

صحة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة



في هذا العدد:

- العلاقة بين الأمور الجنسية للسيدات والتشويه التناسلي/
ختان الإناث: دراسة وصفية في ثلاث مجتمعات محلية في
مصر.
- واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع
نتائج المسح العربي لصحة الأسرة.
- محددات المشكلات الصحية للمسنين في مصر.
- الرضا عن الحياة وصحة الأم والطفل.
(دراسة مقارنة بين الريف والحضر بمحافظة القليوبية في
مصر).

صحة الأسرة
تتحدثنا



المجلد الخامس - العدد الثالث عشر - يناير 2012

PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

الهيئة الاستشارية والعلمية
(حسب الترتيب الأبجدي)

- أ.د. أحمد رجاى رجب
أ.د. أحمد عبد المنعم
أ. أحمد عبد الناظر
أ.د. أحمد مصطفى العتيق
أ.د. الزبير عروس
د. التيجاني طاهر التيجاني
د.أيمن زهري
أ.د. توفيق بن خوجة
د. ساهر وصفي شقيدف
د. سلمى جلال
د. رامز مهاني
أ.د. شبيب دياب
أ.د. عبد الجارى بينير
د. عبد العزيز محمد فرح
د. عادل التاجوري
أ.د. عثمان الحسن محمد نور
أ.د. عز الدين عثمان حسن
د. عزت الشيشيني
أ.د. فوزي عبد الرحمن
أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح
أ.د. مراد كامل حساتين
أ. مصطفى أزلماط
د. مواهب توحيد المويحيى
- أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر
مدير المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية. مصر
مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس
عميد معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس. مصر
أستاذ علم الاجتماع، جامعة الجزائر، باحث بمركز بحوث الاقتصاد التطبيقي للتنمية. الجزائر
كبير خبراء السياسات السكانية، الأمم المتحدة بالرياض. السودان
خبير دراسات السكان والهجرة. مصر
مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. السعودية
خبير تقييم البرامج والأنظمة الصحية. الأردن
خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. مصر
مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. سوريا
أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. لبنان
مستشار منظمة الصحة العالمية وأستاذ الوابنات بمدرسة الطب بجامعة مانشستر. بريطانيا
خبير في استراتيجيات السكان والتنمية. السودان
خبير صحة الطفل والتغذية، مركز بحوث التغذية البشرية بفرنسا، ليبيا.
أستاذ علم السكان ومستشار مبادرة حماية الأطفال في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، السودان.
أستاذ أمراض النساء والولادة، جامعة المنصورة، مدير المؤسسة الأهلية المصرية لرعاية الخصوبة
مستشار ديموجرافي، المركز الديموجرافي بالقاهرة، مصر.
أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر.
عميد معهد البحوث والدراسات الإحصائية- جامعة القاهرة، مصر.
أستاذ أمراض نساء وتوليد، جامعة الأزهر. مصر
خبير الدراسات والبحوث الديموجرافية والصحية، وزارة الصحة، المغرب.
طبيبة وباحثة في مجال الصحة الإنجابية والسكان. مصر



صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات

رئيس التحرير

د. أحمد عبد المنعم

مدير المشروع العربي لصحة الأسرة

سكرتارية التحرير

رابح حليمي

نيفين ونيس

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



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

شروط النشر

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

الافتتاحية

حرصاً من إدارة المشروع العربي لصحة الأسرة في جامعة الدول العربية على توسيع قاعدة مستخدمي بيانات المسوحات القطرية وتعظيم الاستفادة منها، وتشجيعاً للباحثين والدارسين وخاصة الشباب منهم، ولتسهيل نشر الدراسات والبحوث التي يقومون بإعدادها، وتبادل خبراتهم بما يساعد في تطوير وتفعيل الشراكة والتعاون جنوب - جنوب في المنطقة العربية.

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

والله ولي التوفيق

رئيس التحرير

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

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
	- العلاقة بين الأمور الجنسية للسيدات والتشويه التناسلي / ختان الإناث: دراسة وصفية في ثلاث مجتمعات محلية في مصر.
37-1	أحمد رجاء رجب، مواهب المويلحي، أمل فهمي، إليز يوهانسون
	- واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة.
69-39	آسيا شريف.....
	- معدلات المشكلات الصحية للمسنين في مصر.
114-71	سلوى لطفي الخياط ، عيسى حسن السعيد موسى
	- الرضا عن الحياة وصحة الأم والطفل (دراسة مقارنة بين الريف والحضر بمحافظة القليوبية في مصر).
143-115	أمانى فاروق عبد اللطيف.....

رقم الإيداع:

م06/دوري 01 (2012) 1 ع – 13 (0601)

العلاقة بين الأمور الجنسية للسيدات والتشويه التناسلي/ ختان الإناث: دراسة وصفية في ثلاث مجتمعات محلية في مصر.

أحمد رجاء رجب¹، مواهب المويلحي²، أمل فهمي³، إليز يوهانسون⁴

I- مقدمة

ما تزال ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث واسعة الانتشار في مصر على الرغم من مجهودات القضاء عليها. طبقاً للمسح الديموغرافي والصحي لمصر عام 2008 فإن نسبة انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بين النساء ما بين سن 15 و 49، اللاتي تزوجن، هي 91%، (El-Zanaty and Way, 2009)، وتبين أن هناك انخفاضاً بسيطاً عن نتائج مسح عام 2000، (El-Zanaty and Way, 2009)، التي جاءت نسبة الانتشار فيه 97%. بيد أنه يبدو أن النسبة تتخفف في المجموعة الأقل سناً، مع خضوع حوالي ثلاث أرباع الفتيات في سن 15 إلى 17 للختان، (El-Zanaty and Way, 2009). هذه النتائج تدعمها دراسة حديثة أجرتها وزارة الصحة المصرية ووجدت أن معدل انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بين مجموعة من طالبات المراحل الابتدائية والإعدادية والثانوية هو في المجلد 50%، (Tag Eldeen et al, 2008)، ويصل إلى 70% في محافظات معينة، خاصة في جنوب البلاد. هناك حقيقتان تبرزان بوضوح من مثل تلك الدراسات: انخفاض نسبة تشويه الأعضاء التناسلية بين الأجيال الصغيرة، مع بقائها ظاهرة واسعة الانتشار على الرغم من ذلك.

¹ أستاذ الصحة الإيجابية- جامعة الأزهر، مصر.

² باحثة واستشاري الصحة الإيجابية والسكان، مصر.

³ باحثة واستشاري الصحة الإيجابية، مصر.

⁴ منظمة الصحة العالمية- جنيف.

تتم عملية تشويه الأعضاء التناسلية للإناث عند البلوغ تقريباً. وأوسع أشكالها انتشاراً في مصر هما النوع الأول والنوع الثاني، طبقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية. يمثل النوع الأول إزالة جزئية أو كاملة للبظر وقلفة البظر، وهو إجراء يعرف خلاف ذلك باسم استئصال البظر. النوع الثاني هو الإزالة الجزئية أو الكاملة للبظر والشفران الصغيران، مع استئصال الشفران الكبيران أو عدم استئصالهما. النوع الثالث، أو التبتيك، تتم ممارسته في مجتمعات معينة فقط في أقصى جنوب مصر، خاصة المناطق التي على الحدود مع السودان. أما النوع الرابع فيشمل كل الإجراءات الأخرى الضارة بالأعضاء التناسلية للأنثى لأغراض غير طبية، على سبيل المثال، الوخز، والثقب، والشق، والحك، والكي (WHO Interagency Statement, 2008).

يمارس تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في مصر لمجموعة من الأسباب: طبقاً للمسح الديموغرافي والصحي لمصر عام 2005، يلتزم ثلاثة أخماس المشاركين في المسح بالإجراء للمحافظة على التقاليد، وقد ذكر حوالي الثلث أن هذا الإجراء يقلل من الرغبة الجنسية، وعده ثلث آخر ضروري من أجل الصحة والنظافة، ودعم أكثر من العشر بقليل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث تطبيقاً للتعاليم الدينية.

على العكس من الدول الأخرى التي ينتشر فيها تشويه الأعضاء التناسلية للإناث فإن الممارسة في مصر ما تزال تتم بشكل أساسي على يد أعضاء المنظومة الطبية (الأطباء والممرضات والفنيين الطبيين). وطبقاً للمسح الديموغرافي والصحي لمصر عام 2005، تمت حوالي 68% من عمليات الختان على يد الأطباء، و7% بواسطة الممرضات، و22% بواسطة القابلات. وفي دراسة أجريت في عام 1999 لمواقف 500 طبيب يعملون لدى وزارة الصحة وفي المستشفيات التعليمية، بينت الدراسة أن أكثر من نصفهم يؤيدون إجراء العملية لبعض النساء على الأقل، إن لم يكن لهن جميعاً (Abdel-Hady and Abdelsalam, 1999)، ويثير جعل الأمر طبيياً مشاكل أخلاقية خطيرة مع مناداة البعض بأن ينتهك المبادئ الأساسية للأخلاقيات الطبية، (Ragab, 2008).

كانت هناك مجهودات متكررة في مصر لتحريم تشويه الأعضاء التناسلية للإناث. وقد اقترحت إحدى مواد قانون الطفولة لعام 2008 تجريم الممارسة. إضافة إلى ذلك، فإن قراراً صدر حديثاً لوزارة الصحة يمنع الأطباء والممرضات من إجراء تلك الممارسة، سواء كانت في أماكن حكومية أو أماكن غير حكومية (MOH, 2007). ومؤخراً، أجاز مجلس الشعب قانوناً قدمه المجلس الأعلى للأمومة والطفولة لتجريم تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، (Egypt Panel Code, 2008). تشويه الأعضاء التناسلية للإناث ليس فقط عملية بدنية ضارة لها مضاعفات تؤدي إلى العجز، وفي بعض الحالات، الوفاة، ولكنها تعد أيضاً نوعاً من أنواع العنف ضد النوع، وانتهاكاً لحقوق الإنسان (EL-Moulhy, 2004).

تحدثت كل من القيادات والعلماء المسلمين والمسيحيين ضد هذه الممارسة القائمة على التقاليد، وليس على الدين. بيد أن العلماء، وخاصة المسلمين منهم، منقسمون على أنفسهم، مما يسبب ارتباكاً بين الناس. فقد أدان شيخ الأزهر تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في عدة مناسبات وتناول المفاهيم الدينية الخاطئة المحيطة بالأمر، (Ragab and Serour, 2003, Serour and Ragab, 2005, El-Awa)

لقد كانت هناك مجهودات قومية تبذل ضد عملية تشويه الأعضاء التناسلية للإناث لعقود، لكنها اكتسبت قوة دفع بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة عام 1994، وفيما بعد، مع إنشاء قوة العمل لمناهضة ختان الإناث. وقد وضعت ونفذت غالبية تلك المجهودات بواسطة المنظمات غير الحكومية في ظل مساعدة محدودة من الحكومة. بيد أنه في عام 2002، أصبح المجلس الأعلى للأمومة والطفولة المؤسسة القومية الأولى في نشاطات مكافحة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، وبدأ البرنامج قومياً، "نموذج قرية بلا ختان إناث، وهو مطبق في عشرات القرى المصرية، مع خطة للتوسع تهدف إلى التخلي الكامل عن هذه الممارسة، (National Council for Motherhood and Childhood, 2008).

1-1- مبررات الدراسة:

لسنوات، ركزت الدراسات الخاصة بتشويه الأعضاء التناسلية للإناث في مصر على المضاعفات البدنية والطبية التي تعاني منها الفتيات بعد خضوعهن للإجراء مباشرةً أو بعده فترة قصيرة منه. وقد تغاضت تلك الدراسات العوامل النفسية والجنسية الأخرى، على الرغم من أنه من بين الأسباب المذكورة لاستمرار تلك الممارسة هو الحفاظ على عفة الفتيات والتخفيف من رغبتهن الجنسية. وقد وجد استعراض للدراسات التي أجريت في مصر لتناول المضاعفات الطبية والنفسية والجنسية الناتجة عن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في النساء أن معدل الإحساس بالألم أثناء الجماع، والذي كانت الشكوى الرئيسية التي جاء ذكرها، إضافة إلى انعدام الشعور بهزة الجماع والرغبة، كان أكبر بين من تم ختانهن، عنه بين من لم يتم ختانهن (الرباط، 2003). وقد خلصت دراسة أخرى مفهوم الرجال لتشويه الأعضاء التناسلية للإناث والأمور الجنسية، خلصت إلى أن الرجال لديهم قدر محدود جداً من المعلومات عن عملية تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، وعن المضاعفات الناشئة عنها وآثارها على المتعة الجنسية للرجال والنساء، (Wasef and Mansour, 1999).

1-2- أهداف الدراسة:

- تفهم وتوثيق الخبرات المحلية للسلوك الجنسي بين النساء المصريات فيما يتصل وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث.
- بحث الصلات بين إمكانية الزواج، ودور كل من النوعين والمتعة الجنسية وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث.

- أسئلة الدراسة

- هدفت الدراسة إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:
- ما مدى أهمية تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بالنسبة لزواج الفتيات في المجتمع؟
- هل يفضل الرجال حقاً الزواج من النساء اللاتي تم ختانهن؟
- هل لتشويه الأعضاء التناسلية للإناث آثار على الحياة الجنسية للنساء؟

- هل هناك اختلاف في الرأي بين الرجال والنساء فيما يتصل والعلاقة بين الأمور الجنسية وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث؟
- هل هناك عوامل أخرى قد تؤثر على عملية تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وعلاقتها بالأمور الجنسية؟

1-3- منهجية الدراسة

اعتمد هذا البحث اعتماداً كاملاً على الأساليب الكيفية. تم جمع البيانات خلال مقابلات معمقة، وجلسات نقاش جماعي مركز مع رجال ونساء، ومقابلات معمقة مع قيادات المجتمع والعاملين في الصحة ومن يجرون الختان والقيادات الدينية المحلية، إضافة إلى دراسة حالات وتاريخ حياة بعض العائلات.

تم اختيار ثلاث مواقع: أحد الأحياء الفقيرة الكبيرة في القاهرة وقريتين في محافظة المنيا في صعيد مصر. وتم إجراء إجمالي 31 مقابلة معمقة في ثلاثة مواقع: ثمان منها مع النساء، وست مع الرجال، كما تم إجراء 25 مجموعة نقاش مركز في ثلاثة مواقع: 13 مع النساء، و12 مع الرجال. وقد قسمت مجموعات النساء طبقاً للسن: ست للنساء اللاتي يبلغ سنهن 35 عاماً وأكثر، وسبع لمن يقل سنهن عن 35 عاماً. كذلك قسمت مجموعات الرجال طبقاً للسن: ست لمن يبلغ عمرهم 35 عاماً أو أكثر، و6 لمن يقل سنهم عن 35 عاماً. كان هذا التقسيم مهماً لرؤية الاختلاف بين الرجال والنساء الكبار والصغار في السن. وقد ضمت كل مجموعة من المشاركين المتعلمين وغير المتعلمين معاً.

كانت كل النساء اللاتي شاركن في الدراسة متزوجات أو سبق لهن الزواج، بينما كان الرجال متزوجين أو غير متزوجين. وقد جاء هذا التمييز نتيجة للقيود الثقافية، حيث إنه من غير المقبول اجتماعياً في تلك المجتمعات سؤال النساء اللاتي لم يسبق لهن الزواج عن تجاربهن الجنسية. وبالمثل، نتيجة لأسباب ثقافية، تولت الأعضاء الإناث في فريق البحث إجراء وإدارة كل المقابلات وجلسات النقاش الجماعي المركز التي أجريت مع النساء، بينما تولى الأعضاء الذكور إجراء وإدارة كل المقابلات وجلسات النقاش الجماعي المركز التي أجريت مع الرجال.

الاعتبارات الأخلاقية

تمت الموافقة على المنهجية والإجراءات الأخلاقية المقترحة من قبل اللجنة الأخلاقية في جمعية القاهرة لتنظيم الأسرة والتنمية. وقد قام فريق البحث بإخبار المشاركين بشكل واضح عن أسماء الفريق وارتباطاتهم والأهداف والنتائج المنتظرة من الدراسة، والقضايا التي ستتم مناقشتها والمدة التي سيدوم فيها الحديث والمخاطر المحتملة وحققهم في إنهاء المشاركة في أي وقت يختارونه. كما ذكر الفريق أيضاً أن البيانات التي سيتم جمعها، سيتم الاحتفاظ بها في مكان آمن وأن فريق البحث فقط هو من يمكنه الوصول إليها.

محددات البحث: حيث أن هذه الدراسة وصفية أجريت في ثلاث مناطق في مصر فبالنظر لا يمكن تعميم نتائجها ولكنها تشكل مؤشرات هامة يمكن أخذها في الاعتبار عند وضع سياسات أو برامج لمكافحة ختان الإناث.

المراجعة الأدبية للموضوع

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث موضوع محل تضارب. لذلك فإنه ليس مما يثير الدهشة أن ما كُتب عن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث ورد الفعل الجنسي هو أيضاً محل اختلاف. هناك الكثير من الأدلة التي تشكك في الجدول السابق أن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يؤثر على قدرة النساء الاستمتاع بالجنس نتيجة لطبيعة الإجراءات والأعراض الجانبية البدنية له والإخلال بما أصبح علم الجنس الغربي يظنه مفتاح الاستجابة الجنسية للإناث - البظر.

وصفت عدة دراسات حالة الآثار السيئة لتشويه الأعضاء التناسلية للإناث والمتعة الجنسية للنساء. وتشير غالبية تلك الدراسات إلى النساء اللاتي تعرضن للتبتيك (النوع الثالث) (Lightfoot-Klein, 1989). وجدت دراسة قائمة على الاستبيان على 400 طالبة من طالبات الجامعة في نيجيريا أن الفتيات اللاتي لم يتم ختانهن أكثر عرضة لأخذ زمام المبادرة عند الرغبة في ممارسة الجنس، وأكثر تكراراً للممارسة عن قريناتهن اللاتي تم

ختانهن (Nwajei, and Otiono, 2003). وجدت أبحاث أخرى انخفاضاً في الاستجابة الجنسية للنساء مع أشكال أقل قسوة من تشويه الأعضاء التناسلية للإناث: في مقابلات معمقة أجريت مع 52 سيدة ترندن مراكز تنظيم الأسرة في مصر، وجد أن 80% من النساء اللاتي خضعن للختان كن أكثر عرضة للإبلاغ عن صعوبات نفسية وجنسية تتضمن قلة النشاط الجنسي، وقلة مرات الشعور بهزة الجماع، وقلة الاستمتاع بممارسة الجنس من رفيقاتهن اللاتي لم يتم ختانهن (El-Defrawi et al, 2001). وجدت دراسة أخرى أجريت على 331 امرأة مصرية تم ختانهن أن 29% منهن لا تشعرن بالإشباع الجنسي أثناء الجماع (Karim, and Ammar, 1965). كذلك وجدت دراسة مصرية أخرى أجريت على أكثر من 250 امرأة أن المختنات أكثر عرضة لفقدان الرغبة الجنسية والشعور بالألم أثناء ممارسة الجنس (Abd El-Hady, and El-Nashar, 1998). وفي مناطق أخرى من المنطقة العربية، وجدت دراسة قائمة على مراقبة الحالات، أجريت في المملكة العربية السعودية على 260 امرأة ممن تم ختانهن (النوع الأول إلى الثالث من الختان) ومن لم يتم ختانهن، انخفاضاً في معدلات الإثارة، وزيادة إفرازات الفرج، والشعور بهزة الجماع، والإشباع في المجموعة التي تم ختانها، على الرغم أن تلك النتائج لم يتم ربطها بنوع الختان، وكان هناك تشابه في عدد مرات الجماع والرغبة والألم بين المجموعة التي تم ختانها، وتلك التي لم يتم ختانها (Alsibiani, and Rouzi, 2008).

هناك أدلة أيضاً على أن الرجال والنساء قد يكونون على دراية بآثار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث على مدى استمتاعهم الجنسي، وإن كانت ضغوط المجتمع وسلطة التقاليد تدفعهم إلى الالتزام بتلك الممارسة على الرغم من ذلك. وقد وجدت يوهانسن في دراستها للاجئيين الصوماليين في النرويج أن كلاً من النساء والرجال كانوا مهتمين بالطريقة التي قد يؤثر بها تشويه الأعضاء التناسلية للإناث على الرغبة الجنسية للنساء ومدى استمتاعهن بالجنس. وكان هناك استفسار دقيق من جانبهم فيما إذا كان تشويه الأعضاء التناسلية للإناث ضروري لتحديد القبول الاجتماعي لبلوغ المرأة من جهة، والقلق المتزايد من كونه قد يقلل من الرغبة الجنسية والمتعة الجنسية للنساء من جهة أخرى، (Johansen, 2006).

بيد أنه من غير الواضح في تلك الدراسات ما إذا كانت الآثار الواقعة على الاستجابة الجنسية هي نتيجة مباشرة للختان أم أنها تنشأ عن العوامل الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية أو الدينية المصاحبة، والتي تؤثر على الاستجابة الجنسية (Fourcroy, 2006). وفي مسح شمل 1000 امرأة مصرية متزوجة، كان أكثر من 90% منهن قد تم ختانهن، وجد أن حوالي 70% منهن تعانين نوعاً من أنواع الخلل في الأداء الجنسي، بما في ذلك الشعور بالألم عند ممارسة الجنس وانخفاض مستوى الإثارة الجنسية والرغبة. بيد أن حوالي ربع النساء اللاتي تعانين من هذه المشاكل قلن إنهن لا تشعرن بالإزعاج بسببها. وكانت أكثر العوامل التي تؤدي إلى تفاقم الأمر حسبما ذكرت النساء هي عدم الانسجام الزوجي والضغط الاجتماعي والاقتصادية، (El Nashar et al, 2007).

هناك باحثون يؤكدون أن استئصال البظر والأنسجة المحيطة به يقلل من قدرة النساء على المتعة الجنسية (Toubia, 1993). قد تؤدي مضاعفات تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، مثل الورم العصبي، إلى تقليل شبق الإناث، والتسبب في مصاعب عند ممارسة الجنس نتيجة ضيق المهبل (Ozumba, 1992). كذلك جادل آخرون فقالوا: إن الألم النفسي أو البدني أثناء ممارسة الجنس والنتائج عن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يقلل من المتعة الجنسية لكل من النساء والرجال، وقد يؤثر على الحميمة في علاقتهما (Whitehorn et al, 2002). مع ذلك، يؤكد آخرون أن الضغوط النفسية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يمكن أن تكون كبيرة جداً إلى حد التقليل من الرغبة الجنسية وخلق رهبة من الجنس (Pyle, 2001).

هناك دراسات أخرى تناقض تلك التأكيدات. في دراسة قائمة على الاستبيان، وأجريت على 1839 امرأة في نيجيريا، خضع نصفهن تقريباً إلى تشويه الأعضاء التناسلية للإناث من النوع الأول أو الثاني، لم يكن هناك اختلاف بين النساء اللاتي تم ختانهن واللاتي لم يتم ختانهن في عدد التقارير الواردة عن ممارسة الجنس مؤخراً، أو حالات أخذ زمام المبادرة في بدء العملية الجنسية. وكان هناك تشابه بين النساء اللاتي تم

ختانهن واللاتي لم يتم ختانهن من حيث الشعور المنتظم بهزة الجماع أثناء العملية الجنسية (Okonfua et al, 2002). وفي جمهورية أفريقيا الوسطى، حيث يسود النوع الثاني من تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، أظهر التحليل الثانوي لبيانات المسوحات الديموغرافية والصحية التي أجريت على 2188 امرأة متزوجة غياب أي ارتباط بين تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وعدد مرات ممارسة الجنس، بعد تثبيت المتغيرات الأخرى (Stewart et al, 2002). كما أظهر استبيان أجري في المستشفيات على أكثر من 150 امرأة في القاهرة تنتمي إلى درجات مختلفة من تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، تتباين ما بين عدم للختان، والنوع الرابع، أظهر أن النساء اللاتي خضعن لختان من النوع الأول تشعرن بالرغبة الجنسية والشعور بالإثارة وهزة الجماع والإشباع الجنسي، وأن النتائج تضعف في النوعين الثاني والثالث من الختان (Thabet and Tahbet, 2003). ولم تجد دراسة أخرى بحثت الوجود التشريحي والوظيفي للنقطة "ج" (منطقة في الجدار الأمامي للمهبل يدعي البعض كونها حساسة جداً جنسياً) في 175 امرأة ممن تم ختانهن ومن لم يتم ختانهن، لم تجد تأثيراً للختان على النتائج الجنسية (Thabet, 2009). مع ذلك، وجدت دراسة أجريت على 41 امرأة في ريف مصر، تم ختانهن، أن الغالبية لم تبلغ عن أي تأثير على علاقتهن الجنسية بأزواجهن (خطاب، 1996).

أحد أسباب تشويه الأعضاء التناسلية للإناث هي السيطرة على النشاط الجنسي للأنثى قبل الزواج، وضمان إخلاصها أثناء الزواج. مع ذلك فإن الدراسات في مصر أظهرت أن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث لا يزال يقضي على الرغبة الجنسية لدى النساء (Pyle, 2001). والأكثر من ذلك، توحى المقابلات المعمقة التي أجريت مع النساء في مصر أنه في غياب بظر كامل، فإن أجزاء من الجسد تزداد حساسيتها، بما في ذلك الشفرة أو الثديين أو الرحم (Khattab, 1996).

ما هو السبب إذاً في هذه النتائج التي تبدو متضاربة؟ تستخدم الدراسات المختلفة أساليب بحثية مختلفة، في ثقافات مختلفة، بها نماذج مختلفة من تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، لذلك، ليس من العجب أن يصبح من الصعب المقارنة بينها، كما أنه حتى يومنا

هذا، تعاني غالبية الدراسات من قصور في المنهج (Obermyer, 2005). أحد التحديات الرئيسية هي تقرير أي الطرق هي أفضل الطرق لقياس الاستجابة الجنسية. المتعة الجنسية تجربة معقدة. معدل الجماع هو أحد طرق القياس، ولكن الضغوط الاجتماعية والعادات الثقافية قد تطغى على أي آثار قد تكون للختان على الاستجابة الجنسية. فلو أن الوضع الاجتماعي للمرأة يتوقف على خصوبتها، فإنها قد تمارس الجنس بمعدل كبير بغرض الحمل، سواء استمتعت به أم لم تستمتع به. الاستفسار التفصيلي عن الخبرات الجنسية أداة أخرى، لكنه أسلوب صعب حيث الثقافات التي لا يكون الجنس فيها موضوع للنقاش الحر. على أية حال، الاعتماد على إجابات النساء بناء على خبراتهن الشخصية تواجه المعرفة الشخصية للباحثين الناتجة من خبراتهم الشخصية أيضاً. الأكثر من ذلك أن الرسائل المختلفة من صناع الرأي المهمين قد تؤثر على استجابة النساء بطرق مختلفة، مما يزيد من تعقيد نتائج الدراسات القائمة. تخلص كل الدراسات تقريباً التي تتناول تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والاستجابة الجنسية إلى أن هناك حاجة إلى وسائل بحثية أفضل حتى يمكن أن نحدد بدقة ما هي الإجراءات المناسبة لقياس الاستجابة الجنسية وكيف تظهر في الثقافات المختلفة، مع أخذ المتغيرات السابقة الذكر في الحسبان.

النتائج

سوف يقتصر عرض النتائج في هذه الورقة على جلسات النقاش البؤرية مع

الرجال والنساء

تم إجراء 13 جلسة نقاش جماعي مركز مع النساء . أجريت أربعة جلسات نقاش مركز في منشية ناصر (جلستين مع النساء اللاتي يزيد عمرهن عن 35 عاماً، وجلستين مع النساء اللاتي يقل عمرهن عن 35 عاماً). وفي المنيا، تم إجراء تسع جلسات: خمس في قرية "غرب النيل" (اثنتين مع نساء يزيد عمرهن عن 35 عاماً، وثلاث مع نساء يقل عمرهن عن 35 عاماً)، وأربع جلسات في قري "شرق النيل" (اثنتين مع نساء يزيد عمرهن عن 35 عاماً، واثنتين مع نساء يقل عمرهن عن 35 عاماً). وتأتي الأقوال المنقولة من تلك الجلسات.

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث: معدل الانتشار، والاتجاه، والمبررات

ذكرت كل المشاركات في منشئة ناصر أن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث منتشر جداً هناك ("كل النساء خضعن للختان")، وأن الختان يتم ما بين سن تسع إلى اثني عشر عاماً: "عندما تصبح الفتاة وجسدها مستعدة"، بمعنى عندما تظهر عليها علامات البلوغ، على سبيل المثال ظهور الثديين. ذكرت كل المشاركات أنهن تفضلن قيام الأطباء بإجراء عملية الختان. يتقاضى الأطباء عادة ما بين 50 إلى 100 جنيه في العملية.

ذكرت كل المشاركات أنهن جميعاً تم ختانهن. وقالت أكثر من نصف النساء إن بناتهن الكبريات قد تم ختانهن، وأنهن تنوين ختان البنات الأخريات عندما تصلن إلى السن المناسب. النساء اللاتي لا تنوين إخضاع بناتهن للختان، أو اللاتي ما تزلن تفكرن في الأمر، أغلبهم ممن هن دون الـ 35 من العمر.

ذكرت بعض النساء، خاصة في المجموعة السنية الصغيرة، أنه إذا ترك "مكان الختان" كما هو، فيمكن أن ينمو مثل العضو الذكري، وبالتالي "ستبدو الفتاة مثل الرجل، وستكون مثلهم، وكذلك سيكون المكان الذي يجب ختانه". تشمل الأسباب الأخرى لإجراء العملية النظافة والأنوثة وتقليل المتعة الجنسية أو التحكم فيها والعادة والالتزامات الدينية وإمكانية الزواج، وهو ما يتفق مع ما جاء به المسح الديموغرافي والصحي لمصر عام 2005، ودراسات أخرى.

أظهرت تلك النقاشات نقطتين مهمتين: الأولى، أن المشتركات، بغض النظر عن السن والتعليم، أكدن أن ختان الإناث هو وسيلة "لتنظيم الشهوة الجنسية للنساء": "الختان يجعل الفتاة باردة ومنضبطة"؛ "تصبح الفتاة أكثر بروداً عندما يتم ختانها"؛ "لا بد من ختان الفتيات، حيث إننا لا يمكننا التكهن بموعد زواجهن"؛ "إذا لم يتم ختان الفتاة، ستكون كالثور الهائج، وستسعى بحثاً عن رجل". بيد أنه في نفس الوقت، أكدت أولئك النساء أنه ليست هناك علاقة بين الختان والشرف، وأكدن أن أهم العوامل التي تحدد الشرف هي

طريقة تربية العائلة للفتاة. سيتم فيما بعد في هذا الجزء مناقشة هذا التضارب الصارخ. النقطة الثانية التي تستحق الانتباه هو التأثير الديني. على عكس كثير من النقاشات الخاصة بـ "قضايا المرأة"، لا يُذكر الدين في منشية ناصر كسبب لاستمرار هذه الممارسة.

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث: اتخاذ القرار، والقانون والنتائج الضارة

طبقاً للمشاركات، فإن النساء هن من تتخذن القرار عندما يأتي الأمر إلى الختان، والجدات تؤثرن إلى حد كبير في اتخاذ القرار. وقد قالت إحدى المشاركات إن زوجها كان يعارض عملية الختان وإنها استطاعت إقناعه بختان ابنتهما.

يتعارض دور المرأة في اتخاذ القرار الخاص بالختان، ودورها في الأمور الأخرى الموكلة إليها في الحياة المنزلية. في المجتمعات التي شاركت في هذه الدراسة، عندما يتعلق الأمر بتقرير متى تنزوج الفتاة أو اختيار الزوج، فإن الآباء هم أصحاب الكلمة العليا. تتمتع النساء أيضاً بحرية أقل فيما يتصل وحركتهن الشخصية، وعادة ما يكون عليهن طلب الإذن من أزواجهن لمغادرة المنزل. بيد أن الفتيات تتلقى المزيد والمزيد من التشجيع من كل من الآباء والأمهات على متابعة التعليم، وإلى حد أقل، على العمل، طالما كان مكان العمل قريباً من المنزل، وكانت ساعات الدراسة أو العمل تسمح لهن بالعودة في وقت مبكر من المساء. كذلك يشارك الأزواج في تقرير ما إذا كانت زوجاتهم يمكنهم استخدام وسائل منع الحمل أم لا، إلا أن تحديد الوسيلة التي سيتم استخدامها متروك للمرأة. على الرغم من هذه القيود، فإن للنساء أساليبها الخاصة في التفاوض، وتحقيق أهدافهن في مواجهة معارضة الأزواج.

ذكر كل المشاركين الاحتفالات التي تتم بعد ختان الذكور، ولكن ليس بعد ختان الإناث. وقد قالوا إن ختان الإناث أمر خاص. قالت إحدى المشاركات: "نحن نخجل أن نقول إن الفتاة قد تم ختانها".

ذكر كل المشاركين أنهم على علم بقرار وزارة الصحة بحظر الختان (لم يكن القانون الفعلي المناهض لختان الإناث قد صدر في ذلك الوقت)، ولكنهم سيستمرون في ممارسة ختان الإناث. وقالوا إنه لو أن قرار الوزارة منع الأطباء من إجراء عملية ختان الإناث، فإنهم سيذهبون إلى القابلات (الدايات) طلباً لذلك. سئل المشاركون عما إذا كان أي من قيادات المجتمع المحلي أو القيادات الدينية المحلية قد تحدثت عن هذه القضية، أو ما إذا كانوا هم قد تعرضوا لأية حملات للتوعية. ذكر كل المشاركين أن الختان ليس من القضايا التي تشغل بال قيادات المجتمع المحلي، وقال البعض إن غالبية المعلومات التي تلقوها جاءت من البرامج التلفزيونية. وقال بعض المشاركين من الجماعات الأصغر سناً إنهم حضروا جلسات نظمتها إحدى الجمعيات غير الحكومية العاملة في منشية ناصر.

عندما سئلت النساء عن الآثار النفسية للختان، قالت بعضهن إنهن ليست لديهن فكرة، حيث إنه ذلك كان حالهن منذ أمد بعيد، وقالت أخريات إنه ليس له آثار. كما ذكرت بعضهن أن كل النساء تعانين بوجه عام على المستوى النفسي بدرجة أو أخرى.

العلاقة بين الشرف وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث

سئلت المشاركات عما إذا كانت هناك علاقة بين الشرف وختان الإناث. قالت كل المشاركات في منشية ناصر إنه ليست هناك علاقة بين الشرف وختان الإناث، فبالنسبة لهن، أهم عوامل المحافظة على شرف الفتيات هي طريقة تربية العائلة لهن.

أكدت النساء في المنيا وجهة نظر النساء في منشية ناصر وقلن إنه ليست هناك علاقة بين ختان الإناث ومحافظة الفتاة على شرفها. وقلن إن الحفاظ على الشرف يتصل بالطريقة التي تربي به العائلات بناتها، وليس بالختان. وقالت إحدى المشاركات، "إن ختان الإناث ليس له تأثير، وإذا أرادت الفتيات أن تسئن السلوك، فإنهن ستفعلن على الرغم من الختان." مع ذلك، قالت بعض النساء من المجموعات السنية الصغيرة إن الختان يمكن أن يخفف من الرغبة في العلاقات الجنسية، وإن هذا يمكن أن يضمن ألا تقبم الفتاة

علاقات جنسية قبل الزواج. كما قالت إحدى المشاركات، "المرأة التي تم ختانها امرأة مهيضة الجناح".

هناك ارتباط قوي بين سمعة العائلة ووضعها، وشرف الفتاة. فتصنيف العائلة على أنها عائلة طيبة أو سيئة يعتمد على قدرة الفتيات في المحافظة على عذريتهن، وإثباتها فيما بعد (من خلال إظهار قطعة القماش الملوثة بالدم، ليلة الزفاف). فبالنسبة لهن، ترتبط العفة ارتباطاً مباشراً بالعذرية وليس بالختان. وكما ذكرت إحدى النساء، "يمكن أن تكون الفتاة قد تم ختانها، وأن تكون سيئة السلوك".

التشويه الأعضاء التناسلية للإناث والصلاحية للزواج

قالت كل المشاركات في المنيا إنه لا الرجال ولا أمهاتهم يسألون عما إذا كانت العروس المرتقبة قد تم ختانها أم لا، وإن الفتيات يمكنهن الزواج حتى وإن لم يتم ختانهن.⁵ وقالت النساء إن فرص المرأة التي لم تختن في الزواج مماثلة لفرص تلك التي ختنت. وفي منشية ناصر، أكدت السيدات دون سن 35 عاماً إمكانية زواج النساء اللاتي لم تخضعن للختان، وأنه ليست هناك علاقة بين ختان الإناث والشرف. "أهم شيء هو أن تحسن العائلات تربية بناتها".

سئلت المشاركات في منشية ناصر عما إذا كان الرجال يفضلون المرأة التي تم ختانها على النساء التي لم يتم ختانهن. وأجابت غالبية المشاركات أن الرجال يفضلون النساء اللاتي تم ختانهن. إلا أن معظمهن ذكرن أنه لا العريس أو والدته يطرحان أبداً مثل ذلك السؤال، وأضافت بعضهن، "نحن غالباً جيران وأقارب، ويعرف كل منا الآخر معرفة جيدة".

⁵ على عكس منشية ناصر، حيث خضعت كل المشاركات في مجموعات النقاش الجماعي المركز للختان، كانت اثنتان من المجموعة صغيرة السن في المنيا لم يتم ختانهما.

قالت النساء الأكبر سناً في جلسات النقاش الجماعي المركز إن الرجال لا يعرفون الفرق بين المرأة التي تم ختانها، وتلك التي لم يتم ختانها. إلا أن النساء الأصغر سناً، والأكثر تعليماً، قلن إن الرجال ليعرفوا إذا نظروا إلى الأجزاء الخارجية من المهبل. وكدليل على ذلك، روين قصة رجل اكتشف بعد الزواج أن زوجته لم يتم ختانها، فطلب من أمها أن تقوم بختانها.

لوحظ من خلال جلسات النقاش الجماعي المركز تلك أن النساء تتفق إلى حد كبير على ما يلي:

- 1) الرجال لا يستفسرون عما إذا كانت زوجات المستقبل قد تم ختانهن أم لا؛
- 2) هناك الكثير من النساء اللاتي لم يتم ختانهن تتزوج؛
- 3) معرفة الرجال الجنسية بالتكوين التشريحي للإناث محدودة.

على الرغم من ذلك، فإنهن تؤكدن تفضيل الرجال للنساء اللاتي تم ختانهن. وقد يأتي هذا التناقض الواضح من حقيقة أن غالبية النساء قد تم ختانهن، ويصعب عليهن قبول أن الرجال قد يفضلون بالفعل النساء التي لم يتم ختانهن، وهو ما يكاد يصل إلى حد قول "إن رجالنا يفضلون النساء الأخريات." بيد أنه يبدو أن النساء على دراية من أنه ليست هناك علاقة سببية تدركن أنه ليست هناك علاقة سببية بين الزواج وختان الإناث، وأن الختان لا يزيد بالضرورة من فرص المرأة في الزواج.

بدء العملية الجنسية

بدء العملية الجنسية يكاد يكون دائماً من أعمال الرجال. وقد قالت النساء في المواقع الثلاثة، الكبار والصغار منهن، إنهن لا تطلبن من أزواجهن ممارسة الجنس، حيث إن هذا ما تربيين عليه. إنهن تعدن من أنه من المخزي أن تطلب المرأة من زوجها ممارسة الحب معها، وهو رد فعل لحيائهن أو خوفهن من أن يحتقرهن أزواجهن. "المرأة لا تطلب ممارسة الجنس، ولكن الرجل هو من ينبغي عليه أن يزحف على أربع ويتوسل لها من أجله" كما قالت امرأة كبيرة السن من منشية ناصر.

بيد أنه إذا كانت المرأة في حالة مزاجية لممارسة الحب، فبدلاً من التعبير عن هذا بالقول، يمكنها أن تشير إلى تلك الرغبة بإشارات معينة مثل ارتداء ملابس معينة أو وضع مساحيق التجميل أو عمل شيء لجذب انتباه الزوج، وما يلي بعد ذلك يتوقف عليه. أما فيما يتصل ورفض تلبية رغبة الزوج في العلاقة الجنسية فالنساء تنقسم بين أنفسهن بهذا الشأن. فبينما قالت بعض النساء الكبيرات إنه من الممكن رفض ممارسة الجنس أحياناً، تظن غالبية النساء الصغار السن أن الوضع قد لا يكون كذلك، وأعرين عن وجهة نظرهن بذكر آيات من القرآن والأحاديث النبوية. فقد قالت إحدى النساء من قرى "شرق النيل": "من المحرم في الدين أن أرفض، حتى وإن كنت أموت تعباً." وأضافت امرأة أخرى من قرية "غرب النيل": "لو أنني رفضت ممارسة الجنس، فإن زوجي سيثير الكثير من المشاكل ويجعل حياتي لا تطاق."

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والمتعة الجنسية

سئل المشاركون عن رأيهم في العلاقة بين تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وعلاقتهم الجنسية. وقد تضاربت وجهات نظر المشاركين: فقد قال البعض إن النساء اللاتي خضعن للختان لسن نشاطات جنسياً، وإن النساء اللاتي لم تخضعن للختان أكثر تجاوباً، بينما قال آخرون إنه ليس هناك علاقة بين ختان الإناث والمتعة الجنسية. وطبقاً لأحد المشاركين: " هذا الأمر [في إشارة إلى الجنس] يعود قبول الرجال والنساء، وليست له علاقة بختان الإناث."

وفي ندوات النقاش الجماعي المركز، كانت النساء الشابات أكثر انفتاحاً في التحدث عن مفاهيمهن وتجاربهن الجنسية من النساء الأكبر سناً اللاتي تحدثن بتعبيرات عامة أو عن تجارب الأخريات. وقد ذكرت غالبية النساء اللاتي شاركن بتجاربهن الشخصية أنهن تشعرن بالمتعة الجنسية في بعض الأحيان، وأنهن لم تشعرن بها في مناسبات أخرى، وأن استمتاعهن لا يرتبط بالختان. فقد قالت إحدى النساء إنها لم تشعر بأية متعة في زواجها

الأول، حيث إنها لم تكن تحب زوجها، ولكن في زواجها الثاني، زادت متعتها إلى حد كبير، حيث إنها تحب زوجها الثاني. ومن واقع خبرتها، الحب هو المتطلب الأول للمتعة.

بصورة عامة، هناك شعور أن النساء مسئولات عن أي فشل جنسي أو عدم رضاء يشعر به الزوج أو المجتمع. وطبقاً لإحدى النساء: " لم أكن متجاوبة في حياتي الزوجية وشكا زوجي هذا إلى عائلتي، فلانني الكل. ثم بدأت التعود على ممارسة الجنس فيما بعد." وطبقاً لامرأة أخرى: "يمكن للرجال أن يشعروا بالملل إذا لم تكن المرأة قد تم ختانها،" إشارة إلى أن النساء اللاتي لم يتم ختانها سترغب في ممارسة الجنس مراراً، بما قد يمثل عبئاً على أزواجهن من الناحية الجنسية.

المفهوم المحلي للعلاقة الجنسية

سئلت النساء عن مفهومهن للمتعة الجنسية والسعادة الزوجية. وقد قالت كل النساء المشاركات إن النساء تكن أكثر سعادة عندما يكون أطفالهن بخير وتتم تغطية نفقات المنزل. كما قلن أيضاً إن الرجل هو من يقع عليه القدر الأكبر من المسئولية عن السعادة الزوجية، فإذا أحسن معاملة المرأة واحترمها في الأماكن العامة ووفر لها ضروريات الحياة، فإن الزوجين سيكونان سعيدان جداً.

سئلت النساء بعد ذلك عما إذا كانت المتعة الجنسية تتوافق والسعادة الزوجية. قالت النساء الأكبر سناً إن العلاقات الجنسية ليست ذات أولوية بالنسبة لهن، وأنها أقل الأمور التي تهتم بها. وكان أهم شيء بالنسبة لهن هو أن يحسن أزواجهن إليهن. على الجانب الآخر، قالت النساء الأصغر سناً إن العلاقات الجنسية مهمة، وإن غياب التوافق الجنسي والإشباع يمكن أن يؤدي إلى حدوث مشاكل منزلية. بيد أنه لم يكن هناك في أية لحظة من لحظات تلك النقاشات ذكر للشعور بهزة الجماع أو الوصول إلى ذروة الإحساس بالمتعة الجنسية.

تم إجراء إجمالي 12 جلسة نقاش جماعي مركز للرجال في مواقع الدراسة، 4 في كل موقع، اثنتين للرجال الذين يزيد عمرهم عن 35 عاماً واثنتين للرجال الذين يقل عمرهم عن 35 عاماً.

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث: معدل الانتشار، والنزعات الخاصة به، ومبرراته
ذكر كل المشاركين في المنيا تقريباً أن ختان الإناث ممارسة معتادة، بيد أن القليل من المشاركين قالوا إن معدل الانتشار ينخفض ببطء. وعلى خلاف جلسات النقاش الجماعي المركز للنساء، لم يكن هناك إجماع للرأي بين الرجال في المنيا على سن ختان الإناث. فقد ذكر بعضهم خمس سنوات، بينما ذكر آخرون 16 سنة. وذكر بعض المشاركين أن ختان الإناث يتم عندما تصل الفتيات إلى سن البلوغ، أو طبقاً للوقت الذي تبدأ عنده "الأجزاء الأنثوية" في الظهور. كما اتفقوا على أن الأمهات هن من تقررن الوقت الذي يجب عنده ختان الفتيات.

عند سؤال المشاركين عن يقوم بإجراء عملية ختان الإناث، ذكر الكثير من الرجال الذين يقيمون في الحضر أن الأطباء أو الكوادر الطبية هم من يجب اللجوء إليهم طلباً للمشورة، إضافة إلى الإجراء الفعلي للعملية. وقد كان هناك تفضيلاً قوياً للنساء منهم. وطبقاً للمشاركين، فالعملية تكلف 10 إلى 15 جنيهاً عندما تتم على يد من هم من غير الكادر الطبي، (الدايات)، بينما يصل أجر الأطباء إلى ما بين 25 و100 جنية للقيام بنفس الإجراء. ويبدو أن المشاركين صغار السن على وجه الخصوص يقدرون الرأي الطبي قبل إجراء عملية ختان الإناث، فقد قال أحد المشاركين: "الرأي الطبي هو القاطع عند تحديد ما إذا كانت الفتاة بحاجة إلى الختان أم لا".

عندما سؤل الرجال عما إذا كانوا راغبين في ختان بناتهم، أكد المشاركون القادمون من المواقع الريفية أنهم سوف يقومون بختان بناتهم، بينما جادل المشاركون القادمون من الحضر بأن ختان الإناث ليس مهماً. وكان آخرون غير واثقين، وقالوا إن الأمر يعتمد على توصيات الطبيب قال أحد المشاركين: "هناك بعض الناس الذين لا

يعرفون ما إذا كان عليهم ختان بناتهم أم لا. الناس يخشون من الختان بسبب المضاعفات التي تحدث، وموت بعض الفتيات أثناء العملية، بينما يخشى آخرون من عدم ختان بناتهم. نحن بحاجة إلى ندوات لتقدم لنا المزيد من المعلومات عن ختان الإناث".

برر غالبية المشاركين في المنيا ختان الإناث على أساس أنه يقلل من الرغبة الجنسية لدى الإناث، وبالتالي يضمن عفة الفتيات. وقال أحد المشاركين: "إذا لم يتم ختان المرأة، فمن الممكن أن تشعر بهزة الجماع أثناء سيرها أو إذا أمسك أحدهم بيدها حتى. فأعضاؤها الجنسية فاسدة." وذكر بعض المشاركين أن ختان الإناث ممارسة تقليدية تهدف إلى حماية الفتيات وضمان "شرفهن". كذلك برر آخرون ختان الإناث بأسباب دينية، وبأنه التزام ديني. وادعى القليل من المشاركين أن ختان الإناث يتم لأسباب تجميلية أو من أجل النظافة.

وفي منشية ناصر، ذكر غالبية المشاركين أن ختان الإناث شائع. وذكر المشاركون أن الإناث يتم ختانهم بدءاً من سن 8 إلى 15 عاماً. وجادل بعض المشاركين أن ختان الإناث يفضل في هذا السن لأنه يسهل على الفتيات تحمل الألم الناتج عن العملية، وتجنب المضاعفات، مثل النزف.

شرح المشاركون أن ختان الإناث يتم للتقليل من الرغبة الجنسية لدى النساء وضبط السلوك والرغبة الجنسية لدى الفتيات والنساء. فقد قال أحد المشاركين: "تقليل الرغبة الجنسية للإناث شيء طيب لأنه عندئذ سيكون للمرأة رجل واحد." وقال مشارك آخر: "إذا سافر الزوج إلى الخارج ولم تكن زوجته قد تم ختانها، فلن يمكنها تحمل إحساسها بالإثارة الجنسية لمدة شهر أو أسبوع." وعلق مشارك ثالث: "لو أنها كانت لديها مثل تلك الأجزاء [يقصد البظر] أثناء سيرها، فستحكما مثل الرجال، سيؤدي شعورها بالإثارة الكثير من المشاكل."

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث: اتخاذ القرار، والقانون والنتائج الضارة

ذكر غالبية المشاركين في جميع المواقع أن الأم هي صاحبة القرار فيما يتصل وختان الإناث، وذكروا أن الوالد نادراً ما يعرف بختان بناته. بيد أن بعض المشاركين جادلوا أن الأم إما تستشير الوالد قبل إجراء عملية الختان للبنات أو تعلمه أنها سوف تتم. بيد أن جميع المشاركين ذكروا أن ختان الإناث شأن من شؤون الأم، يلعب فيه الأب دوراً صغيراً.

ذكر غالبية المشاركين من منشئة ناصر أنهم سمعوا عن مضاعفات عملية ختان الإناث، خاصة النزف، ولكنهم لا يعرفوا بحدوثها لأحد من جيرانهم. وجادلوا أنه في حالة قيام طبيب بإجراء العملية، فإن المضاعفات غير محتمل حدوثها.

وعندما سؤل المشاركون في المنيا عن التعليمات الوزارية التي تحظر ختان الإناث، ذكر غالبية المشاركين أن القرار لن يقلل من انتشار العملية. الواقع أن المشاركين شككوا في مبررات القرار وجادلوا أنه بعيد كل البعد عن رأي وتقاليدهم الناس. وقال أحد المشاركين: "إن الوزير أصدر قراراً بمعزل من الناس، وأنه يجب الرجوع إلى الناس قبل إصدار مثل تلك القرارات." وقال مشارك آخر: "نحتاج إلى معرفة مبررات القرار حتى يعرف الناس وحتى يقتنعوا." بيد أن القليل من المشاركين ذكروا أنهم شاهدوا في التلفاز أن القرار صدر نتيجة الضرر المادي الذي قد يسببه ختان الإناث. كذلك ذكر الكثير من المشاركين في موقعي المنيا أن القرار لن يحول دون حدوث ختان الإناث على يد الأطباء والممرضات، وجادلوا أنه سيستمر، وسيتم بدلاً من ذلك على يد الدايات ومن خلال شبكات غير رسمية.

ذكر المشاركون في موقعي المنيا أن الحملات المناهضة لختان الإناث منتشرة في قراهم، وأنهم على علم تام بها. وعند سؤالهم عن تلك الحملات جادلوا بأن عليها مناقشة وتناول ختان الإناث من الوجة العلمية والطبية، خاصة أنه ليس هناك موقف ديني موحد بالنسبة لختان الإناث. قال أحد المشاركين: "يقول العاملون في المجال الطبي إنه لا بد من

إجراء ختان الإناث طبقاً للتعليمات الطبية [بناء على دواعٍ طبية]، ما دامت السلطات الدينية لا تقول هل هو حلال أم حرام. كما ذكر الكثير من المشاركين أن المؤسسات المسيحية تستضيف الكثير من الحملات وجادل البعض أن من يأتون إلى التحدث ليسوا صادقين، ويتأثرون بالأجندات الخاصة لتلك المؤسسات. وقال أحد المشاركين: "إن غالبية المؤسسات التي تنظم هذه الحملات واللقاءات مسيحية، وهي تدعو الشيوخ، ليس لقول الحقيقة، ولكن لقول ما تريده المؤسسات أن يقولوه".

وفي منشية ناصر قال غالبية المشاركين أنهم على علم بالقرار الوزاري الذي يحظر ختان الإناث وقالوا أنهم سيتخذون خطوات غير رسمية لختان بناتهم، حيث يؤمن غالبيتهم أن القرار الوزاري مضلل. وقال أحد المشاركين: "إن تفكير الوزير خطأ، وأنه يسير في الاتجاه المعاكس".

وقد ذكر المشاركون من منشية ناصر أن الندوات والحملات المناهضة لختان الإناث ليست منتشرة انتشاراً واسعاً حيث يقيمون. وقال أحد الرجال الذين حضروا واحدة من تلك الندوات النادرة إن كل الحضور انصرفوا عندما قيل لهم إنه لا بد من حظر ختان الإناث.

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والصلاحية للزواج

سئل المشاركون في المنيا عن العلاقة المحتملة بين ختان الإناث والصلاحية للزواج، بتعبير آخر، ما إذا كان باستطاعة فتاة لم يتم ختانها أن تتزوج. لم يكن هناك إجماع للرأي بين المشاركين. فقد ذكر البعض أن ختان الإناث ليس له تأثير على الأمر، بينما ذكر آخرون أن ختان الإناث يؤثر على صلاحية الفتاة للزواج والأمور الجنسية. وقال غالبية من افترضوا وجود علاقة بين ختان الإناث والأمور الجنسية أن ختان الإناث يقلل من الرغبة الجنسية لدى الفتيات.

لا يؤخذ موضوع ختان الإناث في الاعتبار عند اختيار الزوجة، حيث إن الاعتقاد السائد هو أن "كل النساء قد تم ختانهن". وقد سئل المشاركون عما يفعلونه إذا وجدوا

أنفسهم متزوجين من نساء لم يتم ختانهن، ويلقي الحوار التالي الضوء على الطريقة التي قد يتصرف بها هؤلاء الرجال في مواجهة مثل ذلك الوضع:

المشارك 1: أعاد شخص من أسيوط (محافظة جنوب المنيا) زوجته إلى دارها في صباح اليوم التالي للزفاف، وطلب منها إجراء عملية الختان، وقال إنه لن يعيدها إلا إذا تم ذلك.

