الدراسة. فيما يتناول الفصل الرابع الخصائص الديمغرافية والصحية للسكان الفلسطينيين في المخيمات الفلسطينية كالتركيب العمري، الحالة التعليمية، الحالة الزوجية... الخ. ويعرض الفصل الخامس أهم المؤشرات الصحية للسكان في مراحل عمرية مختلفة كالطفولة والمراهقة والكهولة. أما الفصل السادس فيتناول خصائص الخصوبة والصحة الإنجابية للنساء، إضافة إلى مؤشرات حول رعاية النساء في أثناء وبعد الحمل، وتنظيم الأسرة. ويتناول الفصل السادس مقارنة بين سكان المخيمات الفلسطينية في الأراضي الفلسطينية وكذلك سكان المخيمات الفلسطينية في الخارج خاصة دول الجوار.

نظرة عامة على واقع المخيمات الفلسطينية في الأراضي الفلسطينية ودول الشتات:

على اثر نكبة الشعب الفلسطيني عام 1948 وما نتج عن ذلك من تهجير وتدمير وترحيل لكافة قطاعات الشعب الفلسطيني، حيث دمرت مدن وقرى وهجر أهلها قسراً، الأمر الذي حدا بالمهجرين من الشعب الفلسطيني إلى اللجوء

¹ منشور منظمة الصحة العالمية رقم 90.

إلى ما تبقى من فلسطين ممثلاً بقطاع غزة والضفة الغربية، وإلى دول كثيرة أهمها الأردن وسوريا ولبنان وغيرها من البلدان وقد قامت الجمعية العامة للأمم المتحدة آنذاك بمد اللاجئين الفلسطينيين بالخيام وبهذه الطريقة نشأت نواحي المخيمات الفلسطينية، وفي عام 1950 أقرت الهيئة العامة للأمم المتحدة تشكيل وكالة الغوث الدولية لتشغيل وإغاثة اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (UNRWA)²، حيث حددت مهمتها بإغاثة مئات الآلاف من الفلسطينيين الذين اقتلعوا من وطنهم نتيجة الصراع العربي الإسرائيلي.

عرفت التجمعات الفلسطينية في أماكن التهجير بالمخيمات الفلسطينية وعددها 59 مخيماً موزعة على النحو التالي: الأردن 10 مخيمات، لبنان 12 مخيماً، سوريا 10 مخيمات، الضفة الغربية 19 مخيماً، قطاع غزة 8 مخيمات. يحتضنون 3.9 مليون لاجئ موزعون بين الأردن (1,640,000 لاجئ)، ولبنان (385,000 لاجئ)، وسوريا (392,000 لاجئ)، والضفة الغربية (608,000 لاجئ)، وفي قطاع غزة (850,000 لاجئ)³.

وتدير وكالة الغوث الدولية الحياة العلمية، والصحية، والاجتماعية وغيرها للاجئين الفلسطينيين في كافة أماكن اللجوء، حيث تعمل على إدارة 122 مركزاً صحياً، و639 مدرسة، و3 كليات علوم تربوية، و8 مراكز تدريب مهني. كما وتدير دائرة الشؤون الاجتماعية بوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين مراكز برامج المرأة وعددها 71 مركزاً، مراكز أنشطة الشباب وعددها 27 مركزاً، ومراكز التأهيل الاجتماعي وعددها 36 مركزاً في كافة أقاليم عمليات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الانروا) وهي قطاع غزة والضفة الغربية والأردن، سوريا ولبنان.

وتشير إحصائيات وكالة الغوث الدولية بأن نسبة الأفراد في الفئة العمرية 15 سنة فأقل من مجموع اللاجئين في كافة الأقطار كانت 34.4%، موزعة كما يلي: في الأردن 32.7%، الضفة الغربية 31.9%، قطاع غزة 43.1%، لبنان 28%، وفي سوريا 32.3%، وبهذا نستطيع القول بأن مجتمع اللاجئين الفلسطينيين مجتمع فتي. أما بالنسبة إلى النساء في عمر الانجاب 15-49 سنة فكانت نسبتهن من مجموع اللاجئين في كافة الأقطار 23.9%، وكانت كالتالي: في الأردن 24.4%، الضفة الغربية 23.9%، قطاع غزة 21.2%، لبنان 25.8%، سوريا 25.3%.

² United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East (UNRWA).

³ مكتب الإعلام الأنروا- غزة. أيلول، 2001

الخصائص الديمغرافية والاجتماعية

1.3 الخصائص الديمغرافية لسكان المخيمات الفلسطينية

حوالي ربع سكان الضفة الغربية وأكثر من نصف سكان قطاع غزة هم لاجئون.

قدر عدد سكان الأراضي الفلسطينية في منتصف العام 2000 بـ 3.15 مليون نسمة⁴، يقيم منهم نحو 2 مليون في الضفة الغربية وأكثر من مليون في قطاع غزة. 26.5% من سكان الضفة الغربية هم لاجئون بينما نحو 65.1% من سكان قطاع غزة هم لاجئون.

معدلات الخصوبة في المخيمات هي الأعلى مقارنة بالحضر والريف في الأراضي الفلسطينية.

بلغ متوسط حجم الأسرة 6.1 فرد على مستوى الأراضي الفلسطينية، في حين كان متوسط حجم الأسرة في الضفة الغربية 5.7 فرد، أما في قطاع غزة فقد بلغ متوسط حجم الأسرة نحو 6.9 فرد حسب بيانات المسح الصحي 2000، أما بالنسبة إلى المخيمات فإن متوسط حجم الأسرة بلغ 6.9 مقارنة مع 6.0 في كل من الحضر والريف، وهذا يعكس بان معدلات الخصوبة في المخيمات أعلى منه في الحضر والريف الفلسطيني ولربما يعود ذلك إلى ظاهرة الزواج المبكر ومستوى تعليم المرأة والى المعتقدات الاجتماعية والسياسية السائدة في مجتمع المخيم بشكل خاص والمجتمع الفلسطيني بشكل عام، واعتبار الأبناء هم الضمان الاجتماعي للأسر، والثقافة الوطنية التي يتوجب بها إنجاب الأطفال للتعويض عن حالات الاستشهاد والاعتقال الذي يتعرض لها أطفالهم.

يمتاز المجتمع الفلسطيني بنسبة إعالة مرتفعة، حيث بلغت نسبة السكان الذين أعمارهم 15 سنة وأقل 47.0%، ونسبة السكان 65 سنة فأكثر 3.4%، وبلغت نسبة الإعالة 100.6 في الأراضي الفلسطينية، بواقع 94.3 في الضفة الغربية، و112.8 في قطاع غزة. يمثل الأطفال دون خمس سنوات (18.7%) من السكان، بينما تبلغ نسبة النساء في الفئة العمرية 15-49 حوالي 22% من مجمل السكان⁴. نسبة الجنس (عدد الذكور مقابل 100 أنثى) هي 102 في الأراضي الفلسطينية، بواقع 102.2 في الضفة الغربية، و101.7 في قطاع غزة⁴.

شهدت معدلات البطالة خلال الفترة (1996 – 1999) انخفاضا تدريجياً، حيث انخفضت من 23.2% عام 1996، إلى 11.6% عام 1999، إلا أنه ونتيجة لإجراءات الاحتلال الإسرائيلي على الأراضي الفلسطينية فقد ارتفعت نسبة البطالة بشكل كبير جداً منذ الربع الأخير من عام 2000، حيث بلغت 25.5% في العام 2001. وارتفعت مشاركة المرأة في قوة العمل من 11.2% إلى 12.7% خلال الفترة من 1995-1999، إلا أنها عاودت الانخفاض بشكل ملموس خلال العام 2001 حيث بلغت 10.4%.

⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. السكان في الأراضي الفلسطينية، 1997-2025. رام الله - فلسطين.

أما بالنسبة إلى التجمعات الفلسطينية في الضفة الغربية فهناك 43 تجمع حضري و583 تجمع ريفي و20 مخيماً، بالإضافة إلى 20 تجمعاً لم يتم تصنيفها وهي موجودة في الجزء الذي ضمته إسرائيل عنوة من محافظة القدس بعيد احتلالها للضفة الغربية في عام 1967. بينما في قطاع غزة هناك 11 تجمع حضري و22 تجمع ريفي، و9 مخيمات. من الواضح أن وكالة الغوث الدولية تتعاطى مع عدد المخيمات بشكل مختلف عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فحسب منشورات وكالة الغوث (مكتب الإعلام رئاسة الأنروا في غزة، أيلول 2001)، فإن عدد المخيمات في الضفة الغربية 19 مخيماً وفي قطاع غزة 8 مخيمات.

1.1.3 التركيب العمري والتنوعي

حوالي نصف سكان المخيمات أعمارهم أقل من 15 سنة.

يعتبر المجتمع الفلسطيني مجتمعاً فتياً حيث بلغ العمر الوسيط 16 سنة في الأراضي الفلسطينية. ويمتاز الهرم السكاني بقاعدة عريضة حيث نجد أن نسبة السكان في سن 15 سنة فأقل بلغت 47.0%. بواقع 47.0% في الحضر، و46.5% في الريف، في حين أنها ترتفع إلى 48.1% في المخيمات، ويعود ذلك إلى ارتفاع معدلات الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية (5.85 في الحضر، 6.07 في الريف، 6.06 في المخيمات).

على الرغم من أن النساء تعمر أكثر من الرجال، إلا أن نسبتهن أقل من نسبة الرجال في المجتمع الفلسطيني إذ بلغت نسبة الجنس 102 (عدد الذكور لكل 100 من الإناث ضمن السكان)، وتساوت هذه النسبة في مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة حسب معطيات المسح الصحي 2000. ومن الممكن إرجاع هذا إلى وجود اختلافات بين الجنسين في أكثر من مؤشر ذو علاقة كتوقع البقاء على قيد الحياة ونسب المهاجرين ومعدلات الوفيات حيث تؤثر هذه المتغيرات في نسبة النساء إلى الرجال في المراحل العمرية المختلفة.

بلغت نسبة الإناث في المخيمات (دون 15 سنة) في المخيمات الفلسطينية إلى مجموع الإناث في هذه المخيمات 43.7% و48.7% في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي. أما بالنسبة للإناث في سن اليأس (50 سنة فأكثر) فبلغت النسب 8.9% و8.4% في مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي. أما نسبة الكهول 65 سنة فأكثر فتبلغ 4.1%، و3.9% في مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي.

2.1.3 الحالة التعليمية

تزيد نسبة الأمية عند الإناث بحوالي 8% مقارنة بالذكور في مخيمات الأراضي الفلسطينية.

يبين (الجدول 1.4) أن نسبة الأمية عند الإناث في المخيمات هي أعلى مقارنة مع الذكور، حيث تبلغ 11.9% لدى الإناث في مخيمات الضفة الغربية و13.3% لدى الإناث في مخيمات قطاع غزة، أما لدى الذكور فقد بلغت 4.6%، و4.7% في الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي، ويعود ذلك إلى أن متغير العمر يشكل أحد أسباب ارتفاع هذه النسبة حيث ترتفع نسبة الأمية كلما تقدم الأفراد في العمر، كما أن واقع التمييز في التعليم ضد المرأة في المخيمات الفلسطينية يبدو جلياً، وعند الأخذ بالحسبان مجانية خدمات التعليم الأساسي المقدمة إلى اللاجئين المسجلين لدى الأنروا ومحدودية تكاليف المواصلات (لأن المدرسة تكون عادة داخل حدود المخيم)، يتضح أن دخل الأسرة لا يشكل عاملاً حاسماً ضمن هذه النتائج، وذلك على الرغم من أن الأسر تتحمل تكاليف المواد التعليمية والملابس.

جدول 1.3: التوزيع النسبي لسكان المخيمات حسب الحالة التعليمية، المنطقة والجنس، 2000.

الحالة التعليمية	مخيمات الضفة الغربية		مخيمات قطاع غزة		مخيمات الأراضي الفلسطينية	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
أمي	4.6	11.9	4.7	13.3	4.7	12.9
ملم	16.6	20.5	19.2	16.5	18.5	17.6
ابتدائي	27.4	25.7	23.4	20.2	24.5	21.7
إعدادي	32.0	27.3	23.6	24.1	25.8	25.1
ثانوي	11.5	7.9	16.8	18.9	15.4	15.9
دبلوم متوسط	4.5	4.4	4.4	4.2	4.4	4.3
بكالوريوس	3.1	2.2	6.8	2.5	5.8	2.4
دبلوم عالي	0.1	0.1	0.4	0.2	0.3	0.1
ماجستير	0.1	0.0	0.5	0.1	0.4	0.0
دكتوراه	0.1	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0
المجموع	100	100	100	100	100	100

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. قاعدة بيانات المسح الصحي 2000، بيانات غير منشورة. رام الله - فلسطين.

من ناحية أخرى قد تكون العوامل غير الاقتصادية والعوامل غير المدرسية مثل متطلبات الأسرة، والاتجاهات الاجتماعية المتعلقة بأغراض تعليم الذكور والإناث من جملة العوامل التي تساهم في الفروقات القائمة بين الجنسين في هذا المجال⁵، الأمر الذي ينعكس سلباً على الوضع الاجتماعي والصحي والثقافي للمرأة. كما يبين (الجدول 1.4) بان نسبة الحاصلات على درجة البكالوريوس هي أعلى في مخيمات قطاع غزة منها في مخيمات الضفة الغربية، وعند المقارنة حسب النوع الاجتماعي تفيد البيانات بأن الذكور أكثر حظاً من الإناث، ففي الضفة الغربية 3.4% من الذكور حاصلون على درجة البكالوريوس فأعلى، مقابل 2.3% للإناث، أما في قطاع غزة فهناك 7.9% من الذكور حاصلون على درجة البكالوريوس فأعلى، مقابل 2.8% للإناث.

3.1.3 الحالة الزوجية

هناك اختلافات في نسبة المتزوجات ما بين الحضر والريف والمخيم في المجتمع الفلسطيني، حيث ترتفع نسبة المتزوجات في المناطق الحضرية عن المعدلات السائدة في المخيمات، بحيث تصل إلى 54.3% في حضر الضفة الغربية و 56.1% في حضر قطاع غزة، في حين بلغت نسبة المتزوجات في مخيمات الضفة الغربية 54.1%، وفي مخيمات قطاع غزة 53.5%. وإذا ما قورنت هذه النسب بظاهرة الطلاق والتمرد فإن الزواج في مخيمات الضفة الغربية يعد أكثر استقراراً منه في مخيمات قطاع غزة، ولربما يعود ذلك إلى أن متوسط العمر عند الزواج الأول لكل من النساء والرجال في الضفة الغربية أعلى منه في قطاع غزة.

⁵ للمزيد، راجع فصل التعليم في تقرير المرأة والرجل في فلسطين: اتجاهات وإحصاءات 1996، ص 60، الصادر عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

جدول 2.3: التوزيع النسبي للإناث 12 سنة فأكثر حسب الحالة الزوجية ونوع التجمع، 2000.

الحالة الزوجية	الضفة الغربية				قطاع غزة			
	حضر	ريف	مخيم	المجموع	حضر	ريف	مخيم	المجموع
عزباء	37.2	39.5	36.9	38.1	37.4	40.2	36.4	37.2
متزوجة	54.3	52.5	54.2	53.6	56.2	51.6	53.4	55.0
مطلقة	1.7	0.9	1.5	1.3	1.3	1.6	2.1	1.6
أرملة	6.8	7.1	7.4	7.0	5.1	6.6	8.1	6.2
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. قاعدة بيانات المسح الصحي 2000، بيانات غير منشورة. رام الله - فلسطين.

جدول 3.3: التوزيع النسبي للذكور 12 سنة فأكثر حسب الحالة الزوجية ونوع التجمع، 2000.

الحالة الزوجية	الضفة الغربية				قطاع غزة			
	حضر	ريف	مخيم	المجموع	حضر	ريف	مخيم	المجموع
أعزب	46.4	49.5	45.9	47.7	45.3	48.3	46.1	46.0
متزوج	52.8	49.7	53.4	51.5	53.5	51.3	53.2	53.0
مطلق	0.3	0.1	0.4	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
أرمل	0.5	0.7	0.3	0.6	1.0	0.1	0.5	0.8
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. قاعدة بيانات المسح الصحي 2000، بيانات غير منشورة. رام الله - فلسطين.

4.1.3 النساء اللواتي يرأسن أسر

وفيما يتعلق بنسبة الأسر التي ترأسها امرأة، نجد أن 8.8% من الأسر في الأراضي الفلسطينية ترأسها امرأة، وترتفع هذه النسبة في المخيمات (9.7%) عنها في الريف والحضر (9.2% و 7.0% على التوالي). وتكمن أهمية معرفة جنس رب الأسرة في انعكاساته على الظروف المعيشية والاقتصادية التي تعيشها هذه الأسر، خاصة إذا كانت المرأة لا تعمل، إذ غالباً ما تكون هذه الأسر عبارة عن أم وأطفالها أو بدون أطفال أو امرأة لم يسبق لها الزواج. (انظر جدول 3 في الملحق الإحصائي).

2.3 خصائص المسكن

تعكس خصائص المسكن ظروف الأسرة الاقتصادية بشكل عام لما لها من أثر كبير على الوضع الصحي للأسرة من حيث تعرض أفرادها لبعض الأمراض، ولعل المخيمات تعكس صورة واضحة لازدحام المسكن، حيث تعاني الأسرة فيها ازدحاماً أكثر مما هو عليه في الريف والحضر، إذ يبلغ معدل الازدحام فيها 2.1 فرداً لكل غرفة على مستوى الأراضي الفلسطينية، مقابل 2.0 و 1.9 فرداً لكل غرفة في الريف والحضر على التوالي.

3.3 الخدمات العامة

هناك حاجة لإجراء دراسة نوعية لقطاع الخدمات العامة في المخيمات خاصة شبكة المجاري.

ما نسبته 98.5% من الأسر في مخيمات الضفة الغربية، و99.0% من الأسر في مخيمات قطاع غزة لديها مصدر مياه شرب من الشبكات العامة، كما ان 99.9%، و99.8% من الأسر الفلسطينية في مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي متصلين بالشبكة العامة للكهرباء. أما بالنسبة إلى الصرف الصحي فإن 78.3% من الأسر في مخيمات الضفة الغربية و70.9% من الأسر في مخيمات قطاع غزة لديها وسيلة تصريف صحي. وعلى مستوى الأراضي الفلسطينية فإن 93.9% من الأسر تشترك في شبكة مجاري عامة، مع وجود تفاوت واضح حسب نوع التجمع، حيث ترتفع في المخيمات الى (71.2%) والحضر (56.4%) وتنخفض في الريف إلى (6.8%)، الا ان ذلك لا يعني ان وضع المخيمات أفضل حالاً، حيث ان هناك العديد من شبكات المجاري مكشوفة، لذلك هناك حاجة ملحة لتوفير وتحسين كافة خدمات الصرف الصحي في كافة المخيمات حيث تفتقر أغلبية المخيمات إلى مستوى النوعية في توفر خدمات الصرف الصحي.

4.3 الخدمات الصحية

تقوم أربع جهات أساسية بتوفير الخدمات الصحية في فلسطين، هي: القطاع العام الذي تديره وزارة الصحة الفلسطينية، ووكالة الغوث الدولية "الاونروا" (وهي الجهة المتخصصة بتقديم الخدمات للمهن الفلسطينية)، والمنظمات غير الحكومية المحلية والدولية، والقطاع الخاص الهادف إلى الربح⁶، وتقدم هذه الجهات خدماتها من خلال شبكة واسعة من المؤسسات تقدر بحوالي 595 وحدة رعاية أولية و63 مستشفى.

جدول 4.3: الخدمات الصحية المقدمة حسب القطاع والمنطقة، 2000.

المنطقة	القطاع الحكومي		وكالة الغوث الدولية "الاونروا"		المنظمات غير الحكومية		القطاع الخاص	
	مركز رعاية	مستشفى	مركز رعاية	مستشفى	مركز رعاية	مستشفى	مركز رعاية	مستشفى
الضفة الغربية	316	8	34	1	145	18	غ.م* 20	
قطاع غزة	43	7	17	0	40	7	غ.م 2	
المجموع	359	15	51	1	185	25	غ.م 22	

Source: Ministry of Health, The Status of Health in Palestine: Annual Report, 2000.

* تشير إلى ان البيانات غير متوفرة.

وتعتبر نسبة الوصول إلى هذه الخدمات مرتفعة، وهناك تغطية شاملة من قبل كافة القطاعات للخدمات الصحية العاملة في المجتمعات الفلسطينية. إلا أن البحث الكيفي المحدود يشير إلى أن جودة الخدمات الصحية المتوفرة وتنوعها غير مناسبين، خاصة بالنسبة للمناطق البعيدة، علاوة على ذلك، تعاني الخدمات الصحية الحالية من غياب سياسات وبروتوكولات معيارية متجانسة للتشخيص، والعلاج والتحويل، ومتابعة ظروف العديد من الأمراض الشائعة.

⁶Ministry of Health, The Status of Health in Palestine: Annual Report, 1999. P 28.

5.3 استنتاجات وتوصيات

1. النساء في المجتمع الفلسطيني بشكل عام وفي المخيمات بشكل خاص أقل عدداً من الرجال، على الرغم من أن توقع البقاء على قيد الحياة للمرأة أعلى منه للرجل.
2. المساكن في المخيمات هي الأكثر ازدحاماً مقارنة بالريف والحضر.
3. المجتمع الفلسطيني بشكل عام وفي المخيمات الفلسطينية بشكل خاص مجتمعاً فتيماً، حيث أن نسبة الأطفال (دون 15 سنة) من الإناث حوالي 46.6% من مجموع الإناث، وتزيد نسبة الذكور في هذه الفئة على نسبة الإناث حيث بلغت 47.4%، مع وجود اختلافات ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة في هذه النسب.
4. ظاهرة الزواج المبكر ظاهرة سائدة في المخيمات حيث تبلغ نسبة الإناث اللواتي تزوجن عند العمر (18 سنة فأقل) حوالي 55% (جدول 7 في الملحق الاحصائي).
5. هناك حاجة ماسة إلى الشروع بسياسات وطنية واضحة اتجاه العمر عند الزواج الأول للحد من ظاهرة الزواج المبكر لما في ذلك من انعكاسات سلبية على صحة المرأة.
6. هناك حاجة ماسة لدراسة أوضاع المساكن في المخيمات الفلسطينية والوقوف على الآثار الصحية المترتبة على الأفراد.
7. رغم ارتفاع نسبة الملتحقين بالمدارس الابتدائية والاعدادية في مخيمات الضفة الغربية عنها في مخيمات قطاع غزة. إلا أن هناك فجوة واسعة في نسبة الحاصلين على شهادة الثانوية في مخيمات الضفة الغربية مقارنة بمخيمات قطاع غزة الأمر الذي يستدعي الوقوف بجديّة حول أسبابه.

الفصل الرابع

الواقع الصحي في مراحل الطفولة والمراهقة والكهولة

1.4 صحة الأطفال

بلغت نسبة الأطفال الإناث في المخيمات الفلسطينية دون 15 سنة للعام 2000، 44.9% و50.2% في الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي. وهذه النسب تعتبر مؤشرات هامة على مدى الحاجة إلى الاهتمام بهذه الفئة العمرية من السكان لا سيما الناحية التعليمية والصحية والترفيهية. تم قياس الحالة الصحية للأطفال من خلال استخدام بعض المؤشرات الخاصة بكل من مستوى وفيات الرضع والأطفال.

1.1.4 وفيات الرضع والأطفال

وفيات الرضع في المخيمات هي الأعلى مقارنة بالحضر والريف، حيث تزيد نسبة وفيات الرضع في المخيمات بمقدار 13.6 في الألف مقارنة بالريف وحوالي 9 في الألف مقارنة بالحضر.

أشارت نتائج المسح الصحي 2000، بأن معدل وفيات الرضع المقدر بالطرق المباشرة للسنوات الخمس السابقة للمسح بلغت 25.5، بينما بلغ معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة 28.7 على مستوى الأراضي الفلسطينية. ويعتبر معدل وفيات الرضع والأطفال من المؤشرات الهامة للتدليل على النظام الصحي ونوعية الخدمات الصحية المقدمة لهذه الفئة. فقد أشار المسح الصحي 2000 بأن معدل وفيات الرضع بلغ 24.4 في الضفة الغربية و27.3 في قطاع غزة. أما بالنسبة إلى التجمعات السكانية فقد أشار المسح بأن نسبة وفيات الرضع في المخيمات هو أعلى منه بكثير عن التجمعات الريفية والحضرية فقد بلغت 34.2 و20.6 و25.4 في المخيمات والريف والحضر على التوالي.

جدول 1.4: معدلات وفيات الرضع والأطفال المقدره بالطرق المباشرة للسنوات الخمس السابقة للمسح حسب نوع التجمع والجنس، (1995-1999).

الجنس		الأراضي الفلسطينية			وفيات الرضع
أنثى	ذكر	مخيم	ريف	حضر	
14.1	16.3	20.1	11.7	15.7	وفيات حديثي الولادة
11.5	9.0	14.1	8.9	9.7	وفيات المواليد المتأخرة
25.6	25.3	34.2	20.6	25.4	وفيات الرضع
28.3	29.1	37.5	23.5	28.8	وفيات الأطفال (أقل من خمس سنوات)

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

يتضح من (الجدول 1.5) أن هناك تقارباً بين وفيات الذكور والإناث في مرحلة الرضاعة والطفولة للأعمار التي تقل عن خمس سنوات وأن احتمال وفاة الذكور أعلى بين حديثي الولادة، الأمر الذي ينسجم مع حقيقة كون المولودات حديثاً أقوى من ناحية بيولوجية من المواليد الجدد⁷. وهو ما يفسره أيضاً ارتفاع توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة للإناث عنه للذكور. وتنسجم مثل هذه المعدلات مع البيانات الخاصة بالدول المتقدمة، والتي تكون وفيات الذكور فيها أعلى من

⁷ دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1998. المرأة والرجل في فلسطين، اتجاهات وإحصاءات. رام الله - فلسطين. ص 89.

وفيات الإناث في كافة الفئات العمرية. ومن ناحية أخرى يتضح من البيانات أن أدنى معدلات الوفيات بين الرضع والأطفال دون سن الخامسة هي في المناطق الريفية، بينما يلاحظ أن هذه المعدلات مرتفعة جداً في المخيمات وقد يعزى ذلك إلى تدهور الأوضاع المعيشية والصحية في المخيمات الفلسطينية.

2.1.4 أسباب وفيات الأطفال حديثي الولادة

لا تتسجم المعدلات الكلية لوفيات الرضع والأطفال في فلسطين مع مثيلاتها بالدول المتقدمة والتي تم الإشارة إليها بالفقرة السابقة، حيث أن أسباب وفيات الأطفال والرضع مختلفة تماماً عما هو الحال في الدول المتقدمة لا سيما أن الحالة الاقتصادية والاجتماعية مختلفة كلياً. ويوضح الجدول التالي أسباب وفيات الأطفال والرضع:

جدول 2.4: أهم أسباب وفيات الرضع والأطفال (أقل من خمس سنوات)، 1999.

النسبة	أسباب وفيات الأطفال والرضع
18.5	نقص الوزن
14.9	التشوهات الخلقية
8.1	الموت السريري المفاجئ
6.5	التسمم
6.4	التهابات الجهاز التنفسي

المصدر: تقرير وزارة الصحة الفلسطينية 1999.

وبمراجعة تقرير وكالة الغوث الدولية لعام 2000 حول المخيمات الفلسطينية، كانت الأسباب نفسها وبنفس الترتيب، حيث يظهر أن السبب الرئيس لوفيات الأطفال والرضع هي نقص الوزن (18.5)، وهذا يشير إلى الخطر العالي في الأسابيع الأربعة الأولى من حياة الطفل إذا ما قورن بالشهور اللاحقة لذلك وحتى إكمال الأطفال عامهم الأول، ويعود هذا السبب أساساً إلى نقص وسوء تغذية الام الحامل، يليها التشوهات الخلقية. ولربما يرجع السبب إلى زواج الأقارب (وهو شائع في فلسطين) من ناحية والى نوعية العناية الصحية للام الحامل لا سيما في النصف الثاني من فترة الحمل.

3.1.4 أمراض الأطفال

أ- الإسهال

يعتبر الإسهال سبباً رئيسياً في انتشار الأمراض والوفاة بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات. وتشير البيانات المتوفرة من المسح الصحي الذي نفذته الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 2000 الى عدم وجود اختلافات بين المخيمات والحضر، إذ بلغت 6.3 في كلا النوعين من التجمعات، بينما بلغت في الريف أعلاها (7.6). أما فيما يتعلق بظاهرة انتشار الإصابة وشدتها، يبدو وجود اختلاف بين الجنسين، حيث كان معدل انتشارها بين الذكور 7، وهو أعلى من المعدل بين الإناث (6.3) في كل من مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة. إلا أن نسبة إصابة الإناث بالجفاف والتقيؤ ووجود دم في البراز كانت أعلى مما كانت عليه بالنسبة للذكور، وقد يرجع ارتفاع معدلات إصابة الإناث بمضاعفات الإسهال عنها لدى الذكور الى ردة فعل الأسرة تجاه الطفل عند الإصابة بالإسهال بحيث تسارع الأسرة لعلاج الطفل الذكر عند الإصابة مما يحد من إصابته بمضاعفات الإسهال بينما تتردد الأسرة عند إصابة الطفلة وقد تلجأ إلى العناية البيئية بدلاً من إرسالها للعلاج في المستشفى، الأمر الذي يعني مضاعفات أكثر خطورة.

ب- أمراض الجهاز التنفسي:

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي الحادة، وبشكل خاص الالتهابات الرئوية، سببا رئيسيا لوفيات الرضع والأطفال صغار العمر. أظهرت بيانات المسح الصحي 2000، أن نسبة الأطفال دون سن الخامسة في الأراضي الفلسطينية والمصابين بأمراض الجهاز التنفسي قد بلغت 17.6، حيث تنتشر أمراض الجهاز التنفسي بشكل أكبر بين الذكور منه بين الإناث، حيث بلغت 19.5 و14.5 على التوالي.

كانت أقل نسبة من الحالات موجودة في المناطق الريفية (13.9)، بينما وجدت أعلى نسب من الحالات في المخيمات (20.8). ولربما يرجع ذلك إلى الازدحام السكاني وظروف المسكن في المخيمات، (الملحق الإحصائي، جدول 6).

4.1.4 الرضاعة الطبيعية

الأمهات في المخيمات يرضعن أطفالهن مدة أطول من الأمهات في باقي التجمعات السكانية.

يوجد تباين واضح بين نسبة الأمهات اللواتي يرضعن أطفالهن على مستوى نوع التجمع، بحيث يلاحظ انخفاض نسبة الأمهات اللواتي يسكن بمناطق حضرية ويرضعن أطفالهن مقارنة مع النساء القاطنات بالأرياف واللواتي ترتفع نسبة المرضعات بينهن خلال السنة الثانية من عمر الرضيع، في حين ترتفع نسبة الأمهات في المخيمات اللواتي يرضعن أطفالهن، حيث تعتبر نسبة الأمهات في المخيمات الفلسطينية اللواتي يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية هي الأعلى حتى بلوغ الأطفال سنة ونصف من أعمارهم، ويمكن أرجاع ذلك لأسباب اقتصادية واجتماعية وثقافية ولربما أيضا لوجود برامج التوعية لدى وكالة الغوث الدولية خاصة بهذا الموضوع .

ويلاحظ كذلك من بيانات المسح الصحي أن هناك فروقا واضحة في ممارسة الرضاعة الطبيعية على مستوى الضفة الغربية وقطاع غزة مع ارتفاع نسبة الأمهات اللواتي يرضعن رضاعة طبيعية في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية وقد يرجع ذلك لأسباب اقتصادية واجتماعية.

جدول 3.4: نسبة الأطفال (الطفل الأخير) الذين ولدو خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح

حسب حالة الرضاعة الطبيعية وبعض الخصائص الخلفية، 2000.

نسبة الأطفال (20-23) شهرا ورضعوا رضاعه طبيعية	نسبة الأطفال (12-15) شهراً ورضعوا رضاعه طبيعية	نسبة الأطفال 6-9 شهور ويتناولون طعام صلب أو هش	نسبة الأطفال 0-3 شهور ورضعوا رضاعه طبيعية مطلقة	الخصائص الخلفية
9.6	48.7	75.4	26.7	حضر
14.2	44.3	80.9	28.1	ريف
6.2	57.6	82.0	36.5	مخيم

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

تزيد نسبة الأطفال الإناث (أقل من سنة) اللواتي لا يزلن يتلقين الرضاعة الطبيعية من أمهاتهم بحوالي 3% عن الأطفال الذكور لنفس العمر .

وفيما يتعلق بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة، تشير البيانات إلى وجود اختلاف عما أكدته العديد من الدراسات السابقة حول ارتفاع نسبة الرضاعة بين المواليد الذكور عنها لدى المواليد الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور الذين لا يزالون يتلقون الرضاعة الطبيعية من أمهاتهم نحو (45.2%)، مقابل ما نسبته (48.0%) من المواليد الإناث، وتشير البيانات إلى عدم وجود أثر للمستوى التعليمي للام على ممارسة الرضاعة خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من عمر المولود، إلا أن اثر المستوى التعليمي يبدو أكثر وضوحاً خلال الفترات التالية من عمر الطفل وخاصة بعد انقضاء السنة الأولى من عمر المولود، حيث يلاحظ أن النساء الحاصلات على مؤهل علمي أعلى من الثانوية يتجهن إلى إيقاف الرضاعة الطبيعية لموليدهن بعد انقضاء فترات أقصر مقارنة بالأمهات اللواتي مستوى تعليمهن ثانوي فما دون، وقد يعزى هذا إلى أن الأمهات المتعلّمات يملن إلى التوجه إلى سوق العمل وبالتالي فإنهن مرشحات لوقف الرضاعة الطبيعية أبكر .

2.4 مرحلة المراهقة

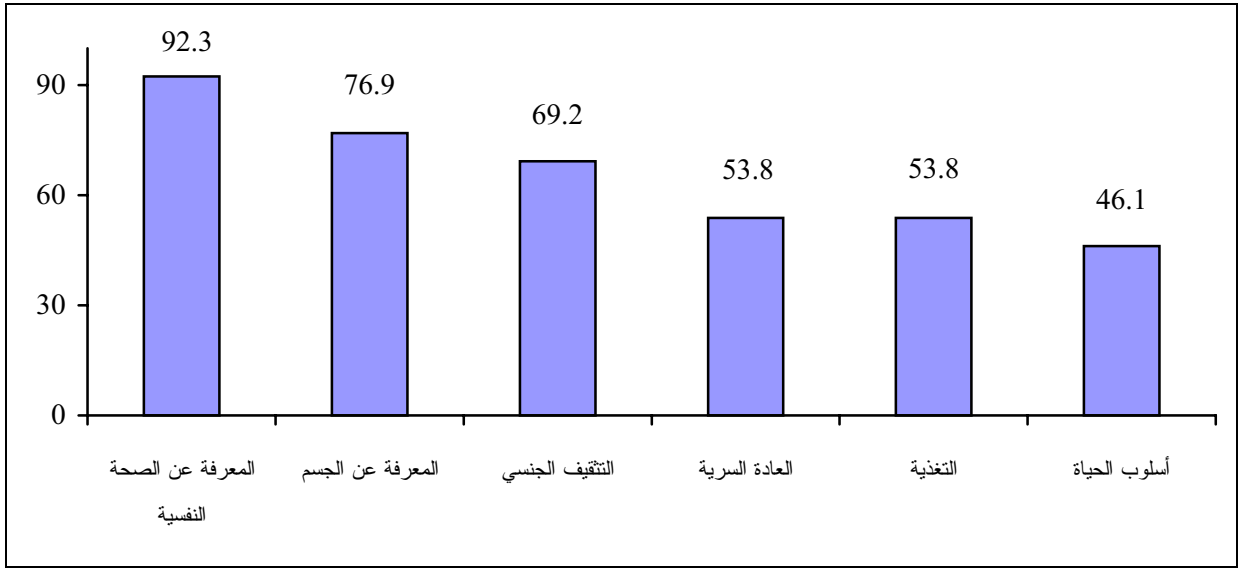
حوالي 10% من الأفراد في مخيمات الأراضي الفلسطينية هم في سن المراهقة.

بلغت نسبة المراهقات⁸ في مخيمات الأراضي الفلسطينية 9.8%، فيما بلغت نسبة المراهقون في مخيمات الأراضي الفلسطينية 10.1%. كما سبق وأشرنا بأن ظاهرة الزواج المبكر منتشرة في المخيمات الفلسطينية والذي يترتب عليه الحمل والإنجاب في سن مبكرة وما يشكله ذلك من خطورة على صحة الأم والطفل، حيث تزيد احتمالية تعرض الأم والطفل لخطر الوفاة والاصابه بأمراض فقر الدم أو نقص الوزن لدى الأطفال أو الإجهاض، بالإضافة إلى أن الحمل والإنجاب في سن مبكرة غالباً ما يحرم الأم من إكمال تحصيلها العلمي وبالتالي يؤثر على مشاركتها في سوق العمل وقدرتها على اتخاذ القرار داخل الأسرة وفي المجتمع.

خصوصية المرأة الفلسطينية في الفئة العمرية 15-19 (سن المراهقة) مرتفعة وقد بلغت 114 مولود لكل 1000 امرأة في الأراضي الفلسطينية. أما بالنسبة إلى الخدمات الصحية فقد أفادت الدراسات بأن هناك قصور بالغ في توفير خدمات رعاية المراهقين في المجتمع الفلسطيني، بالرغم من أنه خلال الثلاث سنوات الماضية ابتدأ في المخيم الفلسطيني نشاطات خاصة لتطوير صحة المراهقين والعمل على برمجتها وقد تبين أن الاحتياجات الأساسية لصحة المراهقات كانت حسب الأولويات كالتالي:

⁸ المقصود بمرحلة المراهقة (المرحلة العمرية 15-19).

شكل 1.4: الاحتياجات الأساسية لصحة المراهقات، 1995.



المصدر: الائتلاف الفلسطيني لصحة المرأة، 1995. دراسة احتياجات المراهقين.

3.5 الكهول والشيخوخة

تبلغ نسبة النساء اللواتي أعمارهن 65 سنة فأكثر في المخيمات الفلسطينية 4% من مجموع الإناث، في حين تبلغ نسبة الرجال لنفس الفئة العمرية 2.9% من مجموع الذكور، وهذا يتماشى مع توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة، حيث بلغت 72.7 سنة للإناث و69.5 سنة للذكور. من ناحية أخرى بلغت نسبة النساء اللواتي أعمارهن 65 سنة فأكثر في الأراضي الفلسطينية 3.7% والذكور لنفس الفئة العمرية 2.9%. وتعتبر هذه النسبة منخفضة مقارنة بالمعدلات العالمية، ويعود ذلك إلى ارتفاع معدلات الخصوبة وارتفاع معدلات الوفاة في هذه الفئة العمرية.

ورغم الملاحظة بأن نسبة النساء في هذه الفئة العمرية من مجموع الإناث أعلى قليلاً من نسبة الرجال لنفس الفئة من مجموع الذكور، وكذلك الفجوة ما بين الذكور والإناث قليلة إلى حد ما إلا أنه لا بد من أخذها بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات المتعلقة بتوفير خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن وخاصة النساء منهم، إذ غالباً ما تعيش النساء كبار السن بمفردهن. وكذلك عند اتخاذ القرارات الخاصة بتحديد سن التقاعد أو صرف بدل الضمان الاجتماعي.

4.5 استنتاجات وتوصيات

- 1- معدلات وفيات الرضع في المخيمات هي الأعلى مقارنة مع أنواع التجمعات الأخرى (34.2).
- 2- بلغت وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات أعلاها في المخيمات (37.5) مقارنة مع الريف (23.5)، والحضر (28.8).
- 3- معدل وفيات الأطفال الرضع أعلى بين الذكور بينما وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات أعلى بين الإناث.
- 4- نسبة الأطفال المصابين بالتهابات الجهاز التنفسي أعلى في المخيم (20.8) عنه في الحضر والريف (17.6) و(13.9 على التوالي).

- 5- العمل على بذل الجهود من أجل إعداد ورسم سياسات وبرامج صحية تؤدي إلى المزيد من خفض معدلات وفيات الرضع والأقل من خمس سنوات، وإزالة التفاوت بين الحضر والريف والمخيم.
- 6- العمل على بذل الجهود لتحسين وتطوير خدمات الرعاية المنظمة للرضع والأطفال.
- 7- هناك حاجة لعمل دراسات وأبحاث حول احتياجات المراهقين وبالتالي تطوير الخدمات بحيث تتاح لهم الحصول على الرعاية في كافة المجالات.

الفصل الخامس

الخصوبة والصحة الإنجابية

1.5 رعاية الأمهات

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل هامة وضرورية لاكتشاف ومعالجة المشاكل الصحية التي يسببها الحمل أو المرتبطة به، وكما تعتبر هذه الرعاية ضرورية في متابعة النساء الحوامل واللواتي يحتجن إلى رعاية طبية أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة.

جدول 1.5: النساء اللواتي حصلن على رعاية أثناء الحمل وبعد الولادة (لآخر مولودين)، 2000.

نوع التجمع	حصلن على رعاية صحية أثناء الحمل	حصلن على رعاية صحية بعد الولادة
حضر	96.5	26.4
ريف	92.2	27.9
مخيم	98.5	31.1
المجموع	95.6	27.5

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

توفر عيادات وكالة الغوث الدولية داخل المخيمات أحد أهم أسباب ارتفاع نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل.

تشير البيانات أن النساء اللواتي تلقين رعاية أثناء الحمل كانت أكثر ارتفاعاً في المخيم عنه في الريف والحضر، ويرجع ذلك إلى توفر عيادات وكالة الغوث الدولية داخل المخيمات، وكذلك إلى وجود برامج التنقيف الصحي والى التفاعل ما بين طواقم العيادات والمجتمع، وسهولة الوصول إليها إضافة إلى انخفاض التكاليف المادية لخدمات هذه العيادات. بالنسبة إلى العناية الصحية ما بعد الولادة فتشير بيانات المسح الصحي 2000، إلى أن هناك قصور واضح في تلقي هذه الخدمة في كافة التجمعات السكانية رغم أن نسبة اللواتي حصلن على رعاية صحية بعد الولادة هي الأعلى في المخيمات.

1.1.5 تلقي الرعاية أثناء الحمل من قبل كادر مؤهل

يعتبر تلقي الرعاية أثناء الحمل من قبل كادر مؤهل إحدى المؤشرات الهامة عند الحديث عن نوعية الخدمات. وتدل البيانات على أن النساء اللواتي تلقين رعاية أثناء الحمل من قبل كادر مؤهل كانت مرتفعة في كافة التجمعات رغم أنها أكثر ارتفاعاً في المخيم عنه في الريف والحضر ويرجع ذلك إلى توفر عيادات وكالة الغوث الدولية داخل المخيمات وسهولة الوصول إليها إضافة إلى انخفاض التكلفة المادية لخدمات هذه العيادات.

تشير بيانات المسح الصحي 2000 بأن التوزيع النسبي للمواليد الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل من قبل كادر مؤهل وبعض الخصائص الخلفية كانت كالتالي:

جدول 2.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الإجاب خلال السنة السابقة للمسح وتلقين رعاية أثناء الحمل من قبل كادر مؤهل حسب نوع التجمع، 2000.

نوع التجمع	نسبة النساء
حضر	96.2
ريف	93.9
مخيم	96.6

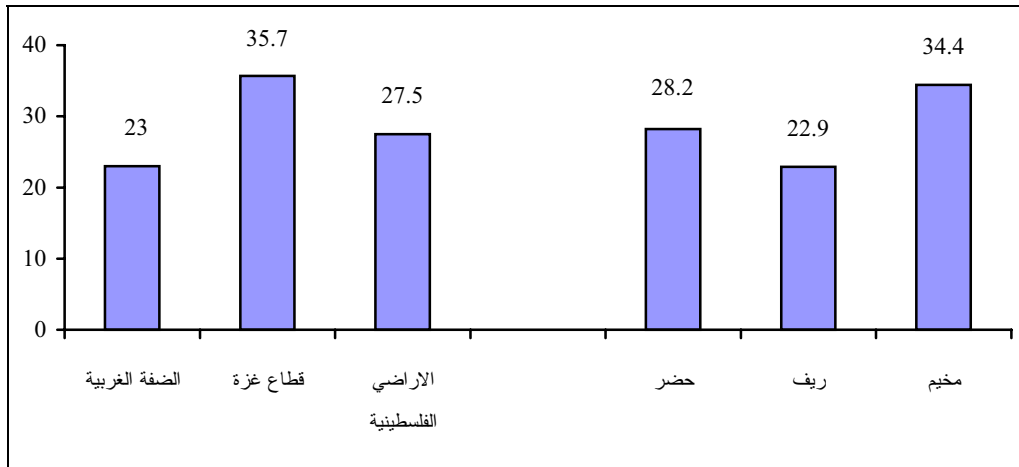
المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

2.1.5 تطعيم التيتانوس

أقل من ثلث النساء يحصلن على مطعوم التيتانوس (الكزاز) أثناء الحمل.

ترتفع نسبة النساء اللواتي حصلن على مطعوم التيتانوس في المخيمات، مقارنة مع الحضر والريف، وذلك نتيجة لتوفر الخدمات الصحية وعيادات وكالة الغوث الدولية والتي تمتاز بانخفاض التكلفة المادية لخدمات هذه العيادات في المخيمات، ومن المعروف أن التطعيم ضد التيتانوس (الكزاز) يساهم في خفض معدلات وفيات الرضع والأمهات.

شكل 1.5: نسبة الأمهات اللواتي انجبن في السنة السابقة للمسح وتلقين مطعوم التيتانوس (الكزاز) حسب المنطقة ونوع التجمع، 2000.



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

2.5 الرعاية الصحية أثناء الولادة

تشير البيانات أن نسبة الولادات البيئية هي الأعلى في الريف مقارنة بالحضر والمخيمات، وقد يرجع ذلك لعدم القدرة على الوصول إلى مراكز توليد متخصصة، علماً بأن منظمة الصحة العالمية تحذر من مخاطر الولادة البيئية في الدول النامية المرتبطة بازدياد وفيات الأمهات والرضع، بشكل عام هناك انخفاض مضطرد في نسبة الولادات البيئية في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات الخمس الماضية.

جدول 3.5: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب نوع التجمع ومكان الولادة، 2000.

نوع التجمع	مستشفى/ مركز حكومي	مستشفى خاص	مركز وكالة	منظمات غير حكومية	عيادة طبيب	في المنزل	المجموع
حضر	38.8	30.8	6.6	6.6	13.5	3.7	100.0
ريف	52.2	29.1	1.7	3.8	3.8	9.4	100.0
مخيم	42.2	14.2	20.0	5.7	15.1	2.8	100.0
المجموع	43.3	27.8	7.2	5.6	10.9	5.2	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

1.2.5 طبيعة الولادة

تشير نتائج المسح الصحي 2000، أن غالبية الولادات التي حصلت في السنوات الثلاث السابقة للمسح في المخيم (74.1%) كانت طبيعية، و16.6% من الولادات تم إجراء شق العجان خلال الولادة للتوسيع، و2.2% تمت بواسطة جهاز الشفط و6.8% خلال عملية قيصرية. وتعتبر نسبة الولادة بعملية قيصرية في المخيمات من النسب المنخفضة بالمقارنة مع باقي التجمعات السكانية حيث أن النسبة المتعارف عليها لضمانة ولادة آمنة هي 8-15% وقد يرجع ذلك ربما لسهولة الوصول إلى المستشفيات.

جدول 4.5: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب طبيعة الولادة ونوع التجمع، 2000.

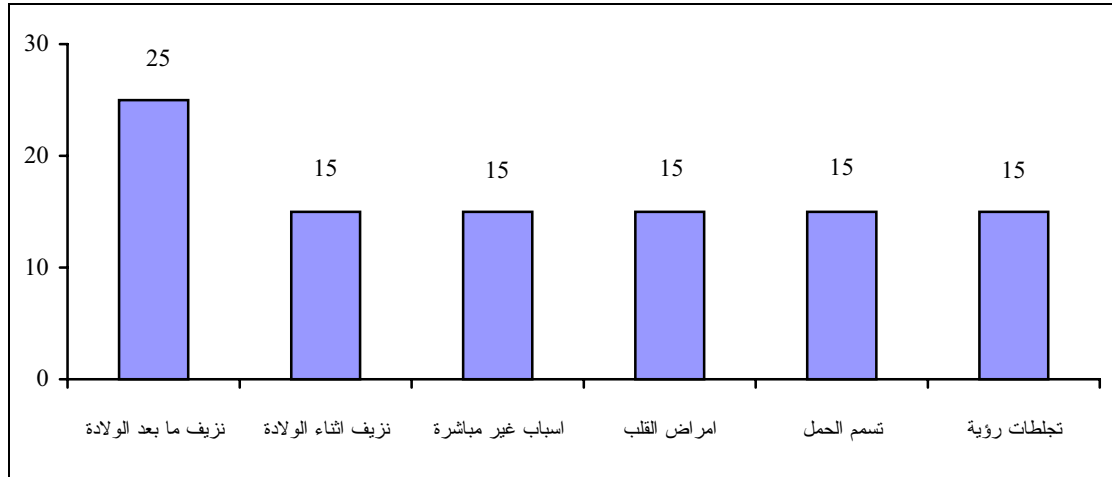
نوع التجمع	طبيعة الولادة				
	طبيعية	جرح/ توسيع	ملقط	شفط	قيصرية
حضر	71.9	16.4	0.2	2.6	8.9
ريف	71.7	16.4	0.4	1.9	9.6
مخيم	74.1	16.6	0.3	2.2	6.8

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

3.5 وفيات الأمهات

يعد معدل وفيات الأمهات أحد أهم المؤشرات للوضع الصحي للمرأة حيث يقدر معدل وفيات الأمهات 70 - 80 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في الأراضي الفلسطينية ويعزى هذا التقدير المنخفض مقارنة بالدول العربية المجاورة لعدم توثيق الوفيات النفاسية عند تحديد سبب الوفاة وغياب المعايير الموحدة في تعريف الأسباب لدى دوائر الصحة المختلفة. وتقيد تقارير وكالة الغوث الدولية لعام 2000 بأن معدل وفيات الأمهات في المخيمات الفلسطينية بلغت 31 لكل 100,000 مولود حي، وأن هذه النسبة تعتبر منخفضة وذلك لانخفاض التوثيق واختلاف التعريف لوفيات الأمهات.

شكل 2.5: التوزيع النسبي لوفيات الأمهات في المخيمات حسب السبب الرئيسي، 2000.



المصدر: تقرير وكالة الغوث الدولية، قسم الصحة، 2000.

4.5 العمر عند الزواج الأول

إن العمر عند الزواج الأول يعتبر من العوامل الهامة التي تؤثر على رفع أو خفض معدلات الخصوبة، فالزواج المبكر يؤدي عادة إلى معدلات خصوبة عالية، بسبب طول فترة الخصوبة والتي تكون المرأة عرضة فيها للحمل خصوصاً إذا تمت الولادة الأولى لها في سن مبكرة، في حين أن تأخير الزواج يؤدي إلى خفض معدلات الخصوبة والإنجاب بسبب قصر فترة الإنجاب.

جدول 5.5: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر عند إنجاب المولود الأول ونوع التجمع، 2000.

الأراضي الفلسطينية	نوع التجمع			العمر عند إنجاب المولود الأول
	مخيم	ريف	حضر	
3.2	3.5	2.1	3.6	أقل من 15
7.6	6.3	7.4	8.1	16
11.4	9.9	10.5	12.3	17
12.9	10.6	13.7	13.2	18
13.7	15.8	13.3	13.3	19
48.2	51.1	49.3	46.9	29-20
3.0	2.9	3.8	2.6	+30
422,181	64,732	121,313	236,136	عدد النساء

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

35% من الفتيات المتزوجات يضعن مولودهن الأول قبل بلوغهن سن 19 سنة.

يعتبر العمر عند إنجاب المولود الأول من العوامل المؤثرة في معدلات الخصوبة. حيث أشارت البيانات أن 30.3% من النساء في المخيمات الفلسطينية قد أنجبن مولودهن الأول عند العمر (18 سنة فأقل) بينما نجد أنها ارتفعت في الحضر لتصل 37.2%. وتشير بيانات المسح الصحي 2000، أن للتعليم تأثيراً على معدلات الخصوبة الكلية فإنه يؤثر أيضاً على العمر عند إنجاب المولود الأول، حيث أنه كلما ارتفع مستوى التحصيل العلمي للمرأة ارتفع العمر عند الزواج الأول وبالتالي يرتفع العمر عند انجاب المولود الأول، بالإضافة إلى أن تعليم المرأة يكسبها قدرات وقناعات تساعد على تحديد ما تريده وما ترى فيه مصلحة لها ولأسرتها.

5.5 الخصوبة

خلال السنة السابقة للمسح الصحي 2000، بلغ معدل الخصوبة الكلي في المخيمات الفلسطينية 6.06 مقارنة بـ 5.85 في الحضر و6.07 في الريف، ويعود ارتفاع مستوى الخصوبة في الأراضي الفلسطينية إلى العديد من العوامل الاجتماعية، والديمقراطية والاقتصادية والثقافية والسياسية. كما أن هناك العديد من العوامل الأخرى التي تسهم في ارتفاع مستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية بما في ذلك تدني عمر المرأة عند الزواج الأول، والرغبة في بناء عائلات كبيرة، وتدني مشاركة المرأة في سوق العمل، وأهمية العنصر الديمغرافي في الصراع الفلسطيني الإسرائيلي.

1.5.5 أنماط الخصوبة، معدل حجم الأسرة

وتعني الرغبة في تحديد حجم الأسرة حسب وجهة نظر المرأة والعلاقة بين تفضيل الخصوبة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات.

جدول 6.5: معدل حجم الأسرة حسب جنس رب الأسرة ونوع التجمع، 2000.

نوع التجمع	جنس رب الأسرة	
	حضر	ريف
مخيم	7.0	3.9
حضر	6.2	3.2
ريف	6.4	2.8
كلا الجنسين	6.0	6.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

2.5.5 المباعدة بين الولادات

تعتبر المباعدة ما بين المواليد من المؤشرات الهامة لصحة المرأة، ويشير المسح الصحي 2000، بأن فترة التباعد بين المواليد بلغت 30 شهراً في المخيمات الفلسطينية، وتعتبر جيدة مقارنة بالمستوى العالمي (منظمة الصحة العالمية توصي 18 شهراً على الأقل)، إلا أنها منخفضة إذا ما قورنت بالحضر والريف الفلسطيني.

جدول 7.5: متوسط فترة التباعد بين المواليد (بالأشهر) خلال السنوات الخمس السابقة
للمسح الصحي حسب نوع التجمع، 2000.

نوع التجمع	المتوسط بالأشهر
حضر	33.6
ريف	33.6
مخيم	30.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

6.5 تنظيم الأسرة واستخدام وسائل منع الحمل

معظم النساء المتزوجات أو اللواتي سبق لهن الزواج يعرفن بوسائل تنظيم الأسرة ولكن حوالي نصف هؤلاء يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة.

تعتبر المعرفة، والاستخدام وعدم الاستخدام وأسبابها من المؤشرات الهامة حول برامج تنظيم الأسرة، حيث ان المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة بين النساء الفلسطينيات (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج والمتزوجات حالياً مرتفعة جداً حيث بلغت 99.6% في الضفة الغربية و99.9% في قطاع غزة. وتوضح النتائج الأساسية للمسح الصحي 2000، بأن هذه النسبة مرتفعة بين النساء الفلسطينيات بشكل عام وبين النساء الفلسطينيات في المخيمات، كما تتطابق بيانات المسح الصحي 2000، مع نتائج تقرير وكالة الغوث الدولية لعام 2000 الذي أشار إلى أن نسبة المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة بلغت 97.6%.

جدول 8.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج والمتزوجات حالياً ويعرفن وسيلة منع حمل وأي وسيلة حديثة حسب العمر الحالي، 2000.

قطاع غزة					الضفة الغربية				
عدد النساء	اللولب	الحبوب	أي وسيلة حديثة	أي وسيلة	عدد النساء	اللولب	الحبوب	أي وسيلة حديثة	أي وسيلة
النساء اللواتي سبق لهن الزواج									
154,168	99.4	99.0	99.6	99.9	283,748	99.0	98.5	99.5	99.6
النساء المتزوجات حالياً									
148,128	99.4	99.0	99.6	99.9	271,594	99.1	98.6	99.6	99.7

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

تشير بيانات المسح الصحي 2000، بأن 50.1% من النساء في المخيمات الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة مقارنة مع الحضر والريف (51.1% و52.9% على التوالي). ويعود هذا الارتفاع وضيق الفجوة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين التجمعات السكانية إلى التنقيف الصحي المكثف تجاه هذه الخدمة إضافة إلى التنسيق الجيد ما بين القطاعات المختلفة، ناهيك عن توفر التمويل الكافي من جهات متعددة خاصة لهذه الخدمة. أما بالنسبة إلى الوسيلة المستخدمة فقد بين المسح الصحي 2000، وتقرير وكالة الغوث الدولية لعام 2000، بأن استخدام وسيلة اللولب هي الأكثر شيوعاً، حيث بلغت 24.4% في المخيمات مقارنة مع الوسائل الأخرى (الحبوب)

6.8%، الواقى الذكري 4.6%) وهي الوسائل المتوفرة بشكل أساسي في عيادات وكالة الغوث الدولية و/ أو عيادات وزارة الصحة الفلسطينية.

أما فيما يتعلق بعدم استخدام وسائل منع الحمل والأسباب وراء ذلك فيشير المسح الصحي 2000 إلى أن أكثر الأسباب التي كانت وراء عدم استخدام النساء في المخيم لوسائل تنظيم الأسرة هي الرغبة في الانجاب (53.8%) وهي نسبة مرتفعة مقارنة مع الحضر والريف (49.4% و 42.8% على التوالي)، وربما يرجع ذلك إلى ارتباط الإنجاب بمفاهيم اجتماعية ووظيفية وغيرها من الأسباب والتي تستدعي بمجتمع المخيمات بالتفكير أكثر في الرغبة في الانجاب.

7.6 استنتاجات وتوصيات

- 1- نسبة النساء اللواتي حصلن على رعاية صحية تعتبر مرتفعة، إلا أن نوعية الخدمات ليست معروفة بدقة.
- 2- نسبة الأمهات اللواتي تلقين مطعوم الكزاز متدنية جداً.
- 3- الرعاية الصحية بعد الولادة تعتبر متدنية جداً.
- 4- معدل الخصوبة الكلي في المخيمات الفلسطينية مرتفع (6.06).
- 5- معدل حجم الأسرة في المخيمات مرتفع (6.7).
- 6- ظاهرة الزواج المبكر في المخيمات الفلسطينية هي ظاهرة منتشرة وهي إحدى المؤشرات الهامة لقياس صحة المرأة ودورها في المجتمع.
- 7- وفيات الأمومة ليست مدروسة بالدقة المتوخاة.
- 8- مع أن نسبة النساء اللواتي حصلن على رعاية صحية أثناء الحمل مرتفعة، فهناك حاجة ماسة إلى دراسة نوعية هذه الخدمات.
- 9- هناك حاجة إلى حملات مكثفة للتطعيم ضد الكزاز أثناء الحمل وكذلك للعمل على استصدار سياسة وطنية نحو التطعيم ضد الكزاز.
- 10- هناك حاجة إلى دراسة أسباب الولادات البيئية في المخيمات.
- 11- العمل على بذل الجهود لإرساء برامج خاصة للرعاية ما بعد الولادة.
- 12- العمل على سن سياسات وطنية للحد من ظاهرة الزواج المبكر.
- 13- العمل على تطوير وتحسين برامج تنظيم الأسرة وذلك للعمل على خفض معدلات الخصوبة ومعدل حجم الأسرة.

المقارنة بين المخيمات في دول الطوق، الضفة الغربية وقطاع غزة*

بداية نود التوضيح بأن هذه المقارنة تعتمد أساساً على بيانات وكالة الغوث الدولية حيث أنها التقارير الوحيدة المتوفرة بدقة حول صحة اللاجئين الفلسطينيين، أما إذا قورنت المؤشرات الصحية لتقرير وكالة الغوث الدولية بمؤشرات المسح الصحي 2000، نجد بعض الاختلافات وذلك يرجع إلى أن المسح الصحي 2000، اتبع أسلوب المسح الأسري (Household Survey) بينما وكالة الغوث الدولية تعتمد في غالبية الحالات على المسح في المراكز الصحية (Clinic Based Survey).

1.6 المؤشرات السكانية

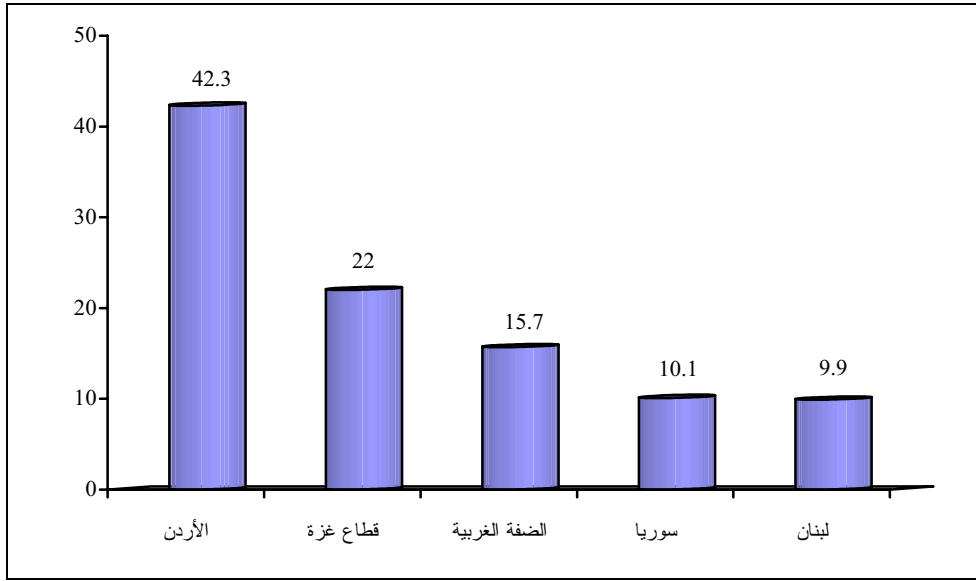
جدول 1.6: عدد اللاجئين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية بالآلاف ونسبة المقيمين منهم في المخيمات حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	عدد اللاجئين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية	نسبة اللاجئين المقيمين في المخيمات	نسبة اللاجئين للمجموع الكلي لسكان القطر
الضفة الغربية	607,770	27.1	31.1
قطاع غزة	853,626	54.4	80.6
الأردن	1,639,718	17.7	24.8
سوريا	391,651	29.1	2.5
لبنان	383,973	56.1	11.9
المجموع	3,876,738	32.2	34.5

هناك تفاوت في أماكن توزيع اللاجئين في المخيمات أو خارجها فقد بلغت أعلى نسبة للاجئين في المخيمات الفلسطينية في لبنان 56.1% وتلاها في قطاع غزة 54.4% وقد يرجع ذلك إلى العديد من الأسباب أهمها العامل السياسي للقطر المضيف وكذلك إلى الوضع الاقتصادي للاجئين. بلغت نسبة اللاجئين في قطاع غزة بالنسبة إلى المجموع الكلي للسكان 80.6% وهي أعلاها بالنسبة إلى الأقطار أو المناطق الأخرى وهذا يعكس بالضرورة الوضع الاجتماعي والاقتصادي لقطاع غزة وما يترتب على ذلك من انعكاسات على الوضع الصحي.

* في هذا الفصل تم استخدام بيانات وكالة الغوث الدولية المنشورة في تقرير (Annual report on the work of the United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA) for the period 1 July 1999 to 30 June 2000.) ويشار هنا إلى وجود اختلافات ما بين بيانات وكالة الغوث الدولية وبيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني المتعلقة بالأراضي الفلسطينية.

شكل 1.6: التوزيع النسبي للاجئين الفلسطينيين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية حسب المنطقة / الدولة، 2000.



1.1.6 معدل الخصوبة الكلية

معدل الخصوبة الكلية بين اللاجئين بلغ أعلاه في قطاع غزة (4.4) وتلاه في الضفة الغربية (4.1) ثم الأردن، لبنان، سوريا على التوالي، (أنظر جدول 2.6 أدناه). ويرجع السبب في ارتفاع معدلات الخصوبة للمرأة لعدة عوامل منها زواج المرأة في سن مبكر وبالتالي الإنجاب في سن مبكر، وكذلك انخفاض نسبة استخدام موانع الحمل حيث تكون فترة المباشرة ما بين الأحمال قصيرة إلى حد ما بالإضافة إلى المعتقدات الاجتماعية. ولارتفاع معدلات الخصوبة انعكاسات أخرى منها زيادة حجم الأسرة وارتفاع معدلات النمو السكاني، وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة الأعباء الملقاة على كاهل المرأة داخل الأسرة وعلى مؤسسات المجتمع القائمة على خدمة المخيم.

جدول 2.6: معدل الخصوبة الكلية لسكان المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	الخصوبة الكلية
الضفة الغربية	4.1
قطاع غزة	4.4
الأردن	3.6
سوريا	2.5
لبنان	2.6

2.1.6 حجم الأسرة

يرتبط حجم الأسرة ارتباطاً وثيقاً بمعدلات الخصوبة الكلية، ويفيد تقرير وكالة الغوث الدولية عام 2000 بأن حجم الأسرة الفلسطينية بلغ أعلاه في قطاع غزة (6.0) ويليه الضفة الغربية، الأردن، لبنان وسوريا على التوالي، (أنظر جدول 3.6 أدناه). ويعود السبب في ارتفاع متوسط حجم الأسرة إلى ارتفاع معدلات الخصوبة للمرأة الفلسطينية.

جدول 3.6: متوسط حجم الأسرة لسكان المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	متوسط حجم الأسرة
الضفة الغربية	5.5
قطاع غزة	6.0
الأردن	5.4
سوريا	5.0
لبنان	5.1

2.6 المؤشرات الصحية

جدول 4.6: معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي لسكان المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	وفيات الرضع
الضفة الغربية	32
قطاع غزة	33
الأردن	32
سوريا	29
لبنان	35

تعتبر وفيات الأطفال من المؤشرات الهامة للصحة العامة للتدليل على النظام الصحي ونوعية الخدمات الصحية المقدمة لهذه الفئة العمرية خاصة وللمرأة بشكل عام. ويبين (الجدول 4.6 أعلاه) بأن معدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 مولود حي في المخيمات الفلسطينية مرتفعة، حيث بلغت وفيات الأطفال أقصاها في لبنان (35)، يليها قطاع غزة (33) ثم الضفة الغربية والأردن 32 لكل منهما، وسوريا (29). وهذا يعكس الوضع الاقتصادي، والصحة العامة والخدمات التي يعاني منها اللاجئون هناك وتعتبر هذه النتائج متقاربة مع نتائج المسح الصحي 2000 (بالنسبة للضفة الغربية وقطاع غزة).

جدول 5.6: نسبة النساء في المخيمات الفلسطينية اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة من بين اللواتي يستعملن خدمات وكالة الغوث الدولية، حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة
الضفة الغربية	41.9
قطاع غزة	36.5
الأردن	48.6
سوريا	65.4
لبنان	64.7

يفيد تقرير وكالة الغوث الدولية العام بأن نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة واللواتي يستعملن خدمات وكالة الغوث الدولية، بلغت أعلاها في سوريا ثم لبنان، ثم الأردن، ثم الضفة الغربية واخيرا قطاع غزة، (انظر جدول 5.6 أعلاه)، وهو ما يشير إلى سبب ارتفاع معدلات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية عنها في باقي الدول المجاورة.

جدول 6.6: متوسط عمر المرأة عند الزواج الأول في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	متوسط عمر المرأة عند الزواج الأول
الضفة الغربية	19.5
قطاع غزة	18.9
الأردن	20.3
سوريا	20.5
لبنان	19.7

ينخفض متوسط عمر المرأة عند الزواج الأول في المخيمات الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة مقارنة بالمخيمات الفلسطينية في دول الشتات، وهذا يعكس ظاهرة الزواج المبكر المنتشرة في الأراضي الفلسطينية عامة، (انظر جدول 6.6 أعلاه).

جدول 7.6: نسبة النساء المتزوجات (18 سنة أو أقل) حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	نسبة النساء المتزوجات 18 سنة أو أقل
الضفة الغربية	31.2
قطاع غزة	36.3
الأردن	25.4
سوريا	22.7
لبنان	31.6

يلاحظ أن النساء المتزوجات عند العمر 18 سنة أو أقل مرتفعة جدا في مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث أن ظاهرة الزواج المبكر ظاهرة بارزة في المخيمات وقد برزت بشكل كبير في قطاع غزة (36.3%)، في حين أن أقل نسبة وجدت في مخيمات سوريا (22.7%)، ونتيجة لذلك فإن المرأة تحمل وتنجب في سن مبكرة وما يعنيه ذلك من ارتفاع معدلات الخصوبة والأعباء الصحية والاقتصادية البالغة الأثر على المرأة والمجتمع، (انظر جدول 7.7 أعلاه).

جدول 8.6: متوسط فترة المباحدة ما بين المواليد بالأشهر للنساء في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	متوسط فترة المباحدة ما بين المواليد بالأشهر
الضفة الغربية	33.0
قطاع غزة	30.0
الأردن	34.8
سوريا	38.0
لبنان	35.0

متوسط المباحدة بين الإنجاب بالأشهر بلغ أعلاه بين سكان المخيمات في الأردن 34.8 شهراً وقلها في قطاع غزة، (أنظر جدول 8.6 أعلاه)، وقد يعزى ذلك إلى الوضع السياسي الذي يمر به الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، إلا أن ذلك يشكل مؤشراً للمؤسسات وواضعي السياسات حول أهمية تغيير الأنماط الاجتماعية المتعلقة بالإنجاب والأسرة.

جدول 9.6: نسبة الأطفال (أقل من 3 سنوات) الذين يعانون من فقر الدم في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	نسبة الأطفال (أقل من 3 سنوات) الذين يعانون من فقر الدم
الضفة الغربية	49.7
قطاع غزة	74.9
الأردن	35.7
سوريا	28.0
لبنان	29.6

تعتبر نسبة فقر الدم أحد المؤشرات الهامة على مستوى التغذية للمجتمع وللأفراد، وبالتالي فإنها تعكس الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأفراد. وجاء في تقرير وكالة الغوث الدولية لعام 2000، بأن أطفال المخيمات في قطاع غزة يليها أطفال المخيمات في الضفة الغربية هم الأكثر معاناة لفقر الدم مقارنة بباقي التجمعات في الدول المجاورة.

جدول 10.6: نسبة النساء الحوامل (15- 49 سنة) اللواتي يعانين من فقر الدم في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	نسبة النساء الحوامل اللواتي يعانين من فقر الدم
الضفة الغربية	35.5
قطاع غزة	44.7
الأردن	32.1
سوريا	27.0
لبنان	28.1

يفيد تقرير وكالة الغوث الدولية بأن نسبة فقر الدم بين النساء الحوامل في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين بلغ أقصاه في مخيمات قطاع غزة (44.7%)، وتليها الضفة الغربية (35.5%)، ثم الأردن (32.1%)، ثم لبنان (28.1%)، ثم سوريا (27.0%). ويشار هنا إلى أنه بالرغم من ارتفاع نسبة النساء اللاجئات في قطاع غزة تحديداً اللواتي تلقين رعاية صحية، إلا إن نسبة عالية منهن يعانون من فقر الدم، مما يستدعي إعادة النظر في مستوى العناية الصحية المقدمة.

جدول 11.6: نسبة الحوامل اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	نسبة الحوامل اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل
الضفة الغربية	54.4
قطاع غزة	89.6
الأردن	54.6
سوريا	66.0
لبنان	50.9

أشارت بيانات المسح الصحي 2000، إلى أن النساء القاطنات في المخيمات الفلسطينية في قطاع غزة هن الأكثر استفادة من خدمات رعاية الحوامل مقارنة مع المخيمات الفلسطينية في الضفة الغربية والدول المجاورة.

جدول 12.6: نسبة النساء اللواتي قمن بمراجعة مراكز رعاية الحمل أربعة زيارات على الأقل خلال فترة الحمل في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	نسبة النساء اللواتي قمن بمراجعة مراكز رعاية الحمل
الضفة الغربية	70.7
قطاع غزة	87.4
الأردن	85.9
سوريا	81.0
لبنان	93.9

أوصت منظمة الصحة العالمية بأنه لتوفير رعاية ذات نوعية جيدة ومستوى لائق للنساء خلال فترة الحمل يتوجب القيام بمراجعة مراكز رعاية الحمل أربع مرات على الأقل خلال فترة الحمل من أجل الأمومة الآمنة. ويشير تقرير وكالة الغوث الدولية لعام 2000، أن النساء الحوامل في المخيمات الفلسطينية في الضفة الغربية كن الأقل حظاً في مراجعة مراكز رعاية الحمل مقارنة بنساء المخيمات في قطاع غزة والدول المجاورة.

جدول 13.6: نسبة النساء الحوامل المحصنات ضد الكزاز في المخيمات الفلسطينية حسب المنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	نسبة النساء الحوامل المحصنات ضد الكزاز
الضفة الغربية	47.6
قطاع غزة	98.6
الأردن	98.2
سوريا	99.8
لبنان	99.5

يعتبر مطعوم الكزاز من أهم المطاعيم التي يجب أن تحصل عليها الحامل خلال فترة الحمل، ويعطى هذا المطعوم للحامل لحماية المولود من الإصابة بكزاز حديثي الولادة الذي يعتبر من أهم أسباب وفيات حديثي الولادة في الدول النامية، ويدلل انخفاض نسبة النساء الحوامل المحصنات ضد الكزاز في مخيمات الضفة الغربية إلى مؤشر مثير للقلق، وي طرح بقوة أهمية التوعية الصحية للنساء في المجتمع الفلسطيني عامة والمخيمات بشكل خاص حول أهمية التطعيم ضد الكزاز وتغيير النظرة الشائعة ان الولادة في المستشفيات لا تسبب الكزاز للطفل المولود.

جدول 14.6: التوزيع النسبي للنساء حسب مكان الإنجاب والمنطقة/ الدولة، 2000.

المنطقة/ الدولة	مكان الإنجاب			
	مركز تابع للوكالة	عيادة خاصة	البيت	المستشفى
الضفة الغربية	2.0	2.5	3.7	91.8
قطاع غزة	21.4	21.2	1.0	56.4
الأردن	-	0.2	3.0	96.8
سوريا	-	5.7	15.4	78.9
لبنان	-	1.4	7.2	91.4

تشير بيانات وكالة الغوث الدولية بان المستشفيات أو دور الولادة هي المكان الرئيس في تقديم خدمات التوليد، وتتخذ وكالة الغوث الدولية سياسة صحية لتوفير خدمات الولادة في المستشفيات للسيدات بالحمل الخطر، كما وتفيد سياستها بان كافة النساء يجب أن يلدن في المستشفيات برعاية الكادر الطبي المؤهل. وبالرغم من ذلك نجد أن 15.4% من نساء مخيمات اللاجئين الفلسطينيين في سوريا يلدن في البيوت، تليها لبنان ثم الضفة الغربية. بشكل عام فان بيانات المسح الصحي 2000، تشير إلى أن نسبة حدوث الولادة في المنزل كانت أعلى بين النساء الأكبر سنا والأقل تعليماً والريفيات (77% من الأكبر سنا و10.8% من غير المتعلمات و9.4% من الريفيات)، كما يمكن أن يعزى هذا الفرق في تقديم الخدمات إلى شمولية التأمين الصحي في قطاع غزة عنه في الضفة الغربية، حيث تفوق نسبة السكان المشمولين بخدمات التأمين الصحي، التي يقدمها كل من القطاع العام والاونروا في قطاع غزة، نسبة المشمولين في هذه الخدمات من سكان الضفة الغربية.

التوصيات

- يجب التركيز على ضرورة بذل الجهود من أجل إعداد ورسم سياسات وبرامج صحية تؤدي إلى المزيد من خفض معدلات وفيات الرضع والأطفال، كما تؤدي إلى إزالة التفاوت في مستوى وفيات الرضع والأطفال بين كل من الريف، والحضر، والمخيمات.
- الدعوة إلى بذل جهود أكبر من أجل تحسين الرعاية الصحية للأمهات في كافة المراحل.
- الاهتمام بتصميم برامج من أجل تحسين الحالة التغذوية للأطفال أقل من خمس سنوات ولل سيدات الحوامل.
- العمل على توفير وصف أكثر دقة لأوضاع اللاجئين من خلال الأبحاث الخاصة بذلك.

الاستنتاجات:

- الخصوبة الكلية مرتفعة في مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة عن مثيلاتها في مخيمات دول الشتات.
- وهو ما يؤدي إلى ارتفاع متوسط حجم الأسرة في مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة مقارنة بالمخيمات في دول الشتات.
- تتخفف نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة واللواتي يستعملن خدمات وكالة الغوث الدولية في الضفة الغربية وقطاع غزة عن مثيلاتها في مخيمات دول الشتات.
- نسبة النساء المتزوجات عند العمر 18 سنة أو أقل مرتفعة جداً في مخيمات الضفة الغربية وقطاع غزة مقارنة بالمخيمات الفلسطينية في دول الشتات.

الاستراتيجيات الواجب اتباعها:

- تحسين الظروف البيئية والصحية وهذا يمكن تحقيقه من خلال التوسع في توفير المياه النقية وتحسينها ومن خلال بناء أنظمة للصرف الصحي. حيث أن القيام بمثل هذه الإجراءات الصحية سوف تؤدي إلى تقليل انتشار الأمراض المعدية والذي يؤدي بدوره إلى تحسين فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة.
- إعداد وتصميم برامج التنقيف الصحي لتشجيع الأمهات على تطعيم الأطفال ومتابعة تطعيمهم طبقاً لجدول التطعيمات الزمني.
- الاستمرار في تشجيع الأنماط الصحية للرضاعة الطبيعية وتقديم الأغذية الإضافية للأطفال خاصة فيما يتعلق باستخدام الزجاجات في الرضاعة ونوعية وتوقيت الأطعمة الإضافية.
- تشجيع السيدات الحوامل على استخدام الرعاية الصحية فيما يتعلق بمتابعة الحمل والتطعيم ضد التيتانوس.
- تشجيع استخدام خدمات الرعاية الصحية بعد الولادة من خلال برامج التنقيف الصحي.
- تشجيع إجراء مزيداً من الأبحاث فيما يتعلق بالصحة النفسية، المراهقة، وصحة المسنين.

المراجع

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. السكان في الأراضي الفلسطينية، 1997-2025. رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997. النتائج النهائية. تقرير السكان. رام الله - فلسطين.
- دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1998. المرأة والرجل في فلسطين، اتجاهات وإحصاءات. رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. مسح ظروف السكن 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.
- وكالة الغوث الدولية، 2000. التقرير السنوي.
- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، 1995. المرأة العربية: اتجاهات وإحصاءات ومؤشرات.
- مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، 2000. انتهاكات حقوق المرأة الصحية في الضفة الغربية.
- الأمم المتحدة، 1991. المرأة في العالم 1970-1990: اتجاهات واحصاءات.
- مصطفى البرغوثي وجين لوك. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس)، الصحة في فلسطين الامكانيات والتحديات 1997.
- معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس)، 2000. المراقب الاجتماعي عدد 3.
- **United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA).** Annual report for the period 1 July 1999 to 30 June 2000.
- **Ministry of Health.** The Status of Health in Palestine, Annual report 1999.
- **Dr. May S. Kaileh: 1993.** Knowledge, Attitude and Practice Survey of Palestinian Refugee Women in the West Bank, UNRWA / UNFPA.
- **Dr. H Madi, Dr. M. Kaileh, Dr. F. Hammadah, Dr. A. Shurbasi, Dr. M. Basheer, Dr. A. Abuhalmeh: 1996.** Current Practice of Contraceptive Use, UNRWA AgencyWide, UNRWA.
- **Dr. H Madi, Dr. May S. Kaileh, Dr. F. Hammadah , Dr. A. Shurbasi, Dr. M. Basheer, Dr. A. Abuhalmeh: 1996.** Study on the Discontinuation of Family Planning Services and Reasons, UNRWA.
- **Dr. H Madi, Dr. M. Kaileh, Dr. F. Hammadah, Dr. A. Shurbasi, Dr. M. Basheer, Dr. A. Abuhalmeh: 1998.** Assessment of Child Health Care UNRWA Agency Wide, UNRWA.
- **Dr. H Madi, Dr. M. Kaileh, Dr. F. Hammadah, Dr. A. Shurbasi, Dr. M. Basheer, Dr. A. Abuhalmeh: 2000.** Assessment of Maternal Health Care UNRWA Agency Wide, UNRWA.

الملحق الإحصائي

الملحق الإحصائي قائمة الجداول

- جدول 1: توزيع السكان حسب العمر والجنس ونوع التجمع، منتصف العام 1997.
- جدول 2: توزيع الاناث حسب فئات العمر والمنطقة في المخيمات، منتصف العام 1997.
- جدول 3: التوزيع النسبي للأسر في الأراضي الفلسطينية حسب جنس رب الأسرة ونوع التجمع والمنطقة، 2000.
- جدول 4: التوزيع النسبي للأسر في الأراضي الفلسطينية حسب كثافة السكن ونوع التجمع والمنطقة، 2000.
- جدول 5: التوزيع النسبي للأسر في الأراضي الفلسطينية حسب الاتصال بالشبكات العامة (مياه، كهرباء وصرف صحي) ونوع التجمع والمنطقة، 2000.
- جدول 6: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالتهابات في الجهاز التنفسي في الأسبوعين السابقين للمسح وحصلوا على استشارة طبية حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000.
- جدول 7: توزيع النساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب فئات العمر عند الزواج الأول والمنطقة ونوع التجمع، 2000.
- جدول 8: معدل الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000.
- جدول 9: نسبة النساء المتزوجات حالياً 15-49 اللواتي يستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسيلة منع الحمل، 2000.
- جدول 10: نسبة النساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) اللواتي يستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، 2000.
- جدول 11: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً اللواتي لا يستخدمن حالياً أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حسب السبب الرئيس في عدم الاستخدام ونوع التجمع، 2000.

جدول 1: توزيع السكان حسب العمر والجنس ونوع التجمع، منتصف العام 1997.

مخيم		ريف		حضر		العمر والجنس	
نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد		
51	40,861	51	74,809	51	129,505	ذ	4-0
49	38,813	49	71,297	49	123,487	إ	
51	35,609	51	65,934	51	115,056	ذ	9-5
49	34,284	49	62,805	49	109,163	إ	
51	25,577	05	51,186	51	88,532	ذ	14-10
49	24,279	05	48,366	49	83,633	إ	
51	21,104	52	44,446	51	75,197	ذ	19-15
49	20,117	48	40,773	49	71,714	إ	
51	18,860	53	39,210	52	64,247	ذ	24-20
49	18,228	47	35,453	48	60,658	إ	
52	15,549	52	32,266	52	51,102	ذ	29-25
48	14,705	48	29,398	48	47,838	إ	
50	15,090	52	25,651	52	45,454	ذ	34-30
50	13,357	48	24,065	48	41,746	إ	
52	10,066	51	19,297	05	35,062	ذ	39-35
48	9,154	49	18,497	05	31,744	إ	
50	6,568	49	13,323	51	24,439	ذ	44-40
50	6,680	51	13,655	49	23,949	إ	
50	5,015	50	9,799	52	20,066	ذ	49-45
50	5,139	50	9,625	48	18,707	إ	
43	3,445	45	7,443	48	15,203	ذ	54-50
57	4,523	55	9,122	52	16,262	إ	
36	2,345	41	5,409	44	9,844	ذ	59-55
63	4,080	59	7,774	56	12,532	إ	
44	3,007	42	5,641	47	10,138	ذ	64-60
56	3,791	58	7,711	53	11,651	إ	
44	6,021	45	14,726	45	20,063	ذ	+65
57	8,118	55	17,729	55	24,869	إ	
50	209,162	51	409,140	51	703,962	ذ	المجموع
50	205,268	49	396,220	49	677,917	إ	

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997. النتائج النهائية. تقرير السكان.

رام الله- فلسطين.

ذ: ذكور، إ: إناث.

جدول 2: توزيع الاناث حسب فئات العمر والمنطقة في المخيمات، منتصف العام 1997.

المنطقة						فئات العمر
الأراضي الفلسطينية		قطاع غزة		الضفة الغربية		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
100	38,807	77	29,709	23	9,089	4-0
100	34,281	78	26,632	22	7,649	9-5
100	24,277	77	18,698	23	5,579	14-10
100	20,089	75	15,116	25	4,973	19-15
100	18,143	73	13,196	27	4,947	24-20
100	14,646	70	10,251	30	4,395	29-25
100	13,317	73	9,757	27	3,560	34-30
100	9,129	73	6,659	27	2,470	39-35
100	6,645	75	4,968	25	1,677	44-40
100	5,096	78	3,965	22	1,131	49-45
100	4,509	70	3,140	30	1,369	54-50
100	4,071	73	2,980	27	1,091	59-55
100	3,783	75	2,386	25	947	64-60
100	8,113	74	6,022	26	2,091	+65
100	204,906	75	153,929	25	50,977	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997. النتائج النهائية. تقرير السكان. رام الله - فلسطين.

جدول 3: التوزيع النسبي للأسر في الأراضي الفلسطينية حسب جنس رب الأسرة ونوع التجمع والمنطقة، 2000.

جنس رب الأسرة		نوع التجمع والمنطقة
أنثى	ذكر	
8.4	91.6	حضر
9.2	90.8	ريف
9.7	90.3	مخيم
9.7	90.3	الضفة الغربية
7.0	93.0	قطاع غزة
8.8	91.2	الأراضي الفلسطينية

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 4: التوزيع النسبي للأسر في الأراضي الفلسطينية حسب كثافة السكن ونوع التجمع والمنطقة، 2000.

متوسط كثافة السكن	كثافة السكن				نوع التجمع والمنطقة
	+3	2.99 - 2.00	1.99 - 1.00	أقل من 1	
					الأراضي الفلسطينية
1.8	19.2	29.2	40.5	11.1	حضر
1.9	21.0	32.1	39.0	7.9	ريف
2.1	24.9	34.2	35.1	5.8	مخيم
1.9	20.6	30.8	39.2	9.4	المجموع
					الضفة الغربية
1.7	17.2	26.5	43.0	13.3	حضر
1.9	20.8	31.9	39.3	8.0	ريف
2.0	19.3	34.8	40.1	5.8	مخيم
1.8	18.8	29.2	41.4	10.6	المجموع
					قطاع غزة
2.0	22.7	34.1	35.9	7.3	حضر
2.1	24.0	34.0	35.5	6.5	ريف
2.1	27.6	33.9	32.6	5.9	مخيم
2.1	24.3	34.1	34.8	6.8	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. مسح ظروف السكن 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 5: التوزيع النسبي للأسر في الأراضي الفلسطينية حسب الاتصال بالشبكات العامة (مياه، كهرباء وصرف صحي) ونوع التجمع والمنطقة، 2000.

الاتصال بالشبكات العامة									نوع التجمع والمنطقة
صرف صحي			كهرباء			مياه			
لا يوجد	حفرة	شبكة	لا يوجد	مولد	شبكة	لا يوجد	تمديدات	شبكة	
الأراضي الفلسطينية									
0.4	47.1	52.5	0.4	0.1	99.5	0.5	3.7	95.8	حضر
1.3	90.5	8.2	1.8	2.0	96.2	3.0	23.7	73.3	ريف
0.3	26.4	73.3	0.2	-	99.8	0.2	0.9	98.9	مخيم
0.6	56.6	42.8	0.8	0.6	98.6	1.2	9.0	89.8	المجموع
الضفة الغربية									
0.6	45.6	53.8	0.1	0.1	99.8	0.7	4.9	94.4	حضر
1.3	89.9	8.8	0.7	2.1	97.2	3.1	21.1	75.8	ريف
0.2	21.5	78.3	0.1	-	99.9	0.4	1.1	98.5	مخيم
0.9	61.6	37.5	0.3	0.9	98.8	1.7	11.1	87.2	المجموع
قطاع غزة									
0.0	49.9	50.1	0.9	0.1	99.0	0.2	1.5	98.3	حضر
1.5	98.5	-	19.1	-	80.0	1.6	63.1	35.3	ريف
0.3	28.8	70.9	0.2	-	99.8	0.2	0.8	99.0	مخيم
0.2	46.0	53.8	1.7	0.1	98.2	0.3	4.7	95.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. مسح ظروف السكن 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

(-) لا تتوفر أية بيانات

جدول 6: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالتهابات في الجهاز التنفسي في الأسبوعين السابقين للمسح وحصلوا على استشارة طبية حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000.

الخصائص الخلفية	نسبة المصابين بالتهابات الجهاز التنفسي	نسبة الذين استشاروا أي مصدر للعلاج
المنطقة		
الضفة الغربية	15.2	99.8
قطاع غزة	19.9	99.6
الأراضي الفلسطينية	17.6	99.7
التجمع السكاني		
حضر	17.6	100
ريف	13.9	99.5
مخيم	20.8	99.0
الجنس		
ذكور	19.5	99.6
إناث	14.5	99.8

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 7: توزيع النساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب فئات العمر عند الزواج الأول والمنطقة ونوع التجمع، 2000.

فئات العمر عند الزواج الأول	الضفة الغربية				قطاع غزة			
	حضر	ريف	مخيم	المجموع	حضر	ريف	مخيم	المجموع
16 فأقل	26.9	26.5	26.5	26.7	32.4	28.4	26.0	30.1
18-17	27.2	26.7	28.4	27.1	28.8	27.2	28.0	28.5
20-19	18.8	20.9	21.3	19.8	18.3	23.7	19.3	18.9
24-21	17.5	18.5	14.2	17.8	13.9	13.6	20.8	16.1
+25	9.6	7.4	9.6	8.7	6.5	7.1	5.9	6.4
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. قاعدة بيانات المسح الصحي - 2000. رام الله - فلسطين.

جدول 8: معدل الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000.

معدل الخصوبة الكلية	الخصائص الخلفية
	المنطقة
5.52	الضفة الغربية
6.81	قطاع غزة
5.93	الأراضي الفلسطينية
	نوع التجمع
5.85	حضر
6.07	ريف
6.06	مخيم
	التعليم
6.64	أقل من ثانوي
5.37	ثانوي
4.1	أعلى من ثانوي

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 9: نسبة النساء المتزوجات حالياً 15-49 اللواتي يستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسيلة منع الحمل، 2000.

المجموع	الرضاعة الطبيعية	العزل	فترة الأمان	التعقيم الذكري	التعقيم الأنثوي	الوقاي الذكري	الهلام/الرغوة الحاجز	الحقن	اللولب	الحبوب	لا تستخدم	الخصائص الخلفية
												نوع التجمع
100	5.6	5.6	4.3	0.1	2.2	2.8	0.3	0.3	24.0	5.9	48.9	حضر
100	6.0	6.1	3.8	0.1	3.5	2.0	0.0	0.4	25.8	5.2	47.1	ريف
100	3.4	4.2	2.8	0.0	2.8	4.6	0.2	0.9	24.4	6.8	49.9	مخيم
												المنطقة
100	5.4	5.9	4.2	0.0	2.7	2.0	0.3	0.2	27.9	5.7	45.7	الضفة الغربية
100	5.1	4.7	3.6	0.2	2.6	4.4	0.2	0.8	18.5	6.0	53.9	قطاع غزة
100	5.3	5.5	4.0	0.1	2.7	2.8	0.2	0.4	24.6	5.8	48.6	الأراضي الفلسطينية

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 10: نسبة النساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) اللواتي يستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، 2000.

الوسيلة المستخدمة				الخصائص الخلفية
عدد النساء المتزوجات	أي وسيلة	أي وسيلة تقليدية	أي وسيلة حديثة	
				نوع التجمع
234,813	51.1	15.4	35.7	حضر
119,667	52.9	15.9	37.0	ريف
65,242	50.1	10.4	39.7	مخيم
				المنطقة
271,594	54.3	15.5	38.8	الضفة الغربية
148,128	46.1	13.4	32.7	قطاع غزة
419,722	51.4	14.8	36.7	الأراضي الفلسطينية

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 11: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً اللواتي لا يستخدمن حالياً أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حسب السبب الرئيسي في عدم الاستخدام ونوع التجمع، 2000.

المجموع	نوع التجمع			السبب الرئيسي في عدم الاستخدام
	مخيم	ريف	حضر	
48.4	53.8	42.8	49.4	الرغبة في الإنجاب
0.8	0.5	0.6	0.9	المرأة نفسها تعارض تنظيم الأسرة
5.7	3.6	5.9	6.2	الزوج غير موافق
0.2	0.3	0.0	0.3	معارضة الأقارب
13.1	11.7	15.0	12.7	الآثار الجانبية
0.3	0.0	0.6	0.2	عدم المعرفة
0.1	0.0	0.1	0.1	صعوبة الحصول على الوسيلة
0.2	0.0	0.7	0.1	التكلفة مرتفعة
4.0	4.6	3.7	3.9	عدم الارتياح للوسيلة
10.6	10.6	10.2	10.7	سن الأمان
5.4	4.1	7.2	5.0	الزوج غير موجود
3.6	3.1	4.6	3.3	العقم
1.6	1.7	2.1	1.4	يتعارض مع المعتقدات الدينية
4.9	4.7	5.5	4.7	أخرى
1.1	1.3	1.0	1.1	لا أعرف
125,503	19,406	32,954	73,143	عدد النساء

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.