جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

المعرفة والاتجاه والممارسة للنساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة في الضفة الغربية

إعداد
أسماء صدقي محمد دريدي

إشراف
د. حسين أحمد

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.
2018م

المعرفة والاتجاه والممارسة للنساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة في الضفة الغربية

إعداد

أسماء صدقي محمد دريدي

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2018/12/24م، وأجيزت.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
1. د. حسين أحمد / مشرفاً ورئيساً	.....
2. د. حسان قدومي / ممتحناً خارجياً	.....
3. د. صفاء حمادة / ممتحناً داخلياً	.....

الإهداء

"إلى والدي العظيم، وأمي الغالية"

اللذين جعلا العلم منبعا، والقرآن دربا

اللهم أعنّي على برهما، وارزقني رضاهما

وأجزل لهما طول العمر والخير والمغفرة يا كريم يا ودود.

"إلى إخوتي وزوجاتهم وأبنائهم، وأخواتي وأزواجهم وأبنائهم"

سندي وقوتي ومصدر اعتزازي، الذين تجمعني بهم أجمل لحظات البر والوفاء.

"إلى الأصدقاء، والأحبة"

الذين يدخلون البهجة على قلبي بدعمهم وحبهم

وأَخَصُّهم إسراء طيبة، حنان ناجي، ريم رضوان.

إلى أساتذتي في قسم الجغرافيا بجامعة النجاح الوطنية طاقة نور وعبقرية خالدة فهم نورٌ يضيء لنا شمعة العلم والمعرفة، وقدوتنا في حمل أقدس رسالة في الحياة.

"إلى كل من ساعدوني بأي جهد"، "ويا من تذكروني في دعائهم".

أهدي لكم جميعا هذا المجهود المتواضع.. مع شكري الجزيل وامتناني لفضلكم.

الشكر والتقدير

الشكر لله عز وجل.. الذي أنار لي الدرب.. وأرشدني لأبواب العلم والمعرفة.. وأمدني بالصبر والإرادة.

الشكر العظيم لأبي وأمي.. الذين أعانوني على إكمال المشوار بالدعم بكل حب وصبر.

الشكر الكبير للأستاذ الفاضل الدكتور حسين أحمد المشرف على هذه الرسالة لما قدمه لي من نصح وإرشاد.

الشكر الجزيل للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، الذي قام بتقديم التسهيلات اللازمة للوصول إلى البيانات الخاصة بهذه الدراسة دون أي تعقيدات وذلك بناءً على مبدأ التعاون الذي يربطه بجامعة النجاح الوطنية.

الشكر والامتنان لكل الذين دعوا لي خيرا.. وقدموا لي يد المساعدة من قريب أو بعيد.

الإقرار

أنا الموقع أدناه، مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

المعرفة والاتجاه والممارسة للنساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة في الضفة الغربية

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة كاملة، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أي درجة علمية أو بحث علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name: **اسم الطالب:**

Signature: **التوقيع:**

Date: **التاريخ:**

فهرس المحتويات

الرقم	الموضوعات	الصفحة
	الإهداء	ج
	الشكر والتقدير	د
	الإقرار	هـ
	فهرس المحتويات	و
	فهرس الجداول	ط
	فهرس الأشكال	ك
	الملخص	ل
.1	**الفصل الأول** **مقدمة الدراسة ومنهجها**	**1**
1.1	مقدمة الدراسة	2
2.1	مشكلة الدراسة	3
3.1	أهداف الدراسة	4
4.1	أسئلة الدراسة	4
5.1	فرضيات الدراسة	5
6.1	أهمية الدراسة ومبرراتها	6
7.1	حدود الدراسة	7
8.1	متغيرات الدراسة	7
9.1	منهجية الدراسة	9
1.9.1	مصدر البيانات	9
2.9.1	المسوح التي تناولتها الدراسة	10
10.1	الدراسات السابقة	15
1.10.1	الدراسات المحلية	15
2.10.1	الدراسات العربية	19
3.10.1	الدراسات الأجنبية	25
11.1	أهم القضايا التي اتفقت واختلفت عليها الدراسات السابقة	28
12.1	أهم ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة	32

13.1	مستويات الخصوبة في الضفة الغربية	33
.2	**الفصل الثاني** **الخلفية النظرية**	38
1.2	المقدمة	39
2.2	مفهوم تنظيم الأسرة	39
3.2	تنظيم الأسرة عبر التاريخ	41
4.2	تنظيم الأسرة في فلسطين	46
5.2	موقف الأديان السماوية من تنظيم الأسرة	49
6.2	أسباب تنظيم الأسرة	52
7.2	أهداف تنظيم الأسرة	53
8.2	فوائد تنظيم الأسرة وأهميته	54
9.2	معيقات تنظيم الأسرة	56
10.2	أنواع وسائل تنظيم الأسرة	56
1.10.2	الوسائل الفسيولوجية (الطبيعية)	57
2.10.2	الوسائل الميكانيكية والكيميائية	61
3.10.2	الوسائل الهرمونية	68
4.10.2	الوسائل الجراحية (التعقيم)	72
.3	**الفصل الثالث** **المعرفة والاتجاه والممارسة للنساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة في الضفة الغربية**	76
1.3	المقدمة	77
2.3	معرفة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة ومصادرها	78
3.3	موقف الزوجين اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة	84
1.3.3	موافقة الزوجين اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة	84
1.1.3.3	موافقة النساء المتزوجات اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة والعوامل المؤثرة	85
2.1.3.3	موافقة الأزواج اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة والعوامل المؤثرة	88
2.3.3	القرار النهائي في استخدام وسيلة تنظيم الأسرة والعوامل المؤثرة	89
4.3	ممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة	94

1.4.3	ممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة سابقا	95
2.4.3	ممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة حاليا	95
5.3	الوسائل التي تستخدمها النساء المتزوجات في تنظيم الأسرة حاليا	100
6.3	مصادر حصول النساء المتزوجات على وسائل تنظيم الأسرة الصناعية المستخدمة حاليا	106
7.3	المشكلات المواجهة أثناء استخدام النساء المتزوجات لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حاليا	108
8.3	أسباب عدم رغبة النساء المتزوجات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حاليا	109
.4	**الفصل الرابع** **العوامل المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية**	112
1.4	المقدمة	113
2.4	العوامل الديموغرافية المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة	114
1.2.4	عمر الأم الحالي	114
2.2.4	عمر المرأة عند الزفاف الأول	116
3.2.4	عمر المرأة عند أول حمل	119
4.2.4	مدة الحياة الزوجية	120
5.2.4	عدد الأطفال الأحياء للمرأة	121
6.2.4	عدد الأطفال المتوفين للمرأة	123
3.4	العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة	124
1.3.4	المستوى التعليمي للأم	124
2.3.4	عدد الذكور الأحياء	128
3.3.4	عامل الرغبة في الإنجاب	129
4.2.4	عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج	130
5.3.4	الثقافة الجنسية	130
6.3.4	مستوى المعيشة	131

7.3.4	مكان الإقامة الحالي	132
8.3.4	المحافظة	135
.5	**الفصل الخامس** **النتائج والتوصيات**	138
1.5	النتائج	139
2.5	التوصيات	143
	قائمة المصادر والمراجع	144
	Abstract	B

فهرس الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1	عدد مراكز تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية للأعوام (2010-2014)	48
2	نسبة النساء المتزوجات حاليا (15-49) سنة حسب المعرفة بنوع وسيلة تنظيم الأسرة في الضفة الغربية، 2004	78
3	نسبة النساء المتزوجات حاليا (15-49) سنة اللاتي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة حسب مصدر الحصول على المعلومات، 2004	82
4	نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب مدى موافقة الزوجين اتجاه استخدام وسيلة تنظيم الأسرة من قبل الأزواج، 2010	85
5	نسبة النساء المتزوجات (15-49) حسب موافقة النساء على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج وفق متغير كل من مكان الإقامة الحالي، وعمر المرأة الحالي، والمستوى التعليمي للمرأة، 2010	87
6	نتائج اختبار مربع كاي ما بين نسبة موافقة النساء على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج وفق متغير كل من مكان الإقامة، عمر المرأة الحالي، مستوى المرأة التعليمي، 2010	88
7	نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب موافقة الزوج على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج وفق متغير المستوى التعليمي للمرأة، 2010	89
8	نتائج اختبار مربع كاي ما بين تأثير نسبة موافقة الزوج على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج ومتغير المستوى التعليمي للمرأة، 2010	89
9	نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب القرار النهائي على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حاليا، 2010	91
10	نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب القرار النهائي على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة ومتغير كل من مكان الإقامة الحالي، والمستوى التعليمي للمرأة، 2010	91
11	نتائج اختبار مربع كاي حسب القرار النهائي على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة ومتغير كل من مكان الإقامة الحالي، والمستوى التعليمي للمرأة، 2010	92

12	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حاليا في مناطق العالم، 2014	99
13	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة واللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حاليا حسب نوع الوسيلة المستخدمة، ومكان الإقامة الحالي في الضفة الغربية، 2014	102
14	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة واللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حاليا حسب نوع الوسيلة المستخدمة، ومحافظات الضفة الغربية، 2014	105
15	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة واللاتي يستخدمن حاليا وسائل تنظيم الأسرة الصناعية حسب مكان الإقامة الحالي في الضفة الغربية، 2014	107
16	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة واللاتي يستخدمن حاليا وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حسب المشاكل المواجهة من استخدام الوسيلة في الضفة الغربية، 2014	108
17	نسبة النساء (15–49) سنة المتزوجات اللاتي لا يستخدمن وسائل تنظيم أسرة حاليا حسب السبب الرئيس في عدم الرغبة في الاستخدام في الضفة الغربية، 2014	110
18	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة حسب وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وفق المتغيرات الديموغرافية، 2014	118
19	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة حسب وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وفق المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، 2014	127
20	نسب النساء المتزوجات (15–49) سنة حسب وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وفق متغير المحافظة، 2014	136
21	نتائج اختبار مربع كاي حسب نسبة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا وفق متغير مكان الإقامة الحالي، والمحافظة، 2014	137

فهرس الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
1	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة اللواتي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة سابقا، 2014	95
2	نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حاليا في سنة 1999، 2000، 2004، 2006، 2010، 2014	96
3	نسبة النساء المتزوجات حاليا(15–49) حسب وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وفق متغير مكان الإقامة الحالي في الضفة الغربية 2010، 2014.	133

المعرفة والاتجاه والممارسة للنساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة في الضفة الغربية

إعداد

أسماء صدقي محمد دريدي

إشراف

د. حسين أحمد

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى المعرفة والاتجاه والممارسة لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الضفة الغربية في فلسطين، وإلى التعرف على أنواع الوسائل التي تستخدمها النساء المتزوجات في تنظيم الأسرة حاليا، ومصادر الحصول على الوسائل الصناعية منها، والمشكلات التي تواجهها أثناء استخدامها، وأسباب امتناع بعض النساء عن استخدامها، بالإضافة إلى تحديد أثر بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على الوضع الحالي للاتجاه والممارسة لتلك الوسائل.

ولتحقيق ذلك تم الاعتماد على المسح الصحي الديموغرافي 2004، ومسح الأسرة الفلسطيني 2010، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014؛ التي نفذها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالتعاون مع وزارة الصحة وبدعم فني من اليونيسيف. وقد استخدمت هذه الدراسة استبانه النساء المتزوجات في الفئة العمرية (15–49) سنة.

وسلكت الباحثة المنهج الوصفي لإعطاء صورة عن موضوع المعرفة والاتجاه والممارسة لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الضفة الغربية في فلسطين، والمنهج التحليلي لدراسة أثر بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على الوضع الحالي للاتجاه والممارسة لتلك الوسائل.

تم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول: اشتمل **الفصل الأول** على مقدمة الدراسة ومنهجها. أما **الفصل الثاني** فتناول الإطار النظري الذي يشتمل على مفاهيم ومصطلحات الدراسة.

أما **الفصل الثالث** فقد تناول المعرفة والاتجاه والممارسة للنساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة في الضفة الغربية، وفيما يتعلق بمدى المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة؛ بناء على نتائج المسح الصحي الديموغرافي 2004، تبين أن حوالي 99.5% من النساء المتزوجات لديهن معرفة بأي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، وكانت وسيلة اللولب من أكثرها معرفة بنسبة 99.5%، ثم الحبوب بنسبة 98.7%.

وفيما يتعلق بالاتجاهات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة فكانت على درجة عالية من الإيجابية بناء على نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010، ويستنبط ذلك من ارتفاع نسبة النساء اللواتي يوافقن على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 88.9%، وتعتقد النساء أن 79.2% من الأزواج، و78% من الأسر من الموافقين لذلك، ومن جهة أخرى تعتقد النساء أن ما نسبته 77.8% بأن قرار تنظيم الأسرة قرارٌ مشتركٌ للزوجين.

أما فيما يتعلق بالممارسات المتعلقة بتنظيم الأسرة فكانت مرتفعة بناء على نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 بالمقارنة مع المسوح السابقة، حيث تبين أن نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا 59.7%، وكان اللولب من أكثر الوسائل المستخدمة بين النساء بنسبة 30.5%، وكان القطاع الصحي الخاص المصدرَ الأساسي للحصول على الوسائل الصناعية لتنظيم الأسرة، وكانت المضاعفات الصحية المشكلةَ الرئيسية التي تواجهها النساء المستخدمات لتلك الوسائل، وكانت الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال السببَ الأساسي الذي يمنع بقية النساء من استخدام تلك الوسائل.

وتناول **الفصل الرابع** أثر بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على مدى ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا، فتبين أن هناك علاقةً ذاتَ دلالة معنوية تربط بين كل من عمر المرأة الحالي، وعمرها عند الزفاف الأول، وعمرها عند أول حمل، ومدة حياتها الزوجية، وعدد الأطفال الأحياء لديها، ومستوى تعليمها، وعدد الذكور الأحياء لديها، ورغبتها في إنجاب المزيد من الأطفال، ومعرفتها بالأمراض المنتقلة بالجنس، ومستواها المعيشي على إقبالها في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، كما أن ليس هناك علاقة ذات دلالة معنوية تربط

بين كل من عدد الأطفال المتوفين، وعدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج، ومكان الإقامة الحالي للمرأة على إقبالها في استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

وأوصت الباحثة في **الفصل الخامس** بالعمل على إعطاء عناية كبيرة للتعليم؛ خاصة تعليم الإناث للعمل على تعزيز أهمية تنظيم الأسرة باعتباره مدخلًا وقائيًا لمعظم المشكلات الصحية الإنجابية؛ وذلك بتضمينها في مناهج التربية والتعليم، وتوعية المتزوجين من خلال برامج التوعية بأهمية تنظيم الأسرة ونشرها على مواقع التواصل الاجتماعي المختلفة، ومع تعزيز إعطاء فرص متساوية لكلا الجنسين في التعليم والعمل.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة ومنهجها

1.1 مقدمة الدراسة.

2.1 مشكلة الدراسة.

3.1 أهداف الدراسة.

4.1 أسئلة الدراسة.

5.1 فرضيات الدراسة.

6.1 أهمية الدراسة ومبرراتها.

7.1 حدود الدراسة.

8.1 متغيرات الدراسة.

9.1 منهجية الدراسة.

10.1 الدراسات السابقة.

11.1 أهم القضايا التي اتفقت واختلفت عليها الدراسات السابقة.

12.1 أهم ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة.

13.1 مستويات الخصوبة في الضفة الغربية.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة ومنهجها

1.1 مقدمة الدراسة:

إن الأسرة هي البنية الجوهرية في تكوين المجتمع، ونظرا لأهمية الأسرة في إبقاء الجنس البشري عن طريق التناسل، ورعاية أفرادها منذ الصغر حتى مرحلة البلوغ؛ فإن الدول والمختصين يهتمون بتنظيم أسرهم باعتبارها أداة للتنسيق بين أعداد أفراد الأسرة وحالتها الاقتصادية والاجتماعية والصحية، وصولا إلى حالة الاستقرار والسعادة والرفاهية لأبنائها، مما ينعكس على نمو تطور مجتمعاتهم اقتصاديا واجتماعيا.

يعد تنظيم الأسرة من الأركان الرئيسية للصحة الإنجابية للأمهات، ويسعى لتمكين الأمهات من الوصول إلى المعلومات والخدمات عن الوسائل المختلفة لمنع الحمل؛ لإعطائها القدرة على المباعدة بين الأحمال، ولمنع الحمل غير المرغوب فيه، والحمل الخطر، وتقليل حدوث الإجهاض غير الآمن، وهذا بالنتيجة يساعد في تحديد مدى تطابق نمط الإنجاب مع النمط الصحي الذي يعود بالنفع على صحة الأم والطفل.

ويتزايد الاهتمام العالمي في التعرف والحصول على جميع خدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك وسائل تنظيم الأسرة؛ باعتباره حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان المدرجة ضمن الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية التي أعلنتها الأمم المتحدة، والتي تبلورت خلال مؤتمر القمة الألفية في عام 2000م، وتم تطويرها في السنوات التي تلتها. أضف إلى ذلك، الاتفاقات الدولية الأخرى، بما في ذلك برنامج العمل "المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994م " لتعزيز حرية الأفراد بأن يقرروا عدد أطفالهم وتوقيته كحق من حقوق الإنسان الأساسية والإنجابية"[1].

[1] FAHIMI, F., MONEM, A., ASHFORD, L., and EL-ADAWY, M.:" **Women's Need for Family Planning in Arab Countries**". prb.org. July 2012/ 1.
http://www.prb.org/pdf12/family-planning-arab-countries.pdf. 15-10-2017.

ومن ناحية أخرى تعد برامج تنظيم الأسرة من المحددات المباشرة لمستوى الخصوبة، فكان لا بد من دراسة مدى المعرفة والاتجاه وممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة، ودراسة الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للنساء المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة؛ لتوضيح العوامل التي تعزز أو تضعف اللجوء إلى استخدام تنظيم الأسرة، وبالتالي الكشف عن مكامن السلطة والقوة في توجيه القرارات المتعلقة بالسلوك الإنجابي في استخدام تلك الوسائل أو عدم استخدامها على مستوى الأسرة أو المجتمع؛ لما لذلك علاقة واضحة بالخصوبة والنمو السكاني ورسم السياسات السكانية مستقبلا.

وكان أساس هذه الرسالة هي المسوح التي أصدرها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عن تنظيم الأسرة؛ منها المسح الصحي الديموغرافي 2004، ومسح الأسرة الفلسطيني 2010، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

2.1 مشكلة الدراسة:

تتعرض كثير من النساء لحدوث حالات الحمل غير المخطط له، مما يعرضها وجنينها لمخاطر صحية قد تهدد حياتهما أثناء الحمل والولادة، وحتى نقلل من هذه المخاطر يجب توفير خدمات تنظيم الأسرة في متناول أيدي النساء؛ باعتبارها وسائل تساعد النساء في ضبط توقيت الحمل بما يتلاءم مع قدرتها البدنية واحتياجات أسرتها، وبضرورة توعية النساء بأهمية استخدام تلك الوسائل كحق من حقوقها الإنجابية؛ لانعكاسها الكبير على تحقيق جودة حياة صحية أفضل للأم والطفل ورفاهية الأسرة وبالتالي المجتمع.

لذا تناولت هذه الدراسة واقع مدى المعرفة والاتجاه والممارسة لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الفئة العمرية (15–49) سنة في الضفة الغربية من المجتمع الفلسطيني، وسوف تدرس خصائص النساء الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المختلفة؛ لتحديد أثر كل منها في استخدام موانع الحمل كونها إحدى الوسائل المباشرة في توجيه السلوك الإنجابي وتحليله لدى هؤلاء النساء.

3.1 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معالجة القضايا الآتية:

1- قياس مدى معرفة واتجاه وممارسة النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب (15-49) سنة لوسائل تنظيم الأسرة حاليا في أراضي الضفة الغربية الفلسطينية.

2- معرفة أنواع الوسائل التي تستخدمها النساء المتزوجات في تنظيم الأسرة حاليا.

3- تحديد المصادر الأساسية التي تحصل منها النساء المتزوجات على وسائل تنظيم الأسرة الصناعية المستخدمة حاليا.

4- مناقشة المشكلات المواجهة أثناء استخدام النساء المتزوجات لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حاليا.

5- تحليل أهم أسباب عدم رغبة النساء المتزوجات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حاليا.

6- تحديد أثر بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على مدى معرفة، واتجاه، وممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا في أراضي الضفة الغربية الفلسطينية.

4.1 أسئلة الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات الآتية:

1- ما مدى معرفة واتجاه وممارسة النساء المتزوجات في سن الإنجاب (15-49) سنة لوسائل تنظيم الأسرة في أراضي الضفة الغربية الفلسطينية؟

2- ما الوسائل التي تستخدمها النساء المتزوجات في تنظيم الأسرة حاليا؟ وما مصادر الحصول على تلك الوسائل الصناعية منها؟

3- هل هناك مشكلات تواجهها النساء المتزوجات عند استخدامها أيًا من وسائل تنظيم الأسرة حاليا؟

4- هل هناك أسباب معينة لعدم رغبة النساء المتزوجات لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة حاليا؟

5- كيف تؤثر المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على مدى معرفة، واتجاه، وممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا؟

5.1 فرضيات الدراسة:

تقوم هذه الدراسة على اختبار مجموعة من الفرضيات، والتي يمكن اختصارها في الفرضيات الآتية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha = 0.05$) بين مدى موافقة النساء وأزواجهم اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة ومجموعة المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية (عمر المرأة الحالي، المستوى التعليمي للأم، ومكان الإقامة الحالي).

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية($\alpha = 0.05$) بين مشاركة المرأة في القرار النهائي تجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة ومجموعة المتغيرات الاجتماعية (المستوى التعليمي للمرأة، ومكان الإقامة الحالي).

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha = 0.05$) بين مدى ممارسة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة ومجموعة المتغيرات الديموغرافية (عمر الأم الحالي، عمر المرأة عند الزفاف الأول، عمر الأم عند أول حمل، مدة الحياة الزوجية، عدد الأطفال الأحياء للمرأة، عدد الأطفال المتوفين للمرأة).

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha = 0.05$) بين مدى ممارسة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة ومجموعة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية (المستوى التعليمي للأم، عدد الذكور الأحياء، عدد الزوجات في عصمة الزوج، الرغبة في

إنجاب المزيد من الأطفال، الثقافة الجنسية، المستوى المعيشي، مكان الإقامة الحالي، ومكان الإقامة حسب المحافظات).

6.1 أهمية الدراسة ومبرراتها:

تكمن أهمية الدراسة في أنها تتناول بالدراسة والتحليل البيانات التي وفرها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني حول تنظيم الأسرة؛ منها المسح الصحي الديموغرافي 2004، ومسح الصحة الأسري 2010، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

قامت الباحثة في دراسة القسم الخاص بموضوع تنظيم الأسرة الذي شمل النساء المتزوجات حاليا فقط في الفئة العمرية (15–49) سنة؛ لأنهن الفئة المنجبة في المجتمع، لدراسة مدى التفاوت في معرفة واتجاه وممارسة هؤلاء النساء لخدمات تنظيم الأسرة، ودراسة المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية للنساء المستخدمات لهذه الوسائل والتي تؤثر في تنظيم سلوكهن الإنجابي، وتحديد مدى تطابق نمط إنجابها مع النمط الصحي لإنشاء أسرة صحية وسليمة.

فأهمية هذه الدراسة تنبع من كون قضية تنظيم الأسرة قضية تمس حياة كل عائلة صغيرة كانت أم كبيرة، مثقفة أم غير مثقفة، غنية أم فقيرة؛ لأن التنظيم بوسائله المتنوعة يوفر للنساء إمكانية ممارسة حقهن في تخطيط مستقبلهن الإنجابي بما يتلاءم مع حالتهن الصحية واحتياجات عائلاتهن الاقتصادية؛ مما يحفظ حياة العائلة وصحتها، إضافة لأنها أحد المتغيرات المباشرة المؤثرة في ضبط الخصوبة، وبالتالي أهميتها في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية ولارتباطها الوثيق في وضع استراتيجيات للتخطيط السكاني مستقبلا. لذا تعد وسائل تنظيم الأسرة من مؤشرات تطور المجتمعات السكانية وتقدمها، وارتفاع مستوى الوعي بحقوقها الصحية.

وكما توفر هذه الدراسة المعلومات الكافية لراسمي السياسات الصحية والسكانية للعمل على أخذ التدابير اللازمة لتحقيق جودة حياة صحية للأم والطفل ورفاهية أفضل للعائلة وبالتالي تحسين نوعية أفراد المجتمع.

7.1 حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:** تشمل الضفة الغربية.
- **الحدود الزمنية:** وهي الفترة التي تم فيها جمع بيانات المسح الصحي الديموغرافي وكان ذلك خلال شهر أيار لعام 2004، ومسح الأسرة الفلسطيني وكان ذلك خلال شهري أيار وآب لعام 2010، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات وكان ذلك خلال شهري آذار ونيسان لعام 2014.

8.1 متغيرات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على عدد من المتغيرات التي أخذت تعريفها حسب تعريف الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني وقد تم تقسيمها على النحو الآتي:

❖ **المتغير التابع:**

وضع المعرفة والاتجاه والممارسة حول وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات حاليا في الفئة العمرية (15–49) سنة.

وهي الوسائل التي يمكن أن يستخدمها الزوجان أحدهما أو كلاهما، دون إكراه أي منهما وبوساطته يمكن تجنب أو تأخير الحمل[1].

❖ **المتغيرات المستقلة:**

وهي المتغيرات التي جمعها المسح الفلسطيني متعدد المؤشرات 2014، وهي:

- **مجموعة المتغيرات الديموغرافية:**

1. عمر الأم الحالي: هو عدد سنوات حياة الأم الحالي.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز–2015**. رام الله. فلسطين.

2. عمر المرأة عند الزفاف الأول: هو عمرها عند زواجها الفعلي، وليس بداية الخطبة والارتباط.

3. عمر الأم عند أول حمل: هو عمر الأم عند الحمل للمرة الأولى.

4. مدة الحياة الزواجية: وهي المدة التي تقضيها المرأة مع زوجها دون انفصال[1].

5. عدد الأطفال الأحياء للمرأة: عدد المواليد الأحياء في الأسرة، ويساوي عدد الذكور الأحياء الذين يعيشون داخل الأسرة وخارجها، بالإضافة إلى عدد البنات الأحياء اللواتي يعشن داخل الأسرة وخارجها.

6. عدد الأطفال المتوفين للمرأة: وهو عدد الأطفال الذين ظهرت عليهم إحدى علامات الحياة وتوفوا بعد ذلك.

- **مجموعة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية:**

1. المستوى التعليمي للأم: أعلى مرحلة دراسية وصلت لها الأم.

2. عدد الذكور الأحياء: وهم عدد الذكور الأحياء في الأسرة الذين يعيشون داخل الأسرة وخارجها.

3. عدد الزوجات في عصمة الزوج: هو عدد الزوجات الأخريات اللاتي في عصمة الزوج.

4. الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال: أي رغبتها في الإنجاب (فيما بعد، ولم ترغب).

5. الثقافة الجنسية: المعرفة بالأمراض المنقولة بالمعاشرة الزوجية.

6. مستوى المعيشة: تساوي حاصل قسمة استهلاك الأسرة من الطعام على استهلاك الأسرة الكلي ويتم تقسيمه إلى فئات: المستوى الأفضل وهو حصة استهلاك الطعام من الاستهلاك

[1] المرجع نفسه.

الكلي أقل من20%، المستوى المتوسط وهو حصة استهلاك الطعام من الاستهلاك الكلي 30-44%، المستوى الأسوأ وهو حصة استهلاك الطعام من الاستهلاك الكلي 45-100%.[1]

7. مكان الإقامة الحالي: هو نوع التجمع السكاني الذي تعيش فيه الأم.

8. مكان الإقامة حسب المحافظات: هو نوع المحافظة التي تعيش فيها الأم.

9.1 منهجية الدراسة:

تم اتباع كلا المنهجين الوصفي والتحليلي في هذه الدراسة.

- المنهج الوصفي: يشمل وصف المعرفة والاتجاه وممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية الفلسطينية من خلال استخدام مقاييس النزعة المركزية.
- المنهج التحليلي: من خلال استخدام اختبارات الفروض على المتغيرات التي تم الحصول على بياناتها من خلال الجهاز الإحصائي المركزي الفلسطيني.

1.9.1 مصدر البيانات:

تعتمد هذه الدراسة على المسح الصحي الديموغرافي 2004، ومسح الأسرة الفلسطيني 2010، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 التي نفذها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالتعاون مع وزارة الصحة وبدعم فني من (يونيسيف)، وتم تمويل المسح من الحكومة الفلسطينية وكل من صندوق الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان.

وقد تم تصميم العينات في هذه المسوح لدراسة العائلة الفلسطينية في دولة فلسطين؛ لتبيان التقديرات للأعداد الكبيرة من المؤشرات على وضع الأطفال والنساء والشباب والكبار بالسن في المجتمع الفلسطيني بشكل عام.

[1] المرجع نفسه.

2.9.1 المسوح التي تناولتها الدراسة:

1. المسح الصحي الديموغرافي 2004[1]:

في المسح الصحي الديموغرافي 2004 تم التركيز على دراسة الأوضاع الصحية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، والنساء اللواتي تقل أعمارهن عن 55 سنة.

وتم استنتاج احتمالية العيّنة باستخدام منهج العينة العنقودية الطبقية متعددة المراحل؛ لاختيار العناقيد بشكل منتظم مع احتمالية نسبية لعامل الحجم، وبعد اختيار المناطق تم استنتاج العينة العنقودية.

وكان الحجم الكلي لعينة الاستبيان (6574) عائلة، فقد تم توزيع العينة إلى طبقات اجتماعية؛ بناء على المناطق الجغرافية وحسب المنطقة التي تتضمن المناطق الريفية والمخيمات والمدينة؛ عن طريق اختيار (445) عنقودا من العينة الكلية مع وجود (25) عائلة في كل عنقود في الضفة الغربية وقطاع غزة، أما في القدس داخل الحواجز (الجزء الذي ضمته قوات الاحتلال الإسرائيلي عنوة بعد احتلالها للضفة الغربية) فقد كانت (30) عائلة في كل عنقود. وقد تم حساب الأوزان لكل عينة حسب المنطقة والجنس وفئة العمر حسب التقديرات السكانية لنهاية الربع الثاني من عام 2004.

وقد تكونت استمارة المسح الصحي الديموغرافي 2004 من أربعة أقسام رئيسية وهي:

1. جميع الأسر الفلسطينية المقيمة بشكل اعتيادي في الأراضي الفلسطينية، ويشمل الخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية لأفراد الأسرة مثل العمر، الجنس، التعليم، المهنة الرئيسية، حالات التيتم، الحالة الزواجية، الهجرة، حالة التدخين، وبيانات حول المسكن.
2. استبيان النساء في الفئة العمرية (15–54 سنة) بغض النظر عن حالتها الزواجية.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. **المسح الصحي الديموغرافي 2004 –التقرير النهائي**. رام الله. فلسطين.

3. استبيان صحة الأم (15–54 سنة) والتي تشمل: الإنجاب، وسائل تنظيم الأسرة، الرعاية أثناء الحمل والرضاعة، تطعيم الكزاز (التيتانوس)، تفضيل الإنجاب، المعرفة بمرض الإيدز.

4. استبيان صحة الأطفال (دون 5 سنوات) ويشمل صحة الأطفال وتطعيمهم، قياسات الوزن والطول للأطفال الذين أعمارهم دون الخمس سنوات، تعليم الأطفال (5–17 سنة).

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة في تحديد (مدى المعرفة، ومصدر الحصول على المعلومات) حول وسائل تنظيم الأسرة من المسح الصحي الديموغرافي 2004، تم تحديد البيانات لتشمل النساء المتزوجات حاليا فقط في عمر (15–49 سنة) في الضفة الغربية والبالغ عددهن 2731 امرأة، وبغض النظر عن كون المرأة حامل أو لا.

2. مسح الأسرة الفلسطيني 2010[1]:

في مسح الأسرة الفلسطيني 2010 تم التركيز على دراسة الأوضاع الصحية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، والنساء القادرات على الإنجاب وخاصة من عمر 15–49 سنة.

وتم استنتاج احتمالية العيّنة باستخدام منهج العينة العنقودية الطبقية متعددة المراحل لاختيار العناقيد بشكل منتظم مع احتمالية نسبية لعامل الحجم، فبعد اختيار المناطق تم استنتاج العينة العنقودية.

وكان الحجم الكلي لعينة الاستبيان (15355) عائلة، فقد تم توزيع العينة إلى طبقات اجتماعية بناء على المناطق الجغرافية وحسب المنطقة التي تتضمن المناطق الريفية والمخيمات والمدينة عن طريق اختيار (644) عنقودا من العيّنة الكلية مع وجود (24) عائلة في كل عنقود. وقد تم حساب الأوزان لكل عينة حسب المنطقة (الضفة الغربية، غزة) والجنس (ذكر، أنثى) وفئة العمر حسب التقديرات السكانية لمنتصف عام 2010.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي**. رام الله –فلسطين.

واستخدم المسح استبيانًا رئيسيًا واحدًا ومرفقات لها ليكون الاستبيان مطابق للاستبيانات المعيارية لمسوح الجهاز السابقة المتعلقة بصحة الأسرة، وأن تشمل على معايير الاستبيانات العنقودية للمؤشر المتعدد (MICS4) ومنها:

1. الاستبيان الرئيسي، وشمل على:

- استبيان الأسرة المعيشية واشتمل على الخصائص الديموغرافية والتعليمية، الأمراض المزمنة والتدخين، قسم ضبط سلوك الأطفال (2–14 سنة)، وتعليم الأفراد (5–24 سنة)، إضافة إلى خصائص المسكن.

- استبيان صحة النساء (15–54 سنة) بغض النظر عن الحالة الزواجية، والتي اشتملت أيضا على المعرفة بمرض الإيدز وفحص الهيموجلوبين في الدم للسيدات (15–49 سنة).

- استبيان النساء اللواتي سبق لهن الزواج في العمر (15–54 سنة) واشتمل على الخصائص العامة للنساء، والإنجاب ووفيات الأطفال، ورعاية الأمومة، وانتشار الأمراض واعتلال الصحة بسبب الإنجاب، وتنظيم الأسرة، والحاجة غير الملباة، واتجاهات الإنجاب للنساء في الفئة العمرية.

- استبيان الأطفال دون سن الخامسة واشتمل على صحة الطفل، والتحصين ضد أمراض الطفولة والعناية بالمرض، وتنمية الطفولة المبكرة، وسوء التغذية، وفحص نسبة الهيموجلوبين في الدم للأطفال دون سن الخامسة.

2. استبيانات المرفقة: وشملت على:

- استبيان الشباب (15–29 سنة) واشتملت الاستمارة على مواضيع تتعلق بالخصائص العامة للشباب، والمعرفة بوسائل تنظيم الأسرة ومواقف الشباب من تنظيم الأسرة، والوضع الصحي للشباب والمعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا، وإعداد الشباب للدور الإنجابي.

- استبيان كبار السن 60 سنة فأكثر واشتمل على مواضيع تتعلق بالخصائص العامة لكبار السن، والعلاقات الاجتماعية والأنشطة وكيفية قضاء الوقت، والوضع الصحي لكبار السن، والاتصال بوسائل الإعلام.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة في تحديد (مدى اتجاه النساء) حول وسائل تنظيم الأسرة من مسح الأسرة الفلسطيني 2010، تم تحديد البيانات لتشمل النساء المتزوجات حاليا فقط في العمر (15–49) سنة في الضفة الغربية والبالغ عددهن (6488) امرأة، وتم حذف (775) امرأة حاملا، حاليا، ليبقى العدد النهائي للنساء (5713) امرأة.

3. المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014[1]:

في المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 تم التركيز في العينة على صحة للأطفال الذين هم تحت سن الخامسة، والنساء القادرات على الإنجاب وخاصة من عمر 15–49.

وتم استنتاج احتمالية العينة باستخدام منهج العينة العنقودية الطبقية متعددة المراحل لاختيار العناقيد بشكل منتظم مع احتمالية نسبية لعامل الحجم، فبعد اختيار المناطق، تم استنتاج العينة العنقودية.

وكان الحجم الكلي لعينة الاستبيان (11125) عائلة، فقد تم توزيع العينة إلى طبقات اجتماعية بناء على المناطق الجغرافية وحسب المنطقة التي تتضمن المناطق الريفية والمخيمات والمدينة؛ عن طريق اختيار (445) عنقودا من العينة الكلية مع وجود (25) عائلة في كل عنقود. فلا يوجد وزن لكل عينة، ولعرض النتائج على المستوى الوطني، تم استخدام معيار وزن العينة.

وتم الجمع بين تصميم الدراسة مع استبيانات معايير الصحة التي طبقت سابقا من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بالإضافة إلى الاستبيان العنقودي الرابع للمؤشر المتعدد ليلبي حاجات كل الشركاء الذين ساهموا في دعم وإجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات.

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 –التقرير الرئيسي**. رام الله. فلسطين.

وتم استخدام ثلاثة استبيانات رئيسية بناء على معايير الاستبيانات العنقودية للمؤشر المتعدد ومنها:

1. استبيانان بخصوص العائلات، حيث تم استخدامه لجمع معلومات عن كل أعضاء العائلة (المقيمين الدائمين في البيت) وأعضاء العائلة بشكل عام، والتعليم، وضبط سلوك الأطفال (1–14 سنة)، وخصائص الأسرة، والمياه والصرف الصحي، والملح باليود.

2. استبيانان النساء التي تم تطبيقها في كل عائلة لكل الإناث من سن 15 إلى 49 سنة واشتمل على الخصائص العامة للسيدات المؤهلات، والخصوبة وتاريخ الإنجاب، والرغبة بالمولود الأخير، وصحة الأم والمولود، ورعاية الأمومة، وتنظيم الأسرة، والحاجة غير الملباة، والزواج، وفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).

3. استبيان الأطفال تحت سن الخامسة الذي تم عمله على الأمهات وجليسات الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعيشون في بيت العائلة واشتمل على عمر الأطفال، وتسجيل الولادات، وتنمية الطفولة المبكرة، والرضاعة الطبيعية وتناول الأغذية، والتحصين، والعناية بالمرض، وقياس الطول والوزن.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة في تحديد (مدى ممارسة النساء حول وسائل تنظيم الأسرة) من المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 تم الاعتماد على النساء المتزوجات –حاليا– فقط في العمر (15–49) سنة في الضفة الغربية والبالغ عددهن(4928) امرأة لدراسة مدى ممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة سابقا، و(4334) امرأة غير حامل –حاليا– لدراسة مدى ممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة حاليا.

10.1 الدراسات السابقة:

تعتبر دراسة المعرفة والاتجاه وممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة –حاليا– من الموضوعات الهامة في منطقة الدراسة، ومن أهم الدراسات التي لها علاقة بالموضوع.

1.10.1 الدراسات المحلية:

1. دراسة قام بها خضر عودة لعام 1998، بعنوان "مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية"[1].

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية، بالإضافة إلى دراسة العوامل الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية المؤثرة على هذه المستويات والاتجاهات.

وقد تبين في هذه الدراسة أن هناك 98.1% من جملة النساء في محافظة قلقيلية سبق أن سمعن بوسائل تنظيم الأسرة، في حين أجابت 1.9% بأنهن لم يسمعن بأية وسيلة لمنع الحمل، كما أن 46.8% من مجموع النساء قد عرفن وسائل منع الحمل، ولكنهن لم يستخدمن أي وسيلة منها، في حين 51.4 % من جملة النساء في محافظة قلقيلية عرفن واستخدمن وسائل منع حمل مختلفة، وقد كان 29.6 % منهن قد استخدمن اللولب و21.8 % من جملة النساء قد استخدمن الحبوب. بالإضافة إلى وجود تفاوت في استخدام وسائل منع الحمل حسب نمط الإقامة؛ حيث إن 62.2% من مجموع النساء في مدينة قلقيلية استخدمن وسائل منع الحمل، بينما 54.3% من مجموع النساء في القرى الكبيرة استخدمن وسائل منع الحمل في حين أن 37.7% من مجموع النساء في القرى الصغيرة والخرب استخدمن وسائل منع الحمل.

وأوصى الباحث بنشر الوعي السكاني لدى المواطنين عن طريق وسائل الإعلام والنشرات الخاصة من أجل التوعية حول صحة الأم والطفل، ونشر التوعية حول فوائد الرضاعة الطبيعية والمباعدة بين الولادات ومخاطر الزواج المبكر وتكرار الولادات والمشاكل الناتجة عنه.

---

[1] عودة، خضر: **مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية**. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 1998.

2. دراسة كنار وائل أمين القاضي 2004، بعنوان" المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس"[1].

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم وتقصي مدى مستوى المعرفة والاتجاهات والممارسات لدى النساء من سكان المخيمات في محافظة نابلس تجاه تنظيم الأسرة ومفاهيم الخصوبة. ولتحقيق ذلك تم إعداد استبانة صممت خصيصا لهذا الغرض، شملت الدراسة 500 امرأة.

تشير نتائج الدراسة فيما يتعلق بمدى المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة فكانت الوسائل الميكانيكية (اللولب) وحبوب منع الحمل من أكثرها معرفة، وتمثل كل منهما بنسبة 96.4%، تلا ذلك المعرفة بالواقي الذكري والحقن حيث كانت نسبة المعرفة لهذه الوسائل 69.8% و51% على التوالي، أما وسائل تنظيم الأسرة الطبيعية فقد كانت الرضاعة الطبيعية بنسبة 35.4% والقذف الخارجي بنسبة 15.4%، وأجمع ما نسبته 53.6% بسلبيات لتنظيم الأسرة اقتصرت على الآثار الجانبية لموانع الحمل. وفيما يتعلق بوسائل تنظيم الأسرة المستخدمة فقد تبين أن الوسائل الميكانيكية (اللولب) أكثر الوسائل استخداما بنسبة 25.2%، ثم الواقي الذكري بنسبة 21.4%، ثم استخدام الحبوب بنسبة 18.4%، واعتمدت ما نسبته 19.4% و10% الرضاعة الطبيعية والعدّ كوسائل طبيعية على التوالي. وكانت الاتجاهات المرتبطة بتنظيم الأسرة على درجة عالية من القبول، ويُستنبط من ذلك ارتفاع نسبة المؤيدات لتنظيم الحمل، وكذلك ارتفاع نسبة الأزواج المؤيدين له، ومن جهة أخرى فإن غالبية النساء يتخذن قرار تنظيم الأسرة قرارا مشتركا للزوجين، بالإضافة إلى الاعتقاد أن الدين لا يتعارض مع قرار تنظيم الأسرة.

وبما أن نتائج ممارسات تنظيم الأسرة لا يبدو أنها تعكس تلك الاتجاهات الايجابية العالية لمجتمع الدراسة بشكل ملحوظ، وبالتالي فإن هناك حاجة لتعزيز السلوك الصحي من خلال تحسين مهارات ومعرفة المستخدمين، وكذلك بإطلاق الحملات الإعلامية حول الثقافة بالصحة الإنجابية التي تستهدف مجموعات سكانية مختلفة بما فيهم النساء والشباب والمهنيين والصحيين.

---

[1] القاضي، كنار وائل أمين: **المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس**. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2004.

3. دراسة كفى عبد الرحيم محمد يامين 2005، بعنوان" مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني"[1].

هدفت الدراسة إلى قياس مدى تأثير التدخل بواسطة برامج التثقيف والتعزيز الصحي على مستوى المعرفة والاتجاهات والممارسات عند النساء المتزوجات في سن الإنجاب، حول مواضيع الصحة الإنجابية في قرى شمال وجنوب الضفة الغربية وقطاع غزة، ولتحقيق هذا الهدف تم إعداد استبانه صممت لهذا الغرض، شملت الدراسة (1347) امرأة.

ومن أهم نتائج الدراسة: ارتفاع نسبة الزواج المبكر في المناطق الريفية الفلسطينية، وتدني مستوى التعليم عند النساء في المناطق الريفية الفلسطينية، وارتفاع معدل الخصوبة، وفيما يتعلق بالمعرفة بتنظيم الأسرة؛ وجدت أن هناك تحسن في مستوى المعرفة المتعلقة بتنظيم الأسرة، أما بالنسبة للاتجاهات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة فقد كانت إيجابية، وإلى محدودية الممارسات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

وأوصت الباحثة إلى ضرورة القيام بالدراسات الأولية حول احتياجات المجتمع وذلك بهدف تحديد الأولويات الخاصة بالبرامج التطويرية والتثقيفية كافةً؛ لرسم سياسات واضحة تتعلق بالصحة الإنجابية في المجتمع الفلسطيني.

4. دراسة قامت بها ميساء نصر لعام 2010، بعنوان "الخصوبة في محافظة طولكرم" مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية[2].

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات الخصوبة واتجاهاتها، ودراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في محافظة طولكرم.

---

[1] يامين، كفى عبد الرحيم محمد: **مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني.** (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2005.

[2] نصر، ميساء: **الخصوبة في محافظة طولكرم" مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية.** (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2010.

ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها الباحثة أن 97.7% من مجموع النساء في محافظة طولكرم سمعن بوسائل منع الحمل، في حين أجابت 2.3% من مجموع النساء بأنهن لم يسمعن بأي وسيلة لمنع الحمل. وأن هناك 48.4% من مجموع النساء في محافظة طولكرم قد عرفن وسائل منع الحمل، ولكنهن لم يستخدمن أي وسيلة منها، و51.6% من مجموع النساء في المحافظة عرفن واستخدمن وسائل منع مختلفة، وكان اللولب الوسيلة الرئيسية بنسبة 29.9%، و21.8 من مجموع النساء قد استخدمن الحبوب. كما أن مكان السكن يؤثر في نسبة استخدام وسائل منع الحمل؛ فقد بلغت في الحضر 58.4 والريف 44.7% و38.2% في المخيم.

وتوصي الباحثة بطرح مفهوم الصحة الإنجابية في المناهج المدرسية، أو عمل حملات توعية لذلك خاصة بالإناث على اعتبار أنهن أمهات المستقبل، وأن سلوكهن الإنجابي هو الذي يحدد اتجاهات الخصوبة في المجتمع الفلسطيني مستقبلا.

5. دراسة رنا محمود حسن الوالي 2013، بعنوان: "تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين"[1].

تهدف الدراسة إلى بناء نموذج مناسب للحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة من خلال تطبيق الأسلوبين الإحصائيين المتقدمين (الانحدار اللوجستي، والتحليل التمييزي) بالاعتماد على مجموعة من المتغيرات المستقلة، ثم المقارنة بين النماذج المستقلة لكلا الأسلوبين وتقديم التوصيات لاستخدام الأسلوب الأكثر دقة. وقد تناولت الدراسة عينة حجمها (5542) سيدة فلسطينية تقع أعمارهن بين (15–54 عاما)، تم جمعها في عام 2006 من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

لقد وصلت الدراسة للعديد من النتائج منها: بلغت نسبة السيدات الفلسطينيات المتزوجات وفي سن الإنجاب اللواتي استخدمن إحدى الوسائل أو حاولن بطريقة ما، لتأخير أو منع الحمل 68.1% من إجمالي السيدات المتزوجات وفي سن الإنجاب، مقابل 31.9% لم يسبق لهن

[1] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر. غزة. فلسطين. 2013.

استخدام أي شيء لذلك، وكان اللولب الوسيلة الرئيسية المستخدمة بنسبة 30.5 % ثم والحبوب بنسبة 8.1% ثم العزل بنسبة 7%. وأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكان السكن للسيدة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ حيث كان توزيع استخدام وسائل تنظيم الأسرة على السيدات حسب مكان سكنهن كالآتي (43.6% من الضفة الغربية، و24.5% منهن من قطاع غزة). وكان من أهم المشاكل التي واجهت السيدات المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة: المشاكل الصحية بنسبة 90.6%، ثم عدم الارتياح لاستخدام الوسيلة بنسبة 16%. وكان من أهم المعيقات التي تحول دون استخدام باقي النساء الفلسطينيات لوسائل تنظيم الأسرة: الرغبة بالإنجاب بنسبة 54.3%، ثم التردد وعدم وجود سبب واضح بنسبة 13.8%. كما أن هناك علاقة إحصائية ذات دلالة معنوية بين كل من تعليم السيدة وعمر السيدة وعدد المواليد الأحياء والمعرفة مسبقا بأمراض تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي على انتشار استخدامهما لوسائل تنظيم الأسرة.

وأوصت هذه الدراسة بأن كلا الأسلوبين (التحليل التميزي والانحدار اللوجستي) مناسب لتحليل البيانات؛ ولكن يفضل استخدام الانحدار اللوجستي في تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة لأنه أعطى نتائج أدق نسبيا في تصنيف المشاهدات.

2.10.1 الدراسات العربية:

1. دراسة منير عبد الله سليمان كرادشة 1989، بعنوان "الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للأزواج الذكور وعلاقتها باستعمال موانع الحمل في الأردن"[1].

هدفت الدراسة إلى دراسة وتحليل أثر خصائص الاقتصادية والاجتماعية للأزواج على استخدام موانع الحمل في الأردن. واعتمدت الدراسة على بيانات مسح اتجاهات الأزواج نحو الخصوبة (1985) الذي أجرته دائرة الإحصاءات العامة بالتعاون مع قسم الصحة الإنجابية في مركز مكافحة الأمراض بالولايات المتحدة.

[1] كرادشة، منير: **الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للأزواج الذكور وعلاقتها باستخدام موانع الحمل في الأردن**. (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية. عمان. الأردن. 1989.

وقد خلصت الدراسة إلى أن (دخل الأسرة السنوي، وعدد المواليد الذكور الباقين على قيد الحياة، ودرجة التحضر، والتخطيط المسبق من قبل الزوجين لتحديد عدد الأطفال المرغوب فيهم، بالإضافة إلى قرار استخدام موانع الحمل هل هو قرار الزوجين) كلها متغيرات لها تأثير طردي ومعنوي إحصائيا على استخدام موانع الحمل، أما الدين وعمل الزوج وعدم الإيمان باستخدام موانع الحمل فلها تأثير عكسي ومعنوي على استخدامها. أما بالنسبة إلى تعليم الزوج لم يكن له تأثير على احتمال استخدام موانع الحمل.

2. دراسة هيفاء عيسى بطارسة 1998، بعنوان "الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن"[1].

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن، وتسعى إلى إبراز الأهمية النسبية لكل خاصية في التمييز بين المجموعتين. اعتمدت الباحثة على بيانات مسح الخصوبة والصحة الأسرية لعام 1990 الذي نفذته دائرة الإحصاءات العامة بالتعاون مع وزارة الصحة.

وقد خلصت الدراسة إلى عدة نتائج ومن أهمها: أن معظم النساء في الأردن يعرفن على الأقل وسيلة واحدة من وسائل تنظيم الأسرة؛ حيث كانت وسيلة اللولب أو الحبوب أكثرها معرفة بنسبة بلغت 98%، كما أن هناك 38.2 % من النساء المتزوجات –حاليا– يستخدمن إحدى وسائل تنظيم الأسرة، وكان اللولب أعلى نسب استخدام بلغ 14.4%، ثم تعقيم النساء بنسبة 5.4%، ثم الرضاعة الطبيعية بنسبة 5% ثم العد الشهري والقذف الخارجي بنسبة 3.8% و3.7% على التوالي، أما أقل نسب استخدام حالي فهي الإبر وتعقيم الذكور إذ بلغت 0.03% و0.02% على التوالي، وكان القطاع الخاص من أهم المصادر الذي تحصل منه النساء على خدمات تنظيم الأسرة بنسبة 44%، ثم عيادات تنظيم الأسرة بنسبة 30%. كما أن كلا من

[1] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية. عمان. الأردن. 1998.

المتغيرات (العمر الحالي للزوجة، مدة الحياة الزوجية، عدد الأطفال الأحياء، ومستوى تعليم الزوج والزوجة، وعدد الذكور الأحياء، ودرجة التحضر، وعدد غرف النوم) كلها متغيرات ذات تأثير طردي ومعنوي إحصائيا على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، بينما كان للمتغيرات (عدد الأطفال المتوفين، الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال) كلها متغيرات ذات تأثير عكسي ومعنوي إحصائيا على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، بينما (العمر عند الزواج الأول، وعدد مرات الزواج للزوجة، وصلة القرابة، ومهنة الزوج والزوجة، وعمل الزوجة بأجر خارج منزلها) ليس له أي تأثير معنوي إحصائيا على وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة. كما أظهرت نتائج الدراسة أن النساء المسيحيات أكثر استخداما لوسائل تنظيم الأسرة من النساء المسلمات، وأن الأزواج الذين سبق لهم النقاش حول عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة بنسب أعلى من غيرهم، وأن توافق رغبة الزوجين وبشكل خاص رغبة الزوجة تزيد نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وكذلك ترتفع نسب الاستخدام بين النساء المقيمات مع أزواجهن بشكل معتاد.

وأوصت الباحثة برفع مستوى العناية بصحة الأطفال والحوامل، والاهتمام بتعليم الإناث أو الذكور والعمل على تعزيز مفهوم الأسرة الصغيرة، والعمل على تعزيز المشورة من خلال تقديم شرح واف عن جميع وسائل تنظيم الأسرة المتاحة، والعمل على توزيعها لتشمل كافة المناطق وعلى الأخص الريف.

3. دراسة رشود محمد الخريف 2001، بعنوان "ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات دراسة لبيانات المسح الديموغرافي لعام 1999م"[1].

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات استعمال وسائل تنظيم الأسرة، وخصائص النساء السعوديات المستعملات لهذه الوسائل، بالإضافة إلى محددات استعمال وسائل التنظيم (العمر عند الزواج، وتعليم المرأة، وتعليم الزوج، والحال العملية للمرأة، وعدد الأطفال الأحياء، وعدد وفيات

[1] رشود، محمد الخريف: "***ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م***"، **مجلة العلوم الاجتماعية**. 4.مج 29. شتاء2001م/ 115-144.

الأطفال، ونمط الأسرة، ونمط الإقامة، ومستوى معيشة الأسرة، والمنطقة الجغرافية) وذلك بالاعتماد على بيانات مسح ديموغرافي شامل، قامت مصلحة الإحصاءات العامة بإجرائه في عام 1999م.

ووجدت الدراسة أن نسب الاستعمال منخفضة نسبيا في المملكة؛ إذا لا تتجاوز 20%. كما وجد أن النساء السعوديات المتزوجات والحاصلات على مؤهل علمي وكذلك أزواجهن، وأن لديها عدد كبير نسبيا من الأطفال، وتنتمي إلى أسرة ذات مستوى معيشي مرتفع؛ أكثر ميلا لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة. كما أن استعمال هذه الوسائل يرتفع في الحضر مقارنة بالريف، وفي المناطق الوسطى والغربية والشرقية من السعودية، في حين ينخفض في المناطق الجنوبية والشمالية. بينما كان السن عند الزواج الأول، ووفيات الأطفال الرضع تؤثر عكسيا على استخدام وسائل تنظيم الأسرة. كما وتنخفض احتمالية ممارسة التنظيم لدى النساء اللواتي يعشن ضمن أسرة ممتدة مقارنة بالنساء اللواتي ينتمين إلى أسرة نووية، وأن تأثير تعليم الزوج أقوى من تأثير تعليم الزوجة اتجاه استخدام موانع الحمل مما يدل على أن قرارات التنظيم تتأثر باقتناع الزوج بالدرجة الأولى. إلا أن نتائج الدراسة لم تجد أثرا لمتغير مشاركة المرأة في قوة العمل على مستويات استعمال وسائل تنظيم الأسرة. وبشكل عام اتضح أن ممارسة التنظيم في السعودية يهدف في الغالب إلى المباعدة بين المواليد وليس إلى الحد من عدد أفراد الأسرة، وإيقاف الإنجاب.

ومن خلال هذه الدراسة أوصت الباحثة إلى المزيد من الدراسات التفصيلية والمتعمقة في مجال تنظيم الأسرة في المملكة؛ إذ لا بد من معرفة أنواع وسائل تنظيم الأسرة المستخدمة، وفترات استخدامها، بالإضافة إلى دوافع استعمال هذه الوسائل. كما ينبغي الاهتمام بالجوانب الجغرافية المتعلقة بهذا الموضوع من حيث التباين المكاني ومن حيث مدى توفر هذه الوسائل وسهولة الحصول عليها عند الحاجة لها.

4. دراسة محمود أمين حشمة 2002، بعنوان "الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات)" [1].

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مفهوم الصحة الإنجابية وأهميتها وعناصرها وتأثير بعض المتغيرات الاجتماعية على عناصرها. وتم اعتماد الاستبانة لجمع البيانات من عينة (400) سيدة مؤهلة في المخيم وتم أخذ العينة بطريقة العينة الطبقية.

وتبين هذه الدراسة أن نسبة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة في المخيم 53.8%، وكانت الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة من أهم مصادر حصول النساء على خدمات تنظيم الأسرة بنسبة 27.5%، تليها وكانت الغوث بنسبة 20.6%. أما عن الأسباب الرئيسية في عدم رغبة النساء في استخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ كانت لسبب الوصول لسن اليأس بنسبة 62%، ثم الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال بنسبة 46%. وأظهر التحليل أن هناك علاقة طردية بين كل من المستوى التعليمي للزوجة، وعدد الأطفال الأحياء، وجنس المولود الأخير ذكرًا، والعمر الحالي للزوجة واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، وأوصى الباحث بتوفير وسائل تنظيم الأسرة مجانا، لتكلفتها المادية القليلة وعائدها الإيجابي القليل.

5. دراسة الأخضر زكور 2007، بعنوان: "دور التعليم العالي في تنظيم الأسرة الجزائرية" [2].

لقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير التعليم على حجم الأسرة وخصوبة الزوجين وتنظيم الأسرة، والى معرفة نوع وسائل منع الحمل في تنظيم الأسرة، والمقاربة بين البحث وبعض نظريات السكان في زيادة السكان وتنظيم الأسرة. واعتمدت الدراسة على البحث الميداني شملت (100) من المتزوجات بين (15–50 سنة فأكثر) تضم الأميات ومتوسطات التعليم والمستوى التعليمي العالي.

---

[1] حشمة، محمود أمين: **الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات). (رسالة ماجستير غير منشورة)**. الجامعة الأردنية. الأردن. 2002.

[2] زكور، الأخضر: ***دور التعليم العالي في تنظيم الأسرة الجزائرية***. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة منتوري (قسنطينة)، الجزائر. 2007.

وقد خلصت الدراسة أن للتعليم بصفة عامة والعالي بصفة خاصة أنه ساهم في تنظيم الأسرة الجزائرية بطريقة غير مباشرة؛ فتأخير الزواج عند المستوى الثانوي والجامعي خفض من الخصوبة والإنجاب بأكثر من (% 50) عما أنجبته الأميات. كما أثر التعليم بطريقة مباشرة حيث ساعد ذوات المستوى الثانوي والجامعي على معرفة أهمية تنظيم الأسرة، كما ساعد الأزواج المثقفون زوجاتهم بتشجيعهم على تنظيم الأسرة، مما أدى لزيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

6. دراسة زينب سعدودي 2007، بعنوان: "موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل"[1].

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والدينية على موقف وقرار الزوجين من تنظيم النسل، والى معرفة إن كانت توجد تناقضات في مواقف واستعمال الزوجين لوسائل تنظيم النسل، بالإضافة إلى تحليل تطور وسائل تنظيم النسل في الجزائر. واعتمدت الدراسة على المسح الميداني للأسر وشملت (140) أسرة اهتمت بالنساء غير العازبات والتي يتراوح سنهن بين (15–49سنة)، واللاتي يستعملن وسيلة من وسائل تنظيم النسل.

ومن أبرز نتائج هذه الدراسة: أن غالبية النساء بنسبة 95.71% لديهن معرفة بوسائل منع الحمل، وكان الطبيب المصدر الأول للحصول على معلومات ثم مراكز حماية الأمومة والطفولة بنسبة 29.28%، وكل أفراد العينة يستعملون على الأقل وسيلة من وسائل تنظيم النسل سواء حديثة أو تقليدية وكان الاتجاه أكثر نحو استعمال الحبوب حيث مثلت أعلى نسبة ب 72.14% ثم الرضاعة الطبيعية بنسبة 12.15%، وكانت المشكلات الصحية من أهم المشكلات الناتجة عن استخدام الوسائل بنسبة 72.7%. وكما تبين أن هناك علاقة طردية بين متغير مستوى المعيشة والاتجاه نحو تنظيم النسل، كما أن الواقع السكني للزوجين (عبارة عن حجم الأفراد المقيمين في المسكن، ونوع المسكن) يعكس الاكتظاظ الذي تعيشه الأسرة، دفعهما إلى الاتجاه نحو استعمال وسائل تنظيم النسل. أما بالنسبة إلى تأثير موقف الدين وجدنا أن أغلب أسر العينة ترى بأنه لا

[1] سعدودي، زينب: ***موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل***. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر. 2007.

يعارض استعمال وسيلة من وسائل تنظيم النسل ب 84.28% وإنما يعارض تحديد النسل كالإجهاض والتعقيم. أما بالنسبة إلى موقف الأزواج وجد أنه 78.57% من المتزوجين صرحوا بأنهم موافقون على استعمال وسيلة من وسائل تنظيم النسل، و65.72% من المتزوجين صرحوا بأنهم تناقشوا حول تنظيم النسل، كما تبين أن أغلب المتزوجين يتخذون قرار إنجاب الأطفال بقرار مشترك بينهم، كما أن هناك تشجيع متبادل لاستعمال وسيلة من وسائله، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كان التوافق بين الزوجين مرتفعا.

3.10.1 الدراسات الأجنبية:

1. **دراسة F Ramezani Tehrani, F Khalaj Abadi Farahani and MS Hashemi, 2000 بعنوان: "factors influencing contraceptive in Tehran"** [1]

هدف الدراسة هو تحديد العوامل التي تؤثر على استخدام وسائل منع الحمل في طهران. من خلال المسح الميداني اعتمادا على استبيان شمل (4177) من النساء المتزوجات في سن الإنجاب ولديها طفل على الأقل.

وأظهرت الدراسة أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل كان 60.9%، وكانت الأساليب الطبيعية (العزل والحساب) أكثر الطرق شيوعا بما نسبته 61.0%، ثم الحبوب واللولب والواقي الذكري حيث بلغت 22.9% و10.1% و6.0% على التوالي، بينما كانت نسبة معرفة النساء بوسائل منع الحمل 74.4%، وكانت عيادة تنظيم الأسرة تشكل المصدر الأساسي للحصول على تلك المعلومات عن وسائل منع الحمل، وكان عمر المرأة الحالي والمستوى التعليمي للزوج والزوجة وعدد الأطفال الأحياء ذات تأثير طردي على استخدام وسائل منع الحمل.

[1] Tehrani F., Farahani F., Hashemi M.: " ***factors influencing contraceptive in Tehran***", **Journal of Oxford University press**, Vol 18 (2). 2000/ 204-208. https://academic.oup.com/fampra/article/18/2/204/492391/Factors-influencing-contraceptive-use-in-Tehran. 18-10-2017.

2. دراسة **John B. Casterline, Zeba A. Sathar, and Minhaj ul Hague** بعنوان: **Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan (A Study in Punjab)**"[1]، **2001**.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى قوة مجموعة مفترضة من العقبات التي تعرقل استعمال وسائل منع الحمل في باكستان وهي قوة الحافز لتجنب الحمل، والوعي بوسائل منع الحمل ومعرفتها، والقبول الاجتماعي والثقافي لممارسة منع الحمل، وإدراك تفضيلات الزوج ومواقفه، والمخاوف الصحية، والقدرة المدركة في الحصول على الخدمات. واعتمدت الدراسة على المسح الذي قام به مجلس السكان في ولاية البنجاب الواقعة في باكستان 1996.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: أن استعمال وسائل تنظيم الأسرة يرتفع بين النساء الباكستانيات اللواتي لديهن مزيد من الأطفال الذكور على قيد الحياة، وبين النساء الحضريات، والنساء المنتميات إلى أسر أكثر ثراء، والنساء اللواتي التحقن بالتعليم، وبين صفوف من يتذكرن الإعلانات الخاصة بتنظيم الأسرة.

3. دراسة **Rozina Mustafa, Uzma Afreen and Haleema A. Hashmi,** بعنوان: **"Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women"**[2]، **2008**.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم المعرفة والموقف والممارسة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة بين النساء الريفيات المراجعات للمستشفى المجتمعي في كراتشي. واعتمدت الدراسة على المسح الميداني ل (100) من النساء اللواتي أعمارهن ما بين (15-49) سنة، والقادمات من المناطق

---

[1] Casterline J., Sathar Z., ulHague M.: " ***Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan (A Study in Punjab)***" , **Studies in Family Planning**, Vol 32 (2). 2001/ 95-110. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/councilarticles/sfp/SFP322Casterline.pdf. 18-10-2017.

[2] Mustafa R., Afreen U., and Hashmi H.: ***"Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women"***. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, vol 18 (9). 2008/542-545.
http://applications.emro.who.int/imemrf/jcpsp/jcpsp_2008_18_9_542_545.pdf. 18-10-2017.

الريفية (القرى) ويعشن مع أزواجهن، وتم استبعاد النساء اللاتي كن حواملًا، واللاتي تملك طفلًا عمره يقل عن 2 سنه، أو لديها أي إضراب طبي. في العيادة الخارجية الخاصة بأمراض النساء من مستشفى فاطمة من جامعة كراتشي من تموز –يوليه 2005.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى أنه من أصل (100) امرأة أجريت معها المقابلة كان 81% لديهن معرفة بوسائل تنظيم الأسرة، وحصل 64% منهن على هذه المعرفة من وسائل الإعلام، و20% من موظف الصحة، و14.8% من الدائرة الاجتماعية. وفيما يتعلق باستخدام وسائل منع الحمل، فكانت 53% من المجيبات فقط تستخدم بعض الأنواع من وسائل منع الحمل، وكان أسلوب الواقي الذكري تمارسه بنسبة 33.9% و22.6% من النساء قد خضعت لربط الأنابيب، والنساء اللواتي يستخدمن الحقن واللولب (أجهزة منع الحمل داخل الرحم) 18.8% و13.2%، على التوالي، ومنهن يستخدمن الحبوب لمنع الحمل 11.3%. يتضح الموقف الايجابي لاستخدام وسائل منع الحمل من مواقف 76% منهن، بينما ذكر 41% لأزواجهن موقف ايجابي من وسائل منع الحمل، وقد كانت أسباب عدم استخدام النساء لوسائل التنظيم معارضة الزوج بنسبة 59% ونقص المعرفة بنسبة 40.4%

4. دراسة Aisha Ayub, Zeeshan Kibria and Farzeen Khan, 2015 بعنوان: "Assessment of Knowledge, Attitude and Contraceptive use in Married Women of Peshawar"[1].

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد المعارف والمواقف والممارسات فيما يتعلق بوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات. بالاعتماد على المسح الميداني باستخدام الاستبيان ل (400) من النساء المتزوجات.

[1] Ayub A., Kibria Z., Khan F.: ***"Assessment of knowledge, attitude and contraceptive use in married women of Peshawar"*** , **Journal of the Dow University of Health Sciences Karachi**, Vol 9 (1).2015/ 89-93.
http://www.duhs.edu.pk/download/jduhs-vol.9-issue-1/6.pdf. 18-10-2017.

وأظهرت الدراسة أن معظم المتزوجات 90.2% كانت على علم بالأنواع الشائعة من أساليب منع الحمل. معرفة المرأة بالواقي الذكري 35.9%، وحبوب منع الحمل عن طريق الفم 27.2%، و26.2% عن طريق الحقن. وكان 87.8 % من عينة السكان مواقفهم ايجابية اتجاه تنظيم الأسرة. واستخدم 82.8% وسائل تنظيم الأسرة، وكانت معظم النساء تمارس حاليا حبوب منع الحمل عن طريق الفم وتتم حاليا ممارسة أزواجهن الواقي الذكري.

11.1 أهم القضايا التي اتفقت واختلفت عليها الدراسات السابقة:

قدمت كل من الدراسات السابقة مجموعة من النتائج فيما يتعلق بقضية تنظيم الأسرة فيما يخص مدى المعرفة والاتجاه وممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة، إضافة للعوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المؤثرة على مدى ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا، وسوف ننوه فيما يلي إلى بعض النتائج التي توصل إليها الباحثون بما يتعلق بقضية تنظيم الأسرة:

بالنسبة للنتائج المتعلقة بمدى معرفة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة ومصادر الحصول على المعلومات، فعلى مستوى الدراسات المحلية كانت نسب المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة مرتفعة، حيث توصلت دراسة **خضر عودة 1998** أن 98.1% من جملة النساء في محافظة قلقيلية سبق أن سمعن بوسائل تنظيم الأسرة، في حين أجابت 1.9% بأنهن لم يسمعن بأية وسيلة لمنع الحمل. واتفقت النتائج مع دراسة **ميساء نصر 2010** أن 97.7% من مجموع النساء في محافظة طولكرم سمعن بوسائل منع الحمل، في حين أجابت 2.3% من مجموع النساء بأنهن لم يسمعن بأي وسيلة لمنع الحمل. وكما تتفق مع **كنار القاضي 2004** أن الوسائل الميكانيكية (اللولب) وحبوب منع الحمل من أكثرها معرفة بين النساء في مخيمات نابلس، وتمثل كل منهما نسبة 96.4%. ونتيجة **كفى يامين 2005** بأن هناك تحسن في مستوى المعرفة المتعلقة بتنظيم الأسرة لدى النساء في الريف الفلسطيني. وأظهرت نتائج الدراسات الدولية أيضا ارتفاع نسب المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة، فتوصلت **هيفاء بطارسة 1998** بأن معظم النساء في الأردن يعرفن على الأقل وسيلة واحدة من وسائل تنظيم الأسرة حيث بلغت نسبة معرفة وسيلة اللولب أو الحبوب 98%. وهذا ما يتفق ونتيجة **زينب سعدودي 2007** أن غالبية النساء بنسبة 95.71% لديهن

معرفة بوسائل منع الحمل في الجزائر، وكان الطبيب المصدر الأول للحصول على المعلومات. ونتيجة **Aisha Ayub, et al 2015** أن معظم المتزوجات في بشمير 90.2% كانت على علم بالأنواع الشائعة من أساليب منع الحمل، وكانت النساء أكثر معرفة بالواقي الذكري 35.9%، وحصلت أغلبهن على المعرفة من وسائل الإعلام. ونتيجة **Rozina Mustafa, et al 2008** أن 81% من النساء المراجعات للمستشفى الوطني في كراتشي كن على معرفة بوسائل تنظيم الأسرة، وكانت عيادة تنظيم الأسرة تشكل المصدر الأساسي للحصول على تلك المعلومات. بينما كانت نسبة معرفة النساء بوسائل منع الحمل في نتائج دراسة **F Ramezani 2000 Tehrani, et al** 74.4% في طهران.

أما فيما يتعلق بنتائج اتجاهات النساء المتزوجات حول استخدام وسائل تنظيم الأسرة، فقد **أشار كنار القاضي 2004** إلى وجود درجة عالية من القبول اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء في مخيمات نابلس، وهو ما يتفق مع نتيجة **كفى يامين 2005** فقد كانت المواقف ايجابية نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة لدى النساء الريف الفلسطيني. وكما تتفق هذه النتائج مع دراسة **زينب سعدودي 2007** في الجزائر فوجدت أنه 78.57% من المتزوجين صرحوا بأنهم موافقون على استعمال وسيلة من وسائل تنظيم النسل، و65.72% من المتزوجين صرحوا بأنهم تناقشوا حول تنظيم النسل، كما تبين أن أغلب المتزوجين يتخذون قرار إنجاب الأطفال بقرار مشترك بينهم. ويتفق مع ما سبق نتائج دراسة **Rozina Mustafa, et al 2008** بأن الموقف الإيجابي لاستخدام وسائل منع الحمل يتضح بنسبة 76% لدى النساء المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة في كراتشي، ونتيجة **Aisha Ayub, et al 2015** أن مواقف النساء على درجة عالية من الإيجابية بنسبة 87.8% في بشمير.

وبالنسبة للنتائج المتعلقة بمدى استخدام وسائل تنظيم الأسرة والوسيلة المستخدمة على مستوى الدراسات المحلية فقد أشار **خضر عودة 1998** أن 51.4% من جملة النساء في محافظة قلقيلية عرفن واستخدمن وسائل منع حمل مختلفة، وكان اللولب الوسيلة الرئيسية المستخدمة. وتتفق نتيجة **خضر عودة** مع **ميساء نصر 2010** أن 51.6% من مجموع النساء في المحافظة عرفن واستخدمن وسائل منع مختلفة، وكان اللولب الوسيلة الرئيسية. ونتيجة **رنا الوالي 2013** بأن بلغت نسبة السيدات الفلسطينيات المتزوجات وفي سن الإنجاب اللواتي استخدمن إحدى الوسائل لتأخير

أو منع الحمل 68.1%، وكان اللولب الوسيلة الرئيسية، ونتيجة **كنار القاضي 2004** بأن الوسائل الميكانيكية (اللولب) أكثر الوسائل استخداما لدى النساء في مخيمات نابلس. وعلى مستوى الدراسات الدولية تتفق مع ما سبق **هيفاء بطارسة 1998** فكانت 38.2 % من النساء المتزوجات –حاليا– يستخدمن إحدى وسائل تنظيم الأسرة في الأردن، وكان اللولب من أكثر الوسائل استخداما. أما نتيجة **F Ramezani Tehrani, et al 2000** فكانت نسبة استخدام وسائل منع الحمل 60.9%، وكانت الأساليب الطبيعية (العزل والحساب) الوسيلة الرئيسية المستخدمة لدى النساء في طهران. بينما نتيجة **Rozina Mustafa, et al 2008** كانت 53% من المجيبات تستخدم بعض الأنواع من وسائل منع الحمل، وكان أسلوب الواقي الذكري الوسيلة الرئيسية المستخدمة عند النساء الريفيات في كراتشي. أما نتيجة **Aisha Ayub, et al 2015** أن 82.8% من النساء في بشمير استخدمن وسائل تنظيم الأسرة، وكانت معظم النساء تمارس حاليا حبوب منع الحمل عن طريق الفم، وتتفق نتائج **Aisha Ayub, et al** مع **زينب سعدودي 2007** بأن كل أفراد العينة في الجزائر يستخدمون وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 100%، وكان الاتجاه أكثر نحو استعمال الحبوب بنسبة 72.14%.

أما فيما يتعلق بنتائج العوامل المؤثرة في ممارسة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة للنساء المتزوجات حاليا، فقد توصل **محمود حشمة 2002** فيما يتعلق بعمر الأم الحالي، أنه يوجد علاقة تربط بين عمر الأم الحالي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، إذ كلما ارتفع عمر الأم الحالي زاد استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، وتتفق كل من **رنا الوالي 2013**، و**هيفاء بطارسة 1998**، و**F Ramezani Tehrani, et al 2000** مع ما سبق بوجود علاقة طردية بين عمر الأم الحالي واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة.

أما فيما يتعلق بعمر المرأة عند الزفاف الأول، فتوصل **رشود الخريف 2001** إلى وجود علاقة عكسية بين عمر المرأة عند الزفاف الأول واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، حيث إنه كلما قل عمر المرأة عند الزفاف الأول ترتفع نسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، وهو ما يختلف مع نتيجة دراسة **هيفاء بطارسة 1998**؛ فقد أشارت إلى عدم وجود دلالة إحصائية لعمر المرأة عند الزفاف الأول في التأثير على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

أما فيما يخص عدد الأطفال المتوفين للمرأة، لقد تبين لدى **رشود الخريف 2001** وجود علاقة عكسية بين عدد الأطفال المتوفين للمرأة واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، إذ كلما ارتفع عدد الأطفال المتوفين للمرأة قل استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة. وهذا يتفق ونتيجة **هيفاء بطارسة 1998**.

وفيما يتعلق بعدد الأطفال الأحياء للمرأة، فيتفق كل من **هيفاء بطارسة 1998**، و**رشود الخريف 2001**، و**محمود حشمة 2002**، و**رنا الوالي 2013**، و**F Ramezani Tehrani, et al 2000** إلى وجود علاقة طردية بين عدد الأطفال الأحياء للمرأة واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، حيث أنه كلما زاد عدد الأطفال الأحياء للمرأة زاد استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة.

ولقد اتفق كل من **منير كرادشه 1989**، و**خضر عودة 1998**، و**هيفاء بطارسة 1998**، و**رشود الخريف 2001**، و**ميساء نصر 2010**، و**John B. Casterline , et al 2001** إلى وجود علاقة طردية بين مكان الإقامة الحالي للمرأة واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، وهذا يعزى إلى تباين في انتشار الخدمات الصحية بين كل من المناطق الريفية والمناطق الحضرية.

أما تأثير المستوى التعليمي للأم والأب، فقد أشارت **هيفاء بطارسة 1998** إلى وجود علاقة طردية بين المستوى التعليمي للأم والأب واستخدامهما لوسائل تنظيم الأسرة، أي أنه كلما زاد المستوى التعليمي للأم والأب ارتفع احتمال نسبة استخدامهما لوسائل تنظيم الأسرة. وهذا يتفق ونتيجة **رشود الخريف 2001**، ونتيجة **محمود حشمة 2002**، ونتيجة **رنا الوالي 2013**، ونتيجة **الأخضر زكور 2007**، ونتيجة **F Ramezani Tehrani , et al 2000**، ونتيجة **John B. Casterline, et al 2001** ؛ حيث يقل معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة لدى النساء ذات المستوى التعليمي المنخفض ويرتفع لدى حاملات شهادة ثانوية وأعلى، أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي للأب فقد أشار **منير كرادشه 1989** فلا توجد دلالة إحصائية له في التأثير على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وهذا ما يختلف مع نتيجة كل من **هيفاء بطارسة** و**رشود الخريف** و **F Ramezani Tehrani , et al**.

وفيما يتعلق بعدد الذكور الأحياء للمرأة، فقد أشار **منير كرادشه 1989** إلى وجود علاقة طردية بين عدد الذكور الأحياء للمرأة واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، أي مع ارتفاع عدد الذكور الأحياء يرتفع احتمال استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة. ويتفق هذا ونتيجة كل من **هيفاء بطارسة 1998، John B. Casterline, et al 2001.**

بالإضافة إلى العديد من المتغيرات التي قد يختلف أو يتفق الباحثون في مدى تأثيرها في نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

12.1 أهم ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

تكمن مميزات هذه الدراسة فيما يأتي:

1. تناولت هذه الدراسة البيانات الرسمية المتوفرة من خلال المسح الصحي الديموغرافي 2004، ومسح الأسرة الفلسطيني 2010، المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 المعدات من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.
2. تضمنت النساء المتزوجات حاليا في الفئة العمرية المنجبة (15–49) سنة.
3. درست واقع مدى المعرفة والاتجاه وممارسة وسائل تنظيم الأسرة بين النساء الفلسطينيات في الضفة الغربية، فهي ضرورية للكشف عن مكامن الفجوة بينهما، ومن ثم عمل الخطط اللازمة لتشجيع الممارسة الجيدة لتنظيم الأسرة.
4. تم دراسة العوامل المؤثرة في نسب ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا.
5. قارنت بين واقع نسب ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا في الضفة الغربية مع بعض من دول العالم.
6. ساعدت نتائج الدراسة صانعي السياسات الصحية لتحديد احتياجات نساء الضفة الغربية من خدمات تنظيم الأسرة وعلى مستوى التجمعات والمحافظات حتى تتمكن النساء المتزوجات من ممارسة حقها في مجال تنظيم الأسرة لتتمتع بصحة إنجابية وجودة حياة أفضل.

7. تفيد نتائج الدراسة مديري البرامج السكانية ومتخذي القرارات في صياغة سياسة سكانية متوازنة مستقبلا؛ من خلال الإطلاع على مجموعة العوامل المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة باعتبارها أداة للتحكم بظاهرة الخصوبة مستقبلا.

13.1 مستويات الخصوبة في الضفة الغربية:

وبتناول عرض موجز عن مستويات الخصوبة في الضفة الغربية والعوامل المؤثرة فيها، والموقف المتخذ إزاء هذه المستويات؛ كمحاولة لضبط هذا السلوك الإنجابي للمساعدة في تحقيق نمو سكاني منظم يساعد في الوصول إلى أعلى درجات من التنمية والرفاهية لمجتمعاتهم.

بلغ عدد السكان الفلسطينيين المقيمين في الضفة الغربية وفق نتائج التعداد الفلسطيني الأول في عام 1997 حوالي (1.87) مليون في الضفة الغربية[1]، ووفق التقديرات المنقحة التي أعدها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في نهاية عام 2014 قد بلغ عددهم (2.83) مليون[2].

وتشير بيانات مركز الإحصاء الفلسطيني خلال فترة (1997–2014) إلى تفاوت معدل الخصوبة الكلية في الضفة الغربية، حيث قدر معدل الخصوبة الكلي في الضفة الغربية خلال عام 1997بحوالي (5.6) مولودا[3]، ثم نلحظ أن هناك انخفاضا بسيطا في معدل الخصوبة الكلي خلال عام 1999 إلى(5.5) مولودا[4]، واستمر هذا المعدل بالانخفاض إلى أن بلغ خلال عام 2010 حوالي (3.8) مولودا[5]، ثم وصل إلى 3.7 مولود في الضفة الغربية في منتصف عام 2014[6]. وعلى الرغم من هذا الانخفاض الملاحظ إلا أن له أثره في استمرار بقاء معدلات الخصوبة الكلية في الضفة الغربية لتكون من بين أعلى المعدلات مقارنة بالدول العربية، إذ بلغ معدل الخصوبة

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1998. **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997**، رام الله. فلسطين.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014. **الفلسطينيون في نهاية عام 2014**. رام الله. فلسطين.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. **أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في الأراضي الفلسطينية 2011**، رام الله. فلسطين.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016. **الفلسطينيون في نهاية عام 2016**. رام الله. فلسطين.

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. **أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في الأراضي الفلسطينية 2011**، مرجع سابق.

[6] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **الفلسطينيون في نهاية عام 2015**. رام الله. فلسطين.

الكلية في الأردن(3.5) مولودا، وفي مصر (3.5) مولودا، وفي تونس (2.1) مولودا وذلك في العام 2014[1].

ومن أهم العوامل التي أثرت في عدد الأطفال المنجبين للمرأة في الضفة الغربية حسب الدراسات السابقة، فقد اتفق **خضر عودة 1998** و**ميساء نصر 2010** أن مدة الحياة الزوجية وعمر الأم الحالي لهما علاقة طردية في التأثير على عدد الأطفال المنجبين للمرأة، واتفق **خضر عودة 1998** و**ميساء نصر 2010** أن المستوى التعليمي للأم له علاقة عكسية في التأثير على عدد الأطفال المنجبين للمرأة، وأشارت **ميساء نصر 2010** أن عمر المرأة عند الزواج الأول له علاقة عكسية مع عدد الأطفال المنجبين للمرأة، وان النساء اللواتي كانت مكان إقامتهن السابقة قبل الزواج في المدينة تقل خصوبتهن مقارنة مع من سكنّ القرى، وأن من يعملن بمهن خارج المنزل تقل خصوبتهم بالمقارنة مع من هنّ ربات بيوت.

وهذا ما يتماشى مع ما توصلت إليه العديد من النظريات، فقد حدد ديفيز وبلاك (Davis and Black,1956) أحد عشر متغيرا من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على مستويات الخصوبة وتهدف لضبط السلوك الإنجابي لدى النساء، وهي مقسمة في ثلاثة مجموعات[2]:

أولا: **عوامل تؤثر في التعرض للاتصال الجنسي (متغيرات الاتصال الجنسي)**

أ. تلك التي تحكم تشكيل وانحلال العلاقات الزوجية خلال الفترة الإنجابية:

1. العمر عند الدخول في علاقات جنسية (شرعية وغير شرعية).
2. العزوبية الدائمة: نسبة النساء اللواتي لم يدخلن قط في علاقات جنسية.
3. المدة من الحياة الإنجابية التي انقضت بين العلاقات التزاوجية وبعدها:

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **أحوال السكان المقيمين في فلسطين 2015**، مرجع سابق.

[2] المصاروة، عيسى سليم: ***"المتغيرات الوسيطة كإطار لدراسات الخصوبة: مراجعة ومقارنة مع إشارة إلى الأردن"***، مجلة دراسات العلوم الإنسانية. 6. مج 22. 1995م/ 3737-3707.

- عندما تنتهي العلاقات بسبب الطلاق، الانفصال، أو الهجر.

- عندما تنتهي العلاقات بسبب وفاة الزوج.

ب. تلك التي تحكم التعرض للاتصال الجنسي داخل العلاقات التزاوجية:

4. الامتناع الاختياري عن الاتصال الجنسي.

5. الامتناع غير الاختياري (بسبب العجز الجنسي، المرض، الانفصالات التي لا يمكن تفاديها ولكنها مؤقتة).

6. تكرار الاتصال الجنسي (عدا فترات الامتناع عن الاتصال الجنسي).

ثانيا: عوامل تؤثر في التعرض للحمل (متغيرات الحمل):

7. وجود القدرة البيولوجية على الحمل أو عدم وجودها لأسباب غير اختيارية.

8. وجود القدرة البيولوجية على الحمل أو عدم وجودها لأسباب اختيارية (التعقيم، المعالجة الطبية، وما شابه ذلك).

9. استخدام موانع الحمل أو عدم استخدامها:

- بوسائل ميكانيكية وكيماوية، أو وسائل أخرى.

ثالثا: عوامل تؤثر في نجاح الحمل وحصول الولادة (متغيرات الولادة):

10. وفيات الأجنة لأسباب غير اختيارية مثل سقوط الجنين، وفاته، الإجهاض التلقائي.

11. وفيات الأجنة لأسباب اختيارية مثل الإجهاض المتعمد برغبة الأم.

ثم قام جون بونغارتز (John Bongarts,1978) فيما بعد بتلخيص هذه العوامل وإعادة تصنيفها، مشيرا بأن الخصوبة تتأثر بأربعة عوامل مباشرة وهي 1- تأخير سن الزواج. 2- استخدام موانع الحمل وفاعليتها. 3- الإجهاض المتعمد. 4- الإرضاع[1].

وتتأثر الخصوبة حسبما يعتقد إيسترلين (Easterline, 1978) بثلاثة عناصر: عنصر الخصوبة الطبيعية التي تحدد عدد الأولاد الأحياء الممكن للزوجين إنجابه (ويشكل هذا العدد مفهوم العرض من الأولاد)، وعنصر الخيار الشخصي الذي يحدد عدد الأولاد الأحياء الذي يرغب الزوجان في إنجابه (ويشكل هذا العدد مفهوم الطلب على الأطفال)، وأخيرا عنصر تكلفة عملية تنظيم الأسرة، وتحدد إمكانية تحقيق العدد المرغوب فيه من الأطفال. ويشير إيسترلين (1985) إلى أن ما يمكن إنجابه وتنشئته من الأطفال والطلب عليهما يحددان معا دوافع تحديد النسل أو تنظيم الأسرة، فإذا كان الإنجاب الممكن أقل من الطلب، فقد تنتفي الرغبة في التحديد، وفي وضع كهذا فإن الزوجين قد يبحثان عن طرق لزيادة الخصوبة أو تبني أطفال نتيجة "الطلب المفرط"، ويلاحظ في هذه الحال أنه قد يكون لدى الأسرة معرفة بوسائل تنظيم الأسرة دون أن يكون لديها حافز لاستعمالها. أما في حال "العرض المفرط" الذي يحدث عندما يزيد ما يمكن إنجابه من الأطفال على حجم الطلب عليهم، فإن الزوجين يواجهان عندئذ إمكانية إنجاب أطفال غير مرغوب فيهم، مما يدفعهما إلى تحديد نسلهما أو تنظيمه، ونتيجة لذلك يكون هناك طلب وشدة إقبال على وسائل تنظيم الأسرة. كما أن اللجوء الفعلي إلى استخدم وسائل تنظيم الأسرة يفرض على الأسرة نوعين من التكاليف هما: التكاليف النفسية المتمثلة قي الانزعاج المرتبط بفكرة ضبط الخصوبة أو ممارسة التنظيم، وتكاليف السوق وتشمل الوقت والمال اللازمين للإطلاع على وسائل التنظيم والتعرف على كيفية استخدامهما، وفي حال انخفاضهما، ازداد الاعتماد على ضبط الخصوبة، ومن ثم اقترب عدد الأطفال لدى الوالدين من العدد الذي يرغبان فيه، وفي المقابل، كلما انخفض الضبط المتعمد للخصوبة، يزداد عدد الأطفال غير المرغوب فيهم[2].

---

[1] كرادشة، منير: **المدخل إلى علم السكان: النظريات والمضامين**. إربد: المركز القومي للنشر. 2007. ص 55-57.

[2] رشود، محمد الخريف: "***ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م***". مرجع سابق. ص118.

ومن هنا تعد وسائل تنظيم الأسرة من أهم محددات الخصوبة المباشرة؛ لأنها تلعب دورا مسئولا في التأثير على مستوى الخصوبة، لذا أقدم عدد كبير من بلدان العالم على وضع سياسات سكانية أو برامج قومية تهدف إلى تنظيم الأسرة من خلال ترويج واستعمال حبوب منع الحمل لأن ارتفاع الخصوبة فيها يشكل عامل ضغط يؤثر في تطور عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية في تلك الدول.

أما بالنسبة إلى السلطة الوطنية الفلسطينية فهي لا تمتلك أي سياسة سكانية واضحة تهدف إلى التأثير على الخصوبة في المجتمع الفلسطيني، إلا أنها تقر بحق الرجال والنساء كافة في الحصول على المعلومات والخدمات المناسبة عن وسائل تنظيم الأسرة. ففي الخطة الصحية الوطنية الإستراتيجية لفلسطين، أشارت وزارة الصحة إلى " بناء برامج تدخل مجتمعية وثقافية حساسة لتعزيز حملات تثقيف في مجال الصحة الإنجابية"، والتي يعتبر تنظيم الأسرة أحد عناصرها الأساسية[1].

[1] وزارة الصحة، 2003. **الخطة الوطنية الإستراتيجية لفلسطين 1999-2003**. رام الله. فلسطين.

الفصل الثاني

الخلفية النظرية

1.2 المقدمة.

2.2 مفهوم تنظيم الأسرة.

3.2 تنظيم الأسرة عبر التاريخ.

4.2 تنظيم الأسرة في فلسطين.

5.2 موقف الأديان السماوية من تنظيم الأسرة.

6.2 أسباب تنظيم الأسرة.

7.2 أهداف تنظيم الأسرة.

8.2 فوائد تنظيم الأسرة.

9.2 معيقات تنظيم الأسرة.

10.2 أنواع وسائل تنظيم الأسرة.

الفصل الثاني

الخلفية النظرية

1.2 المقدمة:

تعد الأسرة المؤسسة الاجتماعية التي تنظم الحياة الجنسية بين الزوج وزوجته، والتي يقع على عاتقها التكاثر والإنجاب للمحافظة على بقاء النوع الإنساني، إلا أن صحة الأسرة وسعادتها في كل أنحاء العالم تتوقف على عدد الأطفال المنجبين، فمع كثرة عدد الأطفال يزداد العبء على رب الأسرة وبالتالي على المجتمعات، لذا فإن تنظيم الأسرة ضرورة اقتصادية، واجتماعية، وصحية تؤمن حياة مريحة للجميع.

2.2 مفهوم تنظيم الأسرة:

يأخذ تنظيم الأسرة مفاهيم ومصطلحات متعددة ولكل منها دلالة مختلفة، فهو يستخدم أحيانا بمعنى تحديد النسل، أو بمعنى تنظيم النسل، أو التخطيط العائلي، وأحيانا الصحة الإنجابية؛ لذلك من المناسب حصر مفهوم "تنظيم الأسرة" وتمييزه عن غيره من المفاهيم لعدم الخلط بينهما.

أولا: تنظيم الأسرة:

تم الاتفاق على تعريف "تنظيم الأسرة" الذي أقره المؤتمر الإسلامي الذي عقد بالرباط عام 1971، بأنه قيام الزوجين بالتراضي بينهما ودون إكراه، باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل، أو تعجيله بما يناسب ظروف المرأة الصحية والاجتماعية والاقتصادية، وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهما[1].

فتنظيم الأسرة إجراء وقائي يسبق الحمل ويتضمن استخدام الوسائل الكفيلة للمباعدة بين الحمول؛ لتتمكن الأم من إتمام الرضاعة وحماية لصحتها وصحة ذريتها، وتحديد وقت الحمل لكي يحدث في سن تقل فيه مخاطر الحمل والولادة، وتمكين الزوجين من إنجاب العدد المرغوب فيه من

[1] عمران، عبد الرحيم: **تنظيم الأسرة في التراث الإسلامي**. صندوق الأمم المتحدة للسكان. 1994. ص6.

الأطفال بما يلائم إمكانيات الأسرة وصحة الوالدين وقدرتهما على تنشئة النسل القوي الصالح والمنتج، ويعتبر علاج العقم جزءا لا يتجزأ من تنظيم الأسرة[1].

إذن تنظيم الأسرة يقصد به توقيف الإنجاب مرحليا لمدة معينة بقصد المباعدة بين الولادات للحصول على عدد مرغوب في إنجابه من الأطفال، باستخدام وسائل منع الحمل المشروعة بقرار من الزوجين وبإرادتهما، من دون تمييز أو إكراه خارجي من الدولة.

ثانيا: تحديد النسل:

التحديد هو إيقاف الإنجاب عند عدد معين إجباريا من الدولة، ويفرض الإجهاض أو التعقيم على المرأة إذا تجاوزت العدد المسموح فيه كما هو الحال في الصين[2].

أي أن تحديد النسل يقصد به التوقف عن الإنجاب نهائيا، ويكون من طرف الدولة بالإجبار وهو الشائع في المجتمعات الغربية.

ثالثا: تنظيم (ضبط) النسل:

ويقصد به جهود الدولة للتأثير على معدلات نمو السكان في مجموعهم داخل المجتمع بالتشجيع على استخدام الوسائل والأساليب والوسائل المانعة للحمل، وباستخدام خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية؛ لمضاعفة الدخل القومي لمواجهة متطلبات السكان الحاليين والقادمين[3].

فتنظيم النسل يقوم على تنظيم الولادات بتوجيه من الدولة بالترغيب أو الإرشاد بما يلائم مواردها دون أن يحمل صفة الإلزام والإجبار على وقف الإنجاب. وهذا يمكن أن يرادف ما يسمى بالتخطيط العائلي الذي يقع على عاتق الدولة لا الفرد.

---

[1] المرجع نفسه. ص335.

[2] عبد الباقي، زيدان: **أسس علم السكان**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية. 1976. ص117.

[3] المرجع نفسه. ص117.

رابعا: الصحة الإنجابية:

في الربع الأخير من القرن العشرين إثر انعقاد المؤتمر العالمي للسكان والتنمية في القاهرة عام 1994م تم تبني مصطلح جديد لتنظيم الأسرة سمي "بالصحة الإنجابية"؛ وذلك لأن تنظيم الأسرة أو تنظيم النسل في مفهومه تعارضه بعض المذاهب الدينية، بينما الصحة الإنجابية يفهم من معناها أنها ليس لغرض المباعدة بين الولادات، وإنما لتمتع الأزواج بصحة جنسية، والاهتمام بصحة الأم وصحة المواليد، وبالتالي تحقيق جودة حياة أفضل للأطفال بدل من الإفراط في الإنجاب. وتم تحديد مفهوم الصحة الإنجابية في المؤتمر العالمي للسكان والتنمية في الفقرة (7.2) كما يأتي:

"الصحة الإنجابية هي حال رفاه كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية: قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشمل هذا الشرط الأخير ضمنا على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارانها والتي لا تتعارض مع القانون والشريعة، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة"[1].

3.2 تنظيم الأسرة عبر التاريخ:

إن الاتجاه العام لدى الأمم هو الحث على التناسل والتكاثر ضمن الحياة الزوجية لأنه يستجيب للفطرة التي فطرها الله على البشرية للمحافظة على بقاء النوع الإنساني، واعتبار التناسل نعمة من الله عليه، بينما العقم نقمة.

رغم هذا كله إلا أن الإنسان منذ وجد وهو في صراع مع بيئته المتقلبة، لكونه مضطر دائما إلى تكيف نفسه مع متغيراتها بهدف تحقيق توازن بين عدد أفراد بيئته وموارد الأرض المتاحة،

[1] منظمة الصحة العالمية: **الصحة الإنجابية –تقرير من الأمانة. ج13/57**. جنيف. 15 /نيسان 2004. ص5. http://apps.who.int/iris/handle/10665/20901. 20-10-2017.

وللوصول إلى هذا التوازن ابتكر طرقا لضبط تناسلهم وتحديد عددهم تتناسب مع مستوى معرفته العلمية في كل زمان ومكان[1]. ومن هنا يمكن الانتقال إلى كيفية تطور تنظيم الأسرة في مضمونه وتقنياته المختلفة المتبعة في المجتمعات القديمة ثم المجتمعات المعاصرة.

أولا: تنظيم الأسرة في المجتمعات القديمة:

في القدم عرفت القبائل والمجتمعات القديمة عدة تقنيات في محاولة منها لمنع حدوث الحمل؛ لضبط تناسلهم وتحديد عددهم، ومنها الإجراءات القاضية: كالإجهاض المحرض (إسقاط الحمل)، وقتل الأطفال وتقديمهم قرابين للآلهة أو في الحروب. أما الإجراءات الوقائية: كالتبتل (الرهبنة)، أو الإمساك (تأخير الزواج، انقطاع الزوجين عن الاتصال الجنسي لفترات معينة خوفا من حدوث الحمل)، وإتباع التمائم السحرية والطقوس الدينية؛ كوسيلة لاجتناب الاتصال الجنسي في أيام معينة، ثم الملاحظات المتراكمة عن فسيولوجية المرأة وأهمها وجود عقم نسبي في المرأة المرضعة، مما أدى إلى إطالة فترة الرضاعة حتى تبلغ ثلاث أو أربع سنوات، واستعمال الأعشاب المختلفة والوصفات المتنوعة التي نجدها في الكتب العربية والكتب الهندوسية المقدسة ومؤلفات أبقراط وأفلاطون اليونانيين، وأوراق البردي المصرية المكتوبة قبل أربعة آلاف من السنين[2].

ثانيا: تنظيم الأسرة في المجتمعات الحديثة:

فكرة تنظيم الأسرة أو تحديدها كحركة عالمية كان بدؤها في قارة أوروبا منذ أواخر القرن الثامن عشر الميلادي بعد ما أثار العالم الاقتصادي "توماس روبرت مالثوس" (Malthus Thomas Robert) في انجلترا قضية الزيادة السكانية كمشكلة تهدد الحياة البشرية كلها بمجاعات، وفقر، وأوبئة، وكوارث أو حروب مدمرة إذا لم تعالج[3].

وزعم في نظريته التي نشرها في مجلة له تحت عنوان "تزايد السكان وتأثيره في تقدم المجتمع في المستقبل" عام 1798م، بأن السكان يزدادون على سطح الأرض بشكل غير محدود على هيئة

---

[1] قمحاوي، وليد: **تنظيم النسل**. بيروت: دار العلم للملايين. 1954. ص77.

[2] المرجع نفسه. ص88.

[3] المودودي، أبو الأعلى أحمد حسن: **حركة تحديد النسل**. بيروت: مؤسسة الرسالة. 1979. ص4.

متوالية هندسية (2، 4، 8، 16، 32، 64،..)، بينما في المقابل تتزايد الموارد الغذائية بشكل محدود على هيئة متوالية حسابية (1، 2، 3، 4، 5، 6..)، وسيتضاعف السكان كل 25 سنة. لهذا لا بد من الحد من الزيادة السكانية بوسائل منها الرهبنة، وتأخير سن الزواج، والتقليل من الاتصال الجنسي بين الزوجين[1].

إلا أن دعوته واجهت سخرية شديدة من أنصارها وخصومها على سواء، وكان أشهر أنصار الدعوة المالثوسية "فرانسيس بلاس"(Francis Place) و"جيرمين بينثان" (Jermin Benthan) عام 1820 اعتبرا أن طريقة مالثوس غير واقعية؛ حيث إن منع الزواج أو تأخيره ليس إلا وسيلة لنشر الزنا ولن يمنعا بالتالي الحد من ازدياد السكان إلا بالإجهاض؛ ولهذا قاما بالدعوة بضرورة الحد من التزايد إلى إتباع وسائل منع الحمل بالآلات والعقاقير الطبية بشرط أن لا تؤثر على صحة المرأة أو رقتها أو أنوثتها[2].

أما في الولايات المتحدة ففي عام 1832م قام "تشارلس نولتون" (Charles knowlton) ونشر كتابه "ثمرات الفلسفة" مؤيدا لفكرة فرانسيس بلاس[3]، وجاء فيه شرح تفصيلي للتدابير الطبية لمنع الحمل وأهميتها الاقتصادية ودورها الكبير في الحد من مشاكل تكاثر السكان[4].

وكانت كل من أوروبا والولايات المتحدة تعتبر استخدام وسائل منع الحمل أو تأليف كتاب يوضح للمتزوجين وسائل منع الحمل جريمة أخلاقية كبرى ومساوية لنشر الرذيلة وتستحق السجن. وقد أثار الكتاب ضجة وردود فعل قوية واعتبر أداة نشر الفساد الأخلاقي والأدب الاباحي؛ لتوسعه في نشر وسائل منع الحمل المعروفة في زمنه، وقد أدى ذلك إلى حبس نولتون لفترة قصيرة بسبب هذه التهمة. وفي عام 1876 سجن بائع كتب في مدينة بريستول إذ ثبت جرمه بموجب قانون المنشورات البذيئة ببيعه نسخا من كتاب نورتون "ثمرات الفلسفة"[5].

---

[1] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل في الماضي والحاضر**. ط1. بيروت: العصر الحديث للنشر والتوزيع. 1990. ص33-34.

[2] المرجع نفسه، ص36-37.

[3] المرجع نفسه. ص38.

[4] المودودي، أبو الأعلى أحمد حسن: **حركة تحديد النسل**، مرجع سابق. ص5.

[5] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل في الماضي والحاضر**، مرجع سابق. 1990. ص37-38.

غير أن مصلحان اجتماعيان هما: "تشارلس برادلوا" (Charles bradlaught) و"واني بيسنت"(Annie besante)، دافعا عن أفكار الكتاب بضراوة لأن ذلك من حرية الرأي. وأعادا طبع صفحات من كتاب "ثمرات الفلسفة"، فحوكما وسجنا، ثم أفرج عنهما بعد فترة قصيرة. وقد اهتمت الصحافة المؤيدة في مجال حرية المرأة واستعمال وسائل منع الحمل في أخبار تلك المحاكمة مما أكسب حركة تحديد النسل شهرة، وإثر ذلك أفرجت المحكمة عن مطلب التعرف على وسائل منع الحمل في انجلترا[1]، وبدأ المجتمع والأطباء والقانون يتقبل فكرة مناقشة مشكلة السكان واستعمال وسائل منع الحمل بصورة علنية، ولم يعد ذلك العمل موازيا لجريمة إفساد الشباب والأخلاق والأدب الانحلالي والذي كان يعاقب عليه بالسجن[2].

وفي الربع الأخير من القرن التاسع عشر بعد محاكمة (برادلوا ـبيسنت) تأسست في الغرب "الجمعية المالثوسية الجديدة" (Neo– Malthusian Movement) وكانت رائدة حركة تحديد النسل الحديثة في إنجلترا برئاسة الطبيب دريسدل عام 1877، وساهمت في نشر الكتب والمقالات في الصحف تأييدا وترغيبا في تحديد النسل[3]. ومع نهاية القرن التاسع تأسست "للجمعية المالثوسية الجديدة" فروع لها أشرفت على فتح عيادات النسل وتزودها بالتعليمات والإرشادات الفنية اللازمة في بريطانيا وألمانيا وفرنسا وهولندا ثم إلى سائر الدول الأوروبية[4].

وبعدها انتقلت الحركة إلى الولايات المتحدة من خلال الناشطة في الجمعية المالثوسية الجديدة "مارغريت سانجر" Margaret Sanger التي ساهمت في إصدار مجلة شهرية عن وسائل منع الحمل بعنوان "ثورة المرأة"، وأطلقت نشرة بمسمى "تحديد الأسرة" لوصف أغراض هذه الحركة وذلك عام 1915، مما عرضها للمحاكمة باعتبارها نشرات داعية إلى الرذيلة ولكن المعركة التي خاضتها مع المحكمة انتهت بانتصار تنظيم الأسرة، وفي عام 1916 أنشأت أول عيادة لمنع

---

[1] قصاب، عبد اللطيف ياسين: **تنظيم أسرة أم تحديد نسل**، ج1. 2005. ص63.

[2] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل في الماضي والحاضر**. مرجع سابق. 1990. ص39.

[3] قصاب، عبد اللطيف ياسين: **تنظيم أسرة أم تحديد نسل**، مرجع سابق. 2005. ص64.

[4] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل في الماضي والحاضر**. مرجع سابق. ص43.

الحمل في الولايات المتحدة، وفي نفس الفترة ظهرت امرأة أخرى تدعى "ماري ويردينيت" وقامت بتكوين أول جمعية لتحديد النسل في الولايات المتحدة في عام 1915[1].

وفي موازاة إنشاء عيادات طبية من هذا النوع، تجمعت العيادات الخاصة لمنع الحمل تحت اسم جمعية تنظيم الأسرة في انكلترا (F.P.A) "Family Planinng Association" عام 1938 وكان ماري ستوبس رئيسة ذلك الاتحاد واتحاد تنظيم الوالدية في أمريكا Planned (P.P.F.A) "Parenthood Federation of America" عام 1942 وكانت مارجريت سانجر رئيسة ذلك الاتحاد ثم أخيرا الاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية (I.P.P.F) الذي يجمع اتحادات وجمعيات تنظيم الأسرة في كل البلدان عام 1952م ضمن أول مؤتمر عالمي للوالدية مكونا من 23 دولة انعقد في بومباي في الهند، وجاء تأسيس الاتحاد؛ نتيجة حملات قامت بها مجموعة من النساء الجريئات الغاضبات، من ضمنهم "مارغريت سانجر" من الولايات المتحدة الأمريكية، ود. راماراو من الهند لدعم النساء أن يملكن الحق في التحكم في خصوبتهن[2].

وبحلول عام 1964م وجد اتحاد تنظيم الوالدية دعما متزايدا وأموالا ضخمه من مصادر متعددة مكنته من عقد العديد من المؤتمرات الإقليمية، وتوزيع النشرات وإقامة المحاضرات المخصصة للأطباء والمهتمين بشؤون السكان لدعم استخدام وسائل منع الحمل لضبط الخصوبة وكبح جماح النمو السكاني لإيجاد السلامة والأمن العالميين[3].

واتسعت صلات الاتحاد العالمي لتنظيم الوالدية وتشابكت مصالحه مع العديد من وكالات الأمم المتحدة لدعم وتنشيط الجهود العالمية لتنظيم الأسرة، وأصبح الاتحاد مستشارا للمجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع لمنظمة الأمم المتحدة " Economic and Social Council" وذلك عام 1964. ثم سرعان ما صار الاتحاد العالمي لتنظيم الوالدية مستشارا في شئون الوالدية لمنظمة الصحة العالمية (WHO) "World Health Organization"، ومنظمة العمل الدولية (ILO) "International Labour Organisation"، ومنظمة اليونسيف "UNICEF"، ومنظمة

[1] المرجع نفسه. ص44-45.

[2] المرجع نفسه. ص48.

[3] المرجع نفسه. ص48.

اليونسكو "UNESCO"، ومنظمة الأغذية والزراعة (الفاو) "FAO". وأعلنت الأمم المتحدة بمنظماتها المختلفة، تخصيص عام 1968 لمطالبة الدول كافة باحترام حقوق الإنسان، واعتبر تنظيم الأسرة والدعوة إليه من أهم بنود حقوق الإنسان[1]، وأشرفت على إقامة مؤتمرات دولية لدراسة السكان واتخذت تصريحات في وصف نمو السكان غير المنظم، بأنه إحدى المشكلات الكبيرة في العالم، ونذكر من هذه المؤتمرات مؤتمر روما عام 1954، وبلغراد عام 1965، وبوخارست 1974، والمكسيك عام 1984، ومؤتمر القاهرة عام 1994.

وبفضل الآلاف العاملين في دعم برامج تنظيم الأسرة في مختلف أنحاء العالم فإنه سرعان ما صار الاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية شبكة عالمية يضم في عضويته 182 جمعية تنظيم أسرة تعمل في أكثر من 170 دولة. وهو أكبر منظمة عالمية غير حكومية تعمل على توفير الرعاية الصحية والحقوق الجنسية والإنجابية وإعداد الحملات لها، يعمل الاتحاد الدولي من خلال ستة أقاليم عالمية وهي: إقليم إفريقيا (مكتب نيروبي، كينيا)، إقليم أوروبا (بروكسل، بلجيكا)، إقليم الأمريكيتين (نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية)، إقليم جنوب آسيا (نيودلهي، الهند)، وإقليم شرق وجنوب شرق آسيا (مكتب كوالالمبور، ماليزيا)، وإقليم العالم العربي (مكتب تونس، في تونس) الذي تنتمي له جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية[2].

4.2 تنظيم الأسرة في فلسطين:

ففي سنة 1963م أنشئت جمعية تنظيم وحماية الأسرة الأردنية في القدس، التي تحولت فيما بعد إلى جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية[3]، وهي جمعية غير ربحية مستقلة، وتتمتع بعضوية كاملة في الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)[4]، وكانت الرائدة في إعلان وتسويق برامج وخدمات تنظيم الأسرة، إلى أن حققت نجاحا صعبا وافتتحت عدة فروع لها في الضفة الغربية[5].

---

[1] المرجع نفسه. ص48.

[2] جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية: **من نحن؟**.
http://www.pfppa.org/wp-content/uploads/2016/09/brouchour-PFPPA-1.pdf .18-11-2017.

[3] جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية: "**مفاهيم ومواقف وسلوك الرجل من تنظيم الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية في فلسطين**". 1997. ص9.

[4] جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية: **من نحن؟**. مرجع سابق.

[5] جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية: "**مفاهيم ومواقف وسلوك الرجل من تنظيم الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية في فلسطين**". مرجع سابق. 1997. ص9.

في عام 1967 نجحت جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية بالاشتراك مع وكالة غوث وتشغيل اللاجئين في غزة في بدء برنامج لتنظيم الأسرة في عيادات وكالة الغوث، بالرغم من صعوبة تناول هذا الموضوع أو تسويقه نتيجة الصراع الفلسطيني ديموجرافيا وسكانيا مع الاحتلال الإسرائيلي، وتصاعد الدعوة السياسية لزيادة الإنجاب كرد فعل خوفا على حياة الأطفال من الاحتلال. وفي عام 1993 نجحت جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية في افتتاح أول فرع لها في مدينة غزة، والإعلان رسميا عن بدء نشاطها وتقديم خدماتها لفئات الشعب المختلفة، وأخيرا في عام 1996 قامت بافتتاح عيادة نموذجية في مقرها؛ لتقديم الخدمة للجمهور ولتدريب الأطباء والممرضات على أسس المشورة وتقديم الخدمة[1].

ثم حققت الجمعية نجاحا ملحوظا في الأراضي الفلسطينية تتوج مع قدوم السلطة الفلسطينية واعتماد برنامج مشترك وتبني وزارة الصحة الفلسطينية بشكل خاص لبرنامج تنظيم الأسرة ودمجه في برامج الأمومة في عيادات الرعاية الأولية، وعملت الجمعية أيضا على إشراك المؤسسات الصحية غير الحكومية المقدمة للخدمة، حيث ساهمت في إدخال خدمات تنظيم الأسرة إلى بعض عيادات الهلال الأحمر الفلسطيني ولجان الإغاثة الطبية[2].

وأصبح مؤخرا لجمعية تنظيم وحماية الأسرة ستة فروع ومركزان للشباب منتشرة في أنحاء مختلفة من الضفة الغربية وقطاع غزة، وتقوم بتقديم خدمات عديدة متخصصة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وتوفر التدريب للقيادات الشابة والهيئات العاملة في المنظمات الحكومية وغير الحكومية، إضافة إلى تقديم خدمات طبية ومخبرية مميزة في مجالات صحة المرأة، وخدمات الإرشاد والتوعية والدفاع عن حقوق المرأة، وإجراء البحوث التجريبية (الإمبيريقية) وتنظيم حملات إعلامية ضاغطة للتأثير في السياسات الوطنية[3].

ويتبين من الجدول (1) تنامي عدد المراكز الصحية التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة في وزارة الصحة الفلسطينية، وذلك يعود إلى زيادة وعي الأم في ممارسة حقها في تنظيم الأسرة حفاظا على

[1] المرجع نفسه. ص11.

[2] المرجع نفسه. ص11.

[3] المرجع نفسه. ص11.

صحتها وصحة أطفالها وتحقيق رفاهية الأسرة، وفي سعة انتشار تلك المراكز تشجيع للأم على معرفتها وزيارتها وبالتالي تمتعها بخدماتها، ويتبين استمرار زيادة عدد مراكز الصحة التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة في الضفة الغربية، على العكس من قطاع غزة فهي ثابتة بالعدد 20 بسبب وجود رغبة لدى نساء غزة بالإنجاب خوفا على حياة أطفالهم من حروب الاحتلال الإسرائيلي المتكررة، ويؤكد ذلك التفاوت في عدد الزيارات لمراكز تنظيم الأسرة التي تقدمها الصحة الفلسطينية لعام 2010، حيث بلغت في قطاع غزة 14873[1] بينما بلغت في الضفة الغربية زيارة 69436[2].

جدول (1): عدد مراكز تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية للأعوام (2010-2014).

عدد مراكز تنظيم الأسرة في وزارة الصحة	الأراضي الفلسطينية	الضفة الغربية	قطاع غزة
2010 *	167	147	20
2011 **	187	167	20
2012 ***	236	216	20
2013****	238	218	20
2014*****	323	303	20

* التقرير الصحي السنوي-2010.

** التقرير الصحي السنوي- 2011.

*** التقرير الصحي السنوي- 2012.

**** التقرير الصحي السنوي- 2013.

***** التقرير الصحي السنوي- 2014.

[1] وزارة الصحة. التقرير الصحي السنوي. 2010. ص26.
http://www.moh.ps/Content/Books/VAcOl54W3uBzgnbAOXOWFyOdK7h6weIFX8RG8Kypximd rZKLNHBb8D_pxRXrrdQ353nyudhW3td1IZzIa8gl5WVlFMMk4VpC2myXtPsKaLoTS.pdf . 20- 11-2017.

[2] المرجع نفسه. ص26.

5.2 موقف الأديان السماوية من تنظيم الأسرة:

يعتبر الدين أساس تنظيم جميع العبادات والمعاملات، ويلجأ إليه الناس باعتباره عاملا يؤثر في سلوكهم على أساس خلق الشعور بالوعي والمسؤولية اتجاه الحقوق والواجبات بما يحقق النظام في الحياة، ومن هنا استعنّا بالأديان السماوية لمعرفة مواقفها من تنظيم الأسرة .

أولا: الديانة المسيحية وتنظيم الأسرة:

تقسم الديانة المسيحية إلى ثلاثة مذاهب رئيسية هي الكاثوليكية والبروتستانتينية والأرثوذكسية، ولكل مذهب من هذه المذاهب موقف من تنظيم الأسرة كما يلي:

أ. **الكاثوليك:** وحتى عام 1930 كان الكاثوليك يرون عدم مشروعية تنظيم الأسرة، استنادا إلى أن الإنسان صورة من خالقه سبحانه وتعالى، والذي وهب لنا أجسادنا، وجعل لكل عضو وظيفة يقوم بها. وبناء على ذلك يرى رجال الدين أن أي محاولة لمنع أي عضو من هذه الأعضاء من ممارسة وظيفته التي خلق من أجلها يعتبر خطيئة. حتى عام 1931 وردت فقرة في البيان الذي صدر في هذه السنة تشير إلى أن اعتراض الكنيسة على استخدام وسائل منع الحمل ليس تحديد حجم الأسرة وفقا للإمكانيات الاقتصادية والاجتماعية للعائلة، وإنما على استخدامها في إيقاف الإنجاب ومنعه نهائيا عن عمد[1].

ب. **البروتستانت:** أكدت مجموعة الكنائس الرئيسية للمذهب البروتستانتي وهي الكنائس الأسقفية، والنظامية، اللوثرية، البريسبيترية والمسيحية المتحدة موافقتها على مدى أهمية القرار الديني الذي يتخذه الآباء في مجال تحديد عدد الأبناء وعدد مرات الحمل، مع الموافقة على استخدام جميع وسائل منع الحمل، وإتباع أساليب تحديد حجم العائلة. وبجوار ذلك فقد رفضت الإجهاض رفضا قاطعاً. لذلك أطلقت الكنيسة الحرية لأتباعها من الآباء لاستخدام ما منحه لهم العلم لتحديد حجم الأسرة بصورة خلقية، بشرط موافقة الطرفين على استخدام تلك الوسيلة، وأن لا تكون مضرة بالصحة، وأن تكون مناسبة وفعالة[2].

---

[1] عبد الباقي، زيدان: **أسس علم السكان**. مرجع سابق. 1976. ص123-125.

[2] المرجع نفسه. ص125-126.

ت. الأرثوذكس: لا يختلف موقف الكنيسة الأرثوذكسية كثيرا عن الكنيسة البروتستانتينية في موضوع تنظيم الأسرة، فقد صرح أعلى المسؤولين في الكنيسة الأرثوذكسية "القبطية" بأن (التناسل وبدون نظرة واقعية للمسؤوليات التي تتطلبها تنشئة الأطفال ورعايتهم في ظل تعاليم الرب، يعتبر خطيئة متعمدة). لذلك يجب أن تقوم العلاقة الجنسية بين الزوجين على أساس الترتيب واللياقة والنظر بعين الاعتبار إلى الظروف التي تعيش فيها الأسرة شرط عدم اتباع الطرق التي فيها قتل الروح مثل الإجهاض"[1].

وبناء عليه وضعت معظم الدول الأوروبية عملية تنظيم الأسرة من سياستها القومية وبذل رجال الدين المسيحي جهدا مشكورا في دعم هذه الدعوة، ونسجل هنا ما قاله رئيس أساقفة إنجلترا دكتور جرانت في مؤتمر تنظيم الأسرة في لندن عام 1953 قوله: "يجب أن تتكلل التعاليم الأخلاقية والدينية والعلمية في إيجاد حل سريع لتنظيم النسل"[2].

ثالثا: الديانة الإسلامية وتنظيم الأسرة:

هناك اتفاق بين جمهور العلماء المسلمين أن مرجع الأحكام الشرعية ومصدرها من حيث الجواز والمنع هو كتاب الله تعالى وسنة رسوله صلوات الله عليه باعتبارهما مصادر التعاليم الإسلامية[3].

يلجأ المجيزون لتنظيم الأسرة إلى القاعدة الأصولية وهي أن الأصل في الأشياء الإباحة حتى تحرم بنص، وباستقراء آيات القرآن يتضح أنه لم يرد فيه نص يحرم على الزوجين تأجيل الحمل أو تنظيم الأسرة[4]، حيث وجه القرآن بأسلوب غير مباشر تأجيل الحمل لفترة مؤقتة (المباعدة بين الولادات) حيث جاء في سورة البقرة " وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ

---

[1] المرجع نفسه. ص127.

[2] عبد الحي، عبد المنعم: **علم السكان (الأبعاد النظرية والأبعاد الاجتماعية)**. ط1. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث. 1985. ص246.

[3] عمران، عبد الرحيم: **تنظيم الأسرة في التراث الإسلامي**. مرجع سابق. 1994. ص308.

[4] المرجع نفسه. ص110.

الرَّضَاعَةَ"[1]. وهذه المدة السنتان للرضاعة مضافة إلى مدة الحمل تسعة أشهر، يمكن المرأة الولود أن تنظم الأسرة بالمباعدة بين مواعيد ولاداتها كل ثلاث سنوات[2]. وبذلك يمكن تحقيق الحكمة من الآية الكريمة السابقة وهي دفع الضرر الذي يقع على الأم والمولود الجديد؛ لأن في ذلك راحة لأجهزتها التناسلية وضمان لعدم انهيار صحتها، بالإضافة لكون لبن المرضعة الحامل يضر بالرضيع ويضر بصحة الأم نفسها[3].

وفي السنّة النبوية الصحيحة أحاديث تتصل بموضوع تنظيم الأسرة ووسائل التنظيم وأهم هذه الأحاديث وأشهرها أحاديث العزل، نذكر منها: ما رواه مسلم عن جابر بن عبد الله قال: "كنا نعزل على عهد النبي ﷺ والقرآن ينزل". وزاد سفيان راوي الحديث "لو كان شيئا ينهى عنه لنهانا عنه القرآن"[4]. ويعني ذلك أن الصحابة رضوان الله عليهم كانوا متأكدين من أن القرآن الكريم لم ينه عن العزل. بل إن الرسول –صلى الله عليه وسلم– لم يمنع أصحابه من العزل، فيكون عليه الصلاة والسلام قد أقر العزل وأباحه مع وضوح الغرض منه وهو منع الإنجاب المؤقت في ظروف خاصة[5].

والعزل هو "النزع حين الاتصال بين الزوجين وقذف منيه خارج الرحم خوفا من الحمل"، وكان الوسيلة الشائعة التي يلجأ إليها في عصر التشريع وما بعده لمنع الحمل، ومما تقدم يظهر أن تنظيم الأسرة يبنى حكمه على حكم العزل، وأن قضية تنظيم الأسرة موجودة منذ القدم مع تجدد الطرق المستخدمة وهي كلها وسائل تشترك بالمضمون، حيث تقضي بمنع وصول المادة التناسلية إلى البويضة للتلقيح لغرض تأجيل الحمل لهدف ما[6].

---

[1] سورة البقرة، الآية 233.

[2] القرشي، غالب عبد الكافي: *"تنظيم الأسرة في ميزان السياسة الشرعية"*، **مجلة الكلية العليا للقرآن الكريم**. 1. 2003/ 152–181.

[3] عبد الباقي، زيدان: **أسس علم السكان**. مرجع سابق. 1976. ص125–133.

[4] البخاري، محمد بن إسماعيل أبو عبد الله الجعفي: **صحيح البخاري.ج6**. اليمامة –بيروت: دار ابن كثير.1987.

[5] عمران، عبد الرحيم: **تنظيم الأسرة في التراث الإسلامي**. مرجع سابق.1994. ص145–181.

[6] جستنية، حنان بنت محمد بن حسين: استعمال ***وسائل منع الحمل من منظور الشريعة الإسلامية: محمد أحمد خلف الله نموذجا***. **حولية مركز البحوث والدراست الإسلامية**. ع36. 2012. ص815–914.

ومن خلال استقراء آراء الفقهاء نلاحظ أنهم اتفقوا على إباحة تنظيم الأسرة وفق شروط نذكر منها على سبيل المثال ما يأتي[1]:

1. أن تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة المشروعة (كالحبوب، والحقن، واللولب) أمر لا تأباه نصوص السنة الشريفة، قياسا على جواز العزل في عهد الرسول ﷺ، بشرط أن يكون مفعولها مؤقتا ولا تؤثر الوسيلة على أصل الصلاحية للإنجاب.

2. أن يكون التنظيم باتفاق الزوجين ورضاهما معا.

3. أن يكون التنظيم فرديًا وخاضعًا للظروف الخاصة بالزوجين ووفق قناعتهما، ولا يجوز تقيده بقوانين رسمية تفرضها الدولة على المواطنين لأن الإرادة لا يتحكم فيها قانون، ولكل فرد ظروفه التي يقدرها، وعليه أن ينجب بالعدد الذي يستطيع رعايته فقد جاء في القرآن الكريم "لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَلَدِهِ .. (233)"[2].

ومما سبق يتضح أن تنظيم الأسرة غير منافٍ للتعاليم السماوية، ومن هنا ينبغي أن يكون ذلك هو الأساس الذي تبنى عليه السياسات السكانية في العالم وصولا لأعلى مستويات نجاح التنمية الاقتصادية فيها.

6.2 أسباب تنظيم الأسرة:

يبدو أن هناك أسبابًا مختلفة ومتنوعة وراء ظهور دعوات تنظيم الأسرة وذلك من خلال استقراء تنظيم الأسرة عبر التاريخ مما فرضت تغيير وجهة نظر المجتمعات اتجاه وسائل منع الحمل والسماح باستخدامها نستنتج هذه الأسباب، وأهمها:

1. نظرة المتشائمين إلى أن الاستمرار في الزيادة السكانية ومن دون ضوابط؛ سيؤدي في المدى البعيد إلى نقص في الموارد التي يعيش عليها الإنسان الأمر الذي يتولد عنه انتشار

[1] عمران، عبد الرحيم: **تنظيم الأسرة في التراث الإسلامي**. مرجع سابق.1994. ص375.

[2] سورة البقرة، الآية 233.

المجاعات وتفشي الأوبئة، بالإضافة إلى قيام الحروب والصراعات بين الناس للتنافس في الحصول على الموارد والغذاء.

2. الثورة الصناعية التي كان لها القوة والتأثير في تقويض المجتمع الإقطاعي الزراعي القديم، ونشأ بدلا عنه المجتمع الصناعي الرأسمالي؛ فارتفعت تكاليف المعيشة وتعقدت سبل العيش على ذوي الدخل المحدود مما دفع بالزوجين في تقليل عدد الأبناء لأن ما يكسبونه لا يكاد يكفي حاجاتهم.

3. خروج المرأة إلى العمل، نتيجة تعسر سبل العيش، فظهرت الحاجة الواضحة لاستخدام وسائل منع الحمل لعدم تفرغها لإنجاب الأولاد وتربيتهم.

4. انتشار الإجهاض غير الآمن الذي كان مسؤولا عن إصابة النساء بعدد كبير من الأمراض الخطيرة، وعدد أكبر من وفيات النساء.

5. التطور الحضاري الذي كان وراء تحرر المرأة والانطلاق في تحقيق ذاتها، مما يتطلب منها المحافظة على صحتها ومظهرها وجمالها شجعها على عدم الإنجاب إلا في أضيق الحدود.

6. تنظيم الأسرة يصون الأسرة من الفقر والآفات، فتنظيم التناسل يسعى لصيانة الأسرة بما يتهددها من خطر كثرة الأولاد وعجز أولياء الأمور عن القيام بشؤونهم من تغذية وكسوة وتعليم وتربيتهم تربية تكفل لهم السعادة والهناء في المستقبل، وبذلك يسوء حالهم وتسوء حال الأمة ويضعف شأنها وتتأخر علما وإنتاجا، وتعيش حالة البؤس والشقاء.

7.2 أهداف تنظيم الأسرة:

إن المعلومات التي يمكن أن تقدمها مراكز تنظيم الأسرة للترويج إلى خدمات تنظيم الأسرة من خلال النصح في العيادات الخاصة، ووسائل الإعلام كالإذاعة والتلفزيون، لها قيمة كبرى في خلق التوعية بهذا التنظيم، وتتلخص أهداف تنظيم الأسرة بما يأتي[1]:

[1] قصاب، عبد اللطيف ياسين: **تنظيم أسرة أم تحديد نسل**. مرجع سابق. 2005. ص68.

1. مساعدة الأزواج الخصبين لتحديد وإبعاد الحمول، وتحديد الفاصل الزمني بين كل ولادة وولادة حسب ما تتطلب صحتهم ورغبتهم وإمكانياتهم. ويكون ذلك بتقديم النصائح العلمية عن وسائل منع الحمل المختلفة للزوجة التي ترغب في ذلك بعد فحصها والتأكد مما يناسبها من مانعات الحمل.

2. مساعدة الأزواج العقيمين والسيطرة على العقم فيهم لكي ينجبوا أطفالا طبيعيين وأصحاء.

3. تقديم التوعية والمعلومات عن الإجهاض، مع التذكير بالأمراض الوراثية التي قد تنتقل من الأم إلى الجنين وفائدة منع الحمل فيها، وكذلك شرح الأمراض التناسلية التي تنتقل عن طريق الجنس والجماع مثل الزهري والسيلان والإيدز مع معالجتها والوقاية منها.

8.2 فوائد تنظيم الأسرة وأهميته[1]:

إن الترويج لخدمات تنظيم الأسرة مع ضمان ممارسة الأزواج لوسائل التنظيم يعد أمرا ضروريا لتأمين رفاهية وصحة المجتمعات وتنميتها، إذ تتلخص فوائد تنظيم الأسرة بما يأتي:

أولا: فوائد تعود على الأمهات:

1. تخفيض مخاطر وفيات الأمهات.
2. يجنب الأمهات التعرض للأحمال ذات المستوى المرتفع من الخطورة كالحمل في المراحل العمرية المبكرة قبل 18 عام، والمتكررة أكثر من 4 ولادات، والمتقاربة أقل سنتين، والمتأخرة بعد سن 35 سنة.
3. يحدّ من مخاطر التعرض للإجهاض غير المأمون عن طريق تقليل معدلات حالات الحمل غير المرغوب فيها.

---

[1] Extending Service Delivery (ESD) Project. **Healthy Timing and Spacing of Pregnancies: A Pocket Guide for Health**. Practitioners, Program Managers, and Community Leaders. Watertown, MA: Pathfinder International, USAID ESD Project. 2006. Page8. https://goo.gl/mja1bU . 22-11-2017.

4. يمنح الأمهات المزيد من الوقت للاستعداد جسديا وعاطفيا وماديا للحمل التالي.

5. التمكين من الرضاعة الطبيعية لمدة سنتين، الأمر الذي يرتبط بتقليل خطر الإصابة بسرطان الثدي والمبيضين.

6. يعزز من صحة الأم الجسدية والعقلية، فالمباعدة بين المواليد يمنحها وقتا للعناية بنفسها وزوجها وأطفالها، وللمشاركة في الأنشطة التعليمية والاقتصادية والاجتماعية.

ثانيا: فوائد تعود على الأطفال حديثي الولادة:

1. تخفيض مخاطر ولادة أطفال قبل موعدهم، ووفيات حديثي الولادة.

2. تقليل مخاطر ولادة أطفال ناقصي النمو، أو صغير الحجم بالنسبة لسنه.

3. تنظيم الأسرة يعطي الطفل فرصة للاستفادة من الرضاعة الطبيعية، وما يترتب عليه من فوائد غذائية وصحية للمولود، كما أنه يؤدي إلى تقوية الرابطة بين الأم والمولود.

4. تنظيم الأسرة يحسن الصحة العقلية والجسمية والنفسية للأطفال الذي يولدون نتيجة رغبة الوالدين، فيحصلون على الرعاية المناسبة، وينمون ليصبحوا أفرادا متكيفين اجتماعيا وعاطفيا مع مجتمعاتهم.

ثالثا: فوائد تعود على الأسرة والمجتمع:

1. يشعر الزوج بقدر أعلى من الرضا حيث يكون قادرا على حماية صحة أسرته ورعايتها، ومساندة زوجته في اتخاذ قرارات سليمة من أجل صحة أبنائهم.

2. يمكن أن توفر الأسرة موردا أكثر تخصص لمأكل الأطفال، وملبسهم، ومسكنهم، وتعليمهم.

3. إتباع تنظيم الأسرة يؤدي إلى أوضاع صحية أفضل للأمهات، والأطفال حديثي الولادة، والأطفال، مما يقلل من حدة الفقر ويحسن نوعية الحياة بالنسبة لكل المجتمع.

4. إتباع تنظيم الأسرة يخفف من الضغوط الاقتصادية، والاجتماعية، والبيئية، الناتجة عن تضخم النمو السكاني.

9.2 معيقات تنظيم الأسرة:

تنظيم الأسرة هو طريقة تفكير وسلوك فردي، حيث يودّ نحو 222 مليون من الأزواج في البلدان النامية تأخير الحمل أو إيقافه ولكنّهم لا يستخدمون أيّ وسائل منع حمل حديثة. لأنها تتأثر بعدة اعتبارات أهمها[1]:

أ. التعارض الثقافي أو الديني أو الفكري لقضية تنظيم الأسرة.

ب. خيارات محدودة من وسائل منع الحمل.

ج. الوصول المحدود لوسائل منع الحمل لدى المتزوجين أو المجموعات السكانية الفقيرة.

د. نتيجة سيئات وسائل تنظيم الأسرة التي تعزى إلى الآثار الجانبية المحتملة لبعض وسائل منع الحمل مثل الوسائل الهرمونية التي تترافق مع آثار جانبية شائعة كزيادة الوزن، الصداع، الغثيان والدوخة، وآثار أخرى أقل شيوعاً بكثير مثل السكتة الدماغية، الجلطات والحمل الهاجر.

10.2 أنواع وسائل تنظيم الأسرة:

هناك عدة أنواع لوسائل تنظيم الأسرة، ولكل وسيلة مميزات، وعيوب تصطحبها أخطار ومضاعفات[2]، لذا فإن محاولة اختيار الوسيلة المناسبة يجب أن يكون باستشارة الطبيب، وبعد إجراء الكشف الطبي، وعمل التحاليل الطبية اللازمة؛ لأن استخدام المرأة لوسيلة تنظيم الأسرة المناسبة وتحت الإشراف الطبي[3]، يترتب عليه أقل نسبة من العيوب، وذلك للاطمئنان إلى فعاليّة الوسيلة في منع حدوث حمل غير مرغوب فيه من جهة، ولدرء الأخطار من جهة ثانية لأننا حتى اليوم لم نتوصل إلى وسيلة منع الحمل المثالية الخالية من العيوب تماما، وفي هذا محافظة كبيرة على الصحة والجمال[4].

---

[1] https://goo.gl/b7YNtk .22-11-2017

[2] فضية، وفاء: **رعاية الأم الحامل قبل وبعد الولادة**. عمان: مكتبة المجتمع العربي. 2004. ص121.

[3] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. بيروت: دار الجيل. 1992. ص147.

[4] فضية، وفاء: **رعاية الأم الحامل قبل وبعد الولادة**. مرجع سابق. 2004. ص121.

ويمكن تقسيم وسائل تنظيم الأسرة إلى قسمين: وسائل طبيعية ووسائل غير طبيعية (صناعية)، وقد تصنف إلى الوسائل الفسيولوجية (الطبيعية)، والوسائل الميكانيكية والكيميائية، والوسائل الهرمونية، والوسائل الجراحية (التعقيم)[1]، ومن وسائل تنظيم الأسرة ما يلي:

1.10.2 الوسائل الفسيولوجية (الطبيعية) وهي:

وهي الوسائل التي تعتمد على طبيعة عمل الجهاز التناسلي في لحظة القذف عند الرجل أو الاباضة لدى المرأة دون وجود واسطة في منع الحمل.

أولا: القذف الخارجي (العزل):

هي وسيلة يستعملها الزوج، وتتلخص في انسحاب عضو الرجل قبل نهاية العملية الجنسية مباشرة بحيث يحدث القذف المنوي خارج المهبل[2].

مميزات الوسيلة[3]:

1. بساطة الطريقة وإمكانية ممارستها في أي زمان ومكان ودون اتخاذ أية إجراءات وقائية.
2. لا تتطلب أي إمدادات أو زيارة إلى العيادة أو الصيدلية.
3. تشجع على مشاركة الرجل في تنظيم الأسرة، والتعاون بين الشريكين.
4. نسبة نجاحها قد تصل إلى 80% إن كان الزوج حسن التحكم في مزاجه.

عيوب الوسيلة[4]:

1. أنها وسيلة غير مضمونه؛ وذلك يرجع أساسا إلى تسرب قليل من الحيوانات المنوية مع السائل الذي ينساب من العضو الذكري خلال الاستثارة الجنسية الشديدة.

---

[1] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل**. مرجع سابق. 1990. ص208.

[2] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص157.

[3] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل**. مرجع سابق. 1990. ص208.

[4] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص157.

2. أنها قد تسبب متاعب عضوية ونفسية لدى الرجل وأحيانا للمرأة، فيحدث احتقان في الحوض وباقي الأعضاء نتيجة التوقف المفاجئ للعملية الجنسية دون الوصول إلى الإشباع التام.

ثانيا: الامتناع الدوري (فترة الأمان):

هي وسيلة تستعملها الزوجة، وتعتمد هذه الطريقة على الامتناع عن الاتصال الجنسي خلال فترة التبويض بالنسبة للدورة الشهرية. فالبويضة تنزل عادة في منتصف المدة بين الدورة والأخرى، وتبقى موجودة لبضعة أيام تكون الزوجة خلالها قابلة للإخصاب ومعرضة للحمل خلال تلك الفترة فقط، وجميع الأيام التي تسبق هذه الفترة أو تعقبها هي أيام عقيمة[1]. لذلك فعالية هذه الطريقة تعتمد على حساب وتحديد مدة الإخصاب لدى المرأة وتعيين اليوم الشهري الذي يفرز فيه المبيض بويضته الصالحة للقاح، عندها يمتنع عن الاتصال الجنسي لمنع الحمل[2]. وتحديد مدة الإخصاب خلال الدورة الشهرية لدى المرأة يتم عمليا بالطرق الآتية[3]:

- طريقة الحساب بالتقويم أو الإيقاع.
- طريقة درجة حرارة الجسم الأساسية.
- طريقة مخاط عنق الرحم أو التبويض.
- طريقة الأعراض الحرارية.
- طريقة الأيام النموذجية.

[1] المرجع نفسه. ص158.

[2] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل**. مرجع سابق. 1990. ص210.

[3] تركي، فتحية ومالهوترا، أوشا: **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية**. ط3. 2004. ص230.

مميزات وسيلة فترة الأمان[1]:

1. فهم أفضل للدورة الجنسية وتسمح للمرأة بمتابعة تغيراتها وتسجيل الظواهر غير العادية التي قد تطرأ عليها.
2. غياب الأعراض الجانبية فهي لا تعتمد على أي كيماويات.
3. مسؤولية مشتركة بين الزوجين في منع الحمل.

عيوب الوسيلة[2]:

1. مدى فاعليتها قليلة؛ فهي تعتمد على حساب دقيق وثقافة عالية لدى المرأة، وتفاهم والتزام مشترك بين الزوجين.
2. تحصر لقاء الزوجين في أيام مخصوصة لكل فترة شهرية، مما قد يصعب تنفيذه بالنسبة للبعض.
3. غير مضمونة في حال عدم انتظام الدورة الشهرية لدى السيدات.
4. تسبب المتابعة والتسجيل اليومي مضايقات لدى المرأة.

ثالثا: الرضاعة الطبيعية:

تعتمد على إرضاع الطفل بصورة مستمرة ومتكررة حيث يؤدي هذا إلى ارتفاع نسبة إفراز هرمون البرولاكتين، ويصاحبه قصور في الإفراز الهرموني لهرمونات الغدة النخامية المنشطة للمبيض وبالتالي عدم حدوث التبويض من جهة وضعف إفراز هرمونات المبيض من جهة أخرى، ويترتب على عدم التبويض عدم حدوث الحمل كما يترتب على ضعف إفراز هرمونات المبيض

[1] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل**. مرجع سابق. 1990. ص211.

[2] المرجع نفسه. ص211.

انقطاع الحيض[1]. وتعتبر الرضاعة الطبيعية وسيلة ناجحة لتنظيم الأسرة إذا توفرت العوامل الثلاثة الآتية[2]:

أ. الإرضاع المتكرر ليلا ونهارا.

ب. انقطاع الطمث.

ت. عمر المولود أقل من 6 شهور.

وفي حال عدم توفر أحد الشروط الثلاثة، ولكي تضمن المرضعة عدم الحمل، بإمكانها استعمال وسيلة مساندة لا تتعارض مع الإرضاع حتى تتفادى حملا لم تخطط له.

مميزات الوسيلة[3]:

1. يمنع الحمل لفترة إذا كان الإرضاع منتظما ليلا ونهارا.
2. تحقيق الأمومة حقًا تماشيا مع الغريزة الموجودة في المرأة.
3. تحقيق النمو الطبيعي الصحيح للمولود.
4. وقاية المرأة من سرطان الثدي ومن الأنيميا.
5. تعمل الرضاعة على إعادة الرحم إلى حالتها الطبيعية.

عيوب الوسيلة:

1. أنها وسيلة غير مضمونة وتختلف من سيدة إلى أخرى ومن ولادة إلى أخرى لنفس السيدة، فمن الممكن حدوث حمل أثناء الرضاعة وقد يتم الحمل قبل الحيض حيث أن البويضة يمكن أن تخرج قبل الحيض بأسبوعين[4].

---

[1] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص163.

[2] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل**. مرجع سابق. 1990. ص212.

[3] المرجع نفسه، ص212.

[4] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص164.

2. عدم انتظام الإرضاع بصورة مستمرة يؤدي إلى فشل منع الإباضة، ويتأثر الرضاع ببعض الأدوية والمضادات الحيوية التي قد تستعملها المرأة؛ فيختل إفراز هرمون البرولاكتين مما يؤدي إلى عودة نشاط الغدة النخامية المنشطة للمبيض وعودتهما للتبويض[1].

2.10.2 الوسائل الميكانيكية والكيميائية وهي:

هي وسائل تؤدي إلى سد الطريق أمام السائل المنوي أو شل حركة الحيوانات المنوية وبذلك يمنعها من الدخول إلى التجويف الرحمي. ودرجة فعاليتها تعتمد على إتباع إرشادات الاستعمال بدقة، وهنا تلعب المشورة والتثقيف دورا في رفع كفاءة وفاعلية هذه الوسائل[2].

أولا: الغلاف الواقي وهو نوعان:

1. **الغلاف الواقي الذكري:**

وهي وسيلة يستعملها الزوج، هو عبارة عن كيس أنبوبي طولي مفتوح من إحدى الجهتين ومغلق من الجهة الأخرى وينتهي بحلمة مفرغة يتجمع فيها المني، يدخل فيه الرجل قضيبه المنتصب قبل الجماع بحيث يدخل القذف المنوي داخله وليس في داخل المهبل لغرض منع الحمل والوقاية من الأمراض الجنسية. ويكون مصنوع من المطاط أو المواد البلاستيكية الحديثة مثل: البوليثلين، ويعرف بأسماء متعددة منها: الواقي، القراب، الرفال، الكوندوم، الغمد، العازل[3].

ويتوافر الواقي مطويا داخل عبوات منفردة، وتتباين العوازل الطبية من ناحية أنواعها وعلامتها التجارية التي تختلف في بعض الخواص كالحجم والشكل (الواقي العادي أو مزود بمستودع لتجميع الحيوانات المنوية)، والشفافية، والسمك، والملمس، وكونه مزود بمواد مزلقة أو غير مزود، وجود مادة مبيدة للحيوانات المنوية أو عدم وجودها[4].

---

[1] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل**. مرجع سابق. 1990. ص212.

[2] المرجع نفسه. ص220.

[3] المرجع نفسه. ص220.

[4] تركي، فتحية ومالهوترا، أوشا: **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية**. مرجع سابق. ص176.

2. الغلاف الواقي الأنثوي:

وهي وسيلة تستعملها الزوجة، وهو يشبه الغلاف الواقي الذكري، عبارة عن كيس من البلاستيك، تضعه المرأة في داخل المهبل بعد طليه بمادة مزلقة، وتقوم بدفع نهايته المغلقة إلى أقصى المهبل بينما تبقى حافته الدائرية المفتوحة على أطراف الفرج، ويقوم الزوج بإدخال ذكره فيه أثناء الجماع ويتم القذف داخله ويمنع السائل المنوي من الوصول وملامسة عنق الرحم، ثم تخرج المرأة الكيس بعد لفه حتى لا يتسرب منه المني داخل الفرج[1].

مميزات الغلاف الواقي:

1. الاستخدام الصحيح ومع كل جماع يحقق فعالية عالية في منع الحمل للواقي الذكري تصل إلى 98%، وللواقي الأنثوي 95%، كما أن استخدامه يحمي بصورة كبيرة من انتشار الأمراض المنقولة جنسيا عن طريق الإفرازات: مثل فيروس نقص المناعة (الإيدز)، السيلان، والكلاميديا (المدثرة). إضافة أنه لا يسبب أضرارا صحية عند استعماله، ويمنح الزوجين تقاسم المسؤولية في منع الحمل[2].

2. أكثر الوسائل المانعة للحمل شيوعا ورواجا وأرخصها وأضمنها نسبيا، ولا يحتاج إلى استشارة طبية، كما أنها وسيلة سهلة الاستخدام خاصة في الظروف التي تتطلب سرعة في الجماع[3].

عيوب الغلاف الواقي[4]:

1. يسبب مضايقات للأشخاص الذين لديهم حساسية من المادة المطاطية المصنوع منها الغلاف الواقي.

2. قد يقلل من المتعة الجنسية لبعض الرجال والنساء نتيجة عدم الشعور بالاحتكاك المباشر.

---

[1] الفاخوري، سبيرو: **تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة**، ط6، بيروت–لبنان: دار العلم للملايين.1984. ص156.

[2] منظمة الصحة العالمية: **تنظيم الأسرة (الكتيب العالمي لمقدمي الخدمة)**. مرجع سابق.2007. ص200–220.

[3] الفاخوري، سبيرو: **موسوعة المرأة الطبية**، ط1، بيروت –لبنان: دار العلم للملايين. 1999. ص273.

[4] المرجع نفسه. ص273.

3. إمكانية تمزق أو انزلاق الغلاف الواقي أثناء الجماع أو أن يكون مثقوبا فتتسرب الحيوانات المنوية منه إلى المهبل.

ثانيا: الواقي الرحمي (اللولب):

هي وسيلة تستعملها الزوجة، وهي كناية عن أجهزة صغيرة، ذات أشكال وأحجام متعددة، ومصنوعة من مواد مختلفة كالبلاستيك، أو البلاستيك الذي قد يضاف إليه النحاس، ولا يركب إلا بواسطة الطبيب، فهو يدخله باستعمال محقن خاص في داخل التجويف الرحمي، ويمنع اللولب الحمل من خلال تفاعله مع بطانة الرحم فيمنع إخصاب البويضة أو التصاقها على جدار الرحم[1].

مميزات الوسيلة:

1. يمنع اللولب حدوث الحمل لمدة طويلة تصل أقصاها 12 عاما، وله فعالية عالية في منع الحمل تصل إلى 98%[2].

2. لا يستغرق وضعه أو نزعه سوى عدة ثواني، ولا يتطلب عمل أي شيء أو جهدا من السيدة بعد التركيب سوى الاطمئنان إلى وجوده بين الفترة والأخرى، ويمكن ممارسة الجماع في أي وقت بعد تركيب اللولب[3].

3. العودة إلى الخصوبة سريعا بمجرد نزعه، ولا يمنع الإباضة ولا يسبب تغييرا هرمونيا في جسم المرأة مثل أقراص منع الحمل، ولا يقلل من لذة الجماع ولا يخفف من شهوة القذف لعدم شعور المرأة والرجل بوجوده، وليس له تأثير على عملية الإرضاع، رخيص الثمن ومتوفر في الصيدليات والمستوصفات[4].

---

[1] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص151.

[2] منظمة الصحة العالمية: **تنظيم الأسرة (الكتيب العالمي لمقدمي الخدمة)**. مرجع سابق. 2007. ص131.

[3] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص151.

[4] الفاخوري، سبيرو: **موسوعة المرأة الطبية**. مرجع سابق. 1999. ص229.

عيوب الوسيلة[1]:

1. تركيب اللولب في الرحم لا يتم إلا بإشراف الطبيب المدرب على هذه الخدمة.

2. من عيوب هذه الوسيلة لدى بعض السيدات أن يقوم الرحم بلفظ اللولب فيؤدي إلى انزلاقه من مكانه.

3. الأعراض الجانبية ومضاعفات تركيب اللولب:

- تغيرات في طبيعة الدورة الشهرية (خاصة في أول 3-6 شهور من الاستخدام) مثل طول فترة الحيض وزيادة كمية الدم خلالها، نزيف غير منتظم، زيادة التقلصات والآلام المصاحبة للحيض.

- مغص أسفل البطن ناتجة عن وجود اللولب كجسم غريب في الرحم مما يسبب بعض التقلصات والمغص، وهي عوارض لا تشكل أي خطر.

- الإحساس بالألم في أسفل الظهر.

4. حالات تمنع من تركيب اللولب:

- وجود حمل أو الاشتباه في وجود حمل.

- وجود أورام رحمية.

- وجود نزيف رحمي.

- وجود التهابات حادة أو مزمنة بالجهاز التناسلي.

- لا يتناسب مع السيدات اللواتي لم يلدن من قبل.

[1] المرجع نفسه. ص229.

ثالثا: الغشاء المطاطي المهبلي (العجلة):

وسيلة تستعملها الزوجة، هو عبارة عن غطاء خاص من المطاط، يصنع في أحجام مختلفة، ويضع عند فوهة الرحم عن طريق إدخاله داخل المهبل فيمنع وصول الحيوانات المنوية إلى البويضة. والعجلة ذات عدة مقاسات، وكل سيدة لها مقاسها الخاص بها، وبذلك لا يمكن استعمال العجلة لأكثر من سيدة لاختلاف المقاسات، ولاحتمال نقل أي عدوى، والطبيب هو الذي يحدد في البداية المقاس الذي يناسب السيدة وكيفية التركيب، وبعد ذلك لا تحتاج إلى أي استشارة من الطبيب[1].

مميزات الوسيلة[2]:

1. نسبة فاعليته عالية 98% إذا استخدمته المرأة بالشكل الصحيح والمنتظم وبالحجم المناسب.
2. استعماله سهل بعد التلقين من الطبيب أو النشرة الإرشادية.
3. لا تسبب أي إعاقة للعملية الجنسية ولا للمؤثرات المختلفة على كل من الرجل والمرأة.
4. ليس له أضرار صحية مسجلة على المرأة، ويقلل من الإصابة ببعض الأمراض المنتقلة التي تسبب سرطان عنق الرحم.
5. إمكانية استخدامه أكثر من مرة ولمدة عامين شريطة حفظه في المكان المناسب للحرارة بعد كل استخدام.

عيوب الوسيلة[3]:

1. أن طريقة الاستعمال صعبة على معظم النساء، وتحتاج الطريقة إلى التعليم من الطبيب أو الممرضة لفترة طويلة مع متابعة.

---

[1] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص153.

[2] الفاخوري، سبيرو: **تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة**. مرجع سابق. 1984. ص141.

[3] المرجع نفسه. ص142.

2. بحاجة إلى متابعة طبية لاختيار الحجم المناسب والتيقن من استخدامه بالشكل الصحيح، والفحص الطبي للأعضاء التناسلية واكتشاف الالتهابات وعلاجها.

3. لا يقاوم درجات الحرارة العالية في معظم مناطق العالم الثالث، مما قد يحدث به خروم أو تمزق ويفقد شكله الصحيح.

4. لا يمكن استعماله من النساء التي تعاني من ضعف في عضلات الحوض والمهبل، مما يدفع الحاجز المهبلي للخارج.

5. يسبب حساسية للمرأة من المطاط، وقد يحدث التهابات في المهبل.

6. لا يمنع انتقال الأمراض الجنسية.

7. تكلفته غالية نسبيا.

رابعا: مبيدات الحيوانات المنوية (ذات الرغوة/ الجلي):

هي وسيلة تستعملها الزوجة، وتتكون من مواد كيماوية توضع داخل المهبل قبل الاختلاط الجنسي بحوالي 10–15 دقيقة حتى تنتشر بحيث تقوم بشل حركة الحيوانات المنوية عقب القذف المنوي[1]. وتكون هذه المواد على شكل دهون أو مادة هلامية أو حبوب حيث تنتج رغوة عندما تبتل، وهذه الرغوة تغطي فوهة الرحم وتعمل كعازل للحيوانات المنوية فتمنعها من دخول الرحم[2].

مميزات الوسيلة[3]:

1. أنها رخيصة وسهلة الاستعمال.
2. هي طريقة موضعية وفعالة فقط حين استعمالها، وفاعليتها تستمر بضع ساعات فقط.

---

[1] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص154.

[2] الفاخوري، سبيرو: **تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة**. مرجع سابق. ص142.

[3] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص154.

3. نسبة فاعليتها إذا استخدمت بمفردها قليلة حوالي 80%، ولكن إذا استخدمت بجانب وسيلة أخرى لمنع الحمل مثل الواقي الذكري أو الحاجز المطاطي المهبلي تصل فاعليتها وتزيد من نسبة منع الحمل إلى 95%.

عيوب الوسيلة[1]:

ومن عيوب استخدامها أنها في بعض الحالات تحدث بعض أعراض الحساسية في المهبل والجسم نتيجة استخدام مبيدات الحيوانات المنوية.

3.10.2 الوسائل الهرمونية وهي:

تحدث الإباضة لدى المرأة نتيجة تغيير نسبة الهرمونات الأستروجين والبروجيسترون في الدم، حيث يتم إفراز الأستروجين في النصف الأول من الدورة الشهرية ليؤدي للإباضة، وإفراز البروجسترون في النصف الثاني من الدورة الشهرية، لذا فإن وسائل منع الحمل الهرمونية تعتمد على استخدام وسائل تحوي هذه الهرمونات، وهدفها التحكم في تغير نسبة هرمونات الإباضة في الجسم لمنع المبيضين من أن يحرّرا البويضات التي يمكن أن يجري إخصابها وبالتالي منع الحمل[2]، وتؤدي الوسائل الهرمونية إلى منع الحمل بطريقتين[3]:

- التأثير في الغدة النخامية في قاع الرأس: وتمنعها من إفراز هرمون اللوتين التي تحث المبيض على إفراز البويضة وبالتالي منع التبويض في نصف الدورات على الأقل.
- التأثير على الغشاء المخاطي لعنق الرحم: إحداث تغيرات على مخاط عنق الرحم، حيث يصبح أكثر لزوجة وتقل كميته، مما يعيق مرور الحيوانات المنوية للتجويف الرحمي.

أولا: حبوب منع الحمل:

وسيلة تستعملها الزوجة، وهي أقراص مكونة من مركبات هرمونية خاصة تقوم بمنع التبويض عند المرأة إذا تناولتها المرأة بالفم كل يوم بانتظام على مدى ثلاثة أسابيع في المتوسط، ثم

---

[1] المرجع نفسه. ص154.

[2] https://goo.gl/fT2gSP. 25/11/2017.

[3] تركي، فتحية ومالهوترا، أوشا: **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية**. مرجع سابق. ص95.

تمتنع عن تناولها لمدة أسبوع، وفي هذا الأسبوع يحدث الحيض الشهري[1]. ويتوفر العديد من أنواع حبوب منع الحمل وتقسم إلى نوعين[2]:

أ. الحبوب المركبة (Combined Pills): وهي التي تشمل على مادتي الأستروجين والبروجسترون.

ب. الحبوب أحادية الهرمون (Progestogen only pills): وهي التي تشمل فقط على مادة البروجيسترون.

مميزات وأمان الوسيلة[3]:

1. فاعليتها في منع الحمل قد تصل إلى 99% شرط المواظبة على استخدام هذه الحبوب بانتظام ودقة متناهية، أما إذا لم تستعمل بانتظام فالسيدة تكون معرضة للحمل.
2. سهلة التناول ولا تطلب وقتا، فالقرص يؤخذ في موعد ثابت يوميا عن طريق الفم، مما لا يتطلب مجهودا سوى عدم النسيان.
3. لا يتعارض استخدام الحبوب مع العملية الجنسية سواء في موعد حدوثها أو تسلسل أحداثها.

عيوب الوسيلة[4]:

1. تحتاج إلى الدقة والانتظام في استخدامها، لأن عدم تناول الحبوب بانتظام قد يؤدي إلى حدوث حمل في كثير من الأحيان.
2. لا ينصح باستخدام الأقراص للسيدات اللاتي لم يلدن من قبل ويمكن استشارة الطبيب لاختيار وسيلة مناسبة أخرى.

---

[1] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص147-150.

[2] الفاخوري، سبيرو: **موسوعة المرأة الطبية**. مرجع سابق. 1999. ص221.

[3] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. ص147-150.

[4] المرجع نفسه. ص147-150.

3. ومن أعراضها الجانبية المحتمل حدوثها في الثلاثة شهور الأولى من الاستخدام: نزول إفرازات دموية أو نقط دم بصورة غير منتظمة ما بين فترات الطمث، وحدوث أعراض تشبه الوحم مثل الغثيان، والإرهاق، ثقل الثديين، زيادة أو نقص الوزن، ظهور كلف على الوجه أو الجسم.

ثانيا: حقن منع الحمل:

وسيلة تستعملها الزوجة، وتستخدم مشتقات البروجسترون فقط أو مع الأستروجين على هيئة حقن تعطى في عضل الذراع أو الفخد للسيدات، وتعمل الحقن على منع الحمل بطريقتين[1]:

ومن أنواع حقن منع الحمل[2]:

- أولا: المحتوية على هرمونات البروجستين وتستمر لمدة شهرين أو ثلاثة.
- ثانيا: المحتوية على هرمونات البروجستين مع الأستروجين (الحقن المركبة) وتستمر لمدة شهر.

مميزات وأمان الوسيلة[3]:

1. ثبت علميا فعالية الحقن في منع الحمل لمدة تصل في أقصاها إلى 3 أشهر، وبنسبة تصل إلى 99%.
2. أقل ضررا على صحة المرأة من تعاطي حبوب منع الحمل.
3. وسيلة لا تؤثر على كمية اللبن أثناء فترة الرضاعة.

---

[1] تركي، فتحية ومالهوترا، أوشا: **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية**. مرجع سابق.2004. ص107-120.

[2] المرجع نفسه. ص107-120.

[3] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. ص160.

4. وسيلة لا تحتاج إلى التذكر اليومي مثل الحبوب أو بعض الوسائل الموضعية الأخرى. وبعض النساء اللاتي يرضعن بدون حيض يفضلن هذه الوسيلة لسهولتها وعدم الاحتياج إلى تكرار التناول أو النسيان.

عيوب الوسيلة[1]:

1. الأعراض الجانبية المحتمل حدوثها من استخدام الحقن أنها تسبب اضطرابات في الدورة الشهرية قد تظهر على شكل انقطاع الدورة أو عدم انتظامها أو نزول بعض بقع الدم بين الدورتين. هو ما يشكل عائقا لأداء الفروض الدينية كالصوم والصلاة، ويؤثر على ممارسة العلاقة الزوجية حيث تتعارض ممارسة العلاقة الزوجية مع الحيض. بالإضافة لحدوث مشاكل صحية للنساء تتمثل في زيادة الوزن، وهشاشة العظام، وسقوط الشعر، والاكتئاب النفسي، والصداع، وحب الشباب.

2. تقلل من الرغبة الجنسية للمرأة.

3. التأخر في عودة الخصوبة بعد التوقف عن استخدام الحقن لمدة قد تصل إلى 3 سنوات، لهذا لا يُفضِل الأطباء إعطاءها للنساء صغيرات السن.

4. لا تحمي من الأمراض المنتقلة جنسيا.

ثالثا: الغرسات تحت الجلد (نوريلانت):

وسيلة تستعملها الزوجة، وتستخدم مشتقات مادة البروجيسترون الهرمونية فقط. ويحتوي هذا النظام على 6 كبسولات اسطوانية طرية من مادة الزيلاستيك (سيلكون مطاط)، طول كل واحدة منها 34 ملم، وقطرها 2,4 مليمتر، وتحوي 36 ملغراما من مادة ليفونورجسترل (Levonorgestrel) وهي من مشتقات البروجيسترون. تغرس تحت الجلد في الذراع العليا للمرأة بجانب الإبط على شكل مروحة بعد إجراء تخدير موضعي، وتفرز هذه الغرسات يوميا 80

[1] المرجع نفسه. ص 160.

ميكروغرام ليفونورجيستريل، ويقوم الجلد بامتصاصها ونقلها إلى الدم ويستمر مفعولها في منع الحمل لمدة تصل إلى 5 سنوات[1].

إن أفضل الأوقات لزرع هذه الغرسات خلال السبعة أيام الأولى من بداية الدورة الشهرية، أو خلال السبعة أيام من الإجهاض، أو بعد ستة أسابيع من الولادة للأمهات غير المرضعات[2].

مميزات وأمان الوسيلة[3]:

1. (نوريلانت) أو الكبسولات تحت الجلد تعد وسيلة لمنع الحمل عالية المفعول، ونسبة نجاحها كبيرة تصل إلى 99%.
2. مدة صلاحيتها هي الأطول في وسائل منع الحمل الهرمونية؛ فهي صالحة لمنع الحمل لمدة تصل إلى 5 سنوات.
3. تكسب المرأة راحة من حيث التفكير في الوسيلة عند كل لقاء جنسي، فهي لا تحتاج إلى تكرار التناول ومشاكله مثل النسيان والاستعمال الخاطئ.

عيوب الوسيلة[4]:

1. تحتاج إلى عملية جراحية صغيرة تحت مخدر موضعي في التركيب أو الإزالة لأنها تزرع.
2. اختلافات متباينة في نسبة الهرمونات في الدم من سيدة إلى أخرى.
3. قد تسبب بعض الآثار الجانبية مثل حدوث اضطرابات في الدورة الشهرية كانقطاع الدورة الشهرية، نزف متقطع بين الدورات الشهرية، أو زيادة في كمية الطمث أو عدد أيام الدورة.
4. تزرع عدة كبسولات أو أعواد في الجلد وبالتالي إمكانية حدوث التهاب مكان زرعها.
5. لا تحمي من الأمراض المنتقلة جنسيا.

---

[1] الفاخوري، سبيرو: **موسوعة المرأة الطبية**. مرجع سابق. 1999. ص225.

[2] المرجع نفسه. ص162.

[3] المرجع نفسه. ص162.

[4] المرجع نفسه. ص162.

4.10.2 الوسائل الجراحية (التعقيم):

هو وسيلة من وسائل منع الحمل، يستهدف قطع الذرية إلى مدى الحياة لدى الجنسين، دون التعرض لوظيفة الأعضاء التناسلية الهرمونية أو التسبب بفقدان الرغبة أو المتعة الجنسية أو الحافز الجنسي[1]. ويجري التعقيم الجراحي عادة لسببين رئيسين[2]:

1. الرغبة الأكيدة للزوجين بالتوقف عن الإنجاب، واختيارهما لهذه الطريقة دون غيرها من طرق وسائل منع الحمل بملء إرادتهما، وبعد تفكير طويل وعميق وإدراك تام لأثار عملية التعقيم على حياتهما وعلاقتهما.

2. ينحصر بالنواحي الصحية فقط؛ أي عندما يشكل الحمل خطرا على حياة المرأة أو صحتها أو سلامة وجودها في المستقبل إضافة لتعرضها لمخاطر صحية نتيجة استخدامها أي من وسائل تنظيم الأسرة الأخرى. مثل تكرار الولادات القيصرية ثلاث أو أربع مرات، وجود أمراض خطيرة في القلب والشرايين لا تسمح بالحمل، عند وجود الارتفاع شديد في ضغط الدم، ووجود أمراض مزمنة في الكلى وقصورها، وعند وجود بعض الأمراض العقلية أو الوراثية التي من المؤكد أن تترك أثرها على الطفل.

أولا: التعقيم الذكري:

إن عملية التعقيم عند الرجل تستهدف قطع القناتين النطفيتين لمنع صعود الحيوان المنوي من الخصيتين إلى القضيب[3]. وبالتالي يمنع تسرب الحيوانات المنوية إلى السائل المقذوف الذي يخرج عند الجماع، فلا يحدث حمل لعدم وصول الحيوانات المنوية إلى البويضة التي تفرزها المرأة[4].

---

[1] الفاخوري، سبيرو: **تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة**. مرجع سابق.1984. ص205.

[2] المرجع نفسه. ص253.

[3] المرجع نفسه. ص254.

[4] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص159.

مميزات التعقيم عند الرجل وفاعليته:

1. لا يؤثر التعقيم على الشعور الجنسي عند الرجل إطلاقا، ولا يسبب العجز الجنسي كما يشاع أو يقال، ولا يسبب تضخما في الخصيتين، ومن الممكن إعادة وصل القناتين في المستقبل[1].

2. فاعليته مضمونه 100% في منع الحمل بعد مرور فترة ستة أسابيع تقريبا على إجراء العملية. ولكن يجب التأكد من عدم وجود حيوانات منوية قبل العودة إلى العلاقة الزوجية الطبيعية، وذلك بتحليل السائل المنوي على فترات بعد العملية، وخلال هذه الفترة يجب استخدام إحدى وسائل منع الحمل الأخرى[2].

مساوئ التعقيم عند الرجل[3]:

1. يبقى الزوج قادرا على الإنجاب مدة ثلاثة أشهر على الأقل من يوم إجراء التعقيم.

2. الندم على إجراء عملية التعقيم والرغبة في إعادة الخصوبة من جديد لطارئ فقدان الأولاد أو الزواج من جديد.

3. إعادة الخصوبة تحتاج إلى عملية جراحية وتقل نسبة نجاحها نتيجة فساد طرفي النطف المقطوعة وانسدادهما، كما أن الجسم بطول الوقت ينتج أجساما مضادة للنطف التي تم تصنيعها في الخصية ولم تجد منفذا، مما يوقف صنع النطف في الخصية.

4. عملية التعقيم لا تحمي من الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية كمرض فيروس نقص المناعة الإيدز.

---

[1] الفاخوري، سبيرو: **تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة**. مرجع سابق.1984. ص205.

[2] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**. مرجع سابق. 1992. ص159.

[3] البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل في الماضي والحاضر**. مرجع سابق. ص439.

ثانيا: تعقيم الأنثوي: Female sterilization:

إن عملية التعقيم عند المرأة تستهدف إغلاق أو قطع قناتي الفالوب[1]، للحيلولة دون مرور البويضة المؤنثة من المبيضين إلى مكان تلقيحهما في الرحم[2].

ويتم الوصول إلى قناتي الفالوب عن طريق شق البطن، أو عن طريق التجويف المهبلي[3]، أما إغلاق قناتي الفالوب يمكن إجراؤه عن طريق الربط، أو الربط مع استئصال جزء صغير، أو الإغلاق الميكانيكي بوساطة مشابك أو حلقات[4].

مميزات التعقيم عند المرأة وفاعليته:

1. لا يؤثر على الهرمونات الأنثوية والشعور الجنسي للمرأة، وتبلغ فاعلية التعقيم 100% في منع الحمل، ولا تحتاج المرأة بعد إجراء التعقيم إلى استخدام أي نوع من وسائل منع الحمل الأخرى[5].

2. تستمر الدورة الشهرية كالمعتاد، فالتعقيم لا يمنع تكوين البويضة خلال الدورة الشهرية وانطلاقها من المبيض، إلا أن هذه البويضة تصبح بعد انطلاقها عقيمة وتموت في جوف البطن دون أن تلقح جراء عملية التعقيم[6].

مساوئ التعقيم عند المرأة [7] :

1. الندم على إجراء عملية التعقيم، والإحساس بالنقص وعدم الاكتمال الأنثوي لعدم القدرة على الحمل والولادة يسبب للمرأة إنهاكا جسديا ونفسيا واضطرابا في حياتها الجنسية. كما أن

---

[1] تركي، فتحية ومالهوترا، أوشا: **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية**. مرجع سابق. ص214.

[2] الفاخوري، سبيرو: **موسوعة المرأة الطبية**. مرجع سابق. 1999. ص249.

[3] المرجع نفسه. ص249.

[4] تركي، فتحية ومالهوترا، أوشا: **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية**. مرجع سابق. ص214.

[5] فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها**، مرجع سابق. ص159.

[6] الفاخوري، سبيرو: **موسوعة المرأة الطبية**، مرجع سابق. ص252.

[7] المرجع نفسه. ص252.

إعادة الخصوبة لطارئ فقدان الأولاد أو الزواج من جديد تحتاج إلى عملية جراحية مع قلة نسبة نجاحها لقطع أو تلف في قناتي الفالوب.

2. عملية التعقيم لا تحمي من الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية كمرض فيروس نقص المناعة الإيدز.

ويتضح مما سبق أن وسائل منع الحمل الحديثة تمنح إمكانية ممارسة العملية الجنسية كاملة دون حدوث حمل، وتتلخص في مبدأ عملها من الناحية العلمية في الطرق التي يتم بوساطتها منع وصول الحيوان المنوي إلى البويضة، أو الطرق التي تمنع تعشيش البويضة الملقَّحة في الرحم، أو التي تمنع طرح البويضات أصلا، أو تحول دون وصول السائل المنوي إلى البويضة فيقذف الرجل بسائله خاليا من الحيوانات المنوية.

الفصل الثالث

المعرفة والاتجاه والممارسة للنساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة في الضفة الغربية

1.3 المقدمة

2.3 معرفة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة.

3.3 موقف الزوجين اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

4.3 ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة.

5.3 الوسائل التي تستخدمها النساء المتزوجات من وسائل تنظيم الأسرة حاليا.

6.3 مصادر حصول النساء المتزوجات على وسائل تنظيم الأسرة الصناعية المستخدمة حاليا.

7.3 المشكلات المواجهة أثناء استخدام النساء المتزوجات لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حاليا.

8.3 أسباب عدم رغبة النساء المتزوجات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حاليا.

الفصل الثالث

المعرفة والاتجاه والممارسة للنساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة في الضفة الغربية

1.3 المقدمة:

تعد خدمات تنظيم الأسرة مقوما أساسيا من مقومات الصحة الإنجابية، فهي تواجه تحديا كبيرا بتصديها لأكثر المشاكل الصحية شيوعا في العالم؛ جراء منع حدوث حالات الحمل غير المقصود أو المرغوب فيها، بالإضافة إلى منع حدوث حالات الحمل الخطرة، وما يؤديه من آثار سلبية على صحة الأم والطفل ورفاهية الأسرة.

ويقصد بوسائل تنظيم الأسرة حسب الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: الوسائل التي يمكن أن يستخدمها الزوجان أحدهما أو كلاهما دون إكراه أي منهما وبوساطتها يمكن تجنب أو تأخير الحمل[1].

2.3 معرفة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة ومصادرها:

في هذا القسم من هذا الفصل تم التطرق إلى معرفة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة ومصادرها، وذلك حسب الأسئلة التي وجهها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للمبحوث معهن في المسح الصحي الديموغرافي 2004، حيث كان يتم السؤال عن المعرفة بالوسائل بالشكل الآتي: (أي الوسائل والطرق سمعت بها؟)، وعن مصادر الحصول على المعرفة بتلك الوسائل كالآتي: (لو أردت الحصول على معلومات عن تنظيم الأسرة، من أين تحصلين على هذه المعلومات؟).

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز–2015**. مرجع سابق.

أولا: معرفة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة:

فمن الناحية المنطقية تعتبر المعرفة شرطا مسبقا يؤثر على موقف الزوجين اتجاه الإقبال على استخدام وسائل تنظيم الأسرة أو عدم استخدامها، إذ تعد المعرفة حق الرجال والنساء كافة في الحصول على المعلومات العلمية الدقيقة عن أنواع الوسائل المتاحة، وكيفية استخدامها، وفاعليتها، ومصادر الحصول عليها، وأسعارها؛ حتى تتنوع خيارات الاستخدام المتاحة أمام الجميع لاعتبار قضية تنظيم الأسرة من المسائل الضرورية التي تخص كل أسرة.

جدول (2): نسبة النساء المتزوجات حاليا (15-49) سنة حسب المعرفة بنوع وسيلة تنظيم الأسرة في الضفة الغربية، 2004.

	نوع الوسيلة	نسبة النساء اللاتي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة %		
		معرفة تلقائية %	معرفة بعد الوصف %	الإجمالي %
الوسائل الصناعية	التعقيم الأنثوي	17.1	57.3	74.4
	التعقيم الذكري	4.5	21.2	25.7
	اللولب	93.2	6.3	99.5
	الحقن بالإبرة	35.8	37.4	73.2
	الحبوب	89.0	9.8	98.8
	الواقي الذكري	37.3	33.2	70.5
	الغشاء(المطاطي)/الرغوة/ الجلي	22.6	35.5	58.1
الوسائل الطبيعية	الرضاعة الطبيعية المطلقة	33.1	60.9	94
	الامتناع الدوري/ فترة الأمان	39.8	43.1	82.9
	القذف الخارجي	41.6	40.8	82.4
	أخرى	1.2	0.1	1.3

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2004.

يظهر الجدول (2) أن النساء المتزوجات حاليا في الفئة العمرية (15–49) سنة، اللواتي يعرفن وسيلة واحدة على الأقل من وسائل تنظيم الأسرة بلغت بنسبة 99.5% سواء كانت المعرفة تلقائية أو بعد تعريف الوسيلة في الضفة الغربية؛ وهذا راجع إلى السياسة الصحية التي انتهجتها وزارة الصحة بشكل خاص في إنشاء مراكز صحية تقدم خدمات تنظيم الأسرة في جميع أرجاء الضفة الغربية، والتي يتمثل دورها الأساسي في زيادة توعية النساء بوسائل منع الحمل وأهميتها في المباعدة بين الولادات.

وفيما يتعلق بمعرفة النساء المتزوجات حاليا بوسائل محددة لتنظيم الأسرة، يظهر الجدول (2) أن اللولب وحبوب منع الحمل كوسائل صناعية لتنظيم الأسرة من أكثرها معرفة؛ وذلك لارتفاع المستوى التعليمي لدى النساء في الضفة الغربية مما ساعدها على تكوين خلفية نظرية عن فعالية اللولب والحبوب بشكل خاص في منع الحمل.

أما معرفة النساء المتزوجات حاليا بالوسائل الصناعية الأخرى فقد كانت على الترتيب كالآتي: التعقيم الأنثوي، ثم الحقن بالإبرة، يليها الواقي الذكري، وأخيرا الغشاء المطاطي/ الرغوة/ الجلي. ويلاحظ من الجدول (2) أن نسبة المعرفة التلقائية باللولب والحبوب ترتفع عنها بعد الوصف لكونهما وسائل متداولة كوصفة طبية بين النساء في منع الحمل منذ فترة التسعينات، بينما احتاجت الوسائل الصناعية الأخرى إلى وصفها للسيدات لمعرفتها، حيث ترتفع نسبة المعرفة بعد الوصف للتعقيم الأنثوي، والحقن، الواقي الذكري، والوسائل المهبلية (الغشاء المطاطي، الرغوة، الجلي) عن نسبة المعرفة التلقائية بها؛ لكونهما وسائل حديثة لم تكن منتشرة آنذاك.

وبالنسبة لمعرفة النساء المتزوجات حاليا بالوسائل الطبيعية لتنظيم الأسرة، يظهر الجدول (2) أن النساء المتزوجات يعرفن عن الرضاعة الطبيعية المطلقة، تليها الامتناع الدوري (فترة الأمان)، ثم القذف الخارجي (العزل) كوسائل طبيعية لتنظيم الأسرة. ومن الملاحظ أن هذه الوسائل الطبيعية احتاجت لتعريفها للتأكد من معرفة النساء بها، فكانت نسبة المعرفة التلقائية بالقذف الخارجي (العزل) ترتفع عنها بعد الوصف لأنه كان يمارس منذ القدم، وصرحت الأحاديث النبوية الشريفة باستخدامه في زمن الصحابة رضوان الله عليهم، بينما الامتناع الدوري (فترة الأمان) ارتفعت نسبة المعرفة بها بعد الوصف عن نسبة المعرفة التلقائية بها، وقد يدل ذلك على نقص في

إدراك السيدات بفترات الخصوبة المحددة لديهن خلال فترة الحيض هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يدل على عدم ثقة النساء بفاعليتها كوسيلة لمنع الحمل.

وعند مقارنة نتائج **المسح الصحي الديموغرافي لعام 2004** تبين أنها لم تختلف عن نتائج **المسح الصحي لعام 2000**[1] بأن بلغت نسبة المعرفة بين النساء المتزوجات حاليا في الفئة العمرية (15–49) سنة بأي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة 99.8% وبكون اللولب من أكثر الوسائل معرفة بنسبة 99.2% ثم الحبوب بنسبة 98.7%، وإذا تم مقارنة نتائج المسح الصحي الديموغرافي لعام 2004 مع الدراسات السابقة يتبين أنها توافقت مع نتائج دراسة أجرتها **كفى يامين** عن مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني لعام 2005[2] بأن هناك تحسن في مستوى المعرفة المتعلقة بتنظيم الأسرة بين النساء الريفيات، وتقاربت مع نتائج دراسة **خضر عودة** عن مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية لعام 1998[3] بأن هناك 98.1% من جملة النساء في محافظة قلقيلية سبق أن سمعن بوسائل تنظيم الأسرة، وتقاربت أيضا مع نتائج دراسة **ميساء نصر** عن الخصوبة في محافظة طولكرم مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية 2010[4] بأن 97.7% من مجموع النساء في محافظة طولكرم سمعن بوسائل منع الحمل، وتوافقت مع نتائج دراسة **كنار القاضي** عن المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس لعام 2004[5] بأن الوسائل الميكانيكية (اللولب) وحبوب منع الحمل من أكثر وسائل تنظيم الأسرة معرفة وتمثل كل منهما بنسبة 96.4%، وتوافقت أيضا مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. **المسح الصحي 2000 –النتائج الأساسية**. رام الله. فلسطين.

[2] يامين، كفى عبد الرحيم محمد: **مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني**. مرجع سابق. 2005.

[3] عودة، خضر: **مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية**. مرجع سابق. 1998.

[4] نصر، ميساء: **الخصوبة في محافظة طولكرم" مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية**. مرجع سابق. 2010.

[5] القاضي، كنار وائل أمين: **المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس**. مرجع سابق. 2004.

المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[1] بأن معظم النساء في الأردن يعرفن على الأقل وسيلة واحدة من وسائل تنظيم الأسرة حيث كانت وسيلة اللولب أو الحبوب أكثرها معرفة بنسبة بلغت 98%، وتقاربت مع نتائج دراسة **زينب سعدودي** عن موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل في الجزائر لعام 2007[2] أن غالبية النساء بنسبة 95.71% لديهن معرفة بوسائل منع الحمل. كما وأظهرت نتائج دراسة **Ayub, et al** عن Assessment of Knowledge, Attitude Contraceptive use in Married Women of Peshawar لعام 2015[3] أن النساء كانت على علم بالأنواع الشائعة من أساليب منع الحمل بنسبة 90.2%، بينما الواقي الذكري أكثر الوسائل معرفة، وبينت نتائج **Mustafa, et al** عن Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women of Karachi لعام 2008[4] أن نسبة المعرفة بين النساء بوسائل تنظيم الأسرة 81%، وكانت نتائج دراسة **Tehrani, et al** عن factors influencing contraceptive in Tehran لعام 2000[5] بأن نسبة معرفة النساء بوسائل منع الحمل لتصل 74.4%. وفي هذا إشارة إلى زيادة وعي النساء بالضفة الغربية بحقها في الحصول على معلومات عن وسائل تنظيم الأسرة وخاصة في ظل الاهتمام بتمكين المرأة تعليميا وصحيا واقتصاديا.

ثانيا: مصادر الحصول على المعلومات عن وسائل تنظيم الأسرة:

وفيما يخص المصدر الذي يحصلن منه النساء المتزوجات حاليا في الضفة الغربية على المعلومات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة وطرق استخدامها فهي مصادر متعددة، ويبين الجدول

---

[1] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن.** مرجع سابق. 1998.

[2] سعدودي، زينب: **موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل.** مرجع سابق. 2007.

[3] Ayub A., Kibria Z., Khan F.: ***"Assessment of knowledge, attitude and contraceptive us In married women of Peshawar"***, Ibid.2015

[4] Mustafa R., Afreen U., and Hashmi H.: ***"Contraceptive Knowledge, Attitude an Practice Among Rural Women"***. Ibid. 2008.

[5] Tehrani F., Farahani F., Hashemi M.: *" **factors influencing contraceptive in Tehran**"*, Ibid. 2000.

(3)، مع مراعاة أن النساء المتزوجات كن قادرات على تحديد أكثر من مصدر واحد للمعلومات، أن القطاع الخاص (مستشفى خاص، طبيب خاص، مركز خاص) يشكل مصدر أول تلجأ إليه النساء للحصول على معلومات حول وسائل منع الحمل، ويمكن أن يعزى ذلك لثقة المرأة بدقة المعلومات التي يقدمها القطاع الخاص حول الوسيلة الأكثر ملائمة لحالتها الصحية، ويليها الجهات الحكومية؛ مصدرًا ثانيًا يزود النساء بالمعلومات، وفي هذا إشارة إلى فعالية العاملين في الجهات الحكومية في مجال تقديم التوعية والتثقيف الصحي للنساء، ومن ثم تلجأ النساء إلى الأصدقاء والأقارب كمصدر ثالث للمعلومات حول وسائل تنظيم الأسرة للاستفادة من خبرتهن لتكوين خلفية نظرية عن وسائل منع حمل التي استخدموها وما أدته من آثار جانبية على صحتهن وهذا ما يثير الشك في دقة المعلومات المتداولة على أساس غير صحيح علميا بين النساء الفلسطينيات، ثم إلى النشرات والكتب باعتباره مصدرا رابعا للمعلومات لدقة المعلومات العلمية عن وسائل تنظيم الأسرة المنشورة فيهما باعتبارهن يصدرن عن جهات مسؤولة كمراكز الدراسات والأبحاث الصحية والعلمية، وأخيرا دور وسائل الإعلام في نشر المعلومات عن خدمات وسائل تنظيم الأسرة وما يستجد منها على الصحف وأثير الإذاعة والتلفاز.

جدول (3): نسبة النساء المتزوجات حاليا (15-49) سنة اللاتي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة حسب مصدر الحصول على المعلومات، 2004.

مصدر الحصول على المعلومات	*الضفة الغربية%	حضر%	ريف%	مخيم%
مركز/ مستشفى حكومي	23.5	46.0	51.8	2.2
مركز/ مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية	8.9	61.5	34.4	4.1
مركز/ مستشفى تابع لوكالة الغوث	11.6	38.5	13.2	48.3
مستشفى/ مركز/ عيادة طبيب خاص	41.3	58.1	39.2	2.7
وسائل الإعلام	18.2	49.8	44.0	6.2
الأقارب والأصدقاء	21.1	53.0	38.5	8.5
النشرات والكتب	18.4	50.8	42.6	6.6

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2004.

*** مع مراعاة أن النساء المتزوجات كن قادرات على تحديد أكثر من مصدر واحد للمعلومات عند الاجابة.**

وبالمقارنة بين مناطق التجمع نلاحظ وجود بعض الاختلافات في المصدر الذي يحصلن منه النساء على المعلومات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث تعتمد النساء الحضريات في الغالب على (مركز/ مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية) باعتبارهم مصدرا للمعلومات حول وسائل منع الحمل لانتشار الخدمات الصحية التابعة للقطاع غير الحكومي على نطاق واسع فيها مما يسهل في سرعة الوصول إليها، بينما كانت تعتمد النساء الريفيات في الغالب على المراكز الحكومية للحصول على المعلومات نظر لانتشار المراكز الحكومية التي تدعم خدمات تنظيم الأسرة وسهولة الوصول إليها، بينما كانت نساء المخيمات تتجه في الغالب لمراكز وكالة الغوث الدولية التي تختص بتقديم الخدمات للّاجئين وباعتبارهم مؤهلين للحصول على الخدمات بشكل مجاني.

أما بالنسبة لمصادر حصول النساء على المعلومات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة تختلف نتائج **المسح الصحي لعام 2004** عن نتائج **المسح الصحي لعام 2000**[1] في كون الأقارب والأصدقاء هم المصدر الأول للحصول على المعلومات المتعلقة بخدمات تنظيم الأسرة في الضفة الغربية بنسبة 65.6%، ثم وسائل الإعلام بنسبة 37.2%، يليها الطبيب الخاص بنسبة 35.4%. وتختلف مع نتائج **Mustafa, et al** عن Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women of Karachi لعام 2008[2] بأن وسائل الإعلام المصدر الأساسي للحصول على المعلومات، وتختلف مع نتائج دراسة **Tehrani, et al** عن factors influencing contraceptive in Tehran لعام 2000[3] بأن عيادة تنظيم الأسرة تشكل المصدر الأساسي للحصول على تلك المعلومات عن وسائل منع الحمل، وتتفق مع نتائج دراسة **زينب سعدودي** عن موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل في الجزائر لعام 2007[4] بأن

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. **المسح الصحي 2000 –النتائج الأساسية**. مرجع سابق.

[2] Mustafa R., Afreen U., and Hashmi H.: ***"Contraceptive Knowledge, Attitude an Practice Among Rural Women"***. Ibid. 2008.

[3] Tehrani F., Farahani F., Hashemi M.: *" **factors influencing contraceptive in Tehran**"*, Ibid. 2000.

[4] سعدودي، زينب: **موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل**. مرجع سابق. 2007.

الطبيب هو المصدر الأول للحصول على معلومات، وهذا مقترن بثقة النساء بدقة المعلومات وكفاءتها التي يقدمها المصدر المختص بالطرق المختلفة لمنع الحمل في كل منطقة من المناطق التي تمت دراستها.

3.3 موقف الزوجين اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

يعد التفاهم والمشاركة بين الزوجين حول قضية تنظيم الأسرة أمرًا ضروريًا من أجل الوصول إلى جواب مشترك بينهما، فمدى موافقة الزوج والزوجة ومشاركتهما في اتخاذ قرار استخدام وسائل لمنع الحمل أو تأجيله تعكس مواقفهم اتجاه استخدام أو عدم استخدام تلك الوسائل.

وفي هذا القسم من هذا الفصل تم التطرق إلى موقف الزوجين اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة، من خلال دراسة موافقة الزوجين على أن يستخدم الأزواج وسيلة تنظيم الأسرة، ودراسة من يملك القرار النهائي حول استخدام وسيلة تنظيم الأسرة أو عدم استخدامها، وذلك حسب الأسئلة التي وجهها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للمبحوث معهن في مسح الأسرة الفلسطيني 2010، حيث كان السؤال عن موافقة الزوجين يتم بالشكل الآتي (بصفة عامة هل توافقين أو لا توافقين على أن الأزواج يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة ؟)، (في رأيك هل زوجك يوافق بصفة عامة أو لا يوافق على أن الأزواج يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة ؟). والسؤال عن القرار النهائي بالشكل الآتي (بالعادة من بيده القرار النهائي في استخدام وسيلة تنظيم الأسرة أو عدم استخدامها؟).

1.3.3 موافقة الزوجين اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

يظهر من الجدول (4) أن موافقة النساء وأزواجهم اتجاه استخدام وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج تتخذ اتجاها إيجابيا مرتفعا، مما انعكس على الموقف الإيجابي الذي تتخذه الأسر اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وهذه إشارة إلى ارتفاع مستوى التثقيف بين الزوجين عن الطرق المختلفة لموانع الحمل التي تساعدهم في التخطيط للحصول على الولادات في وقت معين

والذي يكونا فيه على قدر من المسؤولية في توفير احتياجات الأطفال من رعاية غذائية وصحية وتعليمية، وتنشئة الأطفال التنشئة التي يفتخرون بها مما يشعر الوالدين بحياة أسرية سعيدة.

جدول (4): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب مدى موافقة الزوجين اتجاه استخدام وسيلة تنظيم الأسرة من قبل الأزواج، 2010.

موافقة الزوجين %		موافقة الزوج %				
		موافق	موافق بشرط	غير موافق	غير متأكد	المجموع
موافقة الزوجة%	موافقة	77.5	1.5	7.1	2.8	88.9
	موافقة بشرط	0.8	1.1	0.5	0.2	2.6
	غير موافقة	0.7	0.1	5.4	0.6	6.7
	غير متأكدة	0.2	0.0	0.2	1.4	1.8
	المجموع	79.2	2.7	13.1	5.0	100

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

1.1.3.3 موافقة النساء المتزوجات اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة والعوامل المؤثرة:

ومما تجدر الإشارة إليه عند دراسة موافقة النساء اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج، هو هل يوجد تفاوت في اتجاهات موافقة النساء على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة من قبل الأزواج ما بين مكان الإقامة في المناطق الحضرية والريفية والمخيمات من أراضي الضفة الغربية الفلسطينية، حيث يبين الجدول (5) أن نسبة الموافقة بين النساء كبيرة مهما كان نوع إقامتها وهذا يدل على حرية اتخاذ القرار مهما كان نوع مكان السكن، إلا أنها أكثر ما تكون مرتفعة في المناطق الحضرية يليها المخيمات ثم الريفية؛ وذلك لأن المجتمع الريفي يقوم على النشاط الزراعي الذي يتطلب عدد كبير من الأولاد لمساعدة والديهم ليعملوا في الأرض. ولتوضيح العلاقة تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين

موافقة النساء على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب مكان الإقامة. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (6) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في نسبة موافقتهن على استخدام وسيلة منع الحمل حسب مكان الإقامة.

أما على مستوى تأثير عمر المرأة في اتجاهات موافقة النساء على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج، يبين الجدول (5) أن نسبة الموافقة بين النساء في الفئات العمرية أقل من 40 سنة مرتفعة؛ وذلك لتفضيل المباعدة الصحية بين الولادات بما يلائم ظروف الأسرة الاجتماعية والمادية، بعكس الفئة العمرية (45–49) سنة والتي ترتفع بها نسبة عدم الموافقة (الرفض) مقارنة مع بقية الفئات العمرية؛ وهذا يعود لوصول المرأة إلى سن الأمان (اليأس) ويتولد لديها الرغبة في الشعور بأنها ما زالت قادرة على الإنجاب. وتم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين موافقة النساء على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب عمر المرأة. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (6) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين موافقة النساء على استخدام وسيلة منع الحمل حسب عمر المرأة.

أما بالنسبة لتأثير المستوى التعليمي للمرأة في اتجاهات موافقة النساء على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج، نلاحظ من الجدول (5) أن نسبة موافقة النساء على استخدام وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة تزداد مع ارتفاع مستواهن التعليمي، وهذه النتيجة لها دلالتها بأن ارتفاع المستوى التعليمي وبخاصة لدى الإناث يتزامن معه تعديل في مكانة المرأة وخروجها للعمل وهذا يزيد من وعيها ويجعلها أكثر حرية في اتخاذ القرارات بشأن تنظيم أسرتها وبما يتناسب مع زيادة مسؤوليتها اتجاه عملها وواجباتها الأسرية، وتم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين موافقة النساء على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب المستوى التعليمي. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (6) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين موافقة النساء على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب المستوى التعليمي.

جدول (5): نسبة النساء المتزوجات (15-49) حسب موافقة النساء على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج وفق متغير كل من مكان الإقامة الحالي، وعمر المرأة الحالي، والمستوى التعليمي للمرأة، 2010.

موافقة النساء على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج	توافق %	توافق بشرط %	لا توافق %	لا تعرف/ غير متأكدة %
مكان الإقامة الحالي				
حضر	89.5	2.7	6.0	1.8
ريف	87.4	1.6	8.9	2.0
مخيم	88.4	4.7	5.2	1.7
المجموع	88.9	2.6	6.7	1.8
عمر المرأة الحالي				
19-15	87.5	2.9	5.8	3.8
24-20	89.2	2.4	7.0	1.4
29-25	89.9	2.0	6.5	1.7
34-30	89.8	3.4	5.7	1.2
39-35	90.1	1.9	6.1	1.8
44-40	89.3	2.1	6.4	2.1
49-45	84.1	3.7	6.9	2.5
المجموع	88.9	2.6	6.7	1.8
المستوى التعليمي للمرأة				
ابتدائي	86.5	2.0	8.9	2.6
إعدادي	89.4	2.3	6.5	1.8
ثانوي	88.9	3.0	6.9	1.2
تعليم عالٍ	90.8	2.9	4.5	1.8
المجموع	88.9	2.6	6.7	1.8

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

جدول (6) نتائج اختبار مربع كاي ما بين نسبة موافقة النساء على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج وفق متغير كل من مكان الإقامة، عمر المرأة الحالي، مستوى المرأة التعليمي، 2010.

المتغير	مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
مكان الإقامة الحالي	58.090	6	*0.000
عمر المرأة الحالي	180.693	18	*0.000
المستوى التعليمي للمرأة	51.124	9	*0.000

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

*** دالة على مستوى المعنوية 0.05.**

2.1.3.3 موافقة الأزواج اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة والعوامل المؤثرة:

ويستجدي بنا الإشارة عند دراسة موافقة الزوج اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج معرفة تأثير المستوى التعليمي للزوجة في اتجاهات موافقة الزوج على استخدام تلك الوسائل من قبل الأزواج، يبين الجدول (7) أنه بالانتقال من مستوى تعليمي للمرأة إلى آخر أعلى منه تزداد موافقة الزوج على استخدام وسائل منع الحمل وفي المقابل تنخفض نسب الرفض. وهذا يعود لمكانة المرأة المتعلمة التي تملك حرية المشاركة في اتخاذ القرار العقلاني فيما يخص تنظيم عائلتها باعتبارها مسئولة –كالرجل– في شؤون أسرتها مما يؤثر في توجيه قرار الزوج وجعله أكثر منطقيا. لذا تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين موافقة الزوج على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة من قبل الأزواج حسب المستوى التعليمي للمرأة. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (8) نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين موافقة الزوج على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب المستوى التعليمي للمرأة.

الجدول (7): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب موافقة الزوج على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج وفق متغير المستوى التعليمي للمرأة، 2010.

موافقة الزوج على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج	المستوى التعليمي للمرأة				
	ابتدائي %	إعدادي %	ثانوي %	تعليم عالي %	المجموع %
يوافق	75.3	78.2	80.1	83.1	79.2
يوافق بشرط	1.5	3.2	2.8	3.1	2.7
لا يوافق	16.1	13.6	12.9	10.1	13.1
لا يعرف/ غير متأكد	7.1	5.0	4.2	3.8	5.0

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

جدول (8): نتائج اختبار مربع كاي ما بين تأثير نسبة موافقة الزوج على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج ومتغير المستوى التعليمي للمرأة، 2010.

المتغير	مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
المستوى التعليمي للمرأة	73.816	9	*0.000

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

*** دالة على مستوى المعنوية .0.05**

2.3.3 القرار النهائي في استخدام وسيلة تنظيم الأسرة والعوامل المؤثرة:

إن دراسة القرار النهائي في استخدام تنظيم الأسرة فيه دلالة إن كان هناك نوع من المناقشة والتشاور بين الزوجين للوصول إلى جواب مشترك بينهما فيما يخص استخدام وسيلة منع الحمل لتنظيم إنجابهما، أم هو قرار فردي لأحد منهما، أو أن الزوجين لا يمتلكون حرية اتخاذ الموقف لتدخل الأهل كطرف في اتخاذ القرار؛ لذا من المنطقي البحث في المتغيرات التي توضح الفروق في مدى المشاركة والحرية للزوجين في قرارهما الإنجابي كمكان الإقامة والمستوى التعليمي للزوجة.

ويظهر الجدول (9) أن أغلب الزوجات يرين أن اتخاذ قرار استخدام وسيلة من وسائل منع الحمل يكون عن طريق المشاركة بين الزوجين وذلك لأعلى نسبة 77.8%، وهذا يدل بأن هناك مناقشة وتفاهم بين الزوجين على اتخاذ أي قرار فيما يخص حياتهم العائلية.

أما بالنسبة لتأثير مكان الإقامة للزوجين في مدى مشاركتهما في قرار استخدام وسيلة منع الحمل، يبين الجدول (10) بأن مشاركة الزوجين بقرار استخدام وسيلة منع الحمل تزداد في المناطق الحضرية، ويعزى ذلك لطبيعة الوظائف التي تشغلها المرأة العاملة في المدينة خارج منزلها، مما يمنحها فرصة أكبر لمشاركة الرجل في قرار الإنجاب وبما يلائم أعباءها الوظيفية والأسرية. وتم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين مشاركة الزوجين في قرار استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب مكان الإقامة. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (11) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين مشاركة الزوجين في قرار استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب مكان الإقامة.

وعند إجراء مقارنة بين المستوى التعليمي للزوجة في مدى مشاركة الزوجين في قرار استخدام وسيلة منع الحمل، تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين مشاركة الزوجين في قرار استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب المستوى التعليمي للزوجة. ويتبين من الجدول (10) أنه عند ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة كان له أثرُ أكبر في مشاركتها في اتخاذ قرار استخدام وسيلة منع الحمل وتجنبه؛ لأن فرصتها تزداد في العمل، ويقع على عاتقها مسؤولية مساعدة زوجها في دخل الأسرة، ومن الجدير ذكره أن المشاركة بالقرارات فيما يخص الحياة العائلية ليس مختصا فقط بالزوجات ذات المستوى التعليمي ولكنه يشمل أيضا الزوجات غير المتعلمات وهذا إن دل فإنه يدل على احترام الرجل الفلسطيني لزوجته حيث إن لها رأيا مسموعًا في اتخاذ قرارات على مستوى الأسرة. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (11) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين مشاركة الزوجين في قرار استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب مستوى الزوجة التعليمي.

جدول (9): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب القرار النهائي على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حاليا، 2010.

القرار النهائي على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة	النسبة%
غالبا الزوجة	7.7
غالبا الزوج	13.7
قرار جماعي (الزوج والزوجة)	77.8
الأم/ الحماة	0.1
أخرى	0.1
لا تعرف/ غير متأكدة	0.7

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

جدول (10): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب القرار النهائي على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة ومتغير كل من مكان الإقامة الحالي، والمستوى التعليمي للمرأة، 2010.

القرار النهائي لاستخدام وسيلة تنظيم الأسرة	غالبا الزوجة %	غالبا الزوج %	قرار جماعي %	الأم/ الحماة %	أخرى %	لا تعرف/ غير متأكدة %
مكان الإقامة الحالي						
حضر	7.9	13.3	78.2	0.1	0.1	0.5
ريف	6.8	14.1	77.8	0.0	0.2	1.1
مخيم	9.4	16.0	73.3	0.0	0.0	1.4
المستوى التعليمي للمرأة						
ابتدائي	8.3	19.8	70.6	0.0	0.2	1.1
إعدادي	8.3	15.0	75.8	0.0	0.1	0.9
ثانوي	8.0	11.5	80.3	0.0	0.0	0.3
تعليم عالٍ	6.0	8.3	85.0	0.2	0.2	0.3

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

جدول (11) نتائج اختبار مربع كاي حسب القرار النهائي على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة ومتغير كل من مكان الإقامة الحالي، والمستوى التعليمي للمرأة، 2010.

المتغير	مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
مكان الإقامة الحالي	35.032	15	*0.000
المستوى التعليمي للمرأة	222.357	10	*0.000

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

*** دالة على مستوى المعنوية 0.05.**

ونستنتج أن مواقف النساء المتزوجات حاليا اتجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة كانت على درجة عالية من الإيجابية، ويستنبط ذلك من نتائج الجدول (4) ارتفاع نسبة النساء اللواتي يوافقن على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأزواج في عام 2010 والتي بلغت 88.9%، وفيما تعتقد ما نسبته 79.2 % من النساء أن الأزواج من الموافقين على استخدام هذه الوسائل، وأن ما نسبته 77.5% من الأسر موافقين لذلك. ومن جهة أخرى يظهر الجدول (9) أن ما نسبته 78% من النساء يعتبرن قرار تنظيم الأسرة قرارا مشتركا للزوجين مما يزيد من الإقبال على استخدام وسائل منع الحمل.

ومن الملاحظ أن هناك تغيرًا في موقف النساء اتجاه تنظيم الأسرة في الضفة الغربية ما بين **المسح الصحي لصحة الأسرة عام 2006**[1] إلى **مسح الأسرة الفلسطيني عام 2010**، حيث إن مواقف النساء اتجاه استخدام تلك الوسائل تزداد إيجابية، ففي عام 2006 بلغت نسبة النساء المتزوجات اللواتي يوافقن بصفة عامه على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة بدون شرط 83.9%، أما اللاتي لا يوافقن بلغت 10.1%، مما انعكس على زيادة في نسب استخدام وسائل منع الحمل فيها من 54.9% في عام 2006[2]، إلى 55.1% في عام 2010[3].

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. **المسح الصحي لصحة الأسرة 2006 –التقرير النهائي**. رام الله. فلسطين.

[2] المرجع نفسه.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير النهائي**. رام الله. فلسطين.

وإذ تتم مقارنة نتائج دراسة **مسح الأسرة الفلسطيني عام 2010** مع نتائج الدراسات السابقة فتتفق مع نتائج دراسة **كنار القاضي** عن المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس لعام 2004[1]، حيث إن الاتجاهات المرتبطة بتنظيم الأسرة على درجة عالية من القبول ويستنبط من ذلك ارتفاع نسبة المؤيدات لتنظيم الحمل بنسبة 95%، وكذلك ارتفاع نسبة الأزواج المؤيدين له بنسبة 85.6%، ومن جهة أخرى فإن غالبية النساء يتخذن قرار تنظيم الأسرة قرارا مشتركا للزوجين بنسبة 97%، بالإضافة إلى الاعتقاد أن الدين لا يتعارض مع قرار تنظيم الأسرة بنسبة 80.8%، وتتفق مع نتائج دراسة **كفى يامين** عن مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني لعام 2005[2]؛ أن الاتجاهات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة قد كانت إيجابية، وتتفق مع نتائج دراسة **زينب سعدودي** عن موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل في الجزائر لعام 2007[3]؛ أنه 78.57% من المتزوجين صرحوا بأنهم موافقون على استعمال وسيلة من وسائل تنظيم النسل، و65.72% من المتزوجين صرحوا بأنهم تناقشوا حول تنظيم النسل، كما تبين أن أغلب المتزوجين يتخذون قرار إنجاب الأطفال بقرار مشترك بينهم كما أن هناك تشجيع متبادل لاستعمال وسيلة من وسائله؛ حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كان التوافق بين الزوجين مرتفعا. وتتفق مع نتائج دراسة **Mustafa, et al** عن Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women لعام 2008[4] إذ يتضح الموقف الايجابي لاستخدام وسائل منع الحمل من مواقف 76% منهن، بينما ذكر 41% لأزواجهن موقف ايجابي من وسائل منع الحمل. وتتفق نتائج دراسة **Ayub, et al** عن Assessment of Knowledge, Attitude, Contraceptive use in Married

---

[1] القاضي، كنار وائل أمين: **المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس**. مرجع سابق. 2004.

[2] يامين، كفى عبد الرحيم محمد: **مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني**. مرجع سابق. 2005.

[3] سعدودي، زينب: ***موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل***. مرجع سابق..2007

[4] Mustafa R., Afreen U., and Hashmi H.: ***"Contraceptive Knowledge, Attitude an Practice Among Rural Women"***. Ibid. 2008.

Women of Peshawar لعام 2015[1] حيث كان 87.8% من عينة السكان مواقفهم ايجابية اتجاه تنظيم الأسرة؛ وهذا يعود إلى جهود برامج تنظيم الأسرة القائمة على توعية الزوجين بأهمية تنظيم الأسرة للوقاية من المشاكل الإنجابية التي تؤثر على صحة الأمهات والأطفال، إلى جانب توفير أنوع متعددة من وسائل تنظيم الأسرة مع سهولة الوصول عليها بأسعار رمزية، فكان لها أثر في تكوين مواقف إيجابية نحو استخدام تلك الوسائل في المناطق التي شملتها الدراسات.

4.3 ممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة:

ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة يعد أمرًا ضروريًا؛ فهو الخيار الوحيد الذي يتم خلاله تنظيم سلوك المرأة الإنجابي، وذلك بتجنب الحمل غير المرغوب فيه، أو غير المتوافق مع احتياجات الأسرة، أو حملٍ غير آمن، والذي يجهد صحة المرأة والطفل ويعرضها لمخاطر الإصابة بالمرض وأحيانا الوفاة. وبالتالي نجد تفاوتًا بين النساء المتزوجات حول قيامها باستخدام وسيلة لتجنب الحمل أو تأخيره.

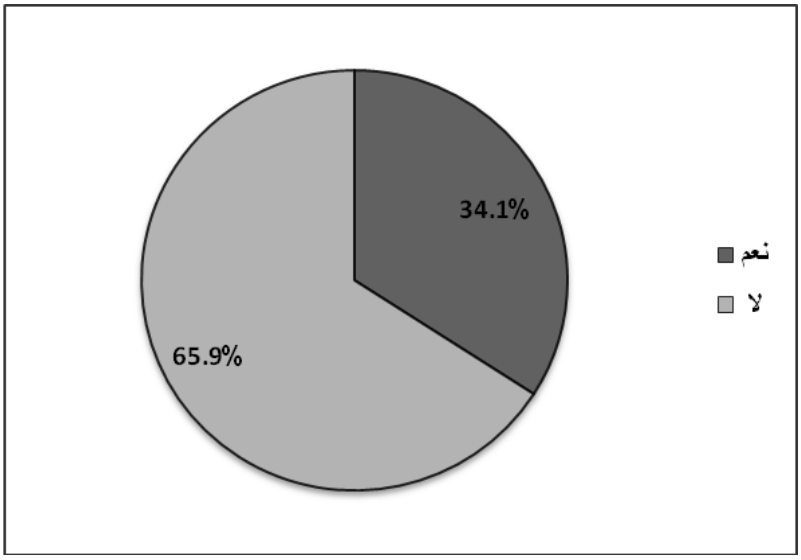
ونجد تنوعًا في وسائل تنظيم الأسرة المستخدمة بين الوسائل الصناعية والوسائل الطبيعية، والتي غالبا ما يحدد نوع الوسيلة المناسبة للزوجة بما يلائم الوضع الصحي للمرأة، وهذا ما يتم عادة تحت استشارة الطبيب المختص الذي يمتلك فكرةً بالوضع الصحي للمرأة.

وفي هذا الجزء تم دراسة ممارسة النساء المتزوجات حول تنظيم الأسرة، حيث تتوزع النساء المتزوجات من حيث الاستخدام إما أنهن سبق لهن الاستخدام، أو يستخدمن حاليا وسائل تنظيم الأسرة، وذلك حسب السؤال الذي وجهه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للمبحوث معهن في المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014، حيث كان يتم السؤال عن الممارسة السابقة للنساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة بالشكل الآتي: (هل سبق لك أن فعلت أي شيء أو استخدمت أي وسيلة لتأخير أو تجنب حدوث الحمل؟)، وعن الممارسة الحالية للنساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة بالشكل الآتي: (هل تفعلين الآن أي شيء أو تتبعين أيَّ طريقة لتأخير الحمل أو تجنبه؟).

[1] Ayub A., Kibria Z., Khan F***:"Assessment of knowledge, attitude and contraceptive use in married women of Peshawar",*** Ibid.2015.

1.4.3 ممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة سابقا:

تشير النتائج في الشكل (1) بأن نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة اللواتي استخدمن أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة في السابق في عام 2014 قد بلغت 34.1% في الضفة الغربية، وتقل في نسبتها بالمقارنة مع نتائج المسح الصحي الديموغرافي 2004 حيث أن نسبة الاستخدام في السابق لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات (15–49) سنة بلغت 79.2%[1]، وهذا مقترن برغبة النساء في مدى المباعدة بين أطفالهن.



الشكل (1): نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة اللواتي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة سابقا، 2014.

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

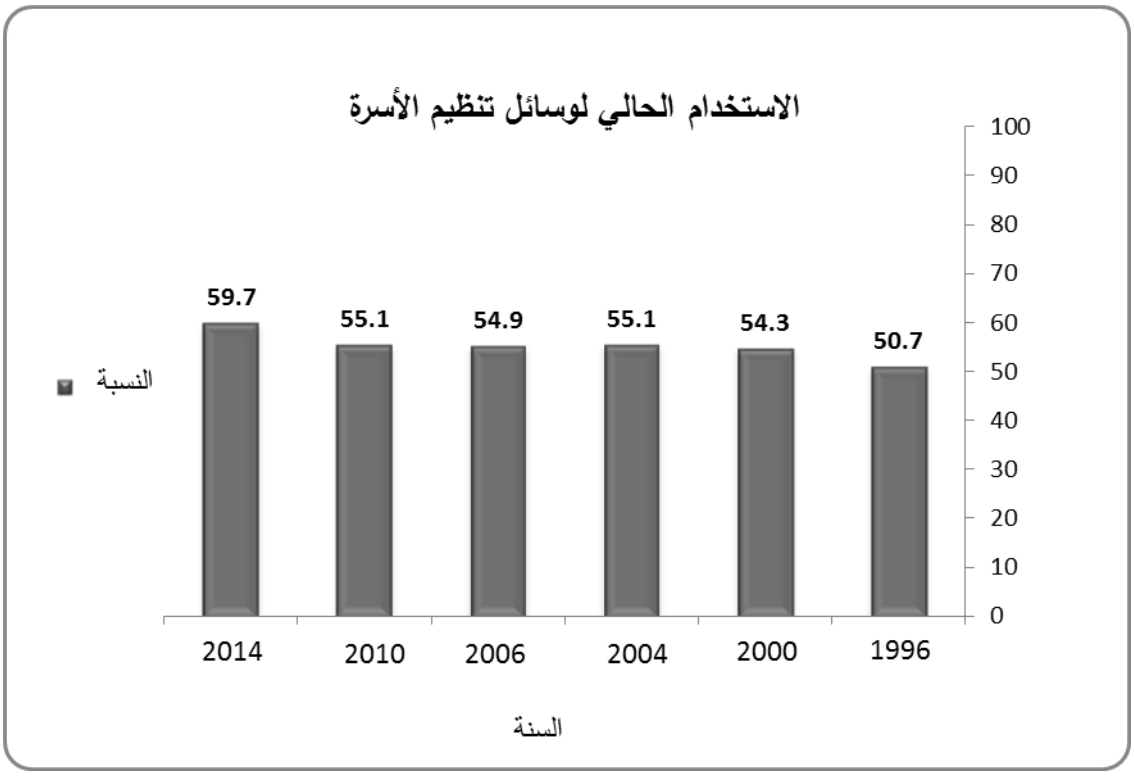
2.4.3 ممارسة النساء المتزوجات حول وسائل تنظيم الأسرة حاليا:

ويمكن تقدير نسبة الممارسة عن طريق معرفة نسب النساء في الفئة العمرية (15–49) سنة، المتزوجات حاليا، واللواتي يستخدمن (أو يستخدم أزواجهن) إحدى الوسائل (الصناعية أو الطبيعية) لتنظيم الأسرة، وعادة ما يشار إليها بمعدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة[2]. وتشير النتائج في الشكل (2) بأن نسبة استخدام النساء المتزوجات لأية وسيلة لتجنب الحمل أو تأخيره قد بلغت عام 2014 في الضفة الغربية 59.7%، مقابل 40.3% لم يستخدمن أي وسيلة؛ وذلك نظرا

[1] عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح الصحي الديموغرافي 2004.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014–التقرير الرئيسي**. مرجع سابق.

لارتفاع المستوى التعليمي لدى المرأة الذي ينعكس إيجابيا على وعيها في أن تتجه لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة لمساعدتها في الوصول إلى حجم الأسرة المناسب لها، وبما يحقق أعلى مستوى من الرفاهية الاجتماعية لأسرتها.



الشكل (2): نسبة النساء المتزوجات (15–49) سنة اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حاليا في سنة 1999، 2000، 2004، 2006، 2010، 2014.

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح الصحي حول صحة الأم في الضفة الغربية وقطاع غزة 1996، والمسح الصحي 2000، المسح الصحي الديموغرافي 2004، والمسح الصحي لصحة الأسرة 2006، ومسح الأسرة الفلسطيني 2010، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتظهر نتائج الشكل (2) أن هناك اتجاها لارتفاع نسبة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية خلال السنوات 1996، 2000، 2004، 2006، 2010، 2014. وهذا يشير إلى حدوث بعض التحسن في مستوى المعرفة والمواقف الإيجابية من قبل الأزواج؛ مما دفعهم إلى زيادة إقبالهم على استخدام تلك الوسائل، إضافة لوجود خدمات أفضل وذات نطاق أوسع من قبل الجهات المقدمة للخدمة.

وعلى الرغم من هذا الارتفاع في نسبة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية لعام 2014، إلا أنه وبشكل عام تبقى نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في أراضي الضفة الغربية متدنية؛ لأن 25% أي حوالي ربع حالات الحمل غير مرغوب فيه أو سيء التوقيت في الضفة الغربية حسب ما أظهرته نتائج دراسة المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014. وتشير هذه البيانات الصحية إلى التحديات المستمرة بحق صحة المرأة؛ حيث إن حالات الحمل غير المرغوب فيه يرتبط بمخاطر على صحة الأم لأنها تتأخر في التماس الرعاية السابقة للولادة، أو قد تلجأ إلى الإجهاض غير المأمون الذي يزيد من خطر وفاة الأمهات النفاس. كما يواجه أطفالهن حديثي الولادة ارتفاع خطر الإصابة بالأمراض لأنهم أكثر عرضة لأن يكون ولدًا بمشاكل في النمو كوزن ولادة منخفض، ورضاعة طبيعية أقل، وهذا يزيد من احتمالية خطر الموت للطفل الوليد، وبالتالي زيادة العبء على كل المجتمع. وهذه النتيجة تشير إلى أوجه القصور من استفادة المرأة من خدمات وسائل تنظيم الأسرة التي تتكون أساسا من وزارة الصحة والأمم المتحدة للإغاثة والتشغيل (الأونروا).

وتتزايد نسبة الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** عن نتائج دراسة **Mustafa, et al** عن Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women in Karachi لعام 2008[1]، فكانت نسبة استخدام وسائل منع الحمل بين النساء المتزوجات 53%، وعن نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[2] أن هناك 38.2 % من النساء المتزوجات –حاليا– يستخدمن إحدى وسائل تنظيم الأسرة، وعن نتائج دراسة **رشود الخريف** عن ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات دراسة لبيانات المسح الديموغرافي لعام 1999[3] أن نسبة استعمال وسائل تنظيم

---

[1] Mustafa R., Afreen U., and Hashmi H.: ***"Contraceptive Knowledge, Attitude an Practice Among Rural Women"***. Ibid. 2008.

[2] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

[3] رشود، محمد الخريف: "***ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م***"، مرجع سابق. 2001.

الأسرة بين النساء المتزوجات تصل ل20%. بينما تنخفض نسبة الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في نتائج الدراسة عن نتائج دراسة **Tehrani, et al** عن factors influencing contraceptive in Tehran لعام 2000[1]؛ حيث إن نسبة استخدام وسائل منع الحمل بين النساء المتزوجات 60.9%، وعن نتائج دراسة **رنا الوالي** عن تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين لعام 2013[2] فبلغت نسبة السيدات الفلسطينيات المتزوجات وفي سن الإنجاب اللواتي استخدمن إحدى الوسائل لتأخير أو منع الحمل بنسبة 68.1%، وعن نتائج دراسة **Ayub, et al** عن Assessment of Knowledge, Attitude Contraceptive use in Married Women of Peshawar لعام 2015[3] فكانت نسبة النساء اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة 82.8%. وعن نتائج دراسة **زينب سعدودي** عن موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل في الجزائر لعام 2007[4]؛ حيث كانت نسبة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة 100%. وهذه الاختلافات في نسب الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة تعود إلى مدى تطور الجهود المبذولة في وضع سياسات وبرامج تنظيم الأسرة مما نتج عنه انتشار لثقافة إنجابية ترسخ في الفكر والسلوك أهمية تنظيم الأسرة، ووفرت البيئة الداعمة لتنظيم الأسرة والخدمات الميسرة لها في كل دولة باختلاف الفترات الزمنية المشار إليها في كل دراسة من الدراسات السابقة.

وبالنظر إلى واقع استخدام وسائل تنظيم الأسرة في العالم فإنه يدعوا إلى التفاؤل نحو تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للأمم المتحدة، في تعميم فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وبخاصة خدمات تنظيم الأسرة، فقد ارتفع معدل الاستخدام من 59% في الفترة 1990-1995 إلى 63% في الفترة 2000-2006[5]، ووصلت إلى 64% في عام 2014[6].

---

[1] Tehrani F., Farahani F., Hashemi M.: *" **factors influencing contraceptive in Tehran**"*, Ibid. 2000.

[2] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. مرجع سابق. 2013.

[3] Ayub A., Kibria Z., Khan F.: *"**Assessment of knowledge, attitude and contraceptive us In married women of Peshawar**"*, Ibid.2015.

[4] سعدودي، زينب: **موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل**. مرجع سابق. 2007.

[5] منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات الصحية العالمية.2009.
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf .
1/12/2017.

[6] صندوق الأمم المتحدة للسكان: حالة سكان العالم.2014. ص109.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AR-SWOP%202014%20TEXT-WEB_17%20November.pdf . 1/12/2017.

وهي نتائج تعكس الجهود المبذولة في حجم خدمات تنظيم الأسرة ومدى تنوع وسائلها، والى مدى الوعي والإدراك لأهميتها.

ويظهر الجدول (12) تباينَ معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة في بعض دول العالم في عام 2014، فكما هو ملاحظ ارتفاع نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة في أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي كمرتبة أولى في هذا الارتفاع، يليها آسيا والمحيط الهادي، ثم أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، ثم الدول العربية، وبعدها شرق وجنوب إفريقيا، وأخيرا غرب ووسط إفريقيا. ويعود هذا التباين نتيجةً لتطور التعليم والصحة، ونوعية الخدمات التي تقدمها الدول لرفع نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة فيها، بالإضافة إلى السياسات الصحية والسكانية التي يتم اتباعها باستمرار للتأثير على هذا الاستخدام للوصول إلى النمو السكاني المنظم فيها وإحراز التنمية الشاملة في مجتمعها.

جدول (12): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حاليا في مناطق العالم، 2014.

المناطق الإقليمية	النسبة %
الدول العربية	53
آسيا والمحيط الهادي	68
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	65
أمريكا اللاتينية والكاريبي	73
شرق وجنوب أفريقيا	37
غرب ووسط أفريقيا	17
العالم	64

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان: حالة سكان العالم.2014. مرجع سابق. ص109.

5.3 الوسائل التي تستخدمها النساء المتزوجات في تنظيم الأسرة حاليا:

يوجد العديد من الوسائل التي تستخدم في تنظيم الحمل في الوقت والعدد المناسب، وهي إما الوسائل الطبيعية وغير الطبيعية، أو التقليدية والحديثة، أو الطبيعية والصناعية. واختيار الأم للوسيلة التي تستخدمها يتوقف على عدة عوامل أهمها: العامل الصحي ككيفية ملائمة الوسيلة من ناحية طريقة عملها واستخدامها مع الحال الصحية للمرأة، وعدم ترك أي تأثيرات جانبية عليها، وعامل فاعلية الوسيلة: أي معدلات كفاءة الوسيلة وعدم فشلها في تجنب الحمل، وكفاءتها في الوقاية من الأمراض المنتقلة عن طريق الممارسة الزوجية، بالإضافة إلى العامل الاقتصادي أي التكلفة المادية للحصول عليها.

ومع مراعاة أن النساء المتزوجات كن قادرات على تحديد أكثر من وسيلة واحدة مستخدمة، تبين نتائج الجدول(13) أن غالبية النساء المتزوجات في الضفة الغربية تتجه لاستخدام الوسائل الصناعية لتنظيم الأسرة بنسبة 45%، بينما الوسائل الطبيعية أقل بنسبة 15.4%؛ لأن فاعلية الوسائل الصناعية في منع الحمل وتأخيره تكون أقوى وأطول من فاعلية الوسائل الطبيعية، وقدرة التحكم في وضعيتها من قبل الزوجين تكون أعلى مقارنة بتكلفتها المادية القليلة. ويبين الجدول (13) أن اللولب ثم الحبوب على التوالي من أكثر الوسائل الصناعية شيوعا بين النساء المتزوجات في الضفة الغربية؛ لأن اللولب له مواصفات إيجابية فهو يمنع الحمل لمدة تصل 12 سنة وبفاعلية تصل 98%، وإن كان يتم بإشراف الطبيب المختص إلا أن وضعه أو نزعه لا يستغرق سوى عدة ثواني، ولا يتطلب متابعة يومية من السيدة بعد التركيب سوى الاطمئنان إلى وجوده بين كل فترة وأخرى، إضافة لعدم شعور المرأة أو الرجل بوجوده عند الجماع لذا لا يؤثر على المعاشرة الجنسية، ورخيص الثمن، وإمكانية العودة إلى الخصوبة سريعا فور نزعه، ومن تأثيراته السلبية أن فعاليته مرتبطة بطبيعة جسم المرأة، فإذا لم يتقبله الجسم قد يسبب لها التهابات وتقرحات في عنق الرحم. أما الحبوب هي سهلة التناول ولا تتطلب وقتا فهي تؤخذ عن طريق الفم في موعد ثابت يوميا، ولا تؤثر على ممارسة العملية الجنسية بين الزوجين، إلا أن فاعليتها في منع الحمل عالية تصل إلى

99% لكن بشرط المواظبة على تناولها بانتظام ودقة متناهية، عدا عن الآثار الجانبية من استخدامها كزيادة أو نقص الوزن، وظهور الكلف على الوجه أو الجسم، والإرهاق والغثيان.

إن أكثر وسيلة طبيعية تستخدمها النساء المتزوجات في الضفة الغربية لمنع الحمل هي وسيلة القذف الخارجي مقارنة مع باقي الوسائل الطبيعية؛ وذلك لبساطة الطريقة وإمكانية ممارستها في أي زمان ومكان ودون اتخاذ أي إجراءات وقائية، ولا تتطلب أي تكلفة أو زيارة إلى العيادة أو الصيدلية، وتشجع على مشاركة الرجل في تنظيم الأسرة، وتصل فاعليتها إلى80%.

وتبين من الجدول (13) أن إقبال النساء على استخدام الوسائل الصناعية لتجنب الحمل أكثر من الوسائل الطبيعية على مستوى التجمع، وأن أكثر وسيلة صناعية تستخدمها النساء على مستوى التجمع هي اللولب، حيث يتطلب وضع اللولب الذهاب إلى الطبيب المختص، وغالبا ما يتوفر في الحضر أكثر من الريف والمخيم، وكانت الحبوب والواقي الذكري الوسيلة الأكثر شيوعا في المخيمات؛ لإمكانية الحصول عليها بشكل مجاني من وكالة الغوث الدولية. وتبين أن أكثر وسيلة طبيعية تستخدمها النساء على مستوى التجمع هو القذف الخارجي حيث كان استخدامها عند نساء الريف هو الأكثر؛ وذلك لعدم وجود حاجة إلى استشارة طبية أو مساعدة طبية للقيام بذلك ولا يوجد أي تكلفة مالية، وكان استخدام وسيلة فترة الأمان كوسيلة لتجنب الحمل في الريف أكثر رغبة باعتبارها أساليب متوارثة من الجيل الأقدم والأكثر اتصالا بالمرأة، واستخدام الرضاعة الطبيعية في المخيم والريف أكثر من الحضر؛ وذلك يعود لرغبة الأم في الرضاعة وتبعا للعادات والتقاليد في الريف والمخيم أكثر.

جدول (13): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة واللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حاليا حسب نوع الوسيلة المستخدمة، ومكان الإقامة الحالي في الضفة الغربية، 2014.

نوع الوسيلة المستخدمة		الضفة الغربية %	حضر %	ريف %	مخيم %
الوسائل الصناعية %45	التعقيم الأنثوي	2.4	2.2	2.6	3.1
	التعقيم الذكري	0	0	0.1	0.0
	اللولب	30.5	30.9	30.3	27.6
	الحقن بالإبرة	0.5	0.5	0.5	0.8
	الغرسات	0	0	0	0
	الحبوب	6.8	6.5	7.1	8.2
	الواقي الذكري	4.6	4.5	3.9	7.4
	الواقي الأنثوي	0.1	0.1	0.1	0.0
	الغشاء (المطاطي)	0.1	0.1	0.1	0.5
	الرغوة/ الجلي	0	0	0	0
الوسائل الطبيعية %15.4	الرضاعة الطبيعية المطلقة	1.6	1.4	2.0	2.6
	الامتناع الدوري/ فترة الأمان	4.7	4.8	5.4	2.6
	القذف الخارجي	8.9	9.0	9.7	5.9
	أخرى	0.2	0.2	0.2	0.5
	نسبة استخدام النساء لأي وسيلة من وسائل منع الحمل	60.4	60.2	62	59.2
	نسبة عدم استخدام النساء لأي من وسائل تنظيم الحمل	39.6	39.8	38	40.8

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وإذ تتم مقارنة نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1] حيث كان استخدام اللولب هي الأكثر في الضفة الغربية 30.7% وفي التجمعات الثلاثة حيث بلغت نسبة الحضر 31% والريف 31.2% والمخيم 25.2%، وبالمقارنة

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير النهائي**. مرجع سابق.

مع نتائج دراسة **كنار القاضي** عن المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس لعام 2004[1]؛ فكان اللولب أكثر الوسائل استخداما في المخيم 25.2%، وبالمقارنة مع دراسة **رنا الوالي** عن تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين لعام 2013[2] في أن اللولب الوسيلة الرئيسية المستخدمة بنسبة 30.5%، وبالمقارنة مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[3] في أن اللولب الوسيلة الرئيسية المستخدمة بنسبة 14.4%. وبذلك نلاحظ ارتفاع نسبة استخدام اللولب بين النساء في الضفة الغربية في العام 2014 والعام 2013 والعام 2010، وكما يرتفع نسبة استخدامه بين نساء المخيمات في الضفة الغربية في العام 2014 عن العام 2010 وعن نساء مخيمات نابلس 2004، وكما وترتفع نسبة استخدامه عن النساء الأردنيات في 1998؛ وذلك يعود لكثرة انتشار وسيلة اللولب بالإضافة لمميزات استخدامه التي تم ذكرها سابقا.

وبمقارنة نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج دراسة **زينب سعدودي** عن موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل في الجزائر لعام 2007[4]؛ حيث كان الاتجاه أكثر نحو استعمال الحبوب بنسبة 72.14%، ومع نتائج دراسة **Tehrani, et al** عن factors influencing contraceptive in Tehran لعام 2000[5] حيث كانت الأساليب الطبيعية (العزل والحساب) أكثر الطرق شيوعا بنسبة 61%، ومع نتائج دراسة **Mustafa, et al** عن Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women in Karachi لعام 2008[6] فكان أسلوب الواقي الذكري الوسيلة الأكثر شيوعا بنسبة 33.9%، ومع

---

[1] القاضي، كنار وائل أمين: **المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس**. مرجع سابق. 2004.

[2] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. مرجع سابق. 2013.

[3] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

[4] سعدودي، زينب: **موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل**. مرجع سابق. 2007.

[5] Tehrani F., Farahani F., Hashemi M.: *" **factors influencing contraceptive in Tehran**"*, Ibid. 2000.

[6] Mustafa R., Afreen U., and Hashmi H.: ***"Contraceptive Knowledge, Attitude an Practice Among Rural Women"***. Ibid. 2008.

نتائج دراسة **Ayub, et al** عن Assessment of Knowledge, Attitude Contraceptive use in Married Women of Peshawar لعام 2015[1] بأن معظم النساء تمارس حاليا حبوب منع الحمل عن طريق الفم. وهذه الاختلافات تعود لرغبة المرأة في اختيار الوسيلة الأكثر ملائمة لحالتها الصحية، والى طول الفترة الزمنية التي تريدها لمنع حدوث حمل.

ويتبين من الجدول (14) وجود تفاوت بين النساء المتزوجات على مستوى محافظات الضفة الغربية في نسبة استخدامها لوسائل منع الحمل وتأخيره، وأن استخدام وسيلة اللولب هو الأكثر عند جميع المحافظات؛ وذلك لأن استخدامه أصبح أكثر شيوعا بين النساء، ومن المشجع لوضعه أنه يتم بمشورة الطبيب، ونساء القدس هن الأكثر استخداما لوسيلة اللولب؛ وذلك يعود لسهولة وصول الأم إلى دور رعاية الأمومة التي تنتشر فيها بشكل أوسع مما يسهل على الأمهات متابعة استخدامهن لوسيلة تنظيم الأسرة الأكثر ملائمة لوضعها الصحي والظروف المحيطة بها، ونساء طوباس هن أقل استخداما؛ ويعود ذلك لمدى توفر الخدمة الطبية المساعدة في وضع اللولب للأم وخاصة الكادر الطبي من جنس الإناث، وإلى رغبة الأم في تحديد فترة منع الحمل زمنيا، فوضع اللولب على سبيل المثال يمنعها من الحمل فترة تصل أقصاها 12 سنة.

وتتفق نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[2] في وجود تفاوت بين النساء المتزوجات في محافظات الضفة الغربية في نسبة استخدامهن لوسائل تنظيم الأسرة حاليا، وأن وسيلة اللولب هي الأكثر استخداما بين النساء المتزوجات في محافظاتها، حيث كانت النساء المتزوجات في رام الله والبيرة هن الأكثر استخداما، حيث بلغت نسبة استخدامهن لوسيلة اللولب 30.8%.

[1] Ayub A., Kibria Z., Khan F.: ***"Assessment of knowledge, attitude and contraceptive use in married women of Peshawar"***, Ibid. 2015.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010– التقرير النهائي**. مرجع سابق.

جدول (14): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة واللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حاليا حسب نوع الوسيلة المستخدمة، ومحافظات الضفة الغربية، 2014.

الوسيلة	المحافظات %											
	جنين	طوباس	طولكرم	نابلس	قلقيلية	سلفيت	رام الله	أريحا	القدس	بيت لحم	الخليل
التعقيم الأنثوي	3.4	3.6	5.1	4.3	2.4	0.7	1.1	2.4	2.3	1.2	1.3
التعقيم الذكري	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1
اللولب	28.8	23.7	25.7	31.0	24.8	31.7	32.3	28.3	34.5	27.8	31.5
الحقن بالإبرة	0.5	0	1.0	0.2	1.2	0	0.7	0	0.4	0.2	0.7
الغرسات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الحبوب	10.3	12.2	9.1	7.1	12.7	12.2	6.3	7.9	5.4	5.9	3.8
الواقي الذكري	3.6	4.3	3.7	5.0	5.5	3.6	5.7	2.4	4.5	6.1	4.3
الواقي الأنثوي	0	0	0	0.2	0	0	0.2	0	0	0	0.1
الغشاء المطاطي	0.2	0.0	0	0.3	0	0	0	1.6	0	0	0.1
الرغوة/ الجلي	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الرضاعة الطبيعية	1.1	0.7	0.3	0.5	0.6	1.4	1.8	2.4	1.0	2.7	2.9
الإمتناع الدوري	6.8	5.0	1.7	4.5	10.9	5.0	4.7	0.8	2.6	5.7	5.3
القذف الخارجي	9.2	5.8	16.6	6.8	6.7	7.9	12.6	1.6	10.5	10.8	6.3
أخرى	0.5	0	0	0.2	0	0	0.5	0	0.0	0.5	0.2

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وبمقارنة نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج دراسة **خضر عودة** بعنوان "مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية 1998[1]"؛ تبين أن استخدام وسيلة اللولب لمنع الحمل هي الأكثر عند نساء المحافظة، وبلغت نسبتهن 29.6%، وهذا يعني انخفاض

[1] عودة، خضر: **مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية**. مرجع سابق. 1998.

استخدام نساء محافظة قلقيلية لوسيلة اللولب في العام 2014 عن العام 1998، وبالمقارنة مع نتائج دراسة **ميساء نصر** عن الخصوبة في محافظة طولكرم مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية 2010[1] بأن اللولب الوسيلة الرئيسية المستخدمة بنسبة 29.9%، وهذا يعني انخفاض استخدام نساء محافظة طولكرم لوسيلة اللولب في العام 2014 عن العام2010، وهذا الاختلافات تعود إلى طبيعة جسم الأم ورغبتها في استخدام الوسيلة الملائمة لها أكثر.

6.3 مصادر حصول النساء المتزوجات على وسائل تنظيم الأسرة الصناعية المستخدمة حاليا:

يعد مصدر الحصول على وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة عنصرًا هامًا ويعكس مدى مشاركة المراكز المعنية لتوفير استخدام هذه الوسائل، ويساعد التعرف على هذا المصدر في تقييم مدى فاعلية الخدمات الصحية التابعة للقطاع الحكومي وغير الحكومي والخاص ووكالة الغوث في نشر وسائل تنظيم الأسرة.

وتبين نتائج الجدول (15) أن هناك تنوعا في مصادر حصول النساء المتزوجات على الوسائل الحديثة المستخدمة لتنظيم الأسرة في الضفة الغربية وعادة ما تلجأ النساء للمركز الأقرب لسهولة الوصول إليه، أو لسهولة الحصول على الخدمات المتاحة بأقل تكلفة، أو لعامل ثقة النساء بمزود الخدمة؛ فكانت الخدمات الصحية التابعة للقطاع الخاص أهم مصدر للحصول على وسائل تنظيم الأسرة، ويليه في الأهمية الخدمات الصحية التابعة للقطاع الحكومي، ثم خدمات الصيدلية، ثم قطاع الخدمات الصحية التابعة لوكالة الغوث، ثم الخدمات الصحية الإسرائيلية، ثم الخدمات الصحية التابعة للمنظمات غير الحكومية.

وعند إجراء مقارنة في مصادر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة حسب مكان التجمع، يشكل القطاع الخاص (مستشفى أو مركز) المصدر الرئيسي الذي تلجأ إليها النساء في الريف والحضر للحصول على وسائل منع الحمل؛ ويمكن أن يعزى ذلك إلى الوضع الاقتصادي الجيد والقدرة على تحمل تكاليف الحصول على الخدمات في القطاع الخاص، بينما كانت وكالة الغوث

[1] نصر، ميساء: **الخصوبة في محافظة طولكرم" مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية**. مرجع سابق. 2010.

(مركز أو مستشفى) المصدر الرئيسي الذي تلجأ إليه نساء المخيمات للحصول على تلك الوسائل؛ بسبب توفر خدمات تنظيم الأسرة من جهة وكالة الغوث بشكل مجاني.

جدول (15): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة واللاتي يستخدمن حاليا وسائل تنظيم الأسرة الصناعية حسب مكان الإقامة الحالي في الضفة الغربية، 2014.

مصدر الحصول على الوسيلة المستخدمة	الضفة الغربية %	حضر%	ريف%	مخيم%
مستشفى/ مركز صحي حكومي	22.5	23.3	26.1	5.4
مستشفى/ مركز صحي خاص	38.5	38.1	47.6	14
صيدلية	14.7	15.4	15.4	7.0
مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية	5.2	6.4	3.8	0.5
مستشفى/ مركز صحي تابع لوكالة الغوث	12.8	7.7	7.0	69.9
مستشفى/ مركز صحي إسرائيلي	5.5	7.9	0.0	3.2
أخرى	0.9	1.3	0.2	0.0
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014♦.

وإذ تم مقارنة نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1] تتفق أن القطاع الخاص هو المصدر الأساسي لحصول النساء في الضفة على وسائل تجنب الحمل أو تأخيره بنسبة 45.5% وعلى مستوى التجمعات يكون القطاع الخاص المصدر الرئيسي في الحضر بنسبة 45.3% وفي الريف بنسبة 52.6% وكانت وكالة الغوث المصدر الرئيسي في المخيمات بنسبة 59%، وتتفق مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[2] في أن القطاع الخاص من أهم المصادر الذي تحصل منه النساء الأردنيات على خدمات تنظيم الأسرة بنسبة 44%، بينما أظهرت نتائج دراسة **محمود حشمة** عن الصحة الإنجابية للمرأة

♦ نظرا لأن الوسائل التقليدية ليس لها مصدر للحصول عليها، قمنا بإعداد هذا الجدول على أساس مجموع الحصول على مصدر الوسائل الصناعية.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010 -التقرير الرئيسي**. مرجع سابق.

[2] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها لعام 2002[1]؛ أن الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة من أهم مصادر حصول النساء على خدمات تنظيم الأسرة بنسبة 27.5% لمجانية وسائل تنظيم الأسرة فيها.

7.3 المشكلات المواجهة أثناء استخدام النساء المتزوجات لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حاليا:

بلغت نسبة النساء المتزوجات التي صرحت أنها واجهت مشاكل جراء استخدامها لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة ب 16.2% من مجموع النساء المستخدمات لأي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. وعليه تشير النتائج المبينة في الجدول (16) وجود مشكلات جراء استخدام النساء لبعض وسائل منع الحمل، وهي أكثر ما تكون مشاكل مرتبطة بالآثار الجانبية التي تحدث مضاعفات صحية للمرأة؛ مما يدفع النساء لعدم الرضا عن الوسيلة التي تستخدمها، وأحيانا العزوف عن استخدامها وبالتالي نشوء حاجة غير ملباة للنساء.

جدول (16): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة واللاتي يستخدمن حاليا وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حسب المشاكل المواجهة من استخدام الوسيلة في الضفة الغربية، 2014.

المشاكل المواجهة أثناء الاستخدام	النسبة %
آثار جانبية	64.8
الوسيلة غير فعالة	1.6
اعتراض الزوج	0.4
عدم توفر أو صعوبة الوصول	0
التكلفة المرتفعة	0.9
عدم الارتياح لاستخدامها	13.3
أخرى	19.0
المجموع	**100**

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

[1] حشمة، محمود أمين: **الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات).** مرجع سابق. 2002.

وإذ تم مقارنة نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1]؛ تتفق أن المشكلات الصحية المشكلة الكبرى التي واجهت النساء المستخدمات لوسائل تجنب الحمل أو تأخيره بنسبة 68%، وتوافقت مع نتائج دراسة **رنا الوالي** عن تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين لعام 2013[2]؛ بأن المشاكل الصحية من أهم المشاكل التي واجهت السيدات المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة بنسبة 90.6%، وتوافقت مع نتائج دراسة **زينب سعدودي** عن موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل في الجزائر لعام 2007[3]؛ حيث كانت المشكلات الصحية من أهم المشكلات الناتجة عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة 72.7%، لأنه ولحد اللحظة لا يوجد وسيلة تنظيم أسرة لا يصحب استخدامها مضاعفات صحية على جسم المرأة.

8.3 أسباب عدم رغبة النساء المتزوجات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حاليا:

تشير النتائج المبينة في الجدول (17) أن حوالي 32.1% من مجموع النساء المتزوجات لا يرغبن في استخدام أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حاليا، وتنقسم في مجموعتين:

المجموعة أ): تضم ما نسبته 71.1% وهي المجموعة الأكبر، وتضم النساء المتزوجات اللاتي يقمن رأيا قاطعا اتجاه عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ وذلك لعدم وجود الحاجة لاستخدامها بسبب رغبة المرأة في إنجاب طفل آخر، أو وصول المرأة لسن الأمان وانتهاء فترة خصوبتها، أو عدم وجود الزوج مع الأسرة حاليا، وعقم الزوج /الزوجة، ومرض الزوج /الزوج، والرضاعة الطبيعية، والكبر في السن.

المجموعة ب): وتشمل المعيقات الرئيسية التي تحول دون رغبة استخدام باقي النساء المتزوجات في الضفة الغربية لوسائل تنظيم الأسرة وتشكل بمجموعها نسبة 22.9%؛ لأن هناك نساء ترجع حدوث الحمل أو عدمه ارتباطا بالقضاء والقدر، أو لخوف النساء من الأعراض الجانبية للوسيلة المستخدمة، أو عدم الارتياح للوسائل المتاحة، أو معارضة تنظيم الأسرة من

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010 –التقرير الرئيسي**. مرجع سابق.

[2] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. مرجع سابق. 2013.

[3] سعدودي، زينب: **موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل**. مرجع سابق. 2007.

الزوجة أو عدم موافقة الزوج، إلا أنه لم يلاحظ أي أثر لمعارضة استخدامها مع المعتقدات الدينية أو لارتفاع التكلفة أو صعوبة الوصول إليها كمعيق لاستخدام وسيلة منع الحمل، وهذا انعكاس لمقدرة النساء في الحصول عليها فهي منتشرة وبأسعار رمزية.

جدول (17): نسبة النساء (15-49) سنة المتزوجات اللاتي لا يستخدمن وسائل تنظيم أسرة حاليا حسب السبب الرئيس في عدم الرغبة في الاستخدام في الضفة الغربية، 2014.

السبب الرئيس في عدم الرغبة في الاستخدام	النساء اللواتي لا يرغبن في الاستخدام %
ترغب بإنجاب طفل آخر	33.4
الزوجة تعارض تنظيم الأسرة	0.5
الزوج غير موافق	3.1
الخوف من الآثار الجانبية	4.0
عدم توفرها/ صعوبة الوصول	0.1
التكلفة مرتفعة	0.4
عدم الارتياح للوسائل المتاحة	3.6
سن الأمان	4.0
الزوج غير موجود مع الأسرة حاليا	4.0
يتعارض مع المعتقدات الدينية	0
عقم الزوج/ الزوجة	2.4
القضاء والقدر	11.2
مرض الزوج/ الزوجة	6.9
الرضاعة الطبيعية	17.6
الكبر بالسن	2.8
أخرى	6.0
المجموع	**100**

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

ومن الملاحظ من استعراض المعيقات في المجموعة ب، أنه يمكن خفض ما يقارب ربع الأسباب (22.8%) إذا ما تم العمل على مضاعفة الجهود في التوعية والتثقيف الصحي، وتوصيل

الرسائل الصحية والمبنية على معلومات علمية دقيقة لحماية حق المرأة في الوصول إلى المعلومات وإتاحتها لها بشكل كامل؛ لجعلها أكثر إطلاعا على مختلف خيارات وسائل منع الحمل وفاعليتها، والمضاعفات الصحية التي تنطوي عليها، وإزالة بعض مخاوف المرأة التي قد تثيرها الشائعات أو المفاهيم الخاطئة، مما يجعلها أكثر وعيا وإدراكا لصحتها الإنجابية، وبالتالي التأثير في موقفها وإقبالها على استخدام وسائل منع الحمل.

وتتفق نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1]؛ بأن الرغبة بالإنجاب السبب الرئيسي الذي يمنع النساء من استخدام وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 39.5%، واتفقت مع نتائج دراسة **رنا الوالي** عن تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين لعام 2013[2]؛ أن الرغبة بالإنجاب السبب الرئيسي الذي يحول دون استخدام باقي النساء الفلسطينيات لوسائل تنظيم الأسرة بنسبة 54.3%، بينما كانت نتائج دراسة **محمود حشمة** عن الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حال: مخيم الوحدات) لعام 2002[3] في أن الوصول لسن اليأس كان السبب الرئيسي في عدم رغبة النساء في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 62%، ونتائج دراسة **Mustafa, et al** عن Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women in Karachi لعام 2008[4] في أن معارضة الزوج السبب الرئيسي في عدم استخدام النساء لوسائل التنظيم بنسبة 59%، وهي معيقات ترتبط برغبة المرأة اتجاه اقبالها على استخدام أوعدم استخدام وسيلة تنظيم الأسرة في كل منطقة شملتها الدراسات السابقة.

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010 –التقرير الرئيسي**. مرجع سابق.

[2] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. مرجع سابق. 2013.

[3] حشمة، محمود أمين: **الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات)**. مرجع سابق. 2002.

[4] Mustafa R., Afreen U., and Hashmi H.: ***"Contraceptive Knowledge, Attitude an Practice Among Rural Women"***. Ibid. 2008.

الفصل الرابع

العوامل المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية

1.4 المقدمة

2.4 العوامل الديموغرافية المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة

3.4 العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة

الفصل الرابع

العوامل المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية

1.4 المقدمة:

إن ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة، كما ذكرنا سابقا، ترتبط بعدد من العوامل منها: الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية التي تحيط بالمرأة، ومدى تفاعل وارتباط هذه المتغيرات مع بعضها بعضًا؛ تنعكس على مدى وعي وإدراك المرأة في حقوقها بالإنجاب بما يلائم وضعها الصحي ووضع العائلة الاقتصادي، وهذا يساعد مخططي البرامج السكانية والصحية للتأثير في معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة؛ من خلال زيادة فرص النساء في سهولة الوصول والحصول على وسائل تنظيم الأسرة لعائدها الكبير في تحقيق جودة حياة أفضل صحيا واجتماعيا واقتصاديا للمجتمع.

في هذا الفصل تم التطرق للعوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة، وبناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014؛ يمكن تقدير نسبة الممارسة عن طريق معرفة نسب النساء في الفئة العمرية (15–49) سنة، المتزوجات حاليا، واللواتي يستخدمن (أو يستخدم أزواجهن) إحدى الوسائل (الصناعية أو الطبيعية) لتنظيم الأسرة، وعادة ما يشار إليها بمعدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة. حيث تم دراسة نسبة ممارسة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا، وذلك حسب السؤال الذي وجه للمبحوث معهن من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014، حيث كان يتم السؤال بالشكل الآتي: (هل تفعلين الآن أي شيء أو تتبعين أي طريقة لتأخير الحمل أو تجنبه؟).

2.4 العوامل الديموغرافية المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة:

وتنحصر هذه العوامل في عمر الأم الحالي، عمر المرأة عند الزفاف الأول، عمر المرأة عند أول حمل، مدة الحياة الزوجية، عدد الأطفال الأحياء للمرأة، عدد الأطفال المتوفين للمرأة.

1.2.4 عمر الأم الحالي:

يعتبر متغير عمر الأم الحالي من العوامل الديموغرافية المؤثرة على نسبة استخدام الأمهات لوسائل تنظيم الأسرة، ويظهر الجدول (18) مدى فعالية تأثير زيادة العمر الحالي للأم على تزايد نسب الاستخدام؛ حيث إن نسبة الاستخدام تكون منخفضة في السنوات الأولى من عمر المرأة 28.4%؛ لأن المرأة غالبا لا تميل لاستخدام وسائل منع الحمل أو تأخيره قبل إنجاب المولود الأول، ثم تبدأ بالارتفاع تدريجيا كلما تقدمن في السن، لتصل نسبة الاستخدام أقصاها بين اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 35–39 سنة حوالي 79.7% ؛ حيث تتزايد رغبتهن في الاستخدام لأن حمل المرأة في هذا السن يجعلها أكثر تعرضا للمضاعفات الصحية وخاصة الإنسمام الحملي، وتمزق في الرحم وغيرها، ويكون الطفل أكثر احتمالا للإصابة بالحالات المرضية كنقص في الوزن أو الطول أو الإصابة بإحدى التشوهات الخلقية كمتلازمة داون، ثم تنخفض عنها في الفئة العمرية 40–44 إلى 74.3%، ويستمر انخفاضها في الفئة العمرية 45–49 لتصل إلى 61.5%؛ لأن النساء في هذا العمر يكنّ حصلن على العدد الكافي من الأطفال فيستمررن في استخدام وسائل منع الحمل.

ولتوضيح تأثير العمر الحالي للأم في نسب استخدام وسائل منع الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب العمر الحالي للأم. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (18) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في نسبة استخدام وسائل منع الحمل حسب العمر الحالي للأم.

وتتفق نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات** مع نتائج **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين عمر الأم الحالي ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة؛ حيث بلغت نسبة استخدم وسائل تنظيم الأسرة بين النساء اللواتي أعمارهن 15–19 سنة 14.6%، وفي عمر 20–24 سنة 36.6%، وعمر 25–29 سنة 50.5%، وعمر 30–34 سنة 55.8%، وعمر 35–39 سنة 64.1%، وعمر 40–44 سنة 66.5%، وعمر 45–49 سنة 46.9%.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **محمود حشمة** عن الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات) لعام 2002[2]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين عمر الأم الحالي ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة؛ حيث بلغت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء اللواتي أعمارهن أقل من 20 سنة 33.3%، وفي عمر 20–24 سنة 44.7%، وعمر 25–29 سنة 49.1%، وعمر 30–34 سنة 68.1%، وعمر 35–39 سنة 70.2%، وعمر 40–49 سنة 43.8%.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[3]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين عمر الأم الحالي ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة؛ حيث بلغت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء اللواتي أعمارهن 15–19سنة 57%، وعمر 20–24 سنة 60%، وعمر 25–29 سنة 56%، وعمر 30–34سنة 62%، وعمر 35–39 سنة 67%، وعمر 40–44 سنة 69%، وعمر 45–49 سنة 51%.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **رنا الوالي** عن تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين لعام 2013[4]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين عمر الأم الحالي ونسبة

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**، مرجع سابق.

[2] حشمة، محمود أمين: **الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات)**. مرجع سابق. 2002.

[3] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

[4] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. مرجع سابق. 2013.

استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة استخدم وسائل تنظيم الأسرة بين النساء اللواتي أعمارهن 35 سنة فأقل 36.7%، وأعمارهن أكبر من 35 سنة 73.8%.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **Tehrani, et al** عن factors influencing contraceptive in Tehran لعام 2000[1]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين عمر الأم الحالي ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، فكلما ارتفع عمر الأم الحالي زاد استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، لأنه مع تقدم عمر المرأة تزداد رغبتهن في استخدام وسائل منع الحمل للتحكم في خصوبتهن وخاصة بعد أن حصلن على العدد المرغوب فيه من الأطفال.

2.2.4 عمر المرأة عند الزفاف الأول:

المقصود هنا حسب السؤال الذي وجه للمبحوث معهن، هو العمر عند الزفاف الأول أو العمر عند الزواج الفعلي وليس بداية الخطبة والارتباط.

ويظهر الجدول (18) تباينَ نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عمر المرأة عند الزفاف الأول، إذ تبين أن العلاقة عكسية بين عمر المرأة عند الزفاف الأول ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، فالنساء اللواتي تزوجن عند عمر مبكر نسبيا 15 سنة فأقل بلغت نسبة استخدامهن لوسائل تنظيم 74.8%، ثم انخفضت نسبة الاستخدام إلى 27.7% بين النساء اللواتي تزوجن عند عمر 30سنة فأكثر؛ وذلك يعود إلى أن المتزوجات في عمر مبكر تزداد طول فترة خصوبتها وقدرتها على إنجاب عدد أكبر من الأطفال؛ لذلك لا بد لها في أن تستخدم وسائل منع الحمل لتنظيم عدد مواليدها، وبالمقارنة مع النساء اللواتي يتزوجن في عمر متأخر نسبيا فلا تتيح لديهن فترة الخصوبة مجالا واسعا في الحصول على العدد الكافي من الأطفال يتفق مع رغباتهن قبل وصولهن سن اليأس؛ الأمر الذي أدى لانخفاض نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة بينهن.

ولتوضيح تأثير العمر عند الزواج الأول للمرأة في نسبة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا، تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على

[1] Tehrani F., Farahani F., Hashemi M.: " ***factors influencing contraceptive in Tehran*** ", Ibed. 2000.

مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في نسبة استخدام وسائل منع أو تأخير الحمل حسب العمر عند الزواج الأول، ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (18) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب العمر عن الزواج الأول؛ وذلك يعود للعوامل التي ذكرت سابقا.

وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسة **رشود الخريف** عن ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات دراسة لبيانات المسح الديموغرافي لعام 1999[1]، إذ بينت الدراسة أن عمر المرأة عند الزواج الأول له تأثير عكسي على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي تزوجن في عمر أقل من 18 سنة 19.1%، وفي عمر 18–24 سنة 20.9%، وعمر 25 سنة فأكثر بلغت 14.9%.

ولا تتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[2]، إذ بينت الدراسة أن عمر المرأة عند الزواج الأول ليس له أي تأثير معنوي إحصائيا على نسبة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي تزوجن في عمر أقل من 15 سنة 61%، وفي عمر 15–19 سنة 61%، وعمر 20–24 سنة 60%، وعمر 25–29 سنة 62%، وعمر 30–34 بلغت 14.9%.

---

[1] رشود، محمد الخريف: "***ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م***"، مرجع سابق. 2001.

[2] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

الجدول (18): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وفق المتغيرات الديموغرافية، 2014.

المتغير	نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة %		
	قيمة مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
1. عمر المرأة الحالي	**625.898**	**12**	**(0.000*)**
19-15	28.4		
24-20	52.0		
29-25	67.4		
34-30	69.7		
39-35	79.7		
44-40	74.3		
49-45	61.5		
2. عمر المرأة عند الزفاف الأول	**549.007**	**8**	**(0.000*)**
أقل من 15	74.8		
19-15	73.0		
24-20	65.4		
29-25	54.7		
30 فأكثر	27.7		
3. عمر المرأة عند أول حمل	**489.084**	**12**	**(0.000*)**
14-10	77.8		
19-15	76.6		
24-20	70.4		
29-25	57.1		
34-30	43.7		
39-35	33.3		
44-40	28.6		
49-45	0		

4. مدة الحياة الزوجية	**463.815**	**10**	**(*0.000)**
4-0	45.4		
9-5	64.5		
14-10	72.6		
19-15	76.8		
24-20	78.5		
25 فأكثر	70.5		
5. عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة	**7981.579**	**10**	**(*0.000)**
0	1.2		
1	38.0		
2	61.6		
3	72.1		
4	77.8		
5 فأكثر	79.8		
6. عدد الأطفال المتوفين	**1.682**	**4**	**(0.794)**
0	67.6		
1	70.8		
2 فأكثر	69.2		

المصدر: من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014.

*** دالة على مستوى المعنوية 0.05.**

3.2.4 عمر المرأة عند أول حمل:

يظهر الجدول (18) تباينَ نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عمر المرأة عند أول حمل، إذ تبين أن العلاقة عكسية بين عمر المرأة عند أول حمل ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، فكلما ارتفع عمر المرأة عند أول حمل تقل نسبة استخدام النساء لوسائل منع الحمل، حيث أن النساء اللواتي يحملن في عمر مبكر ترتفع لديهن فرص الإنجاب، فيتجهن لاستعمال وسائل منع

الحمل لتنظيم سلوكهن الإنجابي، وبعد حصولهن على العدد الكافي الذي يرغبن به من الأطفال. مقارنة بالنساء اللواتي يحملن في وقت متأخر سيقل استخدامهن لوسائل منع الحمل محاولة للحصول على عدد كافي من الأطفال ليلائم فرص الإنجاب التي تقل لديهن.

ولتوضيح تأثير عمر المرأة عند أول حمل في نسب الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة، تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب العمر عند أول حمل، ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (18) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب العمر عند أول حمل.

4.2.4 مدة الحياة الزوجية:

وهي المدة التي تقضيها المرأة مع زوجها دون انفصال، ويظهر الجدول (18) تباين نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب مدة الحياة الزوجية، إذ تبين أن العلاقة طردية بين مدة الحياة الزوجية ونسبة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة، حيث كلما قلت مدة الحياة الزوجية للنساء تنخفض نسبة الاستخدام بينهن؛ لأن معظم النساء يتجهن في بداية حياتهن الزوجية لإنجاب عدد من الأطفال لتأكيد قدرتها على الإنجاب، وبزيادة مدة الحياة الزوجية يتزايد عدد الأطفال المنجبين ويكون العدد المرغوب به من الأطفال من وجهة نظر الزوجين قد اكتمل وبالتالي تتزايد نسب الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة.

ولتوضيح تأثير مدة الحياة الزوجية في نسب استخدام وسائل منع الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في استخدام وسائل تنظيم الأسرة العمر حسب مدة الحياة الزوجية. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (18) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب مدة الحياة الزوجية.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[1]، إذ تبين وجود علاقة طردية بين نسبة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة ومدة حياتهن الزوجية؛ حيث بلغت نسبة استخدام النساء اللواتي بلغت مدة حياتهن الزوجية 0–4 سنة 59%، 5–9 سنة 57%، 10–14 سنة 61%، 15–19 سنة 65%، 20–24 سنة 67%، و25 سنة فأكثر 58%.

5.2.4 عدد الأطفال الأحياء للمرأة:

يقصد بعدد الأطفال الأحياء للمرأة هو عدد المواليد المنجبين أحياء للأم من الذكور والإناث والذين يعيشون داخل الأسرة وخارجها، ويلعب ذلك العامل دورا في التأثير على نسبة استخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة، حيث تبين من الجدول (18) وجود علاقة طردية بين عدد الأطفال الأحياء للمرأة ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة؛ وذلك يعود إلى اكتفاء الأم بعدد الأطفال المنجبين لها وعدم قدرتها الجسدية خاصة مع تقدم العمر على إنجاب المزيد من الأطفال، وعدم القدرة على تحمل أعباء وتكاليف الحمل والولادة من جديد. وأن عدد الأطفال الأحياء للمرأة له تأثير طردي على نسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة

ولتوضيح تأثير عدد الأطفال الأحياء في نسب استخدام وسائل منع الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في استخدام وسائل تنظيم الأسرة العمر حسب عدد الأطفال الأحياء. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (18) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء.

[1] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

وتتفق نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات** مع نتائج **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين عدد الأطفال الأحياء للمرأة ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة استخدم وسائل تنظيم الأسرة بين النساء اللواتي ليس لديهن أي طفل 1%، وطفل 18.6%، وطفلين 45.3%، وثلاثة أطفال 51.5%، وأكثر من أربعة أطفال 65.5%.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة **رنا الوالي** عن تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين لعام 2013[2]، إذ تبين أن عدد الأطفال الأحياء للمرأة له تأثير طردي على استخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ حيث بلغت نسبة استخدام النساء اللواتي رزقن بعدد 5 مواليد أحياء فأكثر بلغت 35.9%، واللواتي رزقن بأقل من 5 مواليد أحياء بلغت 32.2%.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[3]، إذ تبين أن عدد الأطفال الأحياء للمرأة له تأثير طردي على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة استخدام النساء اللواتي لم يرزقن بأطفال 33%، واللواتي رزقن بطفل 53%، وطفلين 59%، وثلاثة أطفل 62%، وأربعة أطفال 60%، وخمسة أطفال فأكثر 62%.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج **Tehrani, et al** عن factors influencing contraceptive in Tehran لعام 2000[4]، إذ تبين أن عدد الأطفال الأحياء للمرأة له تأثير طردي على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث إنه كلما ازداد عدد الأطفال الأحياء للمرأة تتزايد نسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة.

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير النهائي**. مرجع سابق.

[2] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. مرجع سابق. 2013.

[3] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

[4] Tehrani F., Farahani F., Hashemi M.: *" **factors influencing contraceptive in Tehran**"*, Ibid. 2000.

6.2.4 عدد الأطفال المتوفين للمرأة:

ويقصد بعدد الأطفال المتوفين للمرأة؛ هو عدد الأطفال الذين ظهرت عليهم إحدى علامات الحياة وتوفوا بعد ذلك، ويظهر الجدول (18) تباين نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات حسب عدد الأطفال المتوفين لهن.

ولتوضيح تأثير عدد الأطفال المتوفين في نسب استخدام وسائل منع الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الأطفال المتوفين. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (18) نقبل الفرضية الصفرية، حيث إن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة لا يتأثر بعدد الأطفال المتوفين؛ لأن النساء تستخدم وسائل منع الحمل بقصد المباعدة بين المواليد وليس للحد من عددهم مما يعني استمرار المرأة بالإنجاب بغض النظر عن عدد حالات الوفاة بين أطفالها.

وتختلف نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **رشود الخريف** عن ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات دراسة لبيانات المسح الديموغرافي لعام 1999م[1]، إذ تبين وجود علاقة عكسية بين عدد الأطفال المتوفين للمرأة ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، فبلغت نسبة استخدام النساء المتزوجات اللاتي لم يتوفَّ لهن أي طفل 20.4%، واللاتي لديها طفل متوفى 12.1%، واللاتي لديها طفلان أو أكثر متوفوَّن 13.4%.

وتختلف نتائج الدراسة مع نتائج **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[2]، إذ تبين وجود علاقة عكسية بين عدد الأطفال المتوفين للمرأة ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، فبلغت نسبة استخدام النساء

---

[1] رشود، محمد الخريف: "***ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م***"، مرجع سابق. 2001.

[2] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

المتزوجات اللاتي لم يتوفَّ لهن أي طفل 62%، واللاتي لديها طفل متوفى 56%، واللاتي لديها طفلان أو أكثر متوفَّون 60%.

3.4 العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في نسبة ممارسة النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة:

وتنحصر هذه العوامل في المستوى التعليمي للأم، عدد الذكور الأحياء، عامل الرغبة في الإنجاب، عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج، الثقافة الجنسية، مستوى المعيشة، مكان الإقامة الحالي، والمحافظة.

1.3.4 المستوى التعليمي للأم:

يقصد بالمستوى التعليمي هو أعلى مرحلة دراسية وصلت لها للأم، ويظهر الجدول (19) أن ارتفاع المستوى التعليمي للأم؛ ذا إيجابية في التأثير على زيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ لأن التعليم يجعل المرأة أكثر وعيا وإدراكا لوضعها الصحي بأن كثرة الإنجاب تضر بصحتها وصحة طفلها، كما وينعكس على وضعها الاقتصادي والاجتماعي من خلال مشاركتها في سوق العمل، وقدرتها على مشاركة الرجل في اتخاذ القرارات المتعلقة بسلوكها الإنجابي للتوفيق بين الأمور المنزلية وعملها خارج المنزل وبالتالي يصبح قرار الإنجاب أكثر عقلانية فتتجه لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة لترشيد سلوكها الإنجابي.

وعلى الرغم من ارتفاع نسب الاستخدام بين النساء المتعلمات بشكل عام، إلا أنه يبدو أن الحصول على الشهادة الثانوية أو الجامعية لا يؤدي إلى زيادة في الاستخدام مقارنة بالنساء الحاصلات على الشهادة الإعدادية، وتفسر تلك النتيجة بأن ارتفاع التحصيل العلمي وزيادة المدة التي تقضيها الأنثى في الدراسة يؤثر على ارتفاع أعمارهن عند الزواج، مما يقلل مدة فترة خصوبتهم وهذا يزيد من رغبتهن في الحصول على العدد الكافي من الأطفال قبل الوصول إلى سن اليأس، مما أدى إلى انخفاض نسبة استخدامهن لوسائل تنظيم الأسرة.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب مستوى تعليم الزوجة تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي للأم، ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (19) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي.

وتتفق نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين المستوى التعليمي للمرأة ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة الاستخدام بين النساء الأميات 48.6%، وذوات المستوى الابتدائي 55.3%، والثانوي فأعلى 49.8%.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[2]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة والمستوى التعليمي لديهن، حيث بلغت نسبة الاستخدام بين النساء الأميات 57%، وذوات المستوى الابتدائي 56%، والإعدادي 60%، والثانوي 65%، والجامعة والدراسات العليا 65%.

وتتفق مع نتائج دراسة **رشود الخريف** عن ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات دراسة لبيانات المسح الديموغرافي لعام 1999م[3]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة والمستوى التعليمي لديهن، حيث بلغت نسبة الاستخدام

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير النهائي**. مرجع سابق.

[2] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

[3] رشود، محمد الخريف: "***ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م***"، مرجع سابق. 2001.

بين النساء الأميات 10.7%، وذوات المستوى الابتدائي 23.9%، والإعدادي 26.5%، والثانوي 26.9%، والجامعة فما فوق 25.3%.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **محمود حشمة** عن الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات) لعام 2002[1]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة والمستوى التعليمي لديهن؛ حيث بلغت نسبة الاستخدام بين النساء الأميات 38.7%، والتعليم الثانوي فأقل 53.8%، وأعلى من ثانوي 71.4%.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **الأخضر زكور** عن دور التعليم العالي في تنظيم الأسرة الجزائرية لعام 2004[2]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة والمستوى التعليمي لديهن؛ حيث بلغت نسبة الاستخدام بين النساء الأميات 57%، وذوات المستوى الابتدائي 56%، والإعدادي 60%، والثانوي 65%، والجامعة والدراسات العليا 65%.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **رنا الوالي** عن تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين لعام 2013[3]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة والمستوى التعليمي لديهن؛ حيث بلغت نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي قضين 9 سنوات تعليم فأقل 13.4%، واللواتي قضين 10 سنوات تعليم فأكثر 55.7%.

وتتفق نتائج الدراسة مع ونتائج دراسة **Tehrani, et al** عن factors influencing contraceptive in Tehran لعام 2000[4]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة والمستوى التعليمي لديهن.

---

[1] حشمة، محمود أمين: **الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات)**. مرجع سابق. 2002.

[2] زكور، الأخضر: ***دور التعليم العالي في تنظيم الأسرة الجزائرية***. مرجع سابق. 2007.

[3] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. مرجع سابق. 2013.

[4] Tehrani F., Farahani F., Hashemi M.: *" **factors influencing contraceptive in Tehran**",* Ibid. 2000.

الجدول (19): نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وفق المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، 2014.

المتغير	نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة %		
	قيمة مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
المستوى التعليمي للأم	**28.947**	**6**	**(0.000*)**
ابتدائي	64.7		
إعدادي	71.5		
ثانوي	68.6		
عالي	65.9		
عدد الذكور الأحياء	**3219.187**	**4**	**(0.000*)**
0	31.6		
1	62.3		
2	74.2		
3 فأكثر	81.8		
الرغبة في الإنجاب	**1184.383**	**8**	**(0.000*)**
ترغب في إنجاب طفل أخر	51.9		
عدم الرغبة في إنجاب طفل آخر	81.5		
لم أقرر بعد	75.6		
غير قادرة على الحمل	12		
عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج	**4.402**	**3**	**(0.221)**
1	45.8		
2	38.9		
3	0		
الثقافة الجنسية	**7.068**	**2**	**(0.029*)**
سمعت بالأمراض المنقولة جنسيا	68.1		
لم تسمع بالأمراض المنقولة جنسيا	60.3		

المستوى المعيشي	154.908	8	(*0.000)
الأفقر	36.4		
الثاني	64.0		
متوسط	63.8		
الرابع	66.8		
الأغنى	73.3		

المصدر: من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

*** دالة على مستوى المعنوية .0.05**

2.3.4 عدد الذكور الأحياء:

يظهر الجدول (19) أن عدد الذكور في الأسرة يؤثر طرديا على نسبة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة وعدد الذكور الأحياء لديهن، وبالتالي تقل نسب استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة مع عدم وجود أو قلة عدد الذكور في الأسرة؛ وذلك لأن العائلة الفلسطينية ما زالت تميل لتفضيل إنجاب الأطفال الذكور للحفاظ على الامتداد العائلي مستقبلا وهو ما يزيد من عزوتها ومركزها في المجتمع، والى اعتباره قوة إنتاجية تساعد في مضاعفة دخل الأسرة، ولكونه قواما على بيته وأخواته وتقع على عاتقة مسؤولية رعاية والديه وخدمتهم عند اكبر.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الذكور الأحياء في الأسرة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الذكور الأحياء، ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (19) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الذكور الأحياء في الأسرة.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **منير كرادشه** عن الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للأزواج الذكور وعلاقتها باستعمال موانع الحمل في الأردن لعام 1989، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة وعدد الذكور الأحياء لديهن.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[1]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة وعدد الذكور الأحياء لديهن، فبلغت نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي لديهن أكثر من ذكرين 63%، واللاتي لديها ذكران نسبة 62%، واللاتي لديها ذكر واحد 55%، وليس لها أيُّ ذكر 56%.

3.3.4 عامل الرغبة في الإنجاب:

تلعب رغبة الأم في الإنجاب دورا كبيرا في نسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، ورغبة الأم في الإنجاب تتبع عدة أبعاد، وهي البعد الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والصحي.

ويظهر الجدول (19) أن عامل رغبة الأم في الإنجاب يؤثر عكسيا على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، فالنساء اللواتي لا يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة بنسبة أكبر؛ لأن المرأة تكون قد اكتفت بالعدد المتوفر عندها من الأطفال.

ولتوضيح تأثير الرغبة في الإنجاب على نسب استخدام وسائل منع الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين الرغبة في الإنجاب واستخدام وسائل منع الحمل. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (19) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل والرغبة في الإنجاب؛ لأن عملية إنجاب المواليد تتم وفق تخطيط عقلاني بما يلائم وضع الأسرة الاقتصادي لارتفاع كلفة تنشئة الأطفال من غذاء وكساء وصحة وتعليم.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[2]، إذ بينت الدراسة

---

[1] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

[2] المرجع نفسه.

وجود علاقة عكسية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ورغبتها في إنجاب المزيد من الأطفال مستقبلا، فبلغت نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي لا يرغبن في مزيد من الأطفال 61% واللاتي يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال بنسبة 56%.

4.2.4 عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج:

يظهر الجدول (19) تفاوتًا في نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الزوجات في عصمة الزوج، ولتوضيح الفروق ما بين النساء المتزوجات في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج، ومن خلال نتائج مربع كاي نقبل بالفرضية الصفرية لعدم وجود علاقة بين نسبة ممارسة تنظيم الأسرة وعدد النساء الأخريات في عصمة الزوج.

ويمكن تفسير ذلك أن استخدام وسائل تنظيم الأسرة شائع بين النساء، بغض النظر عن عدد الزوجات في عصمة الزوج، وأن لكل زوجة عدد ترغب فيه من الأطفال لتثبت قيمتها في الحياة الاجتماعية في المجتمع.

5.3.4 الثقافة الجنسية:

إن عامل الثقافة الجنسية ومدى معرفة النساء بوجود أمراض يمكن أن تنتقل عن طريق الجنس من العوامل المؤثرة التي يمكن الأخذ بها بعين الاعتبار عند دراسة نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الضفة الغربية، مما يؤثر بمدى الإصابة بعدوى تلك الأمراض عند حدوث الاتصال الجنسي بين الزوجين دون استخدام وسيلة تنظيم أسرة، خاصة الواقي الذكري على صحة الأم والطفل خاصة إذا كانت الأم حامل به، ولكن هذا المتغير يتم إهماله في العديد من الدراسات.

وكما هو موضح في الجدول(19) فإن احتمالية استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة تزداد بين اللواتي سبق أن سمعن عن الأمراض المنقولة جنسيا؛ وذلك لتجنب احتمالية الإصابة بها.

ولتوضيح تأثير الثقافة الجنسية على نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين معرفة النساء المتزوجات بالأمراض التي يمكن أن تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي واستخدام وسيلة تنظيم أسرة. ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (19) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب الثقافة الجنسية.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **رنا الوالي** عن تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين لعام 2013[1]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ومعرفتها بالثقافة الجنسية، إذ بلغت نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي سمعن عن الأمراض المنتقلة بالجنس 57.7% وبين النساء اللواتي لا يعرفن 10.5%.

6.3.4 مستوى المعيشة:

يبين الجدول (19) تفاوتًا في نسب استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حسب مستوى المعيشة للأسرة، إذ تبين وجود تأثير طردي ما بين استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ومستوى معيشة الأسرة؛ حيث إن اختيار التنظيم يرتفع بين النساء ذات مستوى المعيشة المرتفع، في حين يقل بين النساء ذات مستوى المعيشة المنخفض؛ لأن الأسر التي تتمتع بمستوى معيشة مرتفع فإن رغبتهم في إنجاب الأطفال تقل؛ وذلك لارتفاع كلفة تنشئة الأطفال لدى الأسر الغنية أكثر من غيرهم لذا يتجهون لتنظيم سلوكهم الإنجابي باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، بينما الأسر الفقيرة فإنها تتطلع إلى إنجاب المزيد من الأطفال باعتبارهم قوة منتجة تساعد في إعالة الأسرة.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء المتزوجات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب مستوى المعيشة تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء المتزوجات في نسبة استخدام وسيلة تنظيم الأسرة حسب مستوى المعيشة، ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (19) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية

[1] الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين**. مرجع سابق. 2013.

البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب مستوى المعيشة.

وتتفق نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات** مع **نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين مستوى المعيشة للمرأة ونسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة الاستخدام بين النساء المتزوجات ذات مستوى المعيشة الأغنى 60%، والمستوى الرابع 54.2%، والمستوى الثالث 51.5%، والمستوى الثاني 49.4%، والأفقر 47.1%.

تتفق هذه الدراسة مع دراسة **رشود الخريف** عن ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات دراسة لبيانات المسح الديموغرافي لعام 1999م[2]، إذ تبين وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ومستوى المعيشة، إذ بلغت نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي ذات مستوى المعيشة الأغنى 60%، والمستوى الرابع 54.2%، والمستوى الثالث 51.5%، والمستوى الثاني 49.4%، والأفقر 47.1%.

7.3.4 مكان الإقامة الحالي:

يقصد بمكان الإقامة في هذه الدراسة الأنماط الثلاثة للتجمعات السكانية الموجودة في الضفة الغربية والتي تقسم هنا إلى: حضر، ريف، ومخيمات. ويظهر الشكل (3) ارتفاع نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في التجمعات السكانية الثلاثة مع وجود تفاوت بسيط فيما بينها، وذلك يعود لعدم وجود تفاوت ما بين النساء المتزوجات قي تلك التجمعات من حيث ارتفاع المستوى التعليمي، ومواكبة التطور التكنولوجي الحاصل على وسائل التواصل الاجتماعي مما جعل النساء المتزوجات أكثر وعيا وإدراكا بحقوقها الإنجابية، وبالتالي تزداد حجم المعرفة حول وسائل منع الحمل المتنوعة ومصادر الحصول على الخدمات وهذا ما يجعل النساء أكثر مقدرة في الوصول لحجم الأسرة المثالي حسب تصورها.

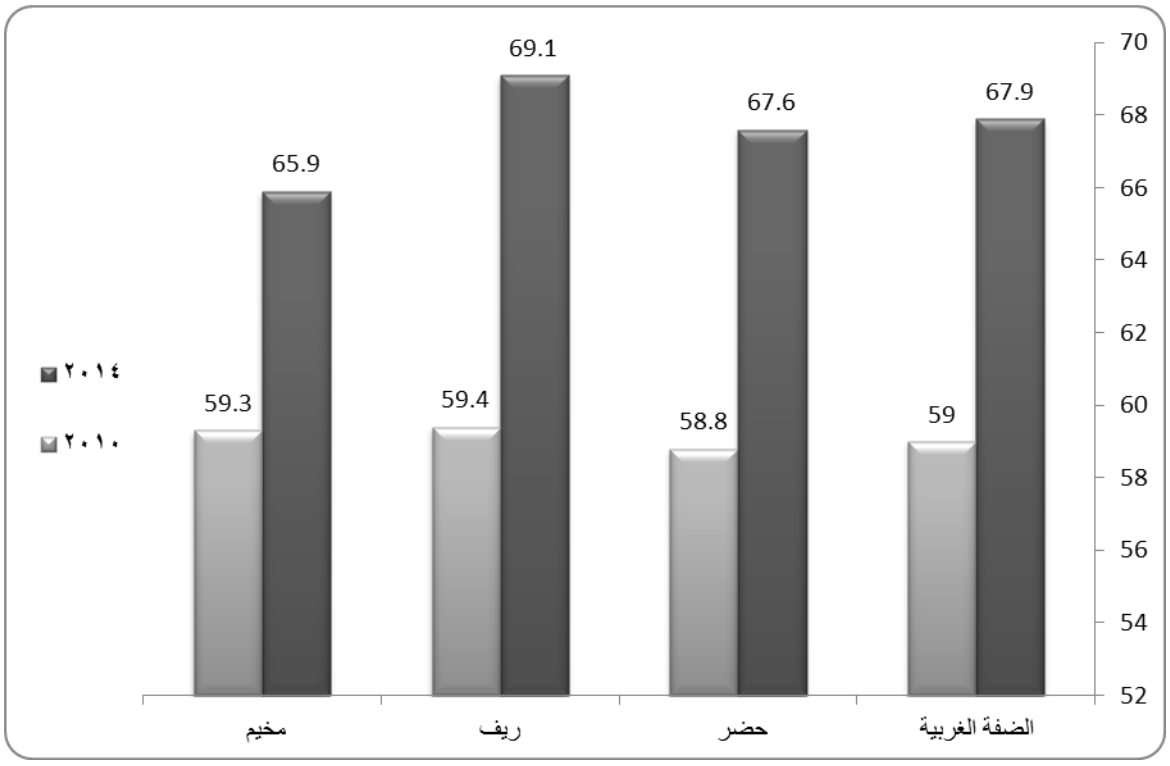
---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير النهائي**. مرجع سابق.

[2] رشود، محمد الخريف: "***ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م***"، مرجع سابق. 2001.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء المتزوجات في نسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة حسب مكان الإقامة الحالي في المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء المتزوجات في نسبة استخدامها لوسيلة تنظيم الأسرة على مستوى مكان الإقامة الحالي، ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (21) نقبل الفرضية الصفرية.

وتتفق نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1] بارتفاع نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في التجمعات السكانية الثلاثة مع وجود تفاوت بسيط فيما بينها، ويظهر الشكل (3) أن أكبر نسبة استخدام في الريف بنسبة 59.4%، ثم في المخيم بنسبة 59.3 %، ثم بالحضر بنسبة 58.8 %.



شكل (3): نسبة النساء المتزوجات حاليا(15-49) حسب وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وفق متغير مكان الإقامة الحالي في الضفة الغربية 2014،2010

المصدر: من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي.** مرجع سابق.

في حين تختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة **خضر عودة** عن مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية لعام 1998[1]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ودرجة التحضر، حيث بلغت نسبة الاستخدام في مدينة قلقيلية 62.2% وفي القرى الكبيرة بلغت 54.3%، والقرى الصغيرة والخرب 37.7%.

وتختلف هذه الدراسة مع دراسة **ميساء نصر** عن الخصوبة في محافظة طولكرم" مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية 2010[2]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ودرجة التحضر، حيث بلغت نسبة الاستخدام في المدينة 69.4%، وفي القرى 44.7%، وفي المخيمات 38.2%.

وتختلف هذه الدراسة مع دراسة **منير كرادشه** عن الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للأزواج الذكور وعلاقتها باستعمال موانع الحمل في الأردن لعام 1989[3]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ودرجة التحضر، حيث بلغت نسبة الاستخدام في المدن الكبرى 16.84%، وفي المدن الأخرى 5.3%، وفي الريف بلغت 4.75%.

وتختلف هذه الدراسة مع دراسة **هيفاء بطارسة** عن الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن لعام 1998[4]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ودرجة التحضر، حيث بلغت نسبة الاستخدام في المدن الكبرى 65%، وفي الريف بلغت 55%.

تختلف هذه الدراسة مع دراسة ونتائج دراسة **رشود الخريف** عن ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات دراسة لبيانات المسح الديموغرافي لعام 1999م[5]، إذ بينت

---

[1] عودة، خضر: **مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية**. مرجع سابق. 1998.

[2] نصر، ميساء: **الخصوبة في محافظة طولكرم" مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية**. مرجع سابق. 2010.

[3] كرادشة، منير: **الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للأزواج الذكور وعلاقتها باستخدام موانع الحمل في الأردن**. مرجع سابق. 1989.

[4] بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن**. مرجع سابق. 1998.

[5] رشود، محمد الخريف: "***ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م***"، مرجع سابق. 2001.

الدراسة وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ودرجة التحضر، حيث بلغت نسبة الاستخدام في الحضر 22.9% وفي الريف 11.8%.

تختلف هذه الدراسة مع نتائج دراسة **Casterlin, et al** عن Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan (A Study in Punjab) لعام 2001[1]، إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية ما بين نسبة استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة ودرجة التحضر، فبلغت في الحضر 50% وفي الريف 31%.

8.3.4 المحافظة:

يظهر الجدول (20) تباينَ نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب مكان إقامة النساء المتزوجات في المحافظات، إذ بلغت أعلى نسبة استخدام لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات اللواتي يقمن في محافظة قلقيلية؛ وذلك بسبب زيادة التوجه نحو التعليم والثقافة وأثره في وعي المرأة بصحتها الإنجابية، وترتفع نسبة استخدام النساء في محافظة رام الله على التوالي؛ وذلك يعود لتوفر مراكز الأمومة والطفولة والخدمات الصحية فيها بشكل واسع مما شجع النساء على ذلك، ولارتفاع المستوى التنموي فيها وبالتالي ارتفاع مستوى المعيشة؛ حيث يتمتع سكانها بحرية التنقل وسهولة الاتصال وتوفر خدمات تنظيم الأسرة بشكل أكبر لذلك ترتفع نسب الاستخدام فيها، وبلغت أدنى نسبة استخدام لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات اللواتي يقمن في محافظتي أريحا وطوباس؛ لأنهما تعتمدان على النشاط الزراعي، والعمل فيه بحاجة لمزيد من الأطفال، وبالتالي استخدامهم لوسائل تنظيم الأسرة قليل مقارنة مع باقي المحافظات، إضافة إلى ارتفاع نسبة الأمية حيث بلغت نسبتها لعام 2014 في محافظة طوباس (5.5%)[2] وأريحا (6.0%)[3] بينما بلغت نسبتها في رام الله (3.4%)[4] وقلقيلية (3.3%)[5].

---

[1] Casterline J., Sathar Z., ulHague M: " ***Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan (A Study in Punjab)***", **Studies in Family Planning**, Ibid. 2001.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015 .**كتاب محافظات شمال الضفة الغربية الإحصائي السنوي**، 2014. رام الله – فلسطين.

[3] المرجع نفسه.

[4] المرجع نفسه.

[5] المرجع نفسه.

ولإثبات الفروق ما بين النساء المتزوجات على مستوى المحافظة في نسبة استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء المتزوجات على مستوى المحافظة في نسبة استخدامها لوسيلة تنظيم الأسرة، ومن خلال نتائج مربع كاي في الجدول (21) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة استخدامها لوسيلة تنظيم الأسرة.

الجدول (20): نسب النساء المتزوجات (15-49) سنة حسب وضع الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وفق متغير المحافظة، 2014.

المحافظة	نعم	لا
جنين	68.8	31.2
طوباس	61.6	38.4
طولكرم	70.3	29.7
نابلس	66.6	33.4
قلقيلية	75.4	24.6
سلفيت	69.0	31.0
رام الله	73.2	26.8
أريحا	52.2	47.8
القدس	68.5	31.5
بيت لحم	67.9	32.1
الخليل	65.9	34.0

المصدر: من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014.

جدول (21) نتائج اختبار مربع كاي حسب نسبة استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة حاليا وفق متغير مكان الإقامة الحالي، والمحافظة، 2014

المتغير	مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
مكان الإقامة الحالي	5.090	4	0.278
المحافظة	976.101	20	*0.000

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014.

*** دالة على مستوى المعنوية 0.05.**

وتتفق نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع **مسح الأسرة الفلسطيني 2010**[1] بوجود تفاوت بين نساء المحافظات في نسبة قيامها باستخدام وسائل لتنظيم الأسرة، حيث كانت أعلاها في بيت لحم 67.7%؛ وذلك لوجود نسبة عالية من السكان المسيحيين في هذه المحافظة، وأدناها في الخليل 51.7%؛ وذلك يعود إلى الرغبة الكبيرة لدى سكان محافظة الخليل في المزيد من عدد المنجبين، وهذا ما اتضح في نتائج دراسة أحمد أغريب 2010[2] بعنوان "تحليل محددات تفضيل الإنجاب في محافظة الخليل"، تبين أن 48.3% من مجموع الأسر في المحافظة لديها رغبة بالمزيد من الأطفال علاوة على ما هو موجود، وأن 22.08% من مجتمع الدراسة أبدت رغبتها في الإنجاب غير المحدود وهي الأعلى في الضفة الغربية، وقد لعب عامل العزوة (حب الذكورة وكثرة الرجال)، وضغط المجتمع، والمعتقدات الدينية الدور الأهم في الدفع باتجاه قرار تفضيل الإنجاب.

وبمقارنة نتائج **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014** مع نتائج دراسة **خضر عودة** عن مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية لعام 1998[3]، تبين أن 51.4% من مجموع النساء في المحافظة عرفن واستخدمن الوسائل المختلفة، وهذا يعني استمرار استخدام نساء محافظة قلقيلية لوسائل منع الحمل.

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي.** مرجع سابق.

[2] أغريب، أحمد عبد القادر: ***"تحليل محددات تفضيل الإنجاب في محافظة الخليل"*، مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية.** 1مج 2. يناير 2010م/ 75-106.

[3] عودة، خضر: **مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية.** مرجع سابق. 1998.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

1.5 النتائج

2.5 التوصيات

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

1.5 النتائج:

أما أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة كانت كما يأتي:

- معرفة النساء المتزوجات بأي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة بلغت 99.5%، وكانت وسيلة اللولب من أكثر الوسائل معرفة بين النساء وبلغت 99.5%، ثم الحبوب بنسبة 98.7%.

- كانت النساء المقيمات في الحضر يفضلن القطاع غير الحكومي مصدرًا للحصول على المعلومات عن الوسائل المتنوعة لمنع الحمل، بينما نساء الريف يفضلن القطاع الحكومي، ونساء المخيمات يفضلن مراكز وكالة الغوث.

- كانت المواقف تجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة على درجة عالية من الإيجابية، ويستنبط من ذلك ارتفاع نسبة النساء اللواتي يوافقن على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 88.9%، وارتفاع نسبة الأزواج الذين يوافقون على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 79.2%، ونسبة موافقة الأسر على استخدام وسائل التنظيم بنسبة 78%.

- أظهر اختبار مربع كاي أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين موافقة النساء على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة والمتغيرات التالية:

  - عمر المرأة الحالي، فكلما تزايد عمر المرأة الحالي تتزايد موافقة النساء على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة.

  - مستوى المرأة التعليمي، فكلما تزايد مستوى تعليم المرأة تتزايد موافقة النساء على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة.

- مكان الإقامة، فكلما تزايد مستوى التحضر تتزايد موافقة النساء على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة، حيث إن النساء الحضريات كن على اتجاه أكثر إيجابية من نساء الريف والمخيمات.

- أظهر اختبار مربع كاي أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين موافقة الزوج على أن يستخدم الأزواج وسائل تنظيم الأسرة ومستوى المرأة التعليمي، فكلما تزايد مستوى تعليم المرأة زادت موافقة الزوج على تنظيم الأسرة.

- قرار تنظيم الأسرة يكون قرارا مشتركا بين الزوجين بنسبة 77.8%، وأظهر اختبار مربع كاي أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مشاركة الأزواج في اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة والمتغيرات الآتية:

  - مكان الإقامة، تزداد مشاركة الأزواج في اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة مع تزايد درجة التحضر، حيث إن الأزواج المقيمون في الحضر يتشاركون في القرار أكثر من الذين يقيمون في الريف ثم المخيم.

  - المستوى التعليمي للمرأة، إذ أظهر اختبار مربع كاي أن مع تزايد المستوى التعليمي للمرأة تزداد مشاركة الأزواج في اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

- بلغت نسبة ممارسة النساء لوسائل تنظيم الأسرة سابقا 34.1%، بينما بلغت نسبة ممارسة النساء لوسائل تنظيم الأسرة حاليا 59.7%.

- تبين أن الوسائل الصناعية هي الأكثر استخداما حاليا بين النساء المتزوجات بنسبة 45%، وكان اللولب من أكثر الوسائل الصناعية المستخدمة بين النساء في الضفة الغربية بنسبة 30.5% ثم الحبوب بنسبة 6.8%، بينما بلغت نسبة استخدام الوسائل الطبيعة 15.4%، وكان القذف الخارجي من أكثرها استخداما بنسبة 8.9%.

- كان اللولب أكثر الوسائل استخداما في الحضر عن باقي التجمعات، ويليها الحبوب حيث كانت أكثر استخداما في المخيمات عن التجمعات الأخرى.

- كان يزداد استخدام اللولب في محافظة القدس عن باقي المحافظات، ويليها الحبوب حيث كانت أكثر استخداما في محافظة قلقيلية.

- كانت غالبية النساء المقيمات في الحضر يحصلن على الوسائل الصناعية لتنظيم الأسرة من القطاع الخاص، والنساء الريفيات يحصلن على تلك الوسائل من القطاع الحكومي، بينما نساء المخيمات يحصلن عليها من مراكز وكالة الغوث.

- النساء اللواتي صرحن بوجود مشاكل جراء استخدام وسيلة تنظيم الأسرة كن بنسبة 16.2%، وكانت المضاعفات الصحية المشكلة الرئيسية التي تعاني منها النساء المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة بنسبة 64.8%.

- تتعدد الأسباب التي تمنع النساء من استخدام وسائل تنظيم الأسرة وكان من أكثرها الرغبة في إنجاب طفل آخر بنسبة 33.4%، ثم الرضاعة الطبيعة المطلقة بنسبة 17.6%، ثم القضاء والقدر بنسبة 11.2%.

- أظهر اختبار مربع كاي أن هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين استخدام وسائل تنظيم الأسرة حاليا وكل من المتغيرات الآتية:

  - عمر الأم الحالي، فكلما ازداد عمر الأم الحالي ازداد إقبالها على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

  - عمر المرأة عند الزفاف الأول، فكلما ازداد عمر المرأة عند الزفاف الأول يقل إقبالها على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

  - عمر المرأة عند أول حمل، فكلما ازداد عمر المرأة عند أول حمل يقل إقبالها على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

  - مدة الحياة الزوجية، فكلما ازدادت مدة الحياة الزوجية للمرأة يزداد إقبالها على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

- عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة، فكلما ازداد عدد الأطفال الأحياء للمرأة يزداد إقبالها على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

- المستوى التعليمي للأم، فكلما ازداد المستوى التعليمي للمرأة يزداد إقبالها على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

- عدد الذكور الأحياء، فكلما ازداد عدد الأطفال الذكور للمرأة يزداد إقبالها على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

- ورغبة الأم في إنجاب المزيد من الأطفال، فالنساء اللواتي يرغبن بالمزيد من الأطفال يقل استخدامهن لوسائل تنظيم الأسرة.

- معرفة المرأة بالأمراض المنقولة جنسيا، فكلما كانت المرأة على معرفة بالأمراض المنتقلة بالجنس ازداد إقبالها على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

- المستوى المعيشي للأسرة، فكلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة يزيد استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

- مكان الإقامة حسب المحافظة، فكلما ارتفع مستوى التحضر في المحافظة يزيد استخدام نسائها لوسائل تنظيم الأسرة.

♦ أظهر اختبار مربع كاي أنه لا توجد علاقة ذات دلالة معنوية بين استخدام وسائل تنظيم الأسرة حاليا وكل من متغير عدد الأطفال المتوفين، وعدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج، ومكان الإقامة الحالي (حضر، ريف، مخيم).

2.5 التوصيات:

بناء على ما تم التوصل إليه من نتائج تم طرح مجموعة من التوصيات بشأن قضية تنظيم الأسرة وذلك من خلال:

1. أن يقوم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عند إجراء مسح الصحة الأسري مستقبلا بوضع أسئلة تتعلق بمدى المعرفة والاتجاه والممارسة عن قضية تنظيم الأسرة في المسح الواحد ليسهل التعرف على مدى الفجوة بينهما، وبالتالي تطوير الخطط والبرامج الصحية لتغطية هذه الفجوة بين نساء الضفة الغربية.

2. العمل على إعطاء عناية كبيرة للتعليم خاصة تعليم الإناث للعمل على تعزيز أهمية تنظيم الأسرة باعتباره كمدخل وقائي لمعظم المشكلات الصحية الإنجابية وذلك من خلال مناهج التربية والتعليم.

3. توعية المتزوجين من خلال برامج التوعية بأهمية تنظيم الأسرة للمحافظة على صحة الأمهات والأطفال ونشرها على مواقع التواصل الاجتماعي المختلفة، ومع تعزيز إعطاء فرص متساوية لكلا الجنسين في التعليم والعمل.

4. العمل على توسيع خدمات تنظيم الأسرة ومحاولة توفيرها بشكل دوري ومنتظم ومجانا أو بمبالغ رمزية، حيث لا تكلف الكثير، ويكون عائدها كبير على الدولة.

5. إعطاء المعلومات للأسر عن جميع الوسائل المتاحة بما في ذلك الآثار الجانبية لكل وسيلة وبطريقة منطقية واضحة وبسيطة مع تعزيز التفكير على تنظيم الأسرة لتحسين ظروف وصحة المجتمعات.

قائمة المصادر والمراجع

القرآن الكريم:

- سورة البقرة: الآية 233.

المراجع العربية:

- أغريب، أحمد عبد القادر: *"تحليل محددات تفضيل الإنجاب في محافظة الخليل"*، **مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية**. 1مج. 2 يناير 2010م.

- البار، محمد علي: **سياسة ووسائل تحديد النسل في الماضي والحاضر**. ط1. بيروت: العصر الحديث للنشر والتوزيع. 1990.

- البخاري، محمد بن إسماعيل أبو عبد الله الجعفي: **صحيح البخاري**. اليمامة –بيروت: دار ابن كثير.1987.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1998. **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997**، رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. **المسح الصحي 2000 –النتائج الأساسية**. رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. **المسح الصحي الديموغرافي 2004 –التقرير النهائي**. رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. **المسح الصحي لصحة الأسرة 2006 –التقرير النهائي**. رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني،2011. **أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في الأراضي الفلسطينية 2011**، رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي**. رام الله –فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. **مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير النهائي**. رام الله –فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014. **الفلسطينيون في نهاية عام 2014**. رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **الفلسطينيون في نهاية عام 2015**. رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 –التقرير الرئيسي**. رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015 .**كتاب محافظات شمال الضفة الغربية الإحصائي السنوي**، 2014. رام الله –فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. **معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز –2015**. رام الله. فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016. **الفلسطينيون في نهاية عام 2016**. رام الله. فلسطين.

- الفاخوري، سبيرو: **تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة**، ط6، بيروت –لبنان: دار العلم للملايين. 1984.

- الفاخوري، سبيرو: **موسوعة المرأة الطبية**، ط1، بيروت –لبنان: دار العلم للملايين. 1999.

- القاضي، كنار وائل أمين: **المعرفة والاتجاهات والممارسات حول تنظيم الأسرة لدى النساء في مخيمات مدينة نابلس.** (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2004.

- القرشي، غالب عبد الكافي: ***"تنظيم الأسرة في ميزان السياسة الشرعية"***، **مجلة الكلية العليا للقرآن الكريم.** 1. 2003.

- المصاروة، عيسى سليم: ***"المتغيرات الوسيطة كإطار لدراسات الخصوبة: مراجعة ومقارنة مع إشارة إلى الأردن"***، **مجلة دراسات العلوم الإنسانية.** 6مج/ع22. 1995م.

- المودودي، أبو الأعلى أحمد حسن: **حركة تحديد النسل.** بيروت: مؤسسة الرسالة. 1979.

- الوالي، رنا محمود حسن. **تقدير الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في فلسطين.** (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر. غزة. فلسطين. 2013.

- بطارسة، هيفاء عيسى: **الخصائص التمايزية بين المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة والمنقطعات عنها في الأردن.** (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية. عمان. الأردن. 1998.

- تركي، فتحية ومالهوترا، أوشا: **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.** ط3. 2004.

- جستنية، حنان بنت محمد بن حسين: ***استعمال وسائل منع الحمل من منظور الشريعة الإسلامية: محمد أحمد خلف الله نموذجا.*** **حولية مركز البحوث والدراسات الإسلامية.** ع36. 2012.

- جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية: "**مفاهيم ومواقف وسلوك الرجل من تنظيم الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية في فلسطين**". 1997.

- حشمة، محمود أمين: **الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات عليها (دراسة حالة: مخيم الوحدات). (رسالة ماجستير غير منشورة).** الجامعة الأردنية. الأردن. 2002.

- رشود، محمد الخريف: ***"ممارسة تنظيم الأسرة ومحدداتها لدى النساء السعوديات: دراسة لبيانات المسح الديموغرافي 1999م"*، مجلة العلوم الاجتماعية.** 4مج، 2001م.

- زكور، الأخضر: ***دور التعليم العالي في تنظيم الأسرة الجزائرية*.** (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة منتوري (قسنطينة)، الجزائر. 2007.

- سعدودي، زينب: ***موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل*.** (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر. 2007.

- عبد الباقي، زيدان: **أسس علم السكان.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية. 1976.

- عبد الحي، عبد المنعم: **علم السكان (الأبعاد النظرية والأبعاد الاجتماعية).** ط1. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.1985.

- عمران، عبد الرحيم: **تنظيم الأسرة في التراث الإسلامي.** صندوق الأمم المتحدة للسكان. 1994.

- عودة، خضر: **مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية.** (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 1998.

- فرح، نادية رمسيس: **حياة المرأة وصحتها.** بيروت: دار الجيل. 1992.

- فضية، وفاء: **رعاية الأم الحامل قبل وبعد الولادة.** عمان: مكتبة المجتمع العربي. 2004.

- قصاب، عبد اللطيف ياسين: **تنظيم أسرة أم تحديد نسل.** 2005.

- قمحاوي، وليد: **تنظيم النسل.** بيروت: دار العلم للملايين. 1954.

- كرادشة، منير: **الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للأزواج الذكور وعلاقتها باستخدام موانع الحمل في الأردن.** (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية. عمان. الأردن. 1989.

- كرادشة، منير: **المدخل إلى علم السكان: النظريات والمضامين.** إربد: المركز القومي للنشر. 2007.

- منظمة الصحة العالمية: **تنظيم الأسرة (الكتيب العالمي لمقدمي الخدمة).** 2007.

- نصر، ميساء: **الخصوبة في محافظة طولكرم" مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية.** (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2010.

- وزارة الصحة، 2003. **الخطة الوطنية الاستراتيجية لفلسطين 1999-2003.** رام الله. فلسطين.

- يامين، كفى عبد الرحيم محمد: **مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني.** (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2005.

ثانيا: المراجع الأجنبية

- Ayub A., Kibria Z., Khan F: ***"Assessment of knowledge, attitude and contraceptive use in married women of Peshawar"***, **Journal of the Dow University of Health Sciences Karachi**, Vol 9 (1) .2015.

http://www.duhs.edu.pk/download/jduhs-vol.9-issue-1/6.pdf. 18-10-2017.

- Casterline J., Sathar Z., ulHague M.: " ***Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan (A Study in Punjab)*** ", **Studies in Family Planning**, Vol 32 (2). 2001/ 95-110.

https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/councilarticles/sfp/SFP322Casterline.pdf. 18-10-2017.

- Extending Service Delivery (ESD) Project. **Healthy Timing and Spacing of Pregnancies: A Pocket Guide for Health.** Practitioners, Program Managers, and Community Leaders. Watertown, MA: Pathfinder International, USAID ESD Project. 2006.

https://goo.gl/hmd6Gu 22-11-2017.

- FAHIMI, F., MONEM, A., ASHFORD, L., and EL-ADAWY, M.:" **Women's Need for Family Planning in Arab Countries**". prb.org. July 2012/ 1.
http://www.prb.org/pdf12/family-planning-arab-countries.pdf 15-10-2017.

- Mustafa R., Afreen U., and Hashmi H.: ***"Contraceptive Knowledge, Attitude and Practice Among Rural Women"***. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, vol 18 (9). 2008/542-545.
http://applications.emro.who.int/imemrf/jcpsp/jcpsp_2008_18_9_542_545.pdf. 18-10-2017.

- Tehrani FR., Farahani FKA., Hashemi MS.: ***"factors influencing contraceptive in Tehran"***, **Journal of Oxford University press**, Vol 18 (2). 2000.

https://goo.gl/yav5kb 18-10-2017.

ثالثا: المواقع الإلكترونية

- جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية: **من نحن؟**

http://www.pfppa.org/wp-content/uploads/2016/09/brouchour-PFPPA-1.pdf . 18-11-2017

- وزارة الصحة. التقرير الصحي السنوي. 2010.

http://www.moh.ps/Content/Books/VAcOl54W3uBzgnbAOXOWFyOdK7h6weIFX8RG8KypximdrZKL

NHBb8D_pxRXrrdQ353nyudhW3td1IZzIa8gl5WVlFMMk4VpC2myXtPsKaLoTS.pdf. .20-11-2017 .

- منظمة الصحة العالمية: **الصحة الإنجابية –تقرير من الأمانة. ج13/57.** جنيف. 15/نيسان 2004.

http://apps.who.int/iris/handle/10665/20901. 20-10-2017.

- صندوق الأمم المتحدة للسكان: حالة سكان العالم.2014.

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AR-SWOP%202014%20TEXT-WEB_17%20November.pdf
. 1/12/2017.

- منظمة الصحة العالمية: الإحصائيات الصحية العالمية. 2009.
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf.
1/12/2017.

- https://goo.gl/fT2gSP . 25/11/2017

- https://goo.gl/b7YNtk . 22-11-2017

An- Najah National University
Faculty of Graduates Studies

Knowledge, Attitude and Practices (KAP) of Married Women toward Family Planning in the West Bank

By
Asmaa Sodqi Draidi

Supervised by
Dr. Hussein Ahmad

This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Geography, Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.
2018

Knowledge, Attitude and Practices (KAP) of Married Women toward Family Planning in the West Bank

By
Asmaa Sodqi Draidi
Supervised By
Dr. Hussein Ahmad

Abstract

This study aimed at identifying the extent of knowledge, attitude and practice of family planning methods among married women in the Palestinian West Bank, and to identify the types of methods currently used by married women in family planning, sources of access to artificial contraceptive means, and problems that they face while using them, and the reasons why some women abstain from using them, in addition to determining the impact of certain demographic, social and economic variables on the status of the current attitude and practice of these means.

To achieve the objectives of the study, the study used the 2004 Demographic Health Survey, 2010 Palestinian Family Survey, and the 2014 Multi Indicator Cluster Survey which were carried out by the Palestinian Central Bureau of Statistics in cooperation with the Ministry of Health as well as the technical support from the UNICEF. This study used the questionnaire of currently married women aged between 15-49.

The researcher used the descriptive approach to collect information on the subject of knowledge, attitude and practice of family planning methods among currently married women in the West Bank, and the analytical approach to study the impact of certain demographic, social and

economic variables on the current attitude and practice of the contraceptive means.

The study was divided into five chapters. **Chapter I** included Introduction and Methodology of the Study. **Chapter II** dealt with the theoretical framework which included the concepts and terms of the study.

Chapter III dealt with the knowledge, attitude and practice of married women about contraceptive means and family planning in the West Bank. In terms of the extent of knowledge of family planning methods, the results of the 2004 Demographic Health Survey indicated that about 99.5% of married women had knowledge of means of family planning. The most commonly used means was the IUD (99.5%), followed by the cereals (98.7%).

The scores of the attitudes towards family planning methods were positively high due to the increasing proportion of women who agreed with using family planning methods (88.9%). 79.2% of women agreed that 78% of couples of households used family planning methods. On the other hand, 77.8% of the women believed that the family planning decision was both couple's joint decision.

Compared with previous surveys, results of the 2014 multi-indicator cluster survey showed that the score of family planning practices was high. The results indicated that rate of currently married women who used the means of family planning was (59.7%). The IUD was the most commonly used contractive means (30.5%) among married women. The private health sector was the main source of artificial means of family planning. Health

complications were the main problem incurred by the users of these means. The desire to have more children was the main reason why other married women abstained from using them.

Chapter IV dealt with the impact of certain demographic, social and economic variables on the extent to which married women were currently using family planning methods. It was found that there was a significant relationship between the woman's willingness to use family planning and the age of currently married woman and her age the when she got married, her age when she first got pregnant, length of her married life, number of her alive children, level of her education, the number of her alive males, her desire to have more children, her awareness of sexually transmitted diseases, and her standard of living. There were no statistically significant relationships between the number of the dead children, the number of husband's wives in the household, the woman's current place of residence, and her use of family planning methods.

In **Chapter V,** the researcher recommended the need to give more attention to education, especially the young females, in order to enhance the importance of family planning and contraceptive methods, as a preventive measure for most reproductive health problems, the need to integrate family planning in the school curricula, the need to raise awareness among married people on the importance of family planning via the social media, and the need to promote gender equality in both education and work.