المشارك 2: لا شك أنه رأى منظراً سيئاً.

المشارك 3: قد يشعر أنها مثارة جنسياً وتريد ممارسة الجنس مراراً وهو غير قادر على تلبية ذلك.

المشارك 4: هذا صحيح، لقد حدث ذلك في أسيوط، لكنه لم يحدث قط في قريتنا.

المشارك 5: لا بد أن هناك شيئاً بالتأكيد، ولذلك أعادها إلى عائلتها.

المشارك 3: بالتأكيد، إنها تريد ممارسة الجنس طوال الوقت.

عندما سئل المشاركون عما إذا كانوا يعتقدون أن ختان الإناث يؤثر على العلاقات الزوجية (العلاقات الجنسية)، لم يكن هناك إجماع في الرأي فيما بينهم. فقد ذكر البعض أن ختان الإناث لا يؤثر على العلاقات الجنسية، بينما قال آخرون إن ختان الإناث يقلل من الرغبة الجنسية للإناث. كما ذكر آخرون أن النساء اللاتي لم يتم ختانهن "لهن رغبة جنسية زائدة". وقال أحد المشاركين: "إن من يتزوج من امرأة تم ختانها ستكون حياته بلا مشاكل". وبمتابعة النقاش، كشف الكثير من الرجال أنهم لا يعرفون حقاً كيف يمكن لختان الإناث أن يؤثر على العلاقة الجنسية، لأنه ليست هناك نساء لم يتم ختانهن في القرية، ليتبينوا الفارق. وقال أحد المشاركين: "إننا لم نجرب من لم يتم ختانهن، ولا نعرف الفارق".

ذكر غالبية المشاركين أنه من غير المعتاد أن يسأل العريس عما إذا كانت العروس قد تم ختانها، لأنه من المنتظر أن كل النساء قد تم ختانهن. وذكر غالبية المشاركين أن

الزوج سيطلب من زوجته بعد الزواج أن تخضع للختان في حالة ما إذا اكتشف أنها لم يتم ختانها من قبل. بيد أن حالات ختان الإناث بعد الزواج نادراً ما يتم ذكرها.

وفي منشية ناصر، سئل المشاركين عن آثار ختان الإناث على صلاحية الفتيات للزواج. قال البعض إن الفتيات اللاتي لم يتم ختانهن دائماً ما تكن محل شك في إقامتهن لعلاقات جنسية قبل الزواج. وذكر مشاركون آخرون أن النساء اللاتي لم يتم ختانهن تشعرن دائماً أنهن غير طبيعيات لأن كل النساء الأخريات في المجتمع قد خضعن لعملية الختان. وذكر المشاركون أنهم يفضلون زوجات قد تم ختانهن، وأكدوا أن الزوجات اللاتي لم يتم ختانهن لديهن رغبة و طاقة جنسية "رائدة"، ينظرون إليها هم على أنه شيء "سلبى". وجادلوا أنهم لا يمكنهم معرفة آثار ختان الإناث على الحياة الزوجية (الحياة الجنسية)، حيث إنهم لم يخوضوا تجربة امرأة لم يتم ختانها في المجتمع.

ومن وجهة نظر الرجال، فإن ختان الإناث يهدئ من الإثارة الجنسية للنساء ويجعلهن أقل طلباً للجنس، وبالتالي يضمن سيطرة الرجال على العلاقة الجنسية وعلى إخلاص زوجاتهم لهم. وقال أحد المشاركين: "زوجتي تم ختانها، وقد اعتادت أسلوبى وطريقتى. بيد أن الزوجة التي لم يتم ختانها تريد ممارسة الجنس طوال اليوم، لذا سيكون علي تناول الأقراص (الأقراص المنشطة جنسياً). وإذا لم أمارس معها الجنس في يوم ما، فقد تتجه إلى شخص آخر لإشباع رغبتها." قال مشارك صغير السن: "أنا رجل لا يمكنني ممارسة الجنس كل يوم، فكيف يمكنني أن أتزوج امرأة لم يتم ختانها." وقال مشارك آخر: "الرجل الذي يتزوج من امرأة لم يتم ختانها عليه تناول الأقراص (الأقراص المنشطة) كل يوم، وهو شيء له آثار جانبية سلبية."

لم يكن هناك إجماع للرأي بين الرجال في منشية ناصر عند سؤالهم عما سيفعلونه في حالة اكتشافهم بعد الزواج أن زوجاتهم لم تتم ختانهن. وقد ذكر بعض المشاركين أنهم كانوا سيطلبون من زوجاتهم أن تخضعن للختان، بينما قال آخرون إنهم ما كانوا ليفعلوا ذلك. بيد أنهم ذكروا أنهم سيشعرون بالارتياح تجاه الرغبات الجنسية للزوجات اللاتي لم يتم ختانهن، واحتمال إقامتهن علاقات جنسية مع رجال آخرين.

بدء العملية الجنسية

قال غالبية المشاركين في المنيا إن النساء لا تطلبن ممارسة الجنس أو تأخذن زمام المبادرة فيما يتصل وفي هذا الأمر. قال أحد المشاركين: "جرى العرف على : أنه من العار أن تطلب المرأة ممارسة الجنس." وقال آخر: "لو أن الرجال يطلبون ممارسة الجنس في 90% من الحالات، فإن النساء تطلبنه في 10% من الحالات، وفي قريبتنا، 95% من نساءنا اللاتي تم ختانهن لا تطلبن ممارسة الجنس." بيد أن الرجال يدركون أن النساء قد تستخدم أساليب أخرى للتعبير عن رغباتهن واحتياجاتهن الجنسية. وقد قال بعض المشاركين: "قد تقوم بحركة ما تشير إلى أنها راغبة في ذلك؛" "قد ترتدي رداءً قصيراً ملوناً، وقد ترتدي ثوباً خاصاً خلاف الذي ترتديه عادة؛" "وقد تستحم؛" أو "تعد وجبة طيبة؛" أو "تدخلني في حالة مزاجية مناسبة لممارسة الجنس."

ذكر غالبية المشاركين أن على الزوج أن يأخذ في الاعتبار الرغبات الجنسية لزوجته. كذلك ذكروا أنها إن لم تكن تريد الاتصال الجنسي، فإنها ستلجأ مرة أخرى إلى الأساليب المصقولة والضمنية، وأنه في كثير من الحالات، يتقبل الرجال عدم شعور زوجاتهم بالرغبة، إذا كانت مبررة. إلا أن فكرة امتناع النساء عن ممارسة الجنس لم تلق قبولاً واسعاً بين الرجال. فقد قال أحد المشاركين: " لا يمكنها أن ترفض، ولا ينبغي لها أن ترفض عندما أريد ممارسة الجنس معها إلا إذا كانت حائضاً أو مريضة." وقال آخر: "إن رفض ممارسة الجنس في غياب سبب بدني، هو أمر غير مقبول، ويجب أن تُضرب المرأة لذلك." وقال آخر: "لماذا ترفض؟ يجب أن يكون هناك سبب،" و"لماذا؟ هذا يثير الشك لدي تجاهها."

يبدو الرجال الأكبر سناً أكثر تحملاً للرفض. فقد قال بعضهم: " إذا حدث هذا مرة، فلا بأس، لكن إذا تكرر، فلا بد من اتخاذ إجراء." في تلك الحالات يكون الإجراء "إعادتها إلى عائلتها"، " مناقشة الأمر مع أحد أفراد عائلتها... أمها على سبيل المثال"، " زيارة الطبيب." وفيما يتصل بحق النساء في الإشباع الجنسي، أكد غالبية الرجال أن ذلك من حقهن. بيد أنه يبدو أيضاً أنه من واجبها أن ترضى: "أبذل قصارى جهدي."

وفي منشية ناصر، ذكر المشاركون أن النساء لا يمكنهن بدء الاتصال الجنسي بشكل واضح، بيد أنهن يمكنهن التعبير بطريقة ضمنية عن رغبتهن، وأن الرجل عادة يدرك تلك الإشارة. وأضاف البعض أنه عندما تبدي النساء رغبتهن الجنسية، فإن الرجال يستجيبون. وقال آخرون إن الأمر يتوقف على الحالة المزاجية للزوج وشعوره بالرغبة.

بيد أن غالبية المشاركين ذكروا أن الزوجة يمكنها التعبير بطريقة ظاهرة أو ضمنية عن آرائها فيما يتصل وعلاقتها الجنسية. وذكر بعض المشاركين أن المشاكل الجنسية بين الزوج والزوجة تنثير عادة النزاعات وتؤدي إلى الطلاق، وأن تلك الخلافات يمكن تجنبها إذا تواصل الزوج والزوجة وناقشا علاقتهما الجنسية. وقال أحد المشاركين: " إذا كانت الزوجة متعبة، يمكنها التهرب من ممارسة الجنس، وقول إنها متعبة. هذا أمر طبيعي، فهذا من حقها." وقال مشارك آخر: "هذه الأمور [الاتصال الجنسي] لا يمكن بلوغها بالعنف أو الغضب."

المفهوم المحلي للعلاقة الجنسية

عند سؤالهم عن فهمهم ومفهومهم للاستمتاع الجنسي والسعادة الزوجية، ذكر غالبية المشاركين التفاهم المتبادل والحب والاحترام والاستقرار العائلي وطاعة الزوجة على أنها العوامل المحددة للسعادة الزوجية. وقال كثير من المشاركين، وخاصة الرجال صغار السن، إن العلاقة الجنسية هامة في تحديد العلاقة الزوجية. وعند سؤالهم عن مدى أولويتها، لم يكن هناك إجماع للرأي بين المشاركين. فقد جادل البعض أنها ذات أولوية قصوى، بينما ذكر آخرون أنها مهمة، لكنها ليست أهم العناصر. وقد شكك الرجال صغار السن في كل المجموعات في جدوى الزواج دون سعادة جنسية: " لماذا أتزوج إذن؟؛ "نحن نتزوج من أجل السعادة الجنسية؛" "غالبية حالات الطلاق تتم لأنه ليست هناك سعادة جنسية." على الجانب الآخر، يبدو أن الرجال الأكبر سناً يفكرون في الإشباع الجنسي كأحد العوامل من بين الكثير من العوامل التي تؤدي إلى السعادة الزوجية: "السعادة الجنسية تمثل 50% من السعادة الزوجية؛" "ظروف الحياة وأداء الأولاد في المدرسة وفي الحياة هي عوامل أخرى مساهمة؛" "يمكن للظروف الاقتصادية أن تؤثر كثيراً. فإن لم أقدر على تحمل نفقات المعيشة، فماذا يمكن للسعادة الجنسية أن تفعل؟".

المناقشة

على مدار هذه الدراسة، مثلت كلمة الجنسانية (Sexuality) والتي عبر عنها فريق البحث ب:(الأمور الجنسية) مشكلة، حيث إنها لا توجد في العربية الدارجة، ولا في الحديث اليومي للنساء. تستخدم الناشطات العربيات تعبير الجنسانية للإشارة إلى الأمور الجنسية، إلا أن هذه الكلمة فشلت في الانتشار خارج النطاق الأكاديمي ودوائر المثقفين، وهي بالتأكيد ليست منتشرة بين عامة النساء. استخدم الرجال والنساء الذين تمت مقابلتهم في المواقع المختلفة في هذه الدراسة كلمات مختلفة مثل "الجنس"، و"الشهوة"، و"المتعة الجنسية". لهذا السبب، وبدلاً من استخدام "الجنسانية"، قام فريق البحث بتناول القضايا المختلفة التي يفترض أنها تشكل مفهوم النساء عن الأمور الجنسية، مثل إمكانية الزواج، ودور كل من النوعين، ومفاهيم الجمال والأنوثة، وفكرة الشرف ومفهوم الذكورة. إضافة إلى ذلك، تم بحث العلاقة بين تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والمتعة الجنسية، ليس من منطلق حيوي طبي (هزة الجماع، بدء العملية الجنسية، عدد مرات الممارسة، الخ)، ولكن في شكل أسئلة عن تعريف المشاركين للمتعة الجنسية ومفهومهم عنها.

أكدت غالبية النساء التي تمت مقابلتهن في المواقع الثلاثة أن الحب والعاطفة والمعاملة الطيبة من جانب أزواجهن، إضافة إلى تلبية احتياجات المنزل، هي متطلبات المتعة الجنسية. فبالنسبة لهن، توجد المتعة الجنسية وتظهر في نطاق إطار اجتماعي واقتصادي عريض. على سبيل المثال، في المجتمعات التي تم بحثها، حيث هناك انتشار واسع للعنف المنزلي ومعدلات مرتفعة للبطالة وتعدد الزوجات، تعد النساء أن المرأة "السعيدة" هي التي يحسن زوجها معاملتها، والتي يمكنها التحرك في المجتمع، والتي تستمتع بوضع اقتصادي طيب. لذلك فإن المرأة "السعيدة" تصبح "سعيدة جنسياً". ولا ترى غالبية أولئك النساء أن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يؤثر على متعتهن الجنسية. إلا أن بعض أولئك النساء اللاتي تعرضن لحملات مناهضة لتشويه الأعضاء التناسلية للإناث أصبحن تربطن بين هذه الممارسة وعدم الإثبات الجنسي.

على النقيض من النساء، كان مفهوم غالبية الرجال الذين تمت مقابلتهم عن المتعة الجنسية مختلفاً. فبالنسبة للرجال، خاصة ذوي السن الصغير، فإن المتعة الجنسية تركز

على الممارسة الجنسية (الجماع)، وتتبقى بشكل تام منها. وهذا يبين أن مفهوم المتعة الجنسية لا يختلف فقط من مجتمع إلى آخر، ولكن يختلف بين الجنسين أيضاً، إضافة إلى اختلافه بين الأعمار. على خلاف النساء، فإن المتعة الجنسية هي حجر الزاوية في سعادة الرجل في الزواج. فإن لم يكن الرجال راضين جنسياً، فإنهم يعدون أنفسهم في زيجات غير سعيدة. وحيث يقيم الرجال هذه العلاقة الوثيقة بين المتعة الجنسية والأعضاء الجنسية، فإنهم أكثر عرضة إلى إلقاء اللوم على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث - "الأجزاء المفقودة" - عن أي عدم إشباع جنسي قد يشعرون به في حياتهم الزوجية. وهذا بدوره يجعلهم أكثر انفتاحاً لمناقشة ومجادلة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث كعامل يؤثر على قدرة النساء على الاستمتاع بالجنس، وعلى التجاوب جنسياً. بناءً على ذلك، فإن الرجال لا يهتمون بآثار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث على المتعة الجنسية للنساء بقدر ما يهتمون بآثاره على قدرة النساء على التجاوب جنسياً، وهو ما يؤثر بالتالي على متعتهم

ومما يدعو إلى الاستغراب أن كل الرجال الذين تمت مقابلتهم تقريباً يؤكدون أن النساء لديهن "الحق" في الاستمتاع جنسياً بناءً على أسباب دينية. في تلك المناطق، لا يمكن أن تكون المرأة هي من تأخذ زمام المبادرة في بدء الممارسة الجنسية، حيث يعد ذلك "سوء سلوك". فبدء العملية الجنسية من أعمال الرجال. بيد أن النساء تطلبين الجنس بطريقة غير مباشرة باستخدام أساليب مثل ارتداء ملابس خاصة أو إعداد وجبات طعام يفضلها أزواجهن أو السير بطريقة معينة. ويعود الأمر إلى الرجل بعد ذلك في الاستجابة إلى تلك الإشارات. بالمثل، لا يمكن للنساء رفض ممارسة الجنس بطريقة مباشرة في غياب سبب بدني، ويعد رفض ممارسة الجنس شكل من أشكال حرمان الرجال من "حق" لهم، مما يستوجب، طبقاً لبعض الرجال، العقاب.

ومع الاعتراف بأن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث قد يؤثر تأثيراً سلبياً على القدرة الجنسية لزوجاتهم، وهو ما قد ينعكس بدوره على سعادتهن الخاصة، فإن الكثير من الرجال يدعمون رغم ذلك استمرار ممارسة ختان الإناث، ويرون فيها أسلوباً لمنع النساء من الرغبة في الجنس قبل الزواج، وبالتالي يضمنون عذريتها، رمز الشرف. وطبقاً لهذا

التفكير، فإن تلك الممارسة تضمن أيضاً كون زوجاتهم أقل طلباً لممارسة الجنس، بما يمثل ذلك من عبء أقل، وتهديداً أقل، وبالتالي يسمح للرجال بالتحكم في العلاقة الجنسية وفي أجساد النساء. يعتقد الرجال اعتقاداً راسخاً أن "الأجزاء المقطوعة" هي الطريق إلى ضمان السلوك الطيب والرغبة الجنسية الأقل والإثارة الأقل لدى النساء، وأن هذا ما يجعلهن مختلفات عن النساء الأجنبية، الشديديات الرغبة، الذين نراهم في التلفزيون". فبالنسبة لهم، تشويه الأعضاء التناسلية للإناث مقايضة تضمن سيطرة الرجال وإخلاص النساء.

يشعر الرجال بمسئولية كبيرة تجاه المحافظة على أجساد النساء، وضمان نقائها، وبالتالي يصبح تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والزواج في سن مبكر والحد من حركتهن والأفعال الجسمانية الأخرى، سبيل ليقوم الآباء والأخوة والأعضاء الذكور في العائلات الكبيرة بدورهم كحماة لتلك الأجساد. وبالنسبة للرجال، فإن حماية النساء هو دور اختارهم المجتمع للقيام به، وتعززه التعاليم الدينية.

ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية ليست عملية منعزلة، فهي تدعم وتُدعم بواسطة الكثير من المفاهيم، مثل البكارة والنظافة والجمال والأنوثة. لقد قال الكثير من المشاركين إن من بين أسباب إجراء ختان الإناث، ضمان أن تظل المرأة جميلة. فالنسبة لهم، تبدو "الأجزاء المقطوعة" قبيحة، حيث قد تكون طويلة، ولا يبدو المهبل متساوياً في وجود تلك "الأجزاء الطويلة". من المهم أن تكون للمرأة أعضاء تناسلية خارجية جميلة ونظيفة. ولنفس السبب، تتخلص المرأة من شعر العانة باستخدام الأساليب التقليدية.

الارتباط بين البكارة وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث أمر شديد التعقيد. فكما سبق الذكر، لا يربط غالبية المشاركين بين عذرية الفتاة وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث. لكنهم يميلون إلى الربط بين قدرة الفتاة على البقاء عذراء والطريقة التي ربتها بها عائلتها. بيد أن المزيد من التحليل للمقابلات المعمقة وجلسات النقاش الجماعي المركز تبين أن: (1) كلمة "بكارة" وكلمة "شرف" تستخدمان بالتبادل، وأن أغلبية المشاركين يقصرون مفهوم الشرف على قدرة المرأة على الامتناع عن إقامة علاقات جنسية قبل

الزواج، إضافة إلى علاقات جنسية خارج الزواج ؛ (2) وجود ارتباط قوي بين تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والقدرة على تقليل الرغبة الجنسية لدى الفتيات. لذلك، يمكن المجادلة أن أحد الأسباب الرئيسية لختان الإناث في المجتمعات محل البحث هو ضمان أن تظل الفتيات عذراوات حتى ليلة الزفاف. فختان الإناث يجعل الفتاة أقل عرضة للإثارة، وبالتالي أقل عرضة للمشاركة في علاقة جنسية، وفقدان عذريتها، على الرغم من أن غالبية المشاركين ينفون هذه العلاقة المباشرة. فلا يُطلب من الفتيات المحافظة على شرفهن وعذريتهن فقط، ولكن الأرحح أنهن مطالبات بإثبات ذلك. سواء عن طريق أداء عام، كما في الدخلة البلدي، أو بطريقة أكثر خصوصية/ كما في الدخلة الإفرنجي، ينتظر أن تقدم النساء دليلاً على خروج الدم ليلة الزفاف.

بيد أن هناك متغيرات أخرى يمكن أن تؤثر أيضاً على مفهوم النساء للأمور الجنسية، من بينها "المكان" و"الهوية الوطنية". على سبيل المثال، نقل الدخلة البلدي في كل من موقعي البحث في المنيا، حيث يزداد إدراك النساء أنه "أمر قديم" وممارسة "غير حضارية". بيد أنها تقل بمعدل أقل في منشية ناصر، التي تقع في قلب العاصمة، وعلى اتصال وثيق بالمدينة. حقيقة أن غالبية النساء في منشية ناصر يأتون من جذور ريفية، ثم هاجرن بعد ذلك إلى المدينة، يجعلهن أكثر ارتباطاً بممارسة الدخلة البلدي وختان الإناث. إنها وسيلة للاحتفاظ بجذورهن، وتمييز أنفسهن عن الأخرى المقيمت في المدينة وتأتين من أصول مختلفة، وحماية لبناتهن من "مخاطر" المدينة.

دافع الكثير من المشاركين، وخاصة الرجال، عن ختان الإناث، على أساس أن برامج مناهضة ختان الإناث يمولها الأجانب، ويجب التوقف عنها وإلا ستتبع "نساؤنا النقيات، وذوات السلوك الطيب"، العادات الجنسية الغربية. بهذه الصورة، ينظر إلى ختان الإناث على أنه أسلوب لخلق صورة قومية "للمرأة المصرية الصالحة"، والتي تبرز على النقيض من أولئك النساء الأوربيات والأمريكيات.

كما تبين هذه الدراسة، فإن المتعة الجنسية قضية معقدة ويختلف تفسيرها بين الجنسين. نتيجة لذلك، فإن الجدل ضد تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، والذي يستخدم

انخفاض المتعة الجنسية للإناث كإدانة أخرى للممارسة، يحتاج إلى التفكير العميق. فأخذاً في الاعتبار أهمية الجماع للرجال، قد يكون الوضع أنهم أكثر اقتناعاً من النساء بالجدل القائل إن ختان الإناث يقلل المتعة الجنسية، لأن مفهوم النساء للإشباع الجنسي يتعدى الفعل المادي. بيد أن تحقيق المتعة الجنسية حق مطلق للنساء في الإسلام والمسيحية، وبالتالي، عند الحديث ضد تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، قد يكون تناول الأمور الجنسية بطريقة غير مباشرة، بالتأكيد على أن الختان قد يضر بحق مسموح به دينياً، بدلاً من التركيز على النواحي المادية، قد يكون ذلك أكثر فعالية. وفي حال صياغته في إطار ديني، فإن هذا الجدل قد يفرض المزيد من الاهتمام، في مجتمعات يصبغ الإيمان فيها كل أوجه الحياة، بما فيها الأمور الجنسية.

الخلاصة

على الرغم من مجهودات العديد من المنظمة، بما فيها وزارة الصحة والمجلس الأعلى للأمومة والطفولة ووكالات التنمية الدولية والجمعيات المدنية المحلية للقضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، فإن الممارسة ما تزال منتشرة في المواقع الثلاثة التي أجريت فيها الدراسة، وهناك دعم قوي لاستمرارها. هناك عدد قليل من الفتيات والنساء اللاتي لم يخضعن للختان في تلك المجتمعات، ويظن غالبية المشاركين أن ذلك يعود إلى أن الأطباء أكدوا أن أولئك الفتيات على وجه الخصوص لسن بحاجة إلى الختان لأن تكوينهن التشريحي لا يتطلب ذلك.

طبقاً لغالبية المشاركين، السبب الرئيسي لوجود هذه الممارسة واستمرارها هو خفض الرغبة الجنسية لدى الفتيات قبل الزواج. ومن الأسباب الأخرى التي جاء ذكرها، التقاليد والنظافة والصحة والتعاليم الدينية.

ما زال دور الدين مهماً، بيد أنه نتيجة إلى حقيقة أن قيادات الدين الإسلامي يختلفون فيما بينهم، وليس هناك إجماع للرأي، فإن الناس يسعون طلباً لأساليب أخرى لتأكيد ضرورة الممارسة، وبالتالي فإن الخطاب الطبي يكتسب المزيد من القوة والسلطة.

يتمتع الأطباء بتأثير قوي عندما يأتي الأمر إلى اتخاذ قرار ختان الفتيات، حيث إن الأمهات عادة تستشيرهم قبل تعريض بناتهن لتلك الممارسة.

من الواضح أن سن إجراء عملية الختان يرتفع. ويعود ذلك إلى إدخال الأمر في النطاق الطبي، حيث إن الأطباء يفضلون ختان الفتيات وهن في سن كبير لتجنب المضاعفات الطبية المحتملة.

هناك زيادة في كون اتخاذ قرار ختان الإناث عملية مشتركة بين الزوج والزوجة، حيث تتحمل المرأة المسؤولية الأولى، ولكن ليس المسؤولية المنفردة.

هناك دليل على أن الرجال صغار السن يهتمون بالقضية ويشاركون في اتخاذ القرار، بتشجيع الممارسة أو معارضتها. بيد أن هناك شك كبير يحيط بختان الإناث لدى الرجال صغار السن، حيث إنهم قلقون لآثار تلك الممارسة على حياتهم الجنسية.

أكدت غالبية المشاركات من الإناث أن الرجال يفضلون المرأة التي تم ختانها. بيد أن غالبية النساء والرجال الذين تمت مقابلتهم يعتقدون أنه ليست هناك علاقة مباشرة بين الزواج وختان الإناث، وأن الفتيات اللاتي لم يتم ختانهن لديهن نفس فرص الزواج التي تتمتع بها الفتيات اللاتي تم ختانهن.

تستخدم غالبية المجتمعات التي تمت مقابلتها كلمة "الشرف" بالتبادل مع كلمة "العذرية". بتعبير آخر، فإن شرف الفتاة يتوقف على قدرتها على إظهار "المنديل الملوث ببقع الدم"، ويأتي شرف عائلتها من قدرتها على رفع تلك الابنة الشريفة. أنكر غالبية المشاركين وجود ارتباط مباشر بين ممارسة ختان الإناث و"شرف" الفتاة. وشرح البعض أن قدرة الفتاة على المحافظة على شرفها تعززها طريقة تربيته، وليس حقيقة أنها قد تم ختانها أم لا.

الممارسات التقليدية، مثل الحد من الحركة (يمكن لكل النساء التي تمت مقابلتهن في كل المجتمعات الخروج بعد إخبار الذكر فقط، وفي كثير من الأحيان، ليس بمفردهن)، والختان الإناث والحجاب، هي "أدوات" يستخدمها المجتمع وتعززها عدم المساواة بين النوعين لضمان أن النساء "تحسن السلوك". الممارسات الأخرى، مثل الدخلة البلدي، هي أدوات أخرى لإظهار نجاح تلك المجتمعات في إخراج عضوات "تحسن السلوك".

لا تخضع أو تتأثر بنية الأمور الجنسية لكل من النساء والرجال في المجتمعات بخبراتهم الشخصية فقط، ولكن بقوى اجتماعية واقتصادية وسياسية عريضة.

هناك اختلاف رئيسي بين بنية النساء والرجال للمتعة الجنسية. فبينما تتمتع النساء بفهم أوسع وخبرة أكبر بالمتعة الجنسية، تتعديان الجماع، فإن الرجال يبنون المتعة الجنسية على لحظات الجماع نفسها، ولحظة شعورهم بهزة الجماع. تعبير "هزة الجماع" مألوف أكثر لدى الرجال ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بحصولهم هم على متعتهم، عن حصول النساء على متعتهم.

تنظر غالبية النساء اللاتي تمت مقابلتهن إلى "الأجزاء المقطوعة" على أنها تهديد "لسلوكهن الجنسي الطيب" (عدم الخوض في علاقات جنسية قبل الزواج أو أثناء الزواج)، وليس على أنها تهديد لقدرتهن على "ممارسة" الجنس أو الاستمتاع به.

ذكرت غالبية النساء اللاتي تمت مقابلتهن أن الختان لا يؤثر على متعتهم الجنسية، بينما كان الرجال، وخاصة صغار السن منهم، أقل اقتناعاً، وجادلوا باحتمال الارتباط بين تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وقدرة النساء على التجاوب الجنسي.

يعتقد غالبية الرجال الذين تم التحدث إليهم أن النساء يجب أن تشعرن بالمتعة الجنسية، وكان اقتناعهم نابغاً من جذور دينية أكثر منها جذور اجتماعية، فقد ذكر في القرآن أن للنساء الحق في لاستمتاع بممارسة الجنس. بيد أن اهتمامهم الأول فيما يتصل

وختان الإناث ليس أنه قد يقلل من قدرة المرأة على الاستمتاع بالجنس، ولكن أنه قد يقلل من رغبتها وقدرتها على "التجاوب جنسياً"، وبالتالي قد يؤثر على تحكم زوجها في الوقت الذي تتم فيه العلاقة الجنسية.

بوجه عام، يعاني الرجال من تضارب في وجهة نظرهم تجاه ختان الإناث. فمن ناحية، هم قلقون من أن ختان الإناث قد يقلل من قدرة المرأة على التجاوب جنسياً، وبالتالي يعرض شعورهم هم بالمتعة للخطر. وعلى الجانب الآخر، هم قلقون من أن النساء اللاتي لم تخضعن للختان يمكن أن تكن مرهقات جنسياً، وأنهم لن يكونوا باستطاعتهم تلبية احتياجاتهن الجنسية، إضافة إلى أن ذلك قد يقوض من واجب الرجال في المحافظة على إخلاص زوجاتهم وعذرية بناتهن حتى الزواج. وهذا بدوره يمكن أن يهز من مفهوم القوامه، أو قد يؤدي إلى أن "تسيء" النساء السلوك.

شكك الكثير من المشاركين في التوسع الأخير في الحملة المناهضة للتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، خاصة المجموعات صغيرة السن. وهم يعتقدون أن البرامج المناهضة للتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، والتي تمول بشكل رئيسي من خلال المساعدات الأجنبية، هي جزء من مؤامرة الغرب لتغيير السلوك الجنسي الطيب للنساء المصريات. وهذا التشكك سوف يظهر أكثر بعد ثورة 25 يناير وبخاصة لارتباط الجهود المكثفة بالنظام السابق وظهور بعض التيارات والآراء المتشددة دينياً.

التوصيات

- ◆ في إطار ما تشهده مصر من تطورات حالياً لا بد من وضع سياسات هادئة تخاطب العقل وتعتمد على الأسس العلمية ونشر الحقائق ودرأ الإشاعات والمعلومات المغلوطة عن ختان الإناث.
- ◆ من المهم جداً الاستمرار في الالتزام السياسي بمحاربة الختان و يجب التوسع في البرامج والحملات المضادة للتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، ويجب تطبيق القوانين لضمان عدم الاستمرار في ممارسته بعيداً عن الأنظار.

- ◆ يجب إدخال الصحة الإيجابية كجزء متكامل في المدارس، إضافة إلى ضمها إلى مناهج التمريض والمناهج الطبية لمساعدة الشباب على فهم وظائف الجهاز التناسلي وتصحيح المفاهيم المغلوطة القائمة بشأن البظر.
- ◆ يجب تدريب طلاب الطب والأطباء العاملين على إعطاء المشورة الجنسية حتى يمكنهم مراجعة المشاكل الجنسية التي تواجه الزوجين نتيجة لتشويه الأعضاء التناسلية للإناث أو غيره من الأسباب.
- ◆ من المهم جداً أن تطرح وسائل الإعلام رسائل مضادة لتشويه الأعضاء التناسلية للإناث.
- ◆ كانت النماذج الإيجابية ناجحة في برامج مجتمعية أخرى تتناول قضايا الصحة الإيجابية، بما فيها تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، ويجب التوسع في ذلك المنهج.
- ◆ هناك حاجة إلى المزيد من الأبحاث باستخدام مجموعة متنوعة من الأساليب لتحسين فهم العلاقة بين تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والسلامة النفسية والجنسية لكل من الرجال والنساء في مصر.

- قائمة المراجع

المراجع الأجنبية

- Abd El-Hady, RM, and El-Nashar, AB. Long-term impact of circumcision on health of newly married females. Zagazig University Medical Journal 6 (1998): 839-851.
- Abdel Hadi, A and Abdel Salam, S. Physicians Attitudes towards Female Circumcision. Cairo Institute for Human Rights, 1999.
- Abou el-Sorour, G and Ragab, A. Towards the Eradication of Female Circumcision, Questions and Answers of Religious Scholars. Cairo, UNICEF, 2005.
- Alsibiani, SA and Rouzi, AA. Sexual function in women with female genital mutilation. Fertility and Sterility (2008), online publication.

- Egypt Penal Code, close 242 bis, 2008.
- El Awa, S. Female Circumcision from an Islamic Perspective. Monograph, the National Council for Childhood and Motherhood, undated.
- El-Defrawi, MH, G Lotfy, KF Dandash, AH Refaat, and M Eyada. Female genital mutilation and its psychosexual impact. Journal of Sex and Marital Therapy 27 (2001): 465-473.
- El-Mouelhy, M. Violence against Women: A Public Health Problem.
- Journal of Primary Prevention 25 (2004): 289-303.
- El Nashar, A, Ibrahim M. El-Dien, M El-Desoky, and Mohamed Hassan M El-Sayed. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. BJOG 114 (2007): 201-206.
- El-Rabbat, M. A critical review of studies investigating the adverse effect of FGC with particular reference to type I & II prevalence in Egypt. Egyptian Fertility Care Society (EGCS), 2003
- El-Zanaty, F and Way, A. Egypt Demographic and Health Survey. The National Population Council and the Ministry of Health and Population, 2005
- El-Zanaty, F and Way, A. Egypt Demographic and Health Survey. The National Population Council and the Ministry of Health and Population, 2000
- El-Zanaty, F and Way, A. Egypt Demographic and Health Survey. The National Population Council and the Ministry of Health and Population, 2009
- Fourcroy, Jean L. Customs, culture and tradition--what role do they play in a woman's sexuality? Journal of Sexual Medicine 3 (2006): 954-959
- Johansen, E. Experiences and Perceptions of Pain, Sexuality, and Childbirth. A study of female genital mutilation among Somalis in Norwegian exile, and their health care providers. Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway, 2006.
- Karim, M, and Ammar, R. Female Circumcision and Sexual Desire. Cairo, Ain Shams University Press, 1965
- Khattab, Hind. Women's Perceptions of Sexuality in Rural Giza. Monographs in Reproductive Health. no. 1. Cairo: Population Council, 1996

- Lightfoot-Klein, H. The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. *The Journal of Sex Research* 26 (1989): 375-392
- National Council for Childhood and Motherhood. Documentation of the FGM Free Village Model Project, Summary Report, 2008
- Ministry of Health, decree # 271, 2007.
- Nwajei, S, and Otiono, AI. Female genital mutilation: implications for female sexuality. *Women's Studies International Forum* 26 (2003): 575-580.
- Obermeyer, Carla Makhlouf. The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality* 7 (2005): 443-461.
- Okonfua, FE, U Larson, F Oronsaye, RC Snow, and TE Slinger. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynecological morbidity in Edo State, Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 109 (2002) 1089-1096.
- Ozumba, BC. Acquired genestresia in Eastern Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 37 (1992): 105-109.
- Pyle, Merrilyn. *Female Genital Cutting in Egypt: Myths and Realities Exposed*. Cairo: Population Council, 2001, 1-14.
- Ragab, A and Abou el-Sorour, G. *Towards a Comprehensive and Alternative Vision for Eradicating Female Genital Mutilation*. Cairo, WHO, 2003.
- Ragab, A. Some Ethical Considerations Regarding Medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting. *Bioetica Journal* 8 (2008): 10-13.
- Saint Mark for Development, Survey, 2004.
- Stewart, Holley, Linda Morison, and Richard White. "Determinants of Coital Frequency Among Married Women in Central African Republic: The Role of Female Genital Cutting." *Journal of Biosocial Sciences* 34 (2002): 525-539.
- Tag Eldin. M, Gadalla. M, El-Tayeb. M, Abdel-Aty. M, Mansour. E, and Sallem, M. Prevalence of Female Genital Cutting among Egyptian Girls. *Bulletin of World Health Organization* 86 (2008): 269-74.

- Thabet, Saeed Mohamad Ahmad. Reality of the G-spot and its relation to female circumcision and vaginal surgery. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 35 (2009): 967-973.
- Thabet, SMA, and ASMA Thabet. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. Journal of Obstetrics and Gynecological Research 29 (2003): 12-19.
- Toubia, N. Female Genital Mutilation: A Call to Global Action. New York: Women Ink, 1993.
- Wassef, Nadia, and Abdullah Mansour. Investigating Masculinities and Female Genital Mutilation in Egypt. National NGO Centre for Population and Development, 1999.
- Whitehorn, J, O Ayonrinde, and S Maingay. "Female genital mutilation: cultural and psychological implications." Sexual and Relationship Therapy 2 (2002): 161-170.
- WHO, Eliminating Female Genital Mutilation, an Interagency Statement, 2008.

واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة.

آسيا شريف¹

I - مقدمة

يعد موضوع الصحة الإنجابية والجنسية من أهم انشغالات المفكرين والباحثين في مختلف التخصصات الطبية والاجتماعية والديموغرافية والأنثروبولوجية والاقتصادية، ويتواجد في جداول أعمال أغلبية المؤتمرات الدولية، فيأتي على رأس القائمة مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية الذي عقد عام 1994، حيث كان تعريفه لمفهوم الصحة الإنجابية وأهم مؤشراتها نقطة التحول الرئيسية في كيفية تناول قضايا السكان والتنمية، كما تم التأكيد لأول مرة أن الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية لهما أهميتهما الأساسية لتمكين المرأة، تحقيق المساواة بين الجنسين والتنمية المستدامة، كما وضع المرأة والأسرة أمام خياراتها لمسؤولياتها المطلقة في تقرير ما تريد لصحتها الإنجابية.

ترتكز الصحة الإنجابية على كَوْن الأفراد قادرين على التمتع بحياة جنسية مُرضية ومأمونة، وقادرين على الإنجاب، وأن يكون للأزواج حق معرفة مختلف أساليب استخدام تنظيم الأسرة، وأن تمر المرأة بأمومة آمنة بحصولها على خدمات الرعاية الصحية المناسبة خلال حياتها الإنجابية وما بعدها.

وإدراكا لأهمية موضوع الصحة الإنجابية والجنسية، وما يترتب على ذلك من تأثير على صحة الأسرة كونها البنية الأساسية في بناء المجتمع الإنساني، وتجسيدا لأهداف

¹ أستاذة محاضرة بالمدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي - الجزائر.

البريد الإلكتروني: h_assia@hotmail.com

مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية 1994، والمتمثل أساسا في "تحقيق إمكانية حصول الجميع على رعاية الصحة الإيجابية بحلول عام 2015"، حرصت الدول العربية على وضع سياسات متطورة لرعاية الأمومة السليمة، النهوض بصحة الأم والطفل، ومحاولة التخفيض في وفيات الأمهات، حيث جعلتها من ضمن أولوياتها الصحية، كما بادرت جامعة الدول العربية بتنفيذ المشروع العربي لصحة الأسرة في البلاد العربية بما فيها تونس، سوريا، الجزائر، المغرب، جيبوتي، اليمن، لبنان وفلسطين خلال الفترة 2001-2007، وتهدف الورقة البحثية إلى تسليط الضوء على مؤشرات الصحة الإيجابية والجنسية في بعض البلدان العربية من خلال واقع بيانات المسوحات القطرية في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة، إذ نحاول من خلالها تشخيص وتحليل أوضاع المرأة العربية في الدول محل الدراسة، التعرف على أهم اتجاهاتها وسلوكياتها الاجتماعية والمعرفية والصحية، إذ لا تهدف الورقة البحثية إلى سرد انجازات وجهود بعض البلدان العربية بقدر ما تتجه إلى إبراز المجالات أو النقاط التي مازالت في حاجة إلى جهود من أجل تطوير واقع الصحة الإيجابية والجنسية في البلاد العربية.

وأهم النقاط التي تتضمن هذه الدراسة بعد المقدمة هي تحديد المفاهيم، وتليها أهداف الدراسة، مصادر البيانات، ثم لماذا الاهتمام بالصحة الإيجابية والجنسية؟، الرعاية الصحية للأمهات، وتليها أهم الأمراض والمشكلات الصحية المتعلقة بالحمل والولادة، وفيات الأمهات، ثم ننظر إلى عنصر تنظيم الأسرة في البلاد العربية، ومعرفة أمراض السيداء، وأخيرا نعرض الاستنتاج، أهم التوصيات وقائمة المراجع.

وبهذا سوف تساهم الورقة البحثية بدون شك في دعم مستخدمي القرار والقوى الفاعلة في تمكين المرأة من التمتع بعوامل الصحة الإيجابية والجنسية.

1/- تحديد المفاهيم

لا تخلو أية دراسة علمية من مفاهيم رئيسية، وعليه يقتضي منا أن نحدد المفاهيم

التالية:

- الصحة الإيجابية.

- الرعاية الصحية الإيجابية.

1-1- الصحة الإيجابية

لقد استولى مفهوم الصحة الإيجابية على اهتمام كبير بعد انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية لعام 1994، حيث أصبح المدخل الجديد لحل مشكلة النمو السكاني المتزايد في العالم خاصة الدول النامية.

الصحة الإيجابية والجنسية هي القدرة وحق التمتع بحياة جنسية مطمئنة ومأمونة، والتمتع أيضا بالصحة النفسية والبدنية والعقلية، وإن تمتع الإنسان رجالا ونساء على حد سواء بهذه الحقوق يعني تحسين ظروف حياتهم، وقدرتهم على المساهمة في التنمية المستدامة في جميع مجالات الحياة العامة والخاصة.

وفي هذا الصدد ورد في برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام 1994، التعريف التالي لمفهوم الصحة الإيجابية: "الصحة الإيجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة". (المنظمة الدولية لرعاية الأسرة، 1996).

وبهذا تنطوي الصحة الإيجابية على أن يكون الأفراد قادرين على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وأن تكون لديهم القدرة على الإنجاب، وحق الأزواج في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المختلفة، والحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة أثناء الحمل والولادة وما بعدها.

كما تم تحديد المكونات الرئيسية للصحة الإيجابية بما يتماشى مع القيم الدينية والأخلاقية والخلفيات الثقافية العفائية وطرق قياسها وهي تسع عناصر أهمها:

- صحة الأم والطفل.
- رعاية ما بعد الإجهاض.
- الرضاعة الطبيعية.
- التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسيا.
- التغذية.
- العقم.
- تنظيم الأسرة.
- الممارسة الخاطئة والتمييز بين الجنسين.
- المراقبة.

1-2- الرعاية الصحية الإيجابية

تعد الصحة حقا من حقوق الإنسان، والرعاية الصحية هي وسيلة من وسائل الحصول على هذا الحق، بدون أي معوقات اجتماعية أو اقتصادية أو ثقافية.

الرعاية الصحية موضوع الدراسة تتعلق بمجال الإنجاب والمعرفة كما يلي:
"الرعاية الصحية الإيجابية هي مجموعة من الأساليب والتدخلات والخدمات التي تسهم في تحسين الصحة الإيجابية والرفاهية من خلال الوقاية من الأمراض، وحل مشاكل الصحة الإيجابية". (الصلاحى وآخرون، بدون سنة).

وأهم عناصر الرعاية الصحية الإيجابية هي رعاية صحة الأمومة التي تنفرع بدورها إلى الرعاية قبل الحمل، الرعاية أثناء الحمل، الرعاية أثناء الولادة، والرعاية بعد الولادة. كما تشمل رعاية الصحة الإيجابية على:

"خدمات عالية النوعية في تقديم المشورة الخاصة بتنظيم الأسرة، الإعلام والتوعية والتواصل والرعاية قبل الولادة، والولادة السليمة، والرعاية بعد الولادة، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية، الوقاية من العقم وعلاجه، الوقاية من مضاعفات الإجهاض المأمون حيثما لا يكون ذلك متعارضاً مع القانون، معالجة التهابات الجهاز التناسلي والأمراض

المنقولة بالاتصال الجنسي، والحالات الأخرى التي تصيب الجهاز التناسلي". (المنظمة الدولية لرعاية الأسرة، 1996).

2- أهداف الدراسة:

أصبح موضوع الصحة الإنجابية والجنسية من أبرز اهتمامات واضعي البرامج الصحية في البلدان العربية خلال العشرية الماضية، والتفاننا كباحثين إلى هذا النوع من المواضيع مبني على أسس واقعية وعملية، لهذا الغرض ركزنا على الأهداف التالية:

- إبراز واقع الصحة الإنجابية والجنسية في الدول محل الدراسة وهي: تونس، المغرب، سوريا، الجزائر، جيبوتي، ليبيا، لبنان، اليمن وفلسطين.
- تشجيع البحوث و المساهمة في إثراء موضوع الصحة الإنجابية و الجنسية في البلدان العربية التي شملتها الدراسة.
- المساهمة في اقتراح بعض التوصيات ومحاولة توجيه السياسات السكانية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية بكل عناصرها وأبعادها، و إتاحة الفرصة لواضعي السياسات و متخذي القرار في وضع استراتيجيات وسياسات مناسبة لذلك بغرض السعي لتحسين واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية.

3- مصادر البيانات

تعتمد هذه الدراسة على نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة التي تم تنفيذها في كل من تونس (2001)، سوريا (2001)، الجزائر (2002)، جيبوتي (2002)، لبنان (2004)، المغرب (2004/2003) فلسطين (2007/2005)، و ليبيا (2007).

وتدخل هذه المسوحات ضمن المشروع العربي لصحة الأسرة الذي أنشئ من طرف جامعة الدول العربية، وذلك بدعم من برنامج الخليج العربي، منظمة الأمم المتحدة الإنمائية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، منظمة الصحة العالمية بالقاهرة اليونيسيف، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (إقليم العالم العربي) بتونس، المنظمة الإسلامية للعلوم

الطبية، صندوق الأوبك للتنمية والأسكو، مكتب إقليم الدول العربية بصندوق الأمم المتحدة للمرأة بعمان، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا بيروت.

وجاء هذا المشروع استمرارا لمسيرة المشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي أعطى قاعدة بيانات حول صحة الأم والطفل لحوالي عشرة دول عربية وهي موريتانيا مصر، اليمن، الجزائر، السودان، سوريا، ليبيا، تونس، لبنان، و المغرب، وتم ذلك ما بين فترة 1990 إلى غاية 1997.

4- لماذا الاهتمام بالصحة الإيجابية والجنسية؟

أصبح موضوع الصحة الإيجابية والجنسية محور اهتمام المنظمات الدولية، كما تعتبر الحقوق الإيجابية أساسية للنهوض بالرعاية الصحية للمرأة، فإذا كانت المرأة قادرة على التحكم في خصوبتها، فهي تصبح قادرة في أن تخطط لأسرتها، وأبعد من ذلك، في أن تخطط لبقية حياتها، وعندما تكون بصحة جيدة وتبلغ أعلى مستوى من الصحة الجنسية والإيجابية، سوف تكون أكثر إنتاجا وأكثر مشاركة في التنمية، وتكون على قدم المساواة مع الرجل.

ويرجع الاهتمام والتركيز على الصحة الإيجابية والجنسية في البلدان العربية كون أنه ما زال هناك:

- ملايين الفتيات يعزمن على الزواج وهن في سن الطفولة، ويحرمن من حق التعليم.
- تفشي الأمية بنسبة لا تقل عن 50%، وتصل في بعض البلاد العربية بين الأمهات إلى 85%.
- يصل سن الزواج في البلاد العربية للإناث 24-25 سنة، وللذكور 27-30 سنة، ومعدل الإنجاب 5-6 أطفال لكل امرأة، ومعدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة 23-30%، وتعاني نسبة 22% من أمراض الإنجاب.

- تتعرض أكثر من 60% من الفتيات في بعض الدول العربية للختان و الزواج المبكر، ونسبة 10% للعنف.
- يصل معدل وفيات الأمهات إلى 365 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية. (جامعة الدول العربية، قطاع الشؤون الاجتماعية، 2007).
- مازال هناك امرأة تموت كل دقيقة من مضاعفات الحمل والولادة، ويعاني أكثر من 40% من الأطفال العرب من نقص النمو والطول والوزن نتيجة الفقر والمرض والتسرب المدرسي، ونقص في الخدمات الصحية والتطعيمات.
- أكثر من 90% من إصابة الأطفال بفيروس نقص المناعة البشرية كانت عن طريق الانتقال من الأم، والتي يمكن الوقاية منها عن طريق مضادات الفيروسات الرجعية، و عن طريق الولادة الآمنة و ممارسة التغذية السليمة (المشروع العربي جامعة الدول العربية لصحة الأسرة، النشرة الدورية، عدد 27، نوفمبر 2009).
- الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال ما بين شهر إلى 5 سنوات من العمر هي الالتهاب الرئوي، الإسهال، الملاريا، الحصبة و فيروس نقص المناعة البشرية، كما تبين أن سوء التغذية يساهم في أكثر من ثلث وفيات الأطفال.

تلك هي الإحصائيات التي تحتاج إلى التوقف والتركيز على الصحة الإيجابية والجنسية بما فيها صحة الأم والطفل و وضعها في صدارة أولوياتنا.

5- الرعاية الصحية الإيجابية للأمهات

تعتبر الرعاية الصحية للأمهات أحد أهم الأهداف التي توليها السياسات السكانية والبرامج الصحية اهتماما خاصا، لما تحققه من فوائد لصحة الأم والطفل، ونذكر أهم عناصر الرعاية الصحية الإيجابية هي:

5-1- الرعاية الصحية أثناء الحمل

تعد صحة الأمومة من أهم مقومات صحة المرأة، فرعاية الحمل يساعد على تشخيص وكشف متابعة الحمل، حيث تمنع الرعاية في هذه المرحلة من حدوث بعض

المضاعفات أثناء الحمل، يستدعى ذلك أن توضع الأم تحت الإشراف الطبي المستمر بواسطة مراكز رعاية الأمومة والطفولة في المستشفيات أو الوحدات الصحية.

فالأم التي تتلقى رعاية صحية أثناء الحمل لاسيما خلال الزيارات المنتظمة أثناء تلك الفترة، يتم تحصينها من التيتانوس، تتناول مستحضرات الحديد للتخفيف من فقر الدم، وفيتامينات أو كالسيوم في وقت الحاجة، والأم التي تلقن نصائح عن نمط الغذاء، والتوعية اتجاه الممارسات الصحية أثناء الحمل، فإنها تسعى من دون شك إلى تأمين صحتها وصحة جنينها، وإلى تجنب حالات اعتلال ووفيات الأمهات والرضع، وبالتالي تحسين ظروف صحة الأمهات وتفاذي الخطر.

وحرصا من المشروع العربي لصحة الأسرة على المساهمة في قياس التقدم المحرز من جانب الحكومات نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في المنطقة العربية التي تعهدت على تحقيقها بحلول عام 2015.

ينص الهدف 5 حول تحسين صحة الأمهات وغاياته: **على تخفيض معدل وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع في الفترة من 1990 إلى 2015.**

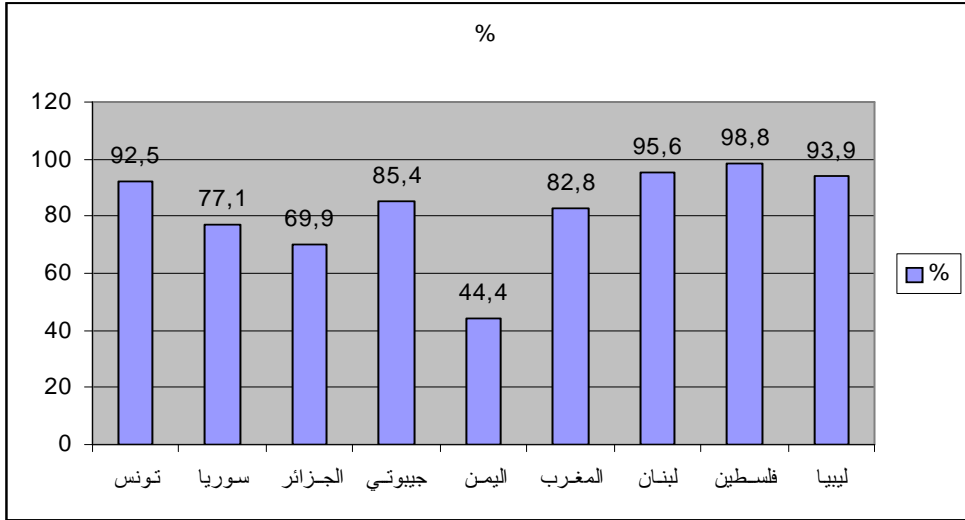
وفي هذا الصدد ركزت المسوحات العربية بشكل واسع حول الرعاية الصحية أثناء الحمل و بالتالي التعرف على نوعية الخدمات الصحية المقدمة للحوامل، حيث يبرز الشكل رقم 1 أن أكبر نسبة السيدات اللواتي تلقين رعاية أثناء الحمل بآخر مولود خلال السنوات الخمس السابقة على المسح تواجدت في فلسطين بنسبة 98,8%، وأدناها في اليمن بحوالي 44,4%، كما نلاحظ عموما أن أكثر من نصف السيدات في معظم الدول العربية محل الدراسة قد تلقين رعاية صحية أثناء حملهن بآخر مولود، كما كشفت نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة وجود علاقة بين رتبة المولود ومدى تلقي الأمهات الرعاية الصحية أثناء الحمل، حيث اتضح أن المولود الأول يتلقى أعلى نسبة من الرعاية الصحية أثناء الحمل، ويمكن تفسير ذلك إلى اكتساب الأمهات خبرة تراكمية مع زيادة عدد مرات حملهن، وهذا من خلال المقابلات المعمقة التي أجريناها أثناء قيامنا بالبحث

الميداني ومقابلة مجموعة من النساء اللواتي عشن تجربة آخر حمل لديهن خلال الخمس سنوات السابقة للتحقيق، حيث أعطت لنا الدراسة صورة ثرية حول أبعاد الأمومة وكيفية معايشة تجربة الحمل و الولادة و النفاس و تم ذلك عن طريق عملية السرد.²

كما أبرزت النتائج الكمية في البلدان العربية التي شملتها الدراسة، وكذا النتائج الكيفية التي قمنا بصدها تحليل دور المستوى التعليمي للأُم وكذا الحالة الفردية حيث تبين أن الأمهات المتعلمات والعاملات أكثر إقبالا على استخدام خدمات رعاية الأمومة من الأمهات غير المتعلمات والقاطنات في البيت دون عمل.

الشكل (1)

نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بأخر مولود خلال السنوات الخمس السابقة على المسح في بعض الدول العربية



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة .

ارجع إلى: جامعة الدول العربية، المشروع العربي لصحة الأسرة، العدد 32، أبريل 2010، ص 6

² تمت هذه الدراسة في إطار تحضير رسالة دكتوراه دولة في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا.

5-1-1- التتطعيم ضد التيتانوس

لقد اهتم المسح العربي لصحة الأسرة بتوجيه سؤال للنساء اللواتي أنجبن على الأقل طفلا واحدا خلال فترة الخمس سنوات السابقة للمسح حول مدى أخذهن حقنة التتطعيم ضد التيتانوس إما أثناء الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتهن الإيجابية.

والاهتمام بتتطعيم الحوامل ضد التيتانوس باعتباره من بين أهم أسباب وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة ومن أجل تفادي إصابة الأمهات بتسمم التيتانوس يعطى لها جرعات التتطعيم إما أثناء فترة الحمل، أو في فترة مبكرة من حياتهن الإيجابية، فهو يعد ضرورة ملحة كونه يحصن الأم والجنين على حد سواء فإذا لم تتلقح الأم ضد التيتانوس، يعنى أن طفلا من بين كل 100 طفل يلقى حتفه نتيجة هذا المرض، وبهذه الأهمية القصوى للتتطعيم ضد التيتانوس، تنص الرسالة الصحية الرابعة حول التتحصين التي تدعو كل فرد وكل أسرة وكل مجتمع إتباع تلك القواعد الذهبية ومفادها هو:

"يجب تتحصين جميع النساء بين 15-44 سنة ضد الكزاز" (أدامسون، 1993).

ويمكن قياس رعاية صحة الأمومة عن طريق معرفة مدى تلقي الأم جرعات التتطعيم ضد التيتانوس أثناء الحمل، وبهذا يوضح الشكل رقم (2) أن أكثر من نصف السيدات قد تلقين اللقاح في سوريا بحوالي 51,5%، وجيبوتي 64,4%، وحوالي ربع السيدات في كل من ليبيا والمغرب وتنخفض النسبة في لبنان بحوالي 5,5%، ويرجع هذا الانخفاض أساسا إلى أن المرأة تأخذ جرعات اللقاح ضد التيتانوس منذ الصغر، كما يمكن إرجاع نسبة قلة المتعاطيات لهذه الحقن إلى حدوث معظم الولادات في ظروف صحية مناسبة وتحت إشراف طبي.

جدول (1)

نسبة السيدات اللاتي تلقين جرعة واحدة على الأقل من اللقاح ضد التيتانوس خلال حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة على المسح في بعض الدول العربية.

النسبة %	البلد
51,5	سوريا
43,9	الجزائر
64,4	جيبوتي
31,5	اليمن
28	المغرب
5,5	لبنان
34,1	فلسطين
28,1	ليبيا

المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة، عبد المنعم أحمد، حليمي رايح، مؤشرات الصحة الإنجابية في بعض البلدان العربية"، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، القاهرة، المجلد الثالث، العدد 7، يناير 2010، ص80.

فيما يخص عدد مرات المتابعة أثناء الحمل والشخص الذي يقوم بتقديم الخدمة، تعتبر من بين أهم الرسائل العشر الرئيسية للكتاب "حقائق للحياة"، حيث تنص الرسالة الثانية على أهمية مراجعة الطبيب أثناء فترة الحمل، وجاء نصها كما يلي:

"تخفيض مخاطر الحمل، يجب على النساء الحوامل مراجعة الطبيب أو العامل الصحي للحصول على الرعاية الصحية اللازمة أثناء الحمل، كما يجب أن تتم الولادة بمساعدة شخص مدرب". (أدامسون، 1993).

وتم تحديد عدد مرات المتابعة أثناء الحمل بإجراء ثلاث فحوصات قبل الولادة وذلك في الشهر الثالث، الخامس والسابع، وتصل حتى إلى أربع فحوصات ويرجع هذا الإصرار أساساً إلى منح المرأة الحامل المجال للمراقبة والمتابعة المستمرة للأم وللجنين على حد سواء، والتأكد من تجنب المشاكل الصحية مضاعفات الحمل التي تشكل خطراً

عليها وعلى حياة الجنين هذا من جهة، وتعد إجبارية من جهة ثانية فيما يخص الضمان الاجتماعي وذلك من أجل تسديد كل المصاريف للمرأة المؤمنة أو زوجة العامل المؤمن.

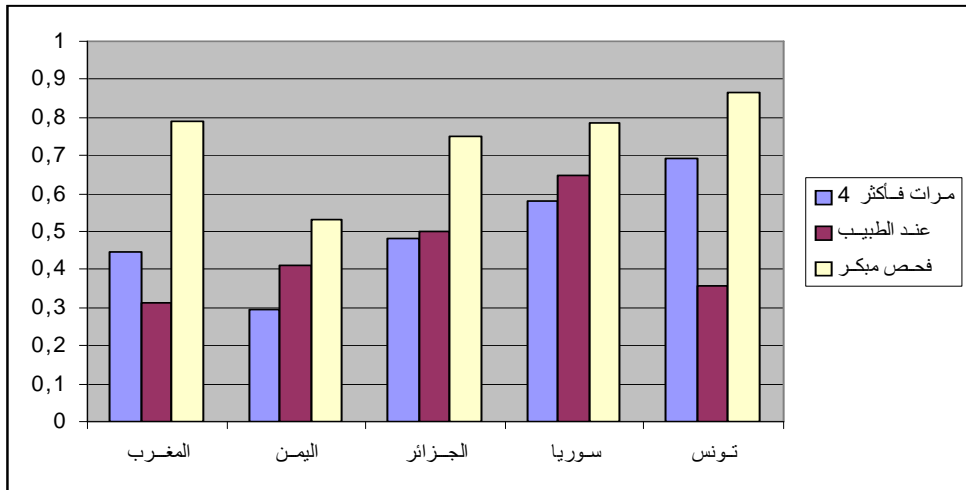
وفي هذا الصدد تبين أن السوريات و التونسيات أكثر ترددا على الرعاية الصحية، حيث ترتفع نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية الحمل 4 مرات على الأقل أثناء حملهن بالمولود الأخير خلال الثلاث سنوات السابقة على المسح بحوالي 69% في تونس، و 58,1% في سوريا، وأدناها في اليمن بحوالي 29,3%.

أما عن عملية الكشف أثناء الحمل عند الطبيب، وصلت النسبة أعلاها في سوريا إلى 64,7%، وأدناها في المغرب إلى 31,2%.

كما يبرز شكل (2) أن النساء التونسيات أكثر إقبالا على استخدام الرعاية الصحية المبكرة أثناء الحمل، ثم تأتي المغربيات و السوريات ثم الجزائريات.

شكل (2)

نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل لآخر مولود خلال الثلاث سنوات السابقة على المسح حسب مؤشرات جودتها في بعض الدول العربية.



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة (عبد المنعم أحمد، حلبي راجح، مرجع سابق، ص 81).

وعلاوة على ذلك، لقد توسعت بيانات مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة في الدول محل الدراسة من أجل معرفة سبب عدم الكشف والمتابعة أثناء فترة الحمل، اتضح أن عدم توفر أو ارتفاع تكلفة الرعاية أثناء الحمل تعد من بين أهم أسباب عدم الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل، بالإضافة إلى بعد المسافة وكذا الخبرة السابقة.

كما توصلنا من خلال النتائج الكيفية ضمن المقابلات المتعمقة هو أن الرعاية الصحية أثناء الحمل لا تأتي إلا عند الضرورة الملحة كونها العامل الذي أدى بالنساء الحوامل إلى التردد لدى الطبيب أو الممرض، وتوصلنا إلى **صحة الفرضية** التي مفادها أن: "إقبال النساء الحوامل على الرعاية الصحية أثناء الحمل وما بعده يرتبط غالبا بسوابق توليدية أو طبية أكثر مما هي وقائية".

6- الرعاية الصحية أثناء الولادة:

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الولادة أحد أهم المحددات و المؤشرات التي تحقق صحة الأم الإنجابية، فالظروف التي تتم فيها الولادة تلعب دورا هاما في تقليل خطر الإصابة بأي مضاعفات أو التعرض للإصابة بأي أمراض و ملوثات تصيب الأم والطفل.

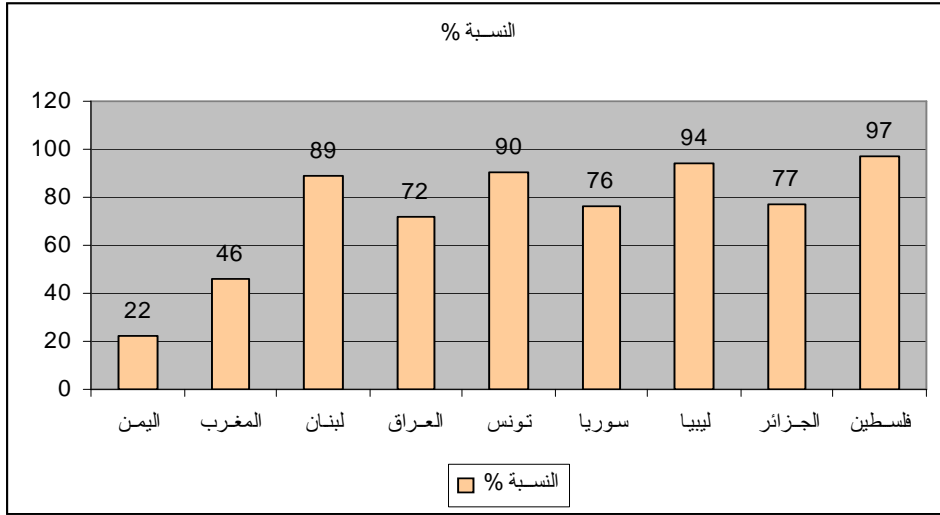
تعد الولادة ثمرة الحمل التي طال انتظارها، فهي بداية حياة جديدة، كما تعد أيضا فترة حرجة لصحة الأم ومولودها، قد تؤدي إلى وفاة أحدهما أو كليهما إن لم تكن هناك رعاية أثناء الولادة، حيث تتم الولادة تحت إشراف طبي، ومن طرف إدارات مؤهلة، يتم ذلك إما في المنشأة الصحية العمومية بما فيها المستشفى، المراكز الصحية أو المنشأة الخاصة، أين تتوفر الرعاية اللازمة كأجهزة مراقبة الوضع، توفر كمية الدم، وفي هذا الصدد تقدمت الدول العربية في توفير الظروف الملائمة التي تتم فيها الولادة، والسعي في تحقيق أهم الأهداف التنموية للألفية والذي يتضمن تخفيض مستوى وفيات الأمهات.

تشير النتائج الكمية الموضحة في الشكل رقم (4) أن أكثر من نصف السيدات اللواتي وضعن مولودهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل خلال الثلاث سنوات السابقة

على المسح في كل من فلسطين، الجزائر، ليبيا، سوريا، تونس، العراق و لبنان، ما عدا اليمن و المغرب، ويرجع ذلك أساسا إلى ارتفاع نسبة الولادة في المنازل في اليمن، وبدرجة أقل في المغرب.

شكل (3)

نسبة السيدات اللاتي وضعن مولودهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول العربية



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة، المسح العنقودي متعدد المؤشرات بالعراق 2006

7- الأمراض والمشكلات الصحية المتعلقة بالحمل والولادة

لم تحظ ظاهرة اعتلال النساء بالأمراض المتعلقة بالحمل والولادة بالاهتمام والعناية الكافية في البلدان العربية، بسبب ما تعانيه من محدودية المعلومات والإحصائيات، وكذا الدراسات المتعلقة أساسا بأمراض النساء بما فيها التهاب الجهاز التناسلي، سقوط الأعضاء التناسلية، المهبل والرحم، انتشار فقدان الحمل، سلس البول، مشاكل الدورة الشهرية، فقر الدم... إلخ.

وبهذه الأهمية القصوى، والتعطش لمعرفة أهم الأعراض المرضية المتعلقة بالحمل والولادة، قام المسح العربي لصحة الأسرة بتسليط الأضواء عليها، وأهمها:

7-1- انتشار فقدان الحمل:

سؤال السيدات عن تعرضهن لحالة مرضية أو مشكلة صحية أثناء الحمل والولادة، اتضح أن انتشار فقدان الحمل من العوامل المؤثرة على مستويات الخصوبة، والذي تراوحت نسبته بين حوالي 8% في جيبوتي، سوريا والجزائر مقابل 13.4% في اليمن، و11.4% في ليبيا، جدول (2).

جدول (2)

نسبة السيدات في الفئة العمرية (15-49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج و اللاتي فقدن حملا واحدا على الأقل خلال الخمس سنوات السابقة على المسح في بعض الدول العربية.

النسبة (%)	البلد
13,4	اليمن
9,8	فلسطين
8,3	المغرب
9,8	لبنان
8,4	تونس
8,1	الجزائر
8,1	سوريا
8.0	جيبوتي
11,4	ليبيا

المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة اليمن (نفس المرجع، ص84).

7-2- هبوط الرحم:

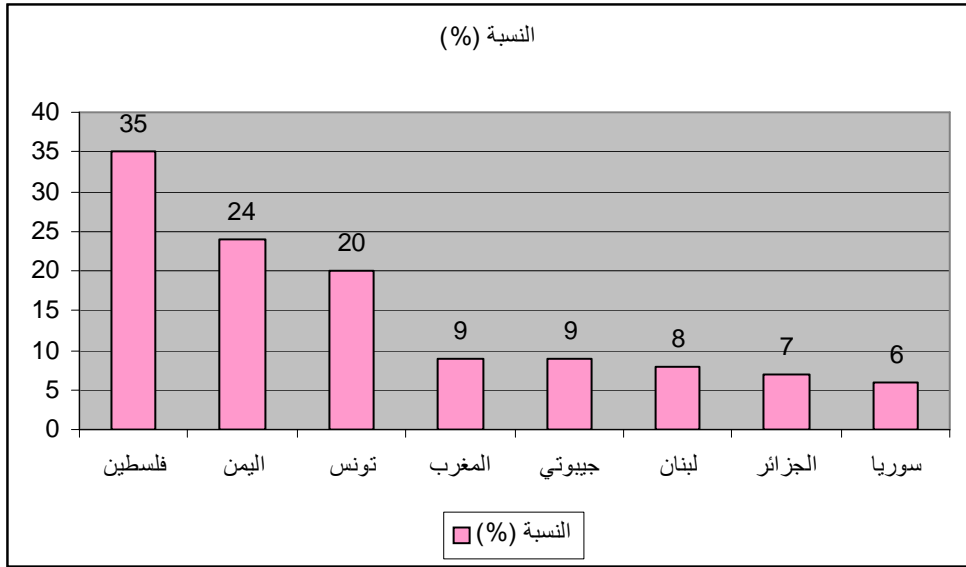
من الأعراض التي قد تصاب بها المرأة بسبب تكرار الحمل وتوسع الولادة أحيانا هو حدوث **هبوط الرحم** بدرجات متفاوتة قد تزداد مع عدم العلاج، ويوضح الشكل (6) أن نسبة السيدات في الفئة العمرية (15-49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج اللاتي حملن مرة واحدة على الأقل و اللاتي يعانين من أعراض تدل على هبوط الرحم ترتفع في

فلسطين واليمن بحوالي 35% و24% على التوالي، وتنخفض في سوريا والجزائر بحوالي 6% و7% على التوالي.

ومن أسباب عدم تلقي العلاج هو ارتفاع التكلفة فيمثل مشكلة أساسية في الجزائر (57%) واليمن (55%) مقارنة مع الدول التي شملتها الدراسة.

شكل (4)

نسبة السيدات في الفئة العمرية (15-44) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج اللاتي أصبن بما يشتهه أن يكون هبوط في الرحم في بعض الدول العربية



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة (نفس المرجع، ص85)

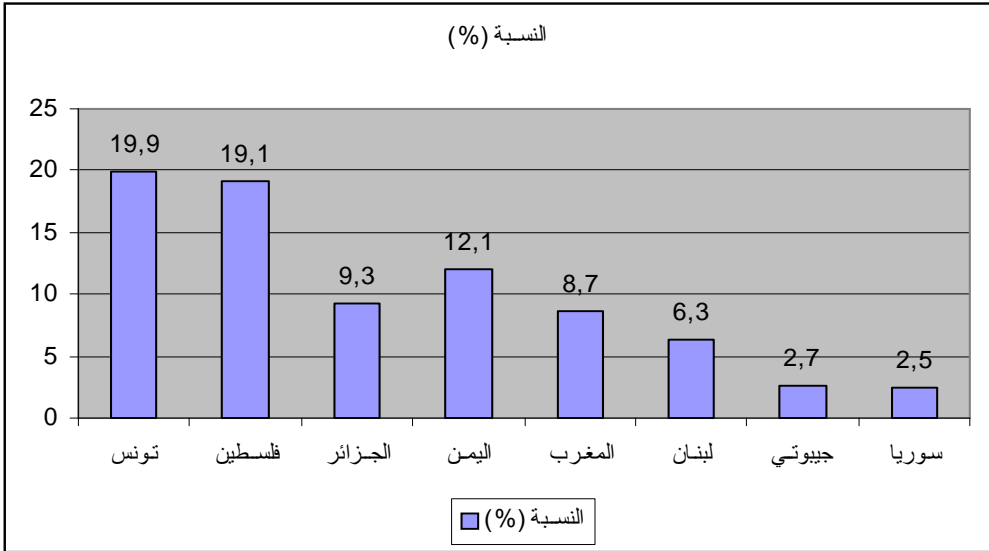
7-3- سلس البول

تشير نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة التي شملتها الدراسة أن أكبر نسبة إصابة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج بسلس البول تركزت أعلاها في تونس بحوالي 19,9%، وفلسطين بحوالي 19,1%، وأدناها في سوريا بحوالي 2,5%، وجيبوتي بحوالي 2,7%، شكل (7).

إن الإصابة بهذا المرض غير معروف لدى السيدات، حيث يطلق عليه بالمعاناة الصامتة، فهي معاناة تشعر بها المرأة دون درايتها أنها مصابة بالمرض ولهذا من حق كل امرأة معرفة هذه الأعراض ويدخل ذلك ضمن عملية التثقيف الصحي حيث يفضلته نتوصل إلى القضاء على الجهل الصحي، وعلى رفع مستوى الرعاية الصحية أثناء الحمل وما بعده، وبالتالي الوصول إلى مساهمة كبيرة في تحقيق الرفاه للمرأة ولأسرتها في تنمية المجتمع، غير أن هذه المساهمة لا تزال غير معترف بها في البلدان العربية.

شكل (5)

نسبة السيدات في الفئة العمرية (15-49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج و يعانين من سلس البول في بعض الدول العربية



المصدر: نفس المرجع، ص86، مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

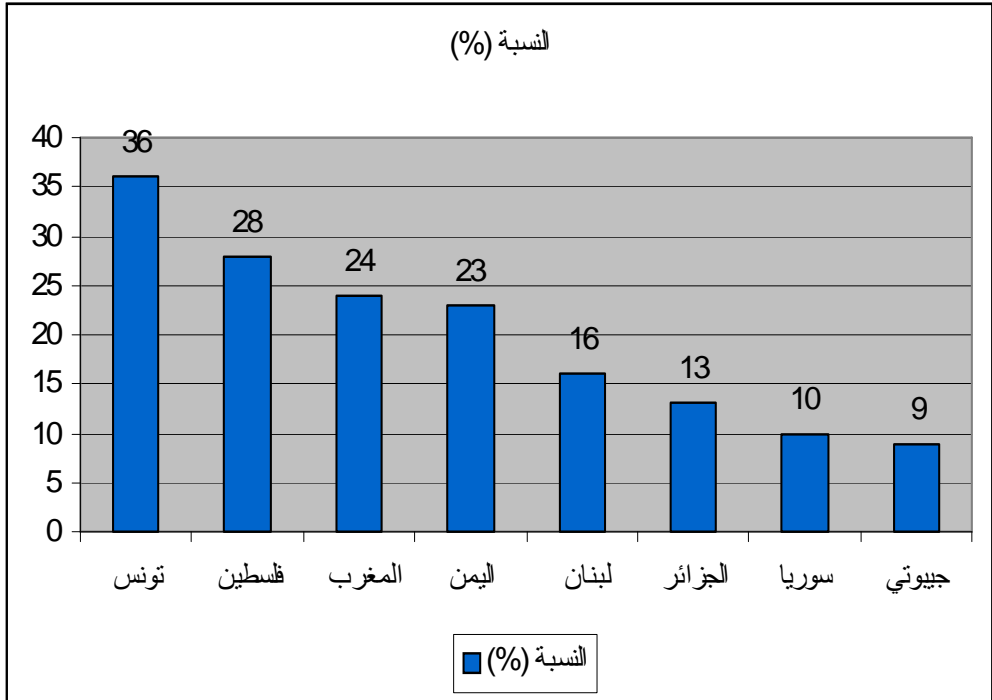
7-4- المشكلات المتعلقة بالدورة الشهرية

أهم المشكلات المتعلقة بالدورة الشهرية هو تصريح أغلبية النساء بازدياد نزيف الدورة عن 7 أيام ويصاحبها نزيف حاد أو عدم انتظامها، حيث ترتفع النسبة في تونس إلى 36%، وتنخفض في جيبوتي إلى 9%، شكل (6).

وتشير نتائج مسوحات الدول العربية التي شملتها الدراسة أن أكثر من نصف السيدات اللواتي عانين من هذا المشكل الصحي وذلك في لبنان، الجزائر وسوريا قد تلقين العلاج، وأكثر من الثلث في باقي الدول محل الدراسة.

شكل (6)

نسبة السيدات في الفئة العمرية (15-49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج ومازلن يحضن وغير حوامل ولديهن مشكلات متعلقة بالدورة الشهرية في بعض الدول العربية



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

8- وفيات الأمهات:

"من فقد أباه فهو على ركبة الأمومة، ومن فقد أمه فهو يتسول على قارعة الطريق العام".

إنه مثل يعبر بوضوح عن مكانة الأم وأهمية تواجدتها في العيادة، حيث نلاحظ أن الحمل لا يعد دائما عملية فيزيولوجية، وإنما يمكن أن يؤدي إلى الموت، حيث يمكن للأم أن تلقي حثفها أثناء الحمل أو الولادة أو خلال 42 يوما بعد الوضع نتيجة مضاعفات الحمل أو الولادة أو ارتفاع ضغط الدم، أو نزيف دموي وغيرها من الأسباب، وهذا ما يطلق عليه اسم وفيات الأمهات.

كما اعتبرت ظاهرة وفيات الأمهات بأنها ظلم اجتماعي، وتعرف في البلدان النامية باسم "المأساة المهملة"، كما صنفت من بين أنواع العنف وسميت "بعنف الولادة" ويرجع ذلك إلى أن وفيات الأمهات وإعاقتهم لا تؤدي إلى معاناة إنسانية فقط، وإنما أبعد من ذلك إلى خسائر للتنمية الاجتماعية والاقتصادية.

تكشف نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة أن المنطقة العربية تسير ببطء نحو تحقيق الأهداف التنموية للألفية وبالخصوص الهدف التموي الخامس الذي يسعى إلى تحسين الصحة النفاسية، وتخفيض معدل وفيات الأمهات باعتباره أحد أبرز التحديات على صعيد التنمية، ومحصلة للأوضاع الصحية للأمهات قبل وأثناء وبعد الولادة، وذلك بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و2015، وذلك بسبب استمرار وارتفاع معدل وفيات الأمهات يفوق على 100 لكل 100000 ولادة حية في بعض البلدان العربية مقابل 6 وفيات لكل 100000 ولادة حية في البلدان المتقدمة.

يوضح الشكل رقم (9) التباين الكبير في نسبة معدل وفيات الأمهات في الدول التي شملتها الدراسة، حيث ترتفع النسبة في كل من اليمن و جيبوتي و المغرب بحوالي 356 لكل مائة ألف ولادة حية، 346 لكل 100000 ولادة حية، 227 لكل 100000 ولادة حية على التوالي، وتتنخفض النسبة في كل من سوريا ولبنان بحوالي 65,4 لكل 100000 ولادة حية، و86,3 لكل 100000 ولادة حية.

جدول (3)

نسبة وفيات الأمهات لكل مئة ألف ولادة حية في بعض الدول العربية.

البلد	لكل مئة ألف ولادة حية
سوريا	65,4
جيبوتي	346
اليمن	356
المغرب	227
لبنان	86,3

المصدر: نفس المرجع، ص 88، مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

9/- تنظيم الأسرة

سجل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام 1994 نقطة انطلاق قوية من برامج أعماله، حيث اعتبر أن مسألة السكان لا تعد فقط مسألة خصوبة، وإنما أبعد من ذلك، فهي مسألة حقوق المرأة، حقوقها في صحة جيدة، في أمومة آمنة، حقوقها في استخدام المصالح الصحية، في القدرة على الإنجاب، في حرية اختيار وسائل منع الحمل، فاهتمام السياسات بتنظيم الأسرة يعد وسيلة لتحقيق أهداف السياسات.

وفي هذا الصدد أحرزت البلدان العربية تقدماً في زيادة ارتفاع معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة كالمغرب، سوريا، تونس و الجزائر حيث حافظت على معدلاتها المرتفعة التي تفوق 50% في الإقبال على تنظيم الأسرة، ومازالت هذه المعدلات منخفضة عموماً في بلدان عربية منها جيبوتي (3,15%)، واليمن (9,40%)، وللإشارة ترتفع نسبة مستوى الإقبال على استخدام وسائل منع الحمل في الحضر عنها في الريف على مستوى البلدان التي شملتها الدراسة. جدول (4).

جدول (4)

نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج و اللاتي استخدمن أي وسيلة تنظيم الأسرة حسب مكان الإقامة في بعض الدول العربية

النسبة (%)	البلد
80,4	تونس
60,0	سوريا
15,3	جيبوتي
40,9	اليمن
75,1	الجزائر
88,3	المغرب
59,9	ليبيا

المصدر: نفس المرجع، ص 89، مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

10- المعرفة بمرض السيدا

ينص الهدف السادس من الأهداف التنموية للألفية حول مكافحة فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز، فيما يلي: "وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بحلول عام 2015، و بدء تقليصه اعتبارا من هذا التاريخ ". (جامعة الدول العربية، العدد 32، أبريل 2010، ص 7).

لقد قطعت البلدان العربية أشواطاً كبيرة نحو بلوغ أهدافها السياسية في مجال صحة السكان، ورغم ذلك فإن الأمر يحتاج إلى مزيد من الجهود للإسراع بخطى التنمية وترقية صحة السكان و تنويره حول المشاكل الصحية التي قد يصابون بها كداء السيدا وعواقبه، والزهري، والملاريا... إلخ.

اتضح جلياً في ضوء نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة أنه هناك حاجة ماسة لمزيد من المعلومات الدقيقة والمعقدة حول المعرفة بموضوع السيدا وعواقبه، حيث مازالت هناك أوجه قصور في الوصول إلى أهداف مؤتمر القاهرة الدولي

حول السكان والتنمية، المتمثل في السعي إلى تحقيق إمكانية حصول الجميع على رعاية الصحة الإيجابية مع حلول عام 2015، وذلك بسبب الضعف في المعرفة، ونقص الوعي الصحي و الثقافي، حيث تشير نتائج المسوحات في الدول التي شملتها الدراسة أن المعرفة بمرض السيدا ترتفع عند النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأكثر مقارنة بالنساء الأميات حيث تفوق النسبة 50% في كل من الجزائر (100%)، والمغرب (99,8%)، تونس (99%)، وليبيا (96,6%)، جدول (5).

جدول (5)

نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (19-44) سنة واللاتي يعرفن مرض الإيدز حسب مستوى التعليم في بعض الدول العربية.

النسبة	البلد	
80.0	أمية	تونس
99.0	ثانوي +	
49.0	أمية	سوريا
99.1	ثانوي +	
47.5	أمية	الجزائر
100	ثانوي +	
76.0	أمية	جيبوتي
96.5	ثانوي +	
34.1	أمية	اليمن
95.5	ثانوي +	
83.2	أمية	المغرب
99.8	ثانوي +	
57.9	أمية	لبنان
99.4	ثانوي +	
49.6	أمية	السودان
93.5	ثانوي +	
82.3	أمية	ليبيا
96.8	ثانوي +	

المصدر: نفس المرجع، ص 20، مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

فيما يخص معرفة طرق انتقال مرض السيدا أغلبية المبحوثين صرحوا بطريقة الممارسة الجنسية التي تفوق 50% في البلدان التي شملتها الدراسة، في حين انخفضت نسبة المعرفة في طريقة نقل الدم ووصلت أدها في جيبوتي إلى 16,8%، جدول (6).

جدول (6)

نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) سنة واللاتي يعرفن طرق انتقال الإيدز (نقل الدم والممارسات الجنسية) في بعض الدول العربية.

النسبة	البلد	
78.0	ممارسة جنسية	تونس
29.0	نقل الدم	
95,7	ممارسة جنسية	سوريا
54,1	نقل الدم	
88,8	ممارسة جنسية	الجزائر
36.0	نقل الدم	
84,1	ممارسة جنسية	جيبوتي
16,8	نقل الدم	
84,6	ممارسة جنسية	اليمن
37,7	نقل الدم	
93,8	ممارسة جنسية	ليبيا
98,9	نقل الدم	
51,5	ممارسة جنسية	السودان
39,7	نقل الدم	

المصدر: نفس المرجع، ص 91، مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

فيما يخص طرق الوقاية من الإصابة بمرض السيدا، اتضح ارتفاع نسبة المعرفة بأن الممارسات الجنسية الآمنة تقي من الإصابة بالسيدا في كل من سوريا، لبنان، ليبيا، اليمن والجزائر منها في بقية الدول محل الدراسة، وتبين نقص المعرفة في طريقة استخدام الواقي الذكري في مجال الوقاية من السيدا. جدول (7).

جدول (7)

نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) سنة و اللاتي يعرفن طرق الوقاية من الإيدز في بعض الدول العربية.

النسبة	البلد	
14	استخدام الواقي الذكري	تونس
59	ممارسة جنسية آمنة	
15,9	استخدام الواقي الذكري	سوريا
92,5	ممارسة جنسية آمنة	
25,1	استخدام الواقي الذكري	الجزائر
77,9	ممارسة جنسية آمنة	
17,2	استخدام الواقي الذكري	جيبوتي
49,4	ممارسة جنسية آمنة	
3,2	استخدام الواقي الذكري	اليمن
81,1	ممارسة جنسية آمنة	
37,5	استخدام الواقي الذكري	المغرب
54,8	ممارسة جنسية آمنة	
43,7	استخدام الواقي الذكري	لبنان
91,2	ممارسة جنسية آمنة	
14,4	استخدام الواقي الذكري	العراق
31,3	ممارسة جنسية آمنة	
26,4	استخدام الواقي الذكري	مصر
63,2	ممارسة جنسية آمنة	
9,2	استخدام الواقي الذكري	السودان
39	ممارسة جنسية آمنة	
0,8	استخدام الواقي الذكري	الأردن
39,3	ممارسة جنسية آمنة	
32,7	استخدام الواقي الذكري	ليبيا
91,7	ممارسة جنسية آمنة	

المصدر: (نفس المرجع، ص 91)، مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

وبهذا أصبحت المعرفة بأنواع الأمراض المتنقلة جنسيا بما فيها السيدا من أهم المواضيع التي لطالما سادها الغموض والإهمال في زمن أصبح حضورها قويا على مستوى الساحة العالمية.

تلك هي المواضيع التي همشت وحُجبت من التقديرات والاعتبارات الأخلاقية، فالشرف، الحشمة، القدر، العيب، الدين والأخلاق أدت إلى صعوبة التحدث مع المبحوثين وهروبهم من الأجوبة التي تمس مباشرة الجنس، والعلاقات الجنسية، وهذا ما توصلت إليه من خلال المقابلات المعمقة، والجماعات البؤرية، حيث اتضح أن النقاش حول موضوع السيدا غير مسموح به اجتماعيا، والمعرفة بهذا الموضوع محدودة وغير كافية، بالإضافة إلى غياب الوعي الصحي، ويرجع ذلك إلى الأمية وثقافة الصمت، فالخدمات محدودة وغير كافية في هذا المجال، إلا أن الرغبة في الحصول على المعلومات الصحية بكل تفاصيلها كانت من بين أهم احتياجات المبحوثين. (شريف، 2007).

11- النتائج والتوصيات:

11-1- النتائج:

نستنتج في ضوء نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة أن مستوى الصحة الإيجابية و الجنسية و أبعادها في الدول العربية التي شملتها الدراسة غير متجانسة حيث لا تزال تغطيتها نسبية، و لا يزال مستواه دون الحد المطلوب نحو الأهداف التنموية للألفية، بالخصوص الهدف الخامس، وإن السعي إلى تحقيقه ممكن إذا ما تم توفر ما يحتاجه من طموح و إمكانيات.

كما اتضح أن التعليم و هذا ما أكدته نتائج المسوحات العربية لصحة الأسرة، ومختلف الدراسات والأبحاث لا يعزز وعي المرأة الثقافي ودرابيتها في كل ما يحيط بها فحسب، وإنما أبعد من ذلك فهو يمكنها من اتخاذ القرارات بصحتها، والمرأة المتعلمة نجدها أكثر استعدادا لعملية التنظيف الصحي، أكثر حرصا لصحتها، أكثر تفوقا لكل مرحلة

تمر بها أثناء الحمل وما بعده، أكثر تمكيننا للاتصال مع أعوان الصحة من أجل الوصول إلى المعلومات الصحية اللازمة، فالتعليم يعد مفتاحاً و عنصراً محفزاً من أجل التغيير في حياة المرأة.

وعليه فبالرغم من كل ما تكرسه البلدان العربية من اهتمام في مجال الصحة الإيجابية والجنسية و أبعادها، إلا أنه مازالت تعاني شريحة السيدات في سن الإنجاب (15-49) سنة من نقص في التوعية والتنقيف الصحي والخدمات المقدمة إليها أثناء اجتيازها مرحلة الأمومة، و بالتالي السعي إلى معرفة احتياجاتهن في هذا المجال، ويتم ذلك عن طريق القيام بالتحقيقات الكيفية والجماعات البؤرية التي تسهل وتشارك في وضع سياسات واستراتيجيات لذلك.

كما تبين نقص البيانات التفصيلية والإحصاءات و المؤشرات التي تساعد على متابعة وتقويم التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف التنموية للألفية في الدول العربية، بما فيها دور الرجال في الصحة الإيجابية و الجنسية، إذ أن مساندة الزوج زوجته في مرحلة الأمومة لها قيمة اجتماعية ونفسية إيجابية، فهو غالباً ما تقتصر مشاركته في الصحة الإيجابية على تدعيمه المادي و ذلك بدفع تكاليف الكشف بالنسبة للنساء القاطنات في البيت بدون عمل، كما توصل الباحث الأنتروبولوجي أحمد مبتول إلى أن مشاركة الزوج لا تظهر إلا في الحث على الذهاب إلى الطبيب في حالة المضاعفات الصحية، حيث يقول : "دور الزوج في المسار العلاجي يظهر في المواقف التي يفرض فيها لسلطته وذلك يأخذ القرار للجوء لجهة معينة بهدف استشارة الطبيب" (Meblail, 1996).

ولذا يجب علينا كباحثين ومهتمين بقضايا السكان والتنمية العامة، وقضية الصحة الإيجابية والجنسية خاصة بكثرة التعمق والتحليل، ويمكن إبراز ذلك عن طريق عرضنا لمجموعة من التوصيات في ضوء النتائج الكمية والكيفية من خلال نزولنا إلى ميدان البحث.

10-2- التوصيات:

- 1- رفع مستوى معيشة الأسرة العربية عامل جوهري و مطلب إنساني، إذ تحتاج المزيد من المكتسبات، خاصة المتعلقة بالصحة الإنجابية و الجنسية.
- 2- ضرورة الاهتمام بالمرأة التي تمثل نصف المجتمع، منذ ولادتها في جميع مراحل حياتها، فالطفلة فتاة مراهقة، زوجة، و الأم تحمل، تلد، تنجب و تتعرض للمشاكل الصحية المتعلقة بالحمل و الولادة وما بعدها، من أجل أن ينعكس ذلك بشكل ايجابي ليس فقط على صحتها، و إنما أبعد من ذلك، على صحة الأسرة و المجتمع.
- 3- توسيع نطاق المعلومات و المشورة حول ما يتصل بالجهاز التناسلي للمرأة، مراحل الحمل من بدايته إلى نهايته، مع التركيز على أهمية المراقبة في كل مرحلة سعياً لتأمين حمل و ولادة بدون خطر.
- 4- على الدول العربية توفير المزيد من المراكز الصحية و المستشفيات و العمل على اللامركزية حتى تستفيد كل نساء القطر الوطني سواء حضريات أو ريفيات، وذلك لتدعيم التوعية و الاستفادة في مجال الصحة الإنجابية و الجنسية، و الاستجابة للاحتياجات غير الملباة، و الاحتياجات المطلوبة من خدمات الصحة الإنجابية و الجنسية للجماعات الهامشية و المحرومة.
- 5- حتمية معالجة معضلة الأمية عند المرأة العربية و هي من أعلى المعدلات في العالم حيث تقارب 6%، و تصل في بعض البلدان العربية إلى 84%.
- 6- التوعية بقضايا الصحة الإنجابية و الجنسية، و العناية اللازمة لتعزيز صحة الأمومة و الطفولة، و تطوير البرامج الخاصة بالتحقيق الصحي، و تشجيع وسائل الإعلام على القيام بدورها في مجال التوعية و التثقيف الصحي مع الحفاظ على هوية و انتماء و عادات و تقاليد و قيم و عقيدة الأسرة العربية.
- 7- التأكيد على الحقوق الإنسانية الأساسية لكل من المرأة و الرجل في الاختيار الحر، و القائم على المعرفة و الحرية بالنسبة لصحتهم الإنجابية و الجنسية، على أن تكون هذه الحقوق ضمن أولويات سياسات التنمية الوطنية.

- 8- التوصل إلى مساواة النوع أي المساواة في الأدوار ومسئولية السلوك الإيجابي والجنسي للرجال والنساء على حد سواء.
- 9- القيام بحملات تعليمية وتحسيسية تمد الرجال بالمعلومات عن دورهم ومسؤولياتهم في ممارسة تنظيم الأسرة وحماية صحة الأم والطفل.
- 10- القيام بمزيد من الأبحاث والدراسات الكمية والكيفية في مجال الصحة الإيجابية والجنسية، والتأكيد على أهمية نشر نتائج الأبحاث و الدراسات من خلال وسائل الإعلام والاتصالات المختلفة، لتعود الفائدة على الفرد والمجتمع فيما يخص الرعاية الصحية الإيجابية والجنسية، وتمتعهم بالحق في هذه الرعاية.

وحتى تؤتي هذه التوصيات ثمارها، لا بد من مشاركة كل فئات المجتمع ومؤسساته الرسمية و الأهلية.

قائمة المراجع:

المراجع العربية

- أدامسون بيترسون (1993). حقائق للحياة تحد إعلامي (ترجمة: جلال العزة)، عمان، مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا.
- الصلاحي أحمد عبد الله القاهر وآخرون. (بدون سنة). دليل العاملين الصحيين حول الصحة والسكان، الجمهورية اليمنية، دار المجد للطباعة والنشر.
- المنظمة الدولية لرعاية الأسرة (1996). العمل من أجل القرن الحادي والعشرين، الصحة والحقوق الإيجابية للجميع، نيويورك.
- المكتب المركزي للإحصاء، رئاسة مجلس الوزراء، جامعة الدول العربية (2002)، مسح صحة الأسرة في الجمهورية السورية، التقرير الرئيسي.

- جامعة الدول العربية، قطاع الشؤون الاجتماعية. (2007). صحة الأسرة العربية وتحديات العولمة، القاهرة، الطبعة الثانية.
- جامعة الدول العربية، المشروع العربي لصحة الأسرة (2009). "اليوم العالمي لمرض السكري"، عدد 27/ نوفمبر/ القاهرة، النشرة الدورية.
- جامعة الدول العربية، المشروع العربي لصحة الأسرة. (2010). " واقع مؤشرات الصحة الإيجابية في بعض البلدان العربية "، عدد 30، فبراير، النشرة الدورية، القاهرة.
- جامعة الدول العربية، المشروع العربي لصحة الأسرة. (2010). " اليوم العالمي للصحة "، عدد 32، أبريل، النشرة الدورية، القاهرة.
- جامعة الدول العربية، المشروع العربي لصحة الأسرة (2010). "الأهداف التنموية للألفية في الدول العربية "، عدد خاص حول الأهداف التنموية للألفية، أكتوبر، النشرة الدورية، القاهرة.
- شريف آسيا. (2004). "رعاية صحة الأمومة في الجزائر من واقع نتائج المسح لصحة الأسرة لعام 2002"، القاهرة، المؤتمر السنوي الرابع والثلاثون لقضايا السكان والتنمية، المركز الديموغرافي بالقاهرة، 19-22 ديسمبر .
- شريف آسيا. (2004-2005). "واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها"، الجزائر، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع، رسالة دكتوراه دولة في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا تحت إشراف الأستاذ جيلالي صاري.
- شريف آسيا. (2008). "مشاركة الرجال في الصحة الإيجابية في الواقع الاجتماعي الجزائري، دور ومسئولية موسعة"، القاهرة، المؤتمر السنوي الثامن والثلاثون لقضايا السكان والتنمية (الواقع والتحديات)، المركز الديموغرافي بالقاهرة، معهد التخطيط القومي، 16-18 ديسمبر.
- شريف آسيا. (2009). "الشباب والمسائل الجنسية في الجزائر"، القاهرة، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة محكمة يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد الثاني، العدد السادس- سبتمبر، ص ص 89-106.

- عبد المنعم أحمد، حلومي رباح (2010). "مؤشرات الصحة الإنجابية في بعض الدول العربية"، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، دورية علمية متخصصة محكمة يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد الثالث، العدد السابع، يناير، ص ص 75-97.
- مخلوف هشام، الشيشيني عزت (2006). السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة (تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مصر)، القاهرة، الطبعة الثالثة.
- وزارة الصحة بالمملكة المغربية، جامعة الدول العربية. (2005). المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة (2003-2004)، التقرير الرئيسي، القاهرة.
- وزارة الصحة العمومية بالجمهورية التونسية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، جامعة الدول العربية. (2001). المسح التونسي لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي، القاهرة.
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية. (2004). المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي.

المراجع الأجنبية

- Benabas s, et Maougal. (1998). "La représentation de la femme kabyle dans la littérature orale: les proverbes, les contes et la poésie ", Alger, célébration de la journée internationale de la femme, genre, population et développement, 11 Mars, INSP.
- Family Heath international .(2000), " Santé de la reproduction des adolescents ", Network, vol 20, N°3.
- Desforts Jacqueline .(2003). Violences et corps des femmes du tiers monde, le droit de vivre pour celles qui donnent la vie, Alger, Edition ANEP.
- Delaunay Valerie, et al. (2001). " Sexualité des adolescents, tendance récentes en milieux rural sénégalais ", Paris, Novembre, CEPED, Centre Français sur la population et le développement, N° 65.
- Gutthacher Alan Institute. (1996). Espoir et réalité, Combler l'ecart entre les aspirations des femmes, leurs expériences de la procréation, New York.

- Mebtoul Mohamed .(1996). "Santé et société en Algérie, le travail de santé des femmes ", Rapport de recherche, Oran, Groupe de recherche en Anthropologie (GRAS).
- Mebtoul Mohamed. (2005). Enquête qualitative des jeunes, récits des jeunes, Alger, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
- Musette Mohamed Said et al. (2004). Regards critiques sur les jeunes et la santé en Algérie, Alger, CREAD.
- OMS, UNICEF, FNUAP .(1999). "Les services de santé maternelle", Rapport sur un séminaire, Mexico, 26-28 Janvier.
- Rayston Erica, Armstrong .(1990). La prévention des décès maternel, OMS, Genève.

محددات المشكلات الصحية للمسنين في مصر

سلوى لطفي الخياط¹، عيسى حسن السعيد موسى²

I - مقدمة

لقد أدى التقدم الاقتصادي والتحسُّن الصحي إلى زيادة أعداد ونسب شريحة المسنين في المجتمعات المعاصرة. ففي حين كانت نسبة المسنين (+60) في دول أوروبا لا يتعدى 2.0% قبل الثورة الصناعية، نجدها تخطت هذا الرقم المقدر إلى نحو من 9.0% في منتصف القرن التاسع عشر، أي بعد الثورة الصناعية بما يقرب من مئة عام. ففي فرنسا، على سبيل المثال، سجلت نسبة المسنين 10.2% عام 1850م (الأمم المتحدة 1956، ص216)، قفزت إلى 16.2% عام 1950 ثم 18.7% عام 1975، ثم 23.6% عام 2010، ومن المتوقع أن تصل إلى 33.7% عام 2025 ثم إلى 41.5% عام 2050 (United Nations, 2010, pp 398-401).

وفي مصر، فإن نسبة المسنين (+60) كانت أقل من 2.0% في منتصف القرن التاسع عشر، وسجلت 6.0% عام 1950 و6.2% عام 1975، وفي عام 2010 سجلت 6.5%، ومن المتوقع أن تصل على 11.9% عام 2025 و23.1% عام 2050م (United Nations 2010, pp388-391).

وكأي شريحة سكانية فإن المسنين لهم مشكلاتهم (الاقتصادية والاجتماعية والصحية) الخاصة بهم، فهم يعتبرون إعالة خالصة (أو شبه خالصة)، ويحتاجون إلى رعاية خاصة. وكلما زادت نسبة المسنين في المجتمع كلما زادت مشكلاتهم. كما ونوعاً: كماً كنتيجة لتزايد أعدادهم ونسبتهم إلى السكان، ونوعاً كنتيجة لزيادة أعمارهم مما يترتب عليه احتياجهم إلى رعاية كاملة أو شبه كاملة، رعاية اقتصادية واجتماعية وصحية.

¹ مدرس بكلية التجارة - جامعة كفر الشيخ - مصر.

² باحث ديموغرافي واقتصادي - مصر.

يعد الجانب الصحي للمسن أهم عامل من عوامل مقومات حياته؛ فالمسن الذي يتمتع بصحة جيدة يستطيع أن يعمل فيحصل على دخل ويمكن كذلك من التواصل الاجتماعي. ومن ناحية أخرى لا يجدي الدخل والعلاقات الاجتماعية نفعاً للمسن مع الصحة المعلولة.

في الماضي كانت تعتبر الأسرة – وعلى مستوى كل دول العالم تقريباً – هي الكافل الأساسي والرئيسي لكبير السن، ولكن هذه الأسرة ذاتها قد تفتت إلى مجموعة من الأسر النووية، مما يستدعي بالضرورة تدخل الحكومات لرعاية كبار السن. كان هذا على مستوى وحدة المجتمع، وهي الأسرة، أما على المستوى الكلي، فإن الدول النامية تواجه تحدياً كبيراً في رعاية المسنين في مواجهة هذا التزايد المطرد في حجمهم، لاسيما وأن هذه المشكلة كانت تمثل تحدياً للدول المتقدمة عندما مرت بالتعمر السكاني.

لقد ساعد الدول المتقدمة في مواجهة هذا التحدي عاملان لم يتوفرا لم تتوافرا للدول النامية: الأولى، أن الدول المتقدمة مارست التعمر السكاني في فترة زمنية طويلة امتدت إلى ما يزيد عن 150 سنة، مما مكنها من إعداد العدة لمواجهة مشكلاتهم. على النقيض من ذلك، فإن معظم الدول النامية، ومنها مصر، سوف تجتاز مرحلة التعمر في فترة قصيرة جداً وهي لم تعد العدة لمواجهة مشكلات المسنين بعد. الثانية، أن الدول المتقدمة امتلكت جهازاً إنتاجياً قوياً ومرناً، على عكس الدول النامية فجهازها الإنتاجي غير مهياً لاستقبال الإضافات المتتالية لشريحة المسنين مع الوقت، بل والأكثر من ذلك أن اقتصاديات هذه الدول قد عجزت عن تشغيل فئة الشباب في قوة العمل (15-60) سنة والتي ستضاف مشكلاتهم بالقطع إلى مشكلات المسنين.

1-1- مشكلة البحث

تتمثل مشكلة الدراسة في الصورة غير واضحة المعالم للأوضاع الصحية للمسنين في مصر والمحددات التي تحكمها، لاسيما ومصر مقبلة على الدخول في ظاهرة التعمر السكاني بما يشهده من ارتفاع أعداد المسنين ونسبتهم إلى السكان، كما إنها تعاني من أوضاع متردية: اقتصادياً وسياسياً واجتماعياً وصحياً، أضف إلى ذلك أنه لم تتبلور بمصر بعد برامج جادة للاهتمام بكبار السن.

1-2- أهمية البحث

- تتبع أهمية هذه الدراسة تفصيلاً مما يأتي:
- أهمية المسنين أنفسهم: كون المسنون يمثلون الشريحة العريضة الثالثة من السكان. وهم لذلك الآباء والأجداد.
- تزايدهم المطرد: التزايد المطرد لأعداد المسنين ونسبتهم إلى السكان مع الوقت، وكما تم بيانه في التمهيد أعلاه.
- مشكلات المسنين وتداعياتها: كون المسنون فئة من السكان لها خصائصها الفريدة ومشكلاتها المميزة: اقتصادياً واجتماعياً وصحياً. أضف إلى ذلك أن مشكلاتهم لا ترتد تداعياتها عليهم فقط، ولكن تتعداهم بالتأثير على المجتمع ككل. ومع تزايد حجم شريحة المسنين في المستقبل، تزيد تداعيات مشكلاتهم.
- اتجاه الحكومات لأن يكون لها دور في رعاية المسنين بسبب تزايد حجمهم وتزايد تداعيات مشكلاتهم، وفي المقابل تخلي الأسرة - بعد تفتتها - عن الدور الذي كانت تلعبه سابقاً في كفالة ورعاية الآباء المسنين.

1-3- أهداف البحث

- تقديم إطار نظري للعوامل التي تتحكم في الوضع الصحي للمسنين في مصر، والذي تم الاصطلاح على تسميته "وهن الشيخوخة"، وهي تحديداً عوامل ثلاثة: العامل الاقتصادي، العامل الاجتماعي، العامل الصحي. وتم تحقيق هذا الهدف بالمنهج النظري التحليلي.
- تعيين محددات المشكلات الصحية للمسن في مصر، متمثلة في الشكوى من الأمراض التي يعانون منها.

1-4- منهجية البحث

- إن المنهجية التي تم إتباعها في الدراسة الحالية، هي:
- المنهج النظري التحليلي: والذي تم الاستعانة به لبيان العلاقات الديناميكية بين العوامل الثلاثة (العامل الاقتصادي/ العامل الاجتماعي/ العامل الصحي) التي يتحدد بهم وهن الشيخوخة. وتم بهذا المنهج تحقيق الهدف الأول للدراسة.

- أسلوب الإحصاء الوصفي والتحليلي: لقياس العلاقات الوصفية بين الحالة الصحية للمسن، متمثلة في الأمراض التي يعانون منها، وبين المتغيرات الحاكمة (المستقلة) الموضحة بالإطار النظري لمتغيرات الدراسة أدناه. ولقد تم بهذا الأسلوب تحقيق جانب من الهدف الثاني للدراسة.
- أسلوب الإحصاء المتقدم، باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي، لبحث محددات الوضع الصحي للمسن، أي العلاقة السببية بين الوضع الصحي للمسن (المتغيرات التابعة المتمثلة في الشكوى من أمراض) وبين المتغيرات الحاكمة لوضعه الصحي (المتغيرات المستقلة). وبهذا الأسلوب تم تحقيق الجانب الآخر من الهدف الثاني للدراسة.

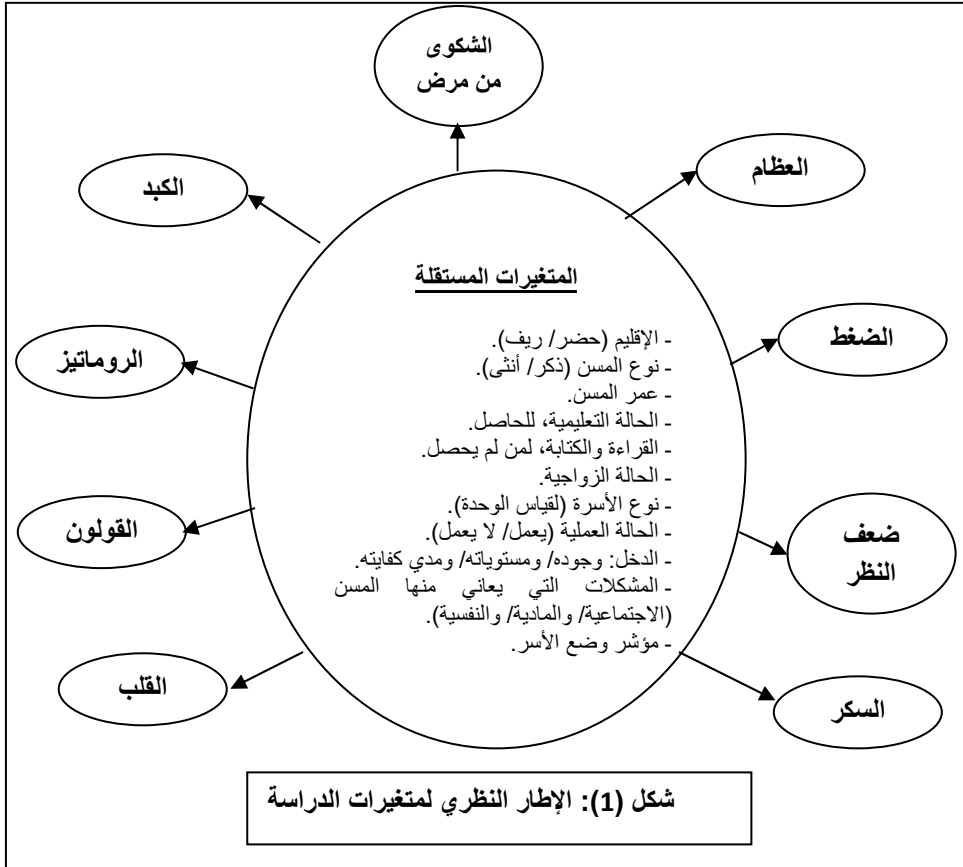
1-5- الإطار النظري لمتغيرات الدراسة

- المتغيرات التابعة، هي متغيرات الوضع الصحي للمسن، وتتمثل في:
 - شكوى المسن من مرض من عدمه.
 - الأمراض التي يشتكي منها المسن³، ولقد تم اختيار ثمانية أمراض تحديداً، هي الأمراض الأكثر التي يشتكي منها المسنون، هي تحديداً: العظام/الضغط/ضعف النظر/السكر/القلب/القولون/الروماتيزم/الكبد.
- المتغيرات المستقلة، وهي المتغيرات المحددة للوضع الصحي للمسن، والتي تم الاصطلاح على تسميتها "المتغيرات الحاكمة للوضع الصحي للمسن"، وتتمثل في: الإقليم (حضر/ريف)/ نوع المسن (ذكر/ أنثى)/ عمر المسن/ الحالة التعليمية، للحصول/ القراءة والكتابة، لمن لم يحصل / الحالة الزوجية/ الحالة العملية (يعمل/ لا يعمل)/ الدخل: وجوده ومستوياته ومدى كفايته/ نوع الأسرة

³ لا تعد هذه أمراض بالمعنى الطبي التام المتعارف عليه، ولكنها تعبر عن شكوى المريض، وإن كانت تتضمن أمراضاً أصطلح عليها. ويعتبر التشخيص عن طريق الشكوى من الأمور المتعارف عليها في البحوث الطبية

(مقترح لقياس الوحدة التي يعاني منها المسن) // المشكلات التي يعاني منها المسن (الاجتماعية/ والمادية/ والنفسية) // مؤشر وضع الأسر⁴.

الشكل التالي⁵ يلخص متغيرات الدراسة، واتجاهات العلاقة من المتغيرات المستقلة إلى كل متغير تابع على حدة.



⁴ من دراسة (السعيد، 2010)، والتي قامت بإعداد مؤشر يلخص الملامح الديموغرافية والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية للمسنين في مصر. تكون هذا المؤشر من مؤشرين: الأول، "مؤشر وضع الأسر المعيشية للمسنين"، والذي يعكس الوضع الاقتصادي المرتبط بمعيشة المسن وبيته، وهو الذي تم الاستعانة به هنا. والثاني، "مؤشر وضع المسنين"، والذي يعكس الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمسن.

⁵ هذا الشكل مقترح من قبل الباحثين.

1-6- مصدر البيانات

تعتمد هذه الدراسة على: مسح الأوضاع الصحية والاجتماعية والاقتصادية للمسنين في مصر. مسح بالعينة. قام به المركز الديموجرافي بالقاهرة عام 2006م. وقد شمل هذا المسح استبيانان: الأول، استبيان الأسرة المعيشية، حجم عينته 2000 أسرة معيشية بها مسن أو مسنة على الأقل. والثاني، الاستبيان الفردي، حجم عينته 2000 مسن أيضاً. ولقد تم اختيار المسنين من نفس الأسر المعيشية، وإن كان هذا الاستبيان الأخير وما يتعلق به من بيانات خارج نطاق اهتمام الدراسة الحالية. ولقد روعي في المسح توزيع العينة على مكان الإقامة (حضر/ريف) بنفس نسبة تمثيل المسنين بهما. ولقد تم اختيار محافظتي (القاهرة والإسكندرية) لتمثلا المحافظات الحضرية، ومحافظتي (الغربية والمنوفية) لتمثلا حضر وريف الوجه البحري، ومحافظتي (المنيا وقنا) لتمثلا حضر وريف الوجه القبلي.

II- التحليل

2-1- تأصيل العلاقة النظرية بين وهن الشيخوخة ومحدداته الرئيسية

تحدد أوضاع حياة المسن بثلاثة عوامل رئيسية، هي: العامل الاقتصادي، العامل الاجتماعي⁶، العامل الصحي. إن كان الاهتمام في هذه الورقة يختص بالجانب الصحي فإنه من الأجدر إلقاء الضوء على العوامل الثلاثة مجتمعة ليتضح ويبرز من بينها العامل الصحي الذي هو موضع الاهتمام. على الجانب الآخر، إن كان العامل الصحي - في الجانب الأكبر منه - هو محصلة للعاملين الآخرين، إلا أنه يعد أهمهم على الإطلاق؛ فإن فقد المسن دخله وأهله وبقية علاقاته الاجتماعية مع الاحتفاظ بصحته، فلسوف تعوضه صحته وتمكنه من التحصل على دخل جديد وتكوين علاقات اجتماعية جديدة.

بما أن الدراسة تهتم في الأساس بالعامل الصحي فسنعبر عن التداعيات الصحية التي تصيب الإنسان مع التقدم في العمر بلفظ "الوهن" الذي يعبر عن وهن الشيخوخة.

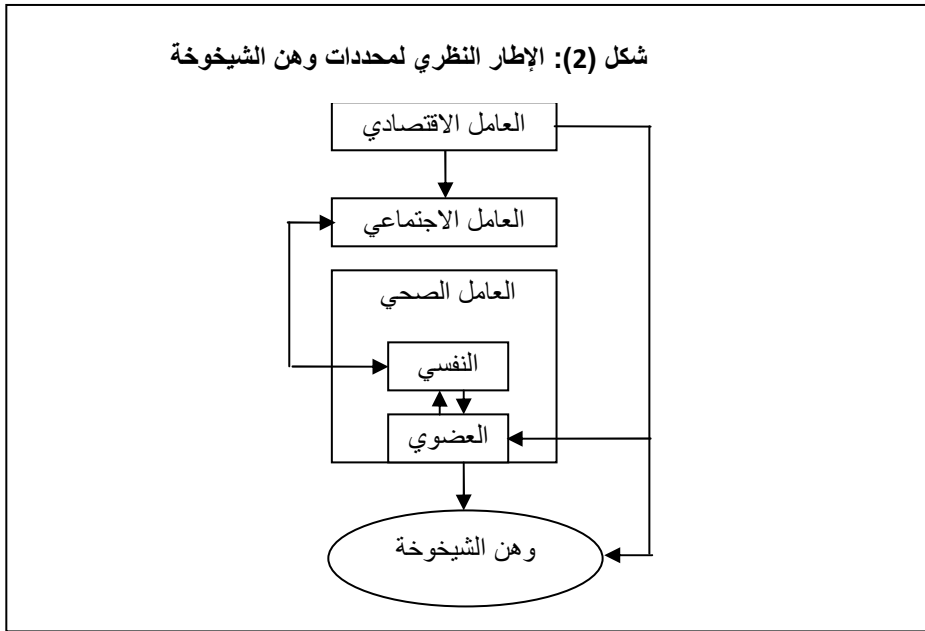
⁶ إن الأمراض هنا ليست بالمعنى الطبي الدقيق للمرض، وإنما هي شكوى المسن من شيء معين مشهور عند العامة بأنه مرض. والتشخيص عن طريق الشكوى أمر مشهور في البحوث الطبية. إن تحديد الأمراض بالمعنى الطبي الدقيق كان يستلزم جمع البيانات عن طريق أطباء متخصصين، وهذا ما لم يتاح للمسح.

إن هناك ديناميكية معينة لسلوك هذه العوامل الثلاثة، فيما يلي بيانها (السعيد، 2010، ص 31 و32):

- **المستوى الاقتصادي:** يمثل العامل الاقتصادي، في الغالب، العامل المستقل الرئيسي الأول، وهو العامل القائد للعاملين الآخرين في تسبب الوهن. يؤدي العامل الاقتصادي إلى الوهن بطريقتين: طريق مباشر عن طريق سوء التغذية ومستوى المعيشة، وطريق غير مباشر بتأثيره في العاملين الآخرين (الاجتماعي والصحي)، وهو لا يتأثر بأي منهما (إلا في حالات نادرة كأن يمرض الشخص مثلاً فيتأثر دخله بذلك وكذلك أحواله وعلاقاته الاجتماعية). فالمرضى الفقير لا يتغذى بشكل كاف وصحيح فيضعف بدنه، كما أنه يكون أقل قدرة على التواصل اجتماعياً، ومن ثم فهو أكثر عرضة للوحدة والاكتئاب، فيمرض نفسياً ومن ثم جسدياً (باعتبار أن المرض النفسي يؤدي إلى المرض العضوي)، وهو في النهاية لا يستطيع العلاج إذا أصيب بمرض بسبب ضعف دخله.
- **المستوى الاجتماعي:** العامل الاجتماعي، من ناحية، هو عامل تابع بتأثره بالعامل الاقتصادي، فالوضع المادي والعملي للمسن يساهم بدرجة كبيرة في تحديد وعيه ومكانته وعلاقاته الاجتماعية. ومن ناحية أخرى هو عامل مستقل بتأثيره على الوهن عن طريق العامل الصحي، فهو يصيب الجانب النفسي من العامل الصحي عن طريق الوحدة والاكتئاب. ومن ثم فإن العامل الاجتماعي لا يؤدي إلى الوهن بطريق مباشر، ولكن بطريق غير مباشر دائماً وذلك عن طريق الجانب النفسي للعامل الصحي.
- **المستوى الصحي:** وله جانبان، الجانب العضوي والجانب النفسي. يتأثر العامل الصحي بطريق مباشر بكل من: العامل الاقتصادي (عن طريق الجانب العضوي منه) والعامل الاجتماعي (عن طريق الجانب النفسي منه). كما يتأثر بالعامل الاقتصادي بطريق غير مباشر عن طريق العامل الاجتماعي. إن العامل الصحي يؤدي إلى الوهن بطريق مباشر بواسطة جانبيه النفسي والعضوي عن طريق

الأمراض. كما أن هناك تأثير متبادل بين الجانبين النفسي والعضوي بداخل العامل الصحي، وإن كان الأطباء يتفقون على أن الجانب النفسي أكثر تأثيراً على الجانب العضوي منه متأثراً به.

ويبين شكل (2) العلاقة بين هذه العوامل بعضها وبعض، وكيفية تضافرها لتؤول في النهاية إلى الوهن (السعيد، 2010، ص32).



2-2- العلاقات المتبادلة بين الوضع الصحي للمسن وبين المتغيرات الحاكمة
تتاول هذا القسم العلاقات الوصفية المتبادلة بين الوضع الصحي للمسن (أشهر
الأمراض التي يشتكي منها⁷) والمتغيرات الحاكمة لوضعه الصحي. والذي سيتم معالجته

⁷ إن الأمراض هنا ليست بالمعنى الطبي الدقيق للمرض، وإنما هي شكوى المسن من شيء معين مشهور عند العامة بأنه مرض. والتشخيص عن طريق الشكوى أمر مشهور في البحوث الطبية. إن تحديد الأمراض بالمعنى الطبي الدقيق كان يستلزم جمع البيانات عن طريق أطباء متخصصين، وهذا ما لم يتاح للمسح.

عن طريق بحث العلاقات الوصفية التكرارية بين الشكوى من مرض بوجه عام وكذلك أمراض المسن من ناحية وبين المتغيرات الحاكمة لوضعه الصحي من ناحية أخرى.

بالنسبة لقيم الدلالة الإحصائية، على اعتبار أنها 5.0% فإنها: للجدولين (1) و(2) تقيس الفروق بين النوعين. أما للجدول (3-18) فتقيس الفروق بين تقسيمات أو مستويات المتغير الحاكم داخل كل نوع تحت الشكوى من المرض المصاحب.

يبين جدول (1) التوزيع العددي والمئوي لمن يشتكون من مرض واحد على الأقل من مسني مصر، ويبين جدول (2) التوزيع المئوي للشكوى من مرض لأكثر الأمراض انتشاراً بين مسني مصر، وكلا الجدولين مصنف حسب النوع.

جدول (1)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (+60) حسب من يشتكي منهم من مرض، مصنف حسب النوع.

جملة	[0.000]		هل تشتكي من مرض؟
	إناث	ذكور	
1701	909	792	نعم
293	97	196	لا
1994	1006	988	عدد المسنين المجيبين
85.3	90.4	80.2	نعم
14.7	9.6	19.8	لا
100	100	100	مجموع النسب

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

من الوارد بالطبع أن من المسنين من هم مصابون بأكثر من مرض في نفس الوقت، ومن ثم نتوقع حدوث تقاطع Intersection بين الأمراض. قيمة الدلالة الإحصائية تختبر العلاقة بين بيانات الذكور وبيانات الإناث.

يتبين من جدول (1) أن 1701 مسناً يشتكون من مرض واحد على الأقل بنسبة 85.3% من إجمالي حجم العينة البالغ 1994 مسناً. وأن الشكوى من مرض بين الإناث (90.4%) أكثر بدلالة إحصائية من الذكور (80.2%)، أي بفارق 10.2%. بمعنى آخر،

إن من لا يشكون من أمراض على الإطلاق هم 14.7% من مسني مصر، 19.8% ذكور و 9.6% إناث.

جدول (2)

التوزيع المئوي (%) للمسنين (60+) حسب نوع الأمراض التي يشكون منها، مصنف حسب النوع.

[Sig.]	جملة	ذكور		عدد من يشتكي من مرض
		إناث	ذكور	
	1701	909	792	
[0.000]	42.4	49.6	34.1	العظام (تعب في المفاصل/ العظام/ الظهر)
[0.000]	35.8	45.4	24.7	ضغط
[0.000]	21.9	24.3	19.2	ضعف النظر
[0.019]	21.6	22.7	20.5	سكر
[0.497]	16.3	14.9	18.1	قلب
[0.000]	8.1	9.9	5.9	قولون
[0.000]	7.7	11.7	3.2	روماتيزم
[0.921]	6.5	6.2	6.8	كبد
[0.397]	3.6	3.1	4.3	جلطات المخ
[0.226]	2.9	2.3	3.7	ضعف السمع
[0.711]	2.5	2.2	2.8	ربو
[0.308]	0.2	0.1	0.4	قرح الفراش

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مقام النسب هو عدد من يشتكي من مرض المبين بالسطر الأول من الجدول.

قام الباحثون بمعالجة البيانات لإمكانية حساب قيم دلالة إحصائية. كما قام الباحثون بترتيب الإجابات تنازلياً. قيمة الدلالة الإحصائية تختبر العلاقة بين بيانات الذكور وبيانات الإناث لكل مرض على حدة.

يتبين من جدول (2) (بالعمود قبل الأخير منه) أن أكثر الشكوى من آلام العظام (42.4%) الضغط (35.8%) ثم ضعف النظر (21.9%) فالسكر (21.6%) فالقلب (16.3%) وهكذا. وتبين قيم الدلالة الإحصائية فروقاً دالة بين النوعين في الشكوى من العظام والضغط وضعف النظر والسكر والقولون والروماتيزم، والملاحظ أن كل الفروق في غير صالح الإناث حيث أن كل نسبهم أكبر من نظيرتها للذكور، بينما لا توجد فروقاً دالة بين النوعين بالنسبة لبقية الأمراض.

الجدول من جدول (3) إلى جدول (18)، يمثل كل منها التوزيع المئوي للمتغيرات الحاكمة، كل على حدة في جدول مستقل، وعلاقتها بالأمراض الأكثر انتشاراً بين المسنين، ولكل نوع، ذكور وإناث.

جدول (3)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (60+) مصنف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب الإقليم.

المرض										الشكوى من مرض		الإقليم						
كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	يشتكي		ذكر	أنثى							
0.24	0.13	0.00	0.80	0.75	0.09	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00	0.01	0.74	0.09	0.06	0.19	مستوى الدلالة		
56	54	106	25	90	47	135	143	206	162	221	152	413	196	451	270	909	792	مجموع العينة
53.6	55.6	59.4	48.0	44.4	57.4	63.0	59.4	59.2	58.0	36.7	38.8	56.2	54.1	45.5	41.1	47.0	46.6	حضر
46.4	44.4	40.6	52.0	55.6	42.6	37.0	40.6	40.8	42.0	63.3	61.2	43.8	45.9	54.5	58.9	53.0	53.4	ريف
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع النسب

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "مجموع العينة" الكائن بوسط الجدول.

يبين هذا الجدول أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الحضر والريف، كالاتي: لكلا النوعين بالنسبة للضغط والسكر والقلب، وضعف النظر والروماتيزم للإناث، ولا يشتكي الذكور منفردين.

إنه من المتوقع أن يزيد الضغط وكذلك السكر والقلب في الحضر عن الريف نتيجة لارتفاع ضغوط الحياة في الحضر، كذلك انخفاض الروماتيزم للإناث الريف مقارنة بإناث الحضر حيث تتمتع الريفيات بالحركة مقارنة بالحضرريات. كما أن ارتفاع الوعي لدى الحضرريات واستخدامهن النظارات الطبية ربما خفض من نسبة شكاوهن من ضعف النظر.

يبين جدول (4) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مستويات أعمار المسنين لكلا النوعين بالنسبة لضعف النظر والروماتيزم، والعظام للذكور، والضغط والسكر للإناث.

جدول (4)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (+60) مصنف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب عمر المسن.

المرض								الشكوى من مرض		عمر المسن								
كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	يشتهي	ذكر أنثى									
ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى									
0.39	0.23	0.01	0.00	0.38	0.81	0.23	0.52	0.04	0.19	0.00	0.00	0.03	0.80	0.68	0.01	0.13	0.11	مستوى الدلالة
56	54	106	25	90	47	135	143	206	162	221	152	413	196	451	270	909	792	مجموع العينة
33.9	37.0	17.0	24.0	32.2	27.7	19.3	26.6	31.6	26.5	13.1	18.4	29.3	23.5	25.7	19.6	26.3	24.2	64-60
25.0	20.4	18.9	4.0	20.0	31.9	23.0	31.5	28.2	29.6	20.8	21.1	25.2	26.0	22.8	30.7	24.1	26.5	69-65
21.4	20.4	33.0	24.0	22.2	23.4	25.9	23.1	20.9	25.9	23.1	27.0	19.6	27.0	22.8	22.2	22.1	24.6	74-70
14.3	16.7	17.0	8.0	16.7	8.5	17.0	10.5	10.7	13.0	19.0	17.1	15.7	14.3	14.9	14.1	14.7	14.0	79-75
5.4	5.6	14.2	40.0	8.9	8.5	14.8	8.4	8.7	4.9	24.0	16.4	10.2	9.2	13.7	13.3	12.8	10.6	80+
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع النسب

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقاس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "مجموع العينة" الكائن بأعلى الجدول.

من المنطقي تأثر ضعف النظر والروماتيزم بالسن، غير أن السؤال هنا: لماذا يؤثر العمر في الذكور فقط بخصوص الشكوى من العظام؟ كذلك تشتكي الإناث فقط من الضغط والسكر دون الذكور؟

يبين جدول (5) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مستويات المؤهل الدراسي، كالاتي: لكلا النوعين بالنسبة لمن يشكو عموماً، والعظام للذكور، والسكر والقولون للإناث فقط.

السؤال هنا: لماذا يؤثر المؤهل في شكوى الذكور بالذات من العظام دون الإناث؟ وشكوى الإناث دون الذكور من السكر والقولون؟

جدول (5)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (60+) مصنف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب الحالة التعليمية للمتحقين.

المرض								الشكوى من مرض		الحالة التعليمية للمتحق								
كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	يشكوي										
ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر									
0.78	0.21	0.18	0.93	0.03	0.88	0.16	0.20	0.01	0.66	0.33	0.11	0.44	0.10	0.17	0.04	0.01	0.04	مستوى الدلالة
13	24	29	8	22	24	36	80	51	86	42	53	103	110	88	93	188	324	عدد المتحقين
46.2	16.7	27.6	25.0	72.7	29.2	44.4	22.5	41.2	25.6	54.8	43.4	40.8	20.9	45.5	44.1	47.9	32.4	لم يحصل
15.4	25.0	31.0	25.0	9.1	20.8	16.7	22.5	15.7	26.7	28.6	30.2	22.3	25.5	29.5	20.4	23.4	24.4	ابتدائي إحصائي
7.7	4.2	3.4	0.0	0.0	8.3	2.8	10.0	15.7	9.3	2.4	7.5	6.8	8.2	6.8	3.2	5.9	8.0	إحصائي
23.1	25.0	17.2	25.0	4.5	25.0	25.0	16.3	15.7	19.8	7.1	11.3	17.5	22.7	8.0	17.2	10.6	16.4	ثانوي
0.0	16.7	6.9	12.5	13.6	8.3	2.8	10.0	9.8	7.0	2.4	1.9	6.8	7.3	6.8	5.4	7.4	6.8	فوق متوسط
7.7	8.3	13.8	12.5	0.0	4.2	8.3	15.0	2.0	8.1	4.8	3.8	5.8	12.7	3.4	6.5	4.8	9.6	جامعة
0.0	4.2	0.0	0.0	0.0	4.2	0.0	3.8	0.0	3.5	0.0	1.9	0.0	2.7	0.0	3.2	0.0	2.5	فوق الجامعة
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع النسب

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقاس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "عدد المتحقين" الكائن بأعلى الجدول.

يبين جدول (6) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مستويات معرفة القراءة والكتابة، كالاتي: لكلا النوعين بالنسبة للضغط والقلب، وضعف النظر للذكور، والسكر للإناث.

جدول (6)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (+60) مصنف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب معرفة القراءة والكتابة لغير الملتحقين ولمن لم يحصل من الملتحقين.

المرض								الشكوى من مرض		معرفة القراءة والكتابة							
كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	يشكوي									
ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	مستوى الدلالة							
0.22	0.39	0.70	0.52	0.39	0.69	0.00	0.05	0.00	0.07	0.28	0.02	0.03	0.01	0.52	0.81	0.36	0.15
49	34	85	19	84	30	115	81	176	98	202	122	352	109	403	218	811	573
8.2	41.2	5.9	21.1	9.5	36.7	13.0	42.0	12.5	40.8	5.4	21.3	9.7	44.0	6.2	30.7	7.6	33.2
2.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	1.7	2.5	1.1	2.0	0.0	2.5	0.9	0.9	0.5	0.9	0.5	1.2
89.8	58.8	94.1	78.9	89.3	63.3	85.2	55.6	86.4	57.1	94.6	76.2	89.5	55.0	93.3	68.3	91.9	65.6
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقاس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "العدد" الكائن بأعلى الجدول.

* عدد غير الملتحقين، والملتحقين غير الحاصلين.

لم يسجل جدول (7) فروقاً إحصائية تذكر بين حالات الحالة الزوجية، لأي نوع من المسنين. وهذه تعد من النتائج الغربية، فمن المعلوم أن الحالة الزوجية تؤثر على صحة الإنسان البدنية، والنفسية أيضاً.

جدول (7)

التوزيع العددي والنموي (%) للمسنين (+60) مصنّف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب الحالة الزوجية.

الشكوى من مرض		المرض												الحالة الزوجية			
يشتكى		عظام		ضغط		ضعف النظر		سكر		قلب		قولون			روماتيزم		كبد
ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى
0.34	0.09	0.16	0.71	0.29	0.32	0.19	0.14	0.85	0.32	0.63	0.45	0.15	0.65	0.97	0.92	0.80	0.67
909	792	451	270	413	196	221	152	206	162	135	143	90	47	106	25	56	54
1.4	0.5	1.3	0.4	1.2	0.0	1.4	0.0	1.0	0.0	1.5	0.0	1.1	2.1	1.9	0.0	0.0	0.0
17.3	83.7	15.3	84.1	17.2	85.7	14.5	79.6	18.4	86.4	19.3	86.7	16.7	80.9	18.9	88.0	17.9	81.5
2.3	0.6	2.9	0.4	3.1	0.0	0.9	0.7	1.9	1.2	0.7	0.0	5.6	0.0	1.9	0.0	1.8	0.0
79.0	15.2	80.5	15.2	78.5	14.3	83.3	19.7	78.6	12.3	78.5	13.3	76.7	17.0	77.4	12.0	80.4	18.5
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقاس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على

حده. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "مجموع العينة" الكائن بأعلى الجدول.

يبين جدول (8) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين من يعمل ومن لا يعمل من المسنين، كالاتي: لكلا النوعين بالنسبة للضغط فقط، والشكوى عموماً وضعف النظر والقلب للذكور تشكي الإناث منفردات.

جدول (8)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (+60) مصنّف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب الحالة العملية.

المرض														الشكوى من أي مرض		الحالة العملية		
														يشتكى				
كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	0.96	0.00	مستوى الدلالة				
0.54	0.12	0.42	0.22	0.47	0.69	0.23	0.00	0.81	0.30	0.65	0.04	0.03	0.01		0.91	0.26	مجموع العينة	
56	54	106	25	90	47	135	143	206	162	221	152	413	196	451	270	909		792
1.8	9.3	1.9	8.0	4.4	14.9	1.5	7.0	2.9	14.2	2.7	11.2	4.6	10.7	3.1	14.8	3.2	13.5	يعمل
98.2	90.7	98.1	92.0	95.6	85.1	98.5	93.0	97.1	85.8	97.3	88.8	95.4	89.3	96.9	85.2	96.8	86.5	
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع النسب

المصدر: تم الإعداد بمعرفه الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقاس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة.

مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "مجموع العينة" الكائن بأعلى الجدول.

يبين هذا جدول (9) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين من لديه دخل من عدمه، كالاتي: لكلا النوعين بالنسبة للضغط والسكر، والعظام وضعف النظر والقلب للذكور، و الكبد للإناث.

جدول (9)

التوزيع العددي والنسبي (%) للمسنين (60+) مصنّف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب توفر دخل من عدمه.

المرض										الشكوى من مرض		توفر دخل						
كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	يشكوى	من مرض	ذكر	أنثى							
0.00	0.69	0.08	0.51	0.53	0.89	0.10	0.01	0.01	0.00	0.17	0.00	0.00	0.00	0.32	0.00	0.94	0.17	مستوى الدلالة
56	54	106	25	90	47	135	143	206	162	221	152	413	196	451	270	909	792	مجموع العينة
73.2	79.6	62.3	72.0	51.1	76.6	60.7	86.0	62.1	86.4	50.2	59.2	60.8	87.2	52.5	69.6	54.2	76.5	لديه دخل
26.8	20.4	37.7	28.0	48.9	23.4	39.3	14.0	37.9	13.6	49.8	40.8	39.2	12.8	47.5	30.4	45.8	23.5	ليس لديه دخل
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "مجموع العينة" الكائن بأعلى الجدول.

يبين جدول (10) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مستويات قيمة الدخل، كالاتي:
لكلا النوعين بالنسبة للضغط والسكر والقلب، والعظام للذكور، والكبد للإناث.

جدول (10)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (60+) مصنّف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب قيمة الدخل (بالجنيه المصري).

الشكوى من		المرض																قيمة الدخل مرض (بالجنيه)
يشتكى		عظام		ضغط		ضعف النظر		سكر		قلب		قولون		روماتيزم		كبد		
ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
0.76	0.19	0.08	0.01	0.00	0.00	0.27	0.00	0.02	0.00	0.00	0.01	0.71	0.16	0.15	0.56	0.01	0.11	
909	792	451	270	413	196	221	152	206	162	135	143	90	47	106	25	56	54	
45.8	23.5	47.5	30.4	39.2	12.8	49.8	40.8	37.9	13.6	39.3	14.0	48.9	23.4	37.7	28.0	26.8	20.4	
0.8	0.3	0.7	0.4	1.0	1.0	0.5	0.0	1.5	0.6	1.5	0.7	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	
14.4	9.5	14.2	9.3	13.6	6.6	17.2	10.5	12.1	8.0	6.7	9.8	12.2	6.4	17.0	4.0	16.1	9.3	
10.6	10.7	9.3	10.4	10.4	7.7	10.0	13.2	9.7	9.9	11.9	10.5	15.6	4.3	7.5	20.0	14.3	3.7	
14.5	16.7	16.9	19.3	17.2	10.7	11.3	13.2	18.9	13.0	13.3	14.7	12.2	14.9	14.2	24.0	17.9	13.0	
7.6	14.1	6.2	13.3	10.2	21.4	6.8	9.2	12.1	21.0	14.1	13.3	6.7	12.8	11.3	4.0	14.3	22.2	
2.3	10.9	2.0	8.1	3.1	12.8	2.7	5.9	2.9	11.7	5.2	16.1	1.1	23.4	4.7	12.0	7.1	7.4	
1.5	8.1	2.0	5.2	1.9	16.3	0.5	3.3	1.5	13.0	3.7	11.2	2.2	6.4	1.9	4.0	0.0	13.0	
2.5	6.3	1.3	3.7	3.4	10.7	1.4	3.9	3.4	9.3	4.4	9.8	1.1	8.5	4.7	4.0	3.6	11.1	
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "مجموع العينة" الكائن بأعلى الجدول.

يبين جدول (11) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مستويات كفاية الدخل، كالاتي:
للذكور بالنسبة الشكوى من مرض عموماً والعظام وضعف النظر، بينما لا يوجد فروق
للإناث. فهل الدخل ليس عاملاً مؤثراً لبقية الشكوى، لاسيما للإناث؟

جدول (11)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (+60) مصنف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب
مدى كفاية الدخل لمتطلبات المسن.

		المرض								الشكوى من		مدى كفاية الدخل						
		كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	يشتكى								
		ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى							
0.32	0.17	0.34	0.20	0.26	0.63	0.60	0.10	0.65	0.81	0.45	0.03	0.16	0.72	0.95	0.04	0.15	0.00	مستوى الدلالة
41	43	66	18	46	36	82	123	128	140	111	90	250	171	237	188	493	606	من لديهم دخل
24.4	27.9	28.8	11.1	26.1	19.4	32.9	19.5	32.0	18.6	30.6	11.1	30.8	19.9	34.6	11.7	32.3	16.7	يكفي
39.0	25.6	39.4	11.1	43.5	30.6	29.3	17.1	32.0	26.4	32.4	18.9	34.0	23.4	31.6	27.1	32.5	24.4	يكفي بالكاد
36.6	46.5	31.8	77.8	30.4	50.0	37.8	63.4	35.9	55.0	36.9	70.0	35.2	56.7	33.8	61.2	35.3	58.9	لا يكفي
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع النسب

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة.
مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "من لديهم دخل" الكائن بأعلى الجدول.

يبين جدول (12) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين نوع الأسرة، كالاتي: ضعف
النظر والسكر والكبد للإناث فقط. أي أن نوع الأسرة له تأثير على النساء فقط. وهذا أمر
منطقي حيث يعيش 31.6% من الإناث بمفردهم مقابل 4.3% للذكور (السعيد، 2010،
ص88).

جدول (12)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (60+) مصنّف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب نوع الأسرة، يقيس هذا الجدول مدى معاناة المسن من وحدة.

المرض														الشكوى من مرض		نوع الأسرة																				
كبد		روماتيزم		قولون		قلب		سكر		ضعف النظر		ضغط		عظام			يشتكى																			
ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى																		
0.00	0.55	0.79	0.29	0.92	0.06	0.70	0.36	0.01	0.26	0.05	0.42	0.12	0.37	0.39	0.09	0.77	0.41	مستوى الدلالة																		
56		54		106		25		90		47		135		143		206		162		221		152		413		196		451		270		909		792		مجموع العينة
12.5	3.7	35.8	8.0	31.1	8.5	28.9	1.4	23.8	3.7	32.6	5.9	27.8	2.0	33.0	3.7	31.1	4.2	فرد واحد																		
42.9	64.8	24.5	52.0	28.9	72.3	27.4	65.7	34.0	67.3	20.4	62.5	26.9	61.7	25.9	55.9	26.7	61.1	نوعية																		
39.3	25.9	34.0	32.0	35.6	17.0	39.3	30.1	34.0	27.8	38.9	28.3	38.3	34.2	36.4	35.9	36.5	31.8	ممتدة																		
5.4	5.6	5.7	8.0	4.4	2.1	4.4	2.8	8.3	1.2	8.1	3.3	7.0	2.0	4.7	4.4	5.6	2.9	أخرى																		
100		100		100		100		100		100		100		100		100		مجموع النسب																		

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "مجموع العينة" الكائن بأعلى الجدول. يبين هذا الجدول العلاقة بين الوحدة التي يعاني منها المسن وبين معاناته من الأمراض.

يبين جدول (13) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين من يعاني من مشكلة عموماً من المسنين ومن لا يعاني من مشكلة على الإطلاق، كالاتي: يعاني النوعين معاً من كل الأمراض عدا القولون والروماتيزم، كما لم يبدي نوع من المسنين بالشكوى منفرداً. إنه لمن المنطقي أن قطاع كبير ممن يعني من مشكلة بوجه عام أقرب أن يشتكى من مرض.

جدول (13)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (+60) مصنّف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب معاناة المسن من مشكلة (صحية/ اجتماعية/ مادية/ نفسية)*.

المرض										الشكوى		مدى معاناة المسن من مشكلة عموماً
كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	يشتكى	لا يشتكى	مستوى الدلالة	مجموع العينة	
ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	ذكر أنثى	0.00 0.00	909 792	
0.00 0.00	0.06 0.07	0.96 0.20	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00		56 54	
يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد		14.7 6.6	
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد		100.0 96.3	
مجموع النسب	مجموع النسب	مجموع النسب	مجموع النسب	مجموع النسب	مجموع النسب	مجموع النسب	مجموع النسب	مجموع النسب	مجموع النسب		100 100	

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة.

مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف 'مجموع العينة' الكائن بأعلى الجدول.

يبين جدول (14) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين من يعاني من مشكلة صحية من عدمه، كالاتي: يعاني النوعين معاً من كل الأمراض عدا القولون فقط، كما لم يبدي نوع من المسنين بالشكوى منفرداً. إن هذه النتيجة تعد منطقية، فمن الطبيعي أن يكون هناك علاقة قوية بين معاناة المسن من مشكلة صحية وبين الأمراض التي تصيبه.

جدول (14)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (60+) مصنّف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب المشكلة الصحية التي من الممكن أن يعاني منها المسن.

المرض												الشكوى من مرض		مشكلة صحية						
كبد		روماتيزم		قولون		قلب		سكر		ضعف النظر		ضغط			عظام		يشتهي			
ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		
0.00	0.00	0.01	0.01	0.88	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	مستوى الدلالة
56	52	93	24	73	42	122	135	185	155	195	144	362	182	385	259	775	740	من لديهم مشكلة		
91.1	96.2	90.3	95.8	84.9	90.5	91.8	96.3	91.9	95.5	89.2	95.1	90.1	96.7	88.8	94.6	88.5	93.4	يوجد		
8.9	3.8	9.7	4.2	15.1	9.5	8.2	3.7	8.1	4.5	10.8	4.9	9.9	3.3	11.2	5.4	11.5	6.6	لا يوجد		
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع النسب		

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقاس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة.

مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "من لديهم مشكلة" الكائن بأعلى الجدول.

عكس الجدولين (13) و(14)، فإن الجدول (15) لا يظهر علاقة دالة بين المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المسن وبين ما يعاني من أمراض. حيث يظهر عدم وجود فروقاً دالة إحصائياً إلا في الكبد فقط للذكور والضغط فقط للإناث. وتعد هذه النتيجة غريبة وتحتاج على بحث، فمن المعلوم وجود علاقة بين المشكلات الاجتماعية وصحة الإنسان عن طريق حالته النفسية.

جدول (15)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (+60) مصنف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب المشكلة الاجتماعية التي من الممكن أن يعاني منها المسن.

المرض														الشكوى من مرض		مشكلة اجتماعية		
كبدي		روماتيزم		قولون		قلبي		سكر		ضعف النظر		ضغط		عظام			يشككي	
ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
0.88	0.04	0.96	0.39	0.11	0.76	0.56	0.98	0.34	0.08	0.40	0.37	0.04	0.45	0.40	0.12	0.07	0.22	مستوى الدلالة
56	52	93	24	73	42	122	135	185	155	195	144	362	182	385	259	775	740	من لديهم مشكلة
7.1	7.7	8.6	0.0	4.1	2.4	9.8	3.0	10.3	5.2	7.2	4.2	11.0	2.2	9.9	1.5	9.5	3.4	يوجد
92.9	92.3	91.4	100.0	95.9	97.6	90.2	97.0	89.7	94.8	92.8	95.8	89.0	97.8	90.1	98.5	90.5	96.6	لا يوجد
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع النسب

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة.

مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "من لديهم مشكلة" الكائن بأعلى الجدول.

لا يظهر جدول (16) علاقة دالة بين المشكلات المادية التي يعاني منها المسن وبين ما يعاني من أمراض، حيث يظهر عدم وجود فروقاً دالة إحصائياً إلا في ضعف النظر والروماتيزم لكلا النوعين، والشكوى عموماً والعظام للذكور فقط. والذي يعني أنه لا توجد علاقة بين الفقر وصحة المسن، أمر يحتاج إلى بحث.

جدول (16)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (+60) مصنف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب المشكلة المادية التي من الممكن أن يعاني منها المسن.

المرض												الشكوى من مرض		مشكلة مادية					
كبد		روماتيزم		قولون		قلب		سكر		ضعف النظر		ضغط			عظام		يشتكى		
ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى		ذكر		أنثى	
0.69	0.90	0.00	0.01	0.97	0.40	0.43	0.79	0.17	0.45	0.01	0.00	0.73	0.10	0.55	0.00	0.41	0.00	مستوى الدلالة	
56	52	93	24	73	42	122	135	185	155	195	144	362	182	385	259	775	740	من لديهم مشكلة	
44.6	48.1	33.3	75.0	52.1	59.5	50.0	48.9	42.2	46.5	55.9	61.8	47.2	45.1	48.1	59.1	49.8	53.4	يوجد	
55.4	51.9	66.7	25.0	47.9	40.5	50.0	51.1	57.8	53.5	44.1	38.2	52.8	54.9	51.9	40.9	50.2	46.6	لا يوجد	
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع النسب	

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقاس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة.

مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "من لديهم مشكلة" الكائن بأعلى الجدول.

لا يظهر جدول (17) فروقاً ذات دلالة تذكر بين من يعاني من مشكلة نفسية من عدمه وبين الأمراض، سواء للذكور أو للإناث.

إن النتيجة التي آل إليها هذا الجدول تعد غريبة من وجهين: الأول، أن نسبة من يعاني نفسياً في العينة (1994 مسناً) هي 2.5% فقط (تحديداً، 41 مسناً: 31 ذكر و10 إناث)، (السعيد، 2010، ص90)، وهي نسبة قليلة جداً ولا يمكن إرجاعها إلى عامل الدين والقناعة الذين يتحلى بهما المصريون عموماً والمسنين خصوصاً. والوجه الثاني، كيف أن

نسبة 85.3% من مسني العينة يشتكون من أمراض في حين أن نسبة 2.5% فقط لا يشتكون من مشكلات نفسية.

التفسير المقبول أو الأكثر وجهة هو أن نسبة معتبرة من المسنين يعانون بالفعل من مشاكل نفسية غير أنها غير ظاهرة لتغطيتها ببقية مشاكل المسن: الصحية والمادية والاجتماعية. إن الجوعان أو الذي يعاني من مرض عضال لا يشتكي من حالته النفسية، بل يشتكي الجوع والاعتلال.

جدول (17)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (60+) مصنف حسب الشكوى من مرض والنوع موزع حسب المشكلة النفسية التي من الممكن أن يعاني منها المسن.

المرض										الشكوى من مرض		مشكلة نفسية					
كبد	روماتيزم	قولون	قلب	سكر	ضعف النظر	ضغط	عظام	يشتكي	مرض	ذكر	أنثى						
0.56	0.53	0.45	0.13	0.26	0.43	0.54	0.69	0.29	0.59	0.93	0.68	0.92	0.42	0.69	0.85	0.54	0.43
56	52	93	24	73	42	122	135	185	155	195	144	362	182	385	259	775	740
1.8	1.9	2.2	4.2	1.4	2.4	2.5	0.7	2.2	0.6	3.6	1.4	3.6	1.6	3.9	1.2	3.7	1.2
98.2	98.1	97.8	95.8	98.6	97.6	97.5	99.3	97.8	99.4	96.4	98.6	96.4	98.4	96.1	98.8	96.3	98.8
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "من لديهم مشكلة" الكائن بأعلى الجدول.

يبين جدول (18) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مستويات مؤشر الأسر المعيشية، وهو مؤشر اقتصادي فقط، كالاتي: لكلا النوعين بالنسبة للعظام والضغط وضعف النظر والسكر، والشكوى عموماً للذكور، والروماتيزم والكبد للإناث.

جدول (18)

التوزيع العددي والمئوي (%) للمسنين (60+) حسب الشكوى من المرض والنوع موزع حسب الإقليم.

المرض														الشكوى من مرض		مستويات مؤشر الأسرة المعيشية	
كبد		روماتيزم		قولون		قلب		سكر		ضعف النظر		ضغط		عظام			يشنكي
ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى
0.00	0.94	0.02	0.94	0.56	0.57	0.24	0.02	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.28	0.01
مستوى الدلالة																	
56	54	106	25	90	47	135	143	206	162	221	152	413	196	451	270	909	792
مجموع العينة																	
1.8	0.0	0.0	0.0	3.3	0.0	1.5	0.0	0.5	0.0	1.4	2.0	0.2	0.0	1.8	0.4	1.3	0.6
منخفض جداً																	
3.6	9.3	15.1	12.0	24.4	17.0	20.7	7.7	10.7	5.6	28.1	16.4	16.0	6.6	25.7	10.0	21.9	11.2
منخفض																	
44.6	59.3	42.5	60.0	43.3	48.9	42.2	49.7	46.1	50.6	47.5	58.6	46.2	50.5	44.6	64.8	45.8	57.6
متوسط																	
48.2	29.6	36.8	28.0	26.7	29.8	30.4	40.6	40.3	42.6	22.2	23.0	35.4	40.8	25.1	24.1	28.7	29.2
مرتفع																	
1.8	1.9	5.7	0.0	2.2	4.3	5.2	2.1	2.4	1.2	0.9	0.0	2.2	2.0	2.9	0.7	2.3	1.4
مرتفع جداً																	
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح. مستوى الدلالة يقيس درجة التوافق بين نتائج كل عمود على حدة. مقام أي نسبة هو الرقم المقابل من صف "مجموع العينة" الكائن بأعلى الجدول.

3-2- العلاقات السببية بين الوضع الصحي للمسن وبين المتغيرات الحاكمة

في هذا القسم تم تناول محددات الوضع الصحي للمسنين (وهن الشيخوخة) في مصر بإجراء الانحدار اللوجستي لكل متغير من المتغيرات التابعة والتي تعكس صحة المسن (الشكوى من مرض عموماً، والأمراض الثمانية كل على حدة) على المتغيرات الحاكمة مجتمعة. ولقد تم استخدام طريقة (Forward Stepwise - Conditional) لأنها تسمح بظهور المتغيرات ذات الدلالة الإحصائية فقط، وذلك لمناسبة حجم الجداول لغرض الدراسة كورقة بحثية Report، هذا على الرغم من أن طريقة (Enter) هي الأكثر استخداماً.

بناء نموذج الانحدار اللوجستي

الأفضلية Odds

بافتراض أن احتمال القبول (احتمال حدوث الحدث) في وظيفة معينة للذكور مثلاً $p(m)$ وللإناث $p(f)$. وبالتالي يكون احتمال عدم القبول $q(m)=1-p(m)$ للذكور و $q(f)=1-p(f)$ للإناث.

إذاً، أفضلية الذكور، هي: $Odds(m) = p(m)/q(m)$

وأفضلية الإناث، هي: $Odds(f) = p(f)/q(f)$

إذاً، نسبة الأفضلية، هي:

$$Odds Ratio = Odds(m)/Odds(f) = (p(m)/q(m))/(p(f)/q(f))$$

فإذا كانت نسبة الأفضلية 3 مثلاً، فهذا يعني أن أفضلية القبول في الوظيفة 3 مرات للذكور أكثر من الإناث.

اللوجيت (Logit(p)

يعبر اللوجيت عن علاقة بين المعاملات (b's) ونسبة الأفضلية Odds Ratio. يمكننا اللوجيت من التعامل مع الانحدار اللوجستي كانه عادي. يعرف اللوجيت على أنه لوغاريتم الأفضلية للأساس e. أي أن:

$$\text{Logit}(p/q) = \ln(\text{Odds}) = \ln(p/q) = b_0 + b_1 X$$

$$\text{Then } p/q = p/(1-p) = \text{Exp}(b_0 + b_1 X)$$

من العلاقة السابقة، يمكن تقدير احتمال حدوث الحدث p كالاتي:

$$p = ((\text{Exp}(b_0 + b_1 X))/(1 + \text{Exp}(b_0 + b_1 X)))$$

حيث (b's) هي معاملات الانحدار. وتعني مقدار التغير في اللوجيت بتغير المتغير المستقل X.

يستخدم اختبار Wald statistics في اختبار الفروض حول معاملات الانحدار.

الجدول التالي يبين تقسيمات المتغيرات المستقلة والأكواد المعطاة لهذه التقسيمات. ولقد تم استخدام التقسيم الأول (الأصغر) من كل متغير كعنصر مرجعي لبقية التقسيمات. ولقد تم إعادة التصنيف (Categorical) للمتغيرات ذات التقسيمات الأكثر من تقسيمين بداخل البرنامج الإحصائي المستخدم⁸، كما هو متعارف عليه في الانحدار اللوجستي.

⁸ تم استخدام حزمة البرامج الإحصائية SPSS V19.0.

تقسيمات (عناصر) المتغيرات المستقلة والأكواد المقابلة

الكود	عناصر المتغير الوصفي	المتغير الوصفي
1	فرد واحد	نوع الأسرة
2	نووية	
3	ممتدة	
4	أخرى	
0	لا يعمل	الحالة العملية
1	يعمل	
1	يكفى	كفاية الدخل
2	يكفى بالكاد	
3	لا يكفى	
0	لا يوجد مشكلة	مشكلة اجتماعية
1	يوجد مشكلة	
0	لا يوجد مشكلة	مشكلة مادية
1	يوجد مشكلة	
0	لا يوجد مشكلة	مشكلة نفسية
1	يوجد مشكلة	

تم اختيار العنصر الأول (صاحب أصغر كود المسودة خليته). كأساس مرجعي

الكود	عناصر المتغير	المتغير
0	ريف	الإقليم
1	حضر	
0	أنثى	النوع
1	ذكر	
0	لم يحصل على شهادة	أعلى شهادة
1	ابتدائي	
2	إعدادي	
3	ثانوي	
4	فوق المتوسط	
5	جامعة	
6	فوق الجامعة	
1	يقرأ ويكتب	القراءة
2	يقرأ فقط	
3	لا يقرأ ولا يكتب	
1	لم يتزوج أبدا	الحالة
2	متزوج	
3	مطلق	
4	أرمل	

نتائج الانحدار اللوجستي التي تم إجراؤها هي (9) إجراءات، جاءت في (9) جداول بعدد المتغيرات التابعة التي تمثل الأمراض. إن الانحدار يختبر الفرض الفائق بوجود تأثير للمتغيرات الحاكمة على المرض موضوع الاختبار. وفيما يلي نتائج الانحدار اللوجستي تباعاً.

أ- العلاقة بين "شكوى المسن من مرض عموماً" وبين "المتغيرات الحاكمة"

جدول رقم (19)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين:
شكوى المسن من مرض من عدمه وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds
.Ratio (Exp(β))

95.0% C.I.for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	المتغير	
Upper	Lower								
1.771	1.018	1.343	0.037	1	4.352	0.141	0.295	حضر	الإقليم
0.609	0.334	0.451	0	1	27.03	0.153	-0.797	ذكر	النوع
			0	7	33.63				أعلى شهادة
2.172	0.558	1.101	0.78	1	0.078	0.347	0.097	ابتدائي	
0.512	0.119	0.247	0	1	14.12	0.372	-1.398	اعدادي	
0.573	0.156	0.299	0	1	13.24	0.332	-1.207	ثانوي	
2.541	0.25	0.797	0.701	1	0.147	0.592	-0.227	فوق المتوسط	
0.612	0.112	0.262	0.002	1	9.575	0.432	-1.338	جامعة	
7.735	0.099	0.876	0.905	1	0.014	1.111	-0.133	فوق الجامعة	
0.494	0.234	0.34	0	1	32.04	0.19	-1.078	يعمل	الحالة العملية
1.002	1.001	1.001	0	1	12.77	0	0.001		قيمة الدخل
			0	3	21.97				كفاية الدخل
3.146	1.317	2.035	0.001	1	10.23	0.222	0.711	يكفي بالكاد	
3.887	1.714	2.581	0	1	20.6	0.209	0.948	لا يكفي	
5.548	1.007	2.363	0.048	1	3.9	0.435	0.86	يوجد مشكلة	مشكلة اجتماعية
		4.209	0	1	24.48	0.291	1.437		المقدار الثابت

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary		Hosmer and Lemeshow Test	
-2 Log likelihood	1531	Chi-square	5.84
Cox & Snell R Square	0.065	df	8
Nagelkerke R Square	0.114	Sig.	0.665

يتبين من هذا الجدول أن المتغيرات التي لها تأثير على شكوى المسن من مرض عموماً، هي: الإقليم، النوع، الشهادة (بتقسيماتها: إعدادي/ ثانوي/ جامعة)، الحالة العملية،

قيمة الدخل، مدى كفاية الدخل (بتقسيمية: يكفي بالكاد/ لا يكفي)، المشكلات الاجتماعية. كما تشير قيمة **Odds Ratio (Exp(β))** أن مسني الحضر أكثر شكاوى بمقدار 1.34 مثل من مسني الريف، شكاوى الذكور 0.45 مثل مقارنة بالإناث (أي الإناث تشتكي 2.2 مثل مقارنة بالذكور)، من يعمل يشتكي 0.34 مثل مقارنة بمن يعمل (من لا يعمل 2.94 مثل من يعمل)، من لديه مشكلات اجتماعية يشتكون 2.36 مثل مقارنة بمن ليس لديه.

ب- العلاقة بين "شكاوى المسن من آلام العظام" وبين "المتغيرات الحاكمة"

جدول رقم (20)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين: شكاوى المسن من آلام العظام وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds Ratio (Exp(β)).

المتغير	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Upper	Lower
النوع	-0.669	0.1	44.8	1	0	0.512	0.421	0.623
الذكر								
العمر	0.013	0.007	3.93	1	0.047	1.013	1	1.026
قيمة الدخل	0	0	7.011	1	0.008	1	0.999	1
مؤشر الأسرة المعيشية	-0.012	0.005	5.844	1	0.016	0.988	0.978	0.998
المقدار الثابت	-0.585	0.508	1.326	1	0.25	0.557		

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary

-2 Log likelihood	2514.7
Cox & Snell R Square	0.05
Nagelkerke R Square	0.06

Hosmer and Lemeshow Test

Chi-square	13.33
df	8
Sig.	0.101

يتبين من هذا الجدول أن المتغيرات التي لها تأثير على شكاوى المسن من آلام العظام، هي: النوع، العمر، قيمة الدخل، مؤشر الأسرة المعيشية. كما تشير قيمة **Odds Ratio (Exp(β))** أن الذكور يشتكون من الضغط بمقدار 0.51 مثل من للإناث (أي شكاوى الإناث 1.9 مثل الذكور)، يؤثر طول العمر سلباً على آلام العظام.

ج- العلاقة بين "شكوى المسن من الضغط" وبين "المتغيرات الحاكمة"

جدول رقم (21)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين:
شكوى المسن من الضغط وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds Ratio
(Exp(β)).

95.0% C.I. for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	المتغير	
Upper	Lower							النوع	
0.292	0.176	0.227	0	1	133	0.129	-1.484	ذكر	
			0.019	3	9.931				القراءة والكتابة
4.092	0.318	1.14	0.84	1	0.041	0.652	0.131	يقرأ فقط	
0.971	0.504	0.7	0.033	1	4.55	0.167	-0.357	لا يقرأ ولا يكتب	
1.001	1	1.001	0.01	1	6.636	0	0.001		قيمة الدخل
			0.002	3	14.71				كفاية الدخل
2.353	1.165	1.656	0.005	1	7.916	0.179	0.504	يكفي بالكاد	
2.534	1.289	1.807	0.001	1	11.79	0.172	0.592	لا يكفي	
1.026	1.003	1.014	0.013	1	6.104	0.006	0.014		مؤشر الأسرة المعيشية
		0.297	0	1	12.82	0.339	-1.214		المقدار الثابت

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary

-2 Log likelihood	2252
Cox & Snell R Square	0.097
Nagelkerke R Square	0.136

Hosmer and Lemeshow Test

Chi-square	5.01
df	8
Sig.	0.757

يتبين من جدول (21) أن المتغيرات التي لها تأثير على شكوى المسن من الضغط، هي:
النوع، ومعرفة القراءة والكتابة (بتقسيمها: يقرأ فقط/ لا يقرأ ولا يكتب)، قيمة الدخل، مدى
كفاية الدخل (بتقسيمها: يكفي بالكاد/ لا يكفي)، مؤشر الأسرة المعيشية. كما تشير قيمة
Odds Ratio (Exp(β)) أن الذكور يشكون من الضغط بمقدار 0.23 مثل من الإناث

(الإناث 4.35 مثل الذكور)، من لا يقرأ ولا يكتب يشتمكي 0.70 مثل مقارنة بمن يقرأ ويكتب أو من يقرأ فقط، من لا يكفي دخله يشتمكي 1.8 مثل مقارنة بغيره ممن يكفي أو يكفي بالكاد.

د- العلاقة بين "شكوى المسن من ضعف النظر" وبين "المتغيرات الحاكمة"

جدول رقم (22)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين: شكوى المسن من ضعف النظر وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds Ratio (Exp(β)).

95.0% C.I.for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	المتغير	
Upper	Lower								
1.076	1.042	1.059	0	1	51.19	0.008	0.057	العمر	
			0.033	3	8.72			نوع الأسرة	
2.022	0.95	1.386	0.09	1	2.871	0.193	0.327		نووية
2.125	0.995	1.454	0.053	1	3.744	0.194	0.374		ممتدة
4.187	1.307	2.34	0.004	1	8.192	0.297	0.85	أخرى	
1	0.999	0.999	0.012	1	6.334	0	0	قيمة الدخل	
0.984	0.958	0.971	0	1	17.78	0.007	-0.029	مؤشر الأسرة المعيشية	
		0.012	0	1	49.6	0.623	-4.386	المقدار الثابت	

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary

-2 Log likelihood	1806
Cox & Snell R Square	0.056
Nagelkerke R Square	0.091

Hosmer and Lemeshow Test

Chi-square	8.28
df	8
Sig.	0.407

يتبين من جدول (22) أن المتغيرات التي لها تأثير على شكوى المسن من ضعف النظر، هي: العمر، نوع الأسرة (بتقسيماتها: نووية/ ممتدة/ أخرى)، قيمة الدخل، مؤشر الأسرة المعيشية. كما تشير قيمة Odds Ratio (Exp(β)) أن يؤثر العمر على ضعف النظر بمقدار 0.59 مثل لكل 10 سنوات.

هـ- العلاقة بين "شكوى المسن من السكر" وبين "المتغيرات الحاكمة".

جدول رقم (23)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين:
شكوى المسن من السكر وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds Ratio
(Exp(β)).

المتغير	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Upper	Lower
الإقليم	0.507	0.12	17.73	1	0	1.661	1.312	2.103
النوع	-0.313	0.119	6.975	1	0.008	0.731	0.579	0.922
العمر	-0.032	0.009	12.84	1	0	0.969	0.952	0.986
مؤشر الأسرة المعيشية	0.031	0.006	26.85	1	0	1.031	1.019	1.043
المقدار الثابت	-0.645	0.665	0.94	1	0.332	0.525		

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary

-2 Log likelihood	1828
Cox & Snell R Square	0.039
Nagelkerke R Square	0.063

Hosmer and Lemeshow Test

Chi-square	9.90
df	8
Sig.	0.272

- يتبين من هذا الجدول أن المتغيرات التي لها تأثير على شكوى المسن من السكر، هي: الإقليم، النوع، العمر، مؤشر الأسرة المعيشية. كما تشير قيمة Odds Ratio (Exp(β)) أن يشتكي مسني الحضر من السكر بمقدار 1.66 مثل من مسني الريف، ويشتكي الذكور 0.73 مثل مقارنة الإناث (الإناث 1.37 الذكور).

و- العلاقة بين "شكوى المسن من القلب" وبين "المتغيرات الحاكمة".

جدول رقم (24)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين:
شكوى المسن من القلب وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds Ratio
(Exp(β)).

95.0% C.I.for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	المتغير	
Upper	Lower								
2.294	1.33	1.746	0	1	16.08	0.139	0.558	حضر	الإقليم
			0.004	3	13.23				القراءة والكتابة
8.046	0.671	2.324	0.183	1	1.772	0.634	0.843	يقرأ فقط	
0.978	0.471	0.679	0.037	1	4.333	0.186	-0.388	لا يقرأ ولا يكتب	
0.632	0.187	0.343	0.001	1	11.81	0.311	-1.069	يعمل	الحالة العملية
			0.03	3	8.943				كفاية الدخل
1.443	0.593	0.925	0.732	1	0.117	0.227	-0.078	يكفى بالكاد	
1.996	0.945	1.373	0.097	1	2.761	0.191	0.317	لا يكفى	
		0.152	0	1	64.87	0.234	-1.887		المقدار الثابت

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary

-2 Log likelihood	1541
Cox & Snell R Square	0.034
Nagelkerke R Square	0.062

Hosmer and Lemeshow Test

Chi-square	4.35
df	7
Sig.	0.738

يتبين من هذا الجدول أن المتغيرات التي لها تأثير على شكوى المسن من القلب، هي: الإقليم، ومعرفة القراءة والكتابة (بتقسيمها: يقرأ فقط/ لا يقرأ ولا يكتب)، الحالة العملية، مدى كفاية الدخل (بتقسيمه: يكفي بالكاد/ لا يكفي). كما تشير قيمة **Odds Ratio (Exp(β))** أن سكان الحضر أكثر شكوى من القلب بمقدار 1.75 مثل من الريف، من يقرأ فقط يشنكي 2.32 مثل مقارنة بغيره ومن لا يقرأ ولا يكتب يشنكي 0.68 فقط مقارنة بغيره، من يعمل يشنكي 0.34 مثل مقارنة بمن لا يعمل (من لا يعمل 2.94 مثل من يعمل)، من لا يكفي دخله يشنكي 1.37 مثل مقارنة بغيره.

ز- العلاقة بين "شكوى المسن من القولون" وبين "المتغيرات الحاكمة".

جدول رقم (25)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين: شكوى المسن من القولون وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds Ratio (Exp(β)).

95.0% C.I. for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	المتغير	
Upper	Lower							النوع	ذكر
0.732	0.353	0.508	0	1	13.25	0.186	-0.677	النوع	ذكر
		0.098	0	1	441.2	0.11	-2.32	المقدار الثابت	

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary

-2 Log likelihood	984.2
Cox & Snell R Square	0.007
Nagelkerke R Square	0.018

Hosmer and Lemeshow Test

Chi-square	0
df	0
Sig.	.

يتبين من هذا الجدول أن المتغيرات التي لها تأثير على شكوى المسن من القولون، هي: النوع فقط. كما تشير قيمة **Odds Ratio (Exp(β))** أن الذكور يشكون من القولون بمقدار 0.51 مثل من الإناث (الإناث 1.96 مثل الذكور).

ح- العلاقة بين "شكوى المسن من الروماتزم" وبين "المتغيرات الحاكمة".

جدول رقم (26)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين: شكوى المسن من الروماتزم وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds Ratio (Exp(β)).

95.0% C.I. for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	المتغير	
Upper	Lower								
2.333	1.098	1.6	0.015	1	5.975	0.192	0.47	حضر	الإقليم
0.321	0.131	0.205	0	1	47.77	0.229	-1.584	ذكر	النوع
1.077	1.027	1.052	0	1	17.45	0.012	0.051		العمر
1.043	1.007	1.025	0.005	1	7.792	0.009	0.025		مؤشر الأسرة المعيشية
		0.001	0	1	49.69	0.982	-6.922		المقدار الثابت

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary

-2 Log likelihood	880.1
Cox & Snell R Square	0.042
Nagelkerke R Square	0.110

Hosmer and Lemeshow Test

Chi-square	9.89
df	8
Sig.	0.273

يتبين من هذا الجدول أن المتغيرات التي لها تأثير على شكوى المسن من الروماتيزم، هي: الإقليم، النوع، العمر، مؤشر الأسرة المعيشية. كما تشير قيمة **Odds Ratio (Exp(β))** أن سكان الحضر أكثر شكوى من الروماتيزم بمقدار 1.60 مثل من الريف، الذكور أكثر يشكون 0.20 مثل مقارنة بالإناث (أي شكوى الإناث أكبر 4.90 مثل مقارنة بالذكور)، يؤثر زيادة العمر إيجاباً في الشكوى من الروماتيزم.

ط- العلاقة بين "شكوى المسن من الكبد" وبين "المتغيرات الحاكمة".

جدول رقم (27)

ملخص نتائج الانحدار اللوجستي (طريقة Forward Stepwise - Conditional) للعلاقة بين: شكوى المسن من الكبد وبين المتغيرات الحاكمة، بدرجة ثقة 95% لنسبة الأفضلية Odds Ratio (Exp(β)).

95.0% C.I. for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	المتغير
Upper	Lower							
0.995	0.938	0.966	0.023	1	5.182	0.015	-0.034	العمر
0.995	0.185	0.429	0.049	1	3.883	0.43	-0.847	الحالة العملية يعمل
1.001	1	1.001	0.001	1	10.26	0	0.001	قيمة الدخل
		0.541	0.557	1	0.345	1.046	-0.614	المقدار الثابت

المصدر: تم الإعداد بمعرفة الباحثين من خلال بيانات المسح.

Model Summary

-2 Log likelihood	833.2
Cox & Snell R Square	0.009
Nagelkerke R Square	0.026

Hosmer and Lemeshow Test

Chi-square	2.261
df	8
Sig.	0.972

يتبين من هذا الجدول أن المتغيرات التي لها تأثير على شكوى المسن من الكبد، هي: العمر، الحالة العملية، قيمة الدخل. كما تشير قيمة **Odds Ratio (Exp(β))** أن يشتكي من يعمل من الكبد بمقدار 0.43 مثل من لا يعمل (أي من لا يعمل يشتكي 2.32 مثل من لا يعمل).

III- الخلاصة والتوصيات

3-1- الخلاصة

- يتحدد الوضع الصحي للمسن (وهن الشيخوخة) بثلاثة عوامل أساسية Major Factors، حسب أولوية التأثير، وليس بالضرورة حسب الأهمية، هي: العامل الاقتصادي، العامل الاجتماعي، العامل الصحي.
- 85.3% من المسنين بمصر يشكون من مرض: نسبة من يشتكي من الإناث (90.4%) أكبر منها للذكور (80.2%).
- 44.8% من المسنين يشكون من العظام، 35.8% من الضغط، 21.9% من ضعف النظر، 21.6% من السكر، 16.3% من القلب، 8.1% من القولون، 7.7% من الروماتيزم، 6.5% من الكبد. ويلاحظ أن نسبة الشكوى في الإناث تزيد عن الذكور للأمراض المذكورة عدا القلب والكبد.
- العلاقات الوصفية بين الشكوى من الأمراض مجتمعة وبين المتغيرات الحاكمة كل على حدة.
 - هناك علاقة دالة إحصائياً بين نوعي الإقليم (حضر/ريف) وبين: الشكوى من الضغط والسكر والقلب لكلا النوعين، وضعف النظر والروماتيزم للإناث.
 - هناك علاقة دالة إحصائياً بين عمر المسن وبين: الشكوى من ضعف النظر والروماتيزم لكلا النوعين، العظام للذكور، الضغط والسكر للإناث.
 - هناك علاقة دالة إحصائياً بين المؤهل الدراسي وبين: الشكوى عموماً لكلا النوعين، العظام للذكور، السكر والقولون للإناث.

- هناك علاقة دالة إحصائياً بين معرفة القراءة والكتابة وبين: الشكوى من الضغط والقلب لكلا النوعين، ضعف النظر للذكور، السكر للإناث.
- لا يوجد علاقة دالة إحصائياً بين الحالة الزوجية وبين الشكوى من أمراض، لا للذكور ولا للإناث.
- هناك علاقة دالة إحصائياً بين الحالة العملية وبين: الشكوى من الضغط لكلا النوعين، الشكوى عموماً وضعف النظر والقلب للذكور.
- هناك علاقة دالة إحصائياً بين توفر دخل وبين: الشكوى من الضغط والسكر لكلا النوعين، العظام وضعف النظر والقلب للذكور، الكبد للإناث.
- هناك علاقة دالة إحصائياً بين قيمة الدخل وبين: الشكوى من الضغط والسكر والقلب لكلا النوعين، العظام وضعف النظر للذكور، الكبد للإناث.
- هناك علاقة دالة إحصائياً بين مدى كفاية الدخل وبين الشكوى عموماً و العظام وضعف النظر للذكور فقط.
- هناك علاقة دالة إحصائياً بين نوع الأسرة وبين الشكوى ضعف النظر والسكر والكبد للإناث فقط.
- هناك علاقة دالة إحصائياً بين المعاناة من مشكلة عموماً وبين كل أنواع الشكوى، وللنوعين معاً، عدا القولون والروماتيزم.
- هناك علاقة دالة إحصائياً بين معاناة المسن من مشكلة صحية وبين كل أنواع الشكوى، وللنوعين معاً، عدا القولون فقط.
- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين معاناة المسن من مشكلة اجتماعية وبين كل أنواع الشكوى إلا الكبد للذكور والضغط للإناث.
- هناك علاقة دالة إحصائياً بين معاناة المسن من مشكلة مادية وبين: الشكوى من ضعف النظر والروماتيزم لكلا النوعين، الشكوى عموماً و العظام للذكور فقط.
- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين معاناة المسن من مشكلة نفسية وبين أي نوع من أنواع الشكوى ولكلا النوعين.

- هناك علاقة دالة إحصائياً بين مستويات مؤشر الأسر المعيشية وبين: الشكوى من العظام والضغط وضعف النظر والسكر لكلا النوعين، الشكوى عموماً والقلب للذكور، والروماتيزم والكبد للإناث.

● **العلاقات السببية بين المرض كمتغير تابع وبين المتغيرات الحاكمة كمتغيرات مستقلة.**

- **الشكوى من مرض عموماً**، مسني الحضر أكثر شكوى بمقدار 1.34 مثل من مسني الريف، شكوى الذكور 0.45 مثل مقارنة بالإناث (أي الإناث تشتكي 2.2 مثل مقارنة بالذكور)، من يعمل يشتكي 0.34 مثل مقارنة بمن يعمل، من لديه مشكلات اجتماعية يشكون 2.36 مثل مقارنة بمن ليس لديه.
- **الشكوى من آلام العظام**، الذكور يشكون من الضغط بمقدار 0.51 مثل من للإناث (أي شكوى الإناث 1.9 مثل الذكور)، يؤثر طول العمر سلباً على آلام العظام.
- **الشكوى من الضغط**، الذكور يشكون من الضغط بمقدار 0.23 مثل من الإناث، من لا يقرأ ولا يكتب يشتكي 0.70 مثل مقارنة بمن يقرأ ويكتب أو من يقرأ فقط، من لا يكفي دخله يشتكي 1.8 مثل مقارنة بغيره ممن يكفي أو يكفي بالكاد.
- **الشكوى من ضعف النظر**، يؤثر العمر على ضعف النظر بمقدار 0.59 مثل لكل 10 سنوات.
- **الشكوى من السكر**، يشتكي مسني الحضر من السكر بمقدار 1.66 مثل من مسني الريف، ويشتكي الذكور 0.73 مثل مقارنة بالإناث.
- **الشكوى من القلب**، سكان الحضر أكثر شكوى من القلب بمقدار 1.75 مثل من الريف، من يقرأ فقط يشتكي 2.32 مثل مقارنة بغيره ومن لا يقرأ ولا يكتب يشتكي 0.68 فقط مقارنة بغيره، من يعمل يشتكي 0.34 مثل مقارنة بمن لا يعمل، من لا يكفي دخله يشتكي 1.37 مثل مقارنة بغيره.

- الشكوى من القولون، الذكور يشكون من القولون بمقدار 0.51 مثل من الإناث.
- الشكوى من الروماتيزم، سكان الحضر أكثر شكوى من الروماتيزم بمقدار 1.60 مثل من الريف، الذكور أكثر يشكون 0.20 مثل مقارنة بالإناث (أي شكوى الإناث أكبر 4.90 مثل مقارنة بالذكور)، يؤثر زيادة العمر إيجاباً في الشكوى من الروماتيزم.
- الشكوى من الكبد، يشكي من يعمل من الكبد بمقدار 0.43 مثل من لا يعمل (أي من لا يعمل يشكي 2.32 مثل من لا يعمل).

3-2- التوصيات

- الاهتمام أكبر من قبل الباحثين والكتاب الاقتصاديين والاجتماعيين والصحيين بتأصيل محددات وهن الشيخوخة نظرياً وقياسها كميًا.
- الاهتمام بمسكن المسنين الإناث اجتماعياً وحل مشكلة الوحدة التي يعيشون فيها، لاسيما أنه يعيش 31.1% من المسنات (أي الثلث) بمفردهن، والذي ينعكس بالطبع على حالها النفسية والصحية، في مقابل 4.3% فقط من الذكور يعيشون بمفردهم.
- الاهتمام بالمسنين عموماً مع تقدم العمر فيما يخص ضعف النظر والروماتيزم، وعظام الذكور، والضغط والسكر الإناث.
- الاهتمام وبحث الحالة النفسية للمسنين عموماً لاسيما وأن النتائج قد أسفرت عن انخفاض معاناتهم من مشكلات نفسية، والذي يُعتقد العكس، أي أنهم بالفعل لديهم مشكلات نفسية ولكن غطتها المشكلات الصحية والاقتصادية والاجتماعية التي يعانون منها.
- الاهتمام بمسني الحضر حيث ثبت أنهم أكثر شكوى من السكر والقلب والروماتيزم.
- الاهتمام بالإناث حيث أنهم أكثر شكوى من الضغط والسكر والقولون.
- الاهتمام بتشغيل المسنين حيث وُجد أن من لا يعملون أكثر شكوى من القلب والكبد.

- الاهتمام بالشكوى من آلام عظام المسنين ونظرهم والسكر والكبد كلما تقدم بهم العمر.
- الاهتمام بدخل المسن حيث وجد أنه يؤثر على الضغط والقلب والكبد.

قائمة المراجع

مراجع باللغة العربية

- الأمم المتحدة (1956): **تعمر السكان ونتائجه الاقتصادية والاجتماعية**. قسم الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، فرع السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة، دراسات سكانية رقم 260. ترجمة إلى العربية صلاح الدين الشريف، راجعه راشد البراوي وعبد المنعم الشافعي، المركز الديموجرافي لشمال إفريقيا بالقاهرة، القاهرة، 1967م.
- السعيد، عيسى حسن (2010): **الأوضاع الديموجرافية والصحية للمسنين في مصر**. رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، 2010.
- عاشور، سمير كامل وسالم، سامية أبو الفتوح (2003): **التحليل الإحصائي باستخدام SPSSWIN**. الجزء الأول: المدخل والأساسيات، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، القاهرة، 2003.
- عاشور، سمير كامل وسالم، سامية أبو الفتوح (2005): **التحليل الإحصائي باستخدام SPSSWIN**. الجزء الثاني: الإحصاء التطبيقي المتقدم، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، القاهرة، 2005.
- نوار، ليلي وعبد الغني، عبد الغني محمد (2006): **الأوضاع الصحية والاجتماعية والاقتصادية للمسنين في مصر**. مسح بالعينة، المركز الديموجرافي بالقاهرة، القاهرة 2006.

مراجع باللغة الإنجليزية

- Ajai S. Gaur and Sanjaya S. Gaur (2009): Statistical Methods for Practice and Research, A guide to data analysis using SPSS. Response, Business Books from SAGE, 2009.
- Coakes, Sheridan J. and Steed, Lyndal G. (2003): SPSS Analysis without Anguish, Version 11.0 for Windows, John Willey and sons Ltd., Australia, 2003.
- Michael H. Kutner, Christopher J. Nachtshein, John Neter and William Li (2005): Applied Linear Statistical Models. The McGraw-Hill/ Irwin Series.
- Samprit Chatterjee and Ali S. Hadi (2006): Regression Analysis by Examble, 4th ed. a Wiley Interscience, a John Wiley and Sons, Inc., Publication (2007).
- SPSS Inc (2007): SPSS Statistics Base 17.0 User Guide (2007).
- United Nations (2010): The Sex and Age distribution of the world population, The 1996 Revision, U. N., New York, 2006.

الرضا عن الحياة وصحة الأم والطفل (دراسة مقارنة بين الريف والحضر بمحافظة القليوبية في مصر)

أمانى فاروق عبد اللطيف¹

I- مقدمة

تعتبر الصحة من المكونات الهامة للشعور بالهناء وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسعادة والرضا عن الحياة. وقد تناولت بحوث كثيرة العلاقة بين الصحة والسعادة وتوصلت هذه الدراسات إلى وجود معامل ارتباط بين الاثنين (فيسل يونس، 1997). ولقد أثبتت التجارب الناجحة للتنمية في الدول المتقدمة أن الارتقاء بالخدمات الصحية التي تقدم للسكان يساهم بشكل فعال في زيادة معدلات النمو، والقول بأن هدف التنمية هو الإنسان باعتباره محور عملية التنمية، يعنى أن دخله والمنافع التي يحصل عليها من وراء إنفاقه لهذا الدخل ليست سوى واحدة من الخيارات التي يستحقها مثل التعليم الجيد، الصحة البدنية والنفسية. وإذا كانت التنمية البشرية تسعى إلى تحسين نوعية الحياة من خلال تنمية القدرات البشرية وكيفية استخدام هذه القدرات فإن كلا المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية يتفاعلان معاً ولا يمكن الفصل بينهما (معهد التخطيط، 2002).

وفى ظل تنامي الاهتمام العربي والدولي بحقوق الطفل، أصبح من الأهمية بمكان أن تكتسب قضايا الطفولة في مصر حقها من الرعاية والاهتمام ولا سيما وأن التركيبة السكانية تميل لصالح الفتية، حيث يشكل الأطفال دون سن الخامسة عشر أكثر من نصف تعداد السكان، وقد زاد عددهم نحو 32 مليون في عام 2001، و40 مليون عام 2006. وتعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل نمو الفرد وتكوين شخصيته المستقلة وأكثرها تأثيراً في الإسهام في بنا الأسرة والمجتمع بشكل عام، وبسبب أهمية هذا الموضوع فإننا نجد أن

¹ باحثة بمعهد البحوث والدراسات البيئية، جامعة عين شمس، مصر.

كلا من الشريعة والقانون قد أوليا الطفل عناية خاصة. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، تعداد 2006).

وفى عام 2006 وحسب آخر الإحصائيات، توفى ما يقرب 9.7 مليون طفل قبل بلوغهم سن الخامسة لذلك أطلقت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) حملة "ثورة بقاء الأطفال ونمائهم" لتحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع والذي يهدف إلى تخفيض المعدل العالمي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة الثلثين بين الأعوام 1990 و2015. ونظرا لان عدد وفيات الأطفال فى عام 1990 بلغ 13 مليوناً، فإن تحقيق هدف الألفية الانمائى الرابع يعنى أن عدد وفيات الأطفال خلال السنوات السبع التالية يجب أن ينخفض إلى النصف أي أقل من 13000 وفاة يوميا وأقل من 5 ملايين وفاة سنوياً. ويجب ألا نستهن بضخامة هذا التحدي، فالعالم مكلف بتخفيض عدد وفيات الأطفال بين الأعوام 2008 و2015 بمعدل أسرع كثيراً مما حقق منذ عام 1990 (اليونسيف، 2008).

ولتخفيض وفيات الأطفال، لابد من تحسين صحة النساء الحوامل وحديثي الولادة، حيث تموت أكثر من نصف مليون امرأة سنوياً نتيجة أسباب متعلقة بالحمل، وإذا تحسنت صحة الأمهات ستتحسن احتمالات بقاء الأطفال على قيد الحياة. وتبين الأدلة أن احتمال موت الطفل الذي لا أم له قبل بلوغ السنتين اكبر من منه لدى الأطفال الذين تبقى أمهاتهم على قيد الحياة. فتحسين صحة النساء الحوامل وتوفير خدمات الصحة الإنجابية الجيدة ضروريان لمعالجة العديد من الأسباب الأساسية لوفيات الأطفال، حيث ضعف التغذية لدى النساء قد يؤدي إلى الولادة قبل الأوان، وإلى انخفاض وزن المواليد عند الولادة، ومن خلال زيارة مقدمي الرعاية الصحية المدربين أو تلقي زيارتهم خلال فترة الحمل، من الممكن تجنب الولادات المبكرة وكزاز المواليد الجدد الذي يؤدي دائماً إلى الوفاة، كما أن حضور قابلة ماهرة عند الولادة مدعومة بالرعاية الطارئة للولادة يقلل من مخاطر موت المرأة أثناء الولادة ويساعد على منع الالتهابات والمضاعفات. وبالإضافة إلى هذا تلعب رعاية الأمهات بعد الولادة دوراً مهماً فى تشجيع الأمهات الجدد على الرضاعة الطبيعية

وفى إنعاش حديثي الولادة إذا لزم الأمر، وتجنب انخفاض درجة حرارة الجسم والإصابة بذات الرئة (اليونيسيف، 2008).

II- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى

- دراسة العلاقة بين رضا الأم عن حياتها كأحد المؤشرات الاجتماعية لنوعية الحياة وبين صحتها وصحة طفلها في منطقتين أحدهما ريفية والأخرى حضرية.
- تحليل العلاقات المتبادلة بين العوامل الاجتماعية والديموغرافية والسلوك الصحي المتبع من قبل الأمهات وتأثيره على صحة الطفل.
- التعرف على محددات صحة الأم والطفل.

III- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة

يعد تحديد المفاهيم من أهم الخطوات المنهجية المتبعة في تصميم البحوث وعليه فإن الضرورة المنهجية تقتضى أن نحدد المفاهيم الآتية:

1-3 الرضا عن الحياة

عرف الديب (1994) الرضا عن الحياة بأنه تقبل الفرد لذاته ولأسلوب الحياة التي يحيها في المجال الحيوى المحيط به، ويبدو أن الرضا يظهر في القيام بمرضاة الله وتوافق الشخص مع ذاته، وأسرته، وسعادته في العمل، وتقبله لأصدقائه وزملائه كما يتضمن تقبل الانجازات الماضية والتفاؤل بالمستقبل، والسيطرة على البيئة، والقدرة على تحقيق الأهداف.

ويرى شين وجنسون (shin & Cohnson,1979) ودينر (Diener,1984) أن الرضا عن الحياة هو تقدير عام لنوعية حياة الشخص حسب المعايير التي انتقاها لنفسه . وتشير دراسة مورال وميكس (Meeks & Murrel,2001) إلى أن الأفراد المتعلمين

يتمتعون بدرجات أعلى من الرضا عن الحياة ، وان زيادة المستوى التعليمي تؤثر ايجابياً على الصحة النفسية والجسمية للأفراد من ناحية، ويكونون أكثر قدرة على التكيف وتجاوز الأحداث السلبية في حياتهم من ناحية أخرى.

2-3 الصحة

عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة على أنها "هي حالة من التكامل البدني والنفسي والعقلي والاجتماعي والروحي وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز.

3-3 الطفل

تعتبر اتفاقية حقوق الطفل عام 1989 ، هي الوثيقة الدولية الأولى التي حددت مفهوم عام وشامل للطفل وللفترة التي يحتاج خلالها للحماية والرعاية . إلا إنه لم يتم التوصل لذلك المفهوم إلا بعد مناقشات مستفيضة من قبل مجموعة العمل التي كلفت بإعداد مشروع الاتفاقية. وذلك نظرا للاختلاف الواضح بين التشريعات الداخلية للدول في تحديدها لبداية ونهاية مرحلة الطفولة " ، ونتيجة لذلك تم وضع صياغة نهائية لهذه الاتفاقية وتوصلوا إلى تعريف الطفل على انه " كل انسان لم يتجاوز الثامنة عشرة ، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه " (ماهر جميل ، 2005).

IV- مصادر البيانات

تعتمد هذه الدراسة على دراسة ميدانية لعينة مكونة من 200 سيدة لديها طفل عمره أقل من خمس سنوات، بواقع 100 سيدة من قرية أبو الغيط التابعة لمركز القناطر الخيرية، 100 سيدة من حي غرب شبرا الخيمة التابعة لمدينة شبرا الخيمة في محافظة القليوبية.

وتم اختيار قرية أبو الغيط لأنها حققت أعلى إجمالي مواليد وأعلى معدل لوفيات الأطفال الرضع والأقل من خمس سنوات إذا قورنت بباقي قرى محافظة القليوبية ، وتم اختيار حى مدينة غرب شبرا الخيمة كمنطقة حضرية لأنها حققت أيضا أعلى إجمالي مواليد، وأعلى معدل لوفيات الأطفال الرضع والأقل من خمس سنوات إذا قورنت بباقي المناطق الحضرية بمحافظة القليوبية. وتعتبر مدينة شبرا الخيمة من أكبر وأقدم المدن الصناعية بالقاهرة وتحتل المركز الأول بين المدن في نسبة التلوث البيئي، نتيجة لوجود العديد من الصناعات مثل: الكابلات - البلاستيك - الغزل والنسيج والملابس الجاهزة وسبك المعادن، ويترتب على العوادم الناجمة من تلك المصانع انتشار العديد من الأمراض بين أهالى المنطقة كأمراض الربو والكنسر وأمراض القلب، بالإضافة إلى أمراض الجهاز التنفسي عند الأطفال وقلة الذكاء بسبب تعرضهم إلى مادة الرصاص المنبعثة من مسابك الرصاص المنتشرة في المدينة.

V- الرضا عن الحياة وصحة الأم

أن رضا المرأة عن حياتها يمكنها من التغلب علي الضغوط التي تتعرض لها وتتجاوز الأزمات والمشكلات، كما يقوي إرادتها، وينمي مهارات التعامل مع المشكلات ومواجهتها، وليس الاستسلام لها أو الهروب منها، ويمكن تحقيق الرضا من خلال: الحفاظ علي الصحة والقيام بالأنشطة الخيرية والتفؤل، وممارسة العمل النافع والعلاقات الاجتماعية الناجحة وقوة الإيمان والتدين كما أن العمل له تأثير إيجابي علي صحة المرأة النفسية والجسمية، بالإضافة إلي كونه مصدرا للرزق، كما أن العلاقات الاجتماعية الناجحة تعتبر بمثابة دفعة قوية للشعور بالرضا عن الحياة لأن وجود الأصدقاء، والعلاقات الناجحة تتيح للمرأة فرصة للتنفيس الانفعالي عما تعانیه من ضغوط الحياة، ويوفر لها المساندة الاجتماعية وقت الأزمات مما يشعرها بالراحة النفسية، كذلك فإن التمتع بصحة جيدة من أهم عناصر الرضا عن الحياة، فهو يرتبط ارتباطا وثيقا بالسعادة.

1-5 أسباب رضا الأم عن حياتها

يوضح جدول (1) التوزيع النسبي للمبحوثات حسب الرضا عن الحياة وأسباب الرضا وأسباب عدم الرضا عن الحياة وحسب محل الإقامة. تشير نتائج الجدول إلى أن أغلبية المبحوثات سواء الحضريات أو الريفيات ذكرن أنهن راضيات عن حياتهن. وبسؤال المبحوثات عن أسباب رضائهن عن حياتهن فكان أول الأسباب هو حسن معاملة الزوج، (80.9%، 91.5%) لكل من المبحوثات الحضريات والريفيات على التوالي، فالمعاملة الجيدة من الزوج لزوجته تشعر الزوجة بالسعادة والرضا عن حياتها وتحسن نوعية حياتهم حتى ولو كان دخل الأسرة منخفض. أما عن باقي أسباب الرضا عن الحياة فإن حسن معاملة الأولاد يأتي في المرتبة الثانية يلي ذلك عدم وجود مشاكل مع أهل الزوج ثم السكن في شقة جيدة وأخيراً ارتفاع مستوى الدخل.

أما عن أسباب عدم رضا المبحوثات عن حياتهم فتشير بيانات الجدول (1) إلى أن 66.7% من المبحوثات الريفيات الغير راضيات عن حياتهن كان بسبب سوء معاملة الزوج، يقابله 16.7% بالنسبة للمبحوثات الحضريات، ومما لا شك فيه أن سوء معاملة الزوج يشعر المرأة بعدم السعادة والرضا عن حياتهم ويسبب لها العديد من الضغوط النفسية والى تنعكس على صحتها وصحة أطفالها. بينما ذكرت 33.3% من المبحوثات الحضريات والريفيات أن سبب عدم رضائهن عن الحياة هو انخفاض الدخل وهو مؤشر هام من مؤشرات نوعية الحياة فانخفاض الدخل يجعل الأسرة غير سعيدة وغير راضية عن حياتها ولا يستطيعون توفير الحياة المناسبة لأطفالهم سواء في التعليم أو الصحة على وجه الخصوص. وذكرت 50% من الغير راضيات عن حياتهن ويعشن في الحضر أن السبب في عدم رضائهن هو السكن في شقة سيئة، ولعل جودة المسكن من الأمور الهامة التي تؤثر في صحة الطفل فضيق المساحة وزيادة معدل الازدحام في الحجرة الواحدة وسوء التهوية من العوامل التي تصيب الأطفال بالعديد من الأمراض كأمراض الحساسية والصدر.

جدول (1)

التوزيع النسبي للمبحوثات حسب الرضا عن الحياة وأسباب الرضا
وأسباب عدم الرضا عن الحياة وحسب محل الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		غرب شبرا الخيمة		الرضا عن الحياة وأسباب الرضا وعدم الرضا
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
الرضا عن الحياة						
94	188	94	94	94	94	راضية
6	12	6	6	6	6	غير راضية
100	200	100	100	100	100	جملة
أسباب الرضا عن الحياة						
86.2	162	91.5	86	80.9	76	حسن معاملة الزوج
47.3	89	47.9	45	46.8	44	حسن معاملة الأولاد
28.3	53	20.2	19	36.2	34	لا توجد مشاكل مع أهل الزوج
10.1	19	3.2	3	17	16	ناجحة في عملي
18.1	34	14.9	14	21.3	20	ارتفاع مستوى الدخل
31.4	59	28.7	27	34	32	السكن في شقة جيدة
1.1	2	-	-	2.1	2	أخرى
100	188	100	94	100	94	جملة
أسباب عدم الرضا						
41.7	5	66.7	4	16.7	1	سوء معاملة الزوج
16.7	2	-	-	33.3	2	انخفاض مستوى التعليم
33.3	4	33.3	2	33.3	2	انخفاض مستوى الدخل
33.3	4	16.7	1	50	3	مشاكل مع أهل الزوج
25	3	-	-	50	4	السكن في شقة سيئة
16.7	1	-	-	16.7	1	أخرى
100	12	100	6	100	6	إجمالي (العدد)

5-2 الرعاية الصحية أثناء الحمل

أن توفير خدمات رعاية الحامل بصورة متكاملة يمكن أن يخفض معدل خطر التعرض لوفيات الأمومة، ويخفض معدل خطر التعرض لوفيات الأطفال، ويخفض معدل

المواليد ناقصي الوزن. ويعتبر الفحص الطبي المبكر والمنظم على يد مقدم خدمة طبي مدرب على جانب كبير من الأهمية في مراقبة الحالة الصحية للسيدات خلال الحمل. ويعتبر المولود حاصلًا على رعاية حمل منتظمة إذا ذكرت الأم أنها قامت بأربع زيارات على الأقل لمتابعة الحمل، أي أنها قامت بزيارة مقدم خدمة طبي مدرب لرعاية الحمل (فاطمة الزناتي وآن واى، 2008).

يوضح جدول (2) التوزيع النسبي للمبحوثات حسب الكشف أثناء الحمل ومكان الكشف والمتابعة أثناء الحمل وعدد مرات الكشف ورضاء الأم عن حياتها وحسب الإقامة. وتشير نتائج الجدول أن أغلبية المبحوثات قامت بإجراء الكشف أثناء حملهن للطفل الأخير (96%)، وبسؤال المبحوثات عن المكان اللاتي كشفن فيه أثناء الحمل فأجابت (75.5%) منهن أن الكشف تم عند طبيب خاص، بالمقارنة بـ (24.5%) ممن تلقين الرعاية أثناء الحمل عند مستشفى حكومي أو وحدة صحية.

وتشير بيانات الجدول أيضا إلى أن (86.7%) من إجمالي المبحوثات الحضريات حصلن على رعاية حمل في طفلهن الأخير في الثلاث أشهر الأولى من الحمل، يقابله (69.1%) من مثيلتهن من المبحوثات الريفيات، بينما بلغت نسبة المبحوثات الحضريات اللاتي حصلن على رعاية حمل بعد أكثر من ثلاث شهور من الحمل، (13.3%)، مقابل (30.9) من المبحوثات الريفيات. ويرجع ذلك أن الأمهات الحضريات أكثر وعيا بأهمية إجراء فحوصات خلال أشهر الحمل الأولى للاطمئنان على حملهن وقد يرجع إلى سبب آخر وهو قلة دخل الأسرة، وبسؤال المبحوثات وجدت الباحثة أن جميع المبحوثات الحضريات أو الريفيات تتابعن حملهن في المستشفيات الحكومية أو الوحدات الصحية وذلك لقلّة التكلفة وخاصة إذا كان ترتيب المولود الأخير الثالث أو أكثر.

أما بالنسبة للمبحوثات اللاتي حصلن على رعاية حمل منتظمة (أي قمن بأربع زيارات أو أكثر لمقدم خدمة)، فبلغت نسبتهن (93.9%، 80.9%) في الحضر والريف على التوالي. بينما بلغت نسبة إجمالي المبحوثات اللاتي حصلن على أقل من أربع

زيارات خلال مدة حملهم (12.5%)، وبسؤال المبحوثات اللاتي لم تقمن بإجراء متابعة أثناء الحمل أو اقل من أربع متابعات ذكرن بأنهن لم تشعر بتعب أثناء الحمل أو لارتفاع تكاليف المتابعة عند دكتور خاص.

وبالنسبة لعلاقة رضى الأم عن حياتها ومدى اهتمامها بإجراء الكشف أثناء الحمل، تشير النتائج أن 94.8% من إجمالي المبحوثات اللاتي كشفن أثناء الحمل راضيات عن حياتهن، يقابله 5.2% كشفن أثناء الحمل ولكنهن غير راضيات عن حياتهن. وهذا يعكس مدى تأثير رضاء الأم عن حياتها على صحتها وصحة طفلها منذ بداية الحمل.

جدول (2)

التوزيع النسبي للمبحوثات حسب الكشف أثناء الحمل على الطفل الأخير، مكان الكشف، المتابعة أثناء الحمل وعدد مرات الكشف والرضا عن الحياة وحسب الإقامة.

جملة	قرية أبو الغيط		حي غرب شبرا الخيمة			
	عدد	%	عدد	%		
					مكان الكشف	
	145	75.5	72	74.5	73	عند طبيب خاص
	47	24.5	22	25.5	25	مستشفى/ وحدة صحية
						المتابعة أثناء الحمل
	150	78.1	65	86.7	85	في الثلاث أشهر الأولى
	42	21.9	29	13.3	13	بعد أكثر من ثلاث شهور
						عدد مرات الكشف
	24	12.5	18	6.1	6	3-1
	168	87.5	76	93.9	92	4 فأكثر
						الرضا عن الحياة
	182	94.8	89	94.7	93	راضية
	10	5.2	5	5.3	5	غير راضية
	192	96	94	94	98	الإجمالي

5-2 التطعيم ضد التيتانوس

من ضمن الرعاية الصحية التي يجب أن تهتم بها الأم خلال فترة الحمل ، التطعيم ضد مرض التيتانوس، وهو تطعيم تحقن به الأم الحامل وذلك لمنع حدوث وفيات الأطفال بمرض التيتانوس الوليدي. وينتج مرض التيتانوس الوليدي من عدم إجراء التعقيم اللازم عند قطع الحبل السرى بعد الولادة. فالرضيع يكون محمى تماماً من الإصابة بالتيتانوس الوليدي إذا تحققت أى من المعايير الآتية: حصلت الأم على حقنتين ضد التيتانوس خلال الحمل، حصلت الأم على حقنة تيتانوس خلال الحمل مع حقنة إضافية خلال العشر سنوات السابقة على الحمل، أو لم تحصل الأم على حقنة تيتانوس خلال الحمل ولكن حصلت على خمس حقن على الأقل قبل الحمل (فاطمة الزناتي وآن واي، 2008).

يوضح جدول (3) التوزيع العددي والنسبي للمبحوثات حسب التطعيم ضد التيتانوس ومكان التطعيم ورضائهن عن الحياة وحسب الإقامة، تشير نتائج الجدول إلى أن أغلبية المبحوثات (80%) حصلن على جرعات التطعيم ضد التيتانوس، بينما 20% ذكرن أنهم لم يحصلن على جرعات التطعيم ضد التيتانوس. وبالنسبة للمكان الذى حصلت فيه المبحوثات على جرعات التطعيم التيتانوس، فإن (94.1%، 91.4%) من إجمالي المبحوثات اللاتي حصلن على التطعيم فى كل من الحضر والريف على التوالي قد أخذن التطعيم فى مستشفى حكومي أو وحدة صحية، وهذا يعكس دور الدولة ووزارة الصحة فى توفير التطعيمات اللازمة للحفاظ على صحة الأمهات وتخفيض نسبة وفيات الأطفال بالتيتانوس الوليدي. بينما 6.9% من إجمالي المبحوثات اللاتي تطعن ضد التيتانوس ذكرن أنهم حصلن على تطعيم التيتانوس عند طبيب خاص. أما بالنسبة لرضاء المبحوثات عن حياتهن ومدى اهتمامهن بالتطعيم ضد التيتانوس، فتشير نتائج الجدول أن 95.6% من إجمالي المبحوثات اللاتي تطعن ضد التيتانوس راضيات عن حياتهن مقابل 4.4% تطعن ولكنهن غير راضيات عن حياتهن. وهذا يعكس مدى تأثير رضاء الأم عن حياتها باهتمامها بصحة الجنين أثناء الحمل حتى لا يتعرض لمرض التيتانوس الوليدي الذي يؤدي إلى وفاة العديد من الأطفال حديثي الولادة.

جدول (3)

التوزيع العددي والنسبي للمبحوثات حسب التطعيم ضد التيتانوس ومكان التطعيم ورضائهن عن الحياة وحسب الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		حي غرب شبرا الخيمة		التطعيم ضد التيتانوس ومصدر المعرفة ومكان التطعيم وأسباب عدم التطعيم
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
مكان التطعيم						
عند طبيب خاص						
6.9	11	8.6	7	5.1	4	
93.1	149	91.4	74	94.9	75	مستشفى حكومة/ وحدة صحية
100	160	100	81	100	79	جملة
الرضا عن الحياة						
راضية						
95.6	153	96.3	78	94.9	75	
4.4	7	3.7	3	5.1	4	غير راضية
100	160	100	81	100	79	الإجمالي

3-5 الرعاية أثناء الولادة

تقلل العادات الصحية والمساعدة الطبية السليمة أثناء الولادة من مخاطر المضاعفات والعدوى لكل من الأم والطفل. ويعتبر مكان الولادة والمساعدات التي تتم أثناء الولادة بواسطة مقدم خدمة طبي، من ضمن العوامل التي تؤثر على صحة الأمهات وأطفالهن وتقلل من نسبة حدوث وفيات للأمهات أو للمواليد أثناء الولادة. وفيما يلي عرض لتأثير كل من مكان الولادة والشخص القائم بالولادة وتأثيرها على صحة الأمهات وأطفالهن (فاطمة الزناتى وآن واى، 2008).

• مكان الولادة

يوضح جدول (4) التوزيع النسبي للمبحوثات حسب مكان ولادة الطفل الأخير وحسب بعض الخصائص الخلفية للأم ورضائهن عن الحياة وحسب محل الإقامة. تشير

بيانات الجدول إلى أن ترتيب المولود له علاقة باختيار مكان الولادة فالسيدات اللاتي لديهن طفل واحد تلجأن إلى مكان يقدم خدمة صحية لها أثناء الولادة سواء في مستشفى حكومي أو مستشفى خاص، ويقل اللجوء إلى الولادة في المنزل، بينما المواليد ذات الترتيب الثاني والثالث، فإن احتمال حدوث الولادة داخل المنزل كبير فقد بلغ (88.9%)، (62.5%) في كلا من الحضر والريف على التوالي.

أما بالنسبة لتأثير تعليم الأم على اختيارها لمكان الولادة فتشير بيانات الجدول إلى أن المبحوثات الأميات سواء الحضريات أو الريفيات تلجأن إلى إتمام الولادة داخل المنزل (33.3%، 58.3%) على التوالي، بينما من حصلن على مستوى تعليمي ثانوي فأكثر فما زال (22.2%، 12.5%) على التوالي تلدن في المنزل. وتشير بيانات الجدول أيضا إلى أن بالنسبة للمبحوثات الحضريات فكلما زاد مستواهن التعليمي كلما كن أكثر وعيا وأتموا الولادة في مستشفى خاص، فزادت من 4.4% بالنسبة للمبحوثات الأميات إلى أن بلغت 71.1% للمبحوثات الحاصلات على ثانوي فأكثر. ويرجع السبب في ذلك أن قرية أبو الغيط محل الدراسة تتكون من 18 عزبة، ولا يوجد غير وحدة صحية ولكنها غير مجهزة بحجرة عمليات لإجراء الولادة إلى سيدات القرية وبسؤال المبحوثات عن مكان الولادة وعن الشخص القائم بالولادة ذكرن أنهن يلدن إما في المنزل أو عند طبيب خاص أو في احد المستشفيات الحكومية في مدينة قليب، أما بالنسبة لحي غرب شبرا الخيمة فيوجد به العديد من المستشفيات الحكومية والخاصة لذلك فإن معظم المبحوثات على اختلاف تعليمهن تلجأن إلى الولادة في مكان يقدم خدمة صحية.

وبالنسبة لرضاء الأم عن حياتها وعلاقته بمكان الولادة ، فتشير نتائج الجدول إلى أن كلما كانت الأم أكثر رضاء عن حياتها فأنها تهتم بالولادة في مكان يقدم خدمة صحية جيدة، إلا أن قد تكون الأم راضية عن حياتها وتلجأ إلى الولادة في البيت إما لأسباب اقتصادية أو لترتيب المولود الأخير، فكلما كأن الطفل الأخير الثالث أو الرابع تلجأ الأمهات إلى الولادة في المنزل.

جدول (4)

التوزيع النسبي للمبجوثات حسب مكان ولادة الطفل الأخير وحسب بعض الخصائص ورضائهن عن الحياة وحسب محل الإقامة.

قرية أبو الغيط %		حي غرب شبرا الخيمة %			الخصائص الخلفية	
في المنزل %	مستشفى خاص %	مستشفى حكومي %	في المنزل %	مستشفى خاص %		مستشفى حكومي %
ترتيب المولود الأخير						
16.7	33.3	16	11.1	24.4	23.9	1
62.5	47.1	64	88.9	57.8	54.3	3-2
20.8	19.6	20	-	17.8	21.7	4 فأكثر
الحالة التعليمية للأم						
58.3	35.3	32	33.3	4.4	13	أمية
12.5	11.8	28	11.1	8.9	8.7	تقرأ وتكتب
16.7	15.7	4	33.3	15.6	17.4	ابتدائي واعدادي
12.5	37.3	36	22.2	71.1	60.9	ثانوي فأكثر
الرضا عن الحياة						
95.8	98	84	88.9	95.6	93.5	راضية
4.2	2	16	11.1	4.4	6.5	غير راضية
24	51	25	9	45	46	الجملة

• المساعدة أثناء عملية الولادة

ترتفع نسب بقاء الأطفال والأمهات على قيد الحياة بشكل كبير عندما تتم الولادة بمساعدة قابلة ماهرة أي متخصص صحي كطبيب أو كريمة أو قابلة قادرة على التعامل مع حالات الوضع العادية، ولكن مع نقص وعي الأمهات وارتفاع تكلفة الولادة على يد متخصصين فقد تلجأ الأمهات إلى الولادة في المنزل على يد الأقارب أو الأصدقاء أو دايات غير مدربة التدريب الكافي للتعامل في حالة حدوث نزيف للأم أو أي مشاكل صحية أثناء الولادة قد تؤدي بحياتها أو حياة طفلها.

يعرض جدول (5) معلومات حول الشخص الذى ساعد المبحوثات فى ولادة طفلهن الأخير، فتشير بيانات الجدول إلى أن 87% من المبحوثات الحضريات قد تمت الولادة على يد طبيب متخصص، يقابله 72 % بالنسبة للمبحوثات الريفيات. وبلغت نسبة المبحوثات اللاتي تمت الولادة بمساعدة ممرضة متخصصة فى كل من الحضر والريف (8%، 21%) على التوالى. بينما ما زالت 7% من المبحوثات الريفيات تلدن بمساعدة الداية، يقابله 5% من المبحوثات الحضريات.

جدول (5)

التوزيع النسبي للمبحوثات حسب الشخص القائم بالمساعدة أثناء ولادة الطفل الأخير
وحسب محل الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		حى غرب شبرا الخيمة		الشخص القائم بالمساعدة أثناء الولادة
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
79.5	159	72	72	87	87	دكتور
14.5	29	21	21	8	8	ممرضة
6	12	7	7	5	5	أخرى
100	200	100	100	100	100	الإجمالي (العدد)

4-5 رعاية ما بعد الولادة

تعتبر رعاية ما بعد الولادة على جانب كبير من الأهمية بالنسبة لكل من الأم وطفلها. وتعتبر الرعاية السليمة بعد الولادة مهمة خاصة بالنسبة للولادات التى تتم فى المنزل. وتوصى وزارة الصحة والسكان بعمل زيارات متعددة لرعاية ما بعد الولادة. ويجب أن تتم الزيارة الأولى بعد يومين من الولادة كما تتم الزيارة الأخيرة عند 40 يوم من الولادة. بالإضافة إلى ذلك يجب أن تتم زيارتين على الأقل، واحدة عند 7 أيام من الولادة وأخرى عند 15 يوماً (فاطمة الزناتى وآن واى، 2008).

ويوضح جدول (6) التوزيع النسبي للمبحوثات حسب الحصول على رعاية بعد الولادة ورضائهن عن الحياة وحسب محل الإقامة. وقد تم سؤال المبحوثات عن هل حصلن على رعاية صحية بعد ولادة طفلهن الأخير فأجاب 43.5% منهن أنهن حصلن على رعاية صحية بعد الولادة نتيجة لحدوث بعض المتاعب بعد الولادة وبخاصة من كانت ولادتهن ولادة قيصرية، وجميعهن ذكرن أنهن حصلن على هذه الرعاية عند طبيب خاص. بينما بلغت نسبة إجمالي المبحوثات اللاتي لم يحصلن على رعاية صحية بعد ولادة طفلهن الأخير 56.5%، وبسؤالهن عن أسباب عدم إجراء رعاية صحية بعد الولادة، أجبن أنهن لم يشعرن بمتاعب بعد الولادة.

وبالنسبة لرضاء الأم عن حياتها وعلاقته بمدى حصولها على رعاية ما بعد الولادة، فتشير نتائج الجدول أن 93.1% من إجمالي المبحوثات اللاتي حصلن على رعاية ما بعد الولادة كن راضيات عن حياتهن، مقابل 6.9% حصلن على رعاية ما بعد الولادة ولكنهن غير راضيات عن حياتهن.

جدول (6)

التوزيع النسبي للمبحوثات حسب الحصول على رعاية بعد الولادة للطفل الأخير ورضائهن عن الحياة وحسب محل الإقامة

جملة		قرية أبو الغيط		حي غرب شبرا الخيمة		الشخص القائم بالمساعدة أثناء الولادة
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
الحصول على رعاية بعد الولادة						
43.5	87	43	43	44	44	نعم
56.5	113	57	57	56	56	لا
100	200	100	100	100	100	جملة
الرضا عن الحياة						
93.1	81	90.6	39	95.5	42	راضية
6.9	6	9.3	4	4.5	2	غير راضية
100	87	100	43	100	44	الإجمالي

5-5 محددات صحة الأم

لدراسة أهم محددات صحة الأم تم استخدام الانحدار اللوجستي البسيط والمتعدد للنتبؤ بصحة الأم، وتكون الأم ذات صحة جيدة وتأخذ درجة (1) إذا كشفت أثناء الحمل وتابعت الحمل أربعة مرات على الأقل خلال غترة الحمل وأخذت التطعيم ضد التيتانوس وتمت الولادة فى مركز صحي أو بإشراف طبيب إذا تمت فى المنزل وتلقت رعاية ما بعد الولادة واستخدمت وسيلة لتنظيم الأسرة. وتكون صحتها غير جيدة إذا حدث خلاف ذلك وتأخذ القيمة (صفر). وتوصلت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي المتعدد إلى أن أهم ثلاث متغيرات لهم تأثير معنوي على صحة الأم هي محل الإقامة، العوامل البيئية، والرضا عن الحياة.

IV الإصابة بأمراض الطفولة

تعتبر الأمراض المعدية السبب الرئيسي وراء وفيات الأطفال وخاصة بعد مرور الشهر الأول من العمر وفى حالة إعطاء الطفل الرضيع غذاء إضافي مع حليب الأم حيث تزيد احتمالات التعرض للتلوث، وترتفع هذه الاحتمالات عند عدم مراعاة نظافة الغذاء أو الأواني التي يتناول فيها الطفل غذاؤه، وكذلك إذا كانت البيئة التي يعيش فيها الطفل غير نظيفة ولا تتم مراعاة قواعد النظافة الأساسية. وتؤثر الإصابة المتكررة بالأمراض المعدية تأثيراً سلبياً على الطفل ليس فقط من خلال زيادة احتمال الوفاة ولكن أيضاً من خلال تأثيرها على الحالة الصحية العامة للطفل مما قد يجعله يعاني من سوء التغذية وأيضاً نقص المناعة. (جامعة الدول العربية، 2008).

1-6 الإصابة بالإسهال

يعتبر الإسهال من أكثر الأمراض شيوعاً بين الأطفال دون سن الخامسة فى الدول النامية ويؤثر على صحة الطفل لأنه قد يؤدي إلى الإصابة بالجفاف نتيجة فقد كميات كبيرة من سوائل الجسم وأملاحه وقد يؤدي أحيان إلى الوفاة. وقد يصاب الطفل بسوء التغذية نتيجة لفقدان الشهية أو إيقاف أو تخفيض كمية الأطعمة أثناء إصابته.

يوضح جدول (7) التوزيع النسبي للأطفال المصابين بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين على الدراسة الميدانية حسب بعض الخصائص الديموغرافية للأم ومحل الإقامة.

تشير بيانات الجدول إلى أن نسبة إجمالي الأطفال الريفيين المصابين بمرض الإسهال في الأسبوعين السابقين على الدراسة الميدانية 36% مقارنة بحوالي 29% من الأطفال الحضريين المصابين بالمرض، ويرجع ذلك إلى اختلاف البيئة إلى تعيش فيها الأطفال ونوع الصرف الصحي ونوعية مياه الشرب التي يتناولها الطفل ويتأثر أيضا بتعليم الأم ومدى وعيها بأهمية الحفاظ على صحة طفلها.

ويتضح من الجدول أيضا أن الأطفال التي أعمارهم أقل من 6 شهور هم أكثر عرضة للإصابة بمرض الإسهال وتزداد هذه النسبة في الريف عن الحضر (63.9%)، (34.5%) على التوالي. بينما تزداد نسبة الإصابة بمرض الإسهال في الفئة العمرية 24-59 شهر بين أطفال المبحوثات الحضرية مقارنة بأطفال المبحوثات الريفيات، (34.5%)، (8.3%) على التوالي، وقد يرجع ذلك إلى أن معظم المبحوثات الحضرية تعملن ويخرجن للعمل مما يجعل أطفالهن أكثر عرضة لمرض الإسهال بسبب أعطائهن أغذية تكميلية كبديل للرضاعة.

وبالنسبة لتأثير تعليم الأمهات على مدى إصابة أطفالهن بمرض الإسهال، تزداد نسبة إصابة الأطفال بالإسهال بين الأميات وخاصة الريفيات حيث بلغت 30.6% مقارنة 17.6% للأميات الحضرية. وعلى غير المتوقع تزداد نسبة الأطفال المصابين بالإسهال للمبحوثات الحاصلات على تعليم ثانوي فأكثر (49.2%)، (36.1%) في الحضر والريف على التوالي. وقد يرجع السبب إلى أن معظم المبحوثات المتعلمات تعملن وقد تلجأن إلى إعطاء أطفالهن أكل تكميلي أو لبن صناعي في سن صغير لكي تعود إلى أعمالهن فيكون أطفالهن أكثر عرضة للإصابة بمرض الإسهال وخاصة في الشهور الأولى من العمر.

وبالرغم من أن معظم المبحوثات الريفيات لا تعملن إلا أن أطفالهن أكثر عرضة للإصابة بمرض الإسهال، (94.4%) مقابل (69%) بالنسبة لأطفال المبحوثات الحضرية وقد يرجع ذلك إلى نقص الوعي الصحي لدى الأمهات الريفية بالإضافة إلى بعض عوامل التلوث الموجودة داخل القرية من إلقاء الصرف الصحي في الترع ومياه النيل فتسبب للأطفال العديد من الأمراض وخاصة الإسهال.

وبالنسبة لرضاء الأم عن حياتها وعلاقته بمدى إصابة أطفالهن بمرض الإسهال، فأظهرت النتائج 96.9% من إجمالي المبحوثات اللاتي أصيب طفلهن الأخير بمرض الإسهال خلال الأسبوعين السابقين على الدراسة الميدانية، راضيات عن حياتهن، مقابل 2% أطفالهن مصابين بالإسهال ولكنهن غير راضيات عن حياتهن.

جدول (7)

التوزيع النسبي للأطفال المصابة بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين على الدراسة الميدانية وحسب بعض الخصائص الديموجرافية للأُم وحسب الإقامة.

جملة		ريف		حضر		بعض الخصائص الديموجرافية
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
عمر الطفل						
50.8	33	63.9	23	34.5	10	أقل من 6 شهور
29.2	19	27	10	31	9	6-23 شهر
20	13	8.3	3	34.5	10	24-59 شهر
الحالة التعليمية للأُم						
24.6	16	30.6	11	17.2	5	أمية
12.3	8	16.7	6	6.9	2	تقرأ وتكتب
13.8	9	16.7	6	10.3	3	ابتدائي وإعدادي
49.2	32	36.1	13	65.5	19	ثانوي فأكثر
الحالة العملية للأُم						
83.1	54	94.4	34	69	20	لا تعمل
16.9	11	5.6	2	31	9	تعمل
الرضا عن الحياة						
96.9	63	97.2	35	96.6	28	راضية
3.1	2	2.8	1	3.4	1	غير راضية
100	65	100	36	100	29	الجملة

6-2 مصادر الاستشارة عن إصابة الطفل بالإسهال

من خلال أسئلة الدراسة الميدانية تم سؤال المبحوثات عن الشخص الذى شخص المرض لطفلها عند إصابته بمرض الإسهال فى الأسبوعين السابقين على الدراسة الميدانية. ويشير جدول (8) إلى أن 66.2% من إجمالى المبحوثات قد حصلن على نصيحة طبية من طبيب متخصص عند إصابة أطفالهن بالإسهال. بينما وصلت نسبة المبحوثات اللاتي تحصلن على النصيحة من مستشفى حكومى 15.4%، ولكن ما زال 19.4% من المبحوثات الريفيات تستشرن الصيدلى فى حالة حدوث إسهال لأطفالهن مقابل 13.8% من المبحوثات الحضريات.

جدول (8)

التوزيع النسبي للمبحوثات اللاتي أصيب طفلهن الأخير بالإسهال ومصدر الاستشارة الطبية عند حدوث الإسهال وحسب الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		حي غرب شبرا الخيمة		بعض الخصائص الديموجرافية
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
الاستشارة الطبية عند الإسهال						
66.2	43	66.7	24	65.5	19	دكتور
15.4	10	13.9	5	17.2	5	مستشفى حكومى
16.9	11	19.4	7	13.8	4	صيدلى
1.5	1	-	-	3.4	1	أخرى
100	65	100	36	100	29	الجملة

6-3- الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي من بين الأمراض الأكثر انتشارا في مرحلة الطفولة كما أنها السبب وراء نسبة كبيرة من وفيات الأطفال. وتوجد عوامل تساعد على انتشارها

مثل الازدحام وسوء التغذية وتزيد الإصابة بها في فصل الشتاء ويمكن الإقلال من نسب الإصابة ببعض أمراض الجهاز التنفسي بأخذ التطعيم المناسب الذي توفره وزارة الصحة والسكان سواء كان من التطعيمات العادية أو الحملات القومية للتطعيم.

ويوضح جدول (9) التوزيع النسبي للأطفال المصابة بالسعال خلال الأسبوعيين السابقين على الدراسة الميدانية وحسب بعض الخصائص الديموجرافية للأم وحسب محل الإقامة. ويتضح من الجدول انه بالنسبة للأطفال اقل من 6 شهور فإن نسبة إصابة أطفال المبحوثات الريفيات بالسعال حوالي ضعف نسبة إصابة أطفال المبحوثات الحضريات (48.1%، 25%) على التوالي. ويلاحظ أيضا أن نسبة إصابة أطفال المبحوثات الحضريات يزداد بزيادة العمر ووصلت أعلى نسبة عند الفئة العمرية 24-59 شهر ، 40.9%، وعلى العكس بين أطفال المبحوثات الريفيات تقل نسبة إصابة أطفالهن بالسعال بزيادة العمر ووصلت أعلى نسبة للإصابة عند الأطفال أقل من 6 شهور، فبلغت هذه النسبة 48.1%.

وبالنسبة لتأثير التعليم على مدى إصابة أطفال المبحوثات بالسعال، فالمبحوثات الريفيات الأميات أطفالهن أكثر عرضة للإصابة بالسعال 53.7% مقارنة بحوالي 9.1% بالنسبة لأطفال المبحوثات الأميات الحضريات. بينما المبحوثات الحضريات الحاصلات على تعليم ثانوي فأكثر أطفالهن أكثر عرضة للإصابة بالسعال (61.4%) مقارنة بحوالي (25.9%) بالنسبة لأطفال المبحوثات الريفيات، ويرجع السبب في ذلك إلى أن المبحوثات الحضريات تخرج إلى العمل في الصباح الباكر وتضع أطفالهن في دور الحضانة ويكون أكثر عرضة لنزلات البرد والإصابة بأمراض الصدر والحساسية خاصة في فصل الشتاء.

وبالرغم من أن معظم المبحوثات الريفيات لا تعملن إلا أن أطفالهن أكثر عرضة للإصابة بالسعال، (88.9%) مقابل (71.5%) بالنسبة لأطفال الأمهات الحضريات وقد يرجع ذلك إلى نقص الوعي الصحي والبيئي لدى المبحوثات الريفيات. أما بالنسبة للمبحوثات الحضريات اللاتي تعملن فأطفالهن أكثر عرضة للإصابة بالسعال (29.5%) مقارنة بحوالي (11.1%) بالنسبة لأطفال المبحوثات الريفيات اللاتي تعملن. وبالنسبة

لرضا عن الحياة ومدى علاقته بإصابة الأطفال بمرض السعال، فأظهرت النتائج أن 93.9% من إجمالي الأطفال المصابين بمرض السعال أمهاتهم راضيات عن حياتهن، يقابله 6.1% أطفال مصابة بالمرض ولكن أمهاتهم غير راضيات عن حياتهن، وهذا يوضح أن رضى الأم عن حياتها ليس له تأثير على مدى تعرض الأطفال بمرض السعال.

جدول (9)

التوزيع النسبي للأطفال المصابة بالسعال خلال الأسبوعين السابقين للدراسة الميدانية وحسب بعض الخصائص وحسب الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		حي غرب شبرا الخيمة		بعض الخصائص الديموجرافية
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
عمر الطفل						
37.8	37	48.1	26	25	11	أقل من 6 شهور
36.7	36	38.9	21	34.1	15	6-23 شهر
25.5	25	13	7	40.9	18	24-59 شهر
الحالة التعليمية للأم						
33.7	33	53.7	29	9.1	4	أمية
9.2	9	5.6	3	13.6	6	تقرأ وتكتب
15.3	15	14.8	8	15.9	7	ابتدائي واعدادي
41.8	41	25.9	14	61.4	27	ثانوي فأكثر
الحالة العملية للأم						
19.4	19	11.1	6	29.5	13	تعمل
80.6	79	88.9	48	70.5	31	لا تعمل
الرضا عن الحياة						
93.9	92	92.6	50	95.5	44	راضية
6.1	6	7.4	4	4.5	2	غير راضية
100	98	100	54	100	44	الجملة

6-4 الاستشارة والعلاج

تم سؤال المبحوثات اللاتي أصيب أطفالهن بأمراض الجهاز التنفسي الحادة المتعلقة بالصدر إذا كن قد بحثن عن نصيحة أو علاج للمرض. ويشير جدول (10) إلى أن

المصدر الأول التي تذهب إليه للاستشارة الطبية هو الطبيب (75%)، (57.4%) في كل من الحضر والريف على التوالي. بينما ما زال 35.2% من المبحوثات الريفيات تذهبن إلى المستشفى الحكومي للحصول على الاستشارة الطبية عند إصابة أطفالهن بأمراض الجهاز التنفسي ويرجع ذلك إلى انخفاض المستوى الاقتصادي لدى الأسر الريفية عن مثيلتها من الأسر الحضرية.

جدول (10)

التوزيع النسبي للأطفال المصابين بالسعال حسب مصدر الاستشارة الطبية ومحل الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		حي غرب شبرا الخيمة		بعض الخصائص الديموجرافية
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
الاستشارة الطبية عند الإصابة بالسعال						
65.3	64	57.4	31	75.0	33	دكتور
23.5	23	35.2	19	9.1	4	مستشفى حكومي
9.2	9	7.4	4	11.4	5	صيدلي
2.0	2	-	-	4.5	2	أخرى
100	98	100	574	100	44	الجملة

5-6 تطعيم الطفل ضد أمراض الطفولة

يوضح جدول (11) التوزيع النسبي للأطفال الذين تم تطعيمهم ضد الدرن وشلل الأطفال والكبد الوبائي والحصبة حسب محل الإقامة. وتشير بيانات الجدول أنه نتيجة أن البرنامج المصري لتطعيمات الطفولة واسع التغطية سواء في الريف أو الحضر والأمهات أصبحن لديهن الوعي الكافي بضرورة تطعيم أطفالهن ضد أمراض الطفولة، فالغالبية العظمى من المبحوثات الحضرريات أو الريفيات قمن بتطعيم طفلهن الأخير ضد الدرن، (97%)، (95%) على التوالي.

ونظرا لقيام وزارة الصحة بالعديد من الحملات القومية للتطعيم ضد مرض شلل الأطفال للقضاء عليه نهائيا، حصل 91% من أطفال المبحوثات الحضرريات أو الريفيات

على الجرعة الأولى ضد مرض شلل الأطفال بينما تناقصت هذه النسبة بالنسبة للجرعة الثانية والثالثة وذلك لان عمر طفلهن الأخير لم يصل إلى الشهور المطلوبة لكي يحصل على الجرعة الثانية والثالثة. ونظرا لإدخال تطعيم الكبد الفيروسي ضمن البرنامج المصري لتطعيمات الطفولة منذ التسعينات فإن 91%، 89% من المبحوثات سواء الحضريات أو الريفيات على التوالي طعن طفلهن الأخير ضد الكبد الوبائي بينما انخفضت هذه النسبة للجرعات الثانية والثالثة وذلك لان أعمار أطفالهن لم تصل إلى السن المسموح لتعاطى باقي الجرعات. وبلغت نسبة المبحوثات اللاتي حصل طفلهن الأخير على الحصبة في الحضر 65% مقارنة 25% للمبحوثات الريفيات وذلك لنفس السبب وهو عدم بلوغ الطفل الأخير عام حتى يطعم ضد مرض الحصبة.

جدول (11)

التوزيع النسبي للأطفال التي تم تطعيمهم ضد أمراض الدرن وشلل الأطفال والكبد الوبائي والتطعيم ضد الحصبة وحسب محل الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		حي غرب شبرا الخيمة		التطعيمات
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
التطعيم ضد الدرن						
96	192	95	95	97	97	من تم تطعيمهم
التطعيم ضد شلل الأطفال						
91	182	91	91	91	91	جرعة أولى
78.5	157	73	73	84	84	جرعة ثانية
70.9	141	63	63	78	78	جرعة ثالثة
التطعيم ضد الكبد الوبائي						
90	180	89	89	91	91	جرعة أولى
78	156	73	73	83	83	جرعة ثانية
67.5	135	57	57	78	78	جرعة ثالثة
التطعيم ضد الحصبة						
45	90	25	25	65	65	نعم
100	200	100	100	100	100	الجملة

6-6 الممارسات المتعلقة بتغذية الطفل والتغذية المكملية

مما لا شك فيه أن من أهم مراحل تغذية الإنسان هي مرحلة الطفولة، حيث لا يكون للطفل فيها أي خيار، بل هو يتلقى ما يختاره له غيره، وتعتبر التغذية السليمة للطفل هم يشغل بال كل أم مهما كان مستواها العلمي أو الاجتماعي، وتكمن أهمية التغذية الصحيحة في السنوات الأولى من عمر الطفل في أنها تؤمن الرشد والنمو السليم الجسدي والعقلي، الوقاية من الأمراض المختلفة، اكتساب الطفل للعادات الغذائية السليمة.

يعد البدء المبكر للرضاعة الطبيعية مهماً لكل من الأم والطفل. فتحفز الرضاعة المبكرة إفراز الهرمون الذي يساعد في إنتاج الحليب. وتحفز الرضاعة المبكرة أيضاً على تقلص الرحم بعد الولادة. ولبن السرسوب، أول سائل يأتي من الثدي في الأيام الأولى من الولادة يمنح مناعة طبيعية للرضيع. وتعتبر تغذية ما قبل الرضاعة هي عملية إعطاء الطفل سوائل أخرى بعد الولادة مباشرة قبل تدفق لبن الأم بغزارة، وتعتبر هذه الممارسة غير محببة حيث أنها تحد من مرات الرضاعة (فاطمة الزنتاني وآن واي، 2008).

وتشير بيانات جدول (12) أيضاً أن ثلثي الأمهات الحضريات بدئوا الرضاعة الطبيعية بعد الولادة مباشرة؛ حيث تم وضع 67% من الأطفال على الثدي الأم خلال اليوم الأول، 22.4% من الأطفال على الثدي الأم خلال ساعة من الولادة، 10.2% خلال أسبوع من الولادة. بينما بالنسبة للأمهات الريفيات فأكثر من نصف المبحوثات بدئوا الرضاعة الطبيعية بعد الولادة مباشرة؛ حيث تم وضع 52% من الأطفال على الثدي الأم خلال اليوم الأول، 29.6% من الأطفال على الثدي الأم خلال ساعة من الولادة، 17.3% خلال أسبوع من الولادة.

وبالرغم من البدء المبكر للرضاعة الطبيعية لغالبية الأطفال سواء الحضريين أو الريفيين، فإن تغذية ما قبل الرضاعة ما زالت شائعة؛ فتشير نتائج جدول (12) إلى أن نسبة الأطفال الريفيين الذين رضعوا لبن غير لبن الثدي في الأيام الأولى من

الرضاعة، 65.3% مقارنة بحوالي 46% بالنسبة للأطفال الحضريين، وهذا يرجع إلى نقص الوعي الصحي لدى الأمهات الريفيات بضرورة إرضاع الطفل رضاعة مطلقة في الستة شهور الأولى من حياة الطفل. ويوضح شكل (7-8) أيضا أن نسبة الأطفال الحضريين الذين حصلوا على سوائل مختلفة قبل بدأ الرضاعة كانت كالتالي: 53.2% تناولوا كراوية وينسون، 10.6% ماء بسكر، 21.3% جلوكوز، 14.9% عصير فاكهة، يقابله (48.4%، 28.2%، 12.5%، 10.9%) على التوالي بالنسبة للأطفال الريفيين.

جدول (12)

التوزيع النسبي للأطفال الذين تم إرضاعهم رضاعة طبيعية حسب توقيت بدأ الرضاعة ونسبة الذين تلقوا أغذية أو سوائل قبل الرضاعة وحسب محل الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		حي غرب شبرا الخيمة		بعض الخصائص الديموجرافية
%	عدد	%	عدد	%	عدد	
وقت بدأ الرضاعة						
59.7	117	52	51	67.3	66	خلال ساعة من الولادة
26	51	29.6	29	22.4	22	خلال يوم من الولادة
13.8	76	17.3	17	10.2	10	بعد أسبوع من الولادة
0.5	1	1	1	-	-	أخرى
نسبة الذين تلقوا أغذية غير لبن الثدي في الأيام الأولى من الولادة						
56.1	110	65.3	64	46.9	46	نعم
43.9	86	34.7	34	53.1	52	لا
100	196	100	98	100	98	الجملة

ويوضح جدول (13) التوزيع النسبي للأطفال حسب مدة الرضاعة ومتوسط مدة الرضاعة وحسب محل الإقامة. وتشير بيانات الجدول إلى أن 15.3% من الأطفال الحضريين استمروا يرضعوا من 6 شهور إلى 12 شهر يقابله 22.4% بالنسبة للأطفال الريفيين. وأيضا وصلت نسبة الأطفال الحضريين الذين رضعوا من 13 إلى 18 شهر، 44.9% مقارنة بحوالي 13.3% بالنسبة للأطفال الريفيين. وأوضحت نتائج الجدول أيضا

أن متوسط مدة الرضاعة في الحضر أكبر منها في الريف (13 شهر، 7.6 شهر) على التوالي وذلك لارتفاع نسبة الأطفال الأقل من 6 شهور في الريف عنها في الحضر وقت إجراء الدراسة الميدانية.

جدول (13)

التوزيع النسبي للأطفال حسب مدة الرضاعة ومتوسط مدة الرضاعة ومحل الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		غرب شبرا الخيمة		مدة الرضاعة بالشهور
عدد	%	عدد	%	عدد	%	
83	42.3	58	59.2	25	25.5	أقل من 6 شهور
37	18.9	22	22.4	15	15.3	6-12 شهر
57	29.1	13	13.3	44	44.9	13-18 شهر
19	9.7	5	5.1	14	14.3	19-24 شهر
196	100	98	100	98	100	الجملة
10.3 شهر		7.6 شهر		13 شهر		متوسط مدة الرضاعة

6-7 تقديم الأغذية التكميلية

تبنت وزارة الصحة توصية صندوق الأمم المتحدة للطفولة التي تنص على انه خلال الستة أشهر الأولى من العمر، يجب أن يقتصر غذاء الأطفال على الرضاعة الطبيعية المطلقة؛ أي إعطائهم لبن الثدي فقط وعدم تناول أي سوائل أخرى مكملية (بما في ذلك الماء) أو أغذية ناشفة. ويرجع عدم تشجيع إعطاء الطفل أى أغذية مكملية في سن مبكرة لعدة أسباب. فالتقديم المبكر للسوائل الأخرى أو الأطعمة يزيد من تعرض الطفل الرضيع للجراثيم والتي قد تؤدي لأمراض الإسهال. كما يعتبر سوء التغذية خطراً آخر. حيث أن الأغذية المكملية للبن الثدي والتي تعطى للطفل قد تكون غير كافية لإمداد الرضيع بالسرعات الحرارية التي يحتاجها، خاصة أن كانت هذه الأغذية المكملية في شكل سائل. وبما أن إدرار حليب الثدي يتأثر بقوة وتكرار عملية مص الثدي، فإن إعطاء الأطفال أغذية مكملية في مرحلة مبكرة قد يؤدي إلى الإقلال من نزول لبن الثدي، وأيضاً يكون الطفل عرضة لزيادة مخاطر سوء التغذية، (فاطمة الزناتي وآن واى، 2008).

يوضح جدول (14) التوزيع النسبي لأطفال العينة حسب عمر الطفل عند بدأ تناوله أغذية تكميلية وحسب محل الإقامة. وتشير بيانات الجدول إلى أن ما يقرب من نصف الأطفال سواء الحضريين أو الريفيين قد تناولوا أغذية تكميلية بجانب الرضاعة الطبيعية في عمر اقل من 6 شهور وهذا يعكس نقص الوعي الصحي لكل من الأمهات الحضريات والريفيات تجاه أطفالهن وذلك لان إدخال أية ألبان خارجية أو أغذية مكملة للطفل قبل 6 شهور تجعله عرضة لمرض الإسهال ويكونون أكثر عرضة لأمراض الصدر والحساسية. بينما وصل نسبة الأطفال الحضريين الذين تناولوا أغذية مكملة بجانب الرضاعة وهم في عمر 6-8 شهور، 34% مقارنة بـ 18% بالنسبة للأطفال الريفيين ويرجع ذلك إلى خروج الأم الحضرية إلى العمل واضطرارها إلى إعطاء أغذية مكملة لتعويض مدة غيابها عن طفلها في العمل.

جدول (14)

التوزيع النسبي للأطفال حسب عمر الطفل عند بدأ تناوله أغذية تكميلية وحسب محل الإقامة.

جملة		قرية أبو الغيط		غرب شبرا الخيمة		عمر الطفل عند إعطائه تغذية تكميلية
عدد	%	عدد	%	عدد	%	
54	27	36	36	16	16	لم يحصل على أغذية تكميلية
91	45.5	45	45	46	46	1-5 شهور
52	26	18	18	34	34	6-8 شهور
2	1	-	-	2	2	9-11 شهر
3	1.5	1	1	2	2	12 شهر فأكثر
200	100	100	100	100	100	الجملة (العدد)

6-8 محددات صحة الطفل

لدراسة أهم محددات صحة الطفل تم استخدام الانحدار اللوجستي البسيط والمتعدد للتنبؤ بصحة الأم، ويكون الطفل ذات صحة جيدة ويأخذ درجة (1) إذا تم تطعيمه ضد الأمراض وغير مصاب بالسعال أو بارتفاع درجة الحرارة ويكون وزنه طبيعي عند

الولادة وغير مصاب بالأنيميا أو بالغدة الدرقية ويرضع رضاعة طبيعية. وتكون صحته غير جيدة إذا حدث خلاف ذلك وتأخذ القيمة (صفر). وتوصلت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي المتعدد إلى أن أهم متغيرين لهم تأثير معنوي على صحة الطفل هي تعليم الأم والعوامل البيئية.

VII التوصيات

اعتماداً على النتائج السابقة فإنه يمكن الانتهاء إلى المقترحات والتوصيات التالية:-

- توفير الرعاية الصحية للنساء أثناء الحمل والولادة في المراكز الصحية المختلفة كالمستشفيات ومراكز رعاية الأمومة والوحدات الصحية بأسعار مخفضة أو بالمجان خاصة في المناطق الريفية حتى تكون في متناول الطبقات الفقيرة، وتدريب كوادر تكون قادرة على المساعدة في الولادات في المنازل حتى يمكن تجنب المضاعفات التي قد تتجم عن الولادات بدون كادر طبي مدرب ليحل تدريجياً محل الدايات غير المدربات.
- إصدار رسائل إعلامية للسيدات الحوامل لتوضيح أهمية الرعاية المتكاملة أثناء الحمل وإعطاء التطعيمات اللازمة ضد التيتانوس وتشجيعهن على الزيارات المبكرة والمنظمة لوحدات رعاية الأمومة.
- زيادة الاهتمام بتوعية الأمهات بأهمية الرضاعة الطبيعية، ومدى تأثيرها على صحة الطفل بطريقة مفهومة ومبسطة لتصل إليهم ويسهل عليهم استيعابها وخاصة في المناطق الريفية.
- تصميم سياسة متكاملة للتنقيف الصحي تركز أساساً على الالتزام بالجدول الزمني لتطعيم الأطفال، واستمرار التوعية بأخطار الجفاف الناتج عن الإسهال ودور المحاليل في مكافحته ومد الأمهات بالمعلومات الخاصة بكيفية وأهمية الرعاية الصحية السليمة وعن كيفية وقاية الطفل وحمايته من أضرار التلوث البيئي وكذلك كيفية رعايته في حالة الإصابة بالأمراض.

- المراجع

- المراجع باللغة العربية

- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، تعداد 2006 .
- اليونيسيف (منظمة الأمم المتحدة للطفولة) (2008): "وضع الأطفال في العالم 2008- بقاء الأطفال على قيد الحياة"، المكتب الإقليمي لشرق الأوسط وشمال أفريقيا- عمان.
- على محمد الديب (1994): "العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل" ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الجزء الأول ، القاهرة.
- فاطمة الزناتي وأن وای (2008): "المسح الديموجرافي الصحي- مصر 2005"، (ميريلاند) التقرير الرئيسي، القاهرة .
- فيصل يونس (1997): "سيكولوجية السعادة"، القاهرة ن دار غريب للطباعة والنشر 997، ص 227.
- ماهر جميل ابو خورات (2005): "الحماية الدولية لحقوق الطفل"، دار النهضة العربية- القاهرة، ص 18.
- معهد التخطيط (2002) : "العدالة في توزيع ثمار التنمية في بعض المجالات الاقتصادية في محافظات مصر- دراسة تحليلية"، ص 84.

- المراجع باللغة الأجنبية

- Diner,E.D.,(1984):" The satisfaction with Life Social", Journal of personality assessment, ROBETTA, ug.Pp.71-74.
- Meek, Suzanne and Murrell, Stanley A.,(2001):" Contribution of education to health and Life Satisfaction, older Adults Health", Vol.13 Issue-1, P.g2,28.
- Shin D.C. & Cohnson,D.M,(1979): " Avowed happiness as an over all assessment of the quality of life social in dicators research, 5., Dissertation Abstract international, 475,492.
- World Health Organization Global Strategy for health for all by the year 2000- health for all, No.3, P 19.



Our Family Health Our Nation's Wealth

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHES and STUDIES

SPECIALIZED SCIENTIFIC PEER REVIEWED PERIODICAL
PUBLISHED BY PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

IN THIS ISSUE:

- RISK FACTORS FOR OVERWEIGHT IN UNDER-FIVE CHILDREN IN LIBYA.
- DETERMINANTS OF UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING IN UGANDA (1995-2006).
- FACTORS INFLUENCING ACCESS TO AND USE OF SKILLED ATTENDANTS AT BIRTH IN TANZANIA, TDHS 2010.



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Volume V - 13th Issue - January 2012

Scientific committee

(in alphabetical order)

Dr. Abdel Aziz Farah	Expert in population and development strategies, Sudan.
Prof. Abdulbari Bener	Advisor to WHO, Prof of Epidemiology, University of Manchester UK
Dr. Adel El Taguri	Expert in child health and nutrition, Center de Recherche en Nutrition Humain, France, Lybia
Mr. Ahmed Abdennadher	Director of Research Center on Population and Reproductive Health, (ONFP), Tunisia.
Dr. Ahmed Mustafa Al Atek	Dean of Institute for Environmental Studies and Research, Ain Shams University, Egypt.
Dr. Ahmed Ragaa Ragab	Professor of Reproductive Health, Al-Azhar University, Egypt.
Dr. Ayman Zohry	Expert on Migration and population Studies, Egypt
Dr. Chabib Diab	Professor of Sociology, Lebanese University, Lebanon.
Prof. Ezz eldin Osman Hassan	Prof. OB/ GYN. Mansoura University. Executive Director, Egyptian Fertility health Foundation. Egypt.
Dr. Ezzat El Shishini	Demographic Adviser, CDC, Egypt.
Dr. Fawzi Abdelrahman	Prof. of Anthropology, Ain Chams University, Egypt.
Dr. Mawaheb T. El-Mouelhy	Physician and Researcher in Population and Reproductive Health
Dr. Mohamed Naguib	Dean of Institute for Statistical Studies and Research, Cairo University, Egypt.
Mr. Mostafa Azelmat	Expert on Demographic and Health Studies and Research, Morocco.
Prof. Mourad Kamel Hassanein	Prof. OB/ GYN. Al Azhar University, Egypt.
Dr. Osman Mohamed Noor	Professor of Demography and MENA Child in Riyadh, Sudan.
Dr. Ramez Mahaini	Regional adviser, WHO/EMRO in Cairo, Syria.
Dr. Saher Wasfi Shuqaidef	Expert in Health Programs and Systems Evaluation. Jordan.
Dr. Salma Galal	Expert on Health, Population and Development Issues, Egypt.
Dr. Tawfik Khoja	General Director- Executive Board of the Health Ministers Council for Cooperation Council States, Saudi Arabia.
Dr. Zoubir Arous	Prof of Sociology, University of Algiers, Algeria.



ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

Editor – in - chief

Dr. Ahmed Abdelmonem

PAPFAM Manager

Managing Editors

Rabah Halimi

Nevin Wanis

**The views expressed in this periodical are the author's own and do not necessarily
reflect the opinion or policy of the League of Arab States.**



Conditions of publication

- The materials submitted should be of scientific nature and concerned with the field of family health and population.
- The topics presented should to be Original contributions which have not published in any other periodical.
- Methods and curricula of scientific research should be considered on preparing the material submitted to publication.
- The material submitted to publication is not to be returned to participants whether published or not.
- All correspondences should be sent on the following addresses:
 - **22 a, Taha Hussein Street, 3rd floor, Flat 13, Zamalek, Cairo, Egypt.**
 - **Or Email: papfaminfo@papfam.org**
 - **Tele/ fax: +202 - 27363834**

**ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION
RESEARCHS and STUDIES
SPECIALIZED SCIENTIFIC REFEREED PERIODICAL
PUBLISHED BY PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH**

In This Issue:

Topic	Page
- Risk Factors for Overweight in Under-Five Children in Libya.	
Adel EL Taguri, Fawaz Besmar, Ahmed Abdel Monem, Ibrahim Betilmal, Marie Françoise Rolland-Cachera.....	1-17
- Determinants of Unmet Need for Family Planning in Uganda (1995-2006).	
Catherine Mbabazi.....	19-53
- Factors Influencing Access to and Use of Skilled Attendants at Birth in Tanzania, TDHS 2010.	
Ibrahim Dawson Kalengo	55-81

Deposit Number:
MO6/ Periodic 01 (2012)/ 1 N- 13 (0601)

Risk Factors for Overweight in Under-Five Children in Libya

Adel EL Taguri¹, Fawaz Besmar², Ahmed Abdel Monem³, Ibrahim Betilmal⁴, Marie Françoise Rolland-Cachera⁵

I- Introduction

Childhood obesity can have long-term health consequences in adulthood. It increases the risk of many non-communicable chronic diseases (NCD) as hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia. Obesity is also a public health problem in many developing countries even in under-five year's old children (*James et al., 2001, Maire et al., 2002, de Onis & Blossner, 2000, Martorell et al., 2000, El Taguri et al., 2007*). It is estimated that over 60% of the disease burden and mortality in developing countries by the year 2020 would result from NCD (*Murray & Lopez, 1996*). Current modes of treatment of obesity are often not successful and the management of associated chronic disorders would be beyond the capacity of most of developing nations (*Moore, 2004*). Early prevention is an essential public health measure in our efforts to fight obesity.

Primordial and/or primary prevention is more likely to be effective in younger children. There is a need for formulating obesity preventive programs and policies especially during early years of life. Improvement in the nutritional status needs effective planning that should account for the underlying risk factors in order to permit the identification of at risk subgroups and thus allowing effective and efficient targeted interventions (*Wabitsch, 2000*).

¹Researcher at Center de Recherche en Nutrition Humain (CRNH) Ile de France, UMR U557 Inserm/ U1125 Inra/ Cnam/ Paris 13, Bobigny, France. E-mail: tajoury@pediatrician.com

²Department of Family and Community Medicine, Alfateh University, Tripoli, Libya.

³ Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM), League of Arab States. E-mail: ahmonem@gmail.com.

⁴Eastern Mediterranean Regional Office, World Health Organization.

⁵Researcher at Center de Recherche en Nutrition Humain (CRNH) Ile de France, UMR U557 Inserm/ U1125 Inra/ Cnam/ Paris 13, Bobigny, France.

Obesity in children results from multiple interactions between genes and environment. Involved genes do not directly cause obesity but they increase the susceptibility to fat gain in subjects exposed to a specific environment. Preventive and therapeutic interventions should mainly focus on predisposing environmental factors which are amenable to change. These factors vary in different geographic-cultural populations. Interventions are likely to vary from one country or regional settings to another (*Wabitsch, 2000*). Non-modifiable risk factors can also be used to target prevention programs towards individuals at high risk. There is paucity of multivariate studies that would permit a fuller contextual assessment of the patterns and determinants of overweight especially in younger age groups (*Jouret et al., 2007, Reilly et al., 2005, Jago et al., 2005, Locard et al., 1992, Hernandez et al., 1998*). This is particularly true for developing nations (*Mo-suwan & Geater, 1996*).

Obesity is a public health problem in under-five year's old children in Libya. The Libyan maternal and child health survey (LMCHS) revealed that the prevalence of overweight in under-five children in Libya is 16.2%. It also revealed that the prevalence is higher in urban areas, in privileged groups, and in certain geographical regions especially Al-Djabal Al-Akhdar (Al-Akhdar) region (*The Libyan Arab Maternal and Child Health Survey, 1996, El Taguri et al., 2007*). In addition, chronic diseases as diabetes, cancer and cardiovascular disorders are currently the most common causes of morbidity and mortality among adults in Libya (*General Peopole's Committe for Health and Environment, 2006, Kadiki & Roaeid, 2001*). The aim of the current study is to identify independent risk factors for childhood overweight in underfive children in Libya.

II- Population and Methods

The current study is a secondary analysis of the data of LMCHS. Details of the methodology of the survey were explained else where (*The Libyan Arab Maternal and Child Health Survey, 1996, El Taguri et al., 2007*). Briefly, the survey is a cross-sectional, nationally representative, two-stage stratified probability cluster sample survey of 6707 households. The survey

was undertaken during the summer of 1995. The country was divided into seven administrative regions. These were; two mountainous areas, Al-Akhdar in the northeastern part, and Al-Djabal Al-Gharbi (Al-Gharbi) in the northwestern part; two low populated semi desert areas, Khalij-Sirt (Sirt) and Sabha regions; three coastal regions, the the most densely populated capital or Tripoli region, Sahel Benghazi (Benghazi), and Al-Zawia region. Each of these regions was divided into urban and rural zones. In the first stage, 307 sampling units were selected proportionately from these regions. Each sampling unit was then divided into five segments of equal size, of which one was randomly selected. All households in the selected segment were included in the sample. All children aged <60 months in visited households, were included.

Data was collected in interviews with mothers during household visits (*Arab Maternal and Child Health Survey, 1995*). The variables that were selected for possible association with overweight are shown in Table I. Weight, height, and age data were used to calculate Body Mass Index (Weight/Height²). Overweight was defined as body mass index for age (BMI/A) z-score >2 standard deviations above the median BMI/A in reference to the newly published WHO reference growth standards from the WHO Multicentre Growth Reference Study (*MGRS, 2006, Child Growth Standards, 2006*). Socioeconomic classification was based on a combination of Asset index of households, area characteristics, and a locally validated socioeconomic classification that incorporates parental occupation and education (*EL-Tajouri, 1979*). Data was analyzed using WHO anthro 2005 software (WHO, Geneva, Switzerland), and SPSS version 13 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). The WHO anthro 2005 program considers z-score values for BMI/A of <-5 as outliers. In bivariate analyses, the odds ratio (OR), 95% confidence interval (95% CI) and statistical significance of the association of each variable with overweight was determined (*P* value). Multivariate analysis with logistic regression was performed to test possible interactions between independent variables. In addition to significant contributing independent variables found in bivariate analysis, some of the potential confounding independent variables defined as *P*<0.20 were also introduced in the regression model. For each independent variable in the final model, adjusted OR and the 95% CI were then recalculated. Level of significance was set at *P*<0.05.

Table I: Variables assessed for possible association with overweight in underfive children in Libya.

<p>I. Basic determinants Region of residence; urbanization; gender; age; and socioeconomic conditions.</p>
<p>II. Underlying determinants</p> <p>Family and care-giver conditions Main care taker; mother's age and age at birth; living arrangements; change of residence; type of previous residence; educational state of mother; listening, watching and reading of media; currently working for cash, working for cash before or after marriage; single mothers; extended families; multiple wives; and poor familial social life.</p> <p>Reproductive history of mother Age of menarche; age at first marriage; birth order of the child; number of children; blood relation with husband; history of prematurity; still birth; abortion; and previous sibling deaths.</p> <p>Father's attributes Educational state; residence in the last 3 months; playing with the child; and earning regular wages.</p> <p>Health services Immunizations; checkups during pregnancy birth order; type, place and complications of delivery; use of caesarean section.</p> <p>Household environment Area of residence and household characteristics as dwelling type and ownership; number of rooms and bedrooms; keeping animals; kitchen location and fuel used; source, storage, and treatment of drinking water; type and location of toilet facilities; collection, location, and disposal of garbage; and state of the area around dwelling (flooded or stagnant water).</p>
<p>III. Immediate determinants</p> <p>Diet Feeding history of the child: onset, duration, and practices of breast-feeding; infant formula and bottle feeding, age of introduction of powder, animal and pasteurized bottle milk, introduction of solid foods, type of weaning, giving rice, juice, herbal drinks, preserved baby foods or family foods.</p> <p>Health Diarrhea, cough, fever, otitis, conjunctivitis, accidents or other illnesses, weight at birth, stunting.</p>

Results.

The characteristics of the sample are shown in Table II. A total of 4477 children were included, of whom 723 (16.1%) were overweight. Risk factors for overweight found in bivariate analyses are presented in Table III. Only statistically significant risk factors were presented here. In addition, other potential confounding independent factors were included in the multivariate model. These were parental educational status, kitchen status, status of area around dwelling, delivery by caesarean section, and weight at birth. Identified risk factors in multivariate analysis were; gender, region, stunting, age, dwelling type (Table IV). The model as a whole was highly significant $P < 0.0001$. It explained overall only 22% of cases of obesity.

Table II: Characteristics of under-five children included in the study (n=4478).

Characteristic	Obese/Total in the subgroup (%)
Age groups (years)	
0- <1	228/795 (28.7)
1-<2	207/904 (22.9)
2-<3	140/956 (14.6)
3-<4	88/965 (9.1)
4-<5	60/859 (7.0)
Region	
Al-Djabal Al-Akhdar	128/553 (23.1%)
Benghazi	67/602 (11.1%)
Sirt gulf	80/626 (12.8%)
Tripoli and khoms	272/1494 (18.2%)
Al-Zaouia	76/409 (18.6%)
Al-Djabal Al-Gharbi	74/491 (15.1%)
Sabha	26/302 (8.6%)
Gender	
Boys	389/2225 (17.5)
Girls	335/2254 (14.9)
Area	
Urban	502 /3104 (16.2)
Rural	221/1373 (16.1)
Socioeconomic status	
Privileged	273/1542 (17.7)
Intermediate	239/1530 (15.6)
Underprivileged	212/1406 (15.1)

Table III: Bivariate and multivariate analysis (Odds ratio, OR and 95% confidence intervals, 95% CI) of risk factors for overweight in underfive children in Libya.

Characteristic	Obese/Total in the subgroup (%)		
	OR	95% C I	P value
I - Basic determinants			
Boys	1.215 (389/2225)	1.04- 1.44	0.02
Region			
<i>Benghazi</i>	1		
<i>Al-Djabal Al-Akhdar</i>	2.39 (128/ 553)	1.73-3.30	0.000
<i>Tripoli</i>	1.78 (272/ 1494)	1.33-2.36	0.000
<i>Al Zaouia</i>	1.82 (76/ 409)	1.28-2.60	0.001
Age (years)			
4-5	1		
0-1	5.34 (228/ 795)	3.94-7.23	0.000
1-2	3.93 (207/ 904)	2.90-5.33	0.000
2-3	2.27 (140/ 956)	1.65-3.12	0.000
II - Underlying determinants			
Maternal age (years)			
21-34	1		
≤20	2.79 (6/17)	1.05-7.43	0.04
≥35	0.76 (235/1690)	0.64-0.90	0.002
No familial joint out-door activity	2.03 (128/497)	1.61-2.55	0.000
Mother is working for cash	1.25 (148/790)	1.02-1.52	0.030
Number of siblings			
2-4	1		
≥5	0.78 (361/2539)	0.66-0.92	0.004
<i>Single child</i>	1.71 (70/261)	1.26-2.31	0.001
Housing type			
<i>popular</i>	1		
<i>Apartment</i>	0.71 (69/573)	0.52-0.97	0.03
<i>Hut</i>	0.37 (6/89)	0.16-0.86	0.02
<i>Other</i>	19.67 (23/29)	7.81-49.52	0.000
III - Intermediate determinants			
Stunted	1.85 (87/347)	1.43-2.39	0.000
Had diarrhea in last 24 hours	4.35 (306/882)	3.65-5.18	0.000
Had cough in last 24 hours	1.25 (136/723)	1.02-1.54	0.03
Duration of Breast feeding			
>6 month	1		
<i>Nevere Breast fed</i>	1.56 (51/299)	1.12-2.17	0.01
<2 months	1.87 (47/239)	1.33-2.65	0.000
>2 months	1.87 (365/1849)	1.56-2.23	0.000
Sudden weaning	1.28 (284/1897)	1.04-1.56	0.02
Introduction of baby formula at 4-6 months	0.73 (71/548)	0.55-0.97	0.03
Introduction of solid foods			
<i>Early</i>	1.52 (44/211)	1.07-2.18	0.02
<i>Late</i>	1.20 (390/2280)	1.02-1.42	0.03

Table IV: Multivariate analysis (Odds ratio, OR and 95% confidence intervals, 95% CI) of risk factors for overweight in under-five children in Libya.

Risk factor	Multivariate analysis		
	Adjusted OR	95% C I	P value
Boys	1.38	1.10-1.73	0.005
Region			
Benghazi	1		
Al-Djabal Al-Akhdar	2.27	1.42-3.61	0.001
Al Zaouia	1.66	1.11-2.47	0.01
Age (years)			
4-5	1		
0-1	5.56	3.41-9.05	0.000
1-2	4.11	2.75-6.13	0.000
2-3	2.56	1.74-3.76	0.000
Housing type			
popular	1		
Apartment	0.68	0.47-0.99	0.049
Hut	0.31	0.12-0.83	0.020
Other	7.78	2.75-22.03	0.000
Stunted	4.84	3.80-6.17	0.000

Discussion.

Obesity is no longer considered as a disease of only industrialized nations. The growing economies and changes in lifestyles, including diet and physical activity patterns in many developing countries, contribute to the appearance of obesity (*Doak et al., 2005*). Meanwhile, the low income in these developing countries, the limited choices of food, the lack of civil engineering capacity and inadequate and/or inappropriate education may make it difficult for people to seek and secure healthier foods and lifestyle (*Caballero, 2001*). Efforts for obesity prevention in childhood need to be initiated at very young ages (*Rolland-Cachera et al., 1984, Jouret et al., 2007*). The effects of the environment on the child start in the uterus and continue after birth and depend on method of feeding, weaning, and context of eating. It would shape future food acceptance and food habits (*Maffeis, 2000*). In addition, studies showed that treatment is more difficult in older children

(*Knittle et al., 1979, Ginsberg-Fellner et al., 1981*). The objective of the current study was to identify factors associated with overweight in underfive children as an especially crucial period in the development of obesity.

This is the first time that a data is ever exploited to formulate hypothesis on possible factors related to overweight in the Libyan population. The sample of the survey was nationally representative as it included children from both rural and urban areas and it covered households in both underprivileged and other areas, spanning most socioeconomic situations. In addition, the use of multivariate analysis techniques as logistic regression in the current study would eliminate confounding variables and the possibility that a risk factor is due to its high contribution to the pool of data rather than being really a risk factor. However, there are some worthmentioning limitations. The PAPChild and similar projects as the PAFam project (*Arab Maternal and Child Health Survey, 1995*) and the Multiple Indicators Cluster Sample Surveys (MICS) are very useful because of the valuable comprehensive information collected and because of their international comparability. However, these surveys were primarily established to look for undernutrition rather than overnutrition. No data is collected on many variables that are known to be related to obesity as TV watching, maternal nutrition, food practices of the family, parental weight, child's temperament, and sleeping patterns of the child. In addition, the cross-sectional nature of the study would not permit to draw inferences concerning causes and effects. To establish the temporal nature and causality of associations, longitudinal studies are warranted. Other possible limitations include the differences in seasonal distribution of risk factors, potential recall bias, and the possibility that respondents would answer in a way that could be seen as more socially desirable.

Birth weight status (low or high birth weight) was not found to be risk factor for overweight in the current study. However, the increased risk for overweight in the youngest children (<2 years) in comparison to older ones

(>3 years) in the current study could be related to exposure to adverse intrauterine environment. Many previous studies emphasized the 'family obesity' and 'obesity at birth' as important risk factors for obesity at five years of age (*Locard et al., 1992, Reilly et al., 2005, Padez et al., 2005, Neville & Walker, 2005, Jouret et al., 2007*). Standard surveys as PAPChild, PAPFAM (*Arab Maternal and Child Health Survey, 1995*) or MICS diagnose low or high birth weight by questioning the mother whether the child at birth was considered small, average or heavy baby. Obviously this is less accurate than actual weight measurement. Children exposed to adverse uterine conditions are often larger at birth; they normalize their size before five years of age but demonstrate a significant increase in weight velocity afterwards (*Strauss, 1997*). A longitudinal study for mothers and their offspring starting from pregnancy and continued during childhood and adolescence is needed as it would put more light on possible relations particularly in these settings. It has been noted that some of the relations between risk factors and obesity, as the relation between macronutrients, physical exercise and adiposity may only develop over years (*Atkin & Davies, 2000, Jago et al., 2005, Moore et al., 2003*).

In the current study, boys were at increased risk for obesity. The risk of overweight for both genders varies in different studies. Reports either found no relation, increased risk in girls (*Jouret et al., 2007, Stettler et al., 2000*) or in boys (*Velluzzi et al., 2007, Wamani et al., 2007*).

The absence of an effect for socioeconomic status on overweight that we found in the current study had also been observed elsewhere (*Kromeyer et al., 1997*). This is probably due to the role played by other intermediate factors as for housing as an example. Housing and urbanity in turn would determine access to appropriate facilities for physical activity in out-door play areas (*Ellaway et al., 2007*). Urbanity was not a significant risk factor in the current study, but the definition used for urbanity depends on a local definition that relies simply on the number of inhabitants living in the area. Dwelling type is a more appropriate proxy measure for urbanism as it represents different residential areas with variable neighbourhood

properties. In the current study, living in appartement could well represent more modern and better planned neighbourhoods, while huts represent a traditional mode of society with safer neighbourhoods and more possibilities for natural playing and outdoor activities.

Living in certain regions, as in Al-Djabal Al-Akhdar and Al Zaouia, were significant risk factors for overweight in the current study. Geographical and climatic influences on the prevalence of obesity in children have been previously suggested (*Dietz & Gortmaker, 1984*). Al-Akhdar is a mountainous area in the east of the country. It is also known to have a high prevalence of stunting (*The Libyan Arab Maternal and Child Health Survey, 1996, El Taguri et al., 2007*). Early stunting would facilitate attaining a higher BMI (*Duran et al., 2006, Hoffman et al., 2000*), an effect that could be potentiated by a diet limited in micronutrients shown to affect linear growth, such as zinc (*Golden & Golden, 1981*). Both obesity and stunting have been associated with zinc deficiency (*Ghayour-Mobarhan et al., 2005, Gibson, 2006*). In mountainous areas of Libya, people consume considerable amount of cereals which contain phytate and fibers. These are known to impair absorption of zinc and iron (*Bwibo & Neumann, 2003*). Living in a mountain area decreased rather than increased the risk of overweight in a previous study in the Mediterranean region (*Velluzzi et al., 2007*). The other region, Al-Zaouia is a littoral area that has the highest level of bottle feeding and diarrhea in the country (*The Libyan Arab Maternal and Child Health Survey, 1996*). More studies on dietary patterns, life-style, women role in the society, and civil engineering are needed to clarify the increased risk in certain regions in Libya. It is to be noted that both factors (region and stunting) persisted in the multivariate model suggesting that there are other intermediate factors.

As in the current study, obesity has been related to lifestyle of the family including how family members spend their leisure-time and the amount of outdoor activities (*Caballero, 2001*). The study did not specifically

ask for TV watching, but having a TV was not a risk factor of obesity in the current study.

The increased gastrointestinal symptoms as diarrhea with increasing BMI noticed in the current study, has been noticed previously. The mechanism(s) of this association require(s) further investigation(s) (*Delgado-Aros et al., 2004*).

Breast milk contains the mix of nutrients that is best suited to the infant's metabolism. After an initial period of exclusive breastfeeding, supplementary foods should be introduced appropriately into the child's diet (*Brennan et al., 2004*). Breast feeding and delayed introduction of complementary feeding seemed to have beneficial effects on overweight in many (*von Kries et al., 2000 , Zive et al., 1992 , Kramer et al., 1985*) but not in all studies (*Burdette et al., 2006*). There is also a debate as to the most suitable age that supplements should be first given (*Reilly & Wells, 2005*). In the current study, breast feeding for more than six months was required to decrease risk of overweight. Inappropriate feeding practices as early or late introduction of solid foods, and sudden weaning also increased risk for obesity. The increased risk of early feeding may be due to excessive early intake of proteins (*Rolland-Cachera et al., 1995, Scaglioni et al., 2000*), or fat (*McGloin et al., 2002*) or both (*Skinner et al., 2004*). Some of the relations between dietary risk factors and obesity may only develop over years (*Atkin & Davies, 2000, Jago et al., 2005*). Even though dietary factors have been associated with overweight in older children, these associations were absent in the few studies that have been conducted in young children (*Reilly et al., 2005, Jago et al., 2005, Atkin & Davies, 2000*).

In the current study, some of the various determinants for overweight in underfive children in Libya have been identified. In spite of the large number of potential risk factors included in the survey questionnaires, only few risk factors were retained. The many variables that were used in regression analysis would increase the probability of missing a true

association but is unlikely to induce a false significant relation. The set of factors identified included individually or group modified factors and also non-modifiable ones. These would occupy different positions in the causation web. Such complex interrelated factors are better represented by a model (*Kirkwood & Stern, 2003*). What ever construction is used in these cases would be arguable. The best guess model should be based on chronological sequence. We used here a model that follows principally the UNICEF framework for nutritional disorders. The framework was developed in 1990 as a part of the UNICEF nutritional strategy. The framework provides a holistic and pragmatic approach. It classifies the causes of nutrition into three categories that account for the complexity of the nutritional status of children. These are basic causes at the societal level, underlying causes at the household/family level, and immediate causes (*UNICEF, 1990*). The model presented here would help to identify possible pathways, but should be interpreted from an exploratory point of view (*Bar-Yam, 2006*).

Conclusion

The current cross-sectional study showed the importance of early life effects, stunting, familial conditions, poor civil engineering and complementary feeding practices. Interventions are advocated earlier in infancy and during the toddler years to tackle the increasing prevalence of obesity and should include early life education on proper nutrition and weaning practices. These should probably start in the antenatal period. More research is needed to understand the role of adverse maternal conditions and the different levels of risk in certain residential and geographical areas.

References:

- UNICEF. Multiple Indicators Cluster Sample Surveys (MICS): Monitoring the situation of children and women. MICS2 Questionnaire. <http://www.childinfo.org/MICS2/finques/M2finQ.htm>. 14 novembre 2007.

- Arab Maternal and Child Health Survey. 1995. The Pan Arab Project for Child Development (PAPChild). League of Arab States.
- Atkin LM, Davies PS. 2000. Diet composition and body composition in preschool children. *Am J Clin Nutr* 72:15-21.
- Bar-Yam Y. 2006. Improving the effectiveness of health care and public health: a multiscale complex systems analysis. *Am J Public Health* 96(3):459-66.
- Brennan L, McDonald J, Shlomowitz R. 2004. Infant feeding practices and chronic child malnutrition in the Indian states of Karnataka and Uttar Pradesh. *Econ Hum Biol* 2(1):139-58.
- Burdette HL, Whitaker RC, Hall WC, Daniels SR. 2006. Breastfeeding, introduction of complementary foods, and adiposity at 5 y of age. *Am J Clin Nutr* 83(3):550-8.
- Bwibo NO, Neumann CG. 2003. The need for animal source foods by Kenyan children. *J Nutr* 133(11 Suppl 2):3936S-3940S.
- Caballero B. 2001. Introduction. Symposium: Obesity in developing countries: biological and ecological factors. *J Nutr* 131(3):866S-870S.
- World Health Organization. 2006. Child Growth Standards. <http://www.who.int/childgrowth/en/>. 31 August 2008.
- De Onis M, Blossner M. 2000. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J Clin Nutr* 72(4):1032-9.
- Delgado-Aros S, Locke GR 3rd, Camilleri M, Talley NJ, Fett S, Zinsmeister AR, Melton LJ. 2004. Obesity is associated with increased risk of gastrointestinal symptoms: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 99(9):1801-6.
- Dietz WH Jr, Gortmaker SL. 1984. Factors within the physical environment associated with childhood obesity. *Am J Clin Nutr* 39(4):619-24.
- Doak CM, Adair LS, Bentley M, Monteiro C, Popkin BM. 2005. The dual burden household and the nutrition transition paradox. *Int J Obes (Lond)* 29(1):129-36.
- Duran P, Caballero B, de Onis M. 2006. The association between stunting and overweight in Latin American and Caribbean preschool children. *Food Nutr Bull* 27(4):300-5.
- EL-Tajouri RF. 1979. Cross sectional study of growth in urban pre-school children in Libya [Ph.D. Dissertation]: University of Zurich.

- El Taguri A, Rolland-Cachera MF, Mahmud SM, Elmrzougi N, Abdel Monem A, Betilmal I, Lenoir G. 2007. Nutritional status of under-five children in Libya: a national population-based survey. *Libyan J Med AOP*: 071006.
- Ellaway A, Kirk A, Macintyre S, Mutrie N. 2007. Nowhere to play? The relationship between the location of outdoor play areas and deprivation in Glasgow. *Health Place* 13(2):557-61.
- General People's Committee for Health and Environment. 2006. Statistical Report on Health for the year 2005. Center of Information and Documentation, Tripoli, Libya.
- Ghayour-Mobarhan M, Taylor A, New SA, Lamb DJ, Ferns GA. 2005. Determinants of serum copper, zinc and selenium in healthy subjects. *Ann Clin Biochem* 42(Pt 5):364-75.
- Gibson RS. 2006. Zinc: the missing link in combating micronutrient malnutrition in developing countries. *Proc Nutr Soc* 65(1):51-60.
- Ginsberg-Fellner F, Jagendorf LA, Carmel H, Harris T. 1981. Overweight and obesity in preschool children in New York City. *Am. J. Clin. Nutr.* 34: 2236-41.
- Golden MH, Golden BE. 1981. Trace elements. Potential importance in human nutrition with particular reference to zinc and vanadium. *Br Med Bull* 37(1):31-6.
- Hernandez B, Uphold CR, Graham MV, Singer L. 1998. Prevalence and correlates of obesity in preschool children *J Pediatr Nurs* 13:68-76.
- Hoffman DJ, Sawaya AL, Verreschi I, Tucker KL, Roberts SB. 2000. Why are nutritionally stunted children at increased risk of obesity? Studies of metabolic rate and fat oxidation in shantytown children from Sao Paulo, Brazil. *Am J Clin Nutr* 72(3):702-7.
- HJago R, Baranowski T, Baranowski JC, Thompson D, Greaves KA. 2005. BMI from 3–6 y of age is predicted by TV viewing and physical activity, not diet. *Int J Obes* 29:557- 64.
- James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. 2001. The worldwide obesity epidemic. *Obes Res* 9 Suppl 4:228S-233S.
- Jouret B, Ahluwalia N, Cristini C, Dupuy M, Nègre-Pages L, Grandjean H, Tauber M. 2007. Factors associated with overweight in preschool-age children in southwestern France. *Am J Clin Nutr* 85:1643–9.

- Kadiki OA, Roaid RB. 2001. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in Benghazi Libya. *Diabetes Metab* 27(6):647-54.
- Kirkwood B, Stern J. 2003. *Essential Medical Statistics*. 2ed. Malden: Black well science.
- Knittle JL, Timmers K, Ginsberg-Fellner F, Brown RD, Katz DP. 1979. The growth of adipose tissue in children and adolescents. Cross-sectional and longitudinal studies of adipose cell number and size. *J Clin Invest* 63:239-46.
- Kramer MS, Barr RG, Leduc DG, Boisjoly C, McVey-White L, Pless IB. 1985. Determinants of weight and adiposity in the first year of life. *J Pediatr* 106(1):10-4.
- Kromeyer K, Hauspie RC, Susanne C. 1997. Socioeconomic factors and growth during childhood and early adolescence in Jena children. *Ann Hum Biol* 24(4):343-53.
- Locard E, Mamelle N, Munoz F, Miginiac M, Billette A, Rey S. 1992. Life style of children and obesity in a population of 5-yearold children. *Rev Epidemiol Sante Publique* 40:460-466.
- Maffeis C. 2000. Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 159 Suppl 1:S35-44.
- Maire B, Lioret S, Gartner A, Delpuech F. 2002. [Nutritional transition and non-communicable diet-related chronic diseases in developing countries]. *Sante* 12(1):45-55.
- Martorell R, Kettel Khan L, Hughes ML, Grummer-Strawn LM. 2000. Overweight and obesity in preschool children from developing countries. *Int J Obes Relat Metab Disord* 24(8):959-67.
- McGloin AF, Livingstone MB, Greene LC, Webb SE, Gibson JM, Jebb SA, Cole TJ, Coward WA, Wright A, Prentice AM. 2002. Energy and fat intake in obese and lean children at varying risk of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 26(2):200-7.
- MGRS. 2006. Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl* 450:7-15.
- Mo-suwan L, Geater AF. 1996. Risk factors for childhood obesity in a transitional society in Thailand. *Int J Obes Relat Metab Disord* 20:697-703.
- Moore LL, Gao D, Bradlee ML, et al. 2003. Does early physical activity predict body fat change throughout childhood? *Prev Med* 37:10-7.

- Moore TR. 2004. Adolescent and adult obesity in women: a tidal wave just beginning. *Clin Obstet Gynecol* 47(4):884-9; discussion 980-1.
- Murray CJ, Lopez AD. 1996. Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 274(5288):740-3.
- Neville KA, Walker JL. 2005. Precocious pubarche is associated with SGA, prematurity, weight gain, and obesity *Arch Dis Child* 90:258-61.
- Padez C, Mourao I, Moreira P, Rosado V. 2005. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatr* 94:1550-7.
- Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. 2005. Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 330:1357- 63.
- Reilly JJ, Wells JC. 2005. Duration of exclusive breast-feeding: introduction of complementary feeding may be necessary before 6 months of age. *Br J Nutr* 94(6):869-72.
- Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Akrouf M, Bellisle F. 1995. Influence of macronutrients on adiposity development: a follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 19(8):573-8.
- Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Sempe M, Guilloud-Bataille M, Patois E. 1984. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr* 39:129-135.
- Scaglioni S, Agostoni C, Notaris RD, Radaelli G, Radice N, Valenti M, Giovannini M, Riva E. 2000. Early macronutrient intake and overweight at five years of age. *Int J Obes Relat Metab Disord* 24(6):777-81.
- Skinner JD, Bounds W, Carruth BR, Morris M, Ziegler P. 2004. Predictors of children's body mass index: a longitudinal study of diet and growth in children aged 2-8 y. *Int J Obes Relat Metab Disord* 28(4):476-82.
- Stettler N, Tershakovec AM, Zemel BS, Leonard MB, Boston RC, Katz SH, Stallings VA. 2000. Early risk factors for increased adiposity: a cohort study of African American subjects followed from birth to young adulthood. *Am J Clin Nutr* 72(2):378-83.
- Strauss RS. 1997. Effects of the intrauterine environment on childhood growth. *Br Med Bull* 53(1):81-95.

The Libyan Arab Maternal and Child Health Survey. 1996. League of Arab States - The Pan Arab Project for Child Development: Principle Report. The General People's Committee for Health and Social Affairs, Sert, Libya.

- UNICEF. 1990. Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. New York: Oxford University Press.
- Velluzzi F, Lai A, Secci G, Mastinu R, Pilleri A, Cabula R, Rizzolo E, Cocco PL, Fadda D, Binaghi F and others. 2007. Prevalence of overweight and obesity in Sardinian adolescents. *Eat Weight Disord* 12(2):e44-50.
- Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E. 2000. Does breast-feeding protect against childhood obesity? *Adv Exp Med Biol* 478:29-39.
- Wabitsch M. 2000. Overweight and obesity in European children and adolescents: causes and consequences, treatment and prevention. An introduction. *Eur J Pediatr* 159 Suppl 1:S5-7.
- Wamani H, Astrom A, Peterson S, Tumwine J, Tylleskar T. 2007. Boys are more stunted than girls in Sub-Saharan Africa: a meta-analysis of 16 demographic and health surveys. *BMC Pediatrics* 7(1):17.
- Zive MM, McKay H, Frank-Spohrer GC, Broyles SL, Nelson JA, Nader PR. 1992. Infant-feeding practices and adiposity in 4-y-old Anglo- and Mexican-Americans. *Am J Clin Nutr* 55(6):1104-8.

Determinants of Unmet Need for Family Planning in Uganda (1995-2006)¹

Catherine Mbabazi²

I- Introduction

Globally, family planning is recognized as the most effective way of preventing maternal deaths and ensuring good health status of the mother and child, yet an estimated 137 million women worldwide have an unmet need for family planning. These women want to avoid pregnancy but are not currently using any family planning method. Internationally, unmet need is categorized into two groups; the first, is for those women who wish to wait at least two years or more until their next pregnancy (spacing) and the second, is for those women who want to stop childbearing altogether (limiting). About 55 percent of the women in the world have unmet need for spacing while, those with unmet need for limiting are estimated at 45 percent. The greatest unmet need for family planning is experienced in the Sub Saharan Africa, while the other regions of the world are experiencing generally lower unmet need since most women have access and currently using family planning services, (*Rhonda Smith et al, 2009*).

In Sub-Saharan Africa, about 35 million women want to delay or stop childbearing but are not using any method of contraception. Overall, only 18 percent of currently married women in sub-Saharan Africa use modern methods of family planning. Out of the 31 countries where this indicator is collected, at least one-fifth of married women aged 15-49 have unmet need in 28 countries. Examples in sub Saharan Africa include Comoros, Ethiopia, Ghana, Lesotho, Senegal and Maintain where one third of the women have unmet need. In the three countries of Uganda, Rwanda and Togo alone, about 40% of the women have an unmet need (*Rhonda Smith et. al, 2009*).

¹ A Paper Submitted to the Demographic Centre in Partial Fulfillment for the Requirement of General Diploma in Demography 2011.

² Researcher at Cairo Demographic Center , From Uganda.

The recent DHS from East African region showed that Uganda had the highest unmet need for family planning compared to Kenya (25.6%), Tanzania (25.3%) and Rwanda (37.9%).

Uganda is one of the countries with fastest population growth rates in the world (3.2%) per annum and persistently high total fertility rate of 6.7 children per woman (*United Nations Population Division [UNPD], 2005*), yet still experiencing one of the highest unmet need for family planning and low contraceptive use. The UDHS revealed that unmet need increased from 29 percent in 1995 to 35 percent in 2000-01 and 40.6% in 2006 (*UDHS, 2006*). Similarly, the need for spacing and limiting followed the same trend. Currently, 25% of the women have unmet need for spacing births while 16 percent is for limiting. This increased from 18 percent for spacing and 11 percent for limiting.

The findings of the demographic Health Survey 2000-01 showed that about two of every five births were unplanned in the five years preceding the survey (*UBOS and ORC Macro, 2001*). According to the study by Singh et al., (2005) revealed that one in five pregnancies in 2003 ended in an abortion in Uganda (*Singh et al., 2005*). Similarly, a study by Guttmacher Institute 2009, found out that 56 per cent (519,000) of all pregnancies in Uganda every year are unintended.

1.1 Importance of the Study

Available literature in Uganda indicates that, high and persistent unmet need for family planning has resulted into a number of unintended pregnancies, occurring each year. The road map for acceleration of the reduction of Maternal and neonatal mortality and morbidity in Uganda (2007-2015), state that family planning is one of the most cost effective means to lower maternal mortality rates because it reduces the risk of exposure to pregnancy and death, as well as reducing the incidence of abortion by averting unwanted or un intended pregnancies.

Further studies in Uganda indicate that meeting just half of the unmet need (41%) and increase current use of family planning by half (50%)

would result in reduction of fertility from the current level of 6.7 to 4.0 Children per woman (*Khan et al, 2008*) in addition to fewer unintended pregnancies each year, which would lead to 152,000 fewer induced abortions and 1,600 fewer maternal deaths (*Guttmacher, 2009*).

Despite the overwhelming need for family planning services, there is still lack of national consensus to practice family planning. This is reflected in contradicting arguments that emerge from political and religious leaders about role of family planning in socioeconomic development and improving maternal and child health. As a result there is inadequate government financial support for family planning programs. The governments' contribution towards funding family planning is negligible. It is less than 5% of the health sector's budget (*Malinga & Liz Ford, 2009*).

This study, therefore, seeks to investigate the reasons behind the increasing trend of unmet need for family planning over the past 18 years and to understand the characteristics of currently married women who have unmet need, their demographic distribution and causes preventing them from using the available family planning methods in spite of the expressed desire or need. The findings of this study will guide policy and decision makers at various levels to put in place appropriate policy frameworks and programmatic strategies for addressing the increasing unmet need for family planning and step up family planning utilization so that Uganda registers an increase in contraceptive prevalence.

1.2 Objectives of the Study

The overall objective of the study is to investigate the reasons behind persistently increasing trend of unmet need for family planning in Uganda and identify the major factors for the observed trends. Specific objectives include the following:-

1. To describe the levels and trends of the unmet need in Uganda.
2. To identify socioeconomic and demographic differentials of the unmet need.
3. To investigate the determinants of unmet need for family planning.

1.3 Data Sources and its Limitations

The research study is mainly based on secondary data of a series of Uganda Demographic and Health Surveys (UDHSs) for the years 1995, 2000-01 and 2006 for levels and trends, while the raw data from UDHS 2006 used for analysis of differentials and determinants of unmet needs.

The Uganda Demographic Health Survey 2006 selected a total sample of 9,864 households for the survey, of which 9,099 were found to be occupied during data collection. Of these existing households, 8,870 were successfully interviewed, where 9,006 women were identified as eligible for the individual interview. Interviews were completed with 8,531 women. It is also important to note that the UDHS, 2006 included in the sample all women of reproductive age who were currently sexually active, in union, legally married and ever married women.

However, this study selected a total of 5337 of only currently married women of reproductive age (15-49) who are fecund, and have unmet need for family planning. The currently married women include those who are legally married and those who are living together (in union) but not legally married according to the laws of Uganda.

Regarding limitations of data sources, it is important to note that the data used is subjected to sources of errors inherent survey data.

1.4 Methodology of the Study

To achieve the objectives of the study, both descriptive and multivariate analysis is used. Descriptive analysis technique is employed to assess the levels, and differentials of the unmet need, using cross tabulation between unmet need for family planning as dependent variables and the selected demographic, and socio- economic respondent's background as independent variables.

An in-depth analysis using logistic regression model has been applied to identify the major demographic and socio-economic determinants of unmet needs for family planning using UDHS, 2006 raw data file.

The following logistic model has been considered:

$$\frac{P_i}{1 - P_i} = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}$$

Where;

\ln : the natural logarithm to the base e ($e=2.718$)

P_i : the probability of unmet needs

X_i : the independent variables

β_i : the net effect of the i^{th} variable on the log odds of UN

β_0 : the constant term

$i = 1, 2, 3, \dots, n$

The probabilities of having unmet need (P_i) are calculated using the formula:

$$P(E_i) = \frac{e^{Z_i}}{1 + e^{Z_i}}$$

Where;

E_i : the i^{th} event of unmet needs occurrence

Z_i : the linear combination of the independent variable.

$$Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$$

e^{Z_i} : The Odds ratio

β_i : the Corresponding coefficient.

1.5 Definition of Unmet Need for Family Planning and other Operational definitions.

Definition of unmet need for family planning: - According to the United Nations Population (2009), the unmet need for family planning is the number of women with unmet need for family planning expressed as a percentage of women of reproductive age who are married or in union.

Women with unmet need are those who are fecund and sexually active but are not using any method of contraception, and report not wanting any more children or wanting to delay the birth of their next child.

Met Need:- Women who are currently using a family planning method are considered to have a met need for family planning.

Total Demand: - is the sum of the total unmet need and total current use.

Total demand satisfied (percentage) is calculated by dividing the total current use by the total demand multiplied by 100.

1.6 Country Background

Uganda is located in East Africa and lies across the equator, about 800 kilometers inland from the Indian Ocean. It lies between 10 29' South and 40 12' North latitude, 290 34 East and 350 0' East longitude. The country is landlocked, bordered by Kenya in the East; Sudan in the North; Democratic Republic of Congo in the West; Tanzania in the South; and Rwanda in South West. It has an area of 241,038 square kilometers, of which the land area covers 197,323 square kilometers and water covers 43,938 sq km.

Administratively the country is currently divided into over 100 districts. The districts are sub divided into lower administrative units. These are counties, sub-counties and parishes. In addition to the administrative system, Uganda has a parallel Local Governments System at different levels. These are LC V (District); LC IV (County/Municipality); LC III (Sub – County); LC II (Parish); and LC I (Village). The role of the local governments is to implement and monitor government programmes at the respective levels.

Like any other developing country, Uganda is still faced with the challenge of rapidly increasing population growth rates in addition to poor demographic and socioeconomic indicators as shown in table (1).

Table (1): Demographic and Socioeconomic Indicators in Uganda.

Demographic and Socioeconomic Indicators	2010
Population Size (Millions)	33
Population Growth Rate (%)	3.2
Total Fertility Rate	6.7
Population under 15 years	49.3
Teenage Pregnancy Rate (%)	25
Contraceptive Prevalence Rate (%)	24
Modern Contraceptive Use (%)	18
Unmet need for family planning (%)	41
Maternal Mortality Ratio (per 100,000 live births)	435
Infant Mortality Rate (per 1000 live births)	76
Child Mortality Rate (per 1000 live births)	137
Life Expectancy	50.4
HIV/AIDS Prevalence Rate (%)	6.4
Literacy Rate (%) for 6+	69
Total Area (Square Kilometers)	241,038
Land Area (Square Kilometers)	197,323
Land area covered by forest (Square Kilometers)	49,568
Area covered by Water (Sq km)	43,938

Sources: Uganda Population & Housing Census 2002 and UDHS 2006

1.7 Literature Review

A lot of studies have been conducted in the area of the unmet need for family planning in the world today. Many of the studies especially in developing countries revealed that causes of unmet need are complex have long shown an inconsistency in women's responses in that a significant number of women say that they do not want another child but are not using any method of contraception. The studies revealed a range of obstacles and constraints that can undermine a woman's ability to act on her childbearing preferences. These include fear of side effects of contraceptive methods, rumors and misconceptions from those who have experienced some side effects, fear their husband's disapproval or opposition from women themselves due to religious or personal reasons as well as lack knowledge about contraceptive methods or where to get them (Lori Ashford, 2003).

Magdi Abdel Ibrahim (1993), in his study of “levels, trends and determinants of the KAP-GAP or the unmet need for contraception in Egypt” found out that socioeconomic and demographic factors such as current age of the women, number of surviving of children, education of both of women and men, work status, husbands occupation were positively associated with unmet need for contraception.

In Uganda, available literature, indicate various socioeconomic, demographic, cultural and medical or health reasons as factors influencing unmet need for family planning. The following is presentation of literature from some of the studies conducted on unmet need for family planning in Uganda.

Malinga & Liz (2009), in their article “Huge unmet need for contraceptives in Uganda”, reported that some of the challenges contributing to the low uptake for planning services are related education and lack of information on the available options for the women, in addition to frequent stock outs resulting from poor adherence to contraceptive procurement procedures and weak supply chains. There is also lack of skilled personnel to provide long term and permanent methods such as IUD insertion and sterilization at most health centers at lower levels.

Mawajdeh S. (2007) in his study on “Demographic profile and predictors of unmet need for family planning among Jordanian women” indicate that levels of unmet need are highest among the youngest and oldest women, those who have no children or one child, and those with more than four living children. Implying that there is high levels of unmet need for spacing among young women who intend to have more children and high levels of unmet need for limiting among older women who have reached their desired family size.

Ashford L. (2003), in her Policy brief entitled, “Unmet need for family planning: Recent trends and their implications for programs” reported that Uganda’s increasing levels of unmet need may be attributable to changing fertility intentions where more women want to have smaller families or to postpone childbirth without similar increase in the supply and availability of contraceptives.

In the same report, Ashford reported that in the most recent 13 Demographic Health Surveys completed in 1999 and 2000, women gave one or any of the following reasons for not using any method of contraception. The include perceived lack of exposure to pregnancy or infrequently having sex, menopause, breastfeeding, Opposition to family planning (by women, their husbands, or others) which accounted for 20 percent to 30 percent of those surveyed in sub-Saharan Africa. Method-related problems were cited by about one-third of women with unmet need. Problems related to side effects and health concerns were prominent, especially in countries where unmet need is relatively high; cost and access to a lesser extent.

Agyei, W.K., and M. Migadde (1995), in their study entitled “Demographic and socio-cultural factors influencing contraceptive use in Uganda”. This study reported that Partner communication about family planning was likely to be associated with increased current contraceptive use and likelihood of future use.

Judith Bruce and Anrudh Jain (1994), in their documentation of “A decade of research findings from the Demographic and Health Surveys Program on women's lives and experiences”, pointed out that unmet need does not necessarily mean that family planning services are not available. It may also mean that women lack information, or that the quality of the services on offer does not inspire the necessary confidence, or that women themselves have little say in the matter. However, the findings indicate that where family planning services are considered to be strong as in Brazil, Sri Lanka, Thailand, or Viet Nam unmet demand is less than 15% compared to the eight of the sub-Saharan African countries surveyed, where services are weak and unmet need increased to between 30% and 42%.

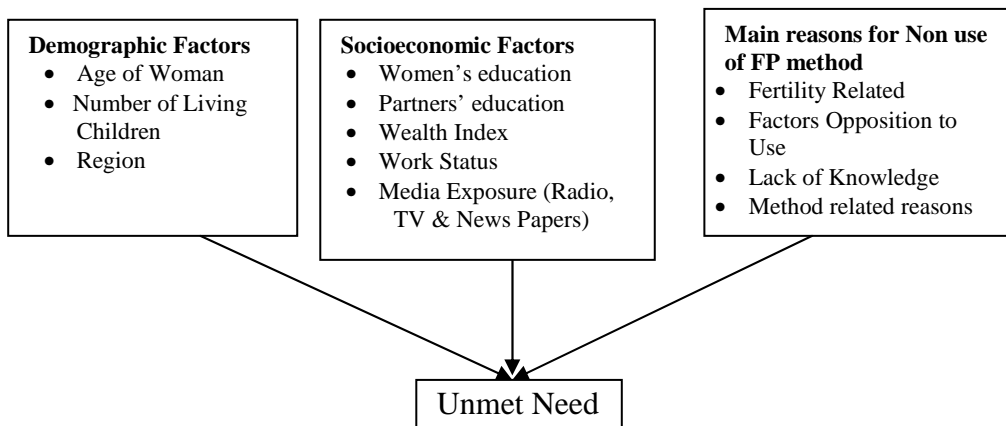
They also reported that availability of a range of methods can increase access hence addressing the unmet need. In their findings, they reported that long-term contraceptive use is usually significantly higher if family planning services offer a choice – not just in the first instance, but over time rather than promoting any one particular method. A study in Indonesia, for example, revealed that 85% of women who had not received the contraceptive of their choice had dropped out of the program within one year; of those who were using the method of their choice, only 25% had dropped out. They concluded that providing a range of methods, competently provided, will attract more users and permit the switching

between methods that is the foundation of satisfied and sustained use of contraceptives. In the same report, they commented that similarly, unwarned-of and unattended side-effects are a major cause of dissatisfaction with family planning services, and of the discontinuation of contraception. This too can only be remedied by better-quality and more client-centered family planning services.

1.8 Conceptual Framework of the Study

The conceptual framework that has been developed by the researcher, describes the interaction between the demographic, social economic factors as well reasons for non use among family planning non users. It shows how the interactions between these factors contribute to unmet need for family planning in Uganda. In this study the dependent variable is unmet need for family planning and the independents are demographic and socioeconomic variables.

Figure (1): Conceptual Framework of Unmet Need for Family Planning in Uganda



1.9 Organization of the Study

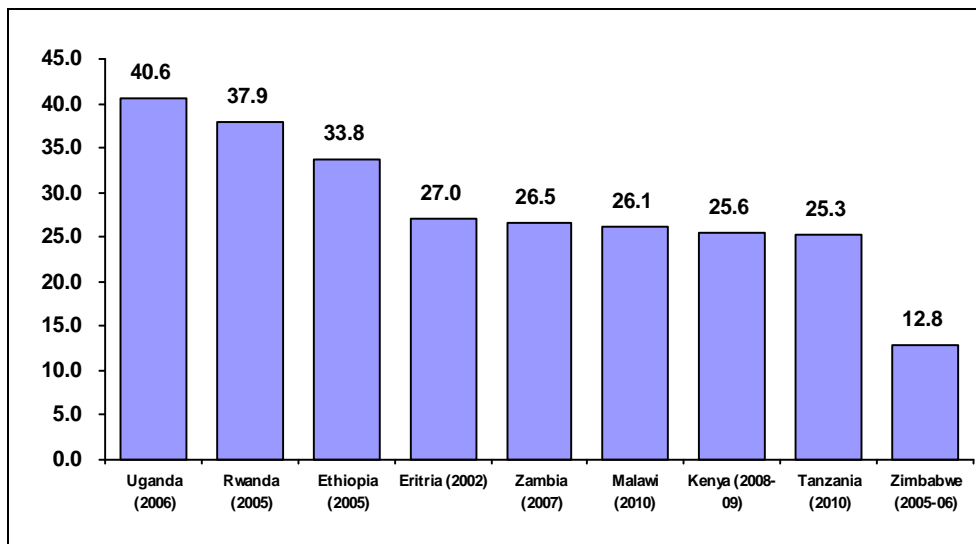
The study report is organized into five sections. The first section presents the introduction, importance of the study, objectives, data sources and methodology, operational definitions and concepts, country background information, literature review conceptual framework and organization of the study.

The second section focuses on the levels and trends of unmet need for family planning. The third one discusses the differentials of unmet need in Uganda and reasons behind the increasing trend of unmet need. The fourth section presents the major determinants of unmet need while the last section is a presentation of conclusion and recommendations.

II. LEVELS AND TRENDS OF UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING IN UGANDA

Uganda is one of the countries in Sub Saharan Africa and particularly in East Africa with a very low contraceptive prevalence rate of 24% for all methods and very high (41%) unmet need for family planning. Although knowledge of at least one method of contraception is almost universal (96%), contraceptive use has remained low creating a wide gap between the demand satisfied and unmet need. Figure (2) shows unmet need for different countries in the region and indicates that Uganda has the highest unmet need among neighbouring countries that recently participated in the Demographic and Health Surveys.

Figure (2)
 Percentage of Currently Married Women (15-49), with Unmet need for Family Planning, DHSs, of different Countries.



Source: DHS of different countries.

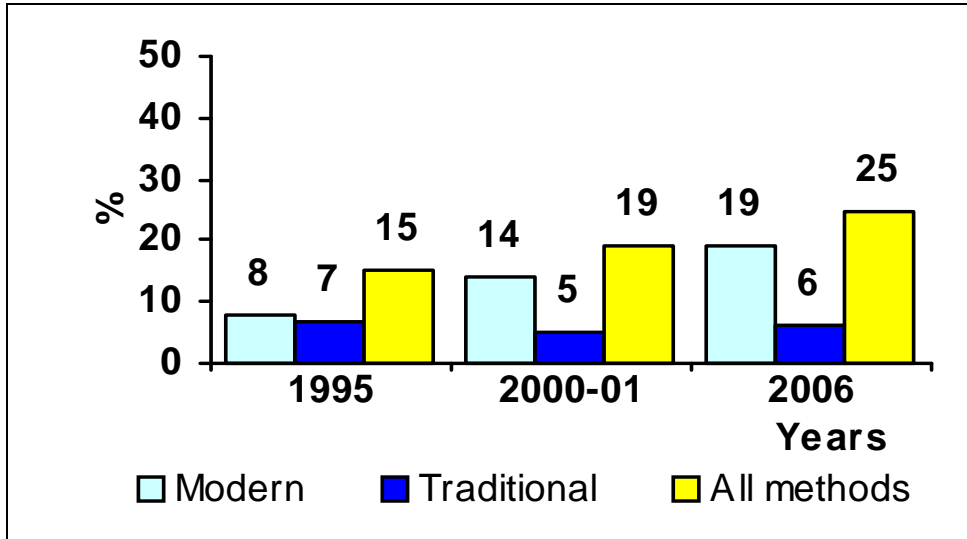
2.1 Levels and Trends of Met and Unmet Needs for Family Planning:

Discussing levels and trends of unmet and met need traces the increase of the unmet need since UDHS 1995 till UDHS 2006. Figure (3) and (4) respectively shows the levels and trends of contraceptive use as met needs, and unmet need for both spacing and limiting according to the findings of the three successive UDHSs, 1995, 2000-01 and 2006.

Figure (3) indicates that the met need through contraceptive use has been steadily increasing but at a slow progress compared to unmet need and demand for family planning. The figure shows an increasing trend for contraceptive use for all methods and modern contraception on one hand and a fluctuating trend for traditional methods on the other hand as indicated in the figure below.

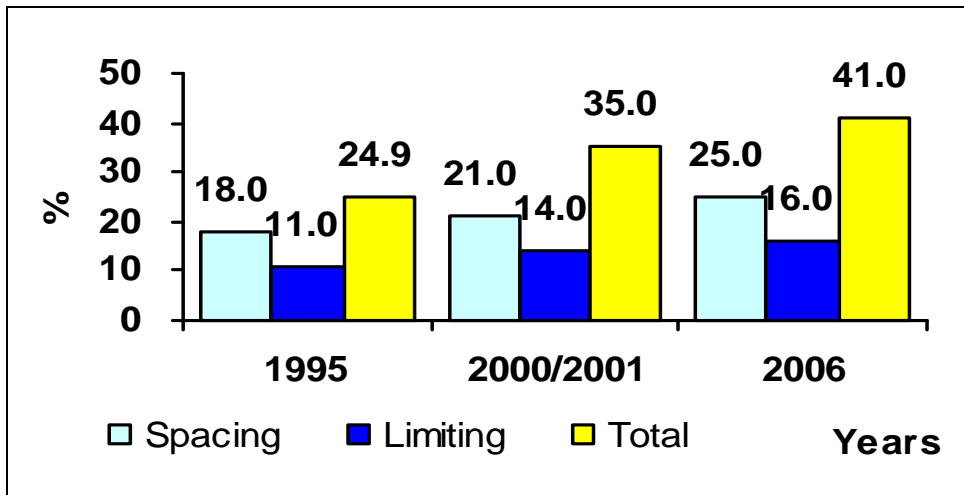
Figure (3)

Contraceptive Use among Currently Married Women (15-49), UDHSs, 1995-2006.



Source: UDHSs 1995, 2000/2001 & 2006.

Figure (4)
Unmet Need for Family Planning for Currently Married Women (15-49),
UDHSs, 1995-2006.



Source: UDHSs 1995, 2000/2001 & 2006.

Regarding the unmet need for family planning, figure (4) traces the percentage for currently married women (15-49) for the period under study (*UDHSs 1995, 2000-01 & 2006*). It shows an upward trend for the unmet need in Uganda. The total unmet need among currently married women increased by 16.1 percentage point, from 25 percent in 1995 to 41 percent in 2006. Similarly, the unmet need for spacing increased from 18 percent to 25 percent while that for limiting increased from 11 percent to 16 for the period of 11 years.

2.2 Levels and Trends of Satisfied Demand for Family Planning

Total demand satisfied is a measure of successful population and family planning goals in Uganda. Given the current level of unmet need and met need for family planning in Uganda, suggests that only about one third of the total potential demand is satisfied. The UDHS, 2006 reported that total demand for family planning is currently estimated at 64 percent among currently married women while the percentage of total demand satisfied was estimated at 37 percent having nearly stalled over the period between 1995 and 2006 as illustrated in the figure (5).

Figure (5)

Total Demand for Family Planning and Demand Satisfied for Currently Married Women (15-45), UDHSs, 1995-2006

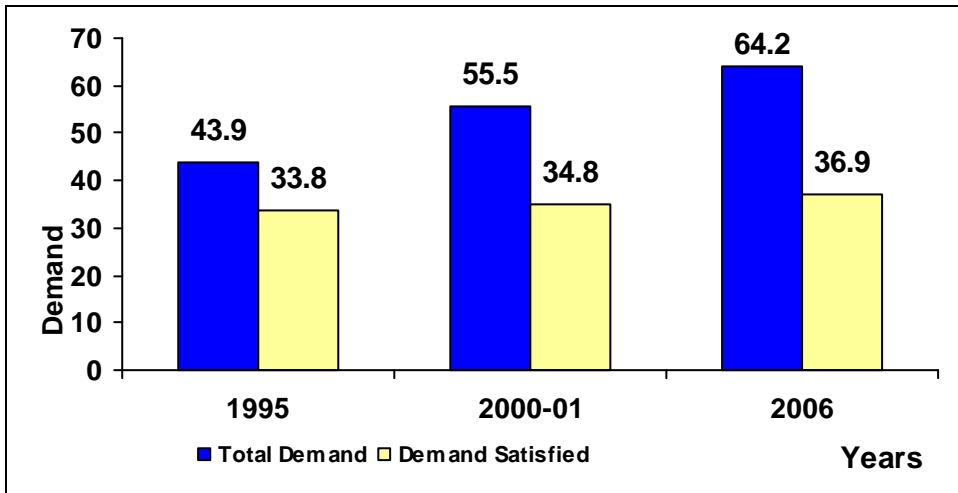


Table (2) presents estimates for the unmet need, met need, and the total demand for family planning services for currently married women from UDHSs 1995, 2000-01 and 2006 according to the place of residence. It shows that there are significant differences in the level of total unmet need and its components as well as the proportion of met need for family planning.

Regarding unmet need to space, the average was about (22%) in rural areas and has steadily been increasing over the years while unmet need to space in urban areas is showing a fluctuating trend. Similarly, unmet need to limit is indicating a fluctuating trend in urban areas while that of rural areas is showing a sharp increase from 11% in 1995 to 17.2% in 2006. The results also indicate that the total demand for family is high in urban areas and is indicating an upward trend over the years in both rural and urban areas. Total demand is indicating a slight increasing trend over the years, from 61.6% in urban areas in 1995 UDHS to 70.1% in UDHS 2006 while in rural areas the total demand increasing faster than in urban, it increased from 41.4% in UDHS 1995 to be 63.3% in UDHS2006.

The table also indicates that the demand satisfied among currently married women fluctuated between 55.8 percent and 63.5 percent of in urban areas over the observed period while that of rural areas steadily increase across the years. Similarly, the satisfied demand for spacing in urban shows a fluctuating trend over the observed three successive Uganda Demographic Health Surveys while that of rural areas steadily increased but at a slow progress with only 2 percentage points increase. The satisfied demand for limiting in urban areas fluctuated between 70 and 68 percent over the years while limiting in rural areas also followed a similar pattern.

Table (2)

Percentage of Currently Married Women with Satisfied Demand for Family Planning according to place of residence, UDHS, 1995, 2000-01 & 2006.

	1995		2000/2001		2006	
	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural
Unmet Need for Family Planning						
Spacing (A)	18.9	18.2	14.6	22.4	18.5	25.4
Limiting (B)	8.3	11	10.4	15.4	8.5	17.2
Total (C)	27.2	29.2	25.0	37.8	27.0	42.6
Current Use of Family Planning						
Spacing (D)	15.4	5.8	21.1	7.5	22.7	9.2
Limiting (E)	19	6.4	22.4	8.4	20.4	11.5
Total (F)	34.4	12.2	43.5	15.9	43.1	20.7
Total Demand for Family Planning						
Spacing (A+D)	34.3	24	35.7	29.9	41.2	34.6
Limiting B+E	27.3	17.4	32.8	23.8	28.9	28.7
Total (C+F)	61.6	41.4	68.5	53.7	70.1	63.3
Percentage of Demand Satisfied						
Spacing $D/(A+D)*100$	44.9	24.2	59.1	25.1	55.1	26.6
Limiting $B/(B+E)*100$	69.6	36.8	68.3	35.3	70.6	40.1
Total $F/(C+F)*100$	55.8	29.5	63.5	29.6	61.5	32.7

Source: UDHS 1995, 2000-01 & 2006.

III. REASONS FOR HIGH UNMET NEED IN UGANDA

There are different reasons that prevent currently married women to use family planning methods. All currently married women who said that they were not currently using a method and said they don't intend to use one in future, were asked to mention the main reason for not using. This information is important in identifying the major obstacle towards use and how to address them. In Uganda, the reasons for non use are categorized into four major groups, namely; Fertility related reasons, opposition to use, lack of knowledge, and method related reasons and others.

3.1 Trends of Reasons Among Non-users

Trends for the reasons behind non use of family planning methods for the three successive UDHSs are discussed and presented in this section. Table (3) presents the percentage of currently married women who were not using a contraceptive method and who did not intend to use in the future by main reason for not using or intending to use according to the three successive surveys 1995, 2000-01 and 2006.

Table (3) shows that, among the reasons for not using contraceptives, the fear of side effects and other health related reasons have increasingly become major reasons for not intending to use family planning. The fear of side effects increased from 4.5 % in 1995 to 26% in 2006 followed by sub-fecund or infecundity and opposition from women respectively. The trends also show that desire for more children, opposition from husband/ partner and religious opposition is dropping. The results present an opportunity for family planning programme, in that if the side effects are addressed and measures put in place to address the high demand, Uganda can go along way in reducing unmet need for family planning consequently leading to reduction of current level of total fertility rate and population growth rate.

Table (3)

Percentage of Currently Married Women (15-49) with Unmet need by Reasons for non-use, UDHSs (1995, 2000-01 and 2006).

Reasons for not using	1995	2000-01	2006
Fertility-related reasons			
Infrequent sex/no sex	1.8	6.0	6.8
Menopausal/had hysterectomy	7.2	5.7	6.5
Sub-fecund/infecund	12.4	23.3	17.3
Wants as many children as possible	37.0	10.6	6.9
Opposition to use			
Respondent opposed	5.6	4.0	9.8
Husband/partner opposed	6.6	6.8	4.7
Others opposed	0.2	0.1	0.2
Religious prohibition	3.1	3.5	2.8
Lack of knowledge			
Knows no method	8.3	3.1	4.8
Knows no source	5.6	1.8	0.7
Method-related reasons			
Health concerns	1.3	5.8	6.3
Fear of side effects	4.5	17.6	26.0
Costs too much	1.4	1.6	0.7
Inconvenient to use	0.2	1.0	0.3
Interfere with body's normal processes	0.7	1.7	1.2
Other	2.9	5.3	4.4
Don't know	0.8	1.7	0.7
Total	100.0	100.0	100.0
Number of respondents	1,674	1,056	1,198

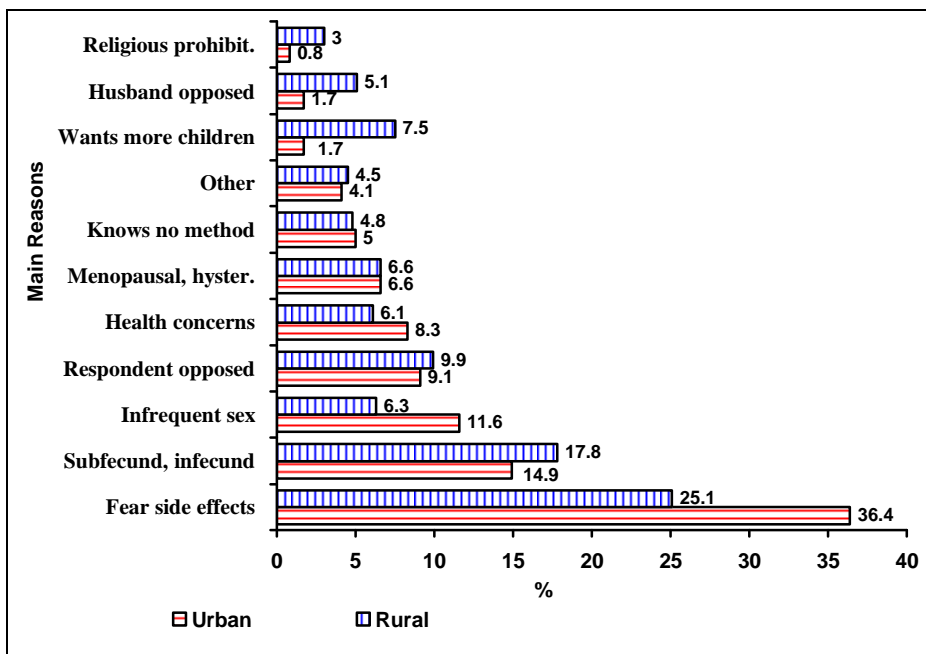
Source: UDHS, 1995, 2000-01&2006

3.2 Reasons of Unmet Need among Non Users by Place of Residence in 2006

In the previous sub-section, trends for various reasons that influence women to use any method of family planning are discussed according to 3 UDHS. Figure (6) presents some of the reasons collected by the Uganda Demographic Health Survey, 2006 regarding non use of family and intention not to use in future.

Figure (6) indicates that for both rural and urban areas, the main leading reason for non use of any family planning method is fear of side effects. The others reasons are sub fecund or infecund, infrequent sex, respondent opposition and health concerns. The least are religious opposition, lack of knowledge among others. The reasons for none uses of family planning in Uganda were found to be significant with place of residence using Chi-square test.

Figure (6)
 Percent Distribution of Currently Married Women (15-49) who are not Using Family Planning and do not Intend to Use in Future by Main Reason for not Intending to Use according to Place of Residence, UDHS 2006.



Source: UDHS, 1995, 2000-01&2006

IV. UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING DIFFERENTIALS IN UGANDA

In this section results from the cross tabulations of unmet need for family planning by socioeconomic and demographic background characteristics of currently married women according to the place of residence are discussed. The chi square test was used to determine the level of significance and the degree of association between the independent variables (demographic and socioeconomic) and dependent variable (unmet need for family planning). The independent variables include age of women,

number of children, region, level of education, partner's education, wealth index, work status, media exposure.

4.1 Demographic Differentials

The demographic differentials revealed that, there are urban-rural differences in total unmet need for family planning. Differentials for place of residence with respect to age indicated that women in urban areas have lower total unmet need for family planning (27.8%) than their counterpart of rural (43.3%). The demographic by unmet need variables showed statistical significance with place of residence.

The age of the woman showed a positive relationship between unmet need. Table (4) indicates that the total unmet need for family planning increased with increasing age in both rural and urban areas. It increased from 24.1 to 33.0 percent for women aged 15-24 and 35-49 respectively in urban areas while in rural areas it was 40.2 to 45.3 for same age groups respectively. As expected, the unmet need to space is also negatively related with current age of the woman, it decreases as age of the mother increases. On the other hand, unmet need for limiting child births is positively (high) related, it increases with increasing age of the women. This is demographically proved that women aged (35+) have already obtained their desired fertility while young women prefer spacing since they have not attained their desired fertility.

Urban-rural differentials for number of living children indicated a positive relationship with total unmet need for family planning. It increases with increase in parity in both rural and urban areas. Differences concerning the components of unmet need, reveals that unmet need to space was highest among currently married women who had less than 3 children in both rural and urban areas, (31% and 32.1 respectively) while unmet need to limit was also positively related, it increased with the number of living children. Forty four percent (44.1%) of the women who had seven and above living children had unmet need to limit in rural areas while in urban was 29.6%

Regional differences further showed that Northern region had the highest total unmet need for both rural and urban areas (50%) and (48%) respectively. Similarly, the northern region was leading region with unmet need for spacing in urban and rural areas as indicated in table (4). The high unmet in the northern region may be result of concentration of the population in internally displaced camps (IDP) with limited services where the reported unmet need is higher than the national average.

Table (4):

Percent of Unmet Need and Met Need for Family Planning among Currently Married Women by Background Characteristics According to Place of Residence, UDHS, 2006.

	Unmet Need for Family Planning				Met Need for Family Planning			
	Spacing %	Limiting %	Total %	Total N	Spacing %	Limiting %	Total %	Total N
Background Characteristics								
Age								
Urban								
15-24	21.0	3.1	24.1	229	35.8	4.4	40.2	229
25-34	20.5	7.3	27.5	302	23.5	21.2	44.7	302
35-49	10.6	22.4	33.0	161	3.1	42.2	45.3	161
Rural								
15-24	35.8	4.4	40.2	1300	13.9	1.5	15.4	1300
25-34	23.5	21.2	44.7	1823	11.6	10.5	22.2	1823
35-49	3.1	42.2	45.3	1461	2.4	22.1	24.5	1461
No of Living Children								
Urban								
0	11.5	3.3	14.8	61	16.4		16.4	61
1-3	21.7	5.3	27.0	374	32.9	12	45.2	374
4-6	16.7	13.2	29.9	204	12.3	37	49.0	204
7+	9.3	29.6	38.9	54	1.9	39	40.7	54
Rural								
0	16.1	0.4	16.5	254	3.5	0.4	3.9	254
1-3	32.1	5.3	37.4	1,883	14.8	3.7	18.5	1,883
4-6	24.9	23.4	48.4	1,625	7.8	15.6	23.4	1,625
7+	12.9	44.1	57.0	821	1.8	25.5	27.3	821
Region								
Urban								
Central	12.9	9.5	22	379	25.9	23	49	379
Eastern	18.8	7.5	26	80	25.0	20	45	80
Northern	34.8	14.8	50	135	11.9	5	17	135
Western	16.5	2.1	19	97	24.7	33	58	97
Rural								
Central	22.0	15.3	37	900	14.1	20	34	900
Eastern	26.6	20.4	47	1,277	8.6	12	20	1,277
Northern	29.8	17.9	48	1,071	4.9	6	11	1,071
Western	22.4	19.1	42	1,337	10.3	11	21	1,337
Total (U)	18.4	9.3	28	691	22.9	21	43	691
Total (R)	25.2	18.4	44	4,585	9.3	12	21	4,585

Source: computed from UDHS, 2006.

4.2 Socio-economic Differentials

Differentials of some selected socioeconomic factors considered in this study included the level of education of the women, partner's education, wealth index, work status and media exposure which includes (heard family planning message from, radio, newspaper and television).

Education is considered to be one of the major factors influencing positively the reproductive health attitudes and practices of women and men as well as their health seeking behavior. Results of this study indicates a negative relationship between education of the respondent and unmet need for family planning, as expected the higher the educational level, the lower the total unmet need for family planning, for both urban and rural areas. The differentials of unmet need by level of education further showed that high unmet need was higher among women with no education in both urban and rural areas (41.3 & 46.9) respectively, followed by those with no education and relatively low among women with secondary education and above. Analysis among the components of unmet need also indicated that unmet need for spacing was higher among women with no education compared to those with secondary education in urban areas but with slight fluctuations in rural areas. There is evidence of association between the level of education and unmet need for family planning.

Partner's Education is also one of the factors that influences use or none of family planning methods. This study revealed that partner's level of education has a negative relationship with unmet need in urban areas while that for rural areas shows a fluctuating trend. Overall, total unmet need with respect to partners education was low (27%) in urban areas and high (43.5%) in rural areas. Differences within the various classification of education indicate that women whose partners had no education experienced high unmet need for family planning in urban areas (47.8) while those with primary education in rural areas experienced high unmet need of 46.1%. Similarly, the level of unmet need to space and to limit is following the same pattern. Partner's education indicated an association with unmet need.

Regarding the wealth index which is the living standard as a socioeconomic of a household where the women live, is associated with unmet need for family planning. The results revealed that women from poor households had higher unmet need, 42 percent in urban and 47.4 percent for rural areas. Overall, unmet need was higher in rural areas than urban.

Work status is one of the empowerment indicators that influence access and utilization of family planning services. It is indicating an association with unmet need and statistically significant in both rural and urban areas. The Women with no work especially in rural areas had high (44.6%) unmet need for planning compared (31%) for those in urban areas. Among the differentials for currently working women the gap for unmet need is much wider especially for women in rural areas (43.5%) compared to urban areas (25.8%).

Table (5)

Percentage of Unmet Need for Family Planning for Currently Married Women by Background Characteristics According to Place of Residence, UDHS, 2006.

	Unmet Need for Family Planning				Met Need for Family Planning			
	Spacing	Limiting	Total	Total N	Spacing	Limiting	Total	Total N
Level of Education								
Urban								
No Education	25.0	16.3	41.3	80	3.8	18	21.3	80
Primary	21.0	10.3	31.4	290	21.0	22	42.8	290
Secondary+	14.2	6.8	21.1	323	29.4	20	49.5	323
Rural								
No Education	21.5	25.4	46.9	1,208	3.9	9.1	13.0	1,208
Primary	27.2	17.2	44.4	2,890	9.6	11.1	20.6	2,890
Secondary+	22.9	8.3	31.2	484	21.7	21.5	43.2	484
Partners Education								
Urban								
No Education	39.1	8.7	47.8	23	4.3	4	8.7	23
Primary	21.9	8.5	30.4	224	21.0	22	43.3	224
Secondary+	14.3	9.7	24.0	413	25.4	21	46.5	413
Rural								
No Education	20.0	20.0	39.9	456	3.3	6.4	9.6	456

Primary	26.2	19.9	46.1	2,926	8.1	11.0	19.1	2,926
Secondary+	24.5	13.4	37.9	1,085	15.4	15.8	31.2	1,085
Wealth Index								
Urban								
Poor	32.0	10.0	42.0	50	12.0	6	18.0	50
Middle	34.8	8.3	43.2	132	9.8	14	24.2	132
Richer	12.7	9.6	22.4	510	27.3	24	50.8	510
Rural								
Poor	28.2	19.2	47.4	2,166	6.5	6	12.9	2,166
Middle	24.1	18.8	42.8	1,903	10.0	14	23.8	1,903
Richer	17.0	14.1	31.1	517	19.0	26	45.1	517

Table (5) Continuous.

	Unmet Need for Family Planning				Met Need for Family Planning			
	Spacing	Limiting	Total	Total	Spacing	Limiting	Total	Total N
Work Status								
Urban								
Not Working	20.4	10.4	30.8	240	29	13	41.7	240
Currently working	17.0	8.7	25.8	446	20	25	44.6	446
Rural								
Not Working	30.2	14.3	44.6	453	12	9	21.0	453
Currently working	24.7	18.9	43.5	4,118	9	12	21.1	4,118
Heard FP on Radio last months								
Urban								
No	24.5	6.0	30.4	184	16.8	20.7	37.5	184
Yes	16.2	10.5	26.6	507	25.0	20.5	45.6	507
Rural								
No	27.5	20.2	47.8	1,907	7.1	7.4	14.5	1,907
Yes	23.6	17.1	40.8	2,672	10.9	14.7	25.6	2,672
Heard FP on Television last months								
Urban								
No	18.9	9.2	28.2	586	22.9	20.6	43.5	586
Yes	14.6	9.7	24.3	103	23.3	20.4	43.7	103
Rural								
No	25.4	18.5	43.9	4,509	9.2	11.5	20.6	4,509

Yes	13.2	14.5	27.6	76	18.4	23.7	42.1	76
Heard FP newspaper last months								
Urban								
No	19.3	9.9	29.3	564	22.2	20.0	42.2	564
Yes	14.2	7.1	21.3	127	26.0	22.8	48.8	127
Rural								
No	25.6	18.9	44.5	4,390	8.7	11.2	20.0	4,390
Yes	16.6	7.8	24.4	193	22.8	21.8	44.6	193
Total (U)	18.4	9.3	28	691	22.9	21	43	691
Total (R)	25.2	18.4	44	4,585	9.3	12	21	4,585

Source: computed from UDHS, 2006

The media exposure factors were also analyzed to determine the extent to which exposure in terms of having heard family planning message from the radio, news paper and television in the last months preceding the survey influenced use of any family planning methods. The chi square test results indicated a statistical significance with radio in both rural and urban, while the television and newspapers were only statistically significant in urban.

For listener ship of radio, unmet need for FP was low (27.7%) in urban areas and high (43.7%) in rural areas. Women who had not heard any family planning message on radio in the last month had high (30.4%) total unmet need in urban areas and (47.8%) in rural areas as shown in tables (5).

The above sections explain the demographic and socio-economic characteristics contributing to high unmet need among currently married women in Uganda according to place of residence. From table (4) and (5) it can be concluded that as unmet need is generally lower in urban areas than in rural areas, then unmet need reduces the met need among women in urban and rural areas increases.

V. DETERMINANTS OF UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING

5.1 Introduction

For better understanding of the socio-economic and demographic determinants of unmet need, it is necessary to look at all covariates of unmet need in a multivariate perspective, and also to observe the impact of determinants of total unmet need. Logistic regression is suitable in this situation as an appropriate statistical model because the logistic function, on which the model is based, provides estimates that lie in the range between zero and one (David G. Kleinbaum)

A number of interrelated factors affect unmet need of family planning in Uganda. Simple two-way cross-tabulations by various characteristics can be misleading sometimes because the apparent effect of characteristics that are correlated with the characteristics under consideration. Therefore, multivariate analysis methods are typically used to control the effect of such potentially confounding variables. Because unmet need of family planning is dichotomous response variable (having unmet need or otherwise), as appropriate multivariate analysis method is the logistic regression.

The logistic regression model may be stated in terms of log odds ratios of an event occurring. The term odds ratio refers to the ratio of probability of occurrence of specific event to the probability of its nonoccurrence. The odds ratio below “1” means a negative effect of an independent variable; an odds ratio above “1” means a positive effect. The interpretation of the results is done in relation to the reference categories. The odds ratio of the reference category is usually equal to one. The P-value is used to identify the significant effects to assess the relative importance of the selected variables in the logistic regression models.

5.2 Definitions and Measurements of Variables

Table (6) presents the definitions and measurements of the independent and dependent variables that are included in the logistic regression model and their categories. The reference categories for each group of variables is selected on the basis least likelihood of influencing the dependent variable (Unmet need for family planning).

Table (6)

Description and Categories of the Labels Entered in Logistic Regression Model.

Variable	Code	Description
Dependent Variable		
Unmet Need for Family Planning		Two categories are represented by one binary variable as follows: 1 = UNMET NEED 0 = MET NEED (Reference)
Independent Variables		
Age of Women	X ₁	Continuous Variable
Education Level	X ₂	2 categories are represented by one binary variable as follows: 1 = Secondary and higher level 0 = otherwise (Reference)
Number of Living Children	X ₃	Continuous Variable
Region	X ₄₁ X ₄₂ X ₄₃	4 categories are represented by 3 binary as Follows X5 = "0" if Central (Ref. Category) 1 = if Eastern, 0 = Otherwise 2 = if Northern ; 0 = Otherwise 3 = if Western ; 0 = Otherwise
Partners Education Level	X ₅	2 categories are represented by one binary variable as follows: 1 = Secondary and higher level 0 = otherwise (Reference)
Wealth Index	X ₆₁ X ₆₂	3 categories are represented by 2 binary as Follows X7 = "0" if Poor (Ref. Category) 1 = if Middle, 0 = Otherwise 2 = if Rich, 0 = Otherwise
Work Status	X ₇	2 categories are represented by one binary variable as follows: 1 = Currently working; 0 = otherwise (Reference)
Place of Residence	X ₈	2 categories are represented by one binary variable as follows: 1 = Rural 0 = Urban (Reference)
Heard FP Message on Radio	X ₉	2 categories are represented by one binary variable as follows:

		1 = Yes 0 = No (Reference)
Heard FP Message on Television	X ₁₀	2 categories are represented by one binary variable as follows: 1 = Yes 0 = No (Reference)
Heard FP Message on Newspaper	X ₁₁	2 categories are represented by one binary variable as follows: 1 = Yes 0 = No (Reference)

Table (7) presents the results of the logistic regression on unmet needs of family planning in Uganda based on the 2006 Demographic Health Survey raw data. The fitted model is good, as the percentage of correctly classified cases is 71.2 percent. This percentage means that, about 71.2 percent of them will be correctly classified according to these characteristics, but some variables are not significant although they affect the overall classification. These variables are {number of living children}, and Regions (Eastern Region)}, and (heard family planning message on TV).

Table (7)

Logistic Regression Coefficients for the determinants of Unmet Need for Family Planning in Uganda, 2006.

Characteristics of Women	Beta	S. E	Sig.	Odds Ratios	Probability
Age of Women	- 0.016	0.007	0.031	0.984	0.496
Education Level	- 0.455	0.077	0.000	0.634	0.388
Number of Living of Children	0.009	0.024	0.697	1.009	0.502
Region		0.117	0.163		
Central (RC)	-	0.117	0.033		
Eastern,	0.164	0.117	0.033	0.849	0.459
Northern	0.242	0.120	0.000	1.274	0.560
Western	0.664	0.117	0.000	1.942	0.660

Partners Education Level	- 0.204	0.09 1	0.02 5	0.815	0.449
Wealth Index		0.14	0.00		
Poor (RC)		4	0		
Middle	0.928	0.12	0.00	2.529	0.717
Rich	0.639	2	0	1.894	0.654
Work Status	- 0.361	0.12 1	0.00 3	0.697	0.411
Place of Residence	0.405	0.13 6	0.00 3	1.500	0.600
Heard FP message on Radio	- 0.335	0.08 6	0.00 0	0.715	0.417
Heard FP message on TV	0.351	0.22 4	0.11 7	1.421	0.587
Heard FP message on Newspaper	- 0.429	0.17 4	0.01 4	0.651	0.394
Constant	0.608	0.32 8	0.06 4	1.837	0.648
Overall Classification 71.2 percent					

Source: Computed from UDHS, 2006

(S.E. = Standard Error, RC = Reference Category, FP = Family Planning), Level of Significance = P< (0.05)

Based on the logistic regression results in the table (7), showing the likelihood of unmet need for family planning is written using the following equation. The equation includes only the variables that the model found to be significant.

$$\ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = 0.608 - 0.016X_1 - 0.455X_2 + 0.242X_{42} + 0.664X_{43} - 0.204X_5 + 0.928X_{61} + 0.639X_{62} - 0.361X_7 + 0.405X_8 - 0.335X_9 - 0.429X_{11}$$

Age of currently married women is one of the demographic factors determining the level of unmet need for family planning. It had a negative effect on unmet need of family planning and was significant at 0.031.

Young ages of women were less likely to have the risk of unmet need than older women, by 1.6 percent, which means a very slight difference, with a probability of .496.

Education of the women is significantly associated with the unmet need for family planning. The result shows that the women who have secondary education and higher are less likely to have the risk of unmet need by 37 percent compared to those with no or primary education, with probability of 0.388.

Regarding Regions, Eastern region is not significant. Women living in Northern and Western Uganda were 1.3 times and 1.9 times respectively more likely to have a high risk of unmet need than those in Central region with probabilities of 0.560 and 0.660. The results may be suggesting that a shift from Central to Northern and Western increases the likelihood of unmet need and vice-versa.

Partner's education level is another factor that is negatively associated with unmet need for family planning with statistical significance of 0.050. Women's husbands, who have secondary education and higher were less likely to have unmet need than those women whose husbands had none or primary education by 18.5 percent with probability of 0.449. The results suggest that partners who are highly educated are likely to have positive attitudes towards use of family planning hence supportive to their spouses.

Wealth index which is the socio-economic status of a household has been found to be a significant factor influencing unmet need for family planning. The result shows a positive relationship between wealth index and unmet need. Women from middle and rich classes are more likely to have high risk for unmet by 2.5 and 1.9 respectively than those classified as poor, with high probabilities of 0.717 and 0.654 respectively.

Work status is also one of the socioeconomic factors that influence use of family planning methods. This study has revealed that working

women are less likely to have unmet need by 30 percent with a probability of 0.411. The results suggest that working status of a woman reduces the risk of having unmet need for family planning by 30 percent.

Place of residence is one the best predictors of unmet need in Uganda. It is positively related and was found to be statistically significant. Women living in rural areas are at a high risk of having unmet needed for family planning with 1.5 times than those of urban areas with probability of 0.600.

Information and education is one of the key factors that influence attitudes of women to make informed decisions about use or non use of family planning. Further analysis of exposure to media with specific reference to radio, television and newspaper revealed that women who had heard family planning messages on radio and newspapers six months preceding the survey were less likely to have a risk of unmet need for family planning than those who had not heard any messages with odds ratio of 29% and 35%; with probabilities of 0.417 and 0.394 respectively.

Finally, it can be concluded that all the above results of the regression model confirm the findings of descriptive analysis part of this study except for the number of living children and eastern region which were significant alone for cross tabulations and later when included in the model with other variables, showed no significance.

VI. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

6.1 Conclusion of the Study

The main objectives of this study were to describe levels and trends, investigate some of the demographic and socioeconomic differentials and determinants of unmet need in Uganda. An attempt has been made to study some of these aspects among currently married women according to the place of residence in Uganda using both bi-variate analysis to determine the degree of association and multivariate analysis to identify the major predictors of unmet need. The following are the main findings of this study;-

- An increasing trend of total unmet need as well as the need for spacing and limiting over a period of 11 years was observed. The total unmet need increased from 25 to 35 percent in 1995 and 2000-01 respectively. In 2006 it was estimated at 41 percent, making it to be one of the highest among African countries. Differentials for total unmet need of family planning and its components according to place of residence revealed that total unmet need among currently married women was more prevalent in rural areas than urban areas. It further showed that unmet need to space was higher in urban areas while that for limiting was higher in rural areas.
- Total demand and satisfied demand indicated an upward trend. The former showed a sharp increase while the later is progressing slowly. It also indicated large disparities between rural and urban areas.
- The study also revealed that fears of side effects was one of the major leading causes explaining why women were not currently using and do not intend to use a method of family planning in future in both urban and rural areas. The trends for the reasons showed that fear of side effects has been increasing over time. It increased from 4.5 percent in 1995 to 26 percent in 2006. Urban-Rural differentials indicated that fear of side effects was higher (36.4%) in urban while that of rural was 25.1%.
- Among the specific demographic variables, the study revealed that high unmet need to space was higher among women aged below 34 years whereas limiting was higher among women of age 35 years and above.
- The result of the study showed that, improvement in socioeconomic variables such as working status, level of education of the woman and partner's education level reduces the likelihood of experiencing unmet need among the currently married women.
- Multivariate analysis through logistic regression model showed wealth index, education of the woman and media exposure especially the radio as the strongest predictors of unmet need among currently married women in Uganda.

6.2 Recommendations of the Study

In order to address the current demand and the high unmet need for family planning in Uganda, there is a need to address the following issues:-

- Since fear of side effects was identified as one of the leading causes for unmet need, there is need for the family planning programmes to address such concerns by ensuring that contraceptives accessible to clients are of good quality, reliable and include a wide range of affordable contraceptives methods in the public service delivery points to ensure method mix.
- There is need for increased advocacy, information, education and communication and expand use of the radio in disseminating family planning messages through radio especially in rural areas as it is the main effective media in influencing positive attitudes towards use of family planning.
- Since work status and education status of women were found to reduce the likelihood of having unmet need, more efforts should be geared to programs to retain girls and boys in school and efforts to ensure that they complete secondary level education and higher should be sustained.
- Increase advocacy to lobby government to implement policy commitments on family planning through increased investment, government budget allocation and expenditure on improved family planning commodities, supplies and equipment.
- Partner's education has been found to be influencing positive attitudes towards use of family planning. Boys and males should be encouraged to keep in school and men encouraged participating in family planning programs.
- Future studies could explore the influence of healthy system related factors on unmet need

References

- Agyei, W.K., and M. Migadde. 1995. Demographic and socio-cultural factors influencing contraceptive use in Uganda. *Journal of Biosocial Science* 27(1):47-60.
- Al Riyami, A., M. Afifi, and R.M. Mabry. 2004. Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. *Reproductive Health Matters* 12(23):144-154.
- Ashford, L. 2003. Policy brief. Unmet need for family planning: Recent trends and their implications for programs. Washington, District of Columbia, USA: Population Reference Bureau.
- Central Statistical Agency [Ethiopia] and ORC Macro. 2006. Ethiopia Demographic and Health Survey 2005. Addis Ababa, Ethiopia and Calverton, Maryland, USA: Central Statistical Agency and ORC Macro.
- Central Statistical Office (CSO) [Zimbabwe] and Macro International Inc. 2007. Zimbabwe Demographic and Health Survey 2005-06. Calverton, Maryland: CSO and Macro International Inc.
- Central Statistical Office (CSO), Ministry of Health (MOH), Tropical Diseases Research Centre (TDRC), University of Zambia, and Macro International Inc. 2009. Zambia Demographic and Health Survey 2007. Calverton, Maryland, USA: CSO and Macro International Inc.
- David G. Kleinbaum (1994): "Logistic Regression" a Self –Learning Text: Springer-Verlag New York, Inc.
- Judith Bruce and Anrudh Jain (1994). "A decade of research findings from the Demographic and Health Surveys Program on women's lives and experiences
- Kenya National Bureau of Statistics (KNBS) and ICF Macro. 2010. Kenya Demographic and Health Survey 2008-09. Calverton, Maryland: KNBS and ICF Macro.
- Lutalo, T., M. Kidugavu, M.J. Wawer, D. Serwadda, L.S. Zabin, and R.H. Gray. 2000. Trends and determinants of contraceptive use in Rakai District, Uganda, 1995-98. *Studies in Family Planning* 31(3): 217-227.
- Magdi Abdel-Kader – Kader Ibrahim (1993): Levels, Trends and Determinants of the KAP-GAP or Unmet Need for Contraception in Egypt, Working Paper No. 32.
- Malinga & Liz (2009). "Huge unmet need for contraceptives in Uganda".

- Mawajdeh, S. 2007. Demographic profile and predictors of unmet need for family planning among Jordanian women. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 33(1): 53-56.
- National Bureau of Statistics (NBS) [Tanzania] and ICF Macro. 2011. Tanzania Demographic and Health Survey 2010. Dar es Salaam, Tanzania: NBS and ICF Macro.
- National Statistical Office (NSO) and ICF Macro. 2011. Malawi Demographic and Health Survey 2010. Zomba, Malawi, and Calverton, Maryland, USA: NSO and ICF Macro.
- National Statistics and Evaluation Office (NSEO) [Eritrea] and ORC Macro. 2003. Eritrea Demographic and Health Survey 2002. Calverton, Maryland, USA: National Statistics and Evaluation Office and ORC Macro.
- Rhonda Smith et al, 2009. Family Planning Saves Lives. 4th Edition and Population Reference Bureau. (www.prb.org/Reports/2009/fpsl.aspx)
- Roadmap for Accelerating the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality and Morbidity in Uganda. 2007-2015.
- Singh, S., E. Prada, F. Mirembe, and C. Kiggundu. 2005. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives* 31(4): 183-191.
- Statistics Department [Uganda] and Macro International Inc. 1996. Uganda Demographic and Health Survey, 1995. Calverton, Maryland: Statistics Department [Uganda] and Macro International Inc.
- U.S. Agency for International Development (USAID) Health Policy Initiative. 2006. Achieving the MDGs: The contribution of family planning: Uganda. Washington, District of Columbia, USA: Constella Futures.
- Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and Macro International Inc. 2007. Uganda Demographic and Health Survey 2006. Calverton, Maryland, USA: UBOS and Macro International Inc.
- Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and ORC Macro. (2001). Uganda Demographic and Health Survey 2000-2001.
- UNFPA, October 2009, A Meta Analysis of the Relationship between Fertility and Development in Uganda.

- United Nations Population Division (UNPD). 2005. World population prospects: The 2004 revision. New York, New York, USA: United Nations.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). World Contraceptive Use 2009 (POP/DB/CP/Rev2009).
- Westoff, C.F., and A. Bankole. 2002. Reproductive preferences in developing countries at the turn of the century. DHS Comparative Reports No. 2. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
- Wolff, B., A.K. Blanc, and J. Ssekamatte-Ssebuliba. 2000. The role of couple negotiation in unmet need for contraception and the decision to stop childbearing in Uganda. Studies in Family Planning 31(2): 124-137.

Factors Influencing Access to and Use of Skilled Attendants at Birth in Tanzania, TDHS 2010¹

Ibrahim Dawson Kalengo²

I- Introduction

Improving maternal health is one of the eight Millennium Development Goals (MDGs) adopted at the 2000 Millennium Summit. The two targets for assessing progress in improving maternal health (MDGs) are reducing the maternal mortality ratio (MMR) by three quarters between 1990 and 2015, and achieving universal access to reproductive health by 2015. With only five years left until the 2015 deadline to achieve the MDGs, closer examination of maternal mortality levels is needed to inform planning of reproductive health programs and to guide advocacy efforts and research at the national level. These estimates are also needed at the international level, to inform decision-making concerning funding support for the achievement of MDGs. To be useful for the latter purpose, the country estimates must be internationally comparable. The fifth MDG aims to improve maternal health with a target of reducing MMR by 75% between 1990 and 2015 – that is, it seeks to achieve a 5.5% annual decline in MMR from 1990. Globally, the annual percentage decline in MMR between 1990 and 2008 was only 2.3%. Among countries with an MMR ≥ 100 in 1990, it is evident that 30 countries have made insufficient or no progress, including 23 from sub-Saharan Africa (WHO).

These estimates provide an up-to-date indication of the extent of the maternal mortality problem globally. They reflect the efforts by countries, which have increasingly been engaged in studies to measure maternal mortality and strengthen systems to obtain better information about maternal deaths. The modest and encouraging progress in reducing maternal mortality is likely due to increased attention to developing and implementing policies and strategies targeting increased access to effective

¹ A Paper Submitted to the Demographic Centre in Partial Fulfillment for the Requirement of General Diploma in Demography 2011.

² Researcher at Cairo Demographic Center , From Tanzania.

interventions. Such efforts need to be expanded and intensified, to accelerate progress towards reducing the still very wide disparities between developing and developed worlds.

The countries of sub-Saharan Africa are faced by numerous challenges in their effort to ensure skilled attendance at birth, particularly the serious human resource shortages and weak health systems. Recent assessments of progress towards MDGs suggest that most sub-Saharan African countries have made only modest progress, with at least 8 countries demonstrating negative change. These findings cast a lot of doubt as to whether many sub-Saharan African countries will achieve skilled attendance for all births in the remaining period to 2015. Factors such as limited funding for health services, and inequities in reaching all pregnant women irrespective of wealth status, are some of the major reasons for inadequate progress. There is data to show that the current number of health workers in most countries is insufficient to meet population health needs. Addressing this challenge will require expansion of pre-service training of nurses, midwives and doctors, with a view to increase health worker densities in order to meet the target level of 2.28 physicians, nurses and midwives per 1000 population. Considering that pre-service training is clearly a longer-term solution, a variety of complementary, shorter-term responses, will need to be considered (*African Health Dialogue, 2010*).

Maternal health situation among women in Tanzania is still poor as reflected in high maternal mortality occurring in the country. According to TDHS 2010 mortality rate was estimated at 454 deaths per 100,000 live births. This ratio is somewhat lower than the ratio estimated for the five years periods of the 2004-05 TDHS which was 578 maternal deaths per 100,000 births, the rate is still unacceptable high and poses a great challenge towards achieving the fifth Millennium Development Goal of improving maternal health.

There are various factors that are associated with poor maternal health situation in Tanzania. They range from demographic, socio-economic, political and cultural, health system related factors, to individual and community issues. However, it has been indicated that one of the major factors contributing to high maternal mortality in Tanzania is inadequate skilled attendants at birth. It is believed that low skilled attendance at birth is responsible for persistent high maternal mortality rates, yet considered to

be the single critical intervention for ensuring safe delivery consequently reducing maternal mortality. Of all the total births that occur in Tanzania, only 50.6 percent are conducted by nurses, midwives and doctors (TDHS 2010), there is a slight improvement from 46 percent of 2004-05 TDHS.

1.1 Justification

Although there has been a slight improvement in delivering with skilled birth attendants over past five years, half of the population prefers to deliver at home either with mother in law or a traditional birth attendant. In addition to that, there are still enormous disparities within regions and between rural and urban, rich and poor, gender and power relations within the households, knowledge gaps of danger signs during pregnancy among others influence access to and use of skilled attendants at birth at the individual/household, community and at service delivery point (health facility) levels. (*Kruger, C. at el*).

1.2 Objectives of the Study

The objectives of this study are:

1. To determine the factors that influence skilled attendance at birth and place of delivery.
2. To examine the levels and differentials of attendance at birth among women.
3. Document lessons learnt based on the findings of the study and suggest some interventions.

1.3 Research Methodology

The study used both descriptive and analytical techniques to analyze the data. Data analysis was done using Statistical Package for Social Sciences (SPSS). The factors influencing the use of skilled attendants at birth will be studied using descriptive statistics and logistic regression. In the descriptive analysis, there was use of percentage distribution to illustrate several mothers' characteristics which influence use of skilled attendants at birth. Cross tabulation was done using some selected background characteristics in factors influencing to the use of skilled attendants at birth. In order to have more insight about factors influencing to the use of skilled attendants at birth, a statistical analysis was used by applying the logistic regression model.

In logistic regression model, the response variable (skilled attendance at birth) takes only one of the two values, “1” for skilled attendance at birth “0” for no skilled attendant at birth. The equation of the fitted logistic regression model and the probabilities of skilled attendance at birth are estimated as follows:

$$\ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \dots + \beta_n X_n$$

Where:

1. \ln is the natural logarithm to the base e ($e = 2.7182$)
2. P_i is the probability of skilled attendant at birth
3. B_i are the logistic regression partial coefficients associated with each category of the i^{th} independent variables, where $i = 1, 2, 3, \dots, n$

The probability can be calculated using the following formula

$$P(E_i) = \frac{e^{z_i}}{1 + e^{z_i}}$$

Where:

E_i = the event of any skilled attendant occurring

e^{z_i} = the odds ratio.

The odds ratio (Exp (B)) is defined as the ratio of probability of an event occurring to the probability that it will not occur. An odds ratio greater than one implies that a woman in a given category has higher odds of seeking skilled attendance at birth than her counterpart in the reference category, other factors remaining constant (*Kleinbaum 1994*). An odds ratio less than one suggested reduce odds and an odd ratio equal to one implies similar odds.

1.4 Data Source

The research will rely heavily on data from the latest Tanzania Demographic Health Survey (TDHS) 2010. Also used other DHSs for comparisons (TDHS 2004-05, TDHS 1999, TDHS 1996, TDHS 1991-02) and other publications. The survey was carried out as part of the worldwide DHS program. The survey covered a national representative sample of 10,139 women aged 15-49 years irrespective of their marital status, that is both married and unmarried women were covered. This study is focusing on

these 10,139 women and the unit of analysis is children five years preceding the survey.

1.5 Country Profile

The name Tanzania derives from the names of the two states Tanganyika and Zanzibar that united in 1964 to form the United Republic of Tanganyika and Zanzibar, which later the same year was renamed the United Republic of Tanzania. Tanzania is a country in East Africa bordered by Kenya and Uganda to the north, Rwanda, Burundi, and the Democratic Republic of the Congo to the west, and Zambia, Malawi, and Mozambique to the south. The country's eastern borders lie on the Indian Ocean (*Wikipedia*).

Tanzania is a state composed of 26 regions (mikoa), including those of the autonomous region of Zanzibar with total area of 947,300 km². Since 1996, the official capital of Tanzania has been Dodoma, where Parliament and some government offices are located. Between independence and 1996, the main coastal city of Dar es Salaam served as the country's political capital. Today, Dar es Salaam remains the principal commercial city of Tanzania and the de facto seat of most government institutions. It is the major seaport for the country and its landlocked neighbours (*Wikipedia*).

According to The United Republic of Tanzania Population and Housing Census, 2002, total population was 34,443,603, urban population was 7,943,561 and rural population was 26,500,042. Dar es Salaam population density is the highest 1,786 persons per km²; there are 2 regions with density 100 or more persons per km². These are Mwanza (150 persons per km²) and Kilimanjaro (103 persons per km²). There are 5 regions with density between 50 and 100 persons per km²: Kagera (71 persons per km²), Mara (70 persons per km²), Mtwara (67 persons per km²), Tanga (61 persons per km²) and Shinyanga (55 persons per km²). Regions with lowest density are Lindi (12 persons per km²), Rukwa (17 persons per km²) and Ruvuma (18 persons per km²). Compared to Tanzania Mainland, all regions in Tanzania Zanzibar have higher population density. Apart from Urban West, population densities of 4 regions: South Pemba, North Pemba, North Unguja and South Unguja are 529, 323, 291 and 110 persons per km², respectively.

Table (1.1): The Demographic Indicators.

Indicators	Total	Male	Female
Population (millions)	34.4	16.8	17.6
Age distribution (millions)			
0 – 14	15.2	7.6	7.6
15 – 64	17.9	8.5	9.3
65+	1.3	0.7	0.7
Other Indicators			
Life expectancy at birth (years)	50.88	50.99	51.04
Literacy rate of pop 10+ (percent)	70.5	77.0	64.6
Sex ratio	96		
Crude birth rate(CBR) - (per thousand)	43		
Total fertility rate (TFR)	6.3		
Crude death rate (CDR) –(per thousand)	14		
Infant mortality rate (IMR) (per thousand)	95		
Percent urban	23.1		
Density (pop./km ²)	39		
Growth rate (percent)	2.9		

Source: Tanzania Housing and Census 2002: Analytical Report Vol. X.

1.6 Literature Review

Family Care International, Tanzania and Family Care International 588 Broadway, Suite 503 New York, (2007). Over the years, maternal mortality has remained one of the major public health problems in developing countries. According to the World Health Organization (WHO, 2005) half a million women are still dying annually as

a result of pregnancy and complications related to pregnancy and childbirth. Available figures show that 99% of maternal deaths take place in the developing world, and 60% of maternal deaths take place in Commonwealth countries. Of the top 20 countries with the highest maternal mortality rates, seven are in the Commonwealth: Cameroon, Lesotho, Malawi, Nigeria, Sierra Leone, Tanzania and Zambia. Sub-Saharan Africa accounts for nearly half of the global number of maternal deaths, whilst one third of the deaths take place in South Asia.

They also add that the importance of strengthening mid- and lower-level health facilities: Peripheral health facilities are the most accessible, especially for the rural poor. In addition, the costs of care both to women and to the health system are lowest at these sites. Traditionally, however, these sites have received little investment and support, and many, if not most, is challenged by old physical infrastructure, shortages of skilled personnel, serious gaps in essential obstetric equipment, and limited referral capacity. In contexts where these sites are handling the majority of deliveries, there is an urgent need to address these gaps, and doing so can significantly improve the availability and provision of skilled maternity care before, during, and after childbirth.

The need to improve financing of maternal health services: The vast majority of women incurred out-of-pocket expenditures for services that are officially provided free of charge, and these expenses increased dramatically over the period studied. This may have been a significant disincentive for women to seek skilled care, despite project interventions aimed at improving the availability and quality of care and promoting its use. These findings underscore the critical need to address the main costs to women, which were primarily related to the purchase of drugs and supplies for care.

In addition, they say, there is a need to improve the training and deployment of skilled attendant cadres: Overall, there is a shortage of skilled attendants, which has negative consequences for the availability and quality of maternity care. The content of pre-service training programmes should be reviewed to ensure that essential competencies of a skilled attendant are acquired and overall manpower shortages.

(Health Dialogue, 2010), says, according to WHO ensuring skilled care at every birth can reduce the global burden of 536,000 maternal deaths, 3 million stillbirths and 3.7 million newborn deaths each year. Half of the 75 countries in which 97% of all maternal deaths worldwide occur are located in the sub-Saharan Africa. Within Africa, the eastern region has the lowest proportions of skilled attendance at birth (about 34%). In addition, enormous disparities exist within countries: poor women in rural and urban areas are far less likely than their wealthier counterparts to receive skilled care during childbirth. For example, the 2008-9 Kenya Demographic and Health Survey showed that women in the highest wealth quintile were nearly four times more likely to have been attended by a doctor or nurse/midwife, at their last delivery.

(MDG, Mid-Way Evaluation, 2000-2008). Target 5A of MDG: Reduce by three-quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio. Indicators: Maternal mortality rate. Proportion of births attended by skilled health personnel. At a glance, Tanzania is most challenged by slow progress in reducing maternal mortality. Maternal mortality rate remains high in Tanzania at about 578 per 100,000 live births in the Mainland and 473 per 100,000 live births in Zanzibar. About 8,100 women die every year due to pregnancy related complications. Other causes include underweight (about 10 percent of women in child bearing age), anemia (58 percent) as well as long distances to health centers.

(Ministry of Health and Social Welfare (2008), "The National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008–2015") says, only 47% of all births in Tanzania occur at health facilities and 46% of all births are assisted by a skilled health worker. Out of the 53% of births which take place at home, 31% are assisted by relatives, 19% by traditional birth attendants (TBAs) and 3% are conducted without assistance. As expected, births to women in the highest wealth quintile are more likely to be assisted by a skilled birth attendant (87%) than women in the lowest quintile (31%).

In addition, emergency obstetric care services are crucial for handling complicated deliveries. Findings from TDHS (2004/05) revealed that only 3% of all babies were delivered by caesarean section – this figure is below the WHO-recommended standard of 5-15%, and is partially due to

delay in timely referral, lack of skilled attendance and functioning blood banks at most hospitals and health centers. About 64.5% of public hospitals provide Comprehensive Emergency Obstetric Care (CEmOC), whereas only 5.5% of public health centers are providing Basic Emergency Obstetric Care (BEmOC). Furthermore, the referral system has serious challenges including limited number of ambulances; unreliable logistics and communication systems; and inadequate community-based facilitated referral systems.

1.7 Definitions of Concepts

A skilled attendant is defined as ‘an accredited health professional – such as a midwife, doctor or nurse – who has been educated and trained to proficiency in the skills needed to manage uncomplicated pregnancies, childbirth and the immediate postnatal period, and in the identification, management and referral of complications in women and newborns’. This definition implies that the term ‘skilled attendant’ should refer exclusively to people with midwifery skills; people who are capable of managing normal deliveries and to diagnose, manage or refer complications (*World Bank Statement, 1999*).

Midwifery skills are a defined set of cognitive and practical skills that enable the individual to provide basic health care services throughout the continuum of pregnancy, childbirth and postnatal period and also to provide first aid for obstetric complications and emergencies, including life-saving measures when needed. In 2006, a consensus was reached on what are essential competencies of the skilled attendant in the Africa Region of WHO. It should be noted that the definition of skilled attendant does not include Traditional Birth Attendants (TBA), trained or untrained (*African Health Dialogue, 2010*).

1.8 Organization of the Study

This research paper is organized in four sections. The first section is an introductory part including the objectives of the study, methodology and source of data. The second section presents the levels and trends of place of delivery and skilled attendants at birth in Tanzania and cross-tabulation analysis of the place of delivery and skilled attendants at birth. The third section presents determinants of use of skilled attendants at birth in Tanzania using logistic regression analysis and finally the fourth section provides the summary and recommendations.

II. LEVELS AND TRENDS OF USING SKILLED ATTENDANTS AT BIRTH IN TANZANIA

This section presents the background of maternal health, presents the levels and trends of place of delivery and skilled attendant at birth and the analysis of use of a skilled attendant at birth.

2.1 Impact of Place of Delivery on Use of Skilled Attendants at Birth

A top priority for maternal care is to ensure that deliveries are safe and clean. The majority of maternal deaths and much of the chronic morbidity resulting from childbirth are due to the failure to get timely help for complications at delivery. It is therefore essential that delivery be conducted under proper hygienic conditions with the assistance of a trained medical practitioner.

Delivery at home is common in Tanzania especially in rural areas. The place of delivery usually determines the qualities of care that mother receive as well as expected difficulties or complications. Skilled attendants provide maternal care during pregnancy, childbirth and the postpartum period and newborn care at health centers or at family homes. More and more babies are born at health facilities – hospitals or health centers – since complications can be treated there and women and babies can be referred in a timely manner to appropriate facilities to avoid death and disability.

During pregnancy, skilled attendants monitor the progress of the pregnancy, detect complications, provide preventive measures, develop birth and emergency plans with the woman and her family and advise women on health, lifestyle and nutrition in pregnancy.

During childbirth, skilled attendants monitor the progress of labour, are vigilant for complications and stay with the women and support them in many ways. They know how to manage abnormalities such as breech delivery and, in a team of various professionals with obstetric and neonatal skills, they deal with complications as severe as eclampsia or obstructed labour.

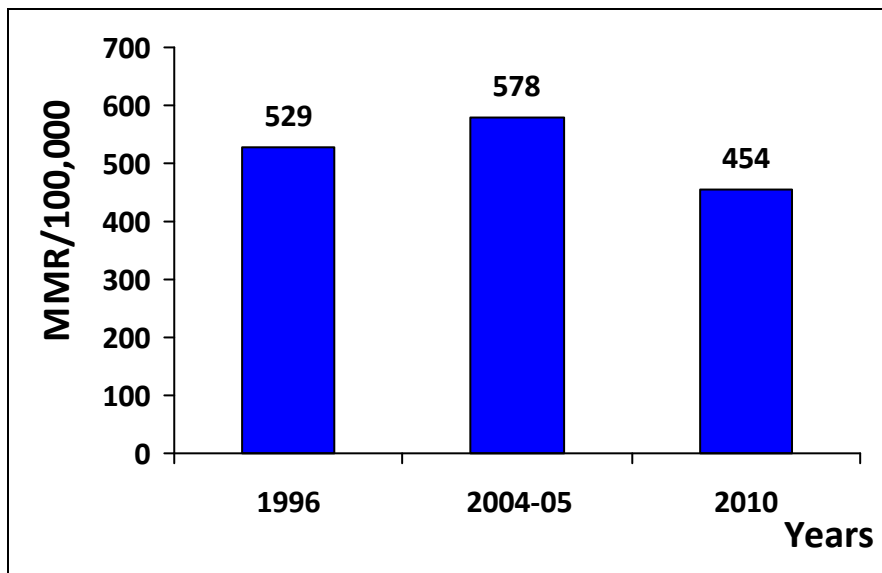
In the postnatal period, the range of care varies from helping mothers and babies in breastfeeding to managing complications such as severe postpartum bleeding, infection or depression. If babies have problems either because of preterm birth or complications of birth, they receive timely and

appropriate treatment. Skilled attendants also provide counselling on postnatal contraception to the mothers.

Preventing the mother-to-child transmission of HIV/AIDS is another task of skilled attendants. It starts in pregnancy with HIV/AIDS testing, providing antiretroviral therapy, counselling on infant feeding and advising on safer sex practices including the use of condoms and continues in childbirth by choosing appropriate obstetric practices and supporting the mother in her choice of feeding the baby and family planning counseling.

Tanzania is one of the countries with the highest maternal and infant mortality rates (MMR/IMR). According to DHS of 1996 the Maternal Mortality Rate MMR was 529/100000 live births and the IMR was 96/1000 live births. In 2005 the DHS showed a MMR of 578/100000 and IMR of 71/1000 and the 2010 DHS showed that MMR was 454/100,000 and IMR was 51/1000 (Fig. 2.1). This indicates that for a period of fifteen years Tanzania managed to reduce the number of women dying for giving birth by 14.2 percent and infant deaths by 46.9 percent. The single proven approach that has reduced MMR and IMR world wide is the presence of skilled birth attendant at every child birth.

Figure (2.1): Trends of Maternal Mortality Rate (MMR/100,000).



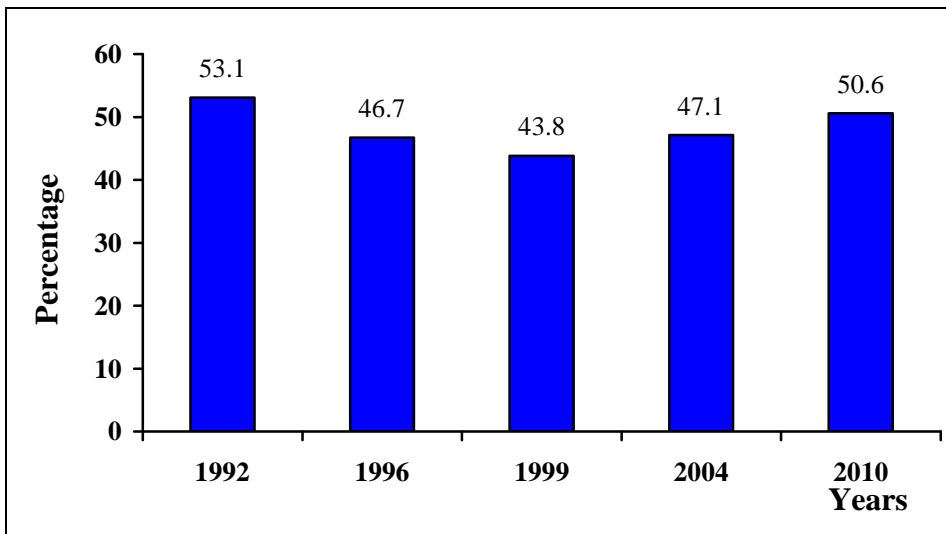
Source: TDHS 1996, TDHS 2004-05, TDHS 2010

Skilled attendance at the time of delivery is an important variable that influences the birth outcome and the health of the mother and her infant. Skilled attendance can be accessed at health facilities or through domiciliary or community midwifery. At both levels, appropriate medical attention can reduce the risks of obstetric complications that increase the risk of morbidity and mortality for the mother and her baby.

The trend of births delivered by skilled attendants show the slow change overtime, and it is inconsistent (Fig. 2.2).

The type of assistance a woman receives during childbirth has important health consequences for both mother and child, therefore, besides collecting information on the place of delivery, the TDHS 2010, collected data on the type of personnel who assisted during delivery.

Figure (2.2): Percentage of Live Births Five Years Preceding the Survey Receiving Assistance at Delivery From a Trained Health Professional 1992-2010

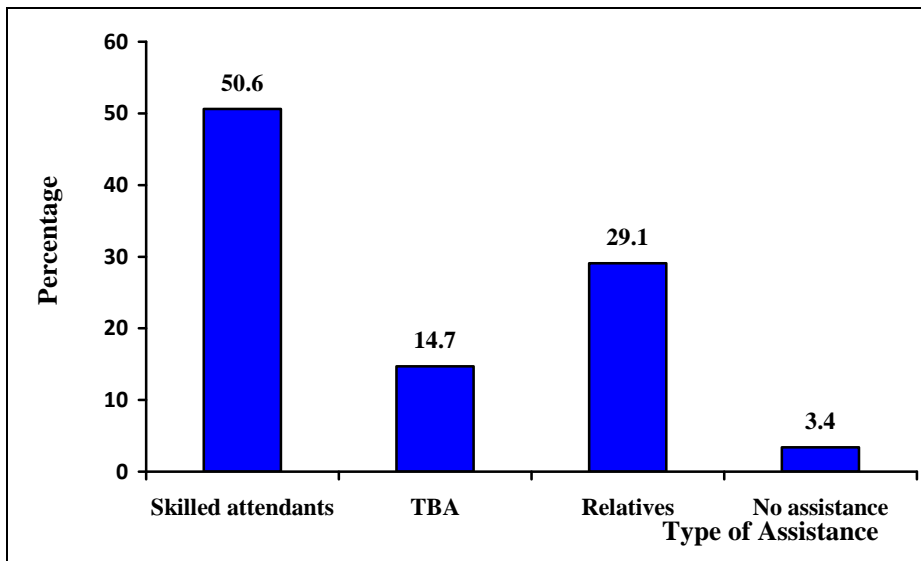


Source: TDHS 1991-92, TDHS 1996, TDHS 1999, TDHS 2004-05, TDHS 2010

TDHS 2010 showed that the majority of women delivered by non-skilled attendants, who can not offer appropriate midwifery care including basic care of the newborn. Such attendants do not have the skills to provide emergency obstetric care should the need arise. Only 50.6 percent of births five years preceding the survey were delivered to women assisted by nurses/midwives and doctors, i.e. skilled attendants. Traditional birth attendants assist 14.7 percent of deliveries, and relatives or other untrained people assist 29.1 percent of births and 3.4 percent of births are delivered without assistance (Fig. 2.3)

Proper medical attention and hygienic conditions during delivery can reduce the risk of complications and infections that can cause the death or serious illness of the mother and/or the newborn baby. Thus, another important component of efforts to reduce health risks to mothers and children is increasing the proportion of babies that are delivered in facilities.

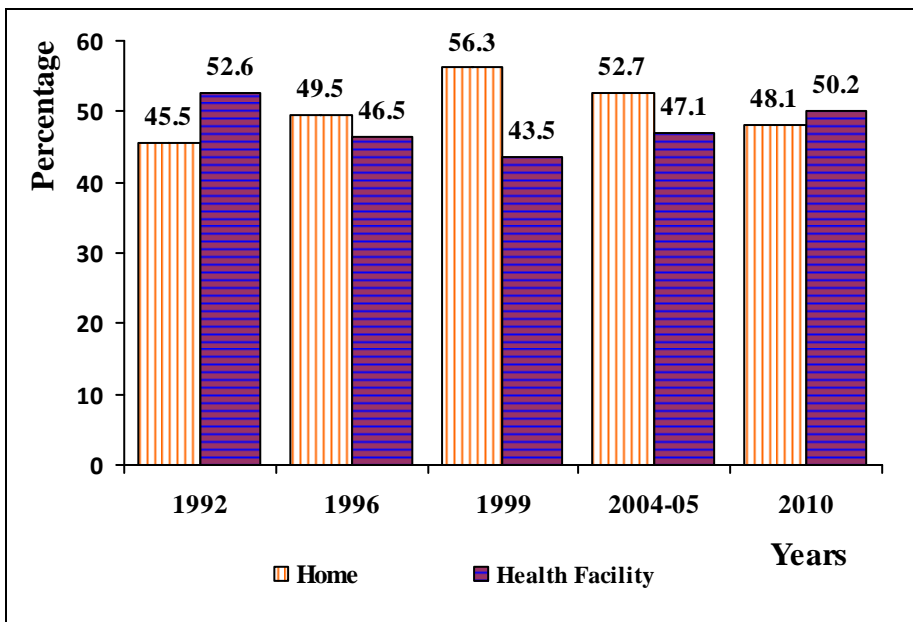
Figure (2.3): Percentage of Live Births Five Years Preceding the Survey Receiving Assistance at Delivery From Birth Attendants, TDHS 2010



Source: TDHS 2010

The results of TDHS 2010 shows that 50.2 percent of births were delivered at a health facility, and 48.1 percent were delivered at home. If we compare with the proportions observed in the 2004-05 TDHS, there was a slight increase in facility deliveries (47.1 percent to 50.2 percent) and decrease in home deliveries (52.7 percent to 48.1 percent), Fig. (2.4), shows the trend of using health facilities.

Figure (2.4): Percentage Distribution of Live Births Five Years Preceding the Survey Whose Mothers Delivered at a Health Facility and Home 1992-2010.



Source: TDHS 1991-92, TDHS 1996, TDHS 1999, TDHS 2004-05, TDHS 2010

2.3 Physical Barriers on Using Health Facilities

TDHS includes a series of questions designed to obtain information on the problems women are facing in obtaining health care for themselves. This information is particularly important in understanding and addressing the barriers women may face in seeking care during pregnancy and, particularly, at delivery. To obtain this information, women aged 15-49 were asked whether each of the following factors would be a big problem or not a big problem for them in obtaining health services: getting permission to go, getting money for treatment, the distance to the health facility, and not wanting to go alone. Table 2.1 shows the comparison

between. THDS 2004-05 and TDHS 2010 for respondents who consider the individual factors to be a big problem. The result confirmed the decreasing trends in all factors except the barrier "Not wanting to go alone", the percentage change was calculated to show the magnitude of the problem.

Table (2.1): Percentage of Children Whose Mothers Got Barriers in **Accessing** health Care, TDHS 2004-05 and TDHS 2010

Description	2004- 05	2010	Change (%)
Getting permission to go for treatment	5.5	2.4	-56.4
Getting money for treatment	39.9	24.1	-39.6
Distance to health facility	37.6	19.2	-48.9
Not wanting to go alone	7.7	10.5	+17.7
At least one problem accessing health care	62.1	35.5	-42.8

Source: Computed from TDHS 2004-05 and TDHS 2010

2.4 Analysis of Use of Skilled Attendant at Birth in Tanzania

Women are major factors that affect their decision to seek skilled attendant at birth Table 2.2 shows that the proportion of women who were attended during delivery by a skilled attendant significantly decreased as age increased from 59.6% among women age group 15-20 to 44.0% among women over 35 years. Level of education also shows a significant association with skilled attendance during delivery with women who have no education and those having education. Women who have at least primary education (74.9%) were more likely to use skilled attendant at birth than those who did not have (47.5%).

Skilled attendance at birth significantly varies according to place of residence. The proportion of children born five years preceding the survey whose mothers delivered with skilled attendants was high in urban (83.5%) than in rural areas (43.0%). Skilled attendance significantly increased with as wealth index of women increased. Births to rich women (75.2%) were likely to be attended by a skilled provider than those who are poor (35.7%). The proportion of skilled attendance at birth was higher among women with 1-3 children ever born (61.9%) compared to women with a higher number of children ever born (34.2%), this shows a negative relation between use of

skilled attendance and children ever born, that is as the number of children ever born increases, mothers tend no reduce use of skilled attendants at birth.

The Table shows that the relationship between skilled attendants at birth and background characteristics are statistically significant (P=0.00).

Table (2.2): Percentage Distribution of Births Five Years Preceding the Survey Whose Mothers Have Skilled Attendant at Birth by Selected Background Characteristics of TDHS 2010.

Background characteristics	Skilled Attendant at Birth	Number of women	Measure of Association
Age of mother			
15-19 years	59.6	218	
20-34 years	52.6	2896	X ² =56.7
35-39	44.0	929	P = 0.00
Education Status			
No education	47.5	3352	X ² =246.6
With education	74.9	691	P = 0.00
Type of Place of Residence			
Rural	43.0	2787	X ² =865.6
Urban	83.5	1380	P = 0.00
Wealth Index			
Poor	35.7	1299	X ² =976.8
Middle	47.3	861	P = 0.00
Rich	75.2	2007	
Children Ever Born			
1-3	61.9	2516	X ² =403.4
4-6	43.5	1202	P = 0.00
7+	34.2	448	

Source: Computed from TDHS 2010 Data

2.5 Experiences with Health Care

Table 2.3 shows the distribution of skilled attendance by experience with health care. Women who were told about the existence of pregnancy complication 65.4% of them used health facilities, while those who were not told only 44.9% of them used health facilities.

Antenatal care when sought early allows regular checkups for the health of the pregnant woman and early interventions in case of any complications and therefore assumed to significantly affect skilled birth attendance. In the Table 2.3, the level increased from 12.0% for women who never attended to 64.6% for women who attended ANC more than 3 times. This shows a positive response for women who attend antenatal care. In Tanzania, most of skilled providers are based in health facilities, the DHS 2010, showed that 50.2% of women delivered in health facilities of which 98.9% of the births which occurred in health facilities were attended by a skilled health provider compared to 2.8% births which happened at home.

The Table shows that there is a significant relationship between skilled attendants at birth and health care experiences ($P=0.00$).

Table (2.3): Percentage Distribution of Births Five Years Preceding the Survey Whose Mothers Have Skilled Attendant at Birth by Selected Health Care Experience Characteristics of TDHS 2010.

Health Care Experience	Skilled Attendant at Birth	Number	Measure of Association
Told about pregnancy complications			
Told	65.4	1868	$X^2=224.6$
Not Told	44.9	1105	$P = 0.00$
ANC Attendance			
None	12.0	12	
Once	36.0	71	$X^2=225.5$
1-3 times	49.6	1401	$P = 0.00$
4+ times	64.6	1526	
Place of Birth			
Health Facility	98.9	4049	$X^2=7505.4$
Home	2.8	113	$P = 0.00$

Source: Computed from TDHS 2010 Data

2.6 Respondent's Autonomy

Women ability to make decisions on their lives is likely to be associated with skilled attendance at birth, and as Table 2.4 shows, the proportion of women whose births were attended by skilled provider was higher among women who did not have problem in getting permission for

medical help (52.1%) compared to those who had big problem (37.8%). Distance to the health facility is a significant factor that affects the type of delivery care. Women who did not find it difficult to take transport to a health facility were more likely to be attended by a skilled provider (57.0%) than those who found it difficult (39.7%).

Women who had discussion with their partners were more likely to use skilled attendant at birth (54.2%) than those who had final say alone (54.0%), this indicates that participation of partners has more influence than single persons' decisions, in other words they can get support from their partners and those who depend on decision by someone else apart from respondent or partners are less likely (32.6%) to use skilled birth attendant at birth.

The association between Respondent's Autonomy and skilled attendants at birth is statistically significant in all respondents' autonomy characteristics (P=0.00).

Table (2.4): Percentage Distribution of Births Five Years Preceding the Survey Whose Mothers Have Skilled Attendant at Birth by Selected Respondent's Autonomy Characteristics of TDHS 2010 Distribution of Skilled Attendant .

Respondent's Autonomy Characteristics	Skilled Attendant at Birth	Number	Measure of Association
Getting permission for medical help			
Big problem	37.8	94	X ² =25.9 P = 0.00
Not a big problem	45.6	208	
No problem	52.1	3863	
Having to take transport			
Big problem	39.7	834	X ² =168.6 P = 0.00
Not a big problem	51.0	836	
No problem	57.0	2475	
Final say on own health care			
Respondent	54.0	498	X ² =74.0 P = 0.00
Respondent/Partner	54.2	1631	
Partner	44.4	1259	
Someone else	32.6	30	

Source: Computed from TDHS 2010 Data

III. DETERMINANTS OF USING SKILLED ATTENDANCE AT BIRTH IN TANZANIA

3.1 The Logistic Regression Model

This section will present the determinants of skilled attendant at birth. Some of the socio-economic, demographic variables that showed significant relationship with dependent variables during the analysis in previous section will be considered to fit the logistic regression model. It shows how the variable is affected by the selected predictor variables. The aim is to predict the response variables by the predictors and to determine the percent of correctly classified cases and percent of variations in skilled attendant at birth.

Table (3.1): Definition and Measures of Variables Used in Regression Analysis,

Variables	Measurement
Dependent Variable	
Use of Skilled Attendant at Birth	1 if Yes, 0 if No
Independent Variables	
Age of Mothers Below 20 years 20-34 years (X_{11}) 35-49 years (X_{12})	Three Categories (15-19, 20-34, and 35+), If "15-19" 1, If "not" 0 If "20-34" 1, If "not" 0 If "35-49" 1, If "not" 0
Wealth Index (X_2)	Two Categories (Poor, Middle and Rich) If "poor" 0 If "Middle and Rich" 1
Children Ever Born (X_3)	Two Categories (1-3, 4 and above) If "1-3" 0 If "4 and above" 1
Antenatal Care (X_4)	Two Categories (No and Yes), If "No" 0 If "Yes" 1
Told About Pregnancy Complications (X_5)	Two Categories (No and Yes) If "No" 0 If "Yes" 1
Education of Mothers (X_6)	Two Categories (No education, With education), If "No education" 0 If "With education" 1
Distance to Health Facility (X_7)	Two Categories (No problem, With problem) If "With problem" 0 If "No problem" 1

Place of Residence (X_8)	Two Categories (Rural and Urban) If "Rural" 0 If "Urban" 1
------------------------------	--

Source: Created by Researcher

Table (3.2)
Logistic Regression Results of the Determinants of Skilled Attendance at Birth

Variables	B	S.E.	df	Sig.	Odds Ratio	Prob.
Age of Mothers Below 20 (Ref. Categ.)						
20-34 years	-0.446	0.172	1	0.010	0.360	0.265
Above 34 years	-0.422	0.096	1	0.000	0.344	0.256
Wealth Index	0.408	0.040	1	0.000	1.503	0.600
Children Ever Born	-0.188	0.018	1	0.000	0.171	0.146
Had ANC	0.398	0.055	1	0.000	1.488	0.598
Told About Pregnancy Complications	0.425	0.063	1	0.000	1.530	0.605
Education of Mothers	0.165	0.056	1	0.003	1.179	0.541
Distance to Health Facility	-0.140	0.040	1	0.000	0.130	0.115
Place of Residence	1.171	0.101	1	0.000	3.225	0.763
Constant	-1.288	0.243	1	-	0.276	0.216
% Correct Classify: Event	67.67					

Source: Computed from TDHS 2010 Data

3.2 Interpretation of Logistic Regression Coefficients

Table (3.2) presented the logistic regression results of the likelihood of factors influencing the use of skilled attendants at birth. The analysis indicates that the model correctly classified 67.67% of factors influencing the use of skilled attendants at birth. This implies that if the information of any group of mothers with the characteristics analyzed in this study is plugged into the equation at the end of the Table, with the aim of studying the factors influencing use of skilled attendant at birth, 67.67% of their characteristics will be correctly classified. The following discussed items may be observed.

Age of mother has significant influence in determining skilled attendance at birth, mothers of age group 20-34, and 35-49 are less likely to

have skilled attendance at birth than their counterparts of age group less than 20 years by 36%, and 34% respectively with probability of 0.390 and 0.396 respectively.

There was a significant relationship between Wealth Index and skilled attendance at birth, showing a positive relationship, this means that as mother becomes rich it is more likely to use skilled attendant at birth. The odds ratio of Wealth Index was higher than one (1.503) with high probability of 0.6.

There was a significant relationship between children ever born and skilled attendance at birth. The relationship showed a negative sign, explaining that as mothers get more children they tend to reduce seeking skilled attendants at birth this conforms with characteristics of age, where as age increases, mothers are less likely to seek skilled attendant at birth. The odds ratio of children ever born (CEB) was 0.829 with probability of 0.453 (17.1% less likely than those with less number of children).

There was a significant relationship between antenatal care (ANC) and use of skilled attendance at birth. The odds ratio of ANC was 1.488 and probability of 0.598 showing that women who attend are likely to seek skilled attendants at birth than those who do not attend ANC.

Pregnancy complications are potential causes of maternal and child morbidity and mortality. Women who were informed about complications during pregnancy were more likely to be assisted by medically trained attendants. There were significant relationship between women who were informed about pregnancy complications and use of skilled attendants at birth, odds ratio was 1.53 and probability to use skilled attendant was 0.605.

As expected, a mother's education is also associated with the type of delivery assistance. The percentage of births assisted by health professional increases as education goes up; women with no education are less likely to use skilled attendants at birth than those who are highly educated. The odds ratio for education of mothers was 1.179 with probability of 0.541.

Problems in accessing health care are felt most acutely by rural women; older women; women with a larger family; divorced, separated, or widowed women; women not working for cash, and women with no

education or in the lower wealth quintiles. Distance is one of the most serious problem facing women, if health facilities are at distant place, it is less likely to use skilled attendant at birth for the groups mentioned above. The odds ratio of using skilled attendants was 0.870 with low probability of 0.465; this is less by 13% of those who were near health facility.

Women who stay in urban areas are more likely to seek skilled attendance at birth than their counterparts in rural areas. Some notable factors in urban areas like the possibility of shared decision making by women with their partners, and higher number of educated and working women may motivate women to be assisted by skilled personnel during delivery. Table 3.2 shows the positive relationship between type of place of resident and use of skilled attendants at birth, the odds ratio is 3.225 with high probability of 0.763.

3.3 The logistic Equation

The logistic equation for factors influencing the use of skilled attendants at birth can be given by the following variables.

$$\ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = -1.288 - 0.446X_{11} - 0.422X_{12} + 0.408X_2 - 0.188X_3 + 0.398X_4 + 0.425X_5 + 0.165X_6 - 0.140X_7 + 1.171X_8$$

Note: The equation contains only the significant variables

IV. SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

4.1 Summary

This part summarizes the findings of the study. The aim of this study was to examine the factors influencing the use of skilled attendance at birth by women in Tanzania. The main data used in this study were from the Tanzania Demographic and Health Survey, 2010. Information of mothers in the five years preceding the survey.

The study used chi-square test to measure the association between the response variables (skilled attendance at birth) and the predictor variable, while the logistic regression model was used to analyze the determinants of skilled attendance at birth.

The study examined the levels of skilled attendance at birth according to background characteristic of women, their experience with health care and their autonomy. The study found that there was a significant relationship between skilled attendance at birth and age of women, education status, children ever born, place of residence and wealth index. At younger age, likelihood to seek assistance at birth (59.6%) is higher than at old age. Women with education (74.9%), those in urban (83.5%), women who were richer (75.2%) and women with 1-3 children ever born (61.9%) were more likely to seek skilled attendance at birth than their counterparts.

The importance of strengthening mid-and lower-level health facilities. It is very clear that peripheral health facilities are the most accessible, especially for the rural poor. In addition, the costs of care both to women and to the health system are lowest at these sites. Traditionally, however, these sites have received little investment and support, and many, if not most, is challenged by a decrepit physical infrastructure, shortages of skilled personnel, serious gaps in essential obstetric equipment, and limited referral capacity. In contexts where these sites are handling the majority of deliveries, there is an urgent need to address these gaps, and doing so can significantly improve the availability and provision of skilled maternity care before, during, and after childbirth.

Women who were told about pregnancy complications (65.4%) were more likely to be delivered by skilled providers than those who were not told. The proportion of women who attended ANC more than 3 times (64.6%) were likely to be delivered by skilled attendants than those who did not attend ANC. About 98.9% of the births which occurred in health facilities were attended by skilled attendants.

The importance of focusing on routine elements of maternal health services, in addition to complications. While improvements were observed in the areas of antenatal care, normal delivery care, and postpartum care, there are still gaps in the content of these routine services gaps that reduce the potential benefits of these health interventions in terms of preventing maternal mortality. Many women do not receive essential elements of focused antenatal care as an opportunity to assess the health status of new mothers and ensure that they are recovering well from childbirth.

The study found that the proportion of women whose births were attended by skilled providers was higher among women who had no problem in getting permission for medical help (52.1%) compared to their counterparts. Also women who did not find difficult to take transport to health facilities (57.0%) and women who had discussion with partners had better chance to be delivered by skilled attendants; this implies that involvement of males in the process of delivering is crucial.

Section III examined the determinants of skilled attendance at birth. The logistic regression showed that as the age of mother increase, there is tendency to decrease use of skilled attendants at birth; this is one of the problem causing maternal mortality to remain high. The Wealth Index indicated that births to women in the highest wealth quintile are more likely to be assisted by medically trained caregivers than births to women in the lower quintiles. Because of high levels of early childbearing in Developing Countries, pregnancy and childbirth are the leading causes of death among women, the trend show that women who produce more children are less likely to seek skilled attendance at birth than those who have produced few; this also expands the level of maternal mortality.

Early and regular checkups by trained medical providers are very important in assessing the physical status of women during pregnancy. This assessment allows intervention to occur in a timely manner if any problems are detected. The 2010 TDHS obtained information from women on both coverage of antenatal care (ANC) and coverage of key elements of the care received for the last birth during the five-year period before the survey. The result shows that women who attended at least ANC were more likely to be delivered by skilled attendants than those who never attended ANC at all. Information on health is most important, if women are informed about pregnancy complications, they are more likely to use skilled attendants during the birth (use of health facilities).

The importance of focused antenatal care, including individualized birth preparedness counseling on place of delivery. Women who received counseling on place of delivery and danger signs during pregnancy were more likely to deliver at a health facility. Given the fact that the vast majority of women in Tanzania have at least one antenatal care visit during pregnancy, it is critical to ensure that birth preparedness counseling is given. This is a relatively low-cost intervention in comparison with community-

level mobilization and sensitization campaigns. As such, it should be a key element of any skilled care strategy.

The survey (TDHS 2010) results showed that about half of all respondents have completed primary education but have not gone on to attain higher education. Fifteen percent of women and 18 percent of men have gone to primary school but have not completed it. About one-fifth of respondents (16 percent of women and 23 percent of men) have at least some secondary education. Women are more disadvantaged in terms of educational attainment than men, with about twice as many women as men having no education. As expected, births to mothers with at least some secondary education and births to wealthier women are more likely than other births to take place in health facilities (poverty and illiteracy are barriers to using skilled attendants at birth). Births in urban areas are twice as likely to be assisted by health professionals as rural births (84 and 43 percent, respectively).

4.2 Recommendations

We have observed that the level of using skilled attendance at birth is still low, efforts are needed to encourage women to use skilled attendance at birth. In summary, in order to increase the level of skilled attendance at birth in Tanzania so as to reduce maternