

صحة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة



في هذا العدد:

- الإنتشار المكاني لزواج الأقارب في فلسطين
- تشوية الأعضاء التناسلية للأنثى في بعض البلدان العربية
دراسة مقارنة (مصر - اليمن - جيبوتي - السودان)
- المناطق العشوائية والأمن.
- دور الأم في الوقاية من الحوادث المنزلية (دراسة ميدانية)

ملخصات رسائل جامعية

- علاقة النمط الحياتي بانتشار الأمراض البيئية في بعض الدول العربية.

صحة الأسرة
تروك ألفتنا



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

المجلد الثالث - العدد التاسع - سبتمبر 2010

الهيئة الاستشارية والعلمية
(حسب الترتيب الأبجدي)

- أ.د. أحمد رجاء رجب أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر
- د. أحمد عبد المنعم مدير المشروع العربي لصحة الاسرة بجامعة الدول العربية. مصر
- أ. أحمد عبد الناظر مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس
- أ.د. أحمد مصطفى العتيق عميد معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس. مصر
- أ.د. الزبير عروس أستاذ علم الاجتماع، جامعة الجزائر، باحث بمركز بحوث الاقتصاد التطبيقي للتنمية. الجزائر
- د. التيجاني طاهر التيجاني كبير خبراء السياسات السكانية، الأمم المتحدة بالرياض. السودان
- د.أيمن زهري خبير دراسات السكان والهجرة. مصر
- أ.د. توفيق بن حوجه مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. السعودية
- د. سلمى جلال خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. مصر
- د. رامز مهاني مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. سوريا
- أ.د. شبيب دياب أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. لبنان
- د. عبد العزيز محمد فرح خبير في استراتيجيات السكان والتنمية. السودان
- د. عادل التاجوري خبير صحة الطفل والتغذية، مركز بحوث التغذية البشرية بفرنسا، ليبيا.
- أ.د. عثمان الحسن محمد نور أستاذ علم السكان ومستشار مبادرة حماية الأطفال في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، السودان.
- د. عزت الشيشيني مستشار ديموجرافي، المركز الديموجرافي بالقاهرة، مصر.
- أ.د. فوزي عبد الرحمن أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر.
- أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح عميد معهد البحوث والدراسات الإحصائية- جامعة القاهرة، مصر.
- أ. مصطفى أزلماط خبير الدراسات والبحوث الديموغرافية والصحية، وزارة الصحة، المغرب.



صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات

رئيس التحرير

د. أحمد عبد المنعم

مدير المشروع العربي لصحة الأسرة

سكرتارية التحرير

رابح حلبي

أروى هاشم

الآراء الواردة في المجلة لا تعبر بالضرورة عن رأي جامعة الدول العربية، أو الجهة التي يعمل فيها الكاتب.



شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بصحة الأسرة والسكان.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- ترسل الموافقة على النشر بعد شهرين من استلام المادة العلمية.
- الدراسات التي لم تقبل لا ترد إلى أصحابها.
- ترسل المواد العلمية وجميع المراسلات على العنوان التالي:
- 22 أش طه حسين- الزمالك- الدور الثالث شقة 13- القاهرة
- أو البريد الإلكتروني papfaminfo@papfam.org
- تليفون/ فاكس: +202 - 27363834

الافتتاحية

حرصاً من إدارة المشروع العربي لصحة الأسرة في جامعة الدول العربية على توسيع قاعدة مستخدمي بيانات المسوحات القطرية وتعظيم الاستفادة منها، وتشجيعاً للباحثين والدارسين ولتسهيل نشر الدراسات والبحوث التي يقومون بإعدادها، وتنفيذاً للتوصيات الصادرة عن لقاءات الخبراء وورشات العمل المتعددة التي نظمها المشروع بضرورة إصدار دورية علمية متخصصة.

يسرنا تقديم العدد التاسع من دورية "صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات" الذي يشهد تنوعاً أكبر في موضوعاته والتي نأمل أن تكون إضافة جديدة لإثراء المكتبة العربية بالموضوعات المختلفة حول صحة الأسرة والسكان في المنطقة العربية، كما نرحب بأرائكم ومقترحاتكم لتطويرها وإخراجها في أفضل صورة.

والله ولي التوفيق

رئيس التحرير

صحة الأسرة العربية والسكان
بحوث ودراسات
دورية علمية متخصصة محكمة
يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
	- الإنتشار المكاني لزواج الأقارب في فلسطين.
1حسام سليمان عيد
	- تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في بعض البلدان العربية - دراسة مقارنة (مصر - اليمن - جيبوتي - السودان).
41آمال زكي، رابع حليمي
	- المناطق العشوائية والأمن.
67عزت الشيشيني
	- دور الأم في الوقاية من الحوادث المنزلية، (دراسة ميدانية).
91آسيا شريف
	ملخصات رسائل جامعية:
	- علاقة النمط الحياتي بانتشار الأمراض البيئية في بعض الدول العربية.
115مروة أحمد عبد المنعم

الانتشار المكاني لزواج الأقارب في فلسطين

حسام سليمان عيد*

I- مقدمة:

تتعدد أشكال الزواج في المجتمعات، فمنه الزواج الخارجي، والزواج الداخلي (الزواج القرابي)، والزواج الأحادي، وتعدد الزوجات، ويرتبط انتشار أيّا من الأشكال السابقة بنوع الثقافة والعادات والتقاليد السائدة في تلك المجتمعات. وينتشر زواج الأقارب في الثقافات العربية والإسلامية وحتى الشرقية منها بشكل عام، في حين تتدني نسبة زواج القرابة إلى حدودها الدنيا في المجتمعات الغربية ذات الثقافات المغايرة لتلك السائدة في المجتمعات السابقة.

ويبدو أن زواج الأقارب في المجتمعات العربية يعد جزءاً رئيسياً من الثقافة السائدة فيها، فهناك اعتقاد شائع في المجتمع العربي أن زواج الأقارب قالبا ناجحا للحياة الزوجية بسبب المعرفة السابقة والتوافق بين الأزواج وعائلات الزوجين. ويشير جابر (Jaber, 1998) إلى أن نسب زواج الأقارب في العالم العربي مرتفعة جدا تتراوح ما بين (35%-55%) في حين لم تتعد تلك النسبة (0.5%) في العالم الغربي. ومن الملفت للانتباه، في دراسة التدمري وآخرون (Tadmouri et al, 2009) أن العديد من البلدان العربية سجلت لديها معدلات زواج أقارب من بين أعلى دول العالم تتراوح ما بين 20-50%، وعلى وجه التحديد يتم التفضيل في الزواج القرابي من الدرجة الأولى (أبناء العمومة) بمعدلات تتراوح ما بين 20-30%.

والفلسطينيون في الضفة الغربية وقطاع غزة، لا يختلفون عن بقية البلدان العربية في انتشار هذا النوع من الزواج. ويتميز المجتمع الفلسطيني بتفضيل تقليدي

* أستاذ محاضر غير متفرغ، جامعة القدس المفتوحة، غزة، فلسطين.

لزواج الأقارب بشكل عام والقرباية من الدرجة الأولى (ابنة العم) بشكل واضح، فتشير الدراسات والأبحاث رغم ندرتها في هذا المجال إلى أن نصف المجتمع الفلسطيني تقريباً يفضلون نمط الزواج من دائرة الأقارب، بينما يبتعد النصف الآخر عن ذلك، (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002). وتتنوع حجج وأسباب المدافعين عن زواج الأقارب داخل المجتمع الفلسطيني خاصة بين أبناء العمومة، فهو من وجهة نظرهم يحافظ على الميراث داخل العائلات الممتدة وعدم انتقاله إلى الغرباء، فضلاً عن المعرفة التامة بين الزوجين قبل الزواج مما يسهم في زيادة تلك المحافظة. وببساطة يبررون ذلك النمط من الزواج في قولهم: "ببساطة هذه عاداتنا" (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000).

1-1 أهمية الدراسة:

وعلى الرغم من حجم الدراسات العربية والمحلية المتعلقة بالأسرة رغم ندرتها، إلا أن الدراسات الخاصة بالزواج بوجه عام، وزواج الأقارب على وجه التحديد نادرة، وركز معظمها على مدى تأثير وارتباط زواج الأقارب بالوراثة والأمراض الوراثية التي يكتسبها الأولاد من والديهم جراء هذا النمط من الزواج، كما اقتصر معظمها على مدى انعكاس زواج الأقارب على الوضع الصحي فقط. لذا تتجلى أهمية دراستنا هذه بكونها من الأوائل في الدراسات السكانية والجغرافية التي تبحث في العلاقة بين التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية ومدى تأثيرها على ظاهرة زواج الأقارب في المجتمع الفلسطيني، والمجتمع العربي بوجه عام. كما تحاول إبراز التباين المكاني لانتشار أنماط الزواج داخل المجتمع الفلسطيني والتي تعد ظاهرة زواج الأقارب جزءاً منها، ومدى انتشاره بين الفلسطينيين، وتحديد أهم العوامل المؤثرة في ذلك النمط من الزواج. ومن ناحية أخرى، فإن موضوع هذه الدراسة على ندرته يستحق البحث الجاد، رغبة في إجراء المزيد من البحوث في هذا الميدان الذي ما زال يعاني من قلة الدراسات.

1-2 مشكلة الدراسة:

يتأثر نمط الزواج القائم والمفضل في المجتمعات بطبيعة التغير الحاصل في العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية والجغرافية السائدة فيها، ويؤدي التحول الحاصل في تلك التغيرات إلى حدوث تحول في الأنماط الشائعة من الزواج بشكل عام، وقد تؤثر تلك التغيرات الحاصلة داخل شرائح المجتمع الواحد في تفضيل نمط من أنماط الزواج دون الأنماط الأخرى؛ على الرغم من إشارة العديد من الدراسات التي أجريت على البلدان العربية إلى تراجع وتضاءل نسب المقبلين على الزواج من الأقارب. ومن الملاحظ على بيانات المسوحات التي أجراها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني خلال الفترة الممتدة منذ عام 1995 وحتى العام 2006 أن ظاهرة زواج الأقارب لم تشهد سوى انخفاضا طفيفا قد طرأ على نسب زواج الأقارب بعد عام 2000، وكذلك الأمر على مستوى الضفة الغربية وقطاع غزة، لذا تحاول هذه الدراسة الإجابة على بعض الأسئلة التالية:

إلى أي مدى ينتشر زواج الأقارب داخل المجتمع الفلسطيني؟ وما هي احتمالات حدوثه وفق الاتجاهات الزمنية؟ وما هي أبرز الفئات القرابية المفضلة عند المتزوجين من الأقارب؟ وما هو نمط الزواج المفضل حاليا وأكثر انتشارا من غيره؟ وما مدى درجة التباين الجغرافي في التأثير على هذا النمط؟ وهل يختلف نوع الزواج باختلاف محل إقامة الزوجة؟ وهل يؤثر المستوى التعليمي للمرأة في تفاوت أنماط الزواج؟ وهل يؤثر سن الزوجة عند زواجها الأول في اختلاف أنماط الزواج؟ وهل للمشاركة في العمل والمستوى المعيشي المرتفع دورا في تخفيض هذا النوع من الزواج؟ وما هي أكثر المحددات تأثيرا في هذا النمط من الزواج؟

1-3 أهداف الدراسة:

بشكل أكثر دقة، تهدف هذه الدراسة إلى تحديد نسب التوزيع الجغرافي لزواج الأقارب في فلسطين وتبايناتها على مستوى المنطقة الجغرافية، وعلى مستوى

المحافظات، وإظهار أهم المؤشرات الاجتماعية والديمغرافية والجغرافية المرتبطة بزواج الأقارب في فلسطين، مع إبراز أهم المحددات أو العوامل التي تؤثر في عملية الاختيار الزواجي كعمر الزوجة عند الزواج الأول، ومدة حياتها الزوجية، ومحل إقامتها، ومستوى تعليمها وحالتها العملية.

- الدراسات السابقة:

بعد إجراء فحص دقيق للدراسات السابقة العربية والمحلية ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة، تبين أنه لا يوجد دراسة تفصيلية تناولت تلك المتغيرات، بل جاء معظمها ضمن دراسات خاصة بظاهرة الزواج بشكل عام، والدراسات الطبية بشكل خاص، وعلى الرغم من ندره الدراسات التي تناولت ظاهرة زواج الأقارب، سوف يتطرق الباحث إلى بعض هذه الدراسات، والتي لها علاقة بموضوع دراستنا.

فقد كشف دراسة حديثة لتدمري وآخرون (Tadmouri et al, 2009) حول صلة القرابة والصحة الإنجابية في البلدان العربية عن وجود اختلافات واسعة بين الدول العربية وداخل الدولة الواحدة في تفضيل نمط الزواج القرابي. فقد أشارت الدراسة إلى أن زواج الأقارب ينتشر بشكل واسع في المناطق الريفية والمناطق الأكثر فقراً داخل المجتمعات العربية، ووجد أن زواج الأقارب ترتفع وتيرته في كل من قطر والإمارات واليمن وفي ولاية تلمسان بالجزائر. كما بينت أن هناك ميلاً واضحاً نحو الابتعاد عن ظاهرة زواج الأقارب مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة. وعلى الرغم من ذلك، تعود الأسباب المتعلقة بارتفاع الزواج القرابي في الدول العربية إلى مجموعة من المعتقدات الثقافية ذات الجذور العميقة التي تساهم في تعزيز الاستقرار الأسري.

وأشارت دراسة (الملك، 1991)، إلى أن نمط الزواج الدارج والمفضل حالياً في مخيم الجلزون في الضفة الغربية الموجودة داخل فلسطين يميل إلى النمط

الخارجي. وفي دراسة أجراها (أبو مصطفى، 2007) وجد أن العامل الديني كان من أكثر العوامل الدافعة للزواج من خارج العشيرة في المجتمع البدوي داخل قطاع غزة، تلاه العامل الصحي والعامل الاجتماعي والعامل النفسي والعامل الاقتصادي على التوالي في الأهمية. كما وجد أهمية ارتفاع المستوى التعليمي والدخل والعمر في توجه الشباب للزواج من خارج العشيرة.

وكشفت دراسة عساف وخوaja (Assaf & Khawaja, 2008) أن زواج الأقارب ما زال نمطا شائعا ومفضلا لدى عينة من المتزوجات والسابق لهن الزواج في الفئة العمرية 15-49 سنة في الأراضي الفلسطينية، ولم تجد دراستهما دورا للمستوى التعليمي للمرأة وعملها في التأثير على الابتعاد عن زواج الأقارب، في حين وجدت أن المستوى المعيشي لأفراد العينة كان له أثرا واضحا ومباشرا في زواج الأقارب.

وفي اليمن، كشفت دراسة الجنيد وآخرون (Gunaid et al, 2004) أن زواج الأقارب بلغ نحو 44.7% من الزيجات في صنعاء، وبلغت نسبة الزواج من أبناء العمومة حوالي 71.6% من إجمالي زواج الأقارب، وترجع الدراسة أسباب هذا النمو من الزواج إلى عمق الجذور الاجتماعية والمعتقدات الثقافية التي تحبذ هذا النمط من الزواج. وطبق جوردي وساكسينا (Jurdi and Saxena, 2003) دراسة حول مدى انتشار زواج الأقارب في اليمن، ومن خلال تحليل بيانات المسح الديموغرافي الصحي لعام 1997 وجد أن 40% من الزيجات التي تمت كانت قرابية و80% منها كانت لصالح أبناء العمومة، وتوصلا إلى وجود ارتباط عكسي بين زواج الأقارب وتعليم المرأة وعملها ومتوسط العمر عند الزواج الأول والوضع الاقتصادي، في حين لم يظهر لمتغيري مكان الإقامة والمنطقة الجغرافية دورا في تفسير هذا النمط من الزواج.

وفي المغرب العربي، وجدت دراسة هامي وآخرون (Hami et al, 2009) أن حوالي ثلث الزيجات التي تتم في المغرب تربطها علاقة قرابية.

وأشارت دراسة (وطفة والأنصاري، 2005) أن طلاب الجامعة يؤيدون أنماط الزواج المختلفة مع ميل وتفضيل واضحان تجاه زواج الأقارب بنسبة قدرها 53%، كما وجدت رفض واضح للفتيات الجامعيات لنمط الزواج التقليدي.

1-4 فروض الدراسة:

بناء على استعراض الدراسات السابقة حول زواج الأقارب، ستحاول هذه الدراسة اختبار العلاقة بين الزواج للنساء المتزوجات واللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-54) سنة ومجموعة من المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية وهي على النحو التالي:

1. وجود فروق جوهرية بين المتزوجات قرايبا في قطاع غزة والضفة الغربية.
2. وجود علاقة عكسية قوية بين عمر الزوجة عند الزواج الأول وزواج الأقارب.
3. الأجيال الشابة أكثر ميلا نحو الزواج من خارج دائرة الأقارب من الأجيال التي مضى على زواجهم 20 سنة.
4. يؤثر محل الإقامة في الحضر على انخفاض نسب زواج الأقارب.
5. المرأة اللاجئة أكثر ميلا نحو زواج الأقارب من المرأة المواطنة.
6. الزوجات اللاتي لم يغيرن سكنهن أكثر ميلا نحو زواج الأقارب.
7. الأسر التي تملك المنزل لديها تفضيل نمط زواج الأقارب بدرجة أعلى من الأسر المستأجرة للمنزل.
8. يؤدي زيادة عدد الغرف في المسكن إلى زيادة نسب زواج الأقارب.
9. يؤدي ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة إلى انخفاض إقبالها على زواج الأقارب.

10. المرأة العاملة لديها ميلا نحو تفضيل الزواج من خارج دائرة الأقارب.
11. يؤدي المستوى المعيشي المنخفض إلى زيادة نسب زواج الأقارب.

II- منهجية الدراسة والمعالجة الإحصائية:

1-2 متغيرات الدراسة:

لقد تم استخدام متغير تابع واحد في الدراسة وهو درجة القرابة بين الزوجين، وتم تحديد درجة القرابة أو عدمها بين الأزواج على النحو التالي:

القرابة من الدرجة الأولى وتشتمل على خمس فئات هي: ابن عم، وابن عمّة، وابن خال، وابن خالة، (ابن عم وخالة/ وابن عمّة وخال معا)، والقرابة من الدرجة الثانية وتشمل حالات الزواج من نفس الحمولة، أما الزواج من خارج الدرجة الأولى والثانية فيعبر عن عدم وجود صلة قرابة قائمة بين الزوجين. أما في حالة الجداول المتقاطعة تم تقسيم المتغير التابع إلى فئتين هما: من الأقارب ومن غير الأقارب. أما في نموذج تحليل الانحدار اللوجستي تم ترميز المتغير التابع إلى فئتين هما (0) من غير الأقارب و(1) من الأقارب.

أما المتغيرات المستقلة فصنفت تارة ترتيبية مثل العمر عند الزواج الأول ومدة الحياة الزوجية والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي عند تحليل كآي تربيع، وتارة رقمية بالسنوات عند إدراجها في نموذج تحليل الانحدار اللوجستي كمتغير العمر عند الزواج الأول ومدة الحياة الزوجية والمستوى التعليمي. أما باقي المتغيرات المستقلة تمت معاملتها على أنها إسمية وصنفت (أكواد) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول رقم (1): تعريف المتغيرات المستقلة وصورتها في تحليل الانحدار اللوجستي

المتغيرات المستقلة	ظهوره في المعادلة
المنطقة الجغرافية (X1)	الضفة الغربية = 0 (ف.م) غزة = 1
العمر عند الزواج الأول بالسنوات (X2)	سنوات أحادية
مدة الحياة الزوجية بالسنوات (X3)	سنوات أحادية
محل الإقامة (X4)	حضر = 0 (ف.م) ريف = 1 (x41) مخيم = 2 (x42)
مدة الإقامة (X5)	10 سنوات فأقل = 0 (ف.م) أكثر من عشر سنوات = 1
حالة اللجوء (X6)	لاجئ = 0 (ف.م) غير لاجئ = 1
الحالة العملية للمرأة (X7)	تعمل = 0 (ف.م) لا تعمل = 1
عدد الغرف (X8)	3 غرف فأقل = 0 (ف.م) أكثر من 3 غرف = 1
ملكية المسكن (X9)	ملك = 0 غير ذلك = 1
المستوى الاقتصادي (X10)	منخفض = 0 (ف.م) متوسط = 1 (x101) مرتفع = 2 (X102)
المستوى التعليمي (X11)	بالسنوات

(ف.م) الفئة المرجحة

2-2 مصدر بيانات الدراسة:

تتنمي هذه الدراسة إلى الدراسات المسحية، والتي يعتبر الاستبيان الأداة الرئيسية في عملية جمع البيانات من خلال المسح الديموغرافي الصحي 2004 الذي أجراه

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وبلغ حجم عينة المسح 6574 أسرة، في الضفة الغربية وقطاع غزة، وقد تم مقابلة 5799 أسرة في الأراضي الفلسطينية، بواقع 3746 أسرة في الضفة الغربية و2053 أسرة في قطاع غزة. وتم الاعتماد على النساء المتزوجات في العمر (15-54) سنة واللواتي سبق لهن الزواج، وتم مقابلة 4971 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج. (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005) وأشتمل المسح على سؤال للنساء في العمر 15-54 سنة المتزوجات واللواتي سبق لهن الزواج حول درجة القرابة بين السيدة وزوجها، وقسمت درجة القرابة إلى سبع فئات شملت جميع أنواع الزيجات على النحو التالي: ابن عم، وابن عمه، وابن خال، وابن خاله، وابن عم وخالة/ ابن عمه وخال معاً، والزواج من نفس الحمولة، ولا توجد قرابة بين الزوجين. كما تضمن المسح أسئلة أخرى حول خصائص المبحوثات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية. وحصل الباحث على بيانات هذا المسح من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

2-3 المعالجة الإحصائية:

تم استخدام الأساليب الإحصائية بشقيها الوصفي والاستدلالي من أجل الإجابة على فرضيات الدراسة وأسئلتها.

وتم استخدام الأسلوب الإحصائي الوصفي مثل: النسب المئوية لمتغيرات درجة القرابة بأنواعها المتعددة والمحافظات والمنطقة الجغرافية والأشكال والخرائط لقياس مقدار انتشار زواج الأقارب في المجتمع الفلسطيني. كما استخدم اختبار كأي تربيع (كا²) لقياس الفروق بين النساء المتزوجات من الأقارب وغير الأقارب حسب المتغيرات المختلفة، إضافة إلى استخدام معامل الارتباط للكشف عن العلاقة بين متغيرات الدراسة المستقلة ودرجة القرابة بين الأزواج. وأخيراً تم استخدام تحليل الانحدار اللوجستي من أجل إبراز بعض العوامل التي يعتقد أنها تؤثر في تحديد زواج الأقارب.

III - مناقشة النتائج

3-1 الاتجاهات الزمنية لزواج الأقارب في فلسطين

تجدر الإشارة في البداية إلى أن بيانات مسحي عامي 1995 و 2000 اعتمدتا على النساء في الفئة العمرية ما بين (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج، في حين أن بيانات مسحي عامي 2004 و 2006 اعتمدتا على النساء المتزوجات حالياً واللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-54) سنة.

يشهد المجتمع الفلسطيني شيوع ظاهرة زواج الأقارب بالدم كسائر المجتمعات العربية، سواء كانت ظاهرة القرابة من الدرجة الأولى أو من الدرجة الثانية (من نفس الحمولة)، فتشير نتائج الجدول رقم (2) إلى أن ما يقرب من 65% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) سنة قد تزوجن من قريب لهن من الدرجة الأولى أو من الدرجة الثانية في عام 1995، وقد بلغت حوالي 63.5% في قطاع غزة مقابل 66% في الضفة الغربية. في حين بلغت نسبة النساء اللواتي تزوجن من أقارب من الدرجة الأولى على مستوى فلسطين حوالي 29%، وشكلت نسبة من تزوجن بأزواج أقارب لهن من الدرجة الثانية حوالي 37%. وتسود ظاهرة زواج الأقارب من الدرجة الثانية في الضفة الغربية بشكل أكبر مقارنة مع قطاع غزة وهي 38.9% و 31.9% على التوالي.

وفي عام 2000 طرأ انخفاض ملحوظ على انتشار ظاهرة زواج الأقارب بأنواعه المتعددة في فلسطين، فبلغت النسبة حوالي 48.3% بين النساء المتزوجات واللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) سنة، مسجلة بذلك انخفاضاً خلال خمس سنوات بلغت قيمته حوالي 26%، وتتطبق تلك النتيجة على مستوى المنطقة الجغرافية مع وجود تفاوت في انتشار ظاهرة زواج الأقارب، حيث ترتفع في قطاع غزة لتصل نحو 53%، مقابل حوالي 46% في الضفة الغربية. وبذلك تبلغ نسبة الانخفاض في زواج الأقارب بين عامي 1995-2000 في الضفة حوالي 30.3%، في حين كانت نسبة الانخفاض في قطاع غزة لنفس الفترة حوالي

17.3%. وفي حقيقة الأمر لم يكن التميز البارز في الضفة الغربية في انخفاض نسبة الزواج من أبناء العمومة والخوولة (الدرجة الأولى) إنما كان الانخفاض في نسب الزواج من الأقارب من نفس الحمولة (الدرجة الثانية) فقط بنسبة انخفاض بلغت حوالي 50%. أما نسبة الانخفاض في الزواج من الدرجة الثانية في قطاع غزة بين عامي 1995-2000 بلغت 34.2%، وهي أقل من نسبة الانخفاض الحاصل في الضفة الغربية بحوالي 16%.

أما الملاحظ على نسب زواج الأقارب بشكل عام خلال العام 2004 و 2006 أنها قريبة من عام 2000 ولم يطرأ عليها سوى تغير طفيف على مستوى الوطن والمنطقة الجغرافية. وقد يعود الانخفاض المفاجئ للزواج من نفس الحمولة بين عامي 1995 و 2000 واستقراره بعد ذلك إلى اختلاف حجم العينة بين المسحيين، فقد بلغ عدد النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 سنة عام 1995 حوالي 15760 سيدة مؤهلة في حين بلغ عددهن في مسح عام 2000 ما يقرب 5363 سيدة مؤهلة فقط.

وفي حقيقة الأمر، تبدو المسألة معقدة عند مقارنة بيانات عام 1995 و عام 2006 ولا تتضح الصورة بشكل واضح، لذا سنعتمد في التحليل على بيانات عامي 2000 و 2006، لأنها أكثر مصداقية من حيث تمثيل حجم العينات بين المسحيين. ومن الملاحظ على التغير الحاصل في زواج الأقارب خلال الفترة الممتدة ما بين عامي 2000 و 2006 لم يشهد انخفاضا واضحا في انتشار زواج الأقارب من الدرجة الأولى في فلسطين سوى نسبة قدرها - 1.1% فقط، إنما كان الانخفاض واضحا وكبيراً لصالح زواج الأقارب من الدرجة الثانية، فقد بلغت نسبة الانخفاض خلال تلك الفترة حوالي -13.1%. وبذلك تكون نسبة الانخفاض العامة في زواج الأقارب خلال تلك الفترة الزمنية قد بلغت -6.0% فقط، مقابل ارتفاع نسبة زواج غير الأقارب إلى حوالي 6.0%.

جدول رقم (2): التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب درجة القرابة
بالزواج لسنوات مختارة

مقدار التغير % 2006-2000		2006 (4)	2004 (3)	2000 (2)	1995 (1)	درجة القرابة والمنطقة الجغرافية
الأراضي الفلسطينية						
6.0-	1.1-	28.1	27.4	28.4	28.7	درجة أولى
	13.1-	17.3	17.8	19.9	36.6	الدرجة الثانية
5.8		54.6	54.8	51.6	34.7	لا توجد قرابة
الضفة الغربية						
5.9-	3.0-	26.0	24.7	26.8	27.2	درجة أولى
	9.8-	17.4	17.2	19.3	38.9	الدرجة الثانية
5.0		56.6	58.1	53.9	33.9	لا توجد قرابة
قطاع غزة						
6.1-	1.6	32.0	32.2	31.5	31.6	درجة أولى
	17.6-	17.3	18.8	21.0	31.9	الدرجة الثانية
6.7		50.7	49.0	47.5	36.5	لا توجد قرابة

(1) دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1998، المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير المواضيع رقم 3 - الزواج - نتائج تفصيلية، رام الله فلسطين، ص 86.

(2) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002، تكون الأسرة في الأراضي الفلسطينية، ص 31.

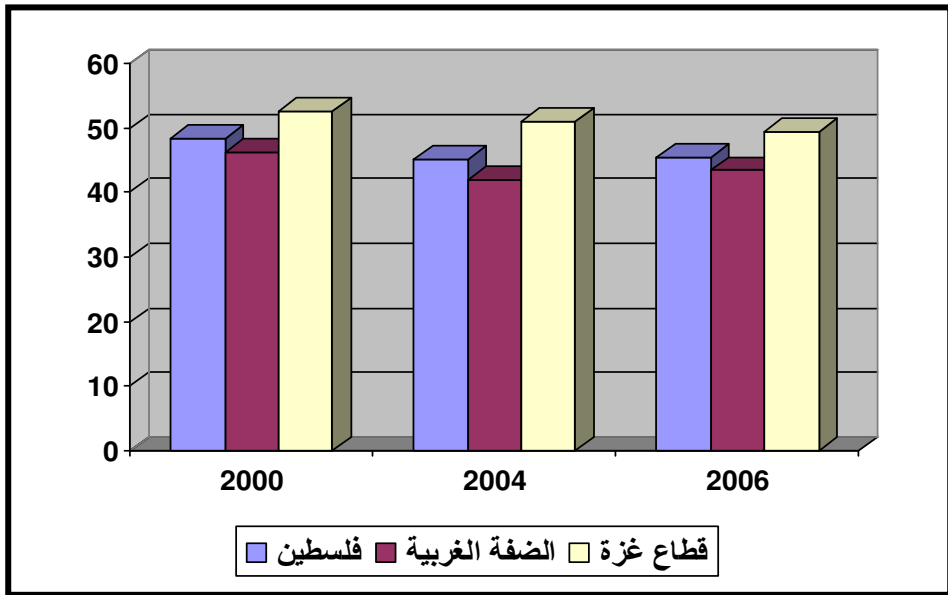
(3) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح الصحي الديمغرافي 2004، التقرير النهائي، ص 80.

(4) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007، المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي، ص 62.

