

سلسلة الدراسات الصحية والإجتماعية

تقرير رصد صحة المرأة: نحو نظرة متعددة الأبعاد إلى صحة المرأة الفلسطينية

إعداد: مؤسسة جذور للإيماء الصحي والإجتماعي



تموز ٢٠١٠

حقوق الطبع محفوظة ©



مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق - اليونسكو
عمارة مكة، ط. 2، البالوع، البيرة، الضفة الغربية
السلطة الوطنية الفلسطينية
هاتف: +972(970)-2-242-6468
فاكس: +972(970)-2-242-6469
صفحة إلكترونية: www.pwrdc.ps

تم تأسيس مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق سنة 2005 كأحد مشاريع قطاع العلوم الإنسانية والاجتماعية لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو). ويعمل المركز وفق قوانين وأنظمة اليونسكو. يستجيب المركز للحاجة الماسة لوجود مؤسسة قادرة على ترسيخ حقوق المرأة والنهوض بها وتفعيل دور النساء الفلسطينيات في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

ملاحظة: المادة المنشورة ليست بالضرورة تعبر عن وجهة نظر المركز/ اليونسكو وإنما تعبر عن وجهة نظر الباحثين وهم المسؤولون بالكامل عن ما ورد بها.

التصميم والإخراج الفني: شركة بيلسان  بيلسان

بدعم من:



THE REPRESENTATIVE OFFICE OF NORWAY
TO THE PALESTINIAN AUTHORITY

تقديم

أنشئ مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق عام 2005 كأحد مشاريع قطاع العلوم الإنسانية والاجتماعية لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو) ليكون مصدراً رئيسياً للمعلومات المتعلقة بالمرأة وتعزيز حقوقها. ومنذ بدأ عمله الفعلي عام 2006، عكف المركز على إنتاج البحوث التي تسلط الضوء على واقع المرأة في المجالات الحياتية المختلفة والتحديات التي تواجهها. واقترح الإجراءات الكفيلة بمواجهة هذه التحديات.

في كل عام يعمد المركز إلى تحديد عدد من المحاور لإجراء البحوث. من هذا المنطلق، نفذ المركز مجموعة من الدراسات ضمن محور "المرأة: قضايا صحية واجتماعية" حيث ضمت المجموعة أربع دراسات: تقرير رصد صحة المرأة: نحو نظرة متعددة الأبعاد إلى صحة المرأة الفلسطينية، نفذتها د. سلوى مسعد من مؤسسة جذور للإيماء الصحي والاجتماعي تموز/يوليو 2009، والدراسة الثانية كانت حول الفحص الطبي بعد الولادة نفذتها وئام حمودة وسماح بركات من معهد الصحة العامة والمجتمعية- جامعة بيرزيت، والدراسة الثالثة حول احتياجات النساء المسنات ووضعهن الصحي والنفسي نفذتها د. أسماء الإمام من جامعة القدس، أما الدراسة الرابعة فكانت بعنوان الآثار والتحديات التي تواجه الأسر الفلسطينية أو أحد أفرادها في الإقامة في الأراضي الفلسطينية نفذها مركز دراسات التنمية- جامعة بيرزيت.

إن تقرير رصد صحة المرأة يمثل مبادرة يقودها مركز المرأة الفلسطينية للبحوث والتوثيق وتنفيذها مؤسسة جذور للإيماء الصحي والاجتماعي. اعتمدت الدراسة على المؤشرات التي جمعها جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني ضمن المشروع العربي لصحة الأسرة الذي وفر مجموعة من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والصحية اللازمة لرصد تطورات صحة الأسرة وأثر التدخلات والسياسات الصحية على الأسرة على مستوى قطري. حيث تم مراجعة تقرير رصد صحة المرأة والبيانات المتضمنة فيه وتحليلها بعمق بهدف تحديد امكانية الاستفادة من البيانات المتاحة حالياً للبحث في صحة المرأة من منظور النوع الاجتماعي. وتقديم المعلومات اللازمة لصياغة السياسات وتصميم التدخلات الرامية إلى تحسين صحة النساء الفلسطينيات. إضافة إلى توفير الأساس لمواصلة تطوير مؤشرات تتجاوز معدلات الوفاة والمرض والعمر المتوقع لحياة الإنسان إلى مؤشرات الصحة والرفاه. وتقدم معلومات مفصلة ولا يقتصر تركيزها على الصحة الإيجابية للنساء ومدى الانتفاع من الخدمات خلال سنوات الإنجاب. كما تقدم الدراسة توصيات بشأن استخدام مؤشرات صحية إضافية حساسة للنوع الاجتماعي لتحقيق رصد شمولي لصحة المرأة ومراقبة التقدم في اتجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

إننا في مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق نتقدم بالشكر والامتنان إلى مؤسسة جذور للإيماء الصحي والاجتماعي التي قامت بتنفيذ هذه الدراسة. وإلى الخبراء وأعضاء اللجنة الفنية الذين شاركوا في عملية المراجعة كنظرًا. ونخص بالذكر كل من د. سلوى مسعد التي نفذت الدراسة. ود. سلوى نجاب المدير التنفيذي لمؤسسة جذور.

والشكر موصول إلى د. سوزان عبده من وزارة الصحة، والسيد خالد أبو خالد من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، والسيدة سريدة حسين من مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، والسيدة سناء عاصي من صندوق الأمم المتحدة للسكان. ود. أمية خماش من وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل



اللاجئين الفلسطينيين - الأونروا لمشاركتهم في ورش العمل المختلفة التي تم فيها مناقشة الدراسة بمراحلها المختلفة. وكل الشكر إلى منسقة البحث في مركز المرأة للأبحاث والتوثيق الباحثة شيرين عساف لتابعها الحثيثة والدقيقة للبحث في مراحلها المختلفة. كما نشكر الدكتور مالك قطينة لقيامه بترجمة الدراسة إلى اللغة العربية، والشكر موصول للمؤسسات الصحية والبحثية والنسوية والمجتمعية وقادة المجتمع الذين شاركوا في ورشة العمل لمناقشة نتائج الدراسة وتقديم الملاحظات والتوصيات التي من شأنها تحسين الصحة في المجتمع الفلسطيني عامة وللمرأة خاصة.

زهيرة كمال

مديرة مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق

شكر وتقدير:

إن مؤسسة جذور للإيماء الصحي والاجتماعي تعبر عن سرورها للقيام بإعداد هذا التقرير عن رصد صحة المرأة بناءً على طلب من مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق. وذلك للتعرف على المؤشرات التي تعكس وضع المرأة الصحي لرصد هذه المؤشرات واستخدامها في قياس مدى وصول المرأة إلى مواقع اتخاذ القرار وزيادة تأثيرها على السياسات التي تدعم تنميتها.

إن صحة المرأة لا تعني خلوها من أمراض أو ربط الصحة بدورها الوظيفي. إنما تعتمد على دورها في المجتمع. وتحسين صحة المرأة ووضعها الاجتماعي يعكس مستوى العدالة الاجتماعية في المجتمع. وهو المدخل إلى مشاركتها العادلة والفعالة في التنمية.

لقد أدت الأوضاع السياسية الصعبة للشعب الفلسطيني تحت الاحتلال الإسرائيلي إلى تدهور الوضع الصحي بشكل عام وإلى تدني مستوى الخدمات. ولا شك أن النساء هن أكثر الفئات السكانية تأثراً وضرراً. وتكون الآثار الناجمة عن ذلك طويلة الأمد وتمتد من جيل إلى جيل.

لهذا كان اهتمام مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق بصحة المرأة انعكاساً لعمل المركز الدؤوب لتلبية احتياجات المجتمع الفلسطيني والمساهمة في وضع استراتيجيات عمل وطنية تدعم الحقوق والسياسات الصحية. وتعزز إنشاء خالقات بين المنظمات النسوية والتنموية ومؤسسات حقوق الإنسان. إلا أن الطريق مازال طويلاً لضمان الحقوق الصحية على المستوى الوطني والعالمي.

كما تعرب مؤسسة جذور ومركز المرأة عن امتنانها لعدد من الأفراد والمجموعات والمؤسسات لمساهماتهم في إعداد هذا التقرير. ونود أيضاً أن نشكر الخبراء الذين شاركوا في عملية المراجعة كنظرأء. ونوجه الشكر بشكل خاص إلى اللجنة الفنية التي ساعدت في تشكيل رؤية واسعة وفي توجيه التحليل بأكمله: السيدة زهيرة كمال من مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق. ود. سوزان عبده من وزارة الصحة. والسيد خالد أبو خالد من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. والسيدة سريدة حسين من مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي. والسيدة سناء عاصي من صندوق الأمم المتحدة للسكان. ود. أمية خماس من وكالة الأمم المتحدة الغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين - الأونروا.

كما ونتقدم بالشكر الجزيل لفريق العمل من مؤسسة جذور. وخصوصاً السيدة رحاب صندوقة لمساهمتها الفعالة في وضع نهج التقرير والتأكيد على المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي. بما في ذلك إطار المعلومات الصحية ووضع المرأة الصحي المبني على دورة الحياة ومحددات الصحة وأداء النظام الصحي ونظام الرعاية الاجتماعية. والباحثة الرئيسية د. سلوى مسعد لما بذلته من جهد في جمع وتحليل المؤشرات وكتابة التقرير ومراجعته بصورة نهائية. وكذلك د. مالك قطينة لدوره في ترجمة التقرير وإثرائه.

كما ونشكر الباحثة شرين عساف من مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق لمساهمتها في نقاش التقرير ومتابعتها ودعمها الفعال.

د. سلوى النجاب

مديرة مؤسسة جذور للإيماء الصحي والاجتماعي



المحتويات



09	..... موجز
10	..... ملخص تنفيذي
12	..... الفصل الأول: نهج التقرير
14	..... الفصل الثاني: خلفية
14	..... أ. نظرة عامة إلى مجتمع الدراسة
14	..... ب. التفاوت بين الجنسين في مناطق النزاع
14	..... ج. النوع الاجتماعي والصحة
15	..... د. العنف القائم على النوع الاجتماعي
15	..... هـ. الأهداف الإنمائية للألفية
18	..... الفصل الثالث: المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة - الأطفال (0-4 سنوات)
18	..... أ. الوضع الصحي/الرفاه
18	..... 1. أ. الولادة بوزن منخفض (الوزن عند الولادة أقل من 2,5 كيلوغرام)
19	..... 2. أ. الوضع التغذوي
22	..... ب. الوضع الصحي/الوفيات
24	..... ج. محددات الصحة/العوامل المنزلية
24	..... ج. 1. تأديب الأطفال (صغار الأطفال 2-4 سنوات)
24	..... ج. 2. عمل الأطفال (5-17 سنة)
25	..... د. أداء النظام الصحي/سهولة الوصول
25	..... د. 1. المكملات الغذائية للأطفال: فيتامين «أ» و«د»
28	..... الفصل الرابع: المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة - الشباب غير المتزوجات (15-29 سنة)
28	..... أ. الوضع الصحي/الرفاه
28	..... ب. محددات الصحة/العوامل الاجتماعية-الاقتصادية
28	..... ب. 1. التعليم
29	..... ب. 2. التشغيل
29	..... ج. محددات الصحة/العوامل الوسيطة المتعلقة بالصحة
29	..... ج. 1. المعرفة عن متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والأمراض المنقولة بالجنس
30	..... ج. 2. التدخين
31	..... ج. 3. الزواج المبكر
32	..... الفصل الخامس: المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة - النساء في سن الإنجاب (15-54 سنة)
32	..... أ. الوضع الصحي/الرفاه
32	..... 1. أ. المراضة
35	..... ب. محددات الصحة/العوامل الاجتماعية والمجتمعية
35	..... ب. 1. العنف الأسري
36	..... ج. محددات الصحة/العوامل الوسيطة المتعلقة بالصحة
36	..... ج. 1. الزواج والخصوبة
37	..... د. محددات الصحة/العوامل الاجتماعية والمجتمعية
37	..... د. 1. تفضيل جنس المولود
37	..... هـ. أداء النظام الصحي/الوصول إلى الرعاية
37	..... هـ. 1. الوصول إلى الرعاية الصحية بشكل عام
38	..... هـ. 2. الرعاية أثناء الحمل

42	..... و. أداء النظام الصحي/الفاعلية
42	..... و1. المكملات الغذائية للنساء الحوامل
43	..... و2. الولادة
47	..... و3. الرعاية بعد الوضع
49	..... و4. استعمال موانع الحمل
52	الفصل السادس: المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة - النساء المسنات (60 سنة فأكثر)
52	..... أ. الوضع الصحي
52	..... أ.1. التقييم الذاتي للصحة
52	..... أ.2. الإعاقة
52	..... أ.3. الأمراض المزمنة
53	..... ب. محددات الصحة/السلوكيات المتعلقة بالصحة
53	..... ب.1. الحالة الزوجية
53	..... ج. محددات الصحة/العوامل المنزلية
54	..... د. محددات الصحة/العوامل الاجتماعية-الاقتصادية
54	..... د.1. التشغيل
54	..... د.2. التعليم
56	..... الفصل السابع: الفجوات والتوصيات
56	..... الفجوات
57	..... التوصيات
61	..... ملحق
63	..... المراجع

تؤثر مختلف العوامل في صحة المرأة، ومنها الفقر والطبيعة والبطالة والتوتر النفسي والتمييز بين الجنسين والإعاقة. وتتضمن أهم التحديات أمام تحسين صحة المرأة: الحد من الآثار السلبية للعوامل النفسية-الاجتماعية-السياسية-الاقتصادية التي تتفاعل في حياتها. وتقديم الرسائل ذات الفاعلية في تشجيع السلوكيات المعززة للصحة. وإجراء البحوث التي تعطي التوجيهات المناسبة لتوفير الرعاية الطبية بغية تحسين صحة المرأة، وصيانة المرافق وتدريب المهنيين القادرين على تلبية الاحتياجات الصحية للفئات المختلفة من النساء. وتحسين جمع البيانات لإتاحة الرصد الصحي السليم وجسر الفجوات في البيانات المتوفرة عن وضع النساء.

إن تقرير رصد صحة المرأة يمثل مبادرة يقودها مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق وتنفيذها مؤسسة جذور للإيماء الصحي والاجتماعي. ومؤسسة جذور عبارة عن مؤسسة أهلية فلسطينية معنية بتحسين صحة ورفاه الأسرة الفلسطينية وتعزيز الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان. تتمثل رسالة جذور في تعزيز تبني نهج متماسك يجمع بين القطاعات المختلفة نحو تحسين الصحة والرفاه الاجتماعي للأفراد والعائلات والمجتمعات بناءً على المؤشرات الصحية وما يتم تحديده من احتياجات.

إن المؤشرات الصحية ذات أهمية لرفع الوعي وتحسين قاعدة البراهين اللازمة لدعم عملية اتخاذ القرار (2). وتركز غالبية المؤشرات المتعلقة بالصحة على معدلات الوفاة والمرض وليس على الصحة والرفاه. وقلما تقدم معلومات مفصلة حسب الجنس. أما المؤشرات الصحية المحددة حسب الجنس والخاصة بالإناث فيكاد يقتصر تركيزها على الصحة الإيجابية للنساء ومدى الانتفاع من الخدمات خلال سنوات الإجاب (2).

سعى المشروع العربي لصحة الأسرة لتوفير مجموعة من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والصحية اللازمة لرصد تطورات وأثر التدخلات والسياسات الصحية على مستوى قطري. تم جمع البيانات خلال الفترة تشرين الثاني/نوفمبر 2006 - آذار/مارس 2007 وشملت عينة عشوائية من 13000 أسرة معيشية. وتمثل الهدف الرئيسي من المشروع في تمكين وزارة الصحة والمؤسسات الصحية الوطنية الأخرى في المنطقة العربية من الحصول على معلومات حديثة وموثوقة عن الوضع الصحي بحيث تكون صالحة لصياغة سياسات وبرامج صحة الأسرة والصحة الإيجابية وتنفيذها ومتابعتها وتقييمها (3).

من أجل تحليل تقرير دراسة المشروع العربي لصحة الأسرة 2006 (4) وبياناتها الخام، استخدم التقرير إطار المعلومات الصحية المعدل بناءً على أطر سابقة أعدتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) ومنظمة المقياس الدولية (ISO) وغيرها (الصفحة 14). إذ وجدنا أن هيكلية هذا الإطار مرنة بما يكفي لتتأقلم مع الحاجة لتغطية المؤشرات المحددة حسب الجنس (2).



ملخص تنفيذي

في آب/أغسطس 2008، وقعت مؤسسة جذور للإثراء الصحي والاجتماعي اتفاقية مع مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق لإعداد تقرير عن رصد صحة المرأة يعتمد على مراجعة وتحليل التقرير والبيانات الخام من المشروع العربي لصحة الأسرة 2006.

يستعرض الفصل الأول في هذا التقرير وصفاً موجزاً لنهج الدراسة. أما الفصل الثاني فيقدم خلفية عن مجتمع الدراسة، والتفاوت بين الجنسين، والوضع الصحي للمرأة الفلسطينية، والرصد والمؤشرات الصحية، والأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بصحة المرأة، ويغطي الفصل الثالث المكون الخاص بصحة الطفل (0-4 سنوات)، فيما يتناول الفصل الرابع قضايا صحة الشباب (الشابات غير المتزوجات: عمر 15-24 سنة)، ويصف الفصل الخامس ويلخص وضع النساء في سن الإنجاب (15-54 سنة)، ويراجع الفصل السادس الوضع الصحي للنساء المسنات (فوق عمر 60 سنة) ويلخص محددات السلوكيات الصحية والعوامل الأسرية. وأخيراً، يناقش الفصل السابع الفجوات الرئيسية في البيانات في المسح الوطني للمشروع العربي لصحة الأسرة 2006 ويلخص التوصيات التي وضعها فريق البحث.

يراجع تقرير رصد صحة المرأة بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة ويبحث فيها بعمق، وهو يسعى إلى:

- تحديد إلى أي مدى يمكن الاستفادة من البيانات المتاحة حالياً للبحث في صحة المرأة من منظور النوع الاجتماعي.
- تقديم المعلومات اللازمة لصياغة السياسات وتصميم التدخلات الرامية إلى تحسين صحة النساء الفلسطينيات.
- توفير الأساس لمواصلة تطوير المؤشرات.

يتضمن تقرير رصد صحة المرأة مؤشرات حساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة الحياة: الأطفال (0-4 سنوات)، والشباب (15-29 سنة)، والنساء في سن الإنجاب (15-54 سنة)، والمسنون (60 سنة فأكثر). للتوصل إلى أفكار حول كيفية تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية لتؤثر في صحة المرأة، وتتضمن مؤشرات صحة الطفل معدل الوفيات، والولادة بوزن منخفض، والتغذية، وضبط سلوك الأطفال، وعمالة الأطفال. فيما تشمل مؤشرات صحة الشباب التعليم، والتشغيل، والزواج المبكر، والمعرفة عن متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والعدوى المنقولة بالجنس، والتدخين. وتتضمن المؤشرات الصحية للنساء في سن الإنجاب: معدلات المرض، والرعاية أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة، واستخدام موانع الحمل، والعنف الأسري. وتتضمن مؤشرات صحة المسنين والمسنات معدلات المرض، والإعاقة، والتعليم، والتشغيل. يقدم الفصل الأخير توصيات بشأن استخدام مؤشرات صحية إضافية حساسة للنوع الاجتماعي لتحقيق رصد شمولي لصحة المرأة ومراقبة التقدم في اتجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

يتبنى تقرير رصد صحة المرأة التعريف الموسع لصحة المرأة الذي تم تبنيه في المؤتمر العالمي الرابع للمرأة للعام 1995 (مؤتمر بيجين): «صحة المرأة تشمل سلامتها عاطفياً واجتماعياً وبدنياً، وهي تتحدد بالسياق الاجتماعي والسياسي والاقتصادي لحياتها. وكذلك بتكوينها البيولوجي الخاص». اتبع تقرير رصد صحة المرأة نهجاً حساساً للنوع الاجتماعي تجاه المعلومات الصحية حيثما أمكن، وهو يساعد



في مراقبة التقدم في صحة المرأة والرعاية الصحية المقدمة لها وإتاحة قاعدة المعارف الضرورية لبناء سياسات فعالة في التعزيز الصحي والوقاية من الأمراض والسيطرة عليها. إلى جانب ذلك، سيساعد في توفير المعلومات اللازمة لإجراء المزيد من التحليلات القائمة على النوع الاجتماعي. كما يوفر التقرير المعلومات والإحصاءات الوصفية حول محددات الصحة والوضع الصحي والنواحي الصحية للنساء الفلسطينيات بالاستفادة من تقرير المشروع العربي لصحة الأسرة 2006 وبياناته الخام.

يغطي تقرير المشروع العربي لصحة الأسرة مجموعة واسعة من المؤشرات الصحية الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة. وقد تبين من تحليل هذا التقرير أن المؤشرات الصحية التي كانت أكثر انتشاراً بين الذكور مقارنة بالإناث هي: معدل وفيات الأطفال الرضع، والتشغيل، والتدخين. ومن الناحية الأخرى، كانت المؤشرات الصحية الأكثر انتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور: الولادة بوزن منخفض، والتسرب من المدرسة في المرحلة الثانوية، وارتفاع ضغط الدم، والروماتزم، والقرحة، والسرطان، وفقر الدم، والسكري، وهشاشة العظام، وآلام الظهر المزمنة بين الفئة العمرية 15-54 سنة، والسرطان والسكري بين الفئة العمرية 40-70 سنة، والأمراض المزمنة بين المسنين والمسنات (باستثناء الاكتئاب والربو والسكتة الدماغية) وعدم الإلمام بالقراءة والكتابة بين المسنين والمسنات. أما المؤشرات الصحية التي لم تظهر تفاوتاً ملموساً بين الجنسين فقد شملت: سوء التغذية بين الأطفال، وحصول الأطفال على فيتامين أ + د، وضبط سلوك الأطفال الصغار، ومعدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب، ومعرفة الشباب عن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والعدوى المنقولة بالجنس، والرضا عن الصحة، والإعاقفة بين المسنين والمسنات.

ومع ذلك، أظهر التقييم وجود نواقص في المؤشرات المستخدمة حالياً من ناحية جودتها الفنية (قياس الرضا والكفاءة والجدوى الاقتصادية) وتغطيتها لكافة طبقات إطار المعلومات الصحية، وكان القصور الرئيسي في المبنى الفني لغالبية المؤشرات التي يبلغ عنها بشكل روتيني يتمثل في أنها افتقرت إلى الخصوصية الكافية لكي تساهم في تحليل الصحة ونظم الرعاية الصحية حسب النوع الاجتماعي والمساواة بين الجنسين.

كانت المعلومات عن أداء النظام الصحي فيما يتعلق بالمساواة بين الجنسين والصحة محدودة، مما يشير إلى وجود ضعف كبير في هذا المجال على المستوى الوطني. وقد كانت بعض المؤشرات المهمة غائبة عن تقرير المشروع العربي لصحة الأسرة ولكن كان بالإمكان استخلاصها من البيانات الخام للمشروع. من الأمثلة على هذه المؤشرات: العوائق أمام الحصول على الرعاية أثناء الحمل، وأسباب عدم تلقي الرعاية بعد الوضع، والجهة المقدمة للرعاية بعد الوضع، ونسبة الولادات التي أشرفت عليها كوادر صحية مؤهلة، ومعدل استخدام موانع الحمل، والحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، ومعدل الولادات بين الأمهات المراهقات، والتغطية بالرعاية أثناء الحمل (4 زيارات على الأقل)، ومعدل انتشار الأمراض المزمنة حسب العمر والجنس، والعنف الأسري، وعمل الأطفال.

حتى يتم فحص التقدم تجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وبهدف ضمان إجراء مسح شمولي لصحة الأمومة، ينبغي أن تشمل المؤشرات الصحية الأساسية التي يجب قياسها في المستقبل ما يلي: مؤشرات الصحة الإيجابية (فحص التقدم في تحقيق الهدف الإنمائي رقم 5: تحسين صحة الأمومة)، وما إذا كان يجري قياس متانة الرحم وارتفاع قعر الرحم خلال الرعاية بعد الوضع، ومعدل وفيات الأمهات، وتوفر الرعاية التوليدية الحيوية الأساسية.

الفصل الأول: نهج التقرير

تم تأسيس لجنة فنية للعمل على إعداد هذا التقرير. وضمت اللجنة في عضويتها ممثلين عن عدد من المنظمات المحلية والدولية. وهم بالتحديد: السيدة زهيرة كمال من مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث التوثيق. ود. سوزان عبده من وزارة الصحة. والسيد خالد أبو خالد من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. والسيدة سريده حسين من مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي. ود. سلوى نجاب والسيدة رحاب صندوقة ود. سلوى مسعد من مؤسسة جذور للإيماء الصحي والاجتماعي. والسيدة سناء عاصي من صندوق الأمم المتحدة للسكان. ود. أمية خماش من وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين - الأونروا. تمثل الهدف الرئيسي للجنة الفنية في إتاحة المجال للمتابعة والإشراف على عملية إعداد التقرير وتقديم الدعم الفني والإسناد لفريق البحث. وقد ساعدت اللجنة الفنية في تكوين الرؤية العريضة للتقرير وقدمت ملاحظاتها ومساهماتها العامة على مدى المشروع. كما عقدت اللجنة الفنية عدداً من ورش العمل بهدف:

- مراجعة إطار التقرير وخطوطه العريضة وخطة العمل وإقرارها.
- تحليل نتائج البحث وتقديم الملاحظات الفنية.
- تقديم التوصيات المناسبة.

تمت مراجعة واستخدام الأدبيات المتيسرة ذات العلاقة. بما في ذلك مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية. ومؤشرات الصحة الإيجابية لمنظمة الصحة العالمية. ودراسات وتقارير أخرى عن السكان الفلسطينيين. وقد خضع تقرير المشروع العربي لصحة الأسرة 2006 لمراجعة متفحصة للبحث عن المؤشرات الصحية المحددة حسب الجنس عبر دورة حياة المرأة. كما تم تحليل البيانات الخام للمشروع العربي لصحة الأسرة (2006 PAFAM) للوصول إلى المزيد من المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي والتي غابت عن تقرير المشروع العربي.

يستخدم تقرير رصد صحة المرأة إطار المعلومات الصحية المعدل بناءً على أطر سابقة أعدتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) ومنظمة المقاييس الدولية (ISO) وغيرهما. إذ وجدنا أن هيكلية هذا الإطار مرنة بما يكفي لتتأقلم مع تغطية المؤشرات المحددة حسب الجنس (2). إن هذا الإطار ينسجم مع نموذج منظمة الصحة العالمية لمحددات الصحة. وبالتالي فقد كان بمثابة أداة مرشدة لما قمنا به من تحليل وقياس للأسباب الجذرية لاعتلال الصحة عبر دورة حياة المرأة. يتكون إطار المعلومات الصحية من أربع طبقات:

1. الوضع الصحي: المؤشرات عن الرفاه والمرض والإصابات والعمر المتوقع والوفيات.
2. محددات الصحة: العوامل الاجتماعية-الاقتصادية (مثل التعليم، الدخل). والنفسية-الاجتماعية (مثل تقدير الذات). والعوامل الاجتماعية (مثل شبكة الأمان الاجتماعي. التشغيل. ظروف العمل). والعوامل المجتمعية أو المنزلية (مثل الاكتظاظ. منطقة السكن).
3. أداء النظام الصحي: التكلفة المقبولة. وسهولة الوصول. والفاعلية. والمؤشرات المحددة حسب الجنس بالتركيز على صحة المرأة عبر دورة حياتها.
4. المجتمع والصحة ونظام الرفاه الاجتماعي: الإنفاق الصحي. والناتج المحلي الإجمالي.



تم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، النسخة 14، للتحليل الوصفي وتحليل الانحدار (regression analysis)¹ اللازم لفحص العوامل المرتبطة ببعض المؤشرات الصحية التي يعرضها هذا التقرير. وتم استخدام الانحدار المنطقي متعدد المتغيرات (multivariate logistic regression) للمتغيرات الثنائية (المتغير الثنائي تكون قيمته صفر أو واحد لكل مشاهدة، مثلاً واحد للذكر وصفر للأنثى). فيما تم استخدام تحليل الانحدار الخطي (linear regression analysis) للمتغيرات المتصلة (المتغير المتصل، مثل العمر، هو حيثما يكون بالإمكان تسجيل أية قيمة، بما في ذلك الكسور). وتم استخدام P -value أقل من 0.05 لتحديد الأهمية الإحصائية.

إطار المعلومات الصحية - نظرة عامة

الوضع الصحي					
الرفاه	المرض والإصابة والأوضاع المتعلقة بالصحة	الوظائف الإنسانية	العمر المتوقع والوفيات		
قضايا الإنصاف الرئيسية					
محددات الصحة					
العوامل البيئية	العوامل الاجتماعية-الاقتصادية	العوامل الاجتماعية والمجتمعية	العوامل المنزلية	العوامل الوسيطة المتعلقة بالصحة: السلوكيات الصحية والعوامل النفسية-الاجتماعية	العوامل البيولوجية-الطبية
قضايا الإنصاف الرئيسية					
أداء النظام الصحي					
سهولة الوصول التوافر	التكلفة المقبولة الوصول إلى الخدمات	التقبل/الاستجابة	الفاعلية فاعلية الخدمات/البرامج السلامة الملازمة الاستمرارية الكفاءة/القدرات	التكلفة الكفاءة الفنية الكفاءة في توزيع الموارد الاستدامة	
قضايا الإنصاف الرئيسية					
خصائص المجتمع والصحة ونظام الرعاية الاجتماعية					
الموارد الاقتصادية	التوطن البشري	الحكم	الصحة ونظام الرعاية الاجتماعية		
قضايا الإنصاف الرئيسية					

الإنصاف

الفصل الثاني : خلفية

أ. نظرة عامة إلى مجتمع الدراسة

حسب بيانات المسح الصحي الديموغرافي الفلسطيني لسنة 2007، بلغ حجم السكان الفلسطينيين 3.7 مليون نسمة، منهم 2.3 في الضفة الغربية و1.4 في قطاع غزة (5). ويشكل اللاجئون حوالي 68% من مجموع السكان في قطاع غزة. بالمقارنة مع 28% من سكان الضفة الغربية (6)، يبلغ معدل الكثافة السكانية في الأرض الفلسطينية المحتلة ككل 626 نسمة لكل كيلومتر مربع، إذ يتراوح من 416 نسمة للكيلومتر المربع في الضفة الغربية إلى 3,881 نسمة للكيلومتر المربع في قطاع غزة (7). ويبلغ التناسب بين الجنسين 103 ذكور/100 أنثى. ويقدر بأن 28% من النساء المتزوجات جُمعهن بأزواجهن صلة قرابة من الدرجة الأولى (أبناء عمومة). وتتراوح هذه النسبة من 26% في الضفة الغربية إلى 32% في قطاع غزة (5).

14

يبلغ معدل الخصوبة في فلسطين 4.6 طفل/امرأة، بواقع 4.2 في الضفة الغربية و5.4 في قطاع غزة (5). ويصل معدل النمو السكاني إلى 3.0%، بواقع 2.6% في الضفة الغربية و3.3% في قطاع غزة (6). إن المجتمع الفلسطيني مجتمع فتي بالنظر إلى أن 45.5% من السكان هم دون عمر 15 سنة، فيما أن 3.0% فقط هم في عمر 65 سنة فأكثر (6). ويبلغ معدل العمر المتوقع منذ الولادة 71.7 سنة للذكور و73.2 للإناث (6).

ب. التفاوت بين الجنسين في مناطق النزاع

يشير مصطلح النوع الاجتماعي إلى الفروق الاجتماعية بين الإناث والذكور عبر دورة الحياة والتي تحدد الأدوار والنفوذ والموارد لكل من الإناث والذكور في أية ثقافة (8). ولا يمكن اعتبار دراسة التفاوت بين الجنسين في أوضاع الحياة والموت نوعاً من الكماليات. إن النزاع المسلح يزيد من إمكانية حدوث العنف ومن مدى تقبله، ويعيق جهود النساء للوصول إلى التمكين والمساواة، في الوقت ذاته، تتحمل النساء مسؤوليات إضافية، مثل القيام بدور معيل الأسرة في غياب الرجل (10). إن لقضايا النوع الاجتماعي أهميتها في أوضاع النزاع للأسباب الأربعة التالية (1): أولاً، تستجيب النساء والرجال بشكل مختلف في مقاومة العنف والنجاة منه وفي دعم الأشخاص الذين يعيلونهم. ثانياً، تتغير أدوار النوع الاجتماعي حسب العمر ومع مرور الوقت؛ وفي أوقات النزاع، كثيراً ما يجد الرجال صعوبة في التعامل مع فقدانهم لدورهم في إعالة الأسرة، فيما تصبح النساء ضحايا بشكل متعمد في الغالب ويتعرضن لاعتداءات جسدية وجنسية. ثالثاً، تتعرض ديناميكية النفوذ إلى تغيير، ويمكن أن يشعر الرجال بالمدلة لعدم قدرتهم على حماية عائلاتهم من الأذى. رابعاً، تختلف القضايا التي يثيرها كل من الرجال والنساء، وكثيراً ما تختلف الاعتبارات التي يبرزها كل طرف، وتختلف الأفكار والتجارب والحلول التي يطرحونها بشأن القضايا (1).

ج. النوع الاجتماعي والصحة

يؤثر النوع الاجتماعي على مدى الإنصاف في الصحة والرعاية الصحية. ويهدف التركيز على الإنصاف إلى الحد من مظاهر عدم الإنصاف الممكن تجنبها أو غير الضرورية في الصحة وفي تقديم الخدمات الصحية (1). ويتطلب ذلك العمل بنشاط على تحديد ومعالجة الأطر والعمليات التي تزيد من التفاوت بين الجنسين.



إن الاختلافات بين الجنسين في الوضع الصحي ومدى التعرض للأمراض وعبء المرض وجودة الرعاية حدها عوامل بعيدة عن التكوين البيولوجي. فالصحة تتأثر بقدر ملموس بعوامل مثل الدخل والسياسة والثقافة والتغير البيئي والمكانة الاجتماعية والإسكان والتشغيل والخدمات الصحية والممارسات الصحية الشخصية والبيئة المادية (1). وحسب البيانات التي جمعها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ارتفعت نسبة النساء الفلسطينيات اللاتي يعشن تحت خط الفقر من 35.1% إلى 38.4% في الفترة من 2006 إلى 2007 (11). وفي مسح أجري سنة 2004 على 10,000 شخص من اللاجئين المسجلين في الأرض الفلسطينية المحتلة، تبين وجود اختلافات واضحة بين الجنسين في الدخل الفردي، من 160 دولاراً للذكور إلى 28 دولاراً للإناث في الشهر (12).

د. العنف القائم على النوع الاجتماعي

إن استمرار الاضطراب السياسي وتواصل النزاع المسلح، يضاف إليه القيود المفروضة على حرية الحركة وعدم قدرة غالبية المحاكم الفلسطينية على تنفيذ قراراتها وبطء عملية سن التشريعات الجديدة، كل هذه العوامل تجعل النساء الفلسطينيات يعانين من نقص الحماية القانونية وعدم الثبات في تنفيذ القوانين (1). ويتفاقم العنف القائم على النوع الاجتماعي بسبب غياب القانون وضعف ثقة السكان في الجهاز القضائي والشرطة والأطباء والمنشآت الصحية (13، 14). بالإضافة إلى ذلك، يتصف المجتمع الفلسطيني بأنه مجتمع أبوي يقوم فيه التمييز بين الرجال والنساء بدور أساسي في العنف الممارس من الرجال ضد النساء (9). ويعتبر العنف القائم على النوع الاجتماعي في شكل الزواج المبكر خطيراً بشكل خاص لأنه يحظى بتغطية نصوص القانون التي تسمح بتزويج الأطفال قبل بلوغهم عمر 18 سنة (14). كما أن هناك غياباً لأية قوانين خاصة بمعالجة العنف الأسري، سواءً الجسدي أو الجنسي (13). وبالنتيجة، فإن هناك تنامياً في اللجوء إلى التقاليد والإحالة إلى النظم العشائرية كأسلوب بديل للمحافظة على الاستقرار الاجتماعي وحفظ النظام (15).

هـ. الأهداف الإنمائية للألفية

أعاد قادة العالم التأكيد، في قمة الألفية المنعقدة في أيلول/سبتمبر 2000، على التزامهم بالعمل نحو بناء عالم تعطى فيه الأولوية الأولى للتنمية المستدامة والقضاء على الفقر. وأدى إعلان الأمم المتحدة للألفية، الذي تبنته 187 بلداً في القمة ذاتها، إلى تحديد الأهداف الإنمائية للألفية والغايات المرتبطة بها (16). تتكون الأهداف الإنمائية للألفية من ثمانية أهداف و18 غاية و48 مؤشراً يتم السعي لتحقيقها بحلول سنة 2015.

الهدف الأول: القضاء على الفقر المدقع والجوع.

الهدف الثاني: تحقيق تعميم التعليم الابتدائي. الغاية الموضوعية لهذا الهدف هي ضمان تمكن الأطفال في كل مكان، الذكور منهم والإناث على حد سواء، من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي بحلول عام 2015. وتم اختيار ثلاثة مؤشرات لتتبع التقدم نحو هذه الغاية: صافي نسبة القيد في التعليم الابتدائي، ونسبة التلاميذ الذين يباشرون الدراسة في الصف الأول ويبلغون الصف الأخير من التعليم الابتدائي، ومعدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة، من النساء والرجال.

الهدف الثالث: يسعى إلى تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. الغاية المرتبطة بهذا الهدف هي إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي. ويفضل أن يكون ذلك بحلول عام 2005. وإزالته في جميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015.

الهدف الرابع: تخفيض معدل وفيات الأطفال.

الهدف الخامس: يسعى إلى تحسين صحة الأمهات. والغايتان الموضوعتان لهذا الهدف هما: «تخفيض معدل وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع في الفترة من 1990 إلى 2015» و«تعميم إتاحة خدمات الصحة الإيجابية بحلول عام 2015». وتم اختيار ستة مؤشرات للمساعدة في تتبع التقدم نحو هاتين الغايتين: معدل وفيات الأمهات. ونسبة الولادات التي تجري بإشراف كوادر صحية مؤهلة. ومعدل استخدام وسائل منع الحمل. ومعدل الولادات لدى المراهقات. والحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل (أربع زيارات على الأقل). والحاجة غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.

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

الهدف السابع: كفاءة الاستدامة البيئية.

الهدف الثامن: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.



الفصل الثالث : المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة - الأطفال (0-4 سنوات)

أ. الوضع الصحي/الرفاه

1. الولادة بوزن منخفض (الوزن عند الولادة أقل من 2.5 كيلوغرام)

يولد في العالم 30 مليون طفل بوزن منخفض سنوياً (23.8% من مجموع الولادات). وكثيراً ما يعاني هؤلاء من تبعات صحية شديدة على المدى القصير والطويل. وتعد الولادة بوزن منخفض من المحددات الرئيسية للوفيات والأمراض والإعاقات لدى الأطفال الرضع وفي مرحلة الطفولة. كما أنها تترك أثراً طويلاً على محصلة الوضع الصحي في مرحلة الرشد (19). ويكمن أحد المحددات الرئيسية للولادة بوزن منخفض في البلدان النامية في نقص تغذية الأم حسب ما تدل عليه حالات النقص الغذائي التالية: انخفاض الوزن المكتسب أثناء الحمل. وانخفاض مؤشر كتلة الجسم قبل الحمل. وقصر قامة الأم. ونقص المغذيات الدقيقة (19، 20). كما أن العوامل الأخرى المرتبطة بالولادة بوزن منخفض تشمل الزواج المبكر وتدخين الأم أثناء الحمل (20). وقد تبين في دراسة للأونروا أجريت سنة 2005 أن معدل انتشار فقر الدم بين النساء اللاتي ترصدن على مراكز الرعاية الصحية الأولية للأونروا لتلقي خدمات رعاية الحمل في قطاع غزة قد بلغ 35.7% للنساء الحوامل و45.7% للأمهات المرضعات (21).

يولد في الأرض الفلسطينية المحتلة حوالي 7.3% من الأطفال بوزن منخفض (7.5% في الضفة الغربية و7.0% في قطاع غزة). وتتراوح هذه النسبة بين 6.1% للذكور و8.3% للإناث. ويجدر الذكر أن معدل الولادة بوزن منخفض قد لا يكون دقيقاً لأنه يعتمد على الإفادة الشخصية وليس على مراجعة السجلات الطبية. وبالاعتماد على الانحدار المنطقي. لا يرتبط جنس الطفل بالولادة بوزن منخفض. ومن بين العوامل الأسرية التي تم فحصها (المنطقة، تعليم الأم، دخل الأسرة). كان دخل الأسرة فقط يرتبط بشكل ملموس إحصائياً بولادة طفل بوزن منخفض. فعند ضبط النتائج من ناحية عمر الطفل وجنسه. يلاحظ انخفاض معدلات الولادة بوزن منخفض مع ارتفاع الدخل (OR - نسبة الأرجحية: 0.84، 95% CI - فترة الثقة الإحصائية بنسبة 95% للأرجحية: 0.77، 0.91) (الجدول رقم 1).

الجدول رقم 1: العوامل المرتبطة بولادة الطفل بوزن منخفض. المشروع العربي لصحة الأسرة 2007

المتغير	*OR	**95% CI
الجنس (أنثى)	1.03	1.20 .0.88
العمر (شهر)	1.001	1.006 .0.997
المنطقة (غزة)	0.92	1.08 .0.78
سنوات الدراسة التي أكملتها الأم بنجاح	0.996	1.02 .0.97
دخل الأسرة (يقاس بعلامة مؤشر الغراء)	0.84	***0.91 .0.77

بناءً على الانحدار المنطقي الثنائي. باعتبار وزن الولادة الطبيعي (أكثر من أو يساوي 2.5 كيلوغرام) كمنته مرجعية.

* نسبة الأرجحية. ** فترة الثقة الإحصائية

*** P < 0.05

أ.2. الوضع التغذوي

يستخدم تقييم النمو بشكل واسع لقياس الوضع الصحي والتغذوي للأطفال وكثيراً ما يعتبر أفضل وسيلة لذلك، ويساهم سوء التغذية، غالباً في شكله البسيط أو المتوسط، في أكثر من نصف الوفيات التي تحدث سنوياً بين الأطفال دون الخامسة من العمر في البلدان النامية، وعددها 11 مليون وفاة. بالإضافة إلى ذلك، يعاني الأطفال الذين يعيشون مع سوء التغذية من انخفاض في قدراتهم الجسدية والعقلية. ومن الشائع قياس سوء التغذية المزمّن من خلال قصر القامة، والذي يعرف بأنه انخفاض الطول بالنسبة للعمر. إن قصر القامة يضعف المناعة ويعرقل قدرات التعلم والأداء في العمل ويؤثر على جودة الحياة بشكل إجمالي. وهو يسبب لدى الإناث زيادة المخاطرة للتعرض للولادة المتعسرة ويزيد احتمال وفيات الأمهات. وقد ارتفع معدل قصر القامة بين الأطفال دون الخامسة من العمر بين العامين 2000 و2006 بنسبة 33% في الأرض الفلسطينية المحتلة إجمالاً، فيما وصل الارتفاع إلى 59% في قطاع غزة (22).

وفقاً للمشروع العربي لصحة الأسرة 2006، بلغ انتشار قصر القامة في الأرض الفلسطينية المحتلة 10.2% (7.9% في الضفة الغربية و13.2% في قطاع غزة) (الشكل رقم 1). ولم يوجد فرق بين الذكور والإناث في انتشار قصر القامة (الشكل رقم 2). فحسب الانحدار المنطقي، لا يوجد ارتباط بين الجنس وقصر القامة. ولكن بالمقارنة مع الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية متوسط، تبين أن لقصر القامة علاقة ملموسة إحصائياً بتعليم الأم ودخل الأسرة والمنطقة. فعند ضبط عمر الطفل وجنسه، ينخفض احتمال قصر القامة بنسبة 4% مع كل سنة إضافية في سنوات التعليم التي أكملتها الأم بنجاح (OR: 0.96, 95% CI: 0.94, 0.98). وكلما ازداد الدخل، انخفض احتمال قصر القامة (OR: 0.84, 95% CI: 0.78, 0.90). وعند ضبط عمر الطفل وجنسه، يتبين أن الأطفال في قطاع غزة أكثر احتمالاً للإصابة بقصر القامة بنسبة 180% بالمقارنة مع الأطفال في الضفة الغربية (OR: 1.8, 95% CI: 1.5, 2.1).

الجدول رقم 2: العوامل المرتبطة بقصر القامة بين الأطفال دون الخامسة، المشروع العربي لصحة الأسرة 2007

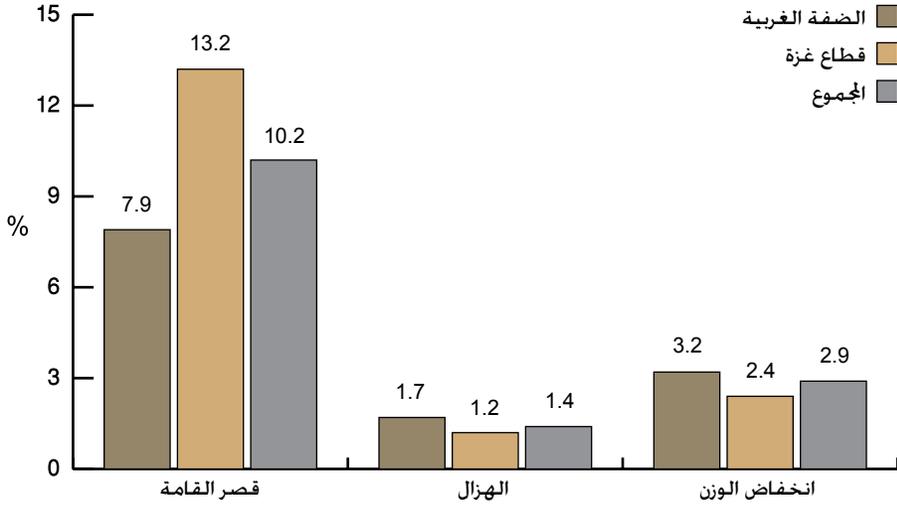
المتغير	*OR	**95% CI
الجنس (أنثى)	0.99	1.13, 0.87
العمر (شهر)	1.04	1.094, 0.999
المنطقة (غزة)	1.78	***2.08, 1.55
سنوات الدراسة التي أكملتها الأم بنجاح	0.96	***0.98, 0.94
دخل الأسرة (يقاس بعلامة مؤشر الثراء)	0.84	***0.90, 0.78

بناءً على الانحدار المنطقي الثنائي، باعتبار ذوي التغذية المعتدلة ($HAZ < 0 > -2$) كفتحة مرجعية.
* نسبة الأرجحية. ** فترة الثقة الإحصائية

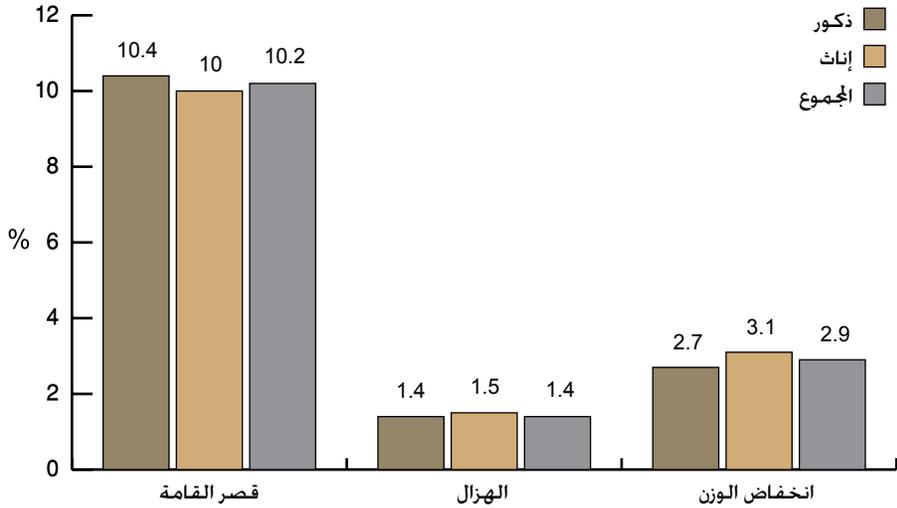
*** $P < 0.05$



الشكل رقم 1: نسبة الأطفال دون الخامسة وفقاً لوضعهم التغذوي حسب المنطقة، المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



الشكل رقم 2: نسبة الأطفال دون الخامسة وفقاً لوضعهم التغذوي حسب الجنس، المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



أما الهزال، والذي يعرف بأنه انخفاض الوزن مقابل الطول، فيعكس سوء التغذية الحاد ويؤثر على بقاء الطفل. وقد بلغ معدل انتشار الهزال 1.4% (1.7% في الضفة الغربية و1.2% في قطاع غزة). إن الهزال أقل انتشاراً إذا قيس بقصر القامة، وذلك كونه يخفض من فرص بقاء الطفل على قيد الحياة (الجدول رقم 3).

الجدول رقم 3: العوامل المرتبطة بالهزال بين الأطفال دون الخامسة. المشروع العربي لصحة الأسرة 2007

المتغير	*OR	**95% CI
الجنس (أنثى)	1.04	1.43 ,0.75
العمر (شهر)	1.1	***1.30 ,1.03
المنطقة (غزة)	1.8	***2.6 ,1.2
نوع الموقع السكاني (بالمقارنة مع الخيمات)		
حضري مقابل مخيم	2.0	***3.0 ,1.3
ريفي مقابل مخيم	2.2	***3.7 ,1.3
سنوات الدراسة التي أكملتها الأم بنجاح	1.007	1.06 ,0.95
دخل الأسرة (يقاس بعلامة مؤشر الثراء)	0.90	1.10 ,0.74

بناءً على الانحدار المنطقي الثنائي. باعتبار ذوي التغذية المعتدلة ($WHZ < 0 > 2$) كقائمة مرجعية.

* نسبة الأرجحية. ** فترة الثقة الإحصائية. *** $P < 0.05$

كما بلغ معدل انتشار انخفاض الوزن لدى الأطفال (يعرف بأنه انخفاض الوزن مقابل العمر) 2.9% في الأرض الفلسطينية المحتلة (3.2% في الضفة الغربية و2.4% في قطاع غزة). يستخدم هذا المعدل في الأهداف الإنمائية للألفية كمؤشر لقياس انتشار الجوع. يعاني من قصر القامة وانخفاض الوزن الأطفال في عمر 12-23 شهراً في الغالب (15.9% و3.7% على التوالي). فيما ينتشر الهزال في الغالب بين الأطفال في عمر 6-11 شهراً (2.5%). وحسب الانحدار المنطقي. لا يرتبط الجنس بانخفاض وزن الطفل. أما العوامل التي ترتبط بانخفاض وزن الأطفال فهي تعليم الأم والدخل والمنطقة. فعند ضبط عمر الطفل وجنسه. جُذ أن احتمال انخفاض الوزن عند الأطفال ينخفض بنسبة 5% مع كل سنة إضافية في سنوات تعليم الأم (OR: 0.95, 95% CI: 0.93, 0.98). وكلما ارتفع الدخل. انخفض احتمال معاناة الطفل من انخفاض الوزن (OR: 0.83, 95% CI: 0.77, 0.91). كما أن الأطفال في قطاع غزة أكثر احتمالاً للإصابة بانخفاض الوزن بنسبة 180% بالمقارنة مع الأطفال في الضفة الغربية (OR: 1.80, 95% CI: 1.50, 2.10).

الجدول رقم 4: العوامل المرتبطة بانخفاض الوزن بين الأطفال دون الخامسة. المشروع العربي لصحة الأسرة 2007

المتغير	*OR	**95% CI
الجنس (أنثى)	1.03	1.42 ,0.75
العمر (شهر)	0.996	1.12 ,0.97
المنطقة (غزة)	1.8	***2.1 ,1.5
نوع الموقع السكاني (بالمقارنة مع الخيمات)		
حضري مقابل مخيم	2.7	3.8 ,0.73
ريفي مقابل مخيم	0.88	1.11 ,0.70
سنوات الدراسة التي أكملتها الأم بنجاح	0.95	***0.98 ,0.93
دخل الأسرة (يقاس بعلامة مؤشر الثراء)	0.83	***0.91 ,0.77

بناءً على الانحدار المنطقي الثنائي. باعتبار ذوي التغذية المعتدلة ($WAZ < 0 > 2$) كقائمة مرجعية.

* نسبة الأرجحية. ** فترة الثقة الإحصائية. *** $P < 0.05$



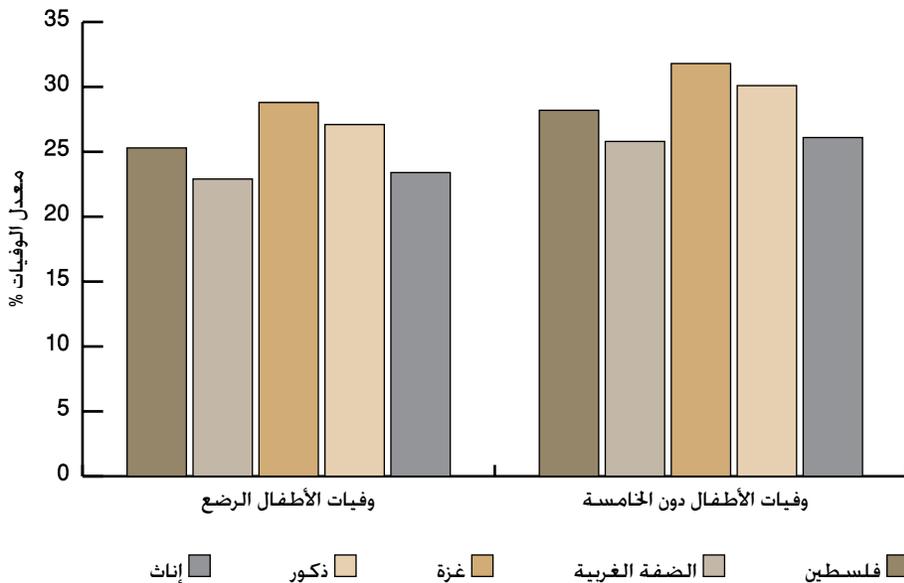
ب. الوضع الصحي/الوفيات

يشير معدل وفيات الأطفال الرضع إلى معدلات بقاء الأطفال على قيد الحياة ويتم قياسه على أنه عدد الوفيات التي تحدث خلال السنة الأولى بعد الولادة لكل 1000 ولادة حية. وهو يعكس أيضاً الأوضاع المعيشية وجودة الرعاية الصحية والقدرة على الوصول إليها. تحدث على مستوى العالم 3.4 مليون وفاة لأطفال رضع (قرابة 50% من وفيات الأطفال الرضع) خلال الأسبوع الأول من الحياة. إلى جانب أن حوالي 4.3 مليون وفاة للأجنة تحدث سنوياً قبل الولادة أو أثناءها (17، 18). إن غالبية وفيات المواليد يمكن الوقاية منها في حال حصول الأم على خدمات صحية عالية الجودة (18). وفي الواقع، بالإمكان إنقاذ حياة الأطفال من خلال الوصول إلى التدابير الصحية الأساسية مثل الرعاية أثناء الحمل، والولادة تحت إشراف كوادرمدرية تستطيع التعرف على المضاعفات وتحويلها أو علاجها، والرعاية بعد الوضع خلال الساعات والأيام الأولى الحرجة بعد الولادة، بما يشمل الإرشاد بشأن رعاية المولود مثل الاقتصار على الرضاعة الطبيعية والمحافظة على دفاء الطفل وطلب المساعدة في حال ملاحظة علامات المرض وضمان توفير العلاج في حال الإصابة بالالتهاب الرئوي والإسهال (19).

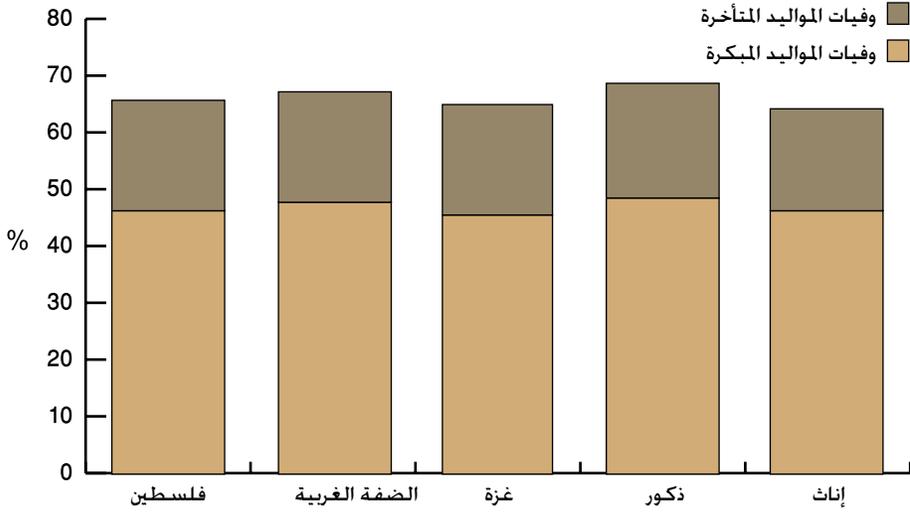
22

كما يظهر في الشكل رقم 3، يبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع في الأرض الفلسطينية المحتلة 25.3 وفاة لكل 1000 ولادة حية (22.9 في الضفة الغربية و28.8 في قطاع غزة)، ويتراوح هذا المعدل من 27.1 بين الذكور إلى 23.4 بين الإناث. أما معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فقد بلغ 28.2 وفاة لكل 1000 ولادة حية (25.8 في الضفة الغربية و31.8 في قطاع غزة). وبواقع 30.1 بين الذكور و26.1 بين الإناث. وتحدث قرابة 67% من وفيات الأطفال الرضع في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة بسبب وفيات المواليد (وفيات الأطفال الرضع منذ الولادة وحتى عمر 28 يوماً). وتحدث غالبية وفيات المواليد في الأسبوع الأول من الحياة (وفيات المواليد المبكرة) (الشكل رقم 4)

الشكل رقم 3: وفيات الرضع والأطفال لكل 1000 ولادة حية. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

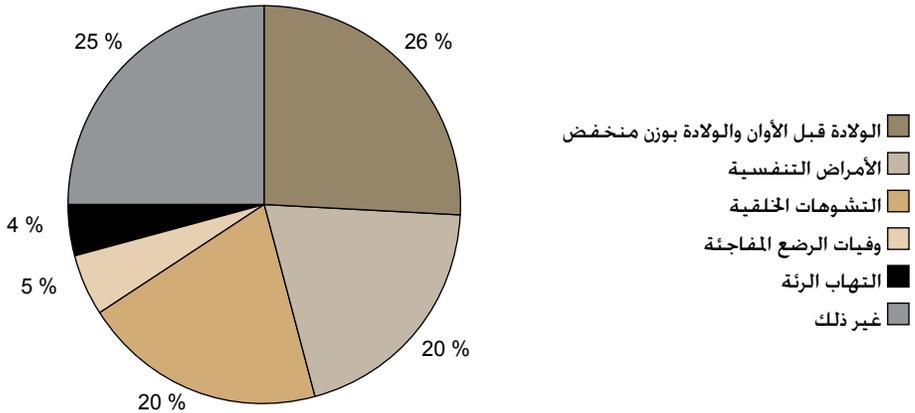


الشكل رقم 4: نسبة وفيات المواليد ضمن وفيات الأطفال الرضع، المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



كما يظهر في الشكل رقم 5، تتمثل الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال الرضع في الأرض الفلسطينية المحتلة في الولادة قبل الأوان والولادة بوزن منخفض، والأمراض التنفسية، والتشنجات الخلقية. وستساعد معالجة الأمراض المعدية في الوقاية من حوالي 25% من وفيات الأطفال الرضع. أما التشنجات الخلقية فهي مسؤولة عن 20% من وفيات هؤلاء الأطفال في الأرض الفلسطينية المحتلة (أهم العوامل التي تزيد المخاطرة بالإصابة بالتشنجات الخلقية ارتفاع عمر الأم وزواج الأقارب (21)).

الشكل رقم 5: الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال الرضع في فلسطين، المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



ج. محددات الصحة/العوامل المنزلية

ج.1. ضبط سلوك الأطفال (صغار الأطفال 4-2 سنوات)

تم قياس هذا المتغير من خلال سؤال الأم كيف تضبط سلوك طفلها عندما يقوم بفعل خطأ: هل تضره، أم تصرخ فيه، أم تشتته، أم توضح له ما الخطأ الذي فعله. وقد تبين أن حوالي 70% من الأطفال تم ضبط سلوكهم باستعمال العقاب البدني، فيما أن 93% تم ضبط سلوكهم باستعمال العقاب النفسي (أي الصراخ أو الشتم). وقد كانت الاختلافات غير ملموسة بين الجنسين والمناطق بخصوص ضبط السلوك، إلا أنه ينبغي الانتباه إلى قصور هذا المتغير، إذ قد تكون الأمهات أقل احتمالاً للإفادة بممارستهن العقاب البدني بسبب الوصمة المرافقة لهذا النوع من العقاب.

ج.2. عمل الأطفال (17-5 سنة)

إن لعمل الأطفال علاقة مباشرة بالفقر والبطالة والتدمير الإسرائيلي للبنية الاقتصادية وسبل العيش للفلسطينيين². كما أن تدهور الوضع الأمني وتصاعد العنف الذي يتعرض له الأطفال (بشكل مباشر وغير مباشر) يساهمان في توليد مشاعر الإحباط وفقدان الأمل في المستقبل. مما يشجع الأطفال على دخول سوق العمل. إن هذه العوامل لا تؤدي إلى زيادة الطلب على تشغيل الأطفال فحسب، بل تجبر الأطفال أيضاً على قبول الأعمال الأكثر خطراً عليهم (19).

إن قانون العمل الفلسطيني الساري منذ سنة 2000 يحظر تشغيل الأطفال قبل أن يبلغوا عمر 15 سنة. ويعتبر القانون الأطفال بين 15-18 سنة أحياناً عاملين. وبالتالي ينص القانون على حظر تشغيلهم في وظائف تشكل خطراً على سلامتهم أو صحتهم أو في الأعمال الليلية أو في أيام العطل الرسمية. كما يحظر القانون تشغيلهم في ساعات عمل إضافية أو على أساس وحدة الإنتاج أو إجبارهم على العمل في مناطق نائية. وينص القانون أيضاً على ضرورة تقليل ساعات العمل اليومية للأحداث. وأن تتضمن ساعات العمل استراحة واحدة أو أكثر. بحيث لا يقل مجموع فترات الاستراحة عن ساعة واحدة. كما يتطلب القانون أن لا يعمل الحدث لأكثر من أربع ساعات بشكل متواصل.

تم في سنة 2006 قياس نسبة الأطفال الفلسطينيين في سوق العمل من خلال سؤال الأم ما إذا كان أي من أطفالها يعمل خارج المنزل خلال الأسبوع السابق. وقد تبين أن نسبة الأطفال في سوق العمل في الضفة الغربية كانت أعلى مما هي في قطاع غزة (6.0% مقابل 1.7%). وكان الأطفال الذكور أكثر انخراطاً في أنشطة عمل الأطفال بالمقارنة مع الإناث (5.4% مقابل 3.2) (الجدول رقم 5).

2 في المناطق على طول الحدود بين إسرائيل ومناطق السلطة الفلسطينية، ينسل الأطفال في عمر 14-5 سنة عبر الحدود إلى إسرائيل على أمل أن يعثروا على عمل ويجنوا بعض المال. يبقى بعض هؤلاء قربين من الحدود ويتجولون على تقاطعات الطرق، يتسولون أو يبيعون سلعاً بسيطة، مثل العلكة وولاعات السجائر. ويعثر آخرون على أعمال عرضية في الأسواق حيث يقدمون لأرباب العمل عمالة رخيصة ويتعرضون لأوضاع صعبة إن لم تكن مؤذبة. إن العدد الدقيق لهؤلاء الأطفال غير معروف ولكن يقدر بأن يكون ما بين ألف وأربعة آلاف. والعديد منهم لا يتمكنون من العودة إلى المنزل ليلاً فينموا في مكان عملهم أو في أماكن أخرى غير مناسبة البنية. والبعض يجنحون إلى تعاطي العقاقير أو يلجئون للعمل في الدعارة. إن أغلب الأطفال الذين يعبرون الحدود يكونون من الصبيان. فيما تشكل الفتيات أقلية ضمن هذه الفئة (يتراوح عمر الفتيات بين 8 إلى 17 سنة، والأغلبية من 10 إلى 15 سنة) (22)

الجدول رقم 5: نسبة الأطفال في عمر 5-14 سنة المنخرطين في أنشطة عمل الأطفال حسب نوع العمل. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

إجمالي عمل الأطفال	يعملون في مصلحة عائلية	أعمال منزلية لأكثر من 28 ساعة في الأسبوع	يعملون خارج الأسرة		المنطقة والجنس
			عمل مدفوع الأجر	عمل غير مدفوع الأجر	
6.0	4.7	0.4	0.8	0.4	الضفة الغربية
1.7	0.9	0.4	0.4	0.3	قطاع غزة
5.4	4.3	0.1	0.8	0.5	ذكور
3.2	2.1	0.7	0.5	0.1	إناث
4.3	3.2	0.4	0.6	0.3	المجموع

د. أداء النظام الصحي/سهولة الوصول

وفقاً لمسح الوصول إلى الرعاية الصحية لسنة 2003، كانت العوائق الأكثر تصريحاً بها في أوساط متلقي الرعاية الصحية تتمثل في فترات الانتظار الطويلة (30%)، ونقص الأدوية (29%)، وعدم وجود طبيب (14%)، والمواصلات (11%)، والإغلاقات الإسرائيلية (11%)، وقد أفاد الأشخاص الذين لم يتمكنوا من تلبية حاجتهم للرعاية الصحية بعوائق ماثلة أمام حصولهم على الرعاية: ارتفاع التكلفة (33%)، وفترات الانتظار الطويلة في العيادة أو المركز الصحي (22%)، وعدم توفر الخدمة الصحية في منطقة سكنهم (20%)، وعدم وجود مقدمي الرعاية الصحية (14.3%) (23).

د.1. المكملات الغذائية للأطفال: فيتامين «أ» و«د»

يعد كل من فيتامين «أ» وفيتامين «د» أساسيين لنمو الأطفال وصحتهم. ففيتامين «أ» أساسي لعمل جهاز المناعة والنمو التطور السليم للأطفال. ويقدر على مستوى العالم أن 140-250 مليوناً من الأطفال دون الخامسة من العمر يعانون من نقص فيتامين «أ» (24)، ويواجه هؤلاء الأطفال ارتفاعاً شديداً في خطر الوفاة والعمى والمرض، وخاصة بسبب الحصبة والإسهال (24).

تركز إرشادات منظمة الصحة العالمية على ضرورة أن يبدأ الأطفال الذين يعتمدون اعتماداً كلياً على الرضاعة الطبيعية بتلقي مكملات فيتامين «د» في الأيام القليلة الأولى من حياتهم لأن العديد من النساء قد لا يحصلن على القدر الكافي من هذا الفيتامين وقد لا يكون متاحاً بالقدر الكافي في حليب الثدي لديهن. كما ينبغي إعطاء المكملات للأطفال الذين يعتمدون على الرضاعة الصناعية والأطفال الأكبر سناً الذين لا يشربون أربعة أكواب من الحليب المدعم بفيتامين «د» في اليوم. وقد أوصت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال مؤخراً بمضاعفة كمية فيتامين «د» التي يتلقاها الأطفال. إذ ينبغي أن يحصل الرضع والأطفال والفتية في مرحلة المراهقة على 400 وحدة دولية من فيتامين «د» كل يوم. بعد أن كانت الجرعة الموصوفة في السابق 200 وحدة دولية فقط (25). تهدف التوصية الجديدة إلى الوقاية من مرض الكساح الذي يسبب لين العظام عند الأطفال. إلا أن الحصول على مدخول كاف من فيتامين «د» يمكن أن يساعد أيضاً في الوقاية من الإصابة بهشاشة العظام وغيرها من الأمراض المستقبل. فقد أظهرت الأبحاث لدى البالغين أن فيتامين «د» يلعب دوراً بارزاً في الوقاية من الأمراض المعدية وأمراض المناعة الذاتية والسرطان والسكري (25).

إن مستوى الحصول على فيتامين «أ» وفيتامين «د» في الأرض الفلسطينية المحتلة منخفض للغاية. ففي سنة 2006، تلقى 27% فقط من الأطفال الفلسطينيين في عمر 0-12 شهراً هذين النوعين من الفيتامينات (39.1% في الضفة الغربية مقابل 9.3% في قطاع غزة).³ وكانت الفروق بين الجنسين في الحصول على الفيتامينين غير ملموسة. ويرجح أن يكون الوضع أسوأ مما يفاد به إذ أن أولئك الذين يتلقون المكملات ربما يحصلون على أقل من الجرعات الموصى بها.

3 في دراسة أجريت على 1130 طفلاً فلسطينياً في عمر 12-60 شهراً، بلغ معدل انتشار نقص فيتامين "أ" 16.5% بعد ضبط العينة من ناحية المرض (26).



الفصل الرابع: المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة - الشباب غير المتزوجات (15-29 سنة)

أ. الوضع الصحي/الرفاه

بما أن مشكلات الصحة النفسية-الاجتماعية لدى الفتيان والفتيات يمكن أن تكون لها نتائج كبيرة الشأن بالنسبة للمرض والوفاة في مرحلة الرشد. فإن تفضص تصورهم الشخصي لمستواهم الصحي جدير بأن ينال الأولوية. وفي غياب أي مرض محدد، تكتسب متغيرات الصحة النفسية-الاجتماعية، مثل الشكاوى النفسجسدية أو السلوكيات الصحية، أهمية حاسمة في تحديد الكيفية التي يقيم فيها الفتيان والفتيات مستوى صحتهم (27).

يعتبر حوالي 87% من الشباب الفلسطينيين أن صحتهم جيدة. بواقع 84% في الضفة الغربية و91% في قطاع غزة. ولا يوجد فرق بين الجنسين في الصورة عن الصحة الشخصية. ومن جانب آخر يرى 11% أن صحتهم متوسطة. بواقع 14% في الضفة الغربية و8% في قطاع غزة. ويرى 2% من الشباب أن صحتهم سيئة. بواقع 2% في الضفة الغربية و1% في قطاع غزة.

ب. محددات الصحة/العوامل الاجتماعية-الاقتصادية

ب.1. التعليم

يعود تعليم الفتيات بأعلى الفوائد ضمن كافة أشكال الاستثمار التنموي الأخرى. إذ يفيد الفتيات أنفسهن وعائلاتهن والمجتمع ككل (28). ومن الفوائد المرتبطة بتعليم الفتيات: تخفيض وفيات الأطفال والأمهات، وتحسين تغذية الأطفال وصحتهم، وتحسين الإنتاجية والنمو الاقتصادي، وحماية الفتيات من الإساءة والاستغلال (28). ومن شأن القضاء على التباين بين الجنسين على كافة مستويات التعليم أن يساهم في تمكين النساء ويساعدهن على المطالبة بحقوقهن.

تعد معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب في عمر 15-24 سنة في الأرض الفلسطينية المحتلة من بين الأعلى في المنطقة. إذ تبلغ 99.1% بين الذكور و99% بين الإناث. وبلغ التناسب بين الإناث والذكور في التعليم الأساسي 98.3% ويصل في التعليم الثانوي إلى 113.3%. وفي التعليم بعد الثانوي إلى 117.0%. إن الأرض الفلسطينية المحتلة تسير في الاتجاه الصحيح فيما يتعلق بتحقيق غاية القضاء على التباين بين الجنسين في التعليم بحلول سنة 2015. بيد أن هذا المؤشر يعد مقياساً قاصراً لدى تسير التعليم المدرسي للفتيات لأنه لا يتيح التأكد مما إذا كانت التحسينات في هذا التناسب تعكس زيادة في انتظام الفتيات بالتعليم المدرسي أم انخفاضاً في انتظام الذكور. كما أنه لا يبين ما إذا كان أولئك الملتحقون بالتعليم ينهون المراحل التعليمية ذات العلاقة أم لا.



ومع أن أعداد الإناث الملتحقات بالتعليم الثانوي تفوق أعداد الذكور، إلا أن عدداً أكبر من الإناث يتسرين من الدراسة الثانوية بالمقارنة مع الذكور. بواقع 3.8% مقابل 3.0% على التوالي.⁴ وبناءً على دراسة المشروع العربي لصحة الأسرة 2006، فإن العوامل الرئيسية التي تجعل كلاً من الذكور والإناث يفقدون التصميم على مواصلة تعليمهم إلى ما بعد المرحلة الثانوي هي الفقر (78% لدى الجنسين) والاضطرار للعمل (52% و41% على التوالي). وكانت العقبات الأقل ذكراً بالنسبة للذكور والإناث هي بعد المسافة (8% و12% على التوالي) والتعرض للإساءة (11% و12% على التوالي). وقد أورد حوالي خمس الطلاب والطالبات سوء معاملة المعلمين والمعلمات باعتباره السبب من وراء عدم رغبتهم بمتابعة الدراسة. وهو ما يعد مؤشراً جدياً على انتشار العنف في المدارس.

ب.2. التشغيل

إن الاستثمار في الشباب الفلسطيني الذي يشكل أكثر من ربع السكان يعد أمراً حاسماً من أجل تمهيد الأرضية لبناء اقتصاد فلسطيني قادر على الحياة. لقد أظهر مسح القوى العاملة للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني سنة 2005 أن النساء العاملات يتركزن بشكل رئيسي في قطاع الخدمات: في الرعاية الصحية، والتعليم، والإدارة العامة (29). وقد عملت قرابة ثلث النساء الفلسطينيات (32.5%) في قطاع الزراعة، وعملت 8.3% في التجارة و0.6% في النقل و0.3% في البناء و8.1% في التصنيع (29).

حسب دراسة المشروع العربي لصحة الأسرة 2006، كان حوالي 36% من الشباب الفلسطينيين نشطين اقتصادياً. بواقع 58% من الذكور و13% من الإناث. إن نسبة الإناث العاملات لا تزال منخفضة على الرغم من أن نسبة الإناث في الكليات والجامعات أعلى من نسبة الذكور. ومن التفسيرات التي تعطى لهذه النسبة المنخفضة لمشاركة النساء في سوق العمل ما يلاحظ أن هناك مزيداً من فرص العمل للنساء ذوات التحصيل التعليمي المتدني والحاصلات على شهادات عليا بالمقارنة مع اللواتي أنهين مرحلة الدراسة الثانوية.⁵ ثمة تفسير آخر هو ارتفاع معدل الخصوبة، والذي يترك أثراً عكسياً على مشاركة النساء في القوى العاملة.

ج. محددات الصحة/العوامل الوسيطة المتعلقة بالصحة

ج.1. المعرفة عن متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والأمراض المنقولة بالجنس

حسب ما يورده البنك الدولي، لا تتوفر بيانات موثوقة عن معدل الانتشار والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في الضفة الغربية وقطاع غزة (30). والبيانات المتاحة تعتمد على تقارير فردية. وفقاً لما صرح به د. أسعد رملاوي رئيس اللجنة الوطنية للإيدز، اكتشفت وزارة الصحة 64 حالة من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في الفترة 1988-2008، وقد توفي 29 مريضاً من هؤلاء والمعروف عن

4 بينت دراسة أجرتها جامعة بيرزيت واليونيسف أن 70% من حالات التسرب من المدرسة بين الفتيان كانت بسبب تعرضهم للإساءة على أيدي المعلمين وزملاء الدراسة أو ضعف الأداء الأكاديمي أو الاضطرار للعمل. غير أن 64% من حالات التسرب بين الفتيات كانت بسبب الزواج المبكر (19).

BirZeit University and UNICEF. *The Children of Palestine in the Labour Market* (A qualitative participatory study) November 2004.

في مسح للأونروا في سنة 2004، أوردت النساء الزواج والرعاية المنزلية باعتبارهما السببين الرئيسيين لترك المدرسة مبكراً (12).

Zureik E. Brunner M. Hussein J. Lapeyre F. *The Living Conditions of The Palestine Refugees Registered with UNRWA in the west Bank. the Gaza Strip. Jordan. the Syrian Arab Republic. and Lebanon. A synthesis Report* 2007 January 2007.

5 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. المرأة والرجل في فلسطين. العدد 3. 2008.

الخمسة والثلاثين الباقيين أنهم على قيد الحياة. ومن إجمالي حالات نقص المناعة البشرية/الإيدز المعروفة في الأرض الفلسطينية المحتلة. كانت وسيلة الانتقال الغالبة هي الاتصال الجنسي بين الجنسين (55%) ونقل الدم ومنتجات الدم (18%). حيث أنه جرى النقل في غالبية هذه الحالات خارج البلاد (31).

حسب مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2006، سبق لما نسبته 89% من الذكور و85% من الإناث في عمر 15-29 سنة أن سمعوا عن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.⁶ وعرف 84% من الذكور و86% من الإناث ثلاثة سبل على الأقل للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وكان 90% من الذكور و85% من الإناث على دراية بالأمراض المنقولة بالجنس.

ج.2. التدخين

يمكن لتدخين السجائر، حتى لمدة خمس سنوات فقط، أن يتسبب بأذى دائم في الرئتين والقلب والعينين والحلق والجري البولي والجهاز الهضمي والعظام والمفاصل والجلد. ويؤدي تدخين السجائر أثناء الطفولة والمراهقة إلى زيادة عدد الأمراض التنفسية وتكرارها وشدها. كما يسبب التأخر في نمو الرئتين أثناء الطفولة وبعد سبباً رئيسياً لسرطان الرئة. ويسبب أيضاً الإصابة بأمراض القلب التاجية في عمر مبكر والوفاة المفاجئة. إن المدخنين معرضون لارتفاع في درجة الحماظة بالإصابة بإعتام عدسة العين (كتراكت) بالمقارنة مع غير المدخنين ويرتفع خطر إصابتهم بضمور البقعة الصفراء (macular degeneration - شكل من العمى لا يمكن علاجه) بمقدار ضعفين إلى ثلاثة أضعاف. فضلاً عن ذلك، يمكن أن يؤدي التدخين إلى سرطان الفم أو الحلق أو المريء. كما يمكن أن يسبب السرطان في المثانة والكلى والبنكرياس والمصران الغليظ. وأخيراً، يسبب التدخين ظهور تجاعيد مبكرة على الوجه (33).

هناك عدد من العوامل التي ترتبط باستخدام الشباب للتبغ، أهمها: الفقر، وسهولة الوصول إلى السجائر، ووجود مدخنين في الأسرة، وغياب الإشراف والدعم من جانب الأهل، وشيوع ممارسة التدخين بين العامة، وضغط الأقران، وانخفاض تقدير الذات، واعتبار التدخين كممارسة جذابة ومرغوبة اجتماعياً وليس كسلوك ضار يهدد الصحة (34).

أظهر مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2006 أن 18% من الشباب مدخنون معتادون. بواقع 21% في الضفة الغربية و13% في قطاع غزة. وكانت نسبة المدخنين بين الذكور 28% بالمقارنة مع 1% بين الإناث.⁷ وكان أعلى معدل من التدخين بين الشباب في الفئة العمرية 25-29 سنة بواقع 28%. وعلى الأرجح أن يكون هناك نقص في الإفادة عن ممارسة التدخين كون البيانات تعتمد على الإفادة الذاتية.

6 في دراسة أجريت على 1047 أنثى فلسطينية في عمر 15-49 سنة، ذكرت 12% فقط من المجبات أن المهنيين الصحيين هم مصدر معلوماتهن عن الإيدز، فيما كان التلفزيون هو المصدر لدى 94% منهن. وعرفت 5% فقط من الإناث الباحثات أين يمكن إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية بشكل سري (32).

Al Rifai A. *Knowledge of Palestinian Girls & Women about HIV/AIDS - Behavioral Policy-Oriented Approach for Health Promotion*: UNIFEM; 2006.

7 بناء على المسح العالمي لاستخدام التبغ بين الشباب والذي أجرته الأونروا في أوساط أطفال المدارس الفلسطينيين في عمر 13-15 سنة، ضمن إقليم شرق المتوسط، كانت أعلى نسبة للمدخنين في الضفة الغربية، ففي سنة 2008، كان 22% من الطلبة في الضفة الغربية يدخنون (33% للفتيان و12% للفتيات)، وأفاد 41% بأنه سبق لهم أن دخنوا السجائر (59% للفتيان و28% للفتيات)، واستخدم 46% أي نوع من منتجات التبغ (58% للفتيان و35% للفتيات)، فيما دخن 31% من الطلبة النارجيلة (39% للفتيان و22% للفتيات)، أما في قطاع غزة، فقد كانت نسبة المدخنين 6% (8% للفتيان و3% للفتيات)، وأفاد 14% بأنه سبق لهم أن دخنوا السجائر (21% للفتيان و7% للفتيات)، واستخدم 24% أي نوع من منتجات التبغ (26% للفتيان و19% للفتيات)، فيما دخن 13% من الطلبة النارجيلة (16% للفتيان و8% للفتيات). (35).

Khader A SY, Turki Y. *Fact Sheets on the Results from the Global School Personnel Survey (GSPS) Conducted in UNRWA Schools in the Five Fields UNRWA*. World Health Organization. CDC; July 2008.

وقد يكون النقص في الإفادة أكثر احتمالاً بين الإناث بسبب وجود نظرة سلبية تجاه النساء المدخنات في الثقافة السائدة.

ج.3. الزواج المبكر

لا زال الزواج المبكر يمارس في الأرض الفلسطينية المحتلة بمعدلات عالية نسبياً. وقد كان العمر الوسيط للإناث عند الزواج في سنة 2006 يبلغ 18 سنة وكانت 14% من النساء في عمر 15-19 سنة متزوجات (4). إن الفتيات في سن المراهقة يواجهن مخاطر صحية كبيرة الشان أثناء الحمل والولادة. إذ يتحملن 15% من عبء الأمراض المتعلقة بأوضاع الأمومة على مستوى العالم و13% من مجموع وفيات الأمهات (36). وقد بين استطلاع للرأي أجرته وزارة التخطيط سنة 2006 أن 75% من المبحوثين كانوا يعارضون الزواج المبكر. فيما أيد 62% سن قانون ضد الزواج المبكر (36).

إن خطر الوفاة أثناء ولادة الطفل يرتفع بمقدار الضعف لدى الفتيات في عمر 15-19 سنة بالمقارنة مع النساء في العشرينيات من العمر. ويرتفع هذا الخطر بمقدار خمسة أضعاف إذا كانت الفتاة دون الخامسة عشرة من العمر (37). ويساهم الإجهاد غير الآمن وأمراض ارتفاع الضغط الناتج عن الحمل وفقير الدم الشديد إلى حد كبير في ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في فترة المراهقة. كما يمكن للزواج المبكر أن يعيق فرص المرأة في التعليم والعمل. وفيما يلي ما تم تحديده من عوامل تأخير في الوصول إلى الرعاية والحصول عليها تساهم في حدوث وفيات الأمهات والأطفال الرضع عندما تكون الأم في فترة المراهقة (37):

1. التأخير في اتخاذ القرار بطلب الرعاية من قبل الفرد أو الأسرة أو كليهما.
2. التأخير في الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية المناسبة. وتشكل جملة الأسباب من وراء ذلك عدم القدرة على الوصول إلى المرافق الصحية بسبب نقاط التفريش وارتفاع تكلفة المواصلات والقيود المالية الأخرى.
3. التأخير في الحصول على الرعاية المناسبة في المرفق المتوفر. وتشمل أسباب ذلك عدم توفر المهارات الكافية لدى مقدمي الرعاية. والنقص في أعداد مقدمي الرعاية. وخاصة الإناث منهم. وعدم كفاية التجهيزات واللوازم. والنقص في نظام التحويل.

بناءً على بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة. بلغت نسبة النساء اللواتي أصبحن أمهات وهن ما يزلن في الفئة العمرية 15-19 سنة 4.3% في الأرض الفلسطينية المحتلة. بواقع 3.5% في الضفة الغربية و5.6% في قطاع غزة. ومع أن نسبة الولادات بين المراهقات لا تزال عالية. فقد تم إحراز تقدم جيد باتجاه تحقيق الهدف الإنمائي الخامس للألفية. والمتعلق بتخفيض نسبة وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع.



الفصل الخامس : المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة - النساء في سن الإنجاب (15-54 سنة)

أ. الوضع الصحي/الرفاه

1.1. المراضة

تحدث 20% فقط من الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة في البلدان ذات الدخل المرتفع. فيما تحدث 80% منها في البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط حيث تعيش غالبية سكان العالم (38). تقول منظمة الصحة العالمية:

إن الانتشار الواسع والمتقدم للأمراض المزمنة تستحثه عوامل ديموغرافية واقتصادية واجتماعية. ومن ضمنها يعتبر التحضر والتصنيع والعمولة بمثابة المحددات الرئيسية. ومع ارتفاع العمر المتوقع. يسود التوقع أن ترتفع نسبة السكان الذين تخطوا عمر 35 سنة في العقود المقبلة. ويعمل التحضر والتصنيع على تغيير أنماط المعيشة بطرق تزيد من مستويات عوامل المخاطرة السلوكية والبيولوجية لدى السكان (38).

كثيراً ما يسود الاعتقاد أن بعض الأمراض المزمنة. وخاصة أمراض القلب والأوعية. تصيب الرجال بالأساس. ولكن الحقيقة أن الأمراض المزمنة. بما فيها أمراض القلب. تؤثر في النساء والرجال بقدر متكافئ تقريباً (38). إن فلسطين على غرار البلدان النامية الأخرى تمر في مرحلة انتقال سريع من ناحية الوضع الصحي. حيث تشهد ارتفاعاً في عبء الأمراض المزمنة (39). فقد ارتفع معدل انتشار الأمراض المزمنة بنسبة 31.1% في الفترة 2004-2006 (40). وفي غياب البيانات المناسبة التي تشير إلى معدل الانتشار العام أو معدل الإصابة بأمراض مثل أمراض القلب والأوعية. أو ارتفاع الضغط. أو السكري. وفي ظل عدم توفر سجلات للأمراض المزمنة. يتم في العادة استخدام البيانات المتاحة من مختلف المراكز الصحية لتقدير أثر هذه الأمراض على المجتمع (39).

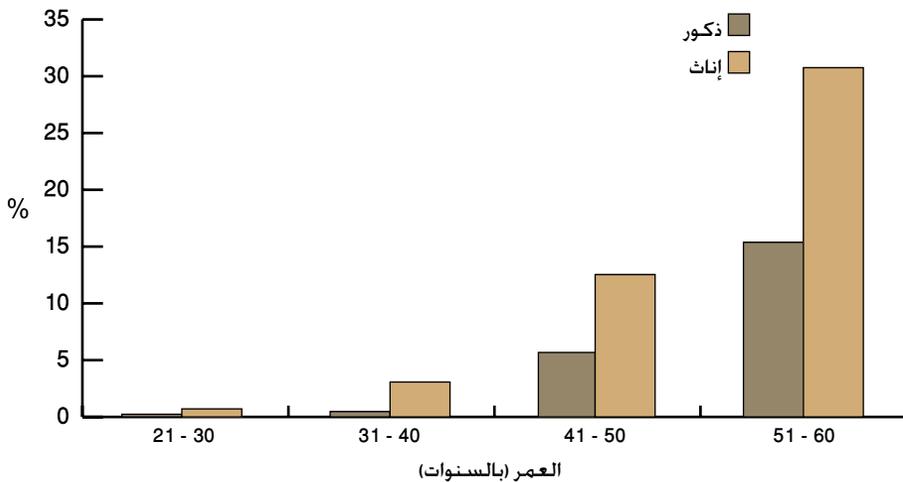
تعتبر أمراض القلب والأوعية والسرطان في مقدمة مسببات المرض والوفاة في فلسطين (41). ففي سنة 2004. جاء مرض ارتفاع الضغط في المرتبة السابعة في قائمة الأسباب الرئيسية للوفاة لدى السكان عامة. وكذلك لدى الرجال (4.1% من إجمالي الوفيات بين الرجال). فيما جاء في المرتبة الرابعة بين أسباب وفيات الإناث (8.3% من الوفيات بين الإناث). وجاءت أمراض القلب والأوعية في المرتبة الرابعة بين الأسباب الرئيسية للوفاة لدى السكان عامة (8.3%). فيما كانت السبب السادس بالنسبة للرجال (6.7%) والثالث للنساء (10.5%) (39). وحسب مركز تسجيل السرطان في غزة. بلغ معدل الإصابة بسرطان الثدي 60 لكل 100.000 نسمة. مما يجعله أكثر أنواع السرطان انتشاراً (16.4%) بين عامة السكان (39). ومن ضمن الوفيات الناتجة عن السرطان. كان سرطان الثدي السبب الرئيسي للوفاة من السرطان بين الرجال (12.7%). وكان سرطان الثدي السبب الرئيسي للوفاة بين النساء (31.0%) (41).



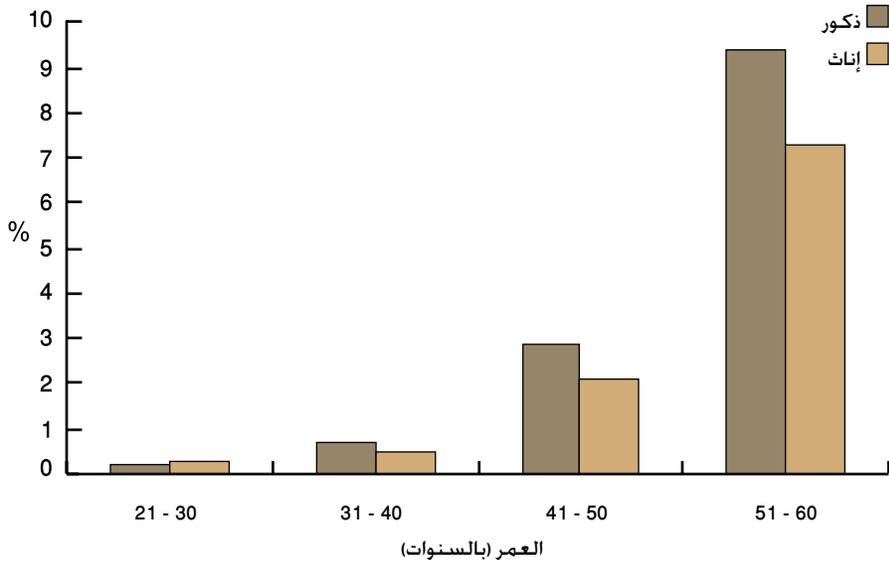
بالإضافة إلى ما سبق، شكّل السكري 3.6% من إجمالي الوفيات بين السكان. وقد بلغ معدل الوفاة السنوي من السكري 12.4 لكل 100,000 نسمة بالمتوسط خلال فترة السنوات الخمس السابقة (39). تم مسح المشروع العربي لصحة الأسرة قياس المراضة من خلال نسبة النساء اللاتي أفدن بأنهن يعانين من مرض مزمن. وتم ذلك من خلال سؤال المرأة عما إذا سبق وأن أخبرها طبيب أو طبيبة أو ممرضة أن لديها الأمراض المزمنة التالية وما إذا كانت تتناول العلاجات في الوقت الحالي. بناءً على الجدولين رقم 1(أ) و1(ب) في الملحق، كان ارتفاع الضغط والروماتزم والقرحة والسرطان وفقر الدم والسكري وهشاشة العظام وآلام الظهر المزمنة أكثر انتشاراً بشكل ملموس بين النساء بالمقارنة مع الرجال.

ومن الملفت للنظر أن الانتشار المرتفع لدى النساء كان ملحوظاً في الأعمار الشابة. فمثلاً كان معدل انتشار مرض ارتفاع الضغط لدى النساء في العشرينيات من العمر أعلى بثماني مرات مما هو لدى الرجال (الشكل رقم 6). فيما كان معدل الانتشار للروماتزم والقرحة ثلاثة أضعاف المعدل لدى الرجال. وكانت أمراض القلب والأوعية أعلى انتشاراً بين الرجال في الأربعينيات والخمسينيات من العمر مقارنة بالنساء في الفئة العمرية ذاتها. ولكنها كانت أكثر انتشاراً لدى النساء في عمر 60 سنة فأكثر بالمقارنة مع الرجال في تلك الفئة العمرية بالتحديد (الشكل رقم 7). وكان السرطان والسكري أكثر انتشاراً لدى النساء مما هو لدى الرجال في الفئة العمرية 40-70 سنة (الشكل رقم 8 والشكل رقم 9). ومع ذلك، على المرء أن يدرك القصور في هذا المتغير كونه يعتمد على الإفادة الذاتية.

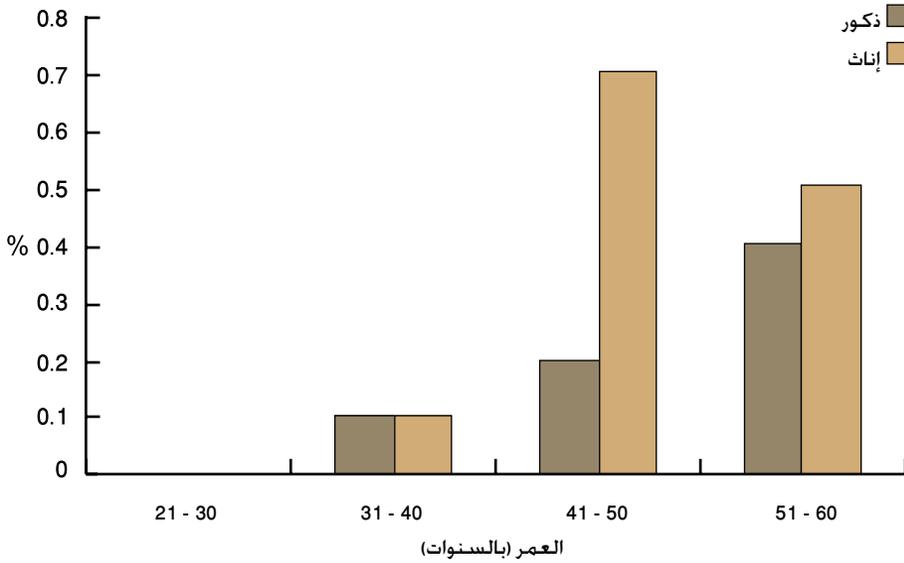
الشكل رقم 6: انتشار مرض ارتفاع الضغط بين الرجال والنساء في فلسطين. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



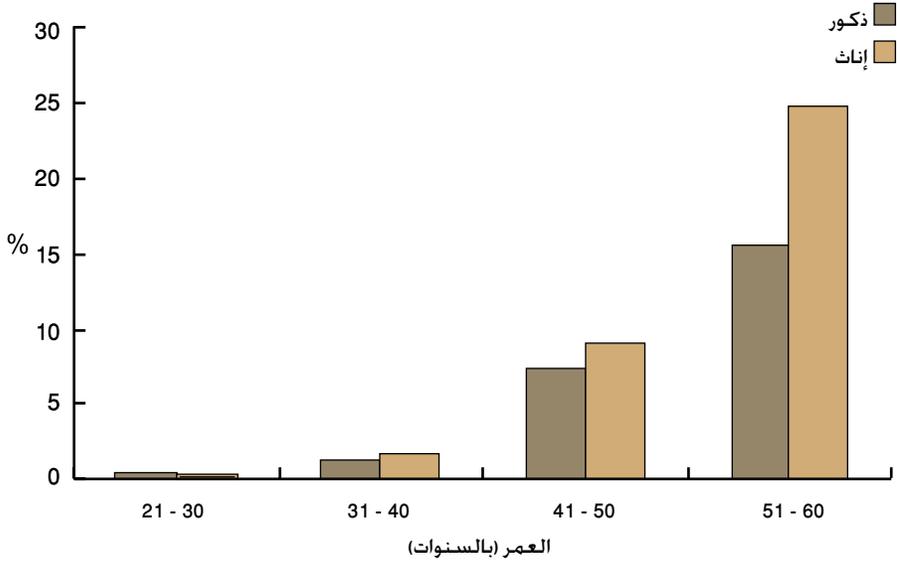
الشكل رقم 7: انتشار أمراض القلب بين الذكور والإناث. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



الشكل رقم 8: انتشار السرطان بين الذكور والإناث. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



الشكل رقم 9: انتشار مرض السكري بين الذكور والإناث. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



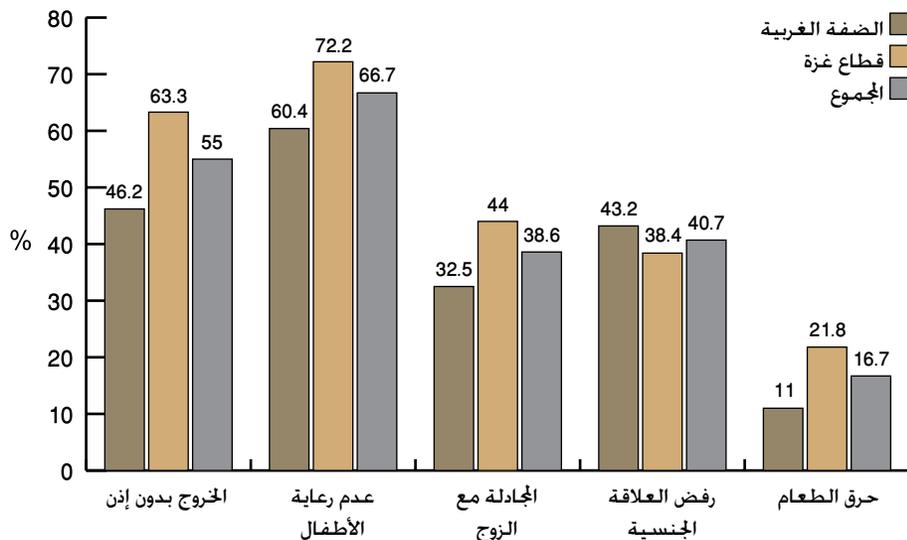
ب. محددات الصحة/العوامل الاجتماعية والمجتمعية

ب.1. العنف الأسري

وفقاً لتقرير للأمم المتحدة صدر سنة 2007، شهد العنف الأسري ارتفاعاً مع تصاعد العنف السياسي (15)، إذ يلجأ الرجال لاستخدام النساء للتنفيس عن غضبهم وإحباطهم وعجزهم.⁸ تم في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة قياس العنف الأسري من خلال سؤال النساء في سن الإيجاب إذا ما كان من المبرر أن يضرب الزوج زوجته (إذا خرجت من المنزل بدون إذنه، أو أهملت رعاية الأطفال، أو جادلت معه، أو رفضت ممارسة الجنس معه، أو إذا حرقت الطعام). وقد تبين أن نسبة أعلى بشكل ملموس من النساء في قطاع غزة ما في الضفة الغربية وجدن أن من المبرر للزوج أن يضرب زوجته لتلك الأسباب. باستثناء رفض ممارسة الجنس مع الزوج (الشكل رقم 10). وكان السبب الأكثر قبولاً كمبرر للعنف الأسري ضد النساء الفلسطينيات عدم رعاية الأطفال والخروج بدون إذن.

8 في دراسة صدرت سنة 2007، أفادت 33% من النساء في فلسطين بتعرضهن لإساءة جسدية، وأفادت 27% بتعرضهن لإساءة جنسية من قبل شخص حميم، وأفادت 52% بتعرضهن لإساءة نفسية. وكانت النساء الحاصلات على تعليم ثانوي وتعليم عالٍ والنساء العاملات أقل احتمالاً للتعرض للإساءة الجسدية والجنسية. وكانت النساء اللاتي يعشن في أسر كبيرة الحجم يتعرضن للإساءة النفسية بدرجة أعلى بشكل ملموس من سواهن ويتعرضن للإساءة الجسدية بقدر أعلى أيضاً (9).

الشكل رقم 10: نسبة النساء في عمر 15-54 سنة اللاتي يبررن ضرب الزوج للزوجة للأسباب التالية.
المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



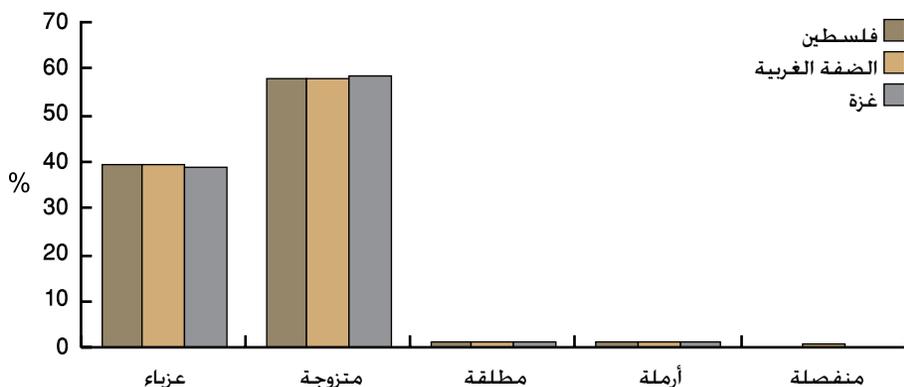
36

ج. محددات الصحة/العوامل الوسيطة المتعلقة بالصحة

ج.1. الزواج والخصوبة

حسب بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة، بلغ العمر الوسيط عند الزواج للنساء 18 سنة (19 سنة في الضفة الغربية و18 سنة في قطاع غزة)، وكان معدل الخصوبة الكلية يساوي 4.6 في فلسطين، بواقع 4.2 في الضفة الغربية و5.4 في قطاع غزة. ويمكن القول عموماً أنه لا توجد فروق بين المنطقتين في نسبة النساء العزباوات والمتزوجات كما يظهر في الشكل رقم 11. ولكن كلما تقدم العمر، تصبح نسبة النساء العزباوات في الضفة الغربية أعلى. فهناك حالياً 10% من النساء العزباوات في الأربعينيات من العمر في الضفة الغربية بالمقارنة مع 5% في قطاع غزة. وقد وجد مسح أجري على 10.000 من اللاجئين المسجلين أن حوالي 75% من النساء اللاتي يرأسن أسرهن كن أرامل (12).

الشكل رقم 11: التوزيع التكراري للنساء حسب الحالة الزوجية. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

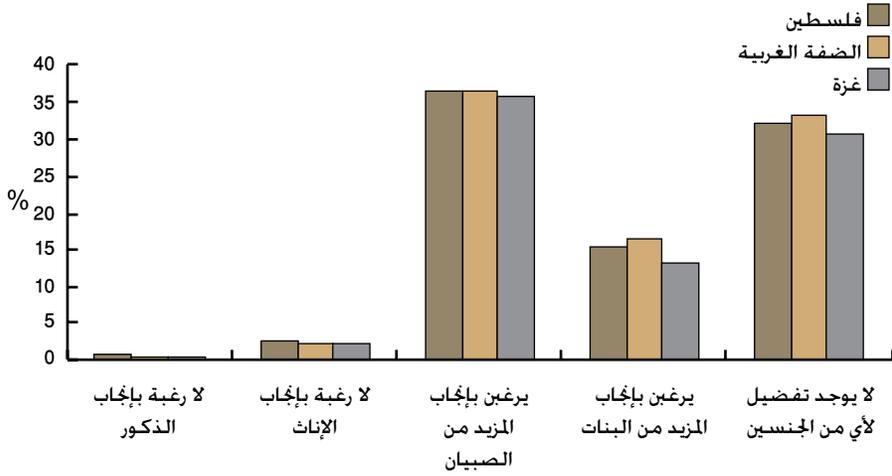


د. محددات الصحة/العوامل الاجتماعية والمجتمعية

د.1. تفضيل جنس المولود

لا توجد فروق بين المنطقتين في تفضيل الآباء والأمهات الفلسطينيات جنس المولود (الشكل رقم 12). وحوالي 36% من النساء المبحوثات يفضلن إجاب المزيد من الصبيان بالمقارنة مع 16% ممن يفضلن إجاب المزيد من البنات. ولا يوجد تفضيل لأي من الجنسين لدى حوالي 33% من النساء. ومع ذلك، فقد يكون هناك نقص في الإفادة بتفضيل الأهالي جنس المولود. وخاصة الرغبة بإجاب المزيد من الصبيان.

الشكل رقم 12: تفضيل جنس المولود لدى الأمهات المبحوثات. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



هـ. أداء النظام الصحي/الوصول إلى الرعاية

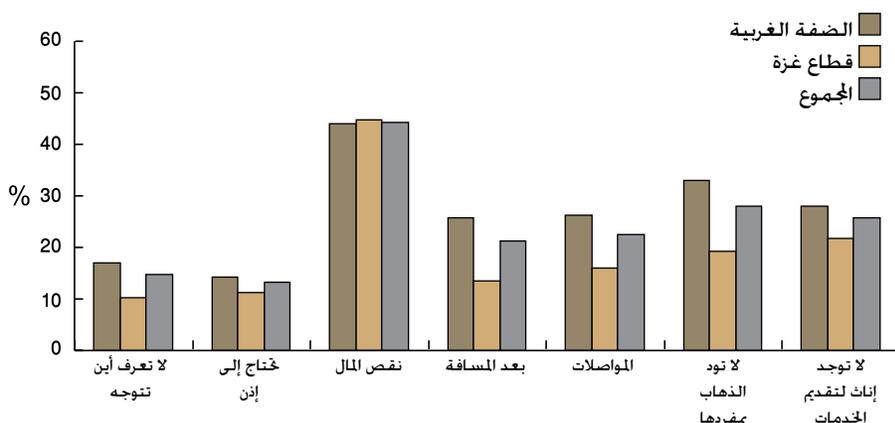
هـ.1. الوصول إلى الرعاية الصحية بشكل عام

كما يظهر في الشكل رقم 13، يعتبر نقص المال أكثر الأسباب المصريح بها شيوعاً لعدم الوصول إلى الرعاية الصحية في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. وتوجد فروق بين المنطقتين فيما يخص عدم معرفة إلى أين يمكن التوجه لتلقي الرعاية، وبعد المسافة، والمواصلات، وعدم رغبة المرأة بالذهاب بمفردها، وعدم توفر إناث يقدمن الرعاية.⁹ حيث كان انتشار هذه العوائق في قطاع غزة أخفض بقدر ملموس.

9 حسب بيانات 2007، وجدت في الضفة الغربية 823 طبيبة فقط من أصل 6389 طبيباً عاماً، و63 أنثى من أصل 1033 أخصائياً. ومن ضمن الأخصائيات الثلاث والستين، كانت هناك 28 طبيبة نساء، ويوجد في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة 466 قابلة فقط، ويوجد 4355 ممرضة أنثى و3590 مريضاً من الذكور، وتبلغ نسبة القابلات إلى عدد النساء في فلسطين 0.01 قابلة لكل 10 آلاف امرأة، بواقع 0.02 في الضفة الغربية و0.01 في غزة، فيما أن النسبة الموصى بها دولياً تبلغ 10 قابلات لكل 10 آلاف امرأة (11). الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت، 2007، النتائج الأولية، 2008، ومع ذلك، يتوقع أن تشهد نسبة الإناث ضمن الممارسين الصحيين تغييراً، حيث تتبع في كلية الطب في جامعة القدس ومستشفى المقاصد كوتا تكفل تمثيلاً متناسباً للذكور والإناث في كلية الطب وفي برامج تدريب الأطباء.



الشكل رقم 13: العوائق المصرح بها أمام تلقي الرعاية الصحية. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



هـ.2. الرعاية أثناء الحمل

فيما يخص الهدف الإنمائي الخامس للألفية، والمتعلق بتحسين صحة الأمهات، يتمثل أحد المؤشرات المختارة في نسبة الولادات التي يشرف عليها كادر صحي مؤهل (أطباء أو ممرضات أو قابلات) والمؤشر الثاني في نسبة التغطية بالرعاية أثناء الحمل (أربع زيارات على الأقل). وفقاً لبيانات المشروع العربي لصحة الأسرة، تلقت حوالي 99% من النساء الرعاية أثناء الحمل، والتي قدمت غالبيتها على يد أخصائي (الجدول رقم 6). إن أغلب الأحمال لا تحتاج إلى تلقي الرعاية من أخصائي. فالأرجح أن تكون القابلة قادرة على أداء المهمة بشكل أفضل من ناحية قضاء الوقت الكافي مع المرأة الحامل وتزويدها بالثقيف الصحي. توضح البيانات أن 0.3% من النساء الحوامل تلقين الرعاية أثناء الحمل بمساعدة من داية. أما القابلات فأشرفن على حوالي 11% من زيارات رعاية الحوامل في الضفة الغربية. بالمقارنة مع 60% في قطاع غزة. إن هذا الفرق بين المنطقتين في نسبة رعاية الحوامل التي تقدمها القابلات يمكن تفسيره جزئياً على الأقل، بوجود نسبة أعلى من اللاجئيين في قطاع غزة (تزداد الأونروا 65% من سكان قطاع غزة و28% من سكان الضفة الغربية بخدمات الرعاية الصحية). إذ تعتبر القابلات الكادر الرئيسي المقدم للرعاية أثناء الحمل للنساء اللاتي لديهن حمل منخفض المخاطرة في عيادات الأونروا. فالقابلات يقدمن الرعاية أثناء الحمل لصالح 44% من النساء اللاجئات و18% من غير اللاجئات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. ثمة تفسير آخر محتمل وهو أن بعض النساء الحوامل يعتقدن أن الفحص بالأمواج فوق الصوتية ضروري في أغلب الزيارات، ولذا يتوجهن إلى الأخصائيين لتلقي الرعاية أثناء الحمل. ومع ذلك، ينبغي إدراك حدود هذا المتغير لأنه لا يقيس ما إذا كان مقدم الخدمة المصرح به هو الكادر الوحيد المسؤول عن تقديم الرعاية للمرأة الحامل عند قدومها إلى العيادة.

الجدول رقم 6: نسبة النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل حسب مقدم الخدمة والمنطقة وحالة اللجوء. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

داية	مرضة/قابلة	أخصائي	طبيب عام	المنطقة
0.3	10.7	92.1	13.2	الضفة الغربية
0.2	60.4	83.5	20.5	قطاع غزة
حالة اللجوء				
0.3	44.4	86.6	18.5	لاجئات
0.2	17.9	90.6	14.0	غير لاجئات
0.3	29.5	88.8	15.9	المجموع

قامت حوالي 90% من النساء الحوامل بأكثر من أربع زيارات لرعاية الحوامل أثناء حملهن الأخير. بواقع 88% في الضفة الغربية و94% في قطاع غزة. ومع أن الأرض الفلسطينية المحتلة قد أحرزت تقدماً جيداً في تحقيق الهدف الإنمائي للألفية بهذا الخصوص، فإن هذا المؤشر يدل على العدد فقط، ولا يعكس جودة الرعاية بالضرورة، وفقاً للانحدار الخطي المتعدد. وعند ضبط عمر الأم، تبين أن العوامل التي ترتبط إيجاباً بعدد الزيارات لرعاية الحوامل تتضمن مواجهة مضاعفات للحمل بالمقارنة مع عدم وجود مضاعفات، وارتفاع الدخل، والسكن في قطاع غزة بالمقارنة مع الضفة الغربية، وتعليم الأم (الجدول رقم 7). بكلمات أخرى، فإن وجود مضاعفات أثناء الحمل، ودخل أعلى، وتعليم أقل، والسكن في قطاع غزة وليس في الضفة الغربية، عنى زيادة في عدد الزيارات للرعاية أثناء الحمل.

الجدول رقم 7: العوامل المرتبطة بعدد الزيارات لرعاية الحمل بناءً على الانحدار الخطي المتعدد، المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

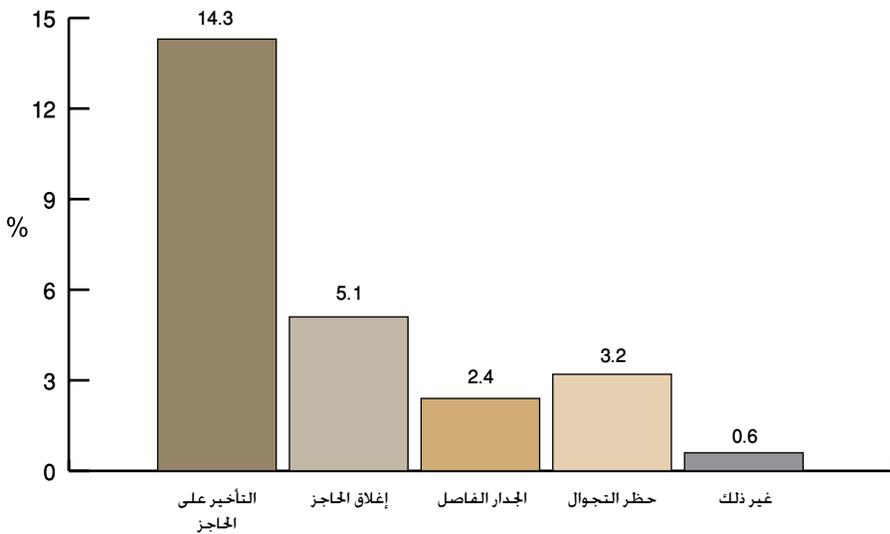
Standardized Coefficient (β)	P-value	
-0.03	0.84	عمر الأم
+0.042	0.016	مضاعفات أثناء الحمل (نعم/لا)
+0.123	0.00	الدخل
*-0.037	0.042	تعليم الأم
0.107	0.107	المنطقة (الضفة الغربية)

*: ملموس إحصائياً (P-value < 0.05)



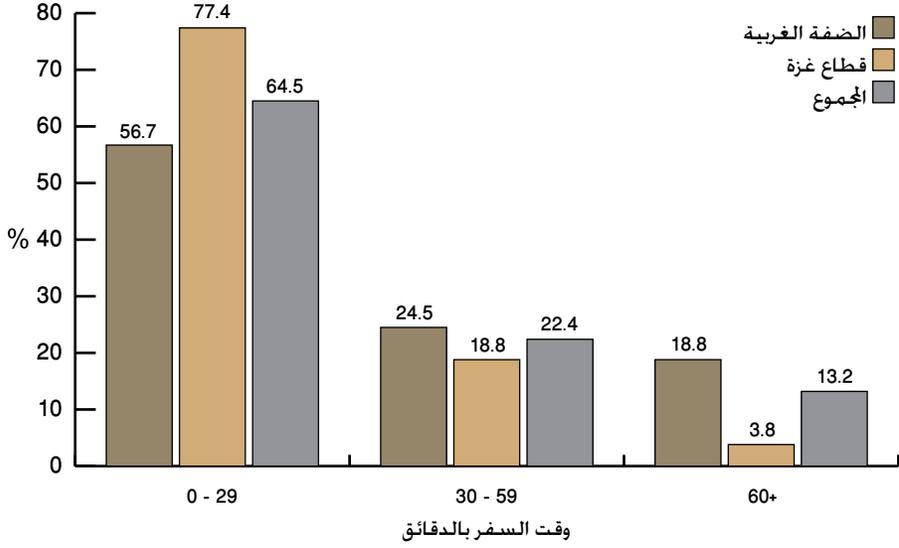
بناءً على بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة، أوردت النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل التأخير على الحواجز باعتباره أكثر العوائق العسكرية التي أفيد بها أمام تلقي الرعاية أثناء الحمل (14.3%). يلي ذلك إغلاق الحاجز (5.1%) (الشكل رقم 14).¹⁰ أما العوائق البيئية أمام تلقي الرعاية أثناء الحمل فكان أبرزها الوقت اللازم للسفر إلى مكان الفحص. فقد بلغ وقت السفر أكثر من ساعة لدى 18.8% من الحوامل في الضفة الغربية و3.8% في قطاع غزة (الشكل رقم 15). وتمثل أحد العوائق الأخرى المفاد بها أمام السعي للحصول على الرعاية أثناء الحمل في وقت انتظار الفحص. فقد اضطرت 35.1% من النساء في الضفة الغربية لانتظار الفحص لأكثر من ساعة. بالمقارنة مع 25.5% من النساء في قطاع غزة (الشكل رقم 16).

الشكل رقم 14: نسبة النساء في الضفة الغربية اللاتي واجهن عوائق عسكرية أثناء التوجه لرعاية الحمل. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

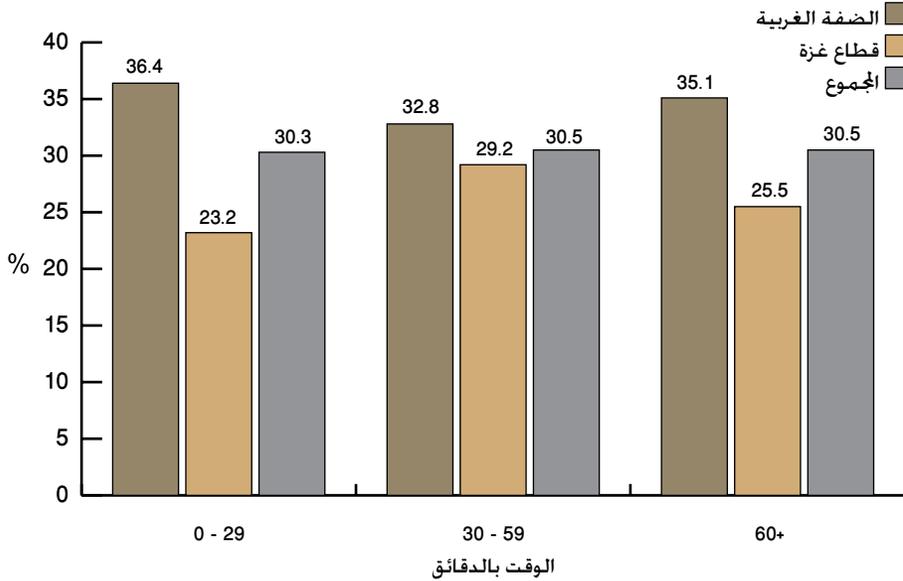


10 حسب دراسة أجريت في غزة والضفة الغربية سنة 2002. أدى الإغلاق المحكم والقيود الشديدة على الحركة إلى تخفيض القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية لكل من الطاقم والمرضى. وأدى ذلك، بالنسبة للنساء الحوامل، إلى انخفاض القدرة على الوصول إلى الرعاية أثناء الحمل وبعد الولادة وارتفاع عدد الولادات المنزلية والولادات المستحثة والولادات على الحواجز العسكرية (42).

الشكل رقم 15: التوزيع التكراري للنساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل حسب وقت السفر إلى مكان آخر فحوص. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



الشكل رقم 16: التوزيع النسبي للنساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل حسب وقت الانتظار للفحص. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

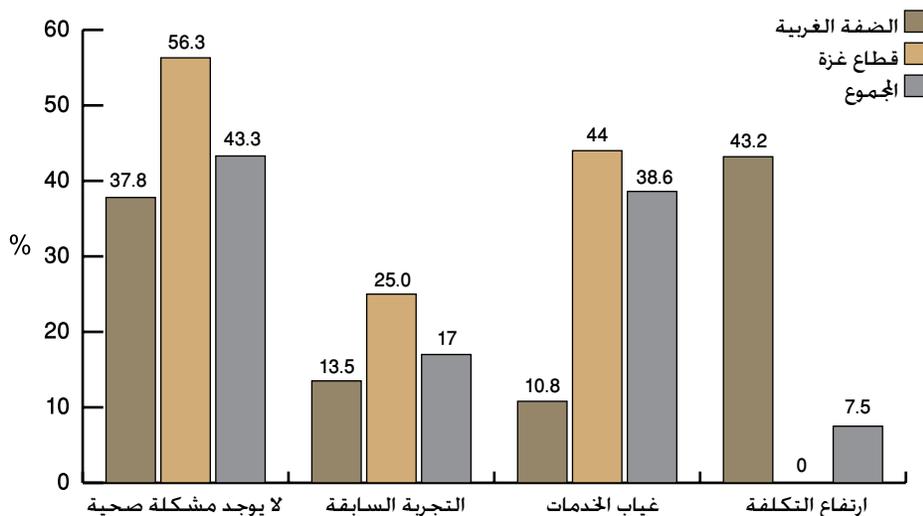


من بين النساء اللاتي لم يتلقين الرعاية أثناء الحمل، كان ارتفاع التكلفة أكثر عوائق الحصول على رعاية الحمل ذكراً في الضفة الغربية، فيما كان غياب الخدمات السبب الأكثر ذكراً في قطاع غزة. ولم تسع نسبة أعلى من النساء في قطاع غزة، بالمقارنة مع الضفة الغربية، للحصول على رعاية الحمل



بسبب المفهوم الخاطئ بأنه لا داعٍ لطلب الرعاية طالما أنهم لا يشكون من أية مشكلة صحية. بلغت هذه النسبة 56% من مجموع النساء غير الحاصلات على الرعاية في قطاع غزة مقابل 38% في الضفة الغربية (الشكل رقم 17). من الواضح أن هناك حاجة لرفع وعي النساء الحوامل حول أهمية الرعاية أثناء الحمل لكل من الأم والطفل.

الشكل رقم 17: نسبة للنساء اللاتي لم يتلقين الرعاية أثناء الحمل حسب السبب. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



و. أداء النظام الصحي/الفاعلية

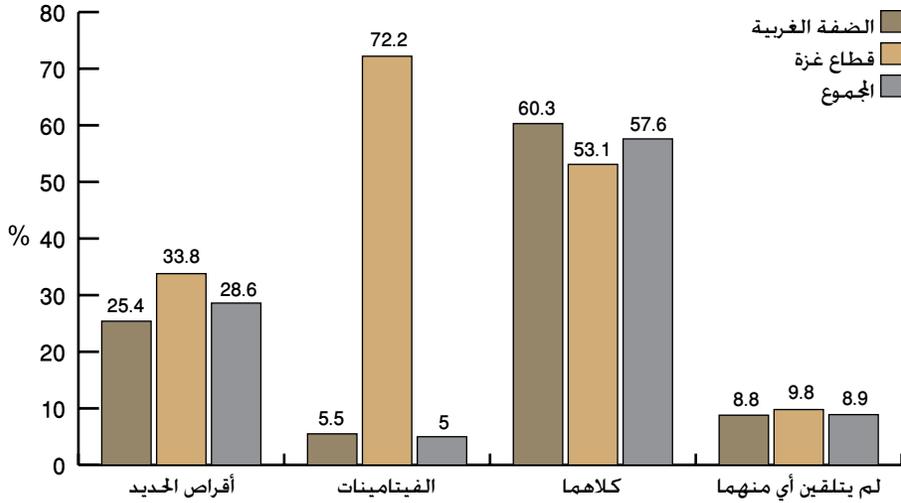
و.1. المكملات الغذائية للنساء الحوامل

تكتسب التغذية الجيدة أثناء الحمل أهمية بالغة لصحة كل من الأم وطفلها. وتزداد حاجة المرأة إلى المغذيات أثناء الحمل للمساعدة في نمو الجنين والحفاظ على صحة الأم. وتشير المراجع العلمية إلى أن حاجة المرأة الحامل للحديد تصل إلى ما يقارب ضعفي حاجة المرأة غير الحامل له بسبب زيادة حجم الدم أثناء الحمل. وتزايد حاجة الجنين. والدم الذي تفقده المرأة أثناء الولادة (43). وإذا لم تحصل المرأة على مدخول من الحديد يلبي الحاجة الزائدة، فيمكن أن تصاب بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد. والذي يمكن أن يسبب لها مشكلات صحية جدية مثل الولادة قبل الأوان وولادة طفل بوزن منخفض (43).

توضح البيانات أن 29% من النساء الحوامل في الأرض الفلسطينية المحتلة تناولن الحديد أثناء حملهن. فيما تناولت 58% منهن الحديد مع الفيتامينات المتعددة (الشكل رقم 18). ومع ذلك، فهذه الأرقام لا تعكس بالضرورة مدى الالتزام بالجرعات الموصى بها ومواظبة النساء على تناول الحديد أثناء حملهن في الأرض الفلسطينية المحتلة.¹¹

11 وجدت دراسة للأونروا حول انتشار فقر الدم الناتج عن نقص الحديد بين الأطفال في عمر 36-6 أشهر أن معدلات فقر الدم في قطاع غزة بلغت 54.7% بين الأطفال و35.7% بين النساء الحوامل و45.7% بين الأمهات المرضعات. أما في الضفة الغربية فكانت هذه المعدلات 34.3% بين الأطفال و29.5% بين النساء الحوامل و23.1% بين الأمهات المرضعات (44).

الشكل رقم 18: التوزيع النسبي للنساء اللاتي تلقين الحديد/الفيتامينات أثناء الحمل. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



و.2. الولادة

الولادات المنزلية

حسب مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، حدثت ثلاثة بالمائة من الولادات في المنزل. وكانت الولادة المفاجئة السبب الذي ذكر بأكثر تكرار. وعزيت ربع الولادات المنزلية للاعتقاد بأن الولادة في المنزل أفضل (الشكل رقم 19). قد يعكس ذلك ضعف الثقة في النظام الصحي ونقص الوعي. نظراً لأن الولادة بدون إشراف كادر صحي مؤهل قد تهدد صحة كل من الأم والطفل في حال حدوث مضاعفات أثناء الولادة. وكانت التدابير الإسرائيلية مسؤولة عن 23% من الولادات المنزلية في الضفة الغربية. ولا شك أن هذه التدابير تحرم النساء من حقهن في الولادة بأمان¹² ومن الأسباب الأخرى التي أعطيت لتفسير الولادة في المنزل حظر التجوال، ومعارضة الزوج للولادة في المستشفى، وصعوبة الإجراءات في المستشفى، وعدم توفر طبيبات إناث، وتفضيل المرأة نفسها للولادة في المنزل.

12 "منذ بداية انتفاضة الأقصى في سنة 2000، وضعت 68 امرأة على الأقل مواليدهن على الحواجز العسكرية الإسرائيلية. ما أدى إلى إجهاض 35 امرأة ووفاة خمس نساء. بالإضافة إلى ذلك، أمضت 10% من النساء الحوامل 2-4 ساعات على الطريق إلى أن وصلن إلى مرفق للرعاية الصحية. فيما قضت 6% أكثر من 4 ساعات على الطرق. بينما كان الوصول قبل الانتفاضة لا يستغرق سوى 15-30 دقيقة، ويقدر أن هذه المصاعب قد ساهمت بزيادة الولادات المنزلية بنسبة 8.2%" (45).

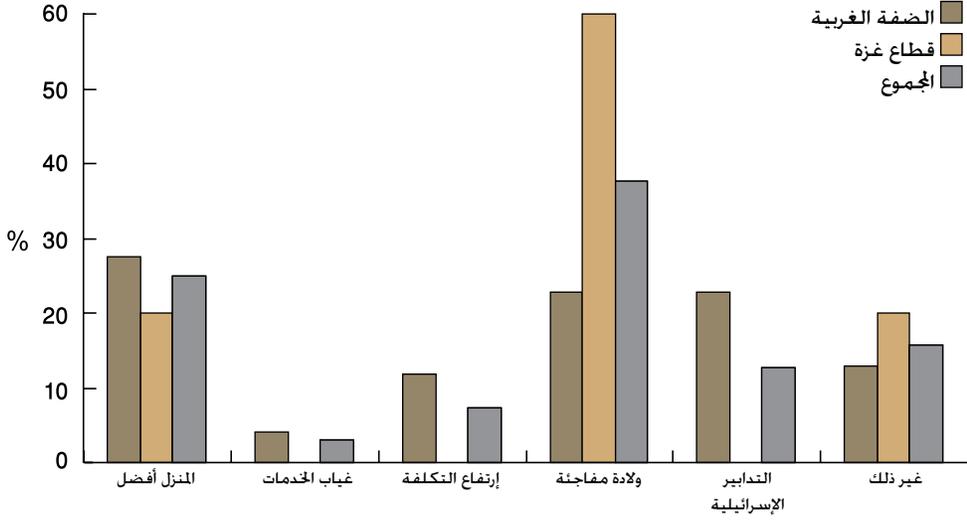
UNFPA. *Palestinian Children in Armed Conflict*, 2007.

حسب ما تورده وزارة الصحة الفلسطينية، "من ضمن 117 ألف امرأة حامل في الأرض الفلسطينية المحتلة، يقدر أن 18 ألف سيعانين من نتائج سيئة لحملهن بسبب نقص الرعاية المناسبة والعاجلة أثناء الحمل والولادة وفي فترة النفاس" (10).

UNFPA. *State of the World Population 2008 Reaching Common Ground: Culture, Gender and Human Rights*, November 2008.



الشكل رقم 19: الأسباب وراء الولادات المنزلية. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



الولادة القيصرية

إن معدلات الولادات القيصرية أخذت في الارتفاع في كل من البلدان المتطورة والبلدان النامية (46). والولادة القيصرية، إذا قورنت بالولادة المهبلية، تزيد مخاطر المضاعفات والوفاة لكل من الأطفال والأمهات (46). بالإضافة إلى ذلك، تزيد الولادات القيصرية الأعباء المالية في بلدان ذات اقتصاد محدود الموارد (46). حسب ما تشير إليه مسوح وطنية مختلفة، كانت نسبة الولادات القيصرية في سنة 2004 في اليمن وموريتانيا والسودان والجزائر أقل من 5%. فيما كانت في الأرض الفلسطينية المحتلة وعمان والمغرب وليبيا وتونس والسعودية والإمارات ومصر والأردن والكويت وسوريا تتراوح بين 5-15%. ومن بين 18 بلداً عربياً أجريت فيها هذه المسوح، كانت المعدلات أعلى من 15% في لبنان وقطر والبحرين فقط (46). أما منظمة الصحة العالمية فتري أن معدلات الولادة القيصرية ينبغي أن تتراوح بين حوالي 5% إلى 15% في أي مرفق، اعتماداً على مستواه (47).

حسب نتائج المشروع العربي لصحة الأسرة 2006، كانت 76% من الولادات مهبلية طبيعية، فيما شكلت الولادات القيصرية نسبة 15.4% (الشكل رقم 20). وفيما توجد فروق غير ملموسة بين الضفة الغربية قطاع غزة في نسبة الولادة القيصرية، فإن هناك تباينات ملموسة من محافظة إلى أخرى (الجدول رقم 8)، حيث توجد أعلى نسبة في أريحا (26%) وأخفض نسبة في سلفيت وخانيونس (12%) (الشكل رقم 21). بناءً على اختبار الأهمية الإحصائية لعينة واحدة ($t=0.589$, $P<0.56$)، يتبين أن معدل انتشار الولادات القيصرية في الأرض الفلسطينية المحتلة قريب من الحد الأعلى للمعدلات المقبولة حسب منظمة الصحة العالمية، وبالتالي، تعتبر الولادات القيصرية مصدر قلق محتمل بخصوص الصحة العامة في الأرض الفلسطينية المحتلة.

الجدول رقم 8: التباين الجغرافي في معدلات الولادات القيصرية*. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

***CI 95%	**OR	المحافظة (p-value= 0.01)
1.82 ,0.81	1.21	جنين
2.09 ,0.61	1.13	طوباس
1.89 ,0.77	1.21	طولكرم
1.92 ,0.88	1.30	نابلس
1.76 ,0.59	1.02	قلقيلية
1.71 ,0.56	0.98	سلفيت
1.55 ,0.66	1.01	رام الله والبيرة
3.17 ,1.16	****1.92	أريحا
2.17 ,0.90	1.39	القدس
1.18 ,0.47	0.74	القدس - 1 ¹³
1.23 ,0.53	0.83	بيت لحم
1.83 ,0.66	0.95	الخليل
2.19 ,1.03	****1.50	شمال غزة
1.52 ,0.72	1.05	غزة
1.40 ,0.56	0.92	دير البلح
1.33 ,0.59	0.88	خانيونس
	1.0	رفح

*: بناءً على تحليل الانحدار المنطقي

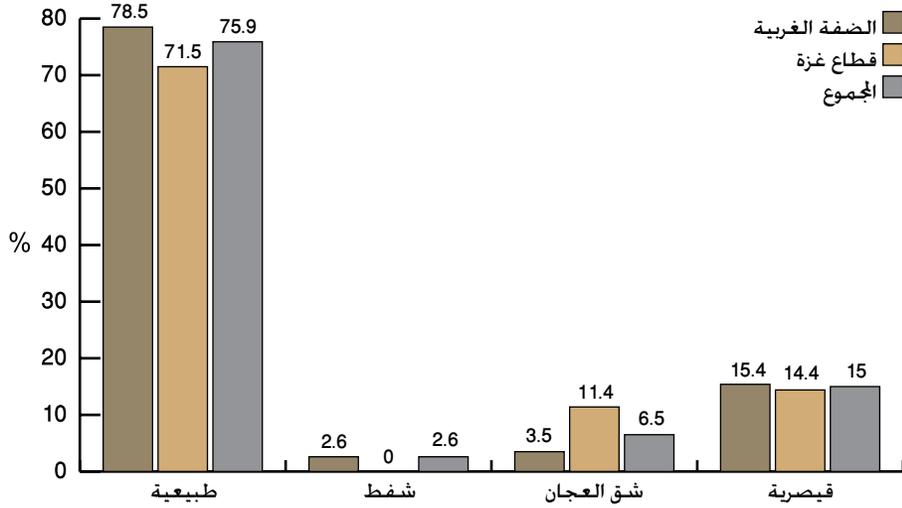
** نسبة الأرجحية

*** فترة الثقة الإحصائية 95% لنسبة الأرجحية

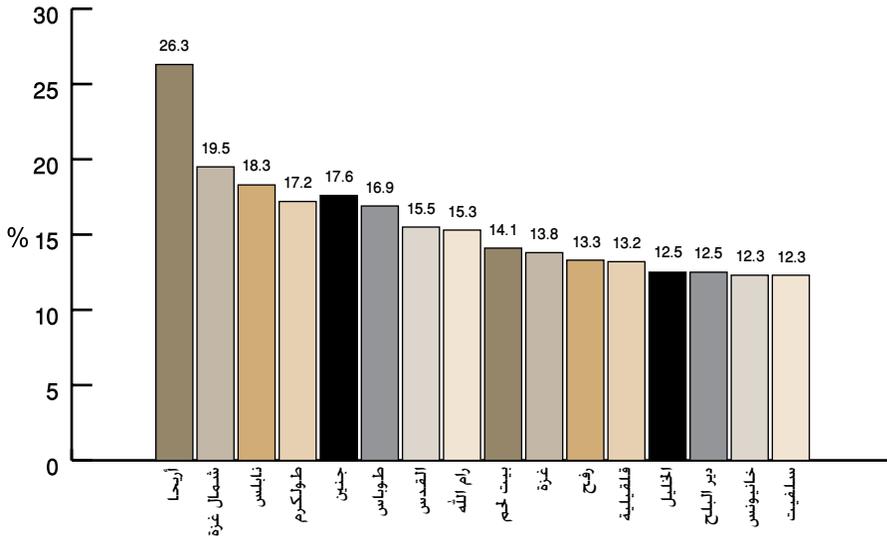
**** ملموسة إحصائياً (P-value<0.05)



الشكل رقم 20: نوع الولادة حسب المنطقة. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



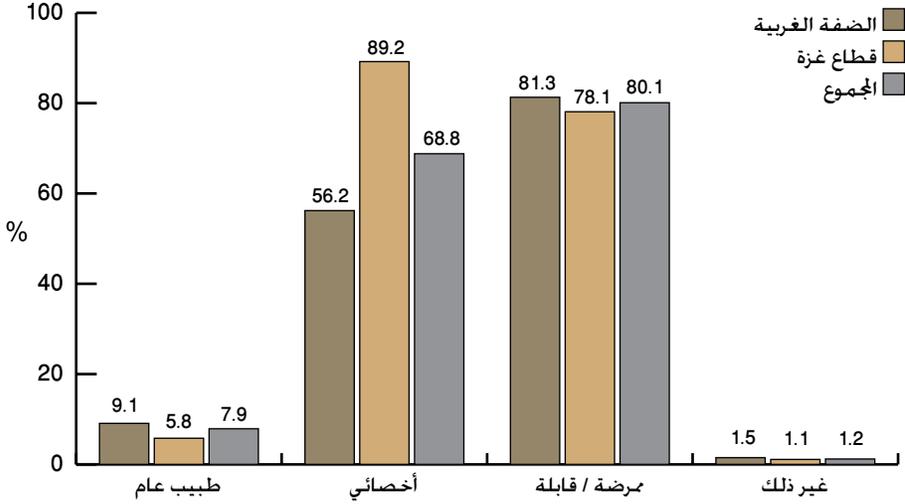
الشكل رقم 21: الولادات القيصرية حسب المحافظة. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



الكادر المشرف على الولادة

يقوم بالولادات الأخصائيون بشكل رئيسي. تليهم القابلات. ويوجد تباين جغرافي ملموس في نسبة الولادات التي ساعد فيها أخصائيون. ما بين 56% في الضفة الغربية و89% في قطاع غزة (الشكل رقم 22).

الشكل رقم 22: الكادر المشرف على الولادة. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



3. الرعاية بعد الوضع

يجب أن تتلقى الأمهات زيارتين على الأقل من العاملين أو العاملات الصحيات المحليات خلال فترة النفاس (خلال 48 ساعة بعد الولادة وبعد 3-7 أيام من الولادة) حسب ما تورده الإرشادات الوطنية لرعاية الأمومة.¹⁴ وينبغي تنفيذ برامج توعية حول علامات الخطر لدى الأم والطفل كجزء من الرعاية بعد الوضع. بحيث تكون موجهة إلى النساء والحملات والأزواج.

تتلقى 30% فقط من مجموع النساء الحوامل في فلسطين الرعاية بعد الوضع. وتحمل القابلات مسؤولية تقديم هذه الرعاية لحوالي 44% من النساء الواضعات في قطاع غزة و9% فقط في الضفة الغربية (32% من اللاجنات بالمقارنة مع 13% من غير اللاجنات). وكما هو الحال في الرعاية أثناء الحمل، يقوم الأخصائيون أيضاً بغالبية الرعاية بعد الوضع. قد يعكس ذلك نقص الوعي عند النساء الحوامل. ونقص التمكين والثقة في القابلات. وقلة عدد القابلات في الأرض الفلسطينية المحتلة. يوضح الشكل رقم 23 الخدمات التي تتلقاها النساء بعد الوضع. وقد كانت الخدمة الأكثر ذكراً بخصوص الرعاية بعد الوضع تتمثل في قياس مستوى الدم، فيما كانت الخدمة الأقل ذكراً التثقيف الصحي حول تنظيم الأسرة. وقد أفادت نصف النساء المبحوثات فقط بأنه تم فحص مستوى الهيموجلوبين في الدم لديهن أو أجري لهن كشف طبي أو تم قياس وزنهن. إن ذلك يعكس انخفاض جودة الرعاية بعد الوضع. ومن جانب آخر، أفادت 86% من النساء بأنهن لم يسعين للحصول على الرعاية بعد الوضع لتصورهن أنهن لسن بحاجة لها لعدم مواجهتهن لأية مشكلة صحية (الشكل رقم 24). إن هناك حاجة لرفع مستوى الوعي بين النساء عن أهمية الرعاية بعد الوضع بالنسبة للأم والطفل معاً. وعلى مقدمي الرعاية الصحية الذين يشرفون على الولادة أن يتحققوا الأمهات عن أهمية الرعاية بعد الوضع.

14 Ministry of Health. National Unified Reproductive Health Guidelines and Protocols. UNFPA cycle 2001-2004.



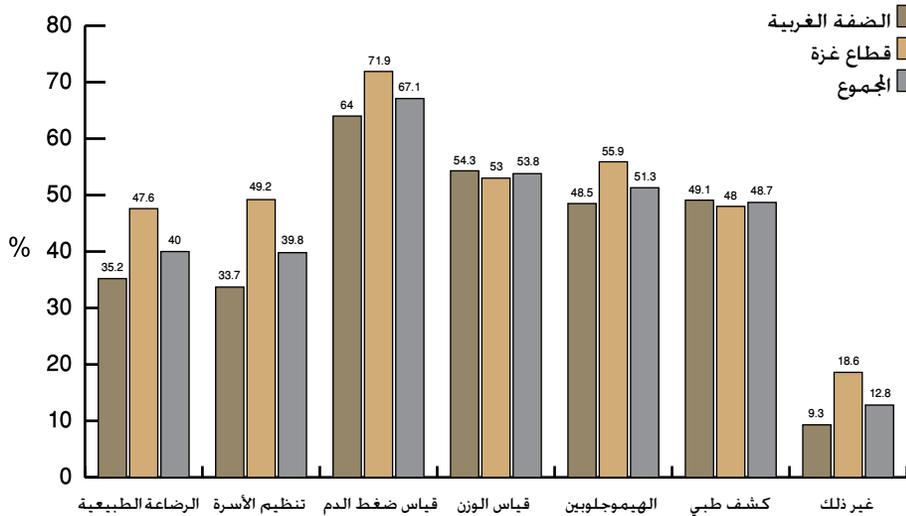
بناءً على الانحدار المنطقي. لا يبدو وجود علاقة لعمر الأم ومستوى تعليمها باحتمال تلقيها للرعاية بعد الوضع. وعند ضبط عمر الأم ومستواها التعليمي. يظهر أن الرعاية بعد الوضع ترتبط تصاعدياً بارتفاع مستوى الدخل (OR: 1.2, 95% CI: 1.13, 1.36). والولادة القيصرية (OR: 6.02, 95% CI: 4.90, 7.41) بالمقارنة مع الولادة الطبيعية). وبتلقي الأم لمعلومات عن الرعاية بعد الوضع أثناء حصولها على الرعاية حملها (OR: 1.37, 95% CI: 1.17, 1.61) (الجدول رقم 9).

الجدول رقم 9: العوامل المرتبطة بتلقي الرعاية بعد الوضع. المشروع العربي لصحة الأسرة 2007

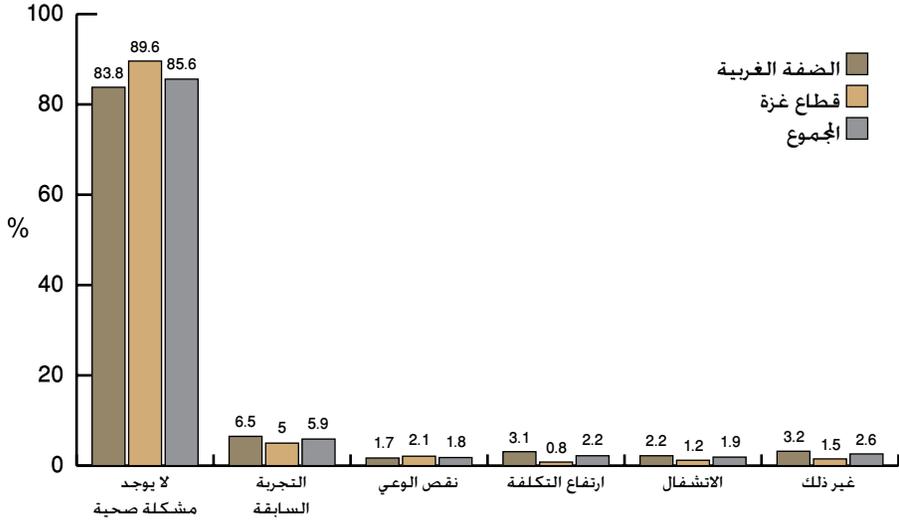
المتغير	*OR	**95% CI
عمر الأم	1.08	1.27 , 0.92
دخل الأسرة (يقاس بعلامة مؤشر الثراء)	***1.24	1.36 , 1.13
تعليم الأم	0.81	1.16 , 0.57
الولادة القيصرية	***6.02	7.41 , 4.90
تلقي معلومات عن الرعاية بعد الوضع أثناء رعاية الحمل	***1.37	1.61 , 1.17

بناءً على الانحدار المنطقي الثنائي. باعتبار النساء اللاتي لم يتلقين رعاية بعد الوضع كفتة مرجعية.
* نسبة الأرجحية. ** فترة الثقة الإحصائية
P < 0.05 ***

الشكل رقم 23: نسبة النساء اللاتي تلقين الرعاية بعد الوضع حسب الخدمة المقدمة. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



الشكل رقم 24: الأسباب وراء عدم تلقي الرعاية بعد الوضع. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



4. استعمال موانع الحمل

يعد معدل استعمال موانع الحمل ضمن المؤشرات التي تفيد بالتقدم نحو تحسين صحة الأمومة (الهدف الإيمائي الخامس للألفية). فالوصول إلى تنظيم الأسرة يقلل المشكلات الصحية ويبقي من الأحمال غير المرغوبة والإجهاض غير الآمن. تقدم الأونروا خدمات تنظيم الأسرة لما يعادل 60% من النساء اللاتي يستعملن موانع الحمل في قطاع غزة و72% من أولئك اللاتي يستعملن موانع الحمل ويعشن في الخيمات. ولا يشمل النظام الصحي للأونروا استعمال أقراص منع الحمل الطارئة. لذا فهي غير متوفرة لمجتمع اللاجئين (48).

ارتفع معدل استعمال موانع الحمل في الفترة بين 1996 و2006 بنسبة 30% في قطاع غزة و10% في الضفة الغربية. وحسب مسح المشروع العربي لصحة الأسرة. كانت 50.2% من النساء المتزوجات في سن الإيجاب يستخدمن نوعاً أو آخر من موانع الحمل. بواقع 54.9% في الضفة الغربية و41.7% في قطاع غزة. وكان القرار النهائي باستخدام وسائل تنظيم الأسرة مشتركاً بين الزوج والزوجة لدى 70.8% من المبحوثات. وفي الحالات الأخرى كان القرار بيد الزوج بمفرده في 18.6% من الحالات أو بيد الزوجة دون سواها في 9.4% من الحالات. وقد أفادت 38.9% فقط من يستعملن موانع الحمل بأنهن يستعملن موانع حمل عصرية. بواقع 41.7% في الضفة الغربية و33.8% في قطاع غزة. ومن ضمن الأسباب وراء الإخفاق في استعمال موانع الحمل: الرغبة في الحمل (46%). والخوف من التأثيرات الجانبية (8.3%). والشعور بعدم الراحة (16%).¹⁵ إن هذه النتائج تبرز الحاجة لرفع مستوى الوعي حول الأشكال المختلفة لموانع الحمل وخصائصها بهدف تزويد النساء بمزيد من الخيارات المبنية على دراية والتي تكون مناسبة لهن. ولا تعد التكلفة عائقاً مهماً أمام استخدام موانع الحمل (ذكرت 1.2% فقط من الأمهات المبحوثات أن ارتفاع التكلفة كان السبب وراء عدم استعمالهن لأية وسيلة لتنظيم الأسرة).

15 في دراسة عن الأحمال غير المقصودة في الأردن. أظهر التحليل أن الأحمال سبقها توقف عن استعمال موانع الحمل لأسباب ذات علاقة بالوسيلة المستعملة. مثل فشل الوسيلة. أو الاعتبارات الصحية. أو عدم الراحة. أو عدم الملاءمة. أو الاستخدام الخاطئ. وأنها كانت أكثر احتمالاً بشكل ملموس من بقية الأحمال لأن توصف بأنها لم تكن في التوقيت المناسب أو كانت غير مرغوبة (49).

يقصد بالنساء اللاتي لديهن حاجة غير ملبأة لتنظيم الأسرة أولئك اللاتي يمارسن النشاط الجنسي ويفدن بأنهن لا يرغبن بإيجاب المزيد من الأطفال أو يرغبن بتأجيل الطفل التالي. ولكنهن لا يستعملن أية وسيلة لمنع الحمل. ويشتر مفهوم الحاجة غير الملبأة إلى وجود فجوة بين مقاصد المرأة الإيجابية وسلوكها بخصوص موانع الحمل. إن نسبة النساء المتزوجات في سن الإيجاب اللاتي لديهن حاجة غير ملبأة لتنظيم الأسرة تكاد تبلغ %12.¹⁶

16 على الرغم من ارتفاع معدل استعمال موانع الحمل. يظل معدل الخصوبة مرتفعاً. وحسب دراسة حديثة العهد للأونروا، تسعى %27 من النساء المتزوجات إلى الحصول على إجهاض متعمد خلال فترة حياتهن. يشير هذا الأمر التساؤل عن دقة المعدل المصرح به بخصوص الحاجة غير الملبأة لتنظيم الأسرة.



الفصل السادس : المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة - النساء المسنات (60 سنة فأكثر)

أصبح السكان في كل من البلدان المتطورة والبلدان النامية يعيشون عمراً أطول. وبحلول سنة 2050، سيعيش في البلدان النامية حوالي 75% من الأشخاص في عمر 65 سنة فأكثر. والذين يتوقع أن يبلغ عددهم 1.5 مليار نسمة (50). يعرّف الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني المسنين بأنهم كل من في عمر 60 سنة فأكثر. وينسجم ذلك مع العمر الذي تحدده الأمم المتحدة وكذلك الجامعة العربية. كما تم تحديده باعتباره سن التقاعد لدى السلطة الوطنية الفلسطينية (4).

أ. الوضع الصحي

1. التقييم الذاتي للصحة

في الأرض الفلسطينية المحتلة، حيث يسود النزاع والاضطرابات المدنية وانعدام الأمان وحيث تنح الموارد. يعتبر التقدم في السن مصدر قلق للأفراد المتقاعدين بسبب فقدانهم لمصدر الدخل وبسبب حالة الاعتمادية التي ينطوي عليها التقاعد. ويكون الوضع أسوأ في غياب الخدمات الصحية والاجتماعية الأساسية. وكذلك في الحالات التي يعيش فيها الفرد المسن بمفرده دون أن يكون لديه أبناء وبنات أو شبكة أمان. فيعيش في حالة من الخوف المتصاعد من الإعاقة والمرض والعزلة (50).

إن لتصور الشخص لوضعه الصحي أثراً مباشراً ومهماً على معدل الوفيات بالنسبة للمسنين بعد أخذ العوامل الأخرى في الحسبان (51). لذا فثمة مراجع تفيد بأن الرجال الذين يرون أن صحتهم سيئة والنساء اللاتي يرين أن صحتهم متوسطة أو سيئة يكون احتمال وفاتهم أعلى مما هو بالنسبة لمن يعتبرون أن صحتهم ممتازة (51).

حسب مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، كان حوالي خمس المسنين المبحوثين يرون أن صحتهم سيئة. 22.3% في الضفة الغربية و16.8% في قطاع غزة. وكان 13% من الرجال و8% من النساء راضين جداً عن صحتهم. فيما كان 50% تقريباً من الذكور والإناث غير راضين عن صحتهم.

2. الإعاقة

يعاني حوالي 15% من المسنين من إعاقة واحدة على الأقل. وتبلغ هذه النسبة 15.0% بين الذكور و14.6% بين الإناث (15.4% في الضفة الغربية و13.3% في قطاع غزة). وقد وجدت تباينات طفيفة بين الجنسين في أنواع الإعاقات. إذ تبين أن حوالي 18% من المسنين الذكور يعانون من عجز في الإبصار، مقابل 10% من الإناث.

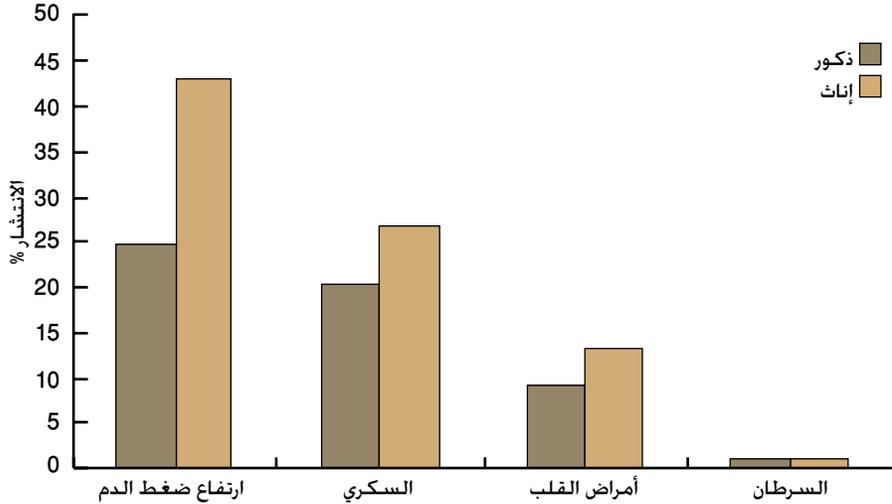
3. الأمراض المزمنة

إن لغياب نظام للضمان الاجتماعي والتأمين الصحي الوطني تأثيراً معاكساً على الصحة وعلى الوصول إلى الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة. فضلاً عن ذلك، يساهم غياب الرعاية الصحية للمسنين بشكل مباشر في تدهور وضعهم الصحي (50). تشير التوقعات إلى أنه بحلول سنة 2020، سيكون هناك أكثر من 172 ألف شخص مسن في الأرض الفلسطينية المحتلة. ومع أنه لا يتوقع أن تزيد نسبتهم عن 4%. فيظل من واجبنا أن نتعامل مع احتياجاتهم الصحية ونساعدهم على أن يبقوا أصحاء (52).



يعاني حوالي 64.5% من المسنين من مرض مزمن واحد على الأقل. بواقع 55.1% بين الذكور و72.1% بين الإناث. وتتراوح هذه النسبة بين 66% في الضفة الغربية و61.6% في قطاع غزة. ويعتبر مرض ارتفاع ضغط الدم الأكثر انتشاراً بين هؤلاء المسنين. يليه السكري وأمراض القلب (الشكل رقم 25). ومع أن هذه الأرقام تبدو مرتفعة، فالأرجح أنها تعاني من نقص في الإفادة. لأنها اعتمدت على الإفادة الشخصية. وقد كان ارتفاع الضغط والسكري وأمراض القلب أكثر انتشاراً في أوساط الإناث المسنات بالمقارنة مع الذكور.

الشكل رقم 25: معدل انتشار الأمراض المزمنة بين المسنين. المشروع العربي لصحة الأسرة 2006



ب. محددات الصحة/السلوكيات المتعلقة بالصحة

ب.1. الحالة الزوجية

في العادة يكون عدد النساء المسنات أكبر من عدد الرجال. كما أن احتمال أن يكون الفرد المسن متزوجاً أعلى بين الرجال ما هو بين النساء. وهو ما يمكن تفسيره بالفرق بين الجنسين في مدى العمر المتوقع وكذلك بمدى معاودة الزواج بعد وفاة الزوج أو الزوجة. إذ تميل الأرامل المسنات لأن يبقين دون زواج. إن الحقائق أعلاه تنطبق على الأرض الفلسطينية المحتلة أيضاً. إذ تبين أن 55.9% من النساء المسنات كن عزياوات (52.2% كن أرامل و3.7% لم يسبق لهن الزواج). بالمقارنة مع 9.7% من الرجال المسنين (8.7% أرامل و1% لم يسبق لهم الزواج).

ج. محددات الصحة/العوامل المنزلية

في أغلب البلدان النامية، يعتمد المسنون على أفراد الأسرة للحصول على الدعم المالي والعاطفي (53). وقد تبين أن حوالي 14% من المسنين الفلسطينيين يشكون من أن أبناءهم لا يعتنون بهم (12.6% في الضفة الغربية و15.4% في قطاع غزة). وتبلغ هذه النسبة 12.8% للذكور و14% للنساء. ويفيد 4% من المسنين بأن أبناءهم لا يحترمونهم (3.6% في الضفة الغربية و4.3% في قطاع غزة). وكذلك 3% للذكور و4.5% للإناث. ويتلقى حوالي 66% من المسنين معونات مالية من أبنائهم (بواقع 65.6% في الضفة الغربية و67.5% في قطاع غزة). وتنخفض هذه النسبة إلى 60.4% للذكور وترتفع إلى 70.8%

للإناث. فضلاً عن ذلك، لم يكن 44% من المسنين يحصلون على الدخل الكافي. بواقع 50.2% للذكور و38.8% للإناث. إن هذه النتائج تؤكد على أهمية توفير الضمان الاجتماعي للمسنين الفلسطينيين.

د. محددات الصحة/العوامل الاجتماعية-الاقتصادية

د.1. التشغيل

يتعرض الأمن الاقتصادي للأفراد المسنين للتهديد بسبب عاملي التقاعد والبطالة في السن المتقدمة. ويلاحظ أن مشاركة المسنين في القوى العاملة ترتفع لتصل إلى 50% في البلدان النامية. فيما تنخفض في البلدان المتقدمة إلى 2% فقط (53). أما في الحالة الفلسطينية، فتكشف بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة أن 32% من الذكور المسنين يعملون. مقابل 5% من الإناث المسنات.

د.2. التعليم

توضح بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة أن نسبة الإناث المسنات اللاتي لا يجدن القراءة والكتابة تبلغ ضعفي نسبة الذكور. بواقع 76% مقابل 30% على التوالي.

بالنظر إلى التحليل السابق، من الواضح أن النساء الفلسطينيات المسنات يتعرضن لمخاطر اعتلال الصحة وانخفاض جودة الحياة. فواقع أن غالبية النساء المسنات فقيرات وغير ملمات بالقراءة والكتابة وغير عاملات وعزباوات ينطوي على تهديد لسلامتهن.



الفصل السابع: الفجوات والتوصيات

الفجوات

تم استخدام البيانات التي راجعناها وحللناها في هذا التقرير لتقديم نظرة معمقة إلى التباينات في توزيع محددات الصحة والسلوكيات الصحية والنواحي الصحية واستخدام الرعاية الصحية فيما يخص النساء الفلسطينيات. ولم يتم تمثيل بعض أبعاد أداء نظام الرعاية الصحية، مثل الملاءمة والاستمرار والقبول، ولكن سيكون من الممكن البحث فيها بسهولة.

إن الاستراتيجية الأساسية في استعمال مؤشرات حساسة للنوع الاجتماعي تستلزم الجمع بين الأساليب الكمية والكيفية من أجل قياس التغييرات المتعلقة بالنوع الاجتماعي في المجتمع عبر الوقت. ويمكن تعريف المؤشرات الكمية بأنها مقاييس الكم، مثل عدد الأطفال المولودين بوزن منخفض، ويتم جمعها بشكل روتيني في المسوح الوطنية. أما المؤشرات الكيفية فيمكن تعريفها بأنها حكم الناس وتصوراتهم إزاء موضوع ما، ويتم جمعها في العادة من خلال بيانات تكميلية.

حسب إطار المعلومات الصحية المستخدم في هذا التقرير، كان استعراض أبعاد الرفاه والأوضاع المتعلقة بالصحة والوظيفة البشرية ضعيفاً في تقرير المشروع العربي لصحة الأسرة. فقد هيمنت مؤشرات العوامل الاجتماعية-الاقتصادية (مثل التعليم، والدخل) على محددات المؤشرات الصحية، فيما كان هناك القليل من المؤشرات المتعلقة بالعوامل النفسية-الاجتماعية أو الاجتماعية أو المجتمعية أو المنزلية، وكانت المؤشرات المجتمعية والصحية ومؤشرات نظام الرعاية الاجتماعية غائبة تقريباً (مثل الإنفاق على الصحة وقيمة الناتج المحلي الإجمالي لكل فرد).

ومع أن تقرير المشروع العربي لصحة الأسرة قد غطى عدداً من المؤشرات الصحية الحساسة للنوع الاجتماعي عبر دورة حياة المرأة، إلا أن تقرير الرصد الحالي قد حدد فجوات رئيسية في البيانات في المسح الوطني التابع للمشروع العربي لصحة الأسرة 2006، وهذه الفجوات بحاجة إلى أن تتم معالجتها حتى يتوفر نظام فعال لرصد صحة المرأة يتيح مراقبة كل من مدى الإنصاف والصحة.

فيما يلي بعض المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي التي كانت غائبة عن تقرير المشروع العربي لصحة الأسرة ولكن تم فحصها وعرضها في تقرير رصد صحة المرأة باستخدام البيانات الخام من مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2006:

1. العوائق أمام تلقي الرعاية أثناء الحمل
2. الوقت المقضي في السفر للوصول إلى مرفق الرعاية الصحية
3. وقت انتظار إجراء الفحص
4. الأسباب وراء عدم تلقي الرعاية أثناء الحمل
5. الطرف المقدم للرعاية بعد الوضع
6. نسبة الولادات التي أشرف عليها كادر صحي مؤهل
7. معدل استخدام موانع الحمل
8. الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة
9. معدل الولادات لدى الأمهات المراهقات



10. التغطية بالرعاية أثناء الحمل (زيارة واحدة على الأقل وأربع زيارات على الأقل)
11. معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب العمر والجنس
12. العنف الأسري
13. عمل الأطفال

وفيما يلي بعض المؤشرات الحساسة للنوع الاجتماعي التي ينبغي قياسها في المسوح الصحية الوطنية التي ستجرى مستقبلاً بهدف ضمان بناء نظام كفو لرصد صحة المرأة :

1. ما إذا كان يجري قياس متانة الرحم وارتفاع قعر الرحم خلال الرعاية بعد الوضع. يعتبر ارتفاع قعر الرحم ومتانة الرحم جزءاً من مؤشرات جودة الرعاية بعد الوضع (54).
2. الجوع (المراقبة التقدم نحو القضاء على الفقر والجوع - الهدف الإنمائي الأول للألفية).
3. تلقي الأطفال للحديد وحمض الفوليك.
4. نسبة حالات ولادة طفل ميت.
5. الصحة النفسية للأم.
6. العنف في مكان العمل.
7. استخدام أقراص منع الحمل الطارئة.
8. الرعاية بعد الإجهاض.

فيما يلي بعض مؤشرات الصحة الإيجابية التي توصي بها منظمة الصحة العالمية لمراقبة الصحة عالمياً والتي ينبغي إدراجها في المسوح الوطنية:

- معدل وفيات الأمهات
- توفر الرعاية التوليدية الحيوية الأساسية (على مستوى الرعاية الصحية الأولية لحالات الحمل الطبيعي)
- توفر رعاية التوليد الحيوية الشمولية (على مستوى المستشفى). لحالات الحمل التي تصاحبها مضاعفات. بما في ذلك الجراحة ونقل الدم والتخدير)
- نسبة حالات الإدخال إلى أقسام الولادة والأمراض النسائية بسبب الإجهاض

التوصيات

فيما يلي بعض التوصيات التي تمت صياغتها بناءً على التحليل الذي قام به هذا التقرير، والتي يتوقع منها أن تكون بمثابة محددات ممكنة لسياسة صحة المرأة في الأرض الفلسطينية المحتلة:

- تحسين البيانات لتتبع مؤشرات صحة المرأة من ناحية الإتاحة والوصول والجودة. ينبغي تخصيص الموارد المالية الكافية لكي تصبح «عملية التتبع» هذه فاعلة.
- تفحص متغيرات المؤشرات الصحية مع الأخذ بالاعتبار الوضع السياسي والعنف والتهجير.
- التأكيد على أهمية تعليم الأمهات. إذ يتضح من هذه الدراسة أن انخفاض تعليم الأم ارتبط بشكل ملموس بزيادة نسبة سوء التغذية لدى الأطفال عند ضبط عمر الطفل والجنس ودخل الأسرة.
- توفير سبل حماية للنساء الحوامل الداخليات إلى سوق العمل. وتعزيز سبل الحماية القائمة حالياً، مثل إجازة الأمومة، للنساء اللاتي يشاركن في القوى العاملة. وتحسين فرص العمل للنساء

المتزوجات. خاصة من خلال توفير المزيد من الوظائف بدوام جزئي. فمن شأن الوظائف بدوام جزئي أن تمكن الأم الجديدة من دعم أسرتها فيما تكون قادرة على رعاية أطفالها في الوقت ذاته.

• رفع مستوى الوعي في أوساط مقدمي الرعاية الصحية بشأن زيادة تعرض النساء للأمراض المزمنة، وخاصة أمراض القلب والأوعية. فوفقاً لمركز مراقبة الأمراض، تعاني ثلث النساء الراشحات من شكل أو آخر من أمراض القلب والأوعية (55). وقد كانت أمراض القلب والأوعية مسؤولة عن وفيات الإناث بقدر أكبر من السرطان وأمراض الرئة المزمنة ومرض الزهايمر والحوادث والسكري مجتمعة. من البرامج التي يمكن أن تكون نموذجاً للاستخدام في الأرض الفلسطينية المحتلة برنامج WISEWOMAN الذي يدار من خلال قسم الوقاية من أمراض القلب والسكتات في مركز مراقبة الأمراض. يزود هذا البرنامج النساء ذوات الدخل المنخفض الحاصلات على تأمين صحي غير كامل أو غير المشمولات بالتأمين في عمر 40-64 سنة بفحوص لتفصي عوامل المخاطرة بالإصابة بالأمراض المزمنة، والتدخلات بشأن نمط الحياة، وخدمات التحويل سعياً للوقاية من أمراض القلب والأوعية (55).

• وضع أنظمة تؤكد على ضرورة الحصول على الرعاية بعد الوضع. وخاصة في الأسبوع الأول الذي يعتبر حرجاً لكل من الأم والطفل. توضح هذه الدراسة أن النساء اللاتي تلقين التنقيف الصحي أثناء حملهن بخصوص الرعاية بعد الوضع كن أكثر احتمالاً لطلب الرعاية بعد الوضع. بالإمكان إدماج الرعاية بعد الوضع في الرعاية الصحية الأولية، وخاصة مع برامج التطعيم. كما ينبغي أيضاً تنفيذ زيارات منزلية خلال الأسبوع الأول بعد الوضع. إن الحاجة قائمة لتبني إرشادات وأنظمة تكفل وصول جميع النساء للرعاية بعد الوضع بناءً على الحقائق التالية:

• تحدث حوالي 50% من وفيات الأطفال الرضع في فلسطين في أول ستة أيام بعد الولادة، مما يبرز أهمية الرعاية بعد الوضع. خصوصاً في الأسبوع الأول والرحم من حياة الطفل. وينبغي أن تتضمن خدمات الرعاية بعد الوضع، وبشكل أساسي، تعليم الأم التعرف على العلامات الحرجة.

• بالإمكان إنقاذ حياة الأطفال من خلال إتاحة الوصول إلى التدابير الصحية الأساسية (مثل توفير الرعاية أثناء الحمل، والولادة تحت إشراف كادر صحي مؤهل وقادر على اكتشاف المضاعفات وتحويلها أو علاجها، والرعاية بعد الوضع خلال الساعات والأيام الأولى الحرجة بعد الولادة، بما في ذلك الإرشاد بشأن رعاية المولود مثل الاقتصار على الرضاعة الطبيعية والحفاظ على دفء الطفل وطلب المساعدة في حال ملاحظة علامات المرض وضمان توفير العلاج في حال الإصابة بالالتهاب الرئوي والإسهال) (19).

• بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية من خلال تزويدهم بالتدريب على رعاية المواليد، وخاصة أن نصف وفيات الأطفال الرضع تحدث في الأسبوع الأول من حياة الطفل.

• توفير الرعاية النفسانية للأمهات. فبما أن أغلب وفيات الأمهات تحدث في الفترة النفسانية المبكرة، يكون من الضروري والحيوي تقديم الرعاية النفسانية من أجل اكتشاف أية مشكلة صحية وعلاجها في حينه. كما أن الرعاية النفسانية تتيح الفرصة لدعم الإرضاع الطبيعي وتقديم الإرشاد بشأن تنظيم الأسرة (56).

• تعزيز توزيع فيتامين «أ» وفيتامين «د» مع برامج التطعيم.

• تنوع وتوسيع وسائل منع الحمل العصرية المتاحة وتقديم الإرشاد بخصوص الوسائل الأنسب لكل امرأة، بالنظر إلى الفترة التي تمر بها في دورة حياتها. ومواصلة الجهود التثقيفية وبرامج الاتصال للمساعدة في معالجة العديد من العوائق أمام استخدام تنظيم الأسرة. بما في ذلك المعتقدات الخاطئة والحرافات المتعلقة بمختلف وسائل تنظيم الأسرة. هذا بالإضافة إلى أن توسيع القدرة على الوصول إلى موانع الحمل الطارئة من خلال إدخال إصلاحات على سياسات الأونروا وإجراء حملات تثقيفية موجهة نحو الممارسين الإكلينكيين والصيدالين سيساهم على الأرجح في خفض عدد حالات الإجهاض المتعمد الذي يهدد حياة الأم.



- تطبيق قانون العمل وأحكامه التي تحمي الأطفال. يجب إيلاء اهتمام خاص بالأطفال في سوق العمل، حيث تشكل الإناث 3.2% من الأطفال العاملين. إن الحاجة قائمة، في هذا السياق، لفرض تطبيق القوانين من أجل حماية الأطفال.
- وضع السياسات التي تحسن من رفاه النساء المسنات الفلسطينيات. يجب أن تهدف هذه السياسات إلى تعزيز الرعاية الاجتماعي وتقديم الخدمات الصحية معقولة التكلفة التي تستجيب لاحتياجاتهن الصحية المحددة. إن الحاجة لخدمات الرعاية الاجتماعية ملحة، وخاصة أن المسنين كثيراً ما ينفصلون عن أفراد عائلاتهم بسبب الوضع السياسي.
- هناك حاجة أيضاً لتدريس مساقات أخلاقيات المهنة في كليات الطب وكليات ومعاهد التمريض التي تخرج المهنيين الصحيين. بحيث يتم تناول أخلاقيات التعامل مع المسنين وأهمية احترامهم، إلى جانب الحساسية تجاه احتياجاتهم العاطفية والصحية والقدرة على التعرف عليها.
- ينبغي إنشاء مراكز رعاية نهارية للمسنين لإضافة الحياة إلى أحوالهم من خلال الأنشطة الترفيهية والرياضة وإشراكهم في الرعاية المجتمعية لمساعدتهم على الإحساس بأنهم لا يزالون قادرين على العطاء.
- تمكين القابلات حتى يتولين القيام بالرعاية أثناء الحمل وبعد الوضع والمشاركة بقدر أكبر في الولادات الطبيعية.
- وضع الأنظمة التي تتيح للكادر التمريضي والقابلات تقديم خدمات تنظيم الأسرة وتركيب اللولب للنساء. إن الأونروا تشجع الكادر التمريضي والقابلات على تقديم خدمات تنظيم الأسرة، فيما أن القطاع الحكومي يسمح للأطباء فقط بتركيب اللولب. وبسبب النقص في أعداد الإناث في الطواقم الصحية، فإن هذا التقييد يضيف إلى العوائق أمام تنظيم الأسرة التي تم تفحصها في هذا التقرير.
- دمج تنظيم الأسرة في كافة مرافق الرعاية الصحية الأولية لتخفيض مستوى الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة.
- على خطة الإصلاح والتنمية الفلسطينية أن تنظر بجديّة في تدخلات صحة المرأة التي تعزز الوقاية من العنف القائم على النوع الاجتماعي والقضاء عليه وتتناول الكشف عن العنف وتدبيره من خلال المؤسسات الصحية الحكومية.
- تحسين جودة الخدمات وتيسرها في برامج صحة المرأة عبر دورة حياتها، مع التركيز بشكل خاص على النساء الفقيرات في المناطق المحرومة.
- زيادة القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية بتكاليف مقبولة.
- على وزارة التربية والتعليم أن تفتح المزيد من مراكز التعليم والتدريب المهني للفتيات في فلسطين باعتبار ذلك من التدخلات التي يمكن أن تساعد في رفع مساهمة المرأة في سوق العمل.
- تصميم وتطبيق تدخلات لمكافحة التدخين في أوساط الشباب، وخاصة في الضفة الغربية، حيث تعتبر نسبة المدخنين من الأطفال في عمر 13-15 سنة الأعلى في الإقليم. ومن التوصيات الأخرى رفع سعر السجائر.
- إجراء بحوث في المستقبل لتفحص العوامل المرتبطة بالولادة القيصرية، وخاصة في أريحا، ودراسات لفحص احتياجات النساء المسنات للرعاية الصحية، ودراسات أخرى لتفحص العوائق أمام الحصول على الرعاية بعد الوضع، وبحوث كيفية تفحص جودة الرعاية أثناء الحمل وبعد الوضع.
- فيما يلي أسئلة يوصى بإضافتها إلى المسح الصحي الوطني الفلسطيني:
 1. أسئلة عن نوعية الحياة: كيف تقيّم صحتك اليوم: ممتازة، جيدة جداً، جيدة، مقبولة، سيئة.
 2. سؤال النساء في الأربعينيات من العمر إذا ما سبق لهن أن قمن بالفحص الشعاعي للثدي للكشف عن سرطان الثدي، والذي يعتبر أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين النساء، وسؤال

- النساء في عمر 50 سنة فأكثر إذا ما سبق لهن أن تعرضن لتنظير القولون للكشف عن سرطان القولون والمستقيم. فقد جاء سرطان القولون والمستقيم. سنة 2005. في المرتبة الثانية ضمن أكثر أنواع السرطان شيوعاً لدى النساء الفلسطينيات (41).
3. السؤال عن عدد فحوص الأمواج فوق الصوتية التي تلقتها المرأة طوال حملها (مقياس لمدى ملاءمة الرعاية أثناء الحمل).
 4. لماذا اختارت النساء العوامل الذهاب إلى أخصائي للحصول على الرعاية أثناء الحمل وبعد الوضع. بدلاً من الذهاب إلى قابلة.
 5. سؤال المرأة إذا ما كانت راضية عن الرعاية أثناء الحمل والرعاية بعد الوضع.
 6. إذا ما كان تم قياس ارتفاع قعر الرحم وامتانة الرحم خلال الرعاية بعد الوضع.
 7. سؤال النساء المتزوجات إذا ما كن يعرفن عن أقراص منع الحمل الطارئة أو يستخدمنها.
 8. سؤال النساء المتزوجات إذا سبق لهن أن سعين للإجهاض المتعمد طيلة حياتهن.

الجدول 1(أ): نسبة الأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن حسب العمر (ذكور). المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

المرض	20-0	30-21	40-31	50-41	60-51
ارتفاع ضغط الدم	0.0	0.1	0.5	5.9	16.1
الروماتزم	0.1	0.4	1.5	2.2	4.1
القرحة	0.0	0.4	2.3	2.9	3.9
السرطان	0.0	0.0	0.1	0.2	0.4
فقر الدم	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
السكري	0.1	0.4	1.3	7.5	15.7
مرض القلب	0.2	0.2	0.7	2.9	9.4
مرض الكلى	0.1	0.2	0.3	0.8	2.5
مرض الكبد	0.0	0.0	0.3	0.4	0.3
هشاشة العظام	0.0	0.1	0.0	0.1	0.4
الثلاسيميا	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
السكتة الدماغية	0.0	0.0	0.1	0.3	1.1
الصرع	0.2	0.3	0.1	0.7	0.3
الربو	0.4	0.7	0.9	1.2	2.5
ارتفاع الكوليسترول	0.0	0.1	0.2	0.7	1.6
الاكتئاب	0.0	0.0	0.3	0.5	0.1
الدراق/التسمم الدرقي	0.1	0.1	0.0	0.1	0.4
مرض عصبي	0.1	0.3	1.0	1.4	1.2
المياه الزرقاء/جلوكوما	0.1	0.0	0.1	0.3	1.1
آلام الظهر المزمنة	0.0	0.4	1.5	2.9	4.2



الجدول 1(ب): نسبة الأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن حسب العمر (إناث). المشروع العربي لصحة الأسرة 2006

60-51	50-41	40-31	30-21	20-0	المرض
31.9	13.0	3.2	0.8	0.0	ارتفاع ضغط الدم
16.6	12.0	4.8	1.2	0.2	الروماتزم
5.1	3.8	2.9	1.2	0.0	القرحة
0.5	0.7	0.1	0.0	0.0	السرطان
0.7	0.9	0.8	0.5	0.1	فقر الدم
24.8	9.2	1.8	0.2	0.0	السكري
7.3	2.1	0.5	0.3	0.1	مرض القلب
1.2	2.1	1.2	0.5	0.0	مرض الكلى
1.1	0.6	0.2	0.2	0.0	مرض الكبد
3.3	0.4	0.2	0.0	0.0	هشاشة العظام
0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	الثلاسيميا
1.2	0.1	0.0	0.0	0.0	السكتة الدماغية
0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	الصرع
2.5	2.1	1.6	0.4	0.3	الربو
2.9	0.6	0.1	0.0	0.0	ارتفاع الكوليسترول
0.4	0.1	0.1	0.1	0.0	الاكتئاب
1.6	1.4	1.1	0.3	0.0	الدراق/التسمم الدرقي
1.6	0.7	0.3	0.3	0.0	مرض عصبي
1.4	0.4	0.2	0.1	0.0	المياه الزرقاء/جلوكوما
5.2	4.1	1.1	0.2	0.0	آلام الظهر المزمنة



1. Inter-Agency Standing Committee. *Women. Girls. Boys and Men: Different Needs-Equal Opportunities*; 2006.
2. Lin V. Ellickson C. Glover J. Kate Silburn K. Wilson G. Poljski C. Comparative evaluation of indicators for gender equity and health *Int J Public Health* 2007;52: S19-S26.
3. Pan Arab Project for Family Health. Available from: <http://www.papfam.org>
4. PCBS. *Palestinian Family Health Survey. 2006: Final Report*. Ramallah- Palestine; 2007.
5. PCBS. *Palestinian Central Bureau of Statistics. Press release*; 2008 March 6. 2008.
6. PCBS. *PCBS Press Release* 2009; 2009.
7. (PCBS) TPCBoS. *Press Release. A Statistical Report About Land Use Statistics in the Palestinian Territory*; 2008.
8. (oPt) UNCTOPT. *Confidential Report to the CEDAW Committee UNFPA*; 2008 June 2008.
9. Kuttab E. *Social and Economic Situation of Palestinian Women 2000-2006*-. Beirut: Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA); 2007.
10. UNFPA. *State of the World Population 2008 - Reaching Common Ground: Culture. Gender and Human Rights*; 2008. 12 November 2008.
11. PCBS. *Population. Housing and Establishment Census. 2007. Preliminary Results*. 2008.
12. Elia Zureik E. Brunner M. Hussein J. Lapeyre F. *The Living Conditions of The Palestinian Refugees Registered with UNRWA in the West Bank. Gaza Strip. Jordan. the Syrian Arab Republic. and Lebanon- A Synthesis Report*. January 2007.
13. Bank TW. *Implementing the Palestinian Reform and Development Agenda. Economic Monitoring Report to the Ad Hoc Liaison Committee*; May 2008.
14. Al-Rifai A. *Political Instability and Nation-Building: Sexual Violence against Female Teenagers in the Occupied Palestinian Territories*. Women Studies Centre. 2007.
15. United Nations Economic and Social Council. *Situation and Assistance to Palestinian Women: Report of the Secretary-General. Fifty First Session of the Commission on the Status of Women. 26 February to 9 March 2007*.

16. PCBS. *MDG indicators in Palestine*. 1994-2008 ;2007-.
17. WHO. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood Programme*. Geneva. Switzerland; 1996.
18. Children ST. *Newborns and Babies in Gaza Face Increasing Health Threats. Infants Endangered by Security Situation. Gaza Hospitals Overwhelmed. Women in Labour Unable to Reach Health Facilities*. Jerusalem; Jan. 11. 2009.
19. BirZeit University. *The Children of Palestine in the Labour Market (A Qualitative Participatory Study)*. November 2004.
20. Barghouthi M. Rahil R. Odeh M. *Study of Perinatal and Infant Mortality in the West Bank and Gaza*. 2003.
21. Mokhtar MM. Consanguinity and advanced maternal age as risk factors for reproductive losses in Alexandria. Egypt. *European Journal of Epidemiology* 2004; 17(6): 559-65.
22. Sadot AN. *Children of a Twilight Zone - Palestinian Children Working in Israel*; 2006.
23. PCBS. *Access to Health Services Survey-2003. Main Findings*. April 2004.
24. WHO. [cited; Available from: <http://www.who.int/vaccines/en/vitamina.shtml#strategies>].
25. American Academy of Paediatrics. American Academy of Paediatrics Updates Guidelines for Vitamin D Intake CME/CE. *Paediatrics* 2008 October 13; 122: 1142-52.
26. Maram Project. *Assessment of Vitamin A Prevalence among Children Aged 12-60 Months*. 2003.
27. Piko BF. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Paediatrics*. November 22. 2006; 166(7).
28. World Bank. [cited; Available from: <http://web.worldbank.org>].
29. PCBS. *PCBS Labour Force Survey in 2005*.
30. Afifi M. *Delivery Systems for Substance Abuse Treatment: Gaza and West Bank*. Istanbul: Substance Abuse Research Centre; 2005.
31. UNAIDS. (<http://www.undp.ps/en/focusareas/hiv.html>).
32. Al Rifai A. *Knowledge of Palestinian Girls & Women about HIV/AIDS - Behavioral Policy-Oriented Approach for Health Promotion*. UNIFEM; 2006.



33. Brodish PH. *The Irreversible Health Effects of Cigarette Smoking*. New York: The American Council on Science and Health. June 1998.
34. CDC. *Fact Sheet: Smoking and Tobacco Use: Current Estimates*. February 2009.
35. Khader A SY. Turki Y. *Fact Sheets on the Results from the Global School Personnel Survey (GSPS) Conducted in UNRWA Schools in the Five Fields*. UNRWA. World Health Organization. CDC; July 2008.
36. Ministry of Planning. *Poll Results according to Region*. 2006.
37. UNDP. *Improving Maternal Health to Achieve the Millennium Development Goals in the Eastern Mediterranean Region: A Youth Lens*.
38. WHO. *Preventing Chronic Disease. a Vital Investment*, 2005.
39. Abdeen H. Chronic Diseases in Palestine: The Rising Tide. *Israeli-Palestinian Public Health Magazine (Bridges)* 2006;2(3).
40. WHO. *Health conditions in the occupied Palestinian territory. including east Jerusalem. and in the occupied Syrian Golan*, 2008.
41. Husseini A. Mikki N. Ramahi TM. Ghosh H. Barghuthi N. Khalili M. Bjertness E. Cardiovascular diseases. diabetes mellitus. and cancer in the occupied Palestinian territory *Lancet* March 5. 2009.
42. Bosmans M. Naser D. Khamash U. Claeys P. Temmerman M. Palestinian Women's Sexual and Reproductive Health Rights in a Longstanding Humanitarian Crisis. *Reproductive Health Matters* 2008;16(31): 10311-.
43. Lea Vuori NC. Clement J. Mora JO. Wagner M. Herrera MG. Dietary supplements during pregnancy: Nutritional supplementation and the outcome of pregnancy. *AmJ Clin Nutr* 1979;32:: 4639-.
44. WHO. *Health conditions of. and assistance to. the Arab population in the occupied Arab territories. including Palestine*, 2005.
45. UNFPA. *Palestinian Children in Armed Conflict*, 2007.
46. Jurdi R. Khawaja M. Caesarean section rates in the Arab region: a cross-national study *Health Policy Plan* 2004;19(2): 101 - 10.
47. Chalmers B. Mangiaterra V. Porter R. *WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal. Perinatal. and Postpartum Care Course*, 2001.

48. Foster A. Francoise D. Wynn LL. Harrison T. Access Denied: Political, regulatory, and institutional barriers to emergency contraception access in Palestine. *Politics, Policy and Public Health* 2007.
49. Jurdi R. *Unintended Pregnancies Remain High in Jordan*: Population Reference Bureau; 2008.
50. Kort N. The Golden Age in Palestine Reality, Reflections, and Aspirations. *This Week In Palestine*. November. 2007(115).
51. Johnson RJ. Wolinsky FD. Perceived health status and mortality among older men and women. *Journals of Gerontology*. 1992.
52. Sabella B. Our Palestinian Elderly: A Sociological View. *This Week In Palestine*. November 2007(115).
53. Kinsella K. Phillips. D.R. Global Aging: The Challenge of Success. *Population Bulletin* 2005;60(1).
54. Sayege S. *Training Manual to Improve Skills of Health Educators in Reproductive and Sexual Health*. Palestinian Family Planning & Protection Association; 2007.
55. CDC. *WISEWOMAN - Well-Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation*. [cited; Available from: <http://www.cdc.gov/WISEWOMAN/>]
56. WHO. *World Health Day / Safe Motherhood*; April 1998.