ونلاحظ على مستوى المنطقة الجغرافية، أن ظاهرة زواج الأقارب ما زالت شائعة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، فقد بلغت نسب التغير ما بين عامي 2000 و 2006 بين النساء المتزوجات من أقارب من الدرجة الأولى لصالح نساء الضفة الغربية حيث انخفضت من 27.2% إلى 26.0% بمقدار تغير بلغ - 3.0%،

أما في قطاع غزة فقد ارتفعت نسبة النساء المتزوجات أقارب لهن من الدرجة الأولى من 31.6% إلى 32.0% بمقدار تغير بلغ +1.6%. أما الزواج من الدرجة الثانية كانت نسبة انخفاضه في قطاع غزة أكبر من الضفة الغربية، فقد انخفض من 21% عام 2000 ليصل إلى 17.3% عام 2006 بمقدار انخفاض بلغ -17.6%. في حين كان مقدار الانخفاض في الضفة الغربية حوالي -10%، وعليه يمكن القول بأن قطاع غزة سجل انخفاضا في الزواج من نفس الحمولة خلال 6 سنوات أكثر من مثيله في الضفة الغربية بمقدار انخفاض بلغ -7.6%. وهذه النتيجة تثير تساؤلا هاما عن مدى جدوى التغيرات الحاصلة في بنية الأسرة الفلسطينية في الابتعاد عن الزواج من نفس الحمولة؟. وبشكل عام، نجد أن كلا من الضفة الغربية وقطاع غزة قد حققنا انخفاضا في زواج الأقارب بأنواعه المختلفة يكاد يكون متساويا خلال الفترة الزمنية من 2000-2006 بلغ حوالي -5.9% و-6.1% لكل منهما على حدى.

شكل رقم (1): التوزيع النسبي لزواج الأقارب حسب المنطقة وسنوات مختارة



ويظهر الشكل رقم (1) مقدار الانخفاض الحاصل في زواج الأقارب (من الدرجة الأولى والدرجة الثانية معا) على مستوى فلسطين والمنطقة الجغرافية خلال الفترة الممتدة ما بين عامي 2000 و2006، فقد تبين أن درجة الانخفاض نحو الزواج من الأقارب قد تراوحت نسبتها حول -6.0% على مستوى فلسطين والضفة الغربية وقطاع غزة.

3-2 درجات القرابة:

تشير بيانات الجدول رقم (3) إلى درجة القرابة بين الزوجين، والتي تعكس مدى انتشار زواج الأقارب داخل المجتمع الفلسطيني لعام 2004، فنجد أن نسبة زواج الأقارب قد بلغت 45.4% من إجمالي الزيجات، في حين كانت نسبة الزيجات من غير الأقارب حوالي 54.6%. كما يلاحظ أيضا، وجود تفاوت واضح في انتشار ظاهرة زواج الأقارب بين الضفة الغربية وقطاع غزة، فترتفع في قطاع غزة نسبة النساء المتزوجات من دائرة الأقارب لتصل نحو 51%، في حين تنخفض في الضفة الغربية إلى حدود 42%.

ومن أكثر أنواع الزيجات القرابية انتشارا كانت من نصيب نفس الحمولة بنسبة قدرها 17.8%، يليها الزيجات القرابية من ابن العم بنسبة 12.2% من مجموع الزيجات، في حين بلغت نسبة الزواج من أبناء العمات 5.1%، ثم من أبناء الخال 3.7% وأبناء الخالة 4.5%، أما أشكال الزواج المتقاطع (ابن عم وخالة/ ابن عمه وخال) كانت أقل النسب ولم تتعد 2.2%.

وعند النظر إلى أهمية التباين الجغرافي في تأثيره على انتشار زواج الأقارب، نلاحظ من بيانات الجدول رقم (3) أن سكان قطاع غزة يميلون إلى الزيجات القرابية بنسب أعلى من سكان الضفة الغربية وهي 51.2% و41.9% على التوالي. وعند إظهار أكثر أنواع الزيجات القرابية انتشارا بين الضفة وقطاع غزة نلاحظ من بيانات الجدول أن الزيجات من أبناء العم تنتشر في قطاع غزة بنسب أكبر من مثيلاتها في الضفة الغربية وهي 15.3% و10.3% على التوالي، وهي أكبر من المتوسط العام على مستوى الوطن البالغة 12.2%، وكانت أقل النسب

انتشارا من نصيب الزواج المتقاطع في الضفة الغربية وقطاع غزة وهي 2.2% و 2.1%. أما الزوجات من أبناء العمّة وأبناء الخال وأبناء الخالة فقد ارتفعن في قطاع غزة مقارنة مع الضفة الغربية وهي 15.2% و 12.1% على التوالي.

جدول رقم (3): التوزيع النسبي للزوجات حسب درجة القرابة مع الزوج والمنطقة

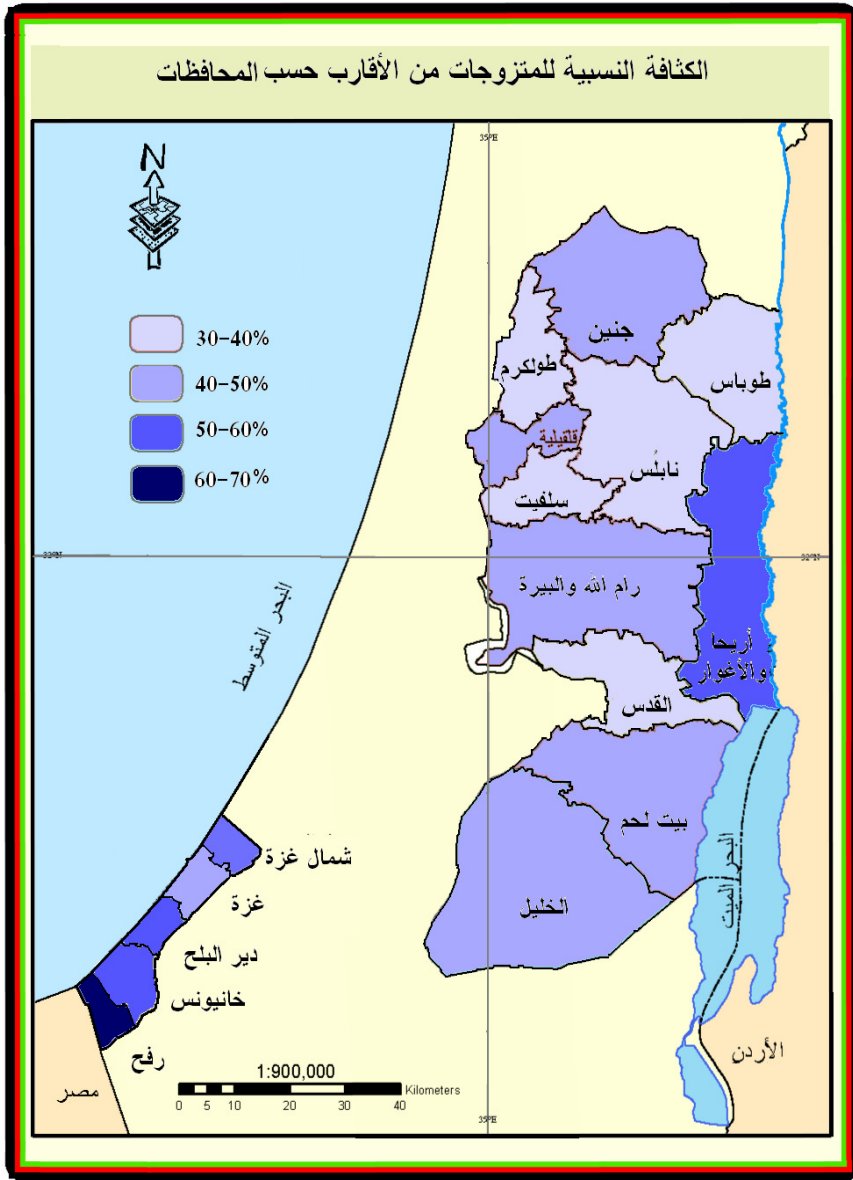
قطاع غزة	الضفة الغربية	فلسطين	درجة القرابة
15.3	10.3	12.2	ابن عم
6.0	4.6	5.1	عمّة
4.4	3.2	3.7	خال
4.8	4.3	4.5	خالة
2.1	2.2	2.2	ابن عم وخالة، ابن عمّة وخال
18.6	17.3	17.8	من نفس الحمولة
48.8	58.1	54.6	لا يوجد قرابة

قيمة كأي تربيع كا² = 53.256 وهي دالة عند مستوى 5%، المصدر: حسب بناء على بيانات المسح الصحي الديموغرافي 2004.

3-3 الانتشار المكاني للمتزوجات حسب نمط الزواج السائد والمحافظة:

وتبين الخريطة رقم (1) الانتشار المكاني لزواج الأقارب حسب المحافظات والتي يمكن تقسيم المحافظات بناء عليها حسب تركيز نمط الزواج السائد (من الأقارب- ومن غير الأقارب) إلى ثلاث مجموعات رئيسية على النحو التالي:

- محافظات تتراوح فيها نسبة الزواج من الأقارب ما بين 30-40% وهي: محافظات سلفيت، وطولكرم، والقدس، وطوباس، ونابلس.
- محافظات تتراوح فيها نسبة زواج الأقارب ما بين 40-50% وهي: بيت لحم، وجنين، وغزة، ورام الله، وقلقيلية، والخليل، وشمال غزة.
- محافظات تتراوح فيها نسبة الزواج من الأقارب ما بين 60-70%، وشملت فقط محافظة رفح.



المصدر: خريطة الأساس، مأخوذة من الأطلس الإحصائي لفلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. والكثافة من عمل الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات المسح الديموغرافي الصحي، 2004.

3-4 علاقة متغيرات الدراسة بزواج الأقارب:

أ- العمر عند الزواج الأول:

تشير نتائج الجدول رقم (5) إلى وجود علاقة عكسية بين عمر الزوجة عند زواجها الأول وتفضيل الزواج القرابي، وعلاقة إيجابية بين العمر عند الزواج الأول والزواج الخارجي. فتبين النتائج أن النساء اللاتي تزوجن زواجا قرابيا عند عمر أقل من 15 سنة قد بلغت نسبتهن 57.7% مقابل 24.4% من النساء اللواتي تزوجن عند 25 سنة فأكثر، وهذا يؤكد على أن الفتاة التي تتزوج عند سن صغيرة نسبيا يؤدي إلى انتشار ظاهرة زواج الأقارب بشكل أكبر من الفتاة التي تتزوج عن عمر 25 سنة فأكثر. وتدل قيمة كآي تربيع على وجود فروقات في النسب بين نمطي الزواج تعزى إلى العمر عند الزواج الأول عند مستوى دلالة إحصائية (0.000).

وعند تفحص العلاقة التآثرية للعمر عند الزواج الأول حسب المنطقة الجغرافية على نمط الزواج السائد، تبين أن النساء المتزوجات في الضفة الغربية عند أعمار صغيرة نسبيا تقل عن 15 سنة تنتشر بينهن ظاهرة الزواج القرابي بدرجة أكبر من المتزوجات من غير الأقارب، كما وجد أن تأخير عمر المرأة عند الزواج الأول عند عمر 25 سنة فأكثر يؤدي إلى انتشار ظاهرة الزواج من غير الأقارب بنسبة تصل 77.2% في الضفة الغربية. وفي قطاع غزة تميل النساء المتزوجات عند عمر أقل من 15 سنة إلى الزواج من الأقارب بدرجة أعلى من نساء الضفة الغربية فقد بلغت نسبتهن 63.5% و 52.4% على التوالي. كما تشير النتائج إلى ميل النساء المتزوجات عند عمر 25 سنة فأكثر في الضفة الغربية للزواج من خارج دائرة الأقارب بنسب أعلى من نساء قطاع غزة عند العمر نفسه، حيث بلغت النسب على التوالي 77.2% و 72.1%. وتدل قيمة مربع كآي على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.000) يعزى إلى العمر عند الزواج الأول في كل من الضفة وقطاع غزة.

وتفسر تلك النتيجة، على أن ظاهرة الزواج المبكر بين الفتيات تساهم في انتشار نمط زواج الأقارب، لأن الفتاة التي تتزوج عند سن مبكر سيكون لديها خبرة ومعارف تراكمية أقل من المرأة التي تتزوج عند عمر متقدم نسبياً يزيد عن 25 سنة، كما أنها تحرم من فرصة التعليم الجامعي والخروج من دائرة النسيج الاجتماعي المحيط بها مما يؤدي بها في نهاية المطاف إلى تفضيل الزواج القرابي.

ب- مدة الحياة الزوجية:

عند تفحص الفرض الخاص بوجود فروق بين نمط الزواج السائد يعزى إلى عامل مدة الحياة الزوجية، فتشير بيانات الجدول (5) إلى انحصار زواج الأقارب عند الأجيال الشابة التي لم يمض على زواجهن سوى 4 سنوات لتصل النسبة إلى 37.3%، مقابل انتشار ظاهرة الزواج القرابي عند الزوجات اللاتي مضى على زواجهن أكثر من 20 سنة بنسبة بلغت 45.6%. ومن جهة أخرى، نلاحظ ارتفاع نسب الزيجات غير القرابية للواتي لم يمض على زواجهن 5 سنوات لتصل 62.7%، مقابل 45.4% للواتي مضى على زواجهن 20 سنة فأكثر. وتعكس تلك النتيجة، مدى انخفاض نسب زواج الأقارب مع حداثه مدة الزواج بين الزوجين وميلها إلى الارتفاع مع زيادة مدة الحياة الزوجية بين الزوجين. وعند النظر إلى قيمة مربع كأي نجدها مرتفعة ومقبولة إحصائياً عند مستوى (0.000).

وعند فحص العلاقة بين المتغيرين على مستوى المنطقة الجغرافية، تبرز لنا شدة الفروقات في زواج الأقارب والأبعاد حسب مدة الحياة الزوجية بين الزوجين، ففي الضفة الغربية، تميزت حديثات الزواج التي لم تتعد مدة زواجهن 5 سنوات بانخفاض نسبة زواج الأقارب لتصل إلى 33.6%، في حين زادت تلك النسبة للواتي مضى على زواجهن 20 سنة فأكثر لتصل إلى حوالي 51%. وكانت قيمة مربع كأي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.000). أما في قطاع غزة، فتميل الأجيال الشابة إلى الزواج الخارجي بنسب أعلى من الأجيال التي مضى على زواجهن 20 سنة فأكثر، فقد بلغت النسب 57.3% و 39.6% على التوالي، ومن

الملاحظ أيضاً وجود فروقات بين حديثي الزواج بين كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، فتميل الأجيال الشابة في قطاع غزة إلى الزواج من الأقارب بنسب أعلى من الضفة الغربية لتصل لكل منهما على التوالي 42.7% و 33.6%. وهذا يدل على أن سكان الضفة الغربية يسبقون سكان قطاع غزة في انتشار ظاهرة الزواج الخارجي وخاصة بين كل الأجيال. ومن المرشح أن تشهد الأجيال الشابة في قطاع غزة بقاء على تفضيل نمط الزواج من الأقارب في ظل تردّي الأوضاع الاقتصادية بين سكانه وبقاء سياسة الحصار والإغلاق التي يفرضها المحتل.

ت - محل الإقامة:

تشير بيانات الجدول رقم (5) إلى العلاقة بين محل الإقامة المعتاد للزوجة ونمط الزواج السائد، وقد تبين وجود اختلافاً في نمط الزواج باختلاف محل الإقامة للزوجة، حيث كانت أعلى نسبة من زواج الأقارب في المناطق الريفية لتزيد عن نصف نساء الريف، تليها مناطق المخيمات بنسبة تقرب من 46%، ثم أتت أدنى النسب 42.5% بين اللاتي تزوجن زواجاً قرابياً للنساء في المناطق الحضرية. وعند مقارنة تلك النتائج ببيانات العام 2000 لم يلاحظ أي انخفاض في نسب النساء المتزوجات من الأقارب سوى في المناطق الحضرية والتي كانت قريبة من 48% مسجلة بذلك انخفاضاً بلغت قيمته حوالي 11.5% فقط (تكون الأسر في الأراضي الفلسطينية، 2002). وتدل قيمة مربع كاي على وجود علاقة جوهريّة بين مكان إقامة الزوجة ونمط الزواج السائد وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.000).

وتؤيد هذه النتيجة مدى انعكاس أثر مكان الإقامة على نمط الزواج من حيث كونه قرابياً أو خارجياً، ففي القرى والمخيمات الفلسطينية تتشابك العادات والتقاليد والنسيج الاجتماعي الذي يدفع نحو تفضيل الزواج من الأقارب الأمر الذي يقلل من فرصة الزواج الخارجي. أما في المدن الفلسطينية فالأمر مختلف نسبياً، من حيث كون العلاقات الاجتماعية التي تتسم بالتعقيد تؤدي إلى فقدان سيطرة الأسرة وخاصة الوالدان على اختيار الزوج أو الزوجة مما يدفع باتجاه الزواج الخارجي.

وعند فحص مدى تأثير نحل إقامة للزوجة حسب المنطقة الجغرافية على نمط الزواج السائد من حيث كونه قرابيا أو خارجيا يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (5) مدى انتشار زواج الأقارب في قطاع غزة بنسب أعلى من ذلك الزواج في الضفة الغربية، فنجد أن حوالي نصف النساء في مدن قطاع غزة قد تزوجن زواجا قرابيا في حين كانت تلك النسبة بين النساء في مدن الضفة الغربية حوالي 37.1%. ومن الملفت للانتباه في ريف قطاع غزة أن حوالي 70.6% من النساء قد تزوجن زواجا قرابيا في حين كانت تلك النسبة في ريف الضفة الغربية حوالي 49.6%. كما وتشير النتائج أيضا، إلى أن النساء المتزوجات في مخيمات قطاع غزة تميزت بانتشار زواج الأقارب بنسب أعلى عن تلك النسب بين النساء المتزوجات في مخيمات الضفة الغربية لتصل إلى (50.3%) و (34.2%) على التوالي. وتعتبر قيمة مربع كاي ذات دلالة إحصائية في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة عند مستوى (0.000).

وتعكس تلك النتيجة، مدى تأثير مكان الإقامة على نمط الزواج سواء كان قرابيا أو خارجيا، ويعزى ارتفاع نسب المتزوجات زواجا قرابيا في مدن قطاع غزة بفعل وجود عدد كبير من اللاجئين الفلسطينيين الذين تحولوا من المخيمات إلى المدن حاملين معهم بعض العادات والتقاليد المتوارثة والتي تحث على زواج بناتهم من أقربائهم اللاجئين. وتؤيد تلك النتيجة دراسة ملكة، 2004، والتي كشفت عن وجود عدد كبير من اللاجئين اللذين لا يحبذون زواج بناتهم من غير السكان اللاجئين.

ومن جهة أخرى، لعب الحيز الجغرافي المحدود لريف قطاع غزة المتميز بصغر مساحته وانتشاره مقارنة مع ريف الضفة دورا كبيرا في تماسك العادات والتقاليد المشجعة على الزواج القرابي بين العائلات الريفية، كما يغلب على ريف غزة الطابع البدوي وسيادة الملكية الأرضية مما دفع بالشباب للزواج من قريباتهم لعدم زوال الثروة.

ث - حالة اللجوء

تشير نتائج الجدول رقم (5) إلى حالة اللجوء وارتباطها بنمط الزواج السائد في فلسطين، ومن أجل التحقق من صحة الفرض القائل بأن اللاجئة تميل إلى زواج الأقارب بدرجة أعلى من غير اللاجئة، نلاحظ أن المرأة اللاجئة وغير اللاجئتين ما زال نمط الزواج القرابي مفضل لديهن، ولم تكن العلاقة ذات معنوية إحصائية عند مستوى 5%، وهذا يؤكد رفض الفرضية والقبول بفرض العدم الدال على عدم وجود تباين بين النساء المتزوجات اللاجئات وغير اللاجئات.

وعند فحص العلاقة التأثيرية لحالة اللجوء على مستوى المنطقة الجغرافية نلاحظ أن النساء اللاجئات في الضفة الغربية لديهن ميلاً نحو تفضيل الابتعاد عن الزواج من دائرة الأقارب، حيث تصل نسبة اللاجئات المتزوجات من الأقارب حوالي 36% مقابل 44% بين النساء المواطنات (غير اللاجئات)، ويبدو أن المرأة اللاجئة في الضفة الغربية لديها ميلاً أكثر نحو الزواج من خارج دائرة الأقارب بنسبة تفوق 64%، وتعتبر هذه النتيجة دالة إحصائياً عن مستوى 5%، وهذا يؤكد صحة الفرضية على مستوى الضفة الغربية فقط. أما الحالة في قطاع غزة، مازالت النسوة اللاجئات وغير اللاجئات لديهن ميلاً نحو زواج الأقارب حيث تصل نسبتهن عن 50%، وتعتبر هذه النتيجة غير دالة إحصائياً عند مستوى 5% مما يعني قبول فرض العدم. ويعود ذلك إلى ارتفاع نسب اللاجئتين في قطاع غزة مقارنة مع الضفة الغربية، وهي 69% و 26% على التوالي، وبذلك تكون فرصة الاختيار في قطاع غزة من دائرة اللاجئتين أكبر.

ج - ملكية المسكن:

يعتقد بأن ملكية المسكن لها علاقة بتفضيل نمط الزواج من الأقارب لما لها من تأثير في استقرار الوضع الاقتصادي، بينما من يقومون بالتأجير ترتفع بينهم نسب زواج الأبعد، ومن أجل التحقق من صحة هذا الفرض، تشير النتائج في الجدول رقم (5) إلى أن الملاك لديهم ميلاً نحو زواج الأقارب بنسبة تبلغ حوالي 46%

مقابل 41% لغير الملاك، وتظهر قيمة مربع كأي وجود علاقة بين ملكية المسكن ونمط الزواج حيث أن ملاك المنازل يميلون إلى الزواج من دائرة الأقارب بعكس المستأجرين. وعند تفحص هذا الفرض على مستوى المنطقة الجغرافية تبين معنوية العلاقة بينهما عند مستوى 5% في الضفة الغربية، فبلغت نسبة النساء المتزوجات من أزواج يملكون البيت حوالي 43% مقابل حوالي 37% من المستأجرين. وعلى مستوى قطاع غزة تبين عدم صحة هذا الفرض، وأنه ليس دال إحصائياً عند مستوى (0.05). وتفسر تلك النتيجة مدى تقارب الخصائص الاجتماعية والثقافية والديموغرافية في قطاع غزة ومدى تشابك العلاقات الاجتماعية والعائلية بين الأسر

جدول رقم (5) التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة حسب نمط الزواج (أقارب - غير أقارب)

غزة		الضفة		فلسطين		العمر عند الزواج الأول
غير أقارب	أقارب	غير أقارب	أقارب	غير أقارب	أقارب	
36.5	63.5	47.6	52.4	42.3	57.7	أقل من 15
47.7	52.3	45.6	45.4	51.9	48.1	19-15
49.2	50.8	61.8	38.2	57.4	42.6	24-20
72.1	27.9	77.2	22.8	75.6	24.4	25 فأكثر
*31.65		*56.83		*91.99		قيمة مربع كأي
مدة الحياة الزوجية						
57.3	42.7	66.4	33.6	62.7	37.3	4-0
54.4	48.6	60.5	39.5	57.2	42.8	9-5
50.7	49.3	61.2	38.8	57.8	42.6	14-10
48.5	51.5	57.6	42.4	54	46	19-15
39.6	60.4	49.1	50.9	45.4	45.6	20 سنة فأكثر
*70.46		*48.91		*77.65		قيمة مربع كأي

تابع جدول رقم (5) التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة حسب نمط الزواج (أقارب- غير أقارب)

غزة		الضفة		فلسطين		
غير أقارب	أقارب	غير أقارب	أقارب	غير أقارب	أقارب	
مكان الإقامة						
50.1	49.9	62.9	37.1	57.5	42.5	حضر
29.4	70.6	50.4	49.6	48.7	51.3	ريف
49.7	50.3	65.8	34.2	54.1	45.9	مخيم
*17.54		*50.69		*28.409		قيمة مربع كآي
حالة اللجوء						
49.8	50.2	64.3	35.7	55.4	44.6	لاجنئة
46.6	53.4	55.9	44.1	54.0	46.0	غير لاجنئة
**1.658		*17.182		**0.899		قيمة مربع كآي
ملكية المسكن						
47.7	52.3	63.3	36.7	58.9	41.1	غير ملك
49.0	51.0	56.8	43.2	53.7	46.3	ملك
**0.141		*8.269		*7.592		قيمة مربع كآي
عدد الغرف						
48.7	51.3	59.9	40.1	55.8	44.2	3 غرف فأقل
48.8	51.2	56.2	43.8	53.3	46.7	أكثر من 3 غرف
**0.011		*4.374		**3.219		قيمة مربع كآي

(**) غير دال إحصائياً عند مستوى (0.05)

(*) دال إحصائياً عند مستوى 0.000

تابع جدول رقم (5) التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة حسب نمط الزواج (أقارب- غير أقارب)

غزة		الضفة		فلسطين		
غير أقارب	أقارب	غير أقارب	أقارب	غير أقارب	أقارب	
الحالة العملية للمرأة						
55.0	45.0	62.6	37.4	60.6	39.4	تعمل
48.3	51.7	57.5	42.5	53.9	46.1	لا تعمل
** 2.153		** 3.386		*7.890		قيمة مربع كاي
مستوى تعليم الزوجة						
42.1	57.9	49	51	47.1	52.9	أمية
52.6	47.4	52.7	47.3	52.6	47.7	تقرأ وتكتب
42.5	57.5	54	46.0	50	50	ابتدائي
47.4	52.6	59.8	40.2	55.3	44.7	إعدادي
53.2	46.8	57.1	42.9	55.1	44.9	ثانوي
51.9	48.1	67	33	61.9	38.1	دبلوم
53.4	46.6	72.3	27.7	66.3	33.7	جامعي فأعلى
*0.041		*37.33		*36.83		قيمة مربع كاي
المستوى المعيشي						
46.3	53.7	53.8	46.2	50.4	49.6	منخفض
49.1	49.1	58.6	41.4	55.1	44.9	متوسط
57.4	42.6	62.4	37.7	61.3	38.7	مرتفع
**4.496		*7.893		*17.135		قيمة مربع كاي

(*) دال إحصائياً عند مستوى 0.000 (***) غير دال إحصائياً عند مستوى (0.05)

ح- عدد الغرف:

من أجل التحقق من صحة الفرض الخاص بارتباط عدد الغرف بنمط الزواج من الأقارب تبين النتائج على مستوى فلسطين في الجدول رقم (5) عدم وجود علاقة بينهما، وقيمة مربع كأي المحسوبة أقل من الجدولية وهي غير دالة إحصائياً عن مستوى (0.05) بينما تبين صحة هذه الفرضية على مستوى الضفة الغربية، حيث تميل الزوجات اللاتي يسكنن في منازل عدد غرفهن لا تزيد عن 3 غرف إلى الزواج من الأقارب بنسب أقل من الزوجات اللاتي يسكنن في منازل عدد غرفهن أكثر من 3 غرف، وكانت النسب 44.2% و 46.7% على التوالي. وتعتبر قيمة مربع كأي معنوية عند مستوى دلالة (0.05). أما علي مستوى قطاع غزة، فوجد أن ظاهرة زواج الأقارب شائعة بغض النظر عن عدد الغرف في المنزل وهي تفوق نسبة 51%، ولم يتبين صحة تلك الفرضية عند مستوى معنوية 5%.

خ- المستوى التعليمي للزوجة:

تشير بيانات الجدول رقم (5) إلى العلاقة بين مستوى تعليم الزوجة ونمط الزواج المفضل داخل المجتمع الفلسطيني، فنجد أن زواج الأقارب يرتبط سلباً بارتفاع المستوى التعليمي للزوجة، فقد شكلت نسب النساء الأميات والمتزوجات زواجا قرابياً 52.9% مقابل 33.7% بين الحاصلات على مستوى تعليمي جامعي فأكثر. ويبدو أن النساء الحاصلات على التعليم الجامعي فأكثر قد تميزن بميلهن للزواج من خارج دائرة الأقارب بنسبة بلغت 66.3%. وتدل قيمة مربع كأي على وجود علاقة بين مستوى التعليم ونمط الزواج، وكانت ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.000). وتؤيد تلك النتيجة الفرضية الخاصة بتأثير مستوى تعليم المرأة على نمط الزواج السائد، فكلماً زاد التحصيل الدراسي للمرأة جعلها أكثر انفتاحاً على القيم الحديثة التي تشجع على الزواج في سن متأخرة نسبياً، كما تتوسع دائرة نطاقات الخيارات أمامها، لتتجه نحو الابتعاد عن زواج الأقارب والميل إلى اختيار شريك حياتها وفق طموحاتها وقدراتها.

ومن جهة أخرى، تبين نتائج الجدول رقم (5) أن تأثير تعليم الفتاة في الضفة الغربية كان أكثر في انتشار الزواج الخارجي منه في قطاع غزة، فقد شكلت نسبة النساء الحاصلات على مستوى تعليم جامعي فأعلى والمتزوجات زواجا قرابيا في الضفة الغربية حوالي 28% مقابل 46.6% لنفس الفئة التعليمية في قطاع غزة.

وإذا تعمقنا في النظر وتحليل بيانات الواردة في الجدول أعلاه حول علاقة التعليم بنمط الزواج في قطاع غزة، نثار لدينا شكوك حول الدور المهيمن لزيادة المستوى التعليمي كسبب لانتشار ظاهرة الزواج الخارجي، فعلى الرغم من ارتفاع المستوى التعليمي للزوجات في قطاع غزة الحاصلات على تعليم جامعي فأكثر؛ فإننا نجد نسبة الزواج من الأقارب مرتفعة جدا لتصل إلى 46.6% مقابل 57.9% بين النساء الأميات. وقد يعزى ذلك إلى انحسار قطاع غزة في بقعة جغرافية تكاد تكون معزولة عزلا تاما عن العالم الخارجي، وعن باقي فلسطين منذ عام 1967 بفعل ممارسات قوات الاحتلال الإنسانية والتي ما زالت آثاره متمثلة في فرض الحصار والعزلة حتى كتابة هذه الورقة، كما تعود إلى سوء الأوضاع الاقتصادية وخاصة في ظل ارتفاع ظاهرة البطالة بين الشباب مما يؤدي بهم إلى اختيار شريكة حياتهم ضمن الإطار الاجتماعي والجغرافي بغض النظر عن التعليم. ويعود من جهة أخرى، إلى قوة الروابط الدينية والعائلية بين أفراد المجتمع الغزي وغلبه ظاهرة اللجوء على معظم سكانه.

وبشكل عام، تعتبر هذه النتيجة مقبولة إحصائية عند مستوى (0.000) وإن كانت قيمة مربع كاي ضعيفة في قطاع غزة، وهذا يشير إلى صحة الفرضية التي تنص على أن ارتفاع نمط الزواج الخارجي عند المستويات التعليمية العالية مقارنة بالمستويات التعليمية المنخفضة، لأن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة يزيد من درجة توجهها نحو الابتعاد عن زواج الأقارب والاتجاه نحو الزواج الخارجي، وخاصة لدى النساء العاملات التي تتسع دائرة الاختيار لديهن.

د - الحالة العملية للمرأة:

تبين من التحليل الوصفي أن مساهمة المرأة في العمل ما زالت ضعيفة جدا ولم تتعد نسبتها 10% على مستوى الوطن مع وجود فارق بسيط بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث بلغت في كل منهما 11.5% و 6.8% على التوالي. وتشير بيانات الجدول رقم (5) إلى الحالة العملية للمرأة وعلاقتها بنمط الزواج السائد في فلسطين والضفة الغربية وقطاع غزة. حيث تتخفف نسبة زواج الأقارب بين النساء العاملات لتصل إلى 39.4% مقابل ارتفاعها بين النساء غير العاملات لتصل إلى 46.1%، وعلى الرغم أن هذه النتيجة معنوية عند مستوى (0.05) على مستوى فلسطين، إلا أنها لم تظهر معنوية على مستوى الضفة الغربية وقطاع غزة. وتعتبر هذه النتيجة منطقية لأسباب عدة منها الآتي:

- تبين من خلال الدراسات السابقة عدم وجود فاعلية لعمل المرأة في التأثير على الخصوبة أو زواج الأقارب. (Assfa & Khawaja, 2008 وعيد، 2004).
- لا تزال مشاركة المرأة الفلسطينية في القوى العاملة متدنية للغاية وتدور في حدود 15% وهي أقل من مشاركة النساء في الدول النامية. (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001)، (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008).

ذ - المستوى المعيشي للأسرة:

تظهر بيانات الجدول رقم (5) مستوى المعيشة وعلاقته بنمط الزواج السائد في فلسطين وعلى مستوى المنطقة الجغرافية، فيبدو أن تفضيل نمط زواج الأقارب ينخفض مع ارتفاع المستوى المعيشي للأسرة، مقابل ارتفاعه مع انخفاض المستوى المعيشي، ففي حين لا تتجاوز نسب النساء المتزوجات من الأقارب في الأسر ذات المستوى المعيشي المرتفع 39%، فإنها ترتفع إلى حوالي 45% لدى نساء المستوى المعيشي المتوسط، وتصل إلى حوالي 50% لدى النساء المنتميات لأسر ذات مستوى معيشي منخفض. وتعد هذه الفروق في درجة زواج الأقارب حسب مستوى المعيشة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.000). أما على مستوى المنطقة الجغرافية يبدو أن المستوى المعيشي للأسرة في الضفة الغربية أكثر نفعاً في البعد

عن زواج الأقارب منه في قطاع غزة، فكلما ارتفع المعيشي للأسرة انخفضت نسب زواج الأقارب، فقد بلغت نسب الزيجات القرابية بين الأسر ذات المستوى المعيشي المنخفض في الضفة الغربية 46.2% مقابل تدنيها بين الأسر ذات المستوى المعيشي المرتفع لتصل إلى 37.7% فقط، وتعتبر قيمة مربع كاي معنوية عند مستوى (0.05)، أما في قطاع غزة لم تظهر النتائج على وجود ارتباط بين المستوى المعيشي للأسرة وزواج الأقارب وكان مستوى المعنوية أكبر من 5% وبلغ 10%. ويعود ذلك إلى تقارب وتشابه الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية في قطاع غزة. وبشكل عام، لعل هذه النتيجة على مستوى فلسطين والضفة الغربية تؤيد بعض الدراسات التي تشير إلى أهمية الجوانب الاقتصادية في تأثيرها على تفضيل نمط الزواج من الأقارب (Tadmouri Et al, 2009).

3-5 محددات زواج الأقارب:

من أجل تحقيق هدف الدراسة، وتحقيقاً لفهم المحددات التي تقف وراء زواج الأقارب في المجتمع الفلسطيني، فقد تم إجراء ثلاثة نماذج للانحدار اللوجستي، خصص الأول منها لمحددات زواج الأقارب لدي جميع النساء المتزوجات في الفئة العمرية (15-54) اللواتي سبق لهن الزواج حسب درجة القرابة على مستوى فلسطين، في حين اهتم النموذج الثاني بالنساء المتزوجات في الضفة الغربية، أما النموذج الثالث اهتم بمحددات الزواج القرابي في قطاع غزة.

وتم تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي بعد تحديد ووصف المتغيرات المستقلة كما يظهر في الجدول رقم () وفق المعادلة التالية:

$$\ln \left(\frac{P}{1-P} \right) = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 \dots \dots \dots B_nX_n$$

حيث أن:

\ln = اللوغاريتم الطبيعي للأساس ($e = 2.7182$)

P = احتمال حدوث الحدث (زواج الأقارب).

B_0 = المعامل الثابت.

B_i = معامل الانحدار لكل من العوامل المفسرة كل على حدة.

تبين من خلال نتائج تحليل الانحدار اللوجستي في الجدول رقم (6) أن ظاهرة الزواج من الأقارب تتأثر بالعديد من المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وكانت المعادلة على النحو التالي للنموذج الأول:

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = 0.360 + 0.583(x_1) + 0.025(x_2) - 0.072(x_3) + 0.544(x_4) + 0.092(x_4^2) + 0.024(x_5) + 0.206(x_6) + 0.093(x_7) + 0.046(x_8) - 0.003(x_9) - 0.178(x_{10}) - 0.356(x_{10}^2) + (0.007(x_{11}))$$

من خلال تقديرات النماذج المقترحة، سيتم تفسير النتائج وفق معامل الانحدار B ونسبة الاحتمال Odd Ratio والتي يرمز لها في النموذج بـ (Exp(B)) والتي لها مستوى معنوية عند 5%.

أ- محددات زواج الأقارب في فلسطين:

تشير نتائج تقديرات النموذج الأول على مستوى فلسطين على وجود معنوية قوية لمتغير المنطقة الجغرافية في التأثير على نمط الزواج عند مستوى معنوية (0.000) وتدل نسبة الاحتمال أن الزوجات في قطاع غزة أكثر ميلا للزواج من دائرة الأقارب بحوالي 1.8 مرة مقارنة بالفئة المرجعة الضفة الغربية، وظهر علاقة معنوية لمتغير مدة الحياة الزوجية بمعنوية إحصائية عند مستوى (0.000)، وتدل نسبة الاحتمال على أن الأجيال القديمة تزيد عن الأجيال الشابة في الميل نحو زواج الأقارب أكثر حوالي مرة. كما وجد أن من قيمة B أن طبيعة العلاقة بين العمر عند الزواج الأول وزواج الأقارب هي عكسية، أي كلما صغر سن المرأة عند الزواج زادت فرص احتمال نسبة زواج الأقارب لديها بحوالي 0.93 مرة مقارنة مع المرأة التي تتزوج عند عمر متقدم نسبيا، وتعتبر هذه النتيجة ذات علاقة معنوية عن مستوى (0.000). أما محل الإقامة للزوجة في الريف ارتبط بعلاقة طردية مع زواج الأقارب، وبلغت نسبة احتمال زواج المرأة الريفية من الأقارب زيادة قدرها 1.7 مرة مقارنة بالمرأة الحضرية، في حين لم يظهر لمحل إقامة المرأة في المخيم مع زواج الأقارب أية معنوية عند مستوى 5%.

وتبين من النموذج الأول أيضا، دلالة حالة اللجوء للزوجة في التأثير على نمط الزواج السائد في المجتمع الفلسطيني فالمرأة غير اللاجئة لديها ميلا نحو الزواج من دائرة الأقارب بشكل أكبر من المرأة اللاجئة بحوالي 1.2 مرة. كما أن متغير المستوى المعيشي ارتبط بعلاقة عكسية مع زواج الأقارب من خلال قيمة معامل الانحدار B، فكلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة ابتعدت النساء عن زواج الأقارب، ويتبين من نسبة الاحتمال أن النساء المتزوجات والمنتميات لمستوى معيشي متوسط أقل ميلا نحو الزواج من دائرة الأقارب بحوالي 0.83 مرة مقارنة مع النساء ذوات المستوى المعيشي المنخفض، في حين لم يظهر لمتغير المستوى المعيشي المرتفع معنوية عند مستوى 5% وذلك نظرا لقلة تلك النسبة، وارتفاع نسبة فئة الأسر ذات المستوى المعيشي المتوسط لتزيد عن 60% حسب التحليل الوصفي.

أما متغير مدة الإقامة الحالية بالسنوات لم يظهر له أي معنوية إحصائية وكذلك الأمر لعدد الغرف وملكية المسكن، وكذلك الحالة العملية للمرأة. وأخيرا، لم يتبين لمتغير المستوى التعليمي للمرأة أي تأثير في نمط الزواج السائد على الرغم من احتساب مدة الدراسة بالسنوات في النموذج بدلا من الفئات الرتبوية.

ويبدو جليا، أن القدرة التفسيرية للنموذج الأول بشكل عام تعد مناسبة إذ بلغت حوالي 59%، ويعود السبب في ذلك إلى وجود متغيرات أخرى لم تتوصل هذه الدراسة للكشف عنها، كما أنه من المعتاد الحصول على قدرة تفسيرية منخفضة نسبيا للنماذج الإحصائية التي تعتمد على بيانات فردية عندما يكون حجم العينة صغيرا نسبيا.

جدول رقم (6): محددات زواج الأقارب وفق نموذج الانحدار اللوجستي

قطاع غزة النموذج الثالث		الضفة الغربية النموذج الثاني		جميع النساء النموذج الأول		المتغيرات المستقلة
Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	الثابت
2.521	0.925	1.456	0.376	1.433	0.360	
				1.791	* 0.583	المنطقة الجغرافية (X1)
1.031	*0.030	1.021	*0.020	1.025	*0.025	مدة الحياة الزوجية بالسنوات (X2)
0.925	*0.078-	0.933	*0.070-	0.931	*0.072-	العمر عند الزواج الأول بالسنوات (X3)
محل الإقامة (X4)						
2.733	*1.005	1.593	*0.466	1.722	*0.544	ريف (1) X41
1.132	**0.124	1.074	**0.071	1.097	**0.092	مخيمات (2) X42
0.955	**0.046-	1.107	**0.102	1.024	**0.024	مدة الإقامة (X5)
1.283	*0.249	1.264	*0.234	1.229	*0.206	حالة اللجوء (6X)
1.069	**0.066	1.120	**0.113	1.098	**0.093	الحالة العملية للمرأة (X7)
0.980	**0.021-	1.097	**0.093	1.047	**0.046	عدد الغرف (X8)
0.867	**0.142-	1.063	**0.061	0.997	**0.003-	ملكية المسكن (X9)
المستوى الاقتصادي (X10)						
0.887	**0.120-	0.812	*0.208 -	0.837	*0.178-	متوسط (1) X101
0.565	*0.571-	0.739	**0.302-	0.700	**0.356-	مرتفع (2) X102
1.027	**0.027	0.995	**0.005-	1.007	**0.007	المستوى التعليمي للمرأة (X11)
%58		%60		%59		نسبة التفسير

(*) دال إحصائيا عند مستوى (0.05 وأقل) (**) غير دال إحصائيا عند مستوى (0.05)

ب- محددات زواج الأقارب في الضفة الغربية وقطاع غزة:

ومن أجل معرفة محددات زواج الأقارب وحجم الفروقات بين الضفة الغربية وقطاع غزة تشير بيانات النموذج الثاني والنموذج الثالث في الجدول رقم (6) إلى أنهما لا يختلفان كثيرا عن النموذج الأول على مستوى الوطن بل كادا أن يكونا متشابهين. فقد وجد أن متغيري العمر عن الزواج الأول ومدة الحياة الزوجية ظهرا في النموذجين بمعنوية إحصائية في التأثير على نمط الزواج القرابي مع وجود فارق لصالح قطاع غزة من اللاتي يتزوجن في أعمار أقل نسبيا وتسود بين الأجيال الشابة نسبة زواج أقارب أعلى من الضفة الغربية. كما ظهر من النموذجين الثاني والثالث أن المرأة الريفية في قطاع غزة تميل للزواج من دائرة الأقارب بنسب أعلى من الضفة الغربية، ففي غزة، النساء الريفيات يتزوجن من الأقارب بنسبة احتمال 2.7 مرة أكثر من الحضريات، في حين بلغت في الضفة الغربية نسبة الاحتمال 1.6 مرة. أما ساكنات المخيمات فلم يتبين له معنوية في التأثير على نمط الزواج السائد. كما تميز متغير حالة اللجوء في قدرته التفسيرية في التأثير على نمط الزواج بكونه قريبا في الضفة الغربية، إذ أن النساء غير اللاجئات (المواطنات) لديهن ميلا نحو الزواج من دائرة الأقارب بنسب احتمال أكبر حوالي 1.26 مرة مقارنة مع النساء اللاجئات، في حين كانت في قطاع غزة 1.3 مرة، وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.05).

كما تبين أن متغير المستوى المعيشي للأسرة في الضفة الغربية يسير وفق النموذج الأول على مستوى الوطن، في حين اختلف المتغير على مستوى قطاع غزة، فنلاحظ أن النساء التابعات لمستوى معيشي مرتفع يملن إلى انخفاض في نسب احتمال الزواج من دائرة الأقارب مقارنة بالأسر ذات المستوى المعيشي المنخفض حوالي 0.56 مرة في حين لم يوجد فروق معنوية للمستوى المعيشي، وهذا يدل على شدة التقارب المعيشي للأسر الفلسطينية ذوى المستوى المنخفض.

وأشارت نتائج النموذجين الثاني والثالث عدم ظهور معنوية لمتغيرات مدة الإقامة بالسنوات، والحالة العملية للمرأة، وعدد الغرف، وملكية المسكن والمستوى التعليمي المستوى التعليمي في التأثير على نمط زواج الأقارب .

IV- الخاتمة:

نظرا لقلة الدراسات التي تناولت زواج الأقارب في فلسطين، حاولت هذه الدراسة التعرف على الانتشار المكاني لزواج الأقارب ومعرفة العوامل المؤثرة على هذا النمط من الزواج، وذلك من خلال تحليل بيانات المسح الصحي الديمغرافي 2004 الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. ووجدت الدراسة أن نسب زواج الأقارب مرتفعة نسبيا في فلسطين، فقد بلغت حوالي 45% بين النساء المتزوجات واللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-54) سنة مع وجود فارق بين الضفة الغربية وقطاع غزة لصالح الأخيرة، وهي على التوالي 42% و 51%. ووجد أن نسب زواج الأقارب لم يطرأ عليها تغير منذ عام 2000 سوى نسبة انخفاض قدرها -6%. وتبين أيضا، أن أعلى نسب زواج أقارب على مستوى فلسطين كانت لصالح فئة من نفس الحمولة تلتها فئة أبناء العم بنسب قدرها 39.1% و 26.9% على التوالي من مجمل الزيجات القرابية، وتميز قطاع غزة بارتفاع نسب الزواج من أبناء العم مقارنة مع الضفة الغربية وهي 30% و 25% على التوالي.

وتوصلت الدراسة أيضا، إلى وجود فروق في نسب زواج الأقارب على مستوى محافظات الوطن، إذ سجلت محافظة سلفيت أقل نسبة بلغت 31.5%، في حين سجلت أعلى النسب ميلا نحو زواج الأقارب محافظة رفح بنسبه قدرها 61% من مجموع الزيجات القرابية وغيرها. ووجد أن النساء اللاتي يتزوجن مبكرا لديهن ميلا نحو تفضيل نمط زواج الأقارب مقارنة مع النساء المتزوجات عن أعمار أكبر نسبيا، كما وجدت فروق بين الضفة الغربية وقطاع غزة لصالح الأخيرة. وتبين أن الأجيال الشابة لديها ميلا نحو تفضيل الزواج من خارج دائرة الأقارب بنسب أعلى

من الأجيال التي مر على زواجهن أكثر من عشرين سن، وهذا يدل على انخفاض الاتجاه نحو تفضيل الزواج من الأقارب. وعلى مستوى محل الإقامة، تبين أن النساء الريفيات لديهن ميلا واضحا نحو الزواج من دائرة الأقارب بنسبة بلغت 51%، مقابل ارتفاعها في قطاع غزة وانخفاضها في الضفة الغربية وهي 70.6% و 49.6% على التوالي، وكذلك ترتفع نسب زواج الأقارب عند نساء المخيمات بنسبة 50%، مقابل انخفاضها عند النساء الحضريات لتصل إلى 42.5%. وكشفت النتائج أيضا، أن أقل نسب زواج أقارب في الضفة الغربية كانت لصالح نساء المخيمات 34.2% مقابل ارتفاعها في قطاع غزة بنسبة وصلت إلى 50.3%.

وكشفت الدراسة عن وجود علاقة بين ملكية المسكن وزواج الأقارب على مستوى الوطن والضفة الغربية في حين لم تظهر معنوية لهذه العلاقة على مستوى قطاع غزة. أما متغير عدد الغرف فوجد له دلالة معنوية على مستوى الضفة الغربية فقط. كما ظهرت علاقة معنوية للمستوى التعليمي للمرأة والزوج القرابي، فكلما زاد تعليم المرأة أصبح لديها تفضيلا نحو الاتجاه بالزواج من خارج دائرة القرابة، وكانت النتيجة في الضفة الغربية أوضح منها في قطاع غزة. كما توصلت الدراسة إلى أن المرأة العاملة لديها ميلا نحو الابتعاد عن دائرة القرابة في حين لم يظهر معنوية لهذا المتغير على مستوى الضفة الغربية وقطاع غزة، أما المستوى المعيشي للأسرة فظهر له معنوية على مستوى الوطن والضفة الغربية، في حين لم تظهر له علاقة في قطاع غزة.

المراجع العربية:

1. القرآن الكريم، سورة الروم، الآية، 21.
2. أبو مصطفى، نظمي، العوامل المؤدية للزواج من خارج العشيرة " دراسة ميدانية على عينة من أبناء المجتمع البدوي الفلسطيني" مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد 15، العدد 1، ص ص 411- 442.
3. الترماني، عبد السلام (1984) الزواج عند العرب في الجاهلية والإسلام دراسة مقارنة، مجلة عالم المعرفة، الكويت.
4. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1998، المسح الديموغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة: سلسلة تقارير المواضيع رقم 3- الزواج- نتائج تفصيلية، رام الله، فلسطين.
5. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. صحة الأم والطفل في فلسطين: دراسة وطنية نوعية، رام الله، فلسطين.
6. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001، المرأة والعمل في فلسطين: دراسة في العمل مدفوع الأجر وغير مدفوع الأجر من واقع بيانات مسح استخدام الوقت 1999-2000، رام الله، فلسطين.
7. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002، سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديمغرافية، رقم (2): تكون الأسر في الأراضي الفلسطينية، رام الله، فلسطين.
8. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006، المسح الصحي الديمغرافي 2004، التقرير النهائي، رام الله فلسطين.
9. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007، المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي، رام الله، فلسطين.

10. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008، مسح القوى العاملة الفلسطينية: التقرير النهائي 2007، رام الله، فلسطين.
11. الدليمي، عبد الواحد، 1997، الأسرة والقرابة ووضع المرأة في مجتمع متغير: دراسة اجتماعية لمدينة تعز القديمة في اليمن، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة النيلين، الخرطوم، السودان.
12. العبيدي، إبراهيم، 1996، الزواج القرابي في المجتمع العربي السعودي الواقع والتوجهات: دراسة ميدانية. مجلة جامعة الملك سعود، المجلد 9، الآداب (2)، ص ص 451-491.
13. الغريب، عبد العزيز، 2008، آراء الطلبة الجامعيين نحو زواج الأقارب من الأقراب: دراسة على عينة من طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، مجلة جامعة الملك سعود، المجلد 20، الآداب (2)، ص ص 433 - 482.
14. العموش، أحمد، 2008، الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية للأسرة في مجتمع الإمارات (دراسة ميدانية)، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 5، العدد 2، ص ص 127-170.
15. العموش، أحمد وسليم القيسي، 2001، نظام الزواج في بلدة أردنية: دراسة ميدانية لبلدة القطرانة في جنوب الأردن، مجلة جامعة الملك سعود، المجلد 13، الآداب (1)، ص ص 197-246.
16. القاضي، عدلي، مقارنة أثر وظائف الزواج الداخلي والزواج الخارجي في البناء الاجتماعي لمجتمع متغير: دراسة ميدانية انثروبولوجية لقرية السويلمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.
17. الكندري، يوسف، 2006، زواج الأقارب في المجتمع الكويتي و علاقته ببعض المستويات الاجتماعية و الثقافية، حوليات الآداب و العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي.

18. عبد الفتاح، محمد، وآخرون، 2009، التحليل المعمق باستخدام حزمة البرامج الجاهزة SPSS دليل منهجي للمستخدم، وثيقة فنية رقم 13، المشروع العربي لصحة الأسرة العربية والسكان، جامعة الدول العربية.
19. علي، إيمان، 2004، الزواج في مدينة أم درمان دراسة اجتماعية لمجتمع متغير، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة جوبا، السودان.
20. عيد، حسام ، 2004، محددات خصوبة المرأة في مخيم النصيرات، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد 12، عدد 1، ص ص 149-169.
21. وطفه، علي وعيسى الأنصاري، 2005، اتجاهات طلاب جامعة الكويت نحو عادات الزواج ومظاهره الاجتماعية، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 3، ص ص 511-557.

المراجع الأجنبية:

1. Afzal, M., Ali, S. M., Siyal, H. B. (1994) Consanguineous Marriages in Pakistan, Pak Dev Rev. vol 33, (4 Pt 2):663-676.
2. Al-Gazali, L. I., Bener, A., Abdulrazzaq, Y. M., Micallef, R., Al-Khayat, A. I., & Gaber, T. (1997) Consanguineous Marriages in the United Arab Emirates. Journal of biosocial Science. 39, 491- 497. doi:10.1017/S0021932097004914. [PubMed].
3. Arner, G. (1908) Consanguineous Marriages in the American Population. The University of Columbia, Studies in History, Economics & Public Law, vol 31, N3. <http://www.gutenberg.org/etext/12955>.
4. Assaf, S., Khawaja, M. (2009) Consanguinity trends and correlates in the Palestinian Territories. . Journal of biosocial Science. 41,107-124. doi: 10.1017/S0021932008002940. [PubMed].

5. Bittles, A. H. (1994) The role and significance of consanguinity as a demographic variable. *Population and development Review*.20,3, 561-584.
6. Bittles, A.H. (2001) A Background Summary of Consanguineous Marriage. Edith Cowan University, Perth, Australia.
7. Bittles, A.H. (2008) Community Genetics Perspective on Consanguineous Marriage. *Community Genet.* 11, 324–330. [PubMed].
8. Bittles, A. H. *The global prevalence of consanguinity* .
<http://www.consang.net>.
9. Gunaid, A. A, Hummad, N. A. & Tamim, K. A. (2004) Consanguineous marriage in the capital city Sana'a, Yemen. *Journal of biosocial Science.* 36, 111-121. doi: 10.1017/S0021932003006138. [PubMed].
10. Hamamy, H. (2003) Consanguineous Marriages in the Arab World. *The Ambassadors*. Vol. 6. no2.
http://www.ambassadors.net/archives/issue14/selected_studies3.htm.
11. Hami, H., Soulaymani, A. & Mokhtari, A., (2009) Les Déterminants des Mariages Consanguins dans la Région deRabat-Salé-Zemmour-Zaer (Maroc). *Antropo*, 18,pp. 27-35. www.didac.ehu.es/antropo.
12. Hussain, R. (1999) Community perceptions of reasons for preference for consanguineous marriages in Pakistan. *Journal of biosocial science.* 31,4 pp. 449–461. <http://ro.uow.edu.au/hbspapers/38/>
13. Hussain, R. & Bittles, A. H. (2000) Sociodemographic correlates of consanguineous marriage in the Muslim population of India. *Journal of biosocial science* .vol. 32, no 4, pp. 433-442.

14. Hussain, R. & Bittles. A. H. (1998) The prevalence and demographic characteristics of consanguineous marriages in Pakistan . Journal of biosocial science .vol. 30, no 2, pp. 277-280.
15. Jaber, L. Halpern, G. J. & Shohat. M. (1998) The impact of consanguinity worldwide. Community Genet. 1, 12-17. doi: 10.1159/000016130. [PubMed].
16. Jurdi, R. & Saxena, P. C. (2003) The prevalence and correlates of consanguineous marriages in Yemen: similarities and contrasts with other Arab countries. J Biosoc Sci. 35:1-13. doi:10.1017/S0021932003000014. [PubMed].
17. Khoury, S. & Massad, D. (1992) Consanguineous marriage in Jordan. American journal of medical genetics. 43, (5), 769-775. doi: 10.1002/ajmg.1320430502. [PubMed].
18. Koc, I. (2008) Prevalence and sociodemographic correlates of consanguineous marriages in Turkey. Journal of biosocial science. vol.40, no.1, pp :137-48.
19. Liascovich, R. Rittler, M. & Castilla, R. (2001) Consanguinity in South America: Demographic Aspects. Hum Hered. 51:27-34. doi: 10.1159/000022956[PubMed].
20. Tadmouri, G. Nair, P. Obeid, T. Al Ali, M. Al Khaja, N. & Hamamy, H.(2009) Consanguinity and reproductive health among Arabs. Reprod Health. 6-17. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/1>

تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في بعض البلدان العربية دراسة مقارنة (مصر - اليمن - جيبوتي-السودان)¹

آمال زكي رزق² رايح حلومي³

I- مقدمة:

1-1- تقديم لمشكلة ختان الإناث

لكل مجتمع معايير أساسية للرعاية الصحية والسلوك الاجتماعي تعتمد على العمر والمرحلة والجنس والمرتبة الاجتماعية وهذه المعايير التي غالبا ما يشار إليها باسم الأعراف قد تكون نافعة ومفيدة وقد تكون ضارة. وترتبط هذه العادات بالأطفال وخاصة الإناث، والعلاقة بين المرأة والرجل، والزواج والسلوك الجنسي. وغالبا ما يكون لها تأثير ضار بالمرأة والفتاة ويمكن أن يؤدي تفضيل الذكور أو وضعهم في مكانة مرتفعة إلى التمييز ضد الفتيات مما قد يؤدي إلى نتائج صحية خطيرة. وقد تساهم بعض التقاليد الاجتماعية مثل المهور التي يدفعها الرجل للزواج في جعل النساء مثل الأملاك مما قد يؤدي بدوره إلى اضطهادهن جسديا أو تخويفهن أو حتى قتلهن.

ويعد تشويه الجهاز التناسلي الخارجي للأنثى من أكثر الممارسات التقليدية العميقة الجذور والتي لها انعكاسات صحية خطيرة على الفتيات والنساء ويشار إلى هذا العمل أحيانا باسم ختان الأنثى ويعزز هذا الفعل الظلم الذي تعاني منه الفتيات والنساء في المجتمعات التي تمارس فيها. لذلك ينبغي أن نتصدى لهذه الممارسة

1 نسخة منقحة ومحدثة من ورقة عمل تم عرضها خلال المؤتمر العربي الأول حول صحة الأسرة والسكان الذي نظمه المشروع العربي لصحة الأسرة شهر مايو 2006.

2 المنسق الوطني للبرامج، وزارة الصحة والسكان، قطاع السكان وتنظيم الأسرة، مصر.

3 مساعد باحث، المشروع العربي لصحة الأسرة، جامعة الدول العربية.

حتى يمكن تحقيق الحاجات الصحية والاجتماعية والاقتصادية للإناث. وتأتي المعارضة ضد تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى ضمن الاعتراف بحقوق الإنسان العالمية، بما في ذلك حق سلامة الإنسان وحصوله على أعلى مستوى ممكن من الصحة الجسدية والعقلية.

إن الممارسات المتأصلة اجتماعياً في المجتمعات ولها غلاف ديني كما في حالة الختان تستوجب إلحاحاً مستمراً من وسائل الإعلام ورجال الدين وقيادات المجتمع المدني لإحداث تغيير في السلوك والذي قد يستغرق عدة سنوات.

وكان العالم يعاني من مشاكل مماثلة مثل تصغير أقدام الفتيات في الصين والتشريط في الوجه بين الأفريقيات، وحزام العفة في أوروبا وكلها أشكال للعنف ضد المرأة خاصة وانتهت كلها باستثناء ختان الإناث.

يجدر بالناس أن يغيروا سلوكهم عندما يدركون أخطاء الممارسات الضارة وما تحمله من إهانته، ونحن نأمل في التخلي عن ممارسة ختان الأنثى وإكساب المرأة والفتيات وأسرهن ومجتمعاتهن الصحة والسلامة.

هناك على الأقل 3 مليون فتاة من مختلف بلدان العالم تتعرض كل عام لتشويه أعضائهن التناسلية أي بمتوسط يقترب من 6 آلاف فتاة يومياً. ويقدر عدد الفتيات والنساء اللاتي تعرضن بالفعل لتشويه أعضائهن التناسلية بين 100 مليون و140 مليون سيدة وفتاة في العالم يعيش 85% منهن في أفريقيا في 28 بلداً، وتعيش قلة منهن في آسيا، كما يتزايد عدد النساء اللاتي يتعرضن لعملية التشويه في أوروبا وكندا والولايات المتحدة بسبب ازدياد الهجرة إليها، وفي الدول العربية يمارس بشكل واسع في كل من مصر واليمن وجيبوتي والسودان والصومال، (اليونسيف، 2005).

ختان الإناث هو إجراء خطير ينطوي على تهديد لحياة الفتاة أو المرأة ويسبب آلاماً ومعاناة لا يمكن وصفها. كما أنه ممارسة تنتهك الحقوق الإنسانية الأساسية للفتاة والمرأة وتحرمها من الكمال الجسدي والعقلي ومن حقها في التحرر من العنف والتمييز بحقها، يشكل ختان الإناث هماً ومبعث قلق عالمي حيث تكشف أحدث البيانات عن انتشار ختان الإناث على نطاق أوسع بكثير مما كان يعتقد في السابق. وتبقى هذه الممارسة كواحدة من انتهاكات حقوق الإنسان الأكثر استمراراً والأوسع انتشاراً والتي تتحملها النساء والفتيات بصمت.

في المجتمعات التي تمارسه تعتبره إجراء يضيف إحساساً من الفخر وبلوغ السن القانونية، كما يمنح شعوراً بالانتماء لعضوية المجتمع. ومن ناحية أخرى فإن عدم الامتثال للممارسة يعتبر وصمة في حق الفتيات وأسرهن ويعزلهن عن مجتمعاتهن مما يؤدي إلى فقدهن لوضعهن الاجتماعي.

إن هذه العادة الاجتماعية الراسخة الأركان تعتبر من القوة بمكان يجعل الأباء والأمهات مستعدين لتعريض بناتهن لمخاطر الختان لأنهم يريدون الأفضل لهن، وبسبب الضغط الاجتماعي الذي يتعرضون له. وتمثل الثقافة الاجتماعية المحيطة بممارسة هذه العادة عقبة رئيسية تقف في وجه الأسرة التي ربما تتمنى التخلي عن الممارسة بدلاً من مزاولتها، (مكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2003).

وانطلاقاً من هذه الأهمية، تعرض هذه الدراسة بعض أهم الإستراتيجيات الواعدة للإقلاع عن ممارسة هذه العادة، إذ أن قرار التخلي عن هذه الممارسة يجب أن ينبع من المجتمعات المحلية نفسها، وأن يعكس اختياراً جماعياً، وأن يتم ترسيخه على المستوى الجماهيري، وأن يقوم على أسس وطيدة لحقوق الإنسان. فيجب أن تزود المجتمعات بالأدوات الهادفة التي تمكن الأسر كل على أفراد من اتخاذ القرار بالتوقف عن ممارسة هذه العادة الاجتماعية.

1-2- هدف ومنهجية الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى مراجعة البحوث والدراسات التي أجريت عن ختان الإناث من حيث الأصل التاريخي لهذه العادة وتعريفها وأنواعها وأسباب ممارستها وأهم الآثار العضوية والنفسية التي تتعرض لها الإناث ورأى الدين الإسلامي والمسيحي في ممارسة هذه العادة.

كما سيتم مقارنة بيانات أربعة بلدان عربية هي (مصر واليمن وجيبوتي والسودان) لبعض المؤشرات المرتبطة بعملية التشويه الجنسي للإناث من خلال المسح الصحي الديمغرافي لمصر لسنة 2008 ومسح صحة الأسرة في اليمن وجيبوتي والسودان لسنوات 2002 و 2003 و 2006 على التوالي. وقد تم اختيار هذه البلدان لأنها البلدان العربية التي تعرف انتشاراً أكثر لهذه الظاهرة، وسوف تتم المقارنة بين البلدان الأربعة من خلال بعض المؤشرات لتحليل الوضع بها. كما أنه سوف يتم تحديد أهم الإستراتيجيات التي يمكن اتباعها للتصدي لممارسة هذه العادة.

II- ختان الإناث "دراسة نظرية"

2-1- الأصل التاريخي لتشويه الأعضاء التناسلية للإناث

يصعب معرفة الزمان والمكان الذي نشأت فيه هذه العادة السيئة لتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، فإن البحث حول أصل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث تنحصر نتائجه حول الأصول القديمة قبل الإسلام لهذه الممارسات وجميع هذه النتائج يسيطر عليها طابع الوحشية والبعد عن العدالة والأنصاف والتعدي على الحرية الشخصية وحقوق الإنسان ومن هذه الآراء التي يتناولها العامة في بعض البلاد الأفريقية والبعيدة تماماً عن الحقائق التاريخية:

- قصة فرعون الذي طلب قتل كل طفل ذكر وتشويه الأعضاء التناسلية لكل أنثى حتى لا تلد في المستقبل من يهدد ملكه.

- قصة الملكة حتشبسوت التي تكره أنوثتها وتود لو تحول جميع الإناث إلى رجال.
- أن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث كان يجرى للجواري مثلما كان يجرى الخصاء للعبيد من الذكور وذلك بقصد التفرغ للعمل والابتعاد عن الحياة العائلية وواجباتها.
- إن تشويه الأعضاء التناسلية كان يجرى مرضاة لآلهة الإخصاب وكان يعتبر بمثابة بديل عن التضحية بالإنسان. وفي دراسات علمية كثيرة على الموميات الفرعونية تؤكد أن الفراعنة لم يمارسوا هذه العادة.

وبعد استعراض هذه الآراء لا نجد رأي واحد يفسر بتر وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث لكن اقرب هذه الآراء أن هذه العملية كانت تجرى للجواري وذلك لكي يستفاد منهن في أمور أخرى ويحرم من الإنجاب وهي عادة إفريقية. ولا شك أن كل ما ذكر يفقد إلى الروح الإنسانية والعدالة الاجتماعية كما أنه من الواضح أن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث محصورة في بعض البلدان دون غيرها، (حليمة مبارك ورزازي، 1999).

2-2- ما هو ختان الإناث

يشتمل ختان الإناث على الإزالة الكاملة أو الجزئية للأعضاء التناسلية الخارجية أو على تغيير شكلها الذي خلقت عليه لأسباب غير طبية وقد يستلزم هذا الإجراء استعمال أدوات بدائية غير معقمة وغير معدة لهذا الغرض، (وزارة الصحة والسكان في مصر، 2002).

خضعت المصطلحات المستخدمة في وصف هذا الإجراء إلى عدد من التطورات المهمة ففي البداية كان يشار إليها بصفة عامة بتعبير "ختان الإناث" وهو مصطلح يتوازي مع ختان الذكور الأمر الذي خلق نوعاً من الخلط بين هاتين الممارستين المختلفتين تماماً عن بعضهما فبالنسبة للفتيات تعتبر الظاهرة إحدى عوامل عدم

المساواة بين الجنسين حيث يؤدي الاستئصال الجزئي أو الكلي للأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى إلى إلحاق الضرر بهذه الأعضاء. أما المصطلح الآخر هو طهارة البنات وهو مصطلح يفترض خطأ أن الفتاة غير طاهرة إذا احتفظت بجسدها كاملاً كما خلقت به وقد اكتسب تعبير بتر الأعضاء التناسلية للأنثى دعماً في أواخر السبعينيات، وأن استعمال كلمة بتر يعزز الفكرة القائلة بأن هذه الممارسة تعد انتهاكاً للحقوق الإنسانية للفتاة وللمرأة وهو بالتالي يساعد على دعم الدعوة على المستويين الوطني والدولي نحو التخلي عن هذه الممارسة ويستاء الآباء والأمهات من الإيحاء القائل بأنهم يبترون أو يشوهون عضو من أعضاء بناتهم ونتيجة لذلك أصبح مصطلح قطع الأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى يستعمل بصورة متزايدة تقادياً لنفور مجتمعات بعينها، (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1999).

هذا يفضل المناهضون لختان الإناث والمنظمات الدولية عادة مصطلح التشويه الجنسي للإناث لأنه يبرز طبيعة العنف في هذه الممارسة ولكن مصطلح ختان الإناث يعتبر أكثر استخداماً في جهات وحملات التوعية لمختلف الفئات المستهدفة خاصة مع النساء .

2-3- تصنيف أنواع ختان الإناث

يمكن أن يختلف الشكل المحدد لختان الإناث اختلافاً كبيراً من مجتمع إلى آخر وتقوم منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة "يونسيف" وصندوق الأمم المتحدة للسكان وصندوق الأمم المتحدة لتنمية المرأة بمراجعة تصنيف عام 1997 لأنواع الختان ووضعت التصنيف الجديد من خمسة أنواع:

النوع الأول: استئصال القلفة مع استئصال البظر جزئياً أو كلياً.

النوع الثاني: استئصال جزئي أو كلي للشفرتين الصغيرتين بما في ذلك قطعهما بواسطة الغرز الطبية أو إغلاقهما بأحكام مع استئصال أو من دون

استئصال البظر جزئياً أو كلياً وهو النمط الأكثر شيوعاً حيث يمثل حوالي 80% من كافة الحالات.

النوع الثالث: يشير النوع الثالث إلى استئصال جزء من الأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى أو استئصالها كلها وقطب وتضييق الشفرتين الكبيرتين لفرج الأنثى أو إغلاقهما بأحكام وهو ما يعرف بتعبير "التقفيل" أو "التبكيل" والذي يمثل حوالي 15% من جميع الحالات ويكون معدله أعلى في جيبوتي والصومال وشمال السودان حيث يصل إلى 85% من الحالات.

النوع الرابع: يشير بشكل محدد إلى سلسلة من الممارسات المتنوعة وغير المصنفة بما في ذلك مط البظر أو الشفرتين أو كلاهما ومعالجتهما بالكي عن طريق حرق البظر والأنسجة المحيطة به وكشط فتحة المهبل أو قطع المهبل وإدخال مواد متآكلة أو أعشاب في المهبل إما لتسبب النزف الدموي فيه أو لشدة أو تضييقه.

النوع الخامس: هذا النوع يشير إلى ممارسات رمزية تشتمل على وخز البظر من أجل إخراج قطرات قليلة من الدم منه.

وهناك صعوبات ترتبط بأي نوع من التصنيفات، فقد لا تكون الفتيات والنساء متأكدات من الختان الذي خضعن له وفي الحالات التي خضعن الفتيات فيها لقطع أعضائهن التناسلية الخارجية في سن مبكرة فإنهن لا يتذكرن خضوعهن للختان. وعلاوة على ذلك يختلف في مدى ومقدار قطع تلك الأعضاء لأن الختان يتم بصفة عامة بدون تخدير في ظروف رديئة الإنارة وغالباً ما تكافح الفتيات من أجل مقاومة الخضوع للختان.

2-4- الأسباب التي تؤدي إلى ممارسة العادة الاجتماعية

أوضحت البحوث والدراسات أن هناك الكثير من المعتقدات والدوافع الخاطئة وراء ممارسة هذه العادة وأهم هذه الدوافع:

- حماية الفتاة من الانحراف والحفاظ على عفتها ظنا أن تشويه الأعضاء التناسلية يؤدي إلى الإقلال من الرغبة الجنسية ويمنع الهياج الجنسي ولنفس السبب يظن بعض الرجال أن الزوجة المختنة تخلص لزوجها ولا تخونه عندما يغيب.
- عادات وتقاليد موروثة تفرض نفسها ويصبح إجراؤها ضروريا حتى عند عدم الاقتناع بفائدتها أو جدواها حيث أن الفتاه التي لم تتعرض لتشويه الأعضاء التناسلية لا تستطيع الزواج وأنه طريق إلى النضج واكتمال الأنوثة.
- الاعتقاد بأن ختان الإناث مستحب دينيا لدى المسيحيين والمسلمين على حد سواء لذلك يصر الناس على تسميته بالطهارة ويربطون بين ختان الفتاه وعفتها وسلوكها الجنسي.
- الاعتقاد بأن تشويه الأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى مفيد لأنه نوع من النظافة.
- يعتبره البعض عملية "تجميل" لإزالة الزوائد حتى لا تحتك بالملابس الداخلية وأيضا لان أعضاء التأنيث قبيحة المنظر.
- يعتقد البعض أن أعضاء التأنيث سوف تنمو وتتضخم بدون ضابط إذا لم تستأصل (مثلا البظر سوف يصبح في حجم العضو الذكري).
- أحد الطقوس التقليدية الضرورية التي تعد الفتاه لتكون امرأة ناضجة حيث يعتقد أن الختان يساعد على بلوغ البنات واكتمال أنوثتهن.
- الاعتقاد بان الختان يزيد من خصوبة الأنثى وأنه ضروري للزواج والخلفة بل إنه يسهل عملية الولادة.
- تقوم الأسر بختان بناتها لتوفير فرص أفضل لزوجهن وضمن قبول الرجال لهن لأنه يعتقد بأن الرجال يفضلون الزواج من الفتاة المختنة، (وزارة الصحة والسكان في مصر، 2002).

2-5- الآثار الصحية والنفسية لعملية ختان الإناث:

- أولاً الآثار الصحية:

تختلف النتائج العاجلة والنتائج الآجلة على المدى البعيد لتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى حسب نمط الممارسة التي أجريت ودرجاتها.

المضاعفات العاجلة: تشمل المضاعفات العاجلة على الألم العنيف والصدمة والنزف والكرزاز (النتيانوس) واحتباس البول وتقرح المنطقة التناسلية وتهتك النسيج المجاور. ويمكن أن يكون النزف والعدوى من الشدة بما يكفي لحدوث الوفاة.

المضاعفات الآجلة: تزداد احتمالات حدوث المضاعفات كلما زادت درجة التشويه الجنسي وتشتمل المضاعفات الآجلة على تكوين التكيسات والخراريج والندبات والتهابات مزمنة بالجهاز البولي وكذلك الجماع الجنسي المؤلم وخلل الوظيفة الجنسية كما أن التبريد قد يؤدي إلى ندبات شديدة وصعوبة في التبول وألم خلال الطمس والسلس البولي والعمق.

ونظراً إلى أن التبريد غالباً ما يجعل الجماع أمراً متعثراً لذلك من الضروري أحياناً توسيع الفتحة بقطع الجسر الجلدي الذي يكونه الشفران الكبيران كما قد يلجأ إلى قطع عند الولادة ومن المحتمل أن يكون خطر على الأم ولاسيما في غياب الكادر الصحي الماهر والمراكز الملائمة، (وزارة الصحة والسكان في مصر، 2002).

- المضاعفات النفسية والاجتماعية:

يتسبب تعرض الفتاة لعملية الختان في إصابتها بواحد أو أكثر من المضاعفات حسب درجة وعيها واعتزازها بشخصيتها وقدرتها على مواجهة الصدمات واهم هذه الآثار: القلق، الصدمة العصبية، الشعور بالخزي والنقص لدى الفتيات ذوات الاعتزاز بالنفس، تشويه صورة الذات لدى الفتيات صاحبات الشخصيات الأكثر قبولا، الخوف من الجنس وعدم الإقبال على العلاقة الزوجية، نقص احتمال

الوصول إلى الإشباع الجنسي، في حالة الإحباط الجنسي المتكرر قد يحدث اكتئاب لدى بعض السيدات أو قد يدفع ببعضهن للعصبية وإثارة النكد بلا مبرر، أضرار تصيب الأزواج بسبب تشويه زوجاتهم، إفساد العلاقة بين الزوجين وما قد يترتب عليه من تعاسة أسرية، التخلف الاجتماعي، معاناة النساء وإحساسهن بالقهر والمهانة مما يزيد من التخلف الاجتماعي، (الأمم المتحدة، 1993).

2-6- رأى الدين في تشويه الاعضاء التناسلية للأنثى

- من المنظور الإسلامي

- لقد خلا القرآن الكريم من أي نص يتضمن إشارة من قريب أو بعيد إلى ختان الإناث كما انه ليس هناك إجماع على حكم شرعي فيه.
- ما ورد في السنة النبوية فلا توجد سنة مؤكدة من مصادر أهل الاختصاص سواء من القدامى أو المعاصرين حتى يتبين الأمر ويستقيم في إطار موضوعي بعيدا عن المغالاة أو المزايدة في ربطها بالشريعة الإسلامية وهو أمر اتفق عليه أهل الدين.
- البلاد الإسلامية المتشددة والمعتدلة لا تمارس هذه العادة وبنات الرسول صلى الله عليه وسلم لم يثبت إنهن تم ختانهن، وعن فضيلة الشيخ سيد طنطاوى إنها عادة وليست عبادة.

- من المنظور المسيحي:

لا يتضمن الكتاب المقدس لا في العهد القديم ولا الحديث أي نص يشير إلى وجوب ختان الإناث. لقد كان لأغلب آباء الكنيسة منذ العصور الأولى للمسيحية موقفا واضحا من الختان مؤكدين عدم أهميته في المسيحية. والمسيحية ترفض ختان الإناث كمظهر من مظاهر العنف ضد المرأة والطفلة الأنثى. وان جوهر الإيمان المسيحي ينتقد بشده كل المفاهيم الاجتماعية والتاريخية لختان الإناث التي تحقر من شأن المرأة أو تدنى من وضعها والتي تعكس علاقة تسلطية وسيادية من جانب الرجل على المرأة، (المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية، 1994).

ويقول الأنبا غريغوريوس:

"إن ختان الإناث خطأ وخطيئة وهو ممنوع دينيا وإنسانيا وصحيا وهو يمثل بالنسبة للمرأة جريمة تشبه من بعض الوجوه جريمة خصاء الذكور من الرجال"،
(صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994).

2-7- ختان الإناث كقضية حقوق الإنسان

ينظر لختان الإناث اليوم، وعلى نطاق واسع كواحد من انتهاكات حقوق الإنسان. غير أن هذه النظرة تبلورت عبر سنوات عديدة. فلفترة طويلة اعتبر ختان الإناث، فعل "خاص" يقوم بتنفيذه أفراد وليس جهات فاعلة تابعة للدولة، وكان هناك تردد في "فرض" قيم عالمية على ما تم تصوره، على نطاق واسع، كتقليد ثقافي أسهم في تكوين الرأي الجماعي للمجتمعات التي قامت بممارسته،
(الأمم المتحدة، 1995).

أولى مبادرات الأمم المتحدة لوضع ممارسة ختان الإناث على الأجندة الدولية في الخمسينيات، عندما تم تناول هذه القضية في لجنة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان. وفي عام 1958 دعا المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة منظمة الصحة العالمية بان تقوم بدراسة حول الاستمرار الدؤوب للعادات التي تخضع الفتيات لعمليات طقوسية. ومع أهمية تلك المبادرات في استرعاء الاهتمام الدولي بهذه القضية، إلا أن أثرها ظل محدودا، (منظمة العفو الدولية، ...).

وفي الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين ارتفع مستوى الوعي بحقوق المرأة في كثير من أنحاء العالم، وقد بدأت المنظمات الإنسانية بقيادة حملات لرفع الوعي بالآثار الضارة لختان الإناث على صحة الفتاة. وتشكل هذه الجهود جزءا من تيار مهم في تاريخ الحركة الرامية إلى إنهاء ختان الإناث. وكانت أول ندوة إقليمية حول الممارسات التقليدية الضارة التي تمس صحة المرأة، التي نظمتها منظمة الصحة العالمية في الخرطوم عام 1979، قد رددت صدى دعوة تاريخية

لإدانة ممارسة ختان الإناث بأشكالها كافة، بما في ذلك عندما تمارس في إطار صحي أو طبي، وعلاوة على ذلك، فقد أوصت الندوة بتأسيس لجنة أفريقية مشتركة حول الممارسات التقليدية التي تمس صحة المرأة والطفل. وقد قامت اللجنة منذ ذلك الحين بأداء دور رئيسي على المستوى الدولي في إثارة هذه الممارسة في المؤتمرات الدولية ومعالجتها قانونياً.

وكان عقدي الثمانينيات والتسعينيات حاسمان بالنسبة للاعتراف بممارسة ختان الإناث كانتهاك للحقوق الإنسانية للفتاة والمرأة فقد كانت اتفاقية عام 1979 للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة نقطة تحول مهمة في تعزيز وجهة النظر هذه. ومن ثم جرى ترسيخ البعد الإنساني لختان الإناث في عدد من المؤتمرات الدولية المهمة بما فيها المؤتمر الدولي للأمم المتحدة لحقوق الإنسان في فيينا (1993)، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة (1994) والمؤتمر الدولي الرابع حول المرأة في بكين (1995) إضافة إلى إحداث المتابعة التي تلت ذلك ومؤتمر بكين +5 وبكين +10 الذي عقد في نيويورك عامي 2000 و 2005 على التوالي.

III- ختان الإناث من نتائج المسوح في مصر واليمن وجيبوتي والسودان

3-1- الوضع الحالي لختان الإناث

تظهر المسوحات السكانية والصحية المتاحة و المأخوذة على المستوى الوطني وذلك حسب الفئات العمرية ومحل الإقامة اختلافات كبيرة داخل الدولة الواحدة.

- الوضع الحالي حسب الفئات العمرية

حسب أحدث البيانات المتاحة وكما هو موضح في الجدول رقم (3-1) الذي يوضح نسبة الختان بين النساء اللاتي سبق لهن الزواج حسب الفئات العمرية، فإن هذه النسبة بلغت في مصر 80.7% في الفئة 15-19 مقابل 96% في الفئة 45-49 سنة، وفي اليمن 35.8% في الفئة 15-19 سنة مقابل 43.2% في الفئة 45-

49 سنة، وفي السودان 86.6% في الفئة 15-19 سنة مقابل 90.5% في الفئة 45-49 سنة، وبمقارنة النسبة بين الفئتين العمريتين 15-19، و 45-49 سنة، تلاحظ أن هناك ميلا نحو الانخفاض في كل من مصر واليمن والسودان وهذا ما يبعث بشيء من الأمل بينما ارتفعت النسبة في جيبوتي حيث بلغت نسبة المختنات 100% في سن 15-19 مقابل 99.1% الفئة العمرية 45-49 سنة.

جدول (1-3)

نسبة انتشار الختان بين النساء في سن 15-49 سنة حسب الفئات العمرية

فئات السن	مصر	اليمن	جيبوتي	السودان
19-15	80.7	35.8	100.0	86.6
24-20	87.4	34.7	96.8	89.1
29-25	94.3	34.4	98.6	89.0
34-30	95.2	39.0	98.0	91.5
39-35	96.4	41.2	98.1	90.6
44-40	96.2	42.4	97.9	90.4
49-45	96.0	43.2	99.1	90.5
إجمالي	91.1	38.2	98.8	89.5

المصدر: بيانات مصر من واقع نتائج المسح الديموجرافي الصحي لسنة 2008، وبيانات اليمن وجيبوتي والسودان من واقع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002، 2003، 2006 على التوالي. مصر والسودان: كل النساء في سن 15-49 سنة --- اليمن وجيبوتي: النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة.

وتؤثر على اختلاف هذه النسب عدة عوامل منها محل الإقامة في الريف والحضر ومستوى تعليم المرأة والحالة العملية للمرأة.

وجدير بالذكر أن إجمالي نسبة انتشار الختان بين النساء من 15-49 سنة بلغت 91.1% في مصر حسب نتائج المسح الصحي الديموجرافي لسنة 2008،

و38.2% في اليمن حسب نتائج المسح اليمني لصحة الأسرة لسنة 2003،
و98.1% في جيبوتي حسب نتائج المسح الجيبوتي لصحة الأسرة لسنة 2002،
و89.5% في السودان حسب نتائج المسح السوداني لصحة الأسرة لسنة 2006.

- ختان الإناث حسب محل الإقامة

تعتبر الإقامة في المناطق الحضرية هي أحد العوامل التي تؤثر في الحد من انتشار الختان فنجد أن النسبة تختلف حسب محل الإقامة حضر أو ريف، حسب بيانات الجدول رقم (2-3).

ومن هذا الجدول يتبين أن النسبة في ريف مصر تزيد عما هي عليه في الحضر بحوالي 10.4% وفي اليمن أيضا يزيد معدل انتشار الختان في المناطق الريفية عنه في المناطق الحضرية بحوالي 7.6%، ويقل هذا التباين في جيبوتي حيث تزداد نسبة المختنات في الريف بمقدار 2.1% فقط عما هي عليه في الحضر ونجد أن النسب تتقارب إلى حد ما بين مصر وجيبوتي مقارنة باليمن التي يقل فيها معدل الختان سواء في الحضر أو الريف.

جدول (2-3)

نسبة انتشار الختان بين النساء في سن 15-49 سنة حسب محل الإقامة

السودان	جيبوتي	اليمن	مصر	محل الإقامة
*	97.6	33.1	85.1	حضر
*	99.5	40.7	98.8	ريف

المصدر: بيانات مصر من واقع نتائج المسح الديموجرافي الصحي لسنة 2008، وبيانات اليمن وجيبوتي من واقع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002، 2003، 2006 على التوالي. * غير متوفر.
مصر: كل النساء في سن 15-49 سنة --- اليمن وجيبوتي: النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة.

- ختان الإناث حسب مستوى تعليم المرأة

تبين نتائج الجدول (3-3) مدى تأثير المستوى التعليمي للمرأة على انتشار ممارسة ختان الإناث، حيث تلاحظ وجود فوارق حسب المستوى التعليمي، فقد بلغت نسبة المختنات بين النساء الأميات في مصر 97.6% مقابل 87.4% بين الحاصلات على الشهادة الثانوية فما فوق، وفي اليمن بلغت 41.7% بين الأميات مقابل 24.2% بين الحاصلات على المستوى الثانوي فما فوق، وفي جيبوتي بلغ الفرق 12.8% حيث تعرضت 98.6% من الأميات للختان في حين بلغت النسبة 85.8% بين الحاصلات على الثانوي فما فوق، أما في السودان فكان الاتجاه معاكساً حيث أن النسبة أعلى بين الحاصلات على الشهادة الثانوية فأكثر حيث بلغت 94.9% مقابل 82.9% بين الأميات.

جدول (3-3)

نسبة انتشار الختان بين النساء في سن 15-49 سنة حسب المستوى التعليمي

السودان	جيبوتي	اليمن	مصر	المستوى التعليمي
82.9	98.6	41.7	97.6	أمية
93.3	98.3	31.5	96.4	ابتدائي
-	97.8	29.3	88.8	إعدادي
94.9	85.8	24.2	87.4	ثانوي وما فوق

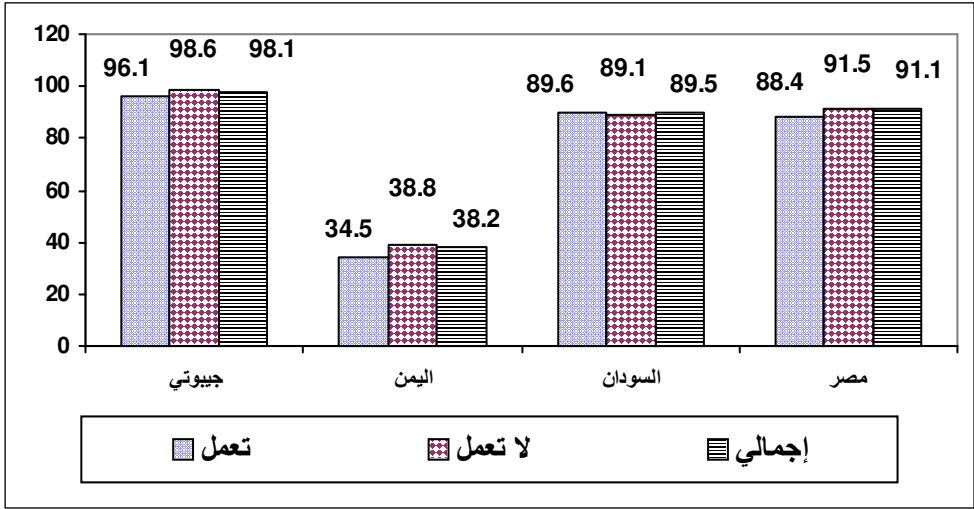
المصدر: بيانات مصر من واقع نتائج المسح الديموجرافي الصحي لسنة 2008، وبيانات اليمن وجيبوتي والسودان من واقع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002، 2003، 2006 على التوالي.
مصر والسودان: كل النساء في سن 15-49 سنة --- اليمن وجيبوتي: النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة.

- ختان الإناث حسب الحالة العملية للمرأة

وحسب البيانات المتاحة فإن الحالة العملية للمرأة تؤثر بطريقة مباشرة على ممارسة هذه العادة كما هو موضح في جدول رقم (3-4).

شكل (1-3)

نسبة انتشار الختان بين النساء في سن 15-49 سنة حسب الحالة العملية



المصدر: بيانات مصر من واقع نتائج المسح الديموجرافي الصحي لسنة 2008، وبيانات اليمن وجيبوتي والسودان من واقع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002، 2003، 2006 على التوالي.
مصر والسودان: كل النساء في سن 15-49 سنة --- اليمن وجيبوتي: النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة.

وتبين النتائج أن نسبة السيدات اللاتي تعرضن للختان تقل بين العاملات مقارنة بغير العاملات، فقد بلغت نسبة المختنات في مصر 88.4% بين النساء اللاتي يعملن مقابل 91.5% بين السيدات اللاتي لا يعملن، ونفس النمط موجود في اليمن حيث أن نسبة السيدات العاملات المختنات 34.5% واللاتي لا يعملن 38.8%، وكذلك في جيبوتي حيث بلغت النسبة بين النساء المختنات اللاتي يعملن 96.1% مقابل 98.6% بين غير العاملات، ومن هنا نرى أيضاً أن مؤشر الحالة العملية يؤثر بصورة مباشرة على ممارسة هذه العادة على الرغم من أن الفرق ضئيل.

3-2- الرؤية المستقبلية لممارسة ختان الإناث

هذا وتعكس البيانات قدراً من التفاؤل، فعند سؤال السيدات اللاتي تعرضن لعملية الختان ويعتقدون بضرورة إتباع هذه الممارسة أم لا فكانت الأصغر سناً بشكل عام

أقل ميلا للموافقة من الأكبر سنا ولا تختلف آراؤهن فقط حسب الفئة العمرية بل أيضا تختلف حسب محل الإقامة والحالة العملية كما تتأثر أيضا بدرجة التعليم. فالجدول رقم (3-5) يشير إلى نسبة النساء اللاتي يوافقن على استمرار الختان.

ويوضح هذا الجدول أنه يسود نفس النمط حول الموافقة على الاستمرار في ممارسة الختان في البلدان الأربعة، حيث أن نسب الموافقة بين النساء في الفئات العمرية الأكبر أعلى منها بين النساء في الفئات العمرية الصغيرة، حيث تبلغ بين النساء في الفئة العمرية 49-45 سنة، 58.2%، 35.7%، 59.6%، 48.5%، وتخفض لتبلغ بين النساء في الفئة العمرية 19-15 سنة، 34.1%، 30.1%، 38.9%، 41.9%، في كل من مصر واليمن وجيبوتي والسودان على التوالي.

جدول (3-5)

نسب النساء في سن 15-49 سنة اللاتي يوافقن على الاستمرار في ممارسة الختان حسب الفئات العمرية

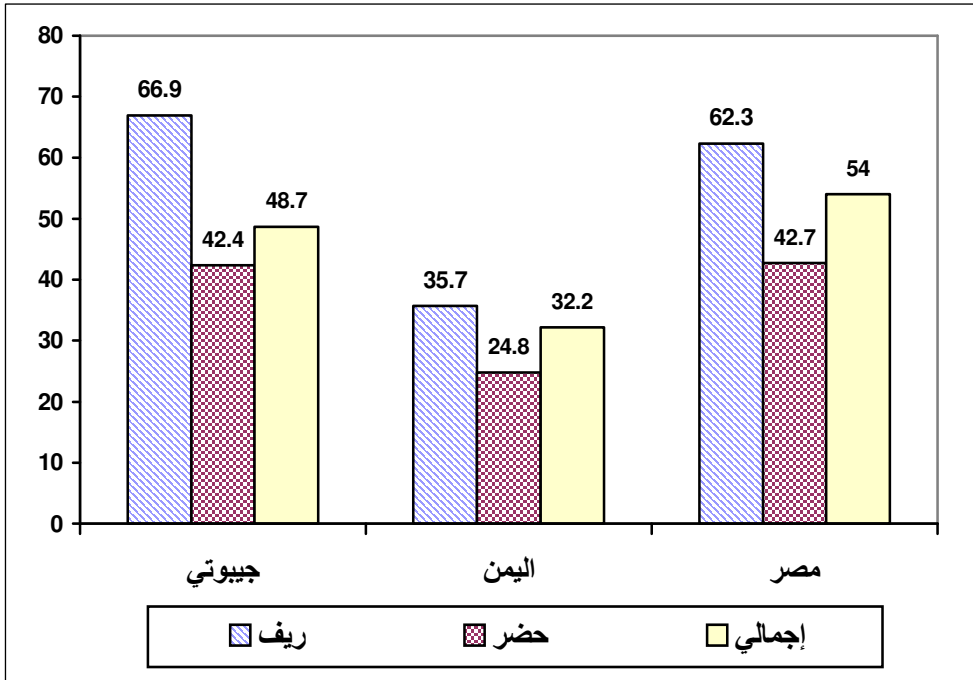
فئات السن	مصر	اليمن	جيبوتي	السودان
19-15	34.1	30.1	38.9	41.9
24-20	47.0	28.8	41.9	42.5
29-25	57.0	29.3	50.4	46.4
34-30	60.4	34.3	45.8	46.1
39-35	65.4	33.1	48.7	48.4
44-40	69.3	36.4	53.5	43.8
49-45	63.8	35.7	54.4	48.8
إجمالي	54.0	32.2	48.7	50.9

المصدر: بيانات مصر من واقع نتائج المسح الديموجرافي الصحي لسنة 2008، وبيانات اليمن وجيبوتي والسودان من واقع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002، 2003، 2006 على التوالي. مصر والسودان: كل النساء في سن 15-49 سنة --- اليمن وجيبوتي: النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة.

كما يوضح الشكل (2-3) تأثير محل الإقامة على رأي السيدات ومواقفهن من الاستمرار في ممارسة ختان الإناث.

شكل (2-3)

نسب النساء في سن 15-49 سنة اللاتي يوافقن على الاستمرار في ممارسة الختان حسب محل الإقامة



المصدر: بيانات مصر من واقع نتائج المسح الديموجرافي الصحي لسنة 2008، وبيانات اليمن وجيبوتي من واقع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002، 2003، على التوالي.
مصر: كل النساء في سن 15-49 سنة --- اليمن وجيبوتي: النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة.

ويلاحظ من هذا الشكل أن نسبة الموافقة على الاستمرار في ممارسة الختان بين السيدات تقل في الحضر عن الريف، ويسود هذا النمط في كل البلدان، حيث بلغت

هذه النسبة في حضر مصر 42.7% مقابل 62.3% في الريف، وتزيد نسبة الموافقة في ريف اليمن بحوالي 11% عنها في الحضر، أما في جيبوتي فيرتفع الفارق إلى 24.5%، حيث تبلغ نسبة الموافقات بين الريفيات 66.9% مقابل 42.4% فقط بين الحضريات.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي فتأثيرها واضح في الموافقة على الاستمرار في ممارسة هذه العادة في البلدان الأربعة، جدول (3-7).

جدول (3-7)

نسب النساء في سن 15-49 سنة اللاتي يوافقن على الاستمرار في ممارسة الختان حسب الحالة التعليمية

السودان	جيبوتي	اليمن	مصر	حالة التعليم
62.4	53.5	35.7	71.8	أمي
38.6	38.4	25.7	66.8	ابتدائي
-	20.8	23.0	49.3	إعدادي
17.6	24.7	17.0	43.7	ثانوي وما فوق

المصدر: بيانات مصر من واقع نتائج المسح الديموجرافي الصحي لسنة 2008، وبيانات اليمن وجيبوتي والسودان من واقع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002، 2003، 2006 على التوالي. مصر والسودان: كل النساء في سن 15-49 سنة --- اليمن وجيبوتي: النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة.

وتبين النتائج أن الموافقة على استمرار هذه العادة تختلف حسب المستوى التعليمي، فقد بلغت نسبة الموافقات على الإستمرار بين الأميات في مصر 71.8% مقابل 43.7% بين الحاصلات على المستوى الثانوي فأكثر، وتقل النسبة في اليمن إلى النصف تقريبا حيث توافقت الأميات على الاستمرار بنسبة 35.7% مقابل 17% فقط بين الحاصلات على الشهادة الثانوية فما فوق، ونفس النمط يوجد في جيبوتي والسودان، حيث بلغ نسبة الموافقات على الاستمرار بين الأميات 53.5% و 62.4% على التوالي، مقابل 24.7 و 17.6% بين الحاصلات على المستوى

الثانوي فما فوق على التوالي، ويلاحظ أن التعليم له تأثير كبير في الحد من هذه الممارسة بالنظر إلى الفرق الكبير بين نسبة الموافقات على الاستمرار بين الأميات والمتعلمات في البلدان الأربعة.

كما أن الحالة العملية للنساء تؤثر في مواقفهن من الاستمرار في هذه ممارسة هذه العادة في البلدان الأربعة، جدول (3-8).

جدول (3-8)

نسبة النساء في سن 15-49 سنة اللاتي يوافقن على الاستمرار في ممارسة الختان حسب الحالة العملية

السودان	جيبوتي	اليمن	مصر	الحالة العملية
46.5	52	30.7	46.5	تعمل
52.3	49.6	31.7	55.4	لا تعمل

المصدر: بيانات مصر من واقع نتائج المسح الديموجرافي الصحي لسنة 2008، وبيانات اليمن وجيبوتي والسودان من واقع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002، 2003، 2006 على التوالي. مصر والسودان: كل النساء في سن 15-49 سنة --- اليمن وجيبوتي: النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة.

وتبين النتائج أن نسبة النساء غير العاملات والموافقات على الاستمرار بلغت في مصر والسودان 55.4% و 52.3% على التوالي لتتخفف إلى 46.5% في كل منهما بين العاملات، أما في اليمن فكان الفرق ضئيل حيث بلغ 1% فقط، بينما في جيبوتي كانت نسبة الموافقات بين العاملات أعلى حيث بلغت 52% مقابل 49.6% بين غير العاملات.

ومن كل هذه المقارنات السابقة نلاحظ أن المستوى التعليمي للنساء له التأثير الأكبر على نسبة المختنات وخاصة نسبة الموافقة على استمرار الختان في البلدان الأربعة، حيث الفروق كبيرة بين من يوافقن على الاستمرار بين الأميات والمتعلمات.

4- إستراتيجية للتخلي عن ممارسة ختان الإناث

نتيجة الخبرة المكتسبة ميدانيا، إلى جانب نتائج النظريات الأكاديمية، يمكن وضع إستراتيجية تسهم في تحويل العادة الاجتماعية الخاصة بختان الإناث، وفي تشجيع التخلي السريع عن هذه الممارسة من قبل مجموعات كبيرة من الناس وهذه الإستراتيجية تتكون من عدد من العناصر يمكن بلورتها في الآتي:-

4-1- تأمين حقوق الإنسان وتمكين الفتاة والمرأة

تميل المجتمعات إلى إثارة قضية ختان الإناث عندما تزيد من درجة وعيها وفهمها لحقوق الإنسان، وعندما تحرز تقدما نحو تحقيق تلك الحقوق التي تعتبرها موضع اهتمام مباشر، كالصحة والتعليم مثلا. ورغم وجود المحظورات المتعلقة بمناقشة ختان الإناث، فإن هذه القضية تطرح لان أعضاء الجماعات يدركون بان هذه الممارسة تسبب الضرر. فمناقشات ومداولات المجتمع المحلي تسهم في تكوين تفهم جديد يفيد أن الفتيات سيكن أفضل حالة إذا ما تخلى الجميع عن هذه الممارسة.

4-2- وعى المجتمع بالضرر الذي تسببه ممارسة ختان الإناث

من خلال النقاش العام والتأمل في الموضوع دون توجيه ودون أحكام مسبقة، فإن ختان الإناث يصبح أكثر وضوحا كلما قامت النساء - والرجال كذلك - بتبادل تجاربهم وخبراتهم إلى جانب تبادل تجارب وخبرات بناتهم.

4-3- قرار بالتخلي عن الممارسة كخيار جماعي للمجموعة

بما أن ختان الإناث يعتبر ممارسة مجتمعية، فإن التخلي عنه من خلال قيام المجتمع بالتصرف بطريقة جماعية، يعتبر أكثر فاعلية مما لو قام الأفراد متفرقين بالتخلي عنه. أن التحول الناجح عن ممارسة عادة اجتماعية متروكة في نهاية المطاف لمقدرة أعضاء المجموعة على تنظيم أنفسهم والقيام بعمل جماعي تجاهه.

4-4- تأكيد جماهيري عام وصريح بالتخلي عن ممارسة ختان الإناث

من خلال تيسير الحوار والنقاش غير القائم على الحكم الشخصي من الضروري أن يحدب معظم أعضاء المجتمع التخلي عن هذه الممارسة، ولكن ذلك لا يكفي فالتحول الناجح يتطلب من هؤلاء الأعضاء أن يظهروا بوضوح - كمجتمع - بأنهم سوف يتخلون عنها. ويمكن لهذا التخلي أن يأخذ أشكالاً مختلفة، بما فيها إصدار إعلان عام مشترك أثناء اجتماع كبير، أو إصدار بيان خطي موثوق به يعلن الالتزام الجماعي بالتخلي عن الممارسة مثل إعلان خلو بعض القرى في مصر من الختان.

4-5- وجود منظمة تضمن إدامة وتعزيز قرار التخلي عن ممارسة ختان الإناث

يتعين على المجتمعات أن تشرك القرى المجاورة، وذلك لكي يتسنى انتشار قرار التخلي عن هذه الممارسة وإدامته وتعزيزه. ومن المهم على وجه الخصوص إشراك المجتمعات التي تمارس تأثيراً قوياً. فحينما يصبح قرار التخلي عن ختان الإناث منتشراً بما فيه الكفاية، تستطيع الأبعاد الاجتماعية التي تداوم على هذه الممارسة أن تعمل على الإسراع من عملية التخلي عن هذه الممارسة وبما أن الضغوط الاجتماعية تسير نحو إجراء ختان الإناث فيجب أن يمارس الضغط في اتجاه التخلي عن الممارسة. وعندما تصل عملية التخلي إلى هذه النقطة، تصبح العادة الاجتماعية التي تمنع الممارسة قادرة على أن تفرض نفسها بقوة وتمضي عملية التخلي قدماً بشكل سريع وتلقائي.

4-6- بيئة تمكن من التغيير وتدعمه

يعتمد النجاح في تعزيز التخلي عن ممارسة ختان الإناث أيضاً على التزام الحكومات، على المستويات كافة، باستحداث قوانين وتشريعات اجتماعية مهمة، تستكمل بجهود فعالة في مجال المناصرة وكسب التأييد ورفع الوعي. ويشكل المجتمع المدني جزءاً لا يتجزأ من هذه البيئة التمكينية. ولوسائل الإعلام، على وجه الخصوص. دور أساسي تقوم به في تيسير عملية نشر هذا القرار.

4-7- توفير فرص عمل بديلة لكوادر الاستئصال التقليديين

تتقيد أولئك الذين يقومون بتشويه الأعضاء التناسلية للإناث بالمخاطر الصحية المرتبطة بهذه الممارسة بالإلحاح المستمر وخاصة من رجال الدين والرعاة الاجتماعيين وتزويدهم بفرص لتأمين دخل بديل لهم من خلال توفير القروض أو الحوافز لإيجاد مصدر بديل للعيش ويقومون بصورة رمزية بتسليم ما يستخدمونه من أدوات الاستئصال أو يقسمون اليمين بالتوقف عن ممارسة الختان.

المراجع

المراجع العربية

- 1- الأمم المتحدة، الفقرات 108، 125 و232 من إعلان وبرنامج عمل المؤتمر العالمي الرابع حول المرأة، بكين، 1995.
- 2- الأمم المتحدة، الفقرات 4.22، 5.5، 7.6 من برنامج العمل للمؤتمر الدولي حول السكان والتنمية، القاهرة، 1994.
- 3- الأمم المتحدة، الفقرتان 34، 49 من إعلان وبرنامج عمل المؤتمر العالمي للأمم المتحدة حول حقوق الإنسان، فيينا، 1993.
- 4- الأمم المتحدة، لجنة حقوق الإنسان، اللجنة الفرعية للوقاية من التمييز وحماية الأقليات رقم E/CN.4/sub.2/1999/140، التقرير الثالث حول الوضع المتعلق بالقضاء على الممارسات التقليدية التي تمس صحة المرأة والعائلة والبنات، إعداد السيدة حليلة مبارك وارزازی. 9 يوليو 1999.

- 5- تقرير انوشينتي - ختان الإناث تغيير عادة اجتماعية ضارة 2005 منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسيف).
- 6- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، المسح الجيوتي لصحة الأسرة (2002)، 2004.
- 7- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، المسح السوداني لصحة الأسرة (2006)، 2009.
- 8- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، المسح اليمني لصحة الأسرة (2003)، 2004.
- 9- المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان، "Harmful traditional Practices affecting the health of women and children", fact sheet no. 23, 1997.
- 10- منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط Kنحو رؤية متكاملة للقضاء على عادة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، مصر، 2003.
- 11- منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للسكان، بيان مشترك حول تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، الإسكندرية، مصر، 1999.
- 12- منظمة العفو الدولية: "Section 4: "A Human Rights Issue"
- 13- وزارة الصحة المصرية، مؤسسة ماكرو الدولية، الزناتي ومشاركوه، المسح السكاني الصحي، مصر 2008، القاهرة، 2009.

14- وزارة الصحة والسكان، قطاع السكان وتنظيم الأسرة، المشروع الإعلامي لدعم حقوق المرأة الصحية، لاختان الإناث، المنظور النفسي، مصر، 2002.

15- وزارة الصحة والسكان، قطاع السكان وتنظيم الأسرة، المشروع الإعلامي لدعم حقوق المرأة الصحية، لاختان الإناث، المنظور الثقافي والاجتماعي، مصر، 2002.

16- وزارة الصحة والسكان، قطاع السكان وتنظيم الأسرة، المشروع الإعلامي لدعم حقوق المرأة الصحية، لاختان الإناث، المنظور الديني، مصر، 2002.

المراجع الأجنبية

17- Assaad, M.B., "Female Circumcision in Egypt: Social Implications current Research and Prospects for Change", Studies in Family Planning, 11:1, 1980, pp. 3-16.

18- Female Genital Mutilation - human Rights information Pack. 1998.

19- Shell- Duncan. Bettina and Ylva Hernlund. Eds.2000. Female circumcision in Africa: Culture, controversy and change, Lynne Rienner Publisher, London.

المناطق العشوائية والأمن

عزت فهيم الشيشيني¹

I - مقدمة:

تعتبر العشوائيات والتجمعات العشوائية من الموضوعات التي يتعاطم الاهتمام بها حالياً، نظراً لتفشي هذه الظاهرة وتهديدها لجوانب كثيرة في حياة المجتمعات التي توجد فيها.

وتعتبر التجمعات العشوائية عن اضطراب حقيقي في خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدول التي تعاني منها، وهي مشكلة تواجهها أغلب مدن العالم الثالث، ولها انعكاساتها الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والأمنية، وهي موجودة أيضاً في الدول المتقدمة وإن كانت أبعادها تختلف عن الأخرى في الدول النامية. وتشير دراسة لمنظمة العمل الدولية إلى أنه بحلول القرن الحادي والعشرين ستكون بعض البلدان النامية محاطة بالعديد من الأحياء السكنية الفقيرة والمكتظة بالسكان، أو الأحياء المتخلفة، أو ما يمكن أن نطلق عليه أحزمة الفقر، حيث المساكن المتصدعة وانتشار الجريمة والبؤس والبطالة والسافرة والمقنعة. ويشكل سكان المناطق العشوائية وغير المخططة ما بين 51 - 54% من إجمالي السكان في آسيا، وما بين 30 إلى 60% في دول أمريكا اللاتينية، وترتفع هذه النسبة في مدن أفريقيا إلى ما بين 50 إلى 90% من إجمالي السكان، وفي مصر يقدر عدد سكان العشوائيات بما يقرب من 37% من إجمالي سكان الحضر، وتعود بداياتها إلى القرن التاسع عشر، إلا أنها تعاضمت وشكلت مشكلة حقيقية في السبعينيات، واستمرت في النمو إلى الآن، وأصبحت من أكثر القضايا إلحاحاً من حيث ضرورة معالجتها والتصدي لآثارها السلبية. وترتبط ظاهرة التجمعات العشوائية بظاهرة

1 مستشار بالمركز الديمجرافي بالقاهرة ، مصر .

التهميش الحضري والجماعات المهمشة، إضافة إلى اعتبارها بؤرا لتفريخ الإرهاب والتطرف والجريمة بكل أنواعها.

ويعد السكن والحصول على مياه نقية وصرف صحي احتياجات أساسية للإنسان، ومع ذلك فإن تقرير مركز الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية يشير إلى وجود أكثر من مليار نسمة على مستوى العالم يعيشون في مسكن غير ملائم، وأن مائة مليون نسمة يعيشون بدون مأوى. وتشير أرقام منظمة الصحة العالمية إلى وجود 1.3 مليار نسمة في الدول النامية لا تتوفر لها مياه الشرب، وأن 1.8 مليار نسمة لا يتوافر لهم صرف صحي مناسب. ومع تطور الاهتمام بالسكن على المستوى العالمي، أصبحت حقوق السكن موضوعة في مكان بارز على جدول أعمال الأمم المتحدة المتعلقة بحقوق الإنسان، وتشير الإستراتيجية العالمية للمأوى إلى أن المسكن المناسب يعني أن تتوفر له مساحة مناسبة وإضاءة وتهوية وبنية تحتية كافية، في حدود تكلفة معقولة، وذلك باعتباره العامل الأساسي في التأثير على حالة الصحة والمرض ومعدلات الوفيات.

II- تعريف مصطلح العشوائية:

تعنى كلمة "عشوائي" في اللغة: السير أو السلوك على غير هدى أو بصيرة، وفي المعاجم القديمة ظهرت أصول كلمة "عشواء" كصفة للناقة كلبلة البصر، التي تتخبط في الطريق، (المركز الديموغرافي بالقاهرة، 2003).

ويكتنف تعريف المناطق العشوائية مشكلات متعددة اصطلاحية وقانونية، وترجع صعوبة صياغة تعريف واضح لها إلى تعقد الظاهرة ذاتها وإلى اختلاف هذه المسميات والتعريفات من مجتمع لآخر، ومن بلد لآخر حسب ظروف كل مجتمع ومستوى معيشتة، فهي على سبيل المثال تسمى باروز Barrios أو فافيلاس Favelas في أمريكا اللاتينية، وتسمى بمدن الصفيح في شمال أفريقيا، وكامبونج Kampong في ماليزيا، وبارونج Barongs في الفلبين،

وفي السعودية يطلق عليها اسم الصناديق، وبصفة عامة فقد اصطلح على تسميتها في اللغة الإنجليزية Squatter Settlements وهو ما يعنى إقامة المأوى في أراضى الغير تعدياً ودون ترخيص نظامي من الجهات المعتمدة والحكومية، كما يطلق عليها أيضا المساكن التلقائية Spontaneous. ويطلق عليها أيضا الأحياء غير المنتظمة، وأحياء السكن بالجهود الذاتية، والسكن غير القانوني، وأحياء العشش والصفوح، والأحياء المتخلفة، وأحياء وضع اليد، وأحياء الحكر.

ويذهب أحد التعريفات للسكن العشوائي إلى أنه السكن الذي يعتمد على عدم شرعية احتلال الأرض أو المسكن أو كليهما. كما يؤكد تعريف آخر على أن أهم خصائص السكن العشوائي هي عدم قانونيته ونشأته غير المنتظمة، وينظر بعض الباحثين إلى السكن العشوائي في ضوء طبيعة الجهود المبذولة فيه، وذلك لأنه يعتمد على الجهود الذاتية في أحوال كثيرة.

ويحدد المؤتمر الأول للإسكان العشوائي الذي انعقد عام 1994 أربع صور أساسية للعشوائيات، وهى:

- مباني ومنشآت الإسكان التي تتم بدون ترخيص.
- الإسكان الذي يتم على أراض غير مخصصة للبناء.
- الإسكان الذي يتم على أراض مغتصبة أو غير مملوكة لحائزيها.
- المباني الواقعة خارج حدود المدينة.

وعلى ضوء ما سبق، يمكن وضع تعريف عام للمناطق العشوائية بأنها "مناطق أقيمت مبانيها بجهود ذاتية من قبل ساكنيها، سواء على أراضيهم، أم على أراض مغتصبة تملكها الدولة، وبدون تراخيص رسمية. وهى غالبا ما تفتقر إلى الخدمات والمرافق الأساسية التي قد تمتنع الجهات الرسمية عن توفيرها، نظرا لعدم قانونية

هذه الوحدات السكنية، وقد تستجيب لبعضها تحت إباح الحاجة إلى تدبير الحد الأدنى الإنساني والآدمي لهذه الكتل السكانية التي تعيش في هذه المناطق.

III- حجم العشوائيات:

تباينت تقديرات أعداد العشوائيات ما بين المصادر المتاحة، فهي في تقرير وزارة التنمية المحلية الصادر في أكتوبر 2000 عددها 916 منطقة وفي تقرير آخر لمركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 1034 منطقة، وفي تقرير صادر عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء 909 منطقة. ويشير تقرير رابع صادر عن وزارة التنمية المحلية عام 2003 إلى أن إجمالي عدد المناطق العشوائية يصل إلى 1228 منطقة، وربما يرجع اختلاف التقديرات للمناطق العشوائية إلى تعدد تعريفات المنطقة العشوائية وعدم الاتفاق على تعريف واحد لها، وربما أيضا إلى ما يضم إليها أو يحذف منها بفعل الإزالة أو التعديل.

وتشير التقارير الصادرة عن لجنة الخدمات بمجلس الشورى، وتلك الصادرة عن مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار إلى أن عدد المناطق السكنية اللارسمية بلغ 1034 منطقة منها حوالي 81 منطقة مطلوب إزالتها، والباقي مطلوب تطويره، وتقدر تكلفة تطوير هذه المناطق بأكثر من 5.3 مليار جنيه مصري.

وتشير البيانات أن نسبة سكان العشوائيات تصل إلى 37% من إجمالي سكان الحضر، وأن هذه النسبة ترتفع في محافظتي القليوبية ودمياط إلى 64%، وإلى 60% في كل من الجيزة ومطروح، و56% في الدقهلية وسوهاج، و49% في المنيا، وتتفاوت النسبة من 40% إلى 30% في محافظات القاهرة، والإسكندرية، والغربية والبحيرة، والشرقية، وكفر الشيخ، والإسماعيلية، وبني سويف، والبحر الأحمر، وقنا، ثم تنخفض في باقي المحافظات إلى أن تصل إلى أقل نسبة لها في محافظة بورسعيد، ولا توجد مناطق عشوائية في شمال سيناء، والوادي الجديد.

وتعد محافظات الدقهلية ودمياط والقاهرة والشرقية والبحيرة وقنا والقلوبية وبني سويف وأسيوط من أعلى محافظات الجمهورية في عدد العشوائيات بها، كما تسجل القاهرة والبحيرة والإسماعيلية أعلى عدد للعشوائيات التي تحتاج إلى إزالة، ومن ثم أعلى تكلفة مطلوبة لمواجهة هذه الظاهرة. في القاهرة وحدها مطلوب إزالة 12 منطقة عشوائية من إجمالي 79 منطقة.

أما ما هو مطلوب تطويره من العشوائيات بمحافظة القاهرة، فإن عددها يصل إلى 68 منطقة.

ومع ضخامة المشكلة، وتكدس الطبقات الفقيرة في أحياء العشش، أصبح سكن المقابر نمطاً عادياً، ويضم قسم الخليفة أكبر تجمع لسكان المقابر، حيث تصل النسبة إلى 41% من السكان، وتصل هذه النسبة في قسم الجمالية إلى 38.8%، وإلى 13.3% في قسم الدرب الأحمر. ويقدر العدد الإجمالي لسكان المقابر بمدينة القاهرة بحوالي نصف مليون نسمة (100 ألف أسرة)، أي أن واحداً من كل 20 فرداً من سكان مدينة القاهرة يسكن المقابر.

IV- أسباب انتشار العشوائيات:

يرجع انتشار العشوائيات في مصر إلى مجموعة أسباب اقتصادية واجتماعية وقانونية وإدارية متشابكة، يمكن تلخيصها فيما يلي:

4-1- الأسباب الاقتصادية والاجتماعية

- النمو الاقتصادي والعمراني للمدن، وتركز الاستثمارات بها مما أدى إلى استمرار جذب العمالة إليها، واتجاههم إلى الإقامة بالمناطق العشوائية.
- الزيادة السكانية بمعدلات تفوق معدلات النمو الاقتصادي ومعدلات النمو في قطاع الإسكان في شريحته التي تتجاوز مع احتياجات محدود الدخل، وما

ترتب على ذلك من تراكمات حاولت هذه الفئة أن تجد لها حلولا ذاتية عن طريق الإسكان العشوائي.

- استمرار تدفق الهجرات الداخلية بدلا من استقطابها في محافظاتها، وذلك بسبب نقص الاستثمارات في هذه المحافظات، لاسيما في المناطق الريفية التي أصبحت تعاني من الملكيات القومية وقلة المردود أو العائد من الأراضي الزراعية، مما اضطر أصحابها إلى بيعها للمستثمرين، وخاصة تلك المتاخمة للمدن، وهي ذات الأراضي التي استخدمت لبناء مساكن عشوائية وأدت إلى تريفيف المدينة.

- ورغم أهمية عنصر الهجرة الداخلية على النمو غير المتوازن في المناطق العشوائية، إلا أن ذلك سبب لا يمكن تعميمه على كل هذه المناطق، حيث لا تشكل الهجرة في منطقة تلال زينهم - على سبيل المثال - سوى نسبة 6.3%، بينما السبب الأكثر أهمية وعمومية هو لجوء من سقطت منازلهم أو تهدمت بفعل الكوارث والإخلاء الإداري للبحث عن مأوى في هذه المناطق.

ويقدر عدد المساكن التي تتهاجر سنويا - في مدينة القاهرة وحدها - بحوالي 3000 وحدة سكنية في أحياء السيدة زينب والخليفة والجمالية وبولاق. ومع تزايد هذه الانهيارات تم إنشاء مساكن مؤقتة (أكشاك/ عشش/ أكواخ) أسفل جبل المقطم، ومع مرور الوقت وصل عدد الأكشاك عام 1970 إلى 570 كشكاً، ثم واصل العدد ارتفاعه طوال السبعينيات والثمانينيات. وتشير بعض التقارير الرسمية إلى أن القاهرة تضم 300.000 منزل لا تتوفر فيها المواصفات الفنية، وبالتالي فهي معرضة للانهييار في أي وقت، وهذا ما حدث بالفعل بعد زلزال أكتوبر 1992.

- ارتفاع الأسعار، وانخفاض الدخل، وزيادة شريحة فقراء الحضر المحتاجين إلى سكن منخفض التكاليف. وتشير بعض الدراسات إلى أن هذا النوع من "الإسكان العشوائي" ما هو إلا رد فعل الفقراء وإجاباتهم على عيوب

سياسات الإسكان على المستويين العام والخاص، وانعكاس لتقصير الحكومات وفشلها في تلبية حاجات السكان السكنية.

- استطاعت المناطق العشوائية أن توفر وحدات سكنية منخفضة التكاليف، بالإضافة إلى أسلوب التنفيذ الذي يعتمد على التمويل المرحلي المتدرج الذي يسمح للمواطن بإنهاء هذا المسكن على فترات زمنية متدرجة بقدر ما تسمح به إمكانياته.

- النمو الحضري منذ عام 1982، والذي تمثلت أبرز ملامحه في ارتفاع أسعار الأراضي المقطعة من المناطق الزراعية المحيطة بالمدن، وارتفاع أسعار مستلزمات البناء، وارتفاع أجور العمالة في مجال البناء بسبب الهجرة إلى الدول العربية، وارتفاع إيجارات المساكن بما لا يتناسب مع دخول معظم فئات المجتمع، وانخفاض العائد المتوقع من الاستثمار.

- تقديم تسهيلات كبيرة من أقارب وأصدقاء المهاجرين من مناطق معينة تتمثل في الحصول على مهنة ومسكن، مما يجعلهم يتغلبون بسهولة على مشكلات التكيف الثقافي - الاجتماعي في المدينة. ويرتبط ذلك بالتكوين الفكري ونوعية ثقافة هؤلاء المهاجرين من الريف، إذ بإمكان هذا المهاجر أن يشيد مسكناً أقرب إلى نمط السكن في الريف منه إلى سكن يتناسب مع سكنى الحضر، ويقبل مستوى معيناً من حيث الإمداد بالمرافق والخدمات، ولديه أيضاً مستوى معين من القبول لمستوى النظافة اللازمة في البيئة التي يعيش فيها. ولهذا فإن إمكانيات تمثله وقبوله لمستوى نظافة البيئة المحيطة ومستوى النظافة داخل المسكن إنما يرتبط بصورة رئيسية بتكوينه النفسي والثقافي. وهذا ما يبرر تركيز معظمهم في أطراف المدينة ذات الطابع الريفي، مثل شبرا الخيمة والشرابية شمالاً، ومصر القديمة جنوباً، وبولاق والوايلي وباب الشعرية في الوسط.

- اكتساب العشوائيات قوة دفع ذاتية، لاسيما في إطار عجز الدولة عن توفير الإسكان الاقتصادي لهذه الشرائح الدنيا من السكان التي ليس لديها دخل مننظم، ولهذا أصبحت هذه المساكن تؤدي وظيفة في اقتصاد الدولة، إذ تتيح لمن هم أشد فقراً الحصول على مسكن بأقل تكلفة ممكنة.

- عدم نمو القطاع الزراعي والصناعي بالقدر الذي يسمح باستيعاب العمالة الريفية الحضرية، مما أدى إلى نمو القطاع الثالث (الخدمات) نموا وهميا لامتناس هذه العمالة. ونظراً لافتقاد هذه الفئة إلى المؤهلات اللازمة للعمل في الصناعة، فإن المجال المتاح أمامهم هو أعمال الخدمات والبيع المتجول، ويظل هؤلاء رصيماً للعمالة الرخيصة لكثير من الأعمال الحضرية، ومصدراً متزايداً للحاجة إلى مسكن رخيص يتفق وإمكاناتهم. ومع اتساع حجم العشوائيات وافتقار الحكومة إلى الموارد اللازمة لتحقيق تنمية حضرية حقيقية، يظهر الاتجاه إلى محاولات تطوير بعضها، بدلاً من إزالتها، واعتبار هذا الإصلاح الجزئي لهذه المناطق أفضل من لا شيء.

4-2- الأسباب الإدارية والقانونية

- عدم الاهتمام بوضع مشكلة الإسكان كأحد الأولويات الهامة بين مشاكل المجتمع الأخرى، أو وجود منهج متكامل لسياسة إسكانية تتجاوز مع الاحتياجات الفعلية للفئات محدودة الدخل، إضافة إلى نقص الموارد المالية لدى الهيئات الحكومية والمحليات والتي يمكن توجيهها إلى قطاع الإسكان المطلوب.

- غياب دور مؤسسات الدولة الإدارية والقانونية وتقاعسها عن تنفيذ التشريعات المرتبطة بهذا القطاع والقوانين التي تنظم حركة العمران. صاحب ذلك وجود ثغرات قانونية، سواء في قوانين التنظيم أو في مواصفات المباني.

- صدور عدد من القوانين التي أثرت سلبا على تناقص نسبة الاستثمارات الموجهة إلى قطاع الإسكان، وهى القانون رقم 149 لسنة 1952 الذي يقضى بخفض الإيجار بنسبة 15%، ثم القانون رقم 51 لسنة 1958 الذي جمّد الإيجارات بعد تخفيضها بنسبة 20%، ثم القانون رقم 168 لسنة 1961 الذي خفّض القيمة الإيجارية مرة أخرى، ثم القانون رقم 64 لسنة 1962 الذي حدّد القيمة الإيجارية على أساس أن يعطى المسكن لملكه عائدا سنويا قدره 5% من قيمة الأرض، و8% من قيمة المبنى.
- تعديل حدود المدن على حساب الأراضي الزراعية، والتحام القرى والمدن، وتعدد الجهات المالكة لأراضى الدولة، ومشكلات البيروقراطية الإدارية، والتجاوزات التي سمحت بالكثير من المخالفات، وبطء صدور الأحكام في المخالفات، وتعدد الجهات والاختصاصات القضائية.
- توافر أراضٍ خالية داخل نسيج الكتلة العمرانية للمدينة، ووجود أبنية غير مستعملة أو مهجورة، مع ضعف أساليب حماية الأراضي واستعمالاتها.
- تعدد الإجراءات الخاصة بإزالة المخالفات، ووقف إنشاء المباني المخالفة بالمناطق العشوائية، وتعدد جهات التقاضي وتشتتها، وضعف العقوبات المفروضة على المخالفين.

V- أنواع العشوائيات

توجد ثلاثة أنواع من الإسكان خارج نطاق الإشراف الرسمي للأجهزة التخطيطية والإدارية، وهى: الإسكان العشوائي، والإسكان الهامشي، وإسكان المقابر. وقد ظهرت هذه الأنواع الثلاثة تحت ضغط الحاجة الملحة للسكن، وهى ليست ظاهرة عرضية مؤقتة يمكن أن تزول بسهولة، بل صارت حقيقة قائمة، وجزءاً عضوياً من التكوين العمراني المعاصر للمدن سيظل باقياً معها إلى وقت غير قصير. (المجلس القومى للخدمات والتنمية الإجتماعية، 1993).

5-1- الإسكان العشوائي

أقيم الإسكان العشوائي على تقسيمات غير معتمدة وبدون رخص بناء على الأراضي الزراعية المحيطة بالقاهرة الكبرى، والجزء الأكبر منه تم إنشاؤه بمنطقة الجيزة غرباً، في بولاق الدكرور وإمبابة والهرم. وبعضه أقيم بالمناطق الصحراوية شرقاً في الدوقية ومنشأة ناصر. وكذلك بالفراغات التي كانت قائمة بين الأحياء السكنية مثل: منطقة دار السلام وإسطنبول عنتر جنوب مصر القديمة. وأقيمت المباني في أغلب هذه المناطق الأخيرة على مواقع تم الاستيلاء عليها بوضع اليد.

وقد انتشر الإسكان العشوائي انتشاراً واسعاً وسريعاً، مع تفاقم أزمة الإسكان خلال الثلاثين عاماً الأخيرة. ففي فترة الستينات كانت نسبة الإسكان العشوائي إلى مجموع ما أنشئ من وحدات سكنية (50%) ثم زادت هذه النسبة إلى (80%) خلال السبعينات بإنشاء حوالي مليون وثلاثمائة ألف وحدة عشوائية في هذه الفترة. ثم صارت النسبة حوالي (40%) في حقبة الثمانينات. وهذا يعنى أن ما يقرب من (60%) من الوحدات التي أقيمت خلال الثلاثين سنة الماضية كانت إسكاناً عشوائياً غير رسمي. ونظراً لسرعة وعدم انتظام انتشارها فقد أطلق عليها بعض خبراء الإسكان "الإسكان السرطاني **Cancerous Housing**".

5-2- الإسكان الهامشي وإسكان الغرف المستقلة

يعرف الإسكان الهامشي بأنه أماكن غير معدة أصلاً للسكن، ولكنها مشغولة بأسر تعيش فيها، مثل أحواش المساجد والأماكن الأثرية والوكالات والخانات والدكاكين والجراجات والفراغات تحت السلام، والعشش الخشبية التي أقيمت في أزقة الحارات بالأحياء الشعبية. أما سكن الغرف المستقلة فيتمثل في سكن عائلة في غرفة واحدة بدون منافع وتشارك غيرها من الأسر في دورة مياه واحدة وغالباً ما تكون هذه الغرفة ضيقة المساحة متهالكة البناء، وتقع عادة بالأسطح وأفنية المنازل. وتتم داخل الغرفة كافة الأنشطة المعيشية للأسرة، من نوم وجلس واستنكار وطهي وغسيل.

وقد أجريت دراسة اجتماعية على نمط من هذا الإسكان **Case- Study** بإحدى حارات باب زويلة (عطفة السكرية). وأسفرت الدراسة عن الآتي:

- تشترك عشر عائلات في دورة مياه واحدة.
- (60%) من الأطفال في سن الدراسة محرومون تماماً من أي نوع من أنواع التعليم، وظاهرة هروبهم من ذويهم ليست نادرة.
- في العديد من الحالات يبلغ معدل التكديس سبعة أفراد في الغرفة الواحدة.
- عدم استقرار الحياة الأسرية، كما تتسم العلاقات الاجتماعية بالصراعات بين أفراد الأسرة الواحدة، وبين الأسر بعضها وبعض.

لكل ذلك يمكن القول بأن هذا النوع من الإسكان - شأنه شأن إسكان عشش الصفيح - يعتبر من أدنى أنواع السكن، ويكاد أن يكون إسكاناً غير إنساني.

5-3- إسكان المقابر

تمثل مناطق الجبانات في العديد من مدن العالم، ومنها مدن مصر، عدة مشاكل لمسؤولي التخطيط والإدارة مثل: الحيز المكاني الذي تشغله، وموقعه بالنسبة للمدينة، وتداخله مع الكتلة السكنية نتيجة للنمو الحضري السريع، وكذلك صعوبة نقل الجبانات خارج نطاق العمران إذا تقرر استغلال مواقعها لأغراض أخرى. أما بالنسبة لمدينة القاهرة، فإن لها مشكلة خاصة بها، بجانب هذه المشاكل العامة، تتمثل في إقامة أعداد من السكان بصفة مستمرة داخل النطاق الجغرافي للجبانات، وداخل الأحواش ذاتها، واقتسامهم مقر الإقامة مع الموتى.

ومشكلة إسكان المقابر ليست وليدة النصف الثاني من هذا القرن، فهي تفاقمت خلاله بدرجة كبيرة. وهي في الحقيقة -مثل الإسكان العشوائي والإسكان الهامشي- انعكاس لتطور الأزمة الحضرية المعاصرة، ومن بينها مشكلة الإسكان التي دفعت بالآلاف للنزوح إلى "مدينة الموتى" عوضاً عن العراء أو عشش الصفيح.

VI- سمات الإسكان وخصائص السكان في العشوائيات

إطلاق صفة العشوائية على مجتمع ما، إنما يوجه النظر رأساً إلى صفات هذه التجمعات من حيث المكان أو السكان. ورغم اختلاف المناطق العشوائية من حيث الموقع والمساحة وحجم السكان ونمط الوحدة السكنية وخصائص السكان ومستوى الخدمات إلا أنها جميعاً تشترك في بعض السمات العامة، وتعد مشكلات المسكن من أهم ما تعانيه هذه المناطق العشوائية، وتتناوله من حيث النمط والتخطيط، ومدى توافر المرافق وظروف البيئة المحيطة المرتبطة بالإضاءة والحرارة والتهوية والتربة والتلوث. كما يوجه النظر إلى خصائص السكان الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية. والتناول التالي يناقش هذه الأبعاد جميعاً.

6-1- المساحة ومتوسط عدد الأفراد

تنتم المناطق العشوائية بصورة عامة بارتفاع الكثافة السكانية وارتفاع معدل التزامم بالغرفة. وتشير بعض الدراسات إلى ارتفاع الكثافة السكانية في بعض العشوائيات إلى 128.5 ألف نسمة في كم²، أي ما يزيد على خمسة أضعاف معدل الكثافة السكانية بالقاهرة (28 ألف نسمة في كم²). وتشير دراسة أخرى أجريت على محافظة القاهرة إلى أن الكثافة السكانية تصل إلى 502 ألف نسمة /كم²، ويقدر عدد السكان المقيمون في أحواش المقابر إلى ما يقرب من المليون.

ويرتفع معدل النمو السنوي للسكان بالمناطق العشوائية، حيث يصل في بعض المناطق العشوائية في محافظة القاهرة إلى 34% كما هو الحال في قسم السلام، وإلى 9.1% في قسم البساتين والذي يضم اثنتي عشرة منطقة عشوائية، وفي منشأة ناصر يصل معدل النمو إلى 8.9%، هذه المعدلات ظلت مرتفعة خلال الفترة بين التعدادات 1986-1996، ولكنها انخفضت عن معدلاتها في الفترة الأخيرة، نظراً لما حدث لهذه المناطق من تشعب.

تتراوح مساحة الوحدات السكنية في المناطق العشوائية ما بين 3م²-26م² وتصل في بعضها إلى 42م²، وذلك في نمط إسكان الإيواء، أما نمط المسكن ذي الحجرة الواحدة فإن المساحة تتراوح ما بين 10 إلى 15م².

ويتغلب سكان العشش على ضيق المساحة عن طريق ضم مساحات له من خارج العشة وهى بالطبع توسعات غير مرخص بها. ويتم - في الغالب - تأجير هذه الوحدات من الأصدقاء والأقارب الذين يمهدون للوافدين الحصول عليها وذلك نظير مبالغ ضئيلة.

وتتميز المناطق العشوائية بصورة عامة بارتفاع متوسط حجم الأسرة، وتشير دراستين أجريتا على أحياء الحوتية والشرابية إلى أن حجم الأسرة يتراوح ما بين 7-13 فردا بالنسبة إلى 70% من الأسر التي شملتها الدراستين المذكورتين، كما يصل متوسط حجم الأسرة إلى ذات العدد في منطقة السلام ولكن بنسبة أقل وهى 52% فقط، وتصل نسبة الأسر التي يبلغ متوسط عدد أفرادها من 5-8 أفراد إلى 41.8% من إجمالي الأسر التي تمت دراستها في منطقة زينهم. ويقيم هذا العدد في حجرة واحدة في أغلب الأحوال، أما سكان المقابر فإن متوسط عدد الأفراد في الحجرة ينخفض إلى 3 أفراد فقط.

وتتسم الأسر في المناطق العشوائية بارتفاع نسبة النساء العائلات لأسر. وفي مقابل 21% نسبة عامة للجمهورية في تعداد 1996، فإن هذه النسبة ترتفع في بعض المناطق العشوائية إلى ما بين 25-33% من إجمالي الأسر في المنطقة.

ويعبر ارتفاع نسبة الأسر التي ترأسها نساء عن ارتفاع معدلات الطلاق والانفصال والترملم، وتشير البيانات المتاحة بالفعل إلى ارتفاع هذه النسب عنها بالنسبة للجمهورية. وعلى سبيل المثال فإن هذه النسب تصل إلى 20.5% في منطقة زينهم، وذلك في مقابل 7.1% لإجمالي الجمهورية في تعداد 1996، وفي ذات الوقت فإن نسبة المتزوجين أيضا ترتفع عن ذات النسبة بالنسبة لباقي الجمهورية، أما الشرائح العمرية المختلفة للسكان فهي تقترب كثيرا من التقسيم حسب السن لإجمالي السكان في المناطق الحضرية.

6-2- مدى توفر الخدمات

يعد الحصول على مصادر مياه نقية، وصرف صحي، وكهرباء، وتهوية من أهم الخدمات التي تصبح الإقامة بدونها مستحيلة على أي مستوى من مستويات المعيشة، وتشير إحدى الدراسات إلى أن أربعة أخماس الوحدات السكنية بالمناطق العشوائية رديئة التهوية، وثلاثة أخماسها رديئة الإضاءة، وما يقرب من 58% من سكانها إما تتنافس على دورات مياه مشتركة، وإما ليس لديها دورات مياه بالمرة. وهي تفتقر إلى مصادر مياه نقية، سواء كان ذلك داخل العشة أو خارجها، وهناك سعي دائم من قبل السكان لإدخال هذه المرافق بموافقة السلطات البلدية، واستغلال ذلك باعتباره نوعاً من الاعتراف بالأمر الواقع، لاسيما فيما يتعلق بملكية الأرض.

ويعد الصرف الصحي من أكثر الخدمات تدنياً، وأكثرها خطورة على الصحة العامة. وتعتمد مناطق كثيرة على نظام الخزانات الأرضية، أو ما يسمى بالبيارات أو الترانشات التي يتم التخلص من محتوياتها بين الحين والآخر عن طريق النرح بعربات خاصة بذلك.

أما المياه النقية فيتم الحصول عليها من حنفيات عمومية داخل مناطقهم أو خارجها، أو عن طريق حنفيات داخل المنازل، أو عن طريق شرائها من العمارات المجاورة، وهناك نسبة أخرى تحصل على المياه من الطلمبات، ومن الطبيعي أن ينخفض في هذه الحالات نصيب الفرد من المياه، وما يترتب على ذلك من تلوث وأمراض.

وللحصول على الكهرباء، فإن النمط الشائع هو سرقة التيار الكهربائي من مصادر الإنارة العمومية، إضافة إلى وجود نسبة من السكان تستخدم الكيروسين في الإضاءة - كما هو حادث بعزبة محيي بك، وعشش الجمالية - وفي بعض الأحيان يستخدم السكان وصلات كهربائية من المساكن المجاورة بالاتفاق مع أصحابها نظير مبالغ شهرية.

وبسبب ضيق الشوارع التي أصبح بعضها يتراوح ما بين 60 سم و2 متر، ونقص المرافق، فإن سيارات الإسعاف والحريق غالباً ما لا تستطيع أن تؤدي مهامها في الحالات التي تستدعي ذلك، وتزداد النتائج المترتبة على ذلك سوءاً، نظراً للتلاحم الشديد بين العشش وعدم وجود فواصل.

3-6- الأوضاع الصحية والبيئية

تشكل المناطق العشوائية نماذج صارخة للتلوث البيئي بكل أبعاده:

حيث تعاني من مشاكل السكن غير الصحي من حيث الضيق، وارتفاع معدل التزاحم والضوضاء الشديدة -لوجود العديد منها بجوار خطوط السكك الحديدية- وأداء كافة احتياجات الأسرة بداخل هذه المساحة الضيقة التي تفتقر إلى التهوية والإضاءة والنظافة وعدم وجود المرافق ونقص المياه، واحتمالات تهدم العشش -لاسيما بسبب هطول الأمطار في فصل الشتاء- فإذا أضيف إلى ذلك كميات الزبالة والمخلفات التي توضع على أسطح العشش -للحماية من تقلبات الجو وللماء الفراغات بين الأعمدة- أصبح كل ذلك بيئة مهينة لكل أنواع التلوث السمعي والبصري والهوائي والسلوكي أيضاً، ويسهم كل ذلك في انتشار الأمراض لاسيما الصدرية والجلدية وأمراض العيون، والفيروسات والأمراض الطفيلية والبكتيرية.

ويؤدي انخفاض مستوى الدخل وكثرة عدد أفراد الأسرة إلى سوء التغذية وما يرتبط بها من أمراض تنعكس مباشرة على مستوى إنتاجية هؤلاء السكان.

وتعاني المناطق المحيطة بهذه العشش من ذات المشكلة، حيث تنتشر بها أكوام المخلفات الآدمية والحيوانية ومخلفات المنازل في غياب كامل لنظام جمع القمامة، ونظراً لاستغلال كل الأماكن والفراغات الموجودة في إقامة وحدات سكنية جديدة، فإن هذه المناطق تفتقر إلى المساحات الخضراء والمفتوحة.

6-4- العلاقات الاجتماعية والسلوكيات المرتبطة بها

تؤدي أوضاع السكان المتردية في المناطق العشوائية إلى أنماط علاقات تتسم بخصائص معينة، لعل من أهمها ما يؤدي إليه نمط الحياة في العشة وتلاصقها مع العيش الأخرى من توترات نفسية واجتماعية وانعدام للخصوصية، وانهيار برقع الحياء فيما يتعلق بالعلاقات الخاصة، ومناقشة كل الأمور أمام الجميع سواء كانوا من الأبناء أم الجيران، وتصبح كل الأمور معلنة أمام الجميع. ويؤدي هذا النمط من الحياة إلى ارتفاع نسبة المشاكل بين الأزواج وبين الأزواج والأبناء، وسيطرة طابع العنف والقسوة على العلاقات داخل الأسرة، أو بين أفراد الأسرة والأسر الأخرى في المنطقة، والشعور بالإحباط والعدوانية ونمو الشخصيات غير السوية.

وفى رؤية تحليلية لهذه الاهتمامات اشتملت عليها دراسة أخرى، يرى هذا التحليل أن سكان هذه الأحياء يعبرون عن مدركات وتصورات ورؤى للعالم تختلف عنها بين قرنائهم من سكان أحياء الطبقتين الوسطى والعليا، وهو ما يكشف عنه مفهوم "ثقافة الفقر".

6-5- الخصائص الاقتصادية والاجتماعية لسكان العشوائيات

تتميز المناطق العشوائية بانتشار الأمية بين الجنسين، وبصفة خاصة بين النساء، لاسيما الجيل الأكبر سنا، ويلاحظ أيضا ارتفاع نسبة التسرب من التعليم وارتباطها بتدني الأحوال المعيشية، وضعف الإمكانيات الاقتصادية التي تدفع الأسر إلى استخدام الأبناء مصادر للدخل.

وتؤدي البطالة المرتفعة، وضعف مستويات الدخل وضآلتها إلى مستوى معيشي منخفض يتعذر معه لهؤلاء السكان إشباع احتياجاتهم المعيشية اليومية دفعة واحدة. وفى الدراسة التي أجريت على حي زينهم بمحافظة القاهرة، فإن حوالي 38% من إجمالي العينة يقل دخل الأسرة فيها على 200 جنيه شهريا، وترتفع نسبة العاطلين في العينة إلى خمس أرباب الأسر، وتعكس المهن التي يعملون بها الانخفاض الشديد في مستوى هذه المهن، وتصل نسبة العاملين في القطاع غير

المنظم إلى 81%، وتعتمد هذه الأسر في مواجهة احتياجاتها على مساعدات أهل الخير، أو الاقتراض، ويحصل 18% من أسر هذه المنطقة العشوائية على معاشات التأمينات الاجتماعية ومعاش السادات.

ونظرا لعدم توافر الأوراق الرسمية والتعقيدات الإدارية، والإجراءات الروتينية، أو بسبب العمل في المجالات الهامشية غير الحكومية، فإن هذه الأسر لا تستطيع الانتفاع ببعض الخدمات مثل بطاقات التموين، واشتراقات المواصلات رغم أنهم الأحق بالحصول عليها نظرا لاحتياجهم الشديد.

VII - العشوائيات والأمن

يأخذ الاهتمام بقضية العشوائيات بعداً هاماً من أبعاد هذا الاهتمام، وهو ما يتعلق بالجانب الأمني، وقد كانت أحداث العنف وانتشار النشاط الإرهابي من أهم الأسباب لإلقاء الضوء الإعلامي عليها، وحيث لجأت بعض التنظيمات الإرهابية إلى هذه المناطق، وألقى القبض على العشرات من أفرادها في منطقة المنيرة بامبابة، والجزيرة، وبولاق الدكرور، وعين شمس. وأشار تقرير لمجلس الشورى وآخر لمجلس الشعب إلى عدة أسباب وراء الإرهاب من بينها إهمال الخدمات بالمناطق العشوائية، حيث يختبئ هؤلاء ويروجون لأفكارهم وخدماتهم التي تلقى قبولا لدى السكان. ومن هنا اعتبرت هذه المناطق بؤراً للجريمة، وظهرت مشكلة العشوائيات والإسكان غير الرسمي والتمدني كقضية أمن قومي.

ونتناول تأثير المناطق العشوائية على الأمن سواء فيما يتعلق بارتكاب الجرائم أو في الخدمات الأمنية المطلوبة لهذه المناطق على النحو الآتي:-

1-7 - صعوبة السيطرة الأمنية على العشوائيات

تواجه قوات الشرطة صعوبات عديدة في تحقيق السيطرة الأمنية على العشوائيات وذلك للأسباب الآتية:

- الطبيعة الجغرافية:

توجد معظم المناطق العشوائية في مناطق مجاورة للمدن الكبرى وعواصم المحافظات وأنها تقام على أرض زراعية قام أصحابها بتبويرها والبناء عليها بطرق بدائية أو مناطق صحراوية أو جبلية يقوم واضعي اليد بالبناء عليها بذات الطرق البدائية، كما أن المساكن التي تقام في تلك المناطق تستغل فيها المساحة المقام عليها المسكن أسوأ استغلال، الأمر الذي أدى في النهاية إلى ضيق جميع الطرق في تلك المناطق بحيث قد لا تسمح بعض هذه الطرق بمرور سيارة واحدة وأحيانا يلزم الأمر المرور بأكثر من طريق للوصول إلى بعض المساكن، كما أن معظم هذه المساكن ينعقد فيها تماما شروط الأمان، ويتفاوت ارتفاع المساكن من سكن لآخر إضافة إلى ملاصقة هذه المناطق بالأراضي الزراعية الشاسعة والمناطق الجبلية الوعرة والصحراء المترامية.

كل هذه العوامل تؤدي إلى صعوبة وصول سيارات الشرطة إلى المكان المستهدف في الوقت المناسب بالإضافة إلى صعوبة أداء مهامها بالشكل الأمثل، فعلى سبيل المثال في حال حدوث حريق في أحد المساكن أو انهيار أحد المساكن فإنه يصعب مع تلك الطبيعة الجغرافية وصول سيارات الحريق أو الإنقاذ في الوقت المناسب وأداء عملها بالطريقة المثلى، كما يمكن لأي شخص مطلوب ضبطه الهروب من الموقع في الأراضي الزراعية أو الصحراوية أو المناطق الجبلية قبل وصول الشرطة بوقت كبير.

- صعوبة تجنيد مصادر سرية بالمنطقة:

نظراً لطبيعة التركيبة السكانية للمناطق العشوائية والظروف الاقتصادية والاجتماعية التي دفعت بهؤلاء الأشخاص للسكن في تلك المناطق ونزوح أعداد كبيرة منهم من قرى الوجهين البحري والقليبي بحثاً عن فرصة عمل، وعدم وجود صلات قرى تربط بين السكان بعضهم البعض وشعورهم بالغربة لعدم وجود من يساندهم عند الحاجة، كل هذه العوامل جعلت من تجنيد مصادر سرية داخل تلك

المناطق أمراً بالغ الصعوبة لخشية افتضاح أمر الشخص المتعامل مع الشرطة وتعرضه لما لا تحمد عقباه.

- إجماع سكان المناطق العشوائية عن اللجوء للشرطة:

نظراً لانتقال سكان المناطق العشوائية إلى بيئتهم الجديدة بشكل مفاجئ وإجباري حسب ظروفهم المختلفة وارتباط أعمال البلطجة والعنف في البيئة الجديدة وشعور سكان تلك المناطق بالقصور الأمني، يولد لديهم الشعور بالقهر وتقبل الظلم الواقع عليهم وعدم الإبلاغ عن بعض الجرائم وقبول التسوية السلمية وتسامح المتضررين قصراً خوفاً من البطش الذي قد يقع عليهم في حالة قيامهم بالإبلاغ.

- عدم وجود خرائط مساحية دقيقة للمناطق العشوائية:

ويرجع ذلك إلى التغييرات السريعة للمناطق العشوائية من حيث زيادة مساحتها وإقامة مساكن جديدة بها الأمر الذي يجعل جهاز الأمن يواجه صعوبة شديدة في وضع خطط أمنية كفيلة بفرض السيطرة الأمنية على تلك المناطق العشوائية.

- صعوبة وجود حصر دقيق لسكان المناطق العشوائية:

وذلك نظراً لأن سكان تلك المناطق دفعتهم ظروفهم المختلفة سواء أكانت اجتماعية أو اقتصادية أو إخلاء إداري ... الخ إلى النزوح إليها، فإنه وعندما تتاح فرصة لأحد سكان تلك المناطق الانتقال منها إلى منطقة أخرى أكثر رقياً فلا يتوانى عن الانتقال إليها فوراً، إضافة إلى التوسعات المستمرة في المناطق العشوائية ونزوح سكان جدد إليها باستمرار.

- عدم معرفة التاريخ الإجرامي لسكان المناطق العشوائية:

ويرجع ذلك إلى نزوح أعداد كبيرة من سكان المناطق العشوائية من القرى والنجوع والكثير منهم من ذوي الأنشطة الإجرامية المختلفة ويلجأ الغالبية العظمى منهم إلى الإقامة في تلك المناطق متسترين في اسم آخر أو استخراج بطاقة شخصية بهذا الاسم الجديد بوسيلة غير مشروعة.

7-2- المشكلات الأمنية للمناطق العشوائية

ويمكن بلورة المشكلات الأمنية للمناطق العشوائية في الآتي:

- ارتفاع معدلات الجريمة

تساعد خصائص سكان المناطق العشوائية على ارتكاب الجرائم، ومن هذه الخصائص تفشي البطالة والفقر والامية والقيام بالأعمال الهامشية ذات العائد المنخفض وتفشي ظاهرة أطفال الشوارع. كل ذلك يؤدي إلى قيام العديد من سكان تلك المناطق بارتكاب الجرائم المالية مثل السرقات والنشل وغيرها، وذلك للحصول على أموال تغطي نفقاتهم وتكاليف معيشتهم.

كما تنتشر في تلك المناطق جرائم المخدرات، سواء التعاطي والإدمان أو الاتجار، ويلاحظ أن معظم أوكار المخدرات تقع في مناطق عشوائية يصعب وصول الشرطة لها، بسبب الطبيعة السكنية لها، وخير مثال على ذلك هو حي الباطنية الشهير بالاتجار بالمخدرات.

فقد أظهرت دراسة للمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية على عدد من المناطق العشوائية في حي الشرايبة الآتي:-

- 70% من الشباب يتعاطون المخدرات علنا في الشارع.
- ما ينفق على المخدرات يعادل 45% من الدخل.
- البانجو هو أكثر أنواع المخدرات انتشارا (97%).
- غالبية المتعاطين من الشباب صغير السن، حيث إن 62% من المتعاطين في الأعمار (10-15) سنة، كما يوجد نسبة من الأطفال أقل من 10 سنوات يتعاطون المخدرات. (المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، وآخرين، 2001).

كما أن الكثافة السكانية المرتفعة لتلك المناطق بسبب الازدحام الشديد تخلق حالة من القلق والتوتر النفسي للسكان مما يؤدي إلى ارتكاب جرائم العنف فكثيراً ما تحدث مشاحنات ومشاجرات بين سكان تلك المناطق تستخدم فيها آلات حادة وأحياناً أعيرة نارية ينتج عنها العديد من الإصابات والوفيات.

- بيئة مشجعة لنمو الفكر المتطرف

سوء الأحوال المعيشية وانخفاض مستوى سكان المناطق العشوائية بسبب البطالة والفقر— بالإضافة إلى حرمان تلك المناطق من الخدمات الأساسية والمرافق الأساسية مثل الكهرباء والمياه والصرف الصحي، بالإضافة إلى تفتش الأمية بين سكانها في أغلب الأحوال، كل تلك العوامل من الممكن أن تولد شعوراً بالإحباط والحد على المجتمع، ما قد يجعل شباب تلك المناطق فريسة سهلة لمروجي الأفكار المتطرفة والداعين إليها، وبالتالي إلى سهولة دفع الشباب المحبط والحاقد والمقيمين في هذه المناطق نحو القيام بأعمال إرهابية.

كما إن المناطق العشوائية تعد ملاذاً لهروب لأصحاب الفكر المتطرف من قوات الشرطة والتي تجد صعوبة بالغة في ملاحقتهم وضبطهم بداخلها نظراً للطبيعة البيئية والسكنية لتلك المناطق من ناحية، ولتعاطف سكان تلك المناطق معهم ومقاومتهم العميقة لقوات الشرطة من جهة أخرى.

هذا ويمكن القول أن أغلب العمليات الإرهابية كان من ورائها سكان تلك المناطق، والتي شهدت مواجهات أمنية عنيفة لأصحاب الفكر المتطرف وأدت إلى استشهاد وإصابة العديد من أفراد الشرطة ضباطاً وأفراداً، وخير شاهد على ذلك أحداث الزاوية الحمراء، المطرية، عين شمس، المنيرة الغربية، إمبابة.

- صعوبة ضبط المتهمين والمطلوبين في تلك المناطق

تواجه أجهزة الأمن صعوبة بالغة في عمليات ضبط الأشخاص المطلوبين داخل تلك المناطق، ويرجع ذلك للآتي:

- ضيق الشوارع، فلا تستطيع سيارات الشرطة الدخول في تلك المناطق.
- التصاق المساكن ببعضها، مما يسهل على المجرم سرعة التنقل والفرار عند شعوره بتحركات الشرطة أثناء مدهمتها المنطقة لضبطه.
- تضامن السكان مع الخارجين على القانون وتعاطفهم معهم، حيث يقومون بإخفائهم وكذلك تضليل أجهزة الشرطة عن أماكن تواجدهم.
- مقاومة أجهزة الأمن عند قيامها بالدخول لتلك المناطق لضبط المتهمين، وترجع هذه المقاومة إلى شعور سكان تلك المناطق بنوع من الحقد على المجتمع الذي لم يوفر لهم حياة أفضل، وبالتالي عدم الرضوخ والانصياع لسلطات الدولة متمثلة في أجهزة الأمن المسؤولة عن التصدي للخروج على القانون.

- صعوبة تنفيذ أحكام الإخلاء أو الطرد وقرارات الإزالة

إن تنفيذ قرارات الإزالة وكذلك الأحكام القضائية بنزع الملكية أو الطرد من المساكن أو المحلات تحتاج إلى دراسات أمنية لتقدير الموقف الأمني في حالة التنفيذ، فلا بد أن تدرك أجهزة الأمن كافة احتمالات المواجهة ويأتي ذلك من تحليل جيد لطبيعة السكان وطبيعة المكان، حتى يمكن وضع خطة أمنية تتناسب الموقف الذي سيواجهها وتتيح لها السيطرة الكاملة حفاظاً على هيبة الشرطة وسيادة الدولة بصفة عامة.

وفي الغالب تجد أجهزة الأمن صعوبة كبيرة في إعداد الخطط الأمنية لتنفيذ قرارات الإزالة والأحكام القضائية بالطرد أو الإخلاء أو قرارات نزع الملكية في تلك المناطق، وذلك للأسباب التالية:

- عدم وجود خرائط مساحية لتلك المناطق.
- عدم ترقيم المنازل.
- الطرق ضيقة وغير ممهدة، مما يصعب دخول سيارات الشرطة، خاصة المدرعة التي تحمي القوات من أي أذى.
- تعاطف السكان واحتمالات مقاومتهم العنيفة للقوات عند التنفيذ.

- صعوبة إطفاء الحرائق

إذا ما حدثت حرائق داخل المناطق العشوائية، فإن أجهزة الإطفاء تجد صعوبة بالغة في القيام بمهامها، وذلك للآتي:

- عدم وجود مصادر مياه في تلك المناطق، فلا توجد حنفيات المياه التي يتم إعدادها لمواجهة الحرائق، وذلك بسبب أن هذه المناطق عشوائية غير مخططة.
- سرعة انتشار الحرائق بسبب التصاق المساكن، وكذلك الممتلكات الخاصة بالأفراد ووسائل إعاثتهم وهي سريعة الاشتعال.
- ضيق الشوارع لا يمكن سيارات الإطفاء من الدخول ومزاولة مهامها.

المراجع

- 1- المجالس القومية المتخصصة، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الإجتماعية، الدورة الثامنة عشر (1991-1992)، صدر في عام 1993.
- 2- المركز الديموجرافي بالقاهرة، الأحياء الشعبية رؤية وصفية تحليلية. أوراق في ديموجرافية مصر، رقم (10)، القاهرة، 2003.
- 3- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، وآخرين، تعاطى المخدرات بين شباب العشوائيات، دراسة ميدانية لمنطقة الشرايبة، القاهرة 2001.

دور الأم في حماية الطفل من الحوادث المنزلية (حالة الجزائر)

آسيا شريف¹

I - مقدمة:

الأطفال هم سواعد يرنو إليها المستقبل بشغف، فالطفولة هي المرحلة التي يبدأ فيها تكون شخصية الإنسان، وتبرز خلالها لديه ملامح المعرفة، فالسمة المميزة للطفل، هي الفضول للاكتشاف والتعرف على كل ما يحيط به من الأشياء، خاصة داخل المنزل، إذ أن البيت هو ذلك العالم الذي يحضن الطفل ويصنعه. وجراء كل هذا الفضول وحب الاكتشاف، قد يصيب هذا الطفل من الحوادث المنزلية ما لا يُحمد عقباه، لذا وجب على الأم مجابهة ذلك وحماية طفلها بيقظة.

وقد أتى قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة المؤرخ في 20 نوفمبر 1989 باتفاقية مؤلفة من 54 مادة التي تمثل "شركة حقوق" للطفل، وفي هذا الصدد نصت المادة 18 على ما يلي:

"تبذل الدول الأطراف قصارى جهدها لضمان الاعتراف بالمبدأ القائل أن كلا الوالدين يتحملان مسؤوليات مشتركة عن تربية الطفل ونموه. وتقع على عاتق الوالدين أو الأوصياء القانونيين، حسب الحالة، المسؤولية الأولى عن تربية الطفل ونموه، وتكون مصالح الطفل الفضلى موضع اهتمامهم الأساسي". (منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2008).

إن تمتع الأطفال بأعلى مستوى من الصحة يعد حقا من حقوقهم الأساسية، وذلك بالعمل على حماية الأطفال ورعايتهم صحيا ونفسيا وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم المختلفة ومساعدتهم على النمو الشامل المتوازن.

1 أستاذة محاضرة في المدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي. الجزائر

وفي هذا الشأن تعترف الاتفاقية بالدور الأساسي للأسرة والوالدين في رعاية الأطفال وحمايتهم، و واجب الدولة أن تساعدهم على القيام بهذه المهام.

وإذا كان البيت، هو ذلك المكان الذي يترعرع فيه الطفل في جو عائلي سعيد، فإنه يمكن أن يكون بيت المخاطر التي ينجم عنها اعتلال الطفل، وحتى وفاته. والزمان الذي نعيشه وسط هذا العالم الذي بات شغله الشاغل هو قضايا التنمية الاجتماعية والاقتصادية، والانتقال نحو نظام عالمي جديد، نجد أن أعداد متزايدة من أطفال العالم، وبخصوص أطفال الدول النامية، يعانون من مشاكل كبيرة في الجوانب الاجتماعية أو الصحية أو النفسية... إلخ، ومن أبرز تلك المشكلات الحوادث المنزلية التي تؤدي في الكثير من الأحيان إلى الإعاقة والتشوّه، والتي يمكن أن يسببها إما سقوط الطفل أو إصابته بالحروق أو التسمّم... إلخ.

تشير الإحصاءات أنه يتوفى في العالم يوميا حوالي 2000 طفلا دون السادسة من العمر من جراء الحوادث اليومية، كما أحصي حوالي 740.000 حادث تعرض أصحابها للفحص في مصلحة الاستعجالات، كما اتضح أن البيت هو المكان الرئيسي للحوادث التي تصيب الأطفال دون السادسة من العمر بنسبة 80%.

والجزائر من بين الدول التي اهتمت بتلك الظاهرة، حيث تبين نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992، أن 63% من الحوادث التي تقع في البيت، تصل نسبة الجروح والحروق فيها إلى 75% من مجموع الحوادث.

وفي غياب دراسات وآليات الاستشرف، والافتقار لأدوات قياس ظاهرة الحوادث المنزلية عند الأطفال، وسبب غياب سياسات مباشرة تتصدى لتلك الحوادث، ارتأينا أن نهتم كباحثين بفهم الظاهرة من كل جوانبها الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية، ومحاولة إبراز دور الأم في مجابهة الحوادث المنزلية. ولتحقيق ذلك لقد تم إجراء البحث الميداني ومقابلة الأمهات اللواتي أُقبلن مع

أطفالهن المصابين بحوادث من أجل الكشف في العيادة المتخصصة في علاج الحروق - باستور - بالجزائر العاصمة.

II - مشكلة الدراسة:

الأطفال هم ثروة قومية لأي مجتمع، فمزال الاهتمام بهم وبالأبعاد المختلفة لحياتهم وعلاقتها الوثيقة بالصحة والرعاية الصحية، يشغل الجهات المهمة، وكذا الباحثين من كل التخصصات، وهذا من أجل السعي إلى إيجاد جيل واع يتمتع بحالة رفاه وسلامة صحية وعقلية ونفسية ليكون قادرا على بناء مجتمع متماسك.

يأتي الأطفال في مقدمة الهرم السكاني، الذين يتعرضون للعديد من المخاطر، أهمها الحوادث المنزلية، إذ تشير آخر الإحصاءات لمصالح الحماية المدنية أنه أحصي 79 طفل لقوا حتفهم جراء حوادث داخل بيوتهم خلال الفترة الممتدة من بداية شهر يناير إلى غاية نهاية فبراير للسنة الجارية وجاء في مقدمتها حوادث الحروق والاختناقات والتسممات.

إن الطفل ينمو في إطار اجتماعي يشمل أولا الأسرة، فهي الوحدة الأساسية للمجتمع، والبيئة الطبيعية لنمو ورفاهية جميع أفرادها، ومن هنا يبرز دور أفراد الأسرة في رعاية الطفل، وأول حاضن له هو الأم، فهي التي ترضعه، وتحميه، ترعاه وتلبي حاجاته، وهي التي تحافظ عليه، إذ أنها مصدر حياة الطفل من حيث الغذاء والعناية، فعلى الرغم من أهمية ودور الأب في التربية والعناية به، إلا أن الأم تظل الأكثر تواجدا مع الطفل، فهي المسؤولة الأولى التي تحافظ على صحته.

وفي هذا الإطار يركز اليوم العالمي للأسرة للعام 2009 على أهمية دور الأم في الأسرة والمجتمع في جميع أنحاء العالم، وجاء تحت شعار "الأم والأسرة: التحديات في عالم متغير".

وتحاول هذه الدراسة إلقاء الضوء على دور الأم في التصدي للحوادث المنزلية التي يتعرض لها الأطفال، وتم تحديد "الحروق" باعتبارها أحد أهم أنواع الحوادث المنزلية وهذا ما أكدته نتائج تحقيق أجري عام 2001 بمشاركة كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمعهد الوطني للصحة العمومية، حيث مثل حوالي 64%.

ومنه نتساءل:

- ما هي الأسباب والعوامل التي تؤدي بالطفل للوقوع في حادث منزلي، وبخاصة الحروق؟
- ما هي أساليب التربية الصحية التي تتبعها الأم أثناء إصابة الطفل بالحادثة؟
- ما هي الفئة العمرية الأكثر عرضة للحادثة المنزلي؟.

III- أهداف الدراسة:

- التعرف على المستوى المعرفي للأمهات بالمعلومات المتعلقة بالحوادث المنزلية، بما فيها الحروق.
- الكشف عن السلوكيات ومختلف الأساليب الصحية وغير الصحية التي تمارسها الأمهات تجاه الأطفال المصابين بالحوادث المنزلية بما فيها الحروق.
- التعرف على دور المستوى التعليمي وسن الأمهات في تحديد مصادر المعلومات حول الحوادث المنزلية.

IV- المفاهيم الأساسية:

يعد تحديد المفاهيم من أهم الخطوات المنهجية المتبعة في تصميم الدراسات، وعليه فإن الضرورة المنهجية تقتضي منا أن نحدد المفاهيم الآتية:

4-1- الطفل:

أصل كلمة طفل جاءت من اللاتينية، أن الطفل أو الطفولة يختلف تبعاً لزاوية الدراسة، فمفهوم الطفولة في التعريف الجنائي والتشريعي يختلف عن مفهوم الطفولة في التعريف النفسي أو الاجتماعي إلا أن الاتفاق العام اعتمد على العمر.

وحسب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة بتاريخ 20 نوفمبر 1989، قد تمّ الاتفاق على مايلي:

المادة 1: لأغراض هذه الاتفاقية يعني الطفل "كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه" (منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2008). ولأغراض الدراسة فقد حددت الفئة المستهدفة للأطفال دون الخامسة عشرة من العمر، فهي تعتبر واحدة من أعلى الفئات العمرية نسبة، حيث تشكل نسبة 28% من السكان. (ONS, n°142, 2008).

ولذا يتحتم علينا كباحثين دراسة هذه الفئة من المجتمع ومدى إصابتها بالحوادث المنزلية، وذلك لتدارك الأمر في الوقت المناسب.

4-2- الدور الاجتماعي:

لقد ارتبط مفهوم الدور الاجتماعي بالمكانة الاجتماعية أو بالوضع الاجتماعي الذي يحتله الفرد داخل الجماعة التي ينتمي إليها.

يستخدم مصطلح الدور في علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي والأنثروبولوجيا فهو:

"نموذج يتركز حول بعض الحقوق والواجبات ويرتبط بوضع محدد للمكانة داخل جماعة أو موقف اجتماعي معين، ويتحدد دور الشخص في أي موقف عن طريق مجموعة توقعات يعتقها الآخرون كما يعتقها الشخص نفسه". (غيث، 2006).

ويتمثل المفهوم الإجرائي في الدور الاجتماعي الذي تلعبه الأم في مواجهة الحادث المنزلي من خلال أساليب التربية الصحية التي تتبعها، وهذا انطلاقاً من الوضع الاجتماعي الذي تحتله بصفقتها أما.

4-3- التربية الصحية:

تعد التربية الصحية من المفاهيم الأساسية، ومن أهم مجالات الصحة العامة الحديثة، وأبرز تعاريف التربية الصحية أو التنقيف الصحي هو تعريف منظمة الصحة العالمية:

"التربية الصحية تمثل كل فعل يهدف إلى تغيير سلوكيات الأفراد، واكتساب عادات سليمة، وكذا الحفاظ عليها، فضلا عن الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، وتجعلهم قادرين فرديا وجماعيا على تحسين الحالة الصحية والوسط الذي يعيشون فيه". (Manciaux et Deschamps, 1978).

وهي كذلك:

- عملية تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية.
- عملية تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة، بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارستهم فيما يتعلق بالصحة تأثيرا حميدا.
- عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية على مستوى الفرد والمجتمع، وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة. (جاد الله، 1975).

وبهذا تعتبر التربية الصحية وسيلة فعالة لرفع مستوى صحة الفرد، حيث تستهدف قبل كل شيء تغيير سلوكه واتجاهه ومعارفه تغييرا إيجابيا، وتحاول

القضاء على الجهل بالتربية الصحية، وذلك بنشر الحقائق الصحية بحيث تجعل الفرد مسؤولاً على صحته، ومستعداً أتم الاستعداد لمواجهة أي مشكل صحي يصيبه أو يصيب أحد أفراد أسرته.

4-4- السلوك:

من خلال إطلاعاتنا على مختلف التعاريف، نلاحظ أن هناك اتفاقاً حول هذا المفهوم والمتمثل في وجود علاقة ديناميكية بين الكائن الحي وبيئته، بمعنى، أن كل ما يصدر عن الفرد من عمل حركي أو تفكير أو سلوك لغوي أو مشاعر أو انفعالات أو إدراك يُحَقِّق هذه العلاقة.

فالسلك الإنساني هو كل ما ينتج عن الإنسان نتيجة اتصاله بمجال اجتماعي معين. يعرف محمد عاطف السلوك في كتابه قاموس علم الاجتماع بأنه "أي استجابة أو رد فعل للفرد، لا يتضمن فقط الاستجابات والحركات الجسمية، بل يشمل على العبارات اللفظية والخبرات الذاتية". (غيث، 1979).

والمفهوم الإجرائي للسلوك الذي نحن بصدد استعماله هو السلوك الصحي والمقصود به هو تفكير الأمهات و تحركهنّ للتصدّي لحوادث الحروق التي تصيب الأطفال، وذلك من خلال أساليب التربية الصحية المتخذة تجاه مثل تلك الحوادث.

V- الحوادث المنزلية... تهدد حياة الأطفال:

تعتبر الحوادث المنزلية التي تصيب الأطفال من أهم الظواهر المتسببة في الوفاة والمرض، فمهما حاولت الأم أن تكون يقظة إلا أنها قد تغفل على طفلها أحيانا لانشغالها بشؤون البيت، أو غيابها عنه، وبهذا يصبح الطفل معرضاً لبعض الحوادث المنزلية كالوقوع من مكان مرتفع، أو الحروق أو التسممات سواء بالأدوية أو المواد الكيميائية... إلخ.

تشير الإحصاءات أنه كل يوم يتوفى حوالي 2000 طفلا دون السادسة من العمر في العالم بسبب الحوادث اليومية، ويحصى سنويا حوالي 740.000 حادث تعرض أصحابه إلى فحص في الاستعجالات، البعض منها تركت عاقات دائمة وتشوهات.

تُقدَّر نسبة الحوادث المنزلية حوالي 80% من الحوادث التي تصيب الأطفال، وتعدّ الجزائر من بين الدول التي تهتم بقضايا الطفولة وأبعادها المختلفة، وكذا علاقتها الوثيقة بالصحة والرعاية الصحية، وذلك من خلال مكافحة الأخطار التي تهدد حياة الأطفال، كالأضرار المعدية، والحوادث التي تؤدي في بعض الأحيان حتى إلى الموت.

ومن الملاحظ أنّ الرعاية الصحية للطفل الجزائري بالرغم من تحقيقها نتائج إيجابية خلال العشرية الماضية فإنه لا يزال يحتاج الكثير لكي يصبح قريبا لما هو عليه الطفل في الدول المتطورة.

بالرغم من الجهود المبذولة في هذا الصدد، إلا أنّ الإحصاءات المتعلقة بالحوادث المنزلية غير دقيقة، وتحتاج إلى المزيد من الاهتمام بين مختلف الهيئات المعنية كالحماية المدنية، مركز الحروق، طب الأطفال، جراحة الأطفال، ... إلخ.

VI- الدراسات السابقة:

من بين أهم الدراسات التي تناولت الحوادث المنزلية التي تصيب الأطفال في الجزائر:

- في المسح الجزائري لصحة الأم والطفل لعام 1992، اتضح أنه تقريبا 5% من الأطفال دون الخامسة من العمر قد سبق وتعرضوا إلى حوادث منزلية، أغلبيتها ناجمة عن الحروق بنسبة 41.6%، يليها الجروح بنسبة 33.3%.

- وفي عام 2001 قامت كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والمعهد الوطني للصحة العمومية بدراسة حول الحوادث المنزلية، واتضح منها أن الأطفال دون الخامسة هم أكثر عرضة للحوادث بنسبة 58.3%، يليها 27.8% لدى الفئة العمرية 5-9 سنوات، و 13.8% للفئة العمرية 10-14 سنة، وترتفع النسبة بين الذكور منها بين الإناث.

وبلغت نسبة السقوط في الغرف 31,4%، و 25% في السلاالم، و 23,9% في الساحة، أما الحروق فأغلبها حدث في المطبخ بنسبة 64%، و 46% حالات التسمم. (Ministère de la santé et de la population, Institut National de santé publique, 2001)

وتشير الإحصاءات إلى أنه خلال 3 الأشهر الأولى من السنة الجارية 2010، تمّ تسجيل 1320 حادث معظمها أصاب الأطفال، ووصل عددهم إلى 679 إصابة وتسببت في مقتل 14 طفلاً.

وقد سجلت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عام 2008، 21965 حادثاً على المستوى الوطني، 11853 ذكور و 10112 إناث، أغلبيتهم الساحة أطفال. (أدرغال، 2009).

أهم الشهادات:

"حطيت المقلّة فوق النار باش نقطع البطاطا، كان وليدي يلعب مع أختو الصغيرة في المطبخ، دفعت البنت خوها الصغير، وانقلبت المقلّة عليه بالزيت سخونة".

"كنت رايحة نجيب ماء سخون من المطبخ للحمام، اصطدمت بوليدي كان يلعب مع أختو في الكولوار".

"كنت رايحة نغسل لحوايج، سخنت الماء وجات بنتي وطاحت في الباسينة".

حروق من الدرجة الثانية مست جزءا كبيرا من جسمها... وهكذا حوادث منزلية ترتفع نسبتها يوميا، من هو المسئول يا ترى؟.

كما توصلت دراسة قام بها مختصون في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن 44% من حالات الحوادث المنزلية، يكون الطفل فيها دون مراقبة داخل المنزل، والملفت للانتباه أن 87% من نسبة الحوادث تكون فيها الأم مأكثة في البيت.

وأمام هذه الحقائق، مازال الاهتمام بالطفولة متواصلا، وهذا ما أكدته نتائج المسح الوطني حول متابعة وضعية الأمهات والأطفال لعام 2006، حيث تطرق المسح إلى بعض الأسئلة المتعلقة بطريقة العناية بالطفل، تم استجواب الأمهات اللواتي لديهن أطفال دون الخامسة من العمر حول ما إذا تركن خلال الأسبوع السابق للمسح أطفالهن وحدهم في البيت أو مع طفل أقل من 10 سنوات فتبين أن قرابة 7% من الأطفال تركوا في رعاية أطفال آخرين، و4% من الأطفال تركوا وحدهم.

(Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, 2008).

أين تكمن مسؤولية الأولياء تجاه هذا السلوك الذي تتجر عنه -بالتأكيد- حوادث منزلية، وبالخصوص في تقديم الرعاية للأطفال بما فيها الصحية، وكذا توفير البيئة الآمنة، فبقاء الأطفال وحمائتهم ونموهم في إطار صحة جيدة وتغذية ملائمة، يشكل الدعامة الأساسية للتنمية البشرية.

VII - منهجية الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي، ويمكن تعريفه بأنه "أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد في خلال فترة زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية يتم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة" (عبيدات وآخرون، 1994).

وجمعت البيانات عن طريق المقابلة، والتي تحتوي على مجموعة من الأسئلة الموجهة إلى الأمهات² باللهجة الجزائرية الدارجة، وهذا من أجل التكيف معهن.

7-1- العينة وكيفية اختيارها:

إن الشروع في اختيار العينة أمر صعب للغاية، فكل باحث يحد أن تكون عينة بحثه ممثلة للمجتمع الأصلي، ونظرا لغياب قاعدة المعاينة والمتمثلة في مجموعة من الأمهات اللواتي يقبلن إلى العيادة المختصة بالحروق من أجل الكشف على الأطفال المصابين بالحوادث المنزلية، لذا لجأنا إلى اختيار عينة مكانية، حيث تستعمل هذه الأخيرة في حالة عدم توفر قاعدة المعاينة. (Guiglione et Matalon, 1978)

وبلغ حجم العينة 100 مبحوثة تم مقابلتها.

² أسئلة المقابلة كانت متنوعة منها:

- أ- أسئلة مغلقة: وهي الأسئلة التي حددت إجاباتها سابقا.
- ب- أسئلة مفتوحة: وهي الأسئلة التي تعطي للمبحوث بالإجابة عليها كما يشاء، أي الإجابة عليها إما بالاختصار أو بالتفصيل. (الحسن، 1986، ص 86).
- ج- أسئلة مفتوحة-مغلقة: يعتبر هذا النوع من الأسئلة من الأشكال الوسيطة بين الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة.

تكون مضمون الإستبيان على نوعين من البيانات، الأول خاص بالمبحوثة أي الأم، والثاني خاص بالطفل المصاب بالحوادث المنزلي.

7-2- مجالات الدراسة:**- المجال البشري:**

في بداية الأمر كانت الرغبة في الاتصال مباشرة مع الأسر لأن نوع الدراسة يتطلب ذلك، وهذا من أجل ملاحظة الأمهات في كيفية العناية وحماية الطفل المصاب بالحادثة، لم نتمكن من تحقيق ذلك، وتم الاكتفاء بسؤال الأمهات اللواتي تحضرن إلى العيادة ولديهن أطفال دون الخامسة عشرة من العمر أصيبوا بحروق كونهم الأكثر تعرضاً للإصابة في فئة الأطفال، بالإضافة إلى السقوط والتسمات.³

- المجال الجغرافي:

أجري البحث الميداني في العيادة الطبية للمحروقين بالجزائر الوسطى -باستور-⁴، تستقبل هذه الأخيرة الأطفال من كل أنحاء التراب الوطني.

- المجال الزمني:

لقد دامت مدة البحث الميداني حوالي شهرين وذلك من 16 فبراير 2009 إلى غاية 12 أبريل 2009 وخلال هذه المدة تم استجواب 100 أم.

بالإضافة إلى دراسة الحالة التي تمت في شهر جوان 2009.

³ تم جمع المعطيات من طرف مجموعة من طلبة وذلك تحت إشراف الباحث، وجزء آخر من المعطيات وهي دراسة الحالة تم إجرائها من قبل الباحث.

⁴ تحتوي العيادة الطبية للمحروقين بالجزائر الوسطى على 7 طوابق، و35 سرير.

- الطابق 0 : الإستجالات، قسم العلاج، قسم الأشعة مكتب الإحصاءات (4 أسرة).

- الطابق 1 : الإنعاش، قسم الجراحة (إعادة زرع الجلد) (6 أسرة)

- الطابق 2 : طب الأطفال المحروقين 24 سرير.

- الطابق 3 : الإسعاف اليومي (3 أسرة)، المكتبة والأرشيف.

- الطابق 4 : طب البالغين المحروقين، 26 سرير.

- الطابق 5 : طب الأطفال المحروقين 26 سرير.

- الطابق 6 : المخبر، مكتب المدير، مكتب الأساتذة والدكاترة.

- الطابق 7 : الإدارة، تنظيف الملابس.

VIII - نتائج الدراسة:

سلطت الدراسة الضوء على 6 متغيرات مستقلة، ومتغيرا تابعا.

المتغيرات المستقلة:

- الجنس.
- المستوى التعليمي.
- الحالة الفردية للأم.
- سن الأم.
- رتبة الطفل المصاب.
- عمر الطفل المصاب.

المتغير التابع: الإصابة بالحروق المنزلية.**8-1- خصائص العينة:**

أهم الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية للمستجوبات تتمثل في أن 26% من الأمهات ذوات مستوى تعليمي ابتدائي و31% متوسط، و8% لديهن مستوى جامعي، و87% منهن غير عاملات مقابل 13% عاملات، وحوالي 82% مقيمات في الحضر مقابل 18% فقط في الريف.

أما عن سن المبحوثات، فقد بلغت نسبة الأمهات دون 35 سنة 47% مقابل 30% في الفئة العمرية 35-39 سنة وحوالي 23% في الفئة 40 سنة فأكثر.

فيما يخص عدد الأطفال، أظهرت البيانات أن 21% من المبحوثات لديهن 4 أطفال فأكثر و65% لديهن ما بين 2-3 أطفال، يليها، و14% فقط لديهن طفل واحدا فقط. (الجدول رقم 1).

جدول 1: توزيع المبحوثات حسب المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية

المتغيرات	النسبة (%)
المستوى التعليمي	
أمي	15
ابتدائي	26
متوسط	31
ثانوي	20
جامعي	08
السن	
24-20	07
29-25	15
34-30	25
39-35	30
44-40	13
49-45	07
54-50	03
الحالة العملية	
تعمل	13
لا تعمل	87
عدد الأطفال	
1	14
3-2	65
4 فأكثر	21
المجموع	100

فيما يخص ظروف السكن، تظهر نتائج الدراسة أن أغلبية الأسر تسكن في بيت تقليدي بنسبة 59%، يليها 25% من تقطن في شقة، وقدرت نسبة الأسر التي تعيش في بيوت من نوع الفيلات بحوالي 10%.

8-2- الإصابة بحوادث الحروق المنزلية:

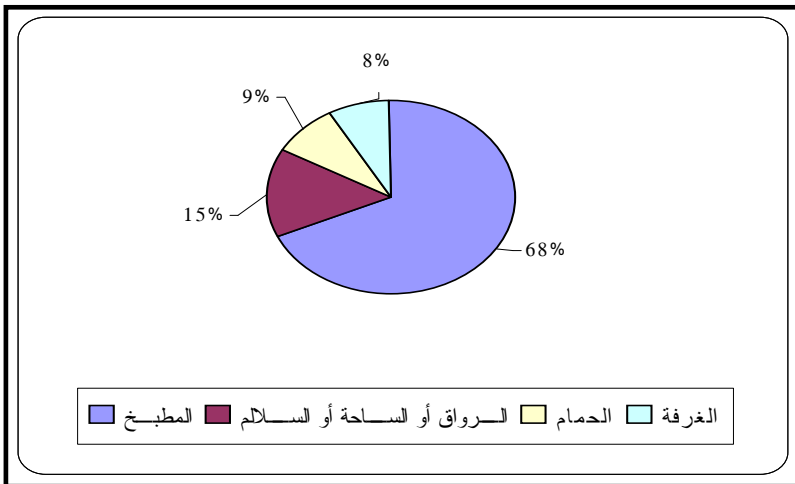
تبين من نتائج البحث أن الحروق ترتفع بين الأطفال في الفئة العمرية 4-0 سنوات بنسبة 62%، حيث يكون الطفل غير قادر على حماية نفسه منها، كما لا يعرف ما ينفعه وما يضره وما الذي يجب الابتعاد عنه، يليها 26% في الفئة العمرية 5-9 سنوات، ثم تنخفض النسبة عند الفئة العمرية 10-14 سنة إلى 12%، وقد تبين أن الإناث أكثر إصابة من الذكور.

8-3- الأم وحوادث الحروق المنزلية التي تصيب الأطفال:

إن دراسة الحادث لا يمكن اقتصارها على الجانب الطبي فقط، وإنما يتعدى ذلك إلى ربط الحادث بالجوانب الاجتماعية والاقتصادية ومدى تأثير هذه الجوانب المحيطة بالطفل على صحته، وهذا ما تظهره النتائج التالية:

يظهر من نتائج البحث أن المطبخ هو أكثر الأماكن التي يتعرض فيها الطفل للإصابة بالحروق بنسبة 68% مقابل 15% في الرواق أو الساحة أو السلالم، و9% في الحمام و8% في الغرفة. (الشكل رقم 1).

الشكل 1 : التوزيع النسبي للحوادث حسب مكان وقوعها



وتبين نتائج الجدول رقم 2 أن نسبة إصابة الأطفال بالحروق في المطبخ ترتفع عند الأمهات ذوات مستوى تعليمي ثانوي بنسبة 80%، الأغلبية تنتمي إلى الفئة العمرية 35-39 سنة بنسبة 80%.

جدول 2: توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي والسن وعلاقته بمكان الحادث المنزلي

المتغيرات	مكان الحادث	مطبخ %	حمام %	غرفة %	مكان آخر %	المجموع %
المستوى التعليمي						
أمي	66.67	/	06.67	26.67	100	
إبتدائي	65.38	7.69	15.38	11.54	100	
متوسط	67.74	9,68	06.45	16.13	100	
ثانوي	80.0	10,0	/	10	100	
جامعي	50.0	25.0	12.5	12.5	100	
السن						
24-20	71.43	/	/	28.57	100	
29-25	60	13.33	6.67	20.0	100	
34-30	56	16.0	12.0	16.0	100	
39-35	80	06.67	06.67	0.67	100	
44-40	76.92	07.69	07.69	07.69	100	
49-45	71.43	/	14.29	14.29	100	
54-50	33.33	/	/	66.66	100	
المجموع	68	09	08	15	100	

كما تبين أن العامل الأول المتسبب في الحادث هو السوائل الساخنة بنسبة 74%، ترتفع هذه النسبة عند الأمهات ذوات المستوى الجامعي إلى 87.5% مقابل 61.5% عند ذوات المستوى الابتدائي، ثم يليها العامل الثاني "الطابونة" بنسبة 8%، وترتفع النسبة عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي بحوالي 15.4%.

جدول (3) : توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالعامل المتسبب في الحادث المنزلي

العامل المسبب المستوى التعليمي	نار %	سائل ساخن %	طابونة %	المجموع %
أمي	33,33	66,67	/	100
إبتدائي	23,08	61,54	15,38	100
متوسط	16,13	77,42	06,45	100
ثانوي	05	85,0	10,0	100
جامعي	12,5	87,5	/	100
المجموع	18,0	74,0	08	100

وبالنسبة لرتبة الطفل المصاب، اتضح أن المتسبب الأول كان الطفل نفسه بنسبة 76% أغليبيتهم الساحقة ينتمون إلى الرتب 2، 6.

ويشير الجدول 4 إلى أن الأم كانت السبب في 21% من الحالات بينما حوالي 76% من الحالات كان المصاب نفسه هو السبب وأن هذه النسب تتفاوت حسب رتبة المصاب وتعليم الأم.

جدول 4 : توزيع الأطفال المصابين حسب الرتبة والمستوى التعليمي للأم وعلاقته بالمتسبب بالإصابة

المجموع %	الأخ %	الأم %	المصاب %	المتسبب
				رتبة الطفل المصاب
100	3.33	30	66.67	1
100	/	20	80	3-2
100	08	12	80	5-4
100	/	20	80	6 فأكثر
100	03	21	76	المجموع
				المستوى التعليمي
100	6.67	20	73.33	أمي
100	/	23.08	76.92	إبتدائي
100	3.23	22.58	74.19	متوسط
100	05.0	20	75	ثانوي
100	/	12.5	87.5	جامعي
100	3	21	76	المجموع

وبالنسبة لطريقة مواجهة الحادث المنزلي، اتضح أن 38% من الأمهات صرحن بعدم قيامهن بأي إسعافات عند إصابة أطفالهن بالحوادث المنزلي، وهناك من أكتفين بإعطاء الماء بنسبة 34%.

وتبرز نتائج البحث دور الأم في مواجهة الحادث المنزلي، حيث اتضح أن الأمهات الأميات كن أكثر اتجاها إلى عدم إعطاء الطفل أي شيء، وتتنخفض النسبة مع ارتفاع المستوى التعليمي، في حين ترتفع نسبة إعطاء الماء عند الأمهات ذوات مستوى تعليمي جامعي بحوالي 50% مقارنة مع ذوات المستوى التعليمي الابتدائي.

وبالإضافة إلى ذلك، يجب الإشارة إلى نتيجة بالغة الأهمية، والمتمثلة في السلوك الذي تسلكه الأم، فهو نتيجة لعلاقتها واحتكاكها مع الأشخاص الذين يحيطون بها، حيث اكتفت بعض الأمهات بطريقة العلاج التقليدية التي يصعب استئصالها والمتمثلة في اللجوء إلى الطماطم أو معجون الأسنان بنسبة 13% وهذا لا يُنصح باستعماله في حالة الإصابة بحروق، ويمنع تغطية الحروق بمرهم أو مادة زيتية لأن العلاج الحديث للحروق يستلزم إزالة جميع المواد قبل تطبيق العلاج، وهذا يسبب تعطيلا للطبيب وأما شديدا للمريض، كما أن هذه المواد قد تحتوي على جراثيم قد تؤدي إلى إلتهاب الحرق بعد العلاج.

وتجدر الإشارة إلى أن الأمهات عالجن أطفالهن بتلك الطرق المذكورة أعلاه، ولكنهن في نهاية المطاف اتجهن إلى العيادة الطبية للمحروقين بعد اشتداد المرض، مما يؤكد على أن الإحساس بالجدية أو إدراك الخطورة جاء متأخرا وذلك لجهلهم بخطورة الحدث وما ينجم عنه من أعراض كاعتلال صحته أو إعاقة دائمة أو تشوهات في الجسم مما تؤثر بدورها على الناحية الجمالية له وكذا النفسية والاجتماعية، وأبعد من ذلك، ربما يؤدي ذلك إلى عجزه عن العمل والإنتاج والعطاء في المستقبل بسبب الإعاقة الدائمة.

فيما يخص مصدر المعرفة، اتضح أن مصدر معرفة الأولياء جاء في المرتبة الأولى بنسبة 59%، ترتفع النسبة عند الأمهات بدون مستوى تعليمي بحوالي 80%، وتنخفض هذه الأخيرة مع ارتفاع المستوى التعليمي.

فيما يخص مصدر معرفة الطبيب المُقدَّرة بحوالي 29%، ترتفع هذه النسبة بارتفاع المستوى التعليمي للأمهات.

وتجدر الإشارة إلى أن موضع إصابة الأطفال بالحروق تتمثل أساسا في الأطراف العلوية والسفلية بنسبة 22% الرأس و20% الوجه، و10% كل الجسم.

جدول 5: توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقته بمصدر المعرفة تجاه الحادث المنزلي

المجموع %	آخر %	الطبيب %	الأولياء %	مصدر المعرفة في الإسعاف المستوى التعليمي للأم
100	/	20.0	80.0	أمي
100	19.23	30.77	50.0	إبتدائي
100	22.58	19.35	58.06	متوسط
100	/	45.0	55.00	ثانوي
100	/	37.50	62.5	جامعي
100	12.0	29.0	59.0	المجموع

7- الخلاصة والتوصيات:

من خلال نتائج البحث، نستنتج أن الأوضاع الصحية لدى الأطفال في الجزائر بحاجة إلى المزيد من الاهتمام والعناية، وبذل المزيد من الجهود الهادفة إلى تحسين الوضع الصحي لدى الأطفال، ورفع مستوى صحة الأسرة، كونها الوحدة الاجتماعية الأولى، والبيئة الأساسية التي ترعى الفرد، كما تشمل على أقوى المؤثرات التي توجه نمو الطفل، وبالخصوص الدور الذي تلعبه الأم في تربيته وتنشئته، إذ أن تأثيرها على الطفل سابق لدور المدرسة، حيث يبدأ منذ الولادة ويستمر حتى بعد بلوغه سن دخوله إلى المدرسة.

كما تبين أن الأمهات في كثير من الأحيان لا يكتسبن معرفة صحية سليمة، فما أنجز في هذا المجال ما يزال متواضعا لا يلبي حاجات الأمهات.

وتأتي هذه المعرفة عن طريق تكثيف وسائل الإعلام المختلفة التي تؤثر على سلوكيات الأمهات في مواجهة الحوادث المنزلية سواء الحروق أو التسممات أو السقوط، هذا بالإضافة إلى ما اقترحتة الأمهات المستجوبات عن طريقة تعلّم الأمّ مواجهة الحوادث هذه من الطبيب المعالج، لأنه يعتبر في نظرهن مصدرا موثوقا بدرجة يمكن الاعتماد عليه في وضع أسس تغيير العادات الصحية.

كما نشير أيضا إلى أهمية الحملات الصحية الهادفة إلى تثقيف الأمهات صحيا وتحسيسهن بأهمية الإقبال على استخدام الأساليب الصحية السليمة كنزع جميع ملابس الطفل المحروق، تركه عاريا، تبريد منطقة الحرق بماء الحنفية بسرعة لمدة 10 دقائق، إعطائه ماء لأن الطفل المحروق يفقد الكثير من السوائل... إلخ.

وبهذا يجب على كل أم وكافة أفراد المجتمع عامة والأسرة خاصة أن يولي الاهتمام العميق بالتربية الصحية، وأن يفهم أنها قضية حياة، فعلى نوعها تتوقف حياة الطفل، وهي أهم واجب على عاتق المسؤولين على صحة الطفل.

كما أنّ للمدرسة دورا كبيرا في تعليم وتثقيف الطفل بالمعلومات، وتوحيدهم على العادات الصحية السليمة، ومساعدتهم على توعيتهم بتحمل المسؤولية باعتبارهم رصيد المستقبل البشري وصانعي القرار.

وفي ضوء نتائج هذه الدراسة يمكن تحديد التوصيات والمقترحات التالية:

- الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية، بضعها رهن التطبيق العملي خصوصا في المجالات المتعلقة بالتربية الصحية والتنمية البشرية والاجتماعية الهادفة إلى نشر الوعي الصحي بين أفراد الأسرة والمجتمع وخاصة الأمهات.
- الاهتمام بنوعية التعليم الذي يعزز الثقافة الصحية من خلال مناهج متطورة، مما يدعم الجانب الوقائي، ويخفض خطر انتشار الحوادث المنزلية.

- تشجيع حصول الآباء والأمهات ومقدمي الرعاية و الأطفال على معلومات وخدمات وافية من أجل تعزيز بقاء الأطفال ونمائهم بدنيا ونفسيا وروحيا واجتماعيا وعاطفيا ومعرفيا وثقافيا، باعتبار ذلك من الأولويات الوطنية والعالمية.
- إجراء دراسات وبحوث حول الحوادث المنزلية على عينات أكبر، ومتغيرات أخرى، وإعطاء المزيد من الاهتمام لدراسة الأساليب التقليدية ذات الصلة بالحوادث المنزلية وكيفية مواجهتها.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- 1- أدر غال رزيقة (2009)، "المواقف أو محرقة أطفال الجزائر"، العدد 5625، 3 مايو، الجزائر.
- 2- جاد الله فوزي علي (1975)، "الصحة العامة والرعاية الصحية"، مصر، دار المعارف، الطبعة الثالثة.
- 3- جامعة الدول العربية (2009)، المشروع العربي لصحة الأسرة، العدد الحادي والعشرون، النشرة الدورية، القاهرة، مايو.
- 4- الحسن إحسان محمد (1986)، "الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي"، بيروت، دار الطليعة، الطبعة الثانية.
- 5- غيث محمد عاطف (1979)، قاموس علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- 6- غيث محمد عاطف (2006)، قاموس علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- 7- قنان نسيمة، عيود نوال، "دور الأم في وقاية أطفالها من الحوادث المنزلية، دراسة ميدانية على عينة من الأطفال الأقل من 15 سنة في العيادة المتخصصة في الحروق - باستور - مذكرة لنيل شهادة الليسانس، جامعة الجزائر.
- 8- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (2008)، عالم جدير بالأطفال، وثيقة الدورة الخاصة للأمم المتحدة حول الأطفال، اتفاقية حقوق الطفل، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا.
- 9- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية (1994)، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، المشروع العربي للنهوض بالطفولة، الجزائر.
- 10- الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، بونيسف (2007)، اتفاقية حقوق الطفل، الجزائر.

المراجع الأجنبية:

- 1- Ghiglione Rodolphe, et Matalon Benjamin, (1978), Les enquêtes sociologiques, Théories et pratiques, Paris, Armand colin.
- 2- Manciaux Michel et Deschamps Jean pierre, (1978), Santé de la mère et de l'enfant de la PMI à la santé de la famille, Paris, Flammarion Médecine- Sciences.
- 3- Ministère de la santé et de la population, direction de la prévention, (1999), Prévention des accidents domestiques de l'enfant, Alger.
- 4- Ministère de la santé et de la population, Institut National de santé publique, (2001), Les accidents domestiques de l'enfant, Alger.
- 5- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, Office National des statistiques, (2008), Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête Nationale à indicateurs multiples, Rapport principal, MICS 3, Alger.
- 6- Office National des Statistiques, (2008), Les principaux résultats du sondage au 1/10 éme, n° 142, Série S, Statistique sociale, décembre, Alger.

ملخصات رسائل جامعية

علاقة النمط الحياتي بانتشار الأمراض البيئية في بعض الدول العربية¹

مروة أحمد عبد المنعم محمد²

I- المقدمة:

خلال العقود القليلة الماضية، لعبت الأمراض البيئية وخاصةً الأمراض المزمنة، دوراً حيوياً في تحديد الوضع الصحي للمجتمع. وقد تزايد هذا الدور في جميع المجتمعات نظراً لسرعة وتيرة التغيرات في أساليب وأنماط الحياة نتيجة استخدام التكنولوجيا الحديثة كالسيارات والمصاعد وغيرها من الأدوات والآلات المميكنة الأخرى والتي تؤدي إلى الحد من الأنشطة البدنية مما كان له أثراً سيئاً على الحالة الصحية للأفراد. ولذلك، فقد ظهر الاهتمام بدراسة العلاقة بين النمط الحياتي وانتشار بعض الأمراض البيئية في بعض البلدان العربية.

وتشير الأبحاث والدراسات في الآونة الأخيرة إلى أن الأمراض المزمنة هي واحدة من أكثر الأمراض القاتلة في العالم والتي تتطور آثارها بسرعة. وقد أوضحت منظمة الصحة العالمية أن الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض سوف تزداد بنسبة 17% خلال السنوات العشر المقبلة، مما يعني أن حوالي 41 مليون نسمة سيموتون بسبب هذه الأمراض المزمنة من أصل 64 مليون نسمة متوقع أن يموتوا بحلول عام 2015.

¹ رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم البيئية، قسم العلوم الطبية، في معهد البحوث والدراسات البيئية - جامعة عين شمس، في شهر سبتمبر 2010 تحت إشراف كل من:

- مصطفى حسن رجب، أستاذ الصحة العامة وطب الصناعات، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.
- أحمد مصطفى العتيق، عميد معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة عين شمس.

² باحثة بشركة النيل للأدوية.

وتجدر الإشارة إلى أن الأمراض المزمنة مسؤولة عن حوالي 60% من الوفيات في العالم، نصفهم بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية وعن حوالي 43% من العبء العالمي للأمراض نتيجة لنقص إنتاجية المرضى وزيادة التكاليف المترتبة على الأدوية والفحوص الطبية والعلاج في المستشفيات.

وهناك أيضاً الإعاقة كواحدة من الأمراض البيئية، فالأفراد المصابين بإعاقة يتطلبون تكيفاً خاصاً مع البيئة التي يعيشون فيها نتيجة لوضعهم الصحي الذي يوجد به خلل ما، يحد من ممارسة حياتهم بالشكل السوي، وخاصةً الأنشطة اليومية مثل الرعاية بالنفس، والعلاقات الاجتماعية والاقتصادية... فضلاً عن الآثار النفسية والاجتماعية التي تتعكس سلباً على الفرد المعاق مما يتطلب من المحيطين به كل التفهم والمساعدة للتخفيف عنه بغية إشراكه في المجتمع.

ومن ناحية أخرى، فإن أسلوب النمط الحياتي هو الذي يتناول طريقة عيش الأفراد، الأسر والمجتمعات والخاصة بالتعامل مع سلامتهم البدنية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية اليومية وخاصةً ما يتعلق بأوقات الفراغ وأنماط السلوك في الأنشطة والمواقف والمصالح والآراء والقيم وتوزيع الدخل على المستوى الفردي. كما أنه يعكس الطريقة التي ينظرون إلى أنفسهم بها وتصورهم عن كيف ينظر إليهم الآخرين. فالنمط الحياتي هو مزيج مركب من الدوافع والاحتياجات التي تتأثر بعوامل كثيرة مختلفة مثل الثقافة والأسرة والجماعات المرجعية والطبقات الاجتماعية.

وفي ضوء ما سبق، فإنه من المتوقع أن يكون للنمط الحياتي والمستوى الاجتماعي والاقتصادي تأثيراً كبيراً على انتشار الأمراض البيئية. فالفقراء الذين يعيشون في ظروف اجتماعية واقتصادية وبيئية سيئة، يعانون من ظروف صحية متدهورة مما يؤدي إلى زيادة انتشار بعض الأمراض المعدية وأمراض سوء التغذية. في حين أن ارتفاع المستوى الاجتماعي والاقتصادي والحياة المستقرة

المرفهة قد تؤدي إلى زيادة انتشار بعض الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والشرابين وارتفاع ضغط الدم نتيجة انعدام الأنشطة الحركية وآثارها السلبية على الصحة.

وإضافةً إلى ذلك، يعتبر التدخين واحداً من أهم مقومات النمط الحياتي التي تمثل أحد العوامل المهددة للصحة والتي تتسبب في ازدياد معدلات الاعتلال والوفيات حيث تم تحديد أكثر من 4000 مركب كيميائي في دخان التبغ؛ وكثير من هذه المواد سامة ومسببة لأمراض الرئة المزمنة وأمراض القلب والسكتة الدماغية فضلاً عن سرطان الرئة، الحنجرة والفم. إضافةً إلى أثره الواضح في الإصابة بسرطان المثانة، والكلى والبنكرياس.

ولا تنتهي الآثار الضارة للتدخين عند المدخن نفسه فقط بل تمتد آثاره السلبية على من حوله من غير المدخنين. فهناك التدخين السلبي والذي يتسبب في مشاكل صحية عديدة لغير المدخنين مثل سرطان الرئة عند البالغين، الربو عند الأطفال واحتجاز الرضع في المستشفى نتيجة لإصابات الجهاز التنفسي السفلي.

وفي هذا السياق، يتضح وجود علاقة قوية ومباشرة بين النمط الحياتي ومدى انتشار الأمراض البيئية. غير أنه من المؤكد أن قوة واتجاه هذه العلاقة يختلف من بلد لآخر بل وقد يختلف من منطقة لأخرى داخل البلد الواحد. لذلك فإنه من الضروري أن يتم دراسة اختلافات هذه العلاقة بين الدول والمناطق الجغرافية المختلفة داخل نفس الدولة.

II - أهداف الدراسة:

- تحليل التوزيع المكاني لبعض الأمراض البيئية وسوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة من العمر ومحدداتها والمتغيرات المرتبطة بها لتحديد تأثير النمط الحياتي في مكافحة ومنع ومتابعة هذه الأمراض باستخدام نظم المعلومات الجغرافية.

- تقييم ودراسة العلاقة بين مختلف عناصر ومقومات النمط الحياتي ومدى انتشار الأمراض البيئية في البلدان المختارة بتطبيق أسلوب التحليل الإحصائي المتعدد.

III- المواد وطرق البحث المستخدمة:

- مصادر البيانات ومنهجية الدراسة:

تعتمد الدراسة على بيانات المسوحات القطرية حول صحة الأسرة والتي أجريت كجزء من المشروع العربي لصحة الأسرة التي تنفذه جامعة الدول العربية في كل من: تونس، سوريا، الجزائر، جيبوتي، اليمن، المغرب ولبنان. وتوفر هذه المسوحات بيانات حول:

- بيانات شخصية عن الفرد
- بيانات الوضع الصحي:
 - الأمراض المزمنة.
 - التدخين.
 - الإعاقة.
 - الحالة التغذوية للأطفال.

وشملت هذه المسوح دراسة 70489 أسرة بها 344092 فرداً و28697 طفلاً دون الخامسة من العمر.

- تحليل البيانات:

يتم تحليل البيانات باستخدام أسلوب:

• التحليل الوصفي:

باستخدام الخرائط الجغرافية لعرض مستويات انتشار الأمراض البيئية وأمراض سوء التغذية بين الأطفال واختلافات هذه المستويات حسب النمط الحياتي للأفراد.

• التحليل المتعدد:

بتطبيق أسلوب الانحدار اللوجستي المتعدد لتحليل ودراسة العلاقات المتشابكة بين مقومات النمط الحياتي ومدى انتشار الأمراض البيئية وتحديد قوة واتجاه هذه العلاقات باستخدام حزمة البرامج الجاهزة SPSS.

وتضم الدراسة ثمانية أقسام. بعد المقدمة تأتي أهداف الدراسة، ويستعرض القسم الثالث الدراسات السابقة، ويقدم القسم الرابع عرضاً لمنهجية الدراسة وأساليب التحليل. أما القسم الخامس فيتناول عرضاً لأهم النتائج يليه القسم السادس لمناقشة النتائج. بينما يتناول القسمان السابع والثامن عرضاً موجزاً للخلاصة والتوصيات.

IV- أهم نتائج الدراسة:

- توضح الدراسة نسب الإصابة بأي مرض مزمن (بيئي) تم تشخيصه من قبل طبيب تختلف من دولة لأخرى من الدول المختارة وتتراوح نسبة الإصابة بين 5.5% في جيبوتي وحوالي 20% في لبنان. وقد ترجع هذه التفاوتات إلى اختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي لسكان كل دولة والذي ينعكس بطبيعة الحال على نمط حياة الأفراد فيها.

- أظهرت نتائج الدراسة أن هناك اختلافات واضحة في نسب الإصابة بأي مرض بيئي حسب محل الإقامة داخل الدولة حيث تلاحظ اختلاف نسب الإصابة بين الأفراد المقيمين في المناطق الريفية مقارنةً بمثيلاتها في المناطق الحضرية.

- بالنسبة للمناطق الحضرية، أظهرت البيانات ارتفاع نسب الإصابة في المغرب حيث بلغت النسبة 16.6%، تليها تونس 15.6% ثم الجزائر 13.3% ثم اليمن 12.5%. أما بالنسبة للمناطق الريفية، فتلاحظ أن أعلى نسبة كانت في اليمن (18.4%) وبلغت هذه النسبة أدناها في سوريا (7.5%).

- أوضحت الدراسة أنه بصورة عامة، فإن الذكور أقل إصابة بالأمراض المزمنة من الإناث. وقد يرجع هذا إلى الاختلافات البيولوجية بين الذكور والإناث والمراحل المختلفة التي تمر بها الإناث مثل الحيض والحمل والولادة والرضاعة وانقطاع الطمث. والتي يرافق كل منها العديد من التغيرات الهرمونية التي تزيد من احتمالات الإصابة بهذه الأمراض.

- بلغت نسبة الإصابة بأي مرض مزمن بين الأفراد (0 - 14 سنة) أقصاها في اليمن تليها لبنان كما بلغت أدناها في جيبوتي. أما بالنسبة للفئة العمرية (15 - 59 سنة) فقد تلاحظ وجود نفس النمط من الاختلافات حيث كانت أعلى نسبة إصابة في اليمن وأدناها في جيبوتي. وبالنسبة للفئة العمرية (60 سنة فأكثر) فقد أظهرت النتائج أن نسبة الإصابة بلغت أقصاها في لبنان تليها تونس بينما بلغت أدناها في جيبوتي.

- بالنسبة للحالة التعليمية، أشارت البيانات إلى أن نسب الإصابة بين الأميين أعلى من مثيلاتها بين المتعلمين في جميع دول الدراسة. وقد بلغت النسبة أقصاها في لبنان (31.7%) وأدناها في جيبوتي. وتجدر الإشارة إلى أن هناك عاملاً مهماً عند مقارنة مستويات الإصابة بين الدول المختارة وهو دقة التشخيص والأجهزة المستخدمة والتي قد تكون السبب في ارتفاع مستوى الإصابة في دولة أخرى مثل جيبوتي.

- يعتبر التدخين من أهم مظاهر النمط الحياتي للأفراد والذي أظهر أثره بوضوح على مستوى الإصابة بالأمراض البيئية والمزمنة. وقد أكدت بيانات الدراسة نتائج الدراسات السابقة والتي أيدت النمط المتوقع وهو ارتفاع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة والبيئية بين الأفراد المدخنين وغير المدخنين. وقد تبين ذلك جلياً في كل من لبنان واليمن حيث بلغت نسبة الإصابة بين المدخنين ضعف مثيلتها بين غير المدخنين. كما بلغت في اليمن حوالي 33% بين

المدخنين مقابل حوالي 19% بين غير المدخنين. وتجدر الإشارة إلى الأثر السلبي للتدخين وما يسببه من أضرار لا يقتصر على المدخنين فقط بل يمتد أثره على غير المدخنين وهو ما قد يقلل من الفارق في نسبي الإصابة بين المدخنين وغير المدخنين. كما هو الحال في سوريا والمغرب وجيبوتي.

- بمقارنة نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة التي يعيش فيها الفرد، باعتبارها مؤشراً دقيقاً للنمط الحياتي للفرد ومحدداً من محددات سلوكياته اليومية، تبين أن أعلى نسبة إصابة بين الأفراد الذين يعيشون في أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض كانت بين اللبنانيين حيث بلغت النسبة حوالي 22% بينما كانت أدنى نسبة إصابة بين الجيبوتيين. أما بالنسبة للأفراد الذين يعيشون في أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع فإن أعلى مستوى إصابة كان أيضاً في لبنان وأدنى مستوى كان في جيبوتي. ومن ناحية أخرى أوضحت الدراسة أن الفارق في مستوى الإصابة بين الأسر الفقيرة أي ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض وبين الأسر الغنية أي ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع تبلغ أقصاها في اليمن وأدناها في سوريا. وهذه النتيجة تشير إلى مدى الفوارق الاقتصادية والاجتماعية السائدة في كل دولة من الدول المختارة.

- بعد تحليل الاختلافات في نسب الإصابة بأي مرض مزمن في الدول موضع الدراسة حسب الخصائص المختارة والتي شملت النوع والعمر والمستوى التعليمي والحالة العملية وحالة التدخين والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، وكلها خصائص لها دلالتها في تحديد النمط الحياتي للأفراد وسلوكياتهم اليومية والتي تكون عوامل الخطر وتكون أحد الأسباب الرئيسية للإصابة بالأمراض المزمنة والبيئية، تناولت الدراسة تحليل هذه الاختلافات بالنسبة لعدد من هذه الأمراض. وقد أشار هذا التحليل إلى أن الاختلافات في مستويات الإصابة بأي من الأمراض المزمنة المختارة وهي أمراض القلب، ضغط الدم، السكر، الربو

الشعبي، أمراض المفاصل والكلى وقرحة المعدة والأنيميا إضافةً إلى الإعاقة، كل على حدة، متنسقة إلى حد كبير مع النتائج التي انتهت إليها الدراسة بالنسبة لأيٍّ من هذه الأمراض مجتمعة.

- أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المتعدد أن هناك سبعة متغيرات من ثمانية تضمنها التحليل لها تأثير معنوي على مستويات الإصابة بأي مرض مزمن، حيث كان محل الإقامة والتعليم والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد من العوامل ذات التأثير العكسي، بمعنى أن الذكور وبعض سكان الحضر والمتعلمين وأفراد الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع (أي الأغنياء) أقل عرضة للإصابة بالأمراض البيئية مقارنة بغيرهم من الأفراد غير المتعلمين والذين يعيشون في بعض المناطق الريفية وأفراد الأسر الفقيرة أي ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض.

بالنسبة لكل مرض على حدة أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى ما يلي:

- النوع والتدخين والعمر والجنسية من أهم العوامل المؤثرة على مستوى الإصابة بأمراض القلب.

- ستة من المتغيرات الثمانية المختارة كان لها تأثير واضح على الإصابة بضغط الدم.

- التدخين ومحل الإقامة والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة تمثل عوامل الخطورة المحددة لمستوى الإصابة بارتفاع السكر في الدم.

- التدخين والعمر ومحل الإقامة والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة من أهم محددات مستوى الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي.

- النوع والعمر ومحل الإقامة تعتبر من أكثر العوامل ذات التأثير المعنوي على مستوى الإصابة بالأنيميا.

- العمر والنوع والمستوى التعليمي ومحل الإقامة والمستوى الاقتصادي والاجتماعي من بين المحددات الرئيسية لإصابة الفرد بالإعاقة.

- وبالنسبة للحالة التغذوية للأطفال دون الخامسة، فأوضحت الدراسة أن الاطفال الذين يقيمون في المناطق الريفية وأطفال الوالدين المدخنين إحداهما أو كلاهما، وأطفال الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض أكثر عرضة للإصابة بقصر القامة بعكس بقية أطفال الدراسة.

- تبين كذلك أن نسب الإصابة بالسمنة أو زيادة الوزن بين الأطفال دون الخامسة ترتفع بين أطفال الأسر ذات المستوى الاقتصادي المرتفع وهذا يؤكد أن النمط الحياتي والذي يتأثر بالمستوى الاقتصادي للأسرة يؤثر بشكل كبير على انتشار سوء التغذية ليس فقط المعبر عنه بقصر القامة أو النحافة أو نقص الوزن وإنما كذلك المعبر عنه بالسمنة وزيادة الوزن.

وتجدر الإشارة إلى النمط الحياتي وخاصة ما يتعلق بسلوكيات الأفراد تجاه كميات ونوعيات المواد الغذائية وانتشار مطاعم الوجبات السريعة و الأغذية غير المتوازنة وغير الصحية والخمول الجسدي والمتمثل في ركوب السيارات وعدم ممارسة رياضة المشي مما يؤدي إلى انحسار ظاهرة الأنشطة البدنية، كل ذلك يزيد من عوامل الخطر و زيادة احتمالات الإصابة بأمراض سوء التغذية وخاصة بين الأطفال.

V- الخلاصة والتوصيات:

بصفة عامة، أيدت النتائج التي انتهت إليها الدراسة ما توصلت إليه الدراسات السابقة في العديد من البلدان كما أوضحت الدراسة أن النمط الحياتي والحالة

الصحية للأفراد تتفاوت من دولة لأخرى وأن المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتموي للدولة يعتبر من المحددات الرئيسية للحالة الصحية للأفراد فيها.

وباستعراض النتائج السابقة يمكن الوصول إلى التوصيات التالية:

- نظراً لوجود فجوة واضحة بين المناطق الريفية والحضرية حيث تعاني المناطق الريفية من عدم توافر الخدمات وسوء جودتها وصعوبة الحصول عليها سواء تلك الخدمات المرتبطة بالصحة أو التعليم أو النقل والمواصلات إلخ، فإنه يجب على الحكومات العمل بكافة الأشكال على تقليص الفجوة بين الريف والحضر وزيادة توفر الخدمات المختلفة وتحسين جودتها.

- ضرورة تكامل الجهود الحكومية وغير الحكومية الرامية لتحسين الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية والبيئية بشكل خاص وتوفير الخدمات وأساليب الرعاية المتكاملة والجيدة وبأسعار مناسبة وفي متناول جميع الأفراد والأسر.

- ضرورة تعزيز الجهود الحكومية وغير الحكومية واهتمام وسائل الإعلام المختلفة لمكافحة التدخين ومنع انتشاره وتقليل الأضرار المترتبة عليه سواء بالنسبة للمدخين أنفسهم والمخالطين لهم من غير المدخين لما يسببه التدخين السلبي من أضرار لغير المدخين.

- نظراً لأهمية التعليم واعتباره من المحددات الرئيسية لتحسين أنماط السلوكيات الحياتية اليومية الفردية والمجتمعية فإنه يجب تعزيز ودعم الجهود الحكومية وتفعيل المشاركة المجتمعية لتحسين الأوضاع التعليمية والعمل على مكافحة الأمية للأفراد خاصة الآباء والأمهات لما لذلك من أثر على صحة أطفالهم وبقائهم على قيد الحياة.

- العمل على تحسين الظروف المعيشية للأسر ورفع مستواها الاقتصادي والاجتماعي وتعميم نظام التأمين الصحي وضمان تغطيته تغطية كافة افراد المجتمع و ذلك لضمان تحسين أوضاعهم وحالتهم الصحية.

- العمل على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية والاجتماعية والاقتصادية للمعاقين وتضافر وتكامل الجهود الحكومية وغير الحكومية لتأهيلهم وإدماجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه وتوظيف طاقتهم والاستفادة منها.

- تعزيز برامج التنقيف الصحي وخاصة فيما يتعلق بأنواع التغذية السليمة والصحية والاهتمام بالبرامج الإعلامية التي تمكن من مواجهة السلوكيات والممارسات الضارة و ترشيدها.

رقم الإيداع

م 06 / دوري 01 (2010) / ع. 9 (0814)

- طبع بمطبعة جامعة الدول العربية -

تنفذ جامعة الدول العربية المشروع العربي لصحة الأسرة في البلاد العربية بتمويل من عدد من الجهات العربية والدولية وهي : برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، صندوق الأوبك للتنمية، منظمة الصحة العالمية، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للمرأة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.

كما تشرف على تنظيم وتسيير عمل المشروع لجنة توجيهية عليا يرأسها صاحب السمو الملكي الأمير طلال بن عبد العزيز رئيس برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية وعضوية معالي الأمين العام لجامعة الدول العربية والمدراء التنفيذيين للمنظمات المساهمة والمجالس الوزارية العربية المعنية بالصحة، الشؤون الاجتماعية، الإعلام والمنظمات النوعية ذات العلاقة.

يهدف المشروع إلى توفير بيانات تفصيلية ودقيقة حول صحة الأسرة والصحة الإنجابية على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع المحلي و ذلك من خلال إجراء المسح العربي لصحة الأسرة وعدد من الدراسات الخاصة حول اتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية ووفيات الأمهات وختان الإناث والرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن ودور الأزواج في الصحة الإنجابية والحالة التغذوية للأمهات والأطفال دون السادسة ووضع مكانة المرأة.

وتقوم إدارة المشروع بتوثيق منهجيته من خلال إصدار مجموعة من الوثائق الفنية التي تتناول الجوانب التنظيمية والتحليلية اللازمة لتصميم وإعداد وتنفيذ المسوحات الديموغرافية والصحية بصفة عامة والمرتبطة بصحة الأسرة بصفة خاصة. كما تنظم عددا من لقاءات الخبراء وورشات العمل والدورات التدريبية علاوة على تنفيذ برنامج نشر واسع يتضمن نشر وتوزيع هذه المطبوعات لتعظيم الاستفادة منها في دعم وتعزيز القدرات الوطنية والكوادر المحلية العاملة في مجال صحة الأسرة والصحة الإنجابية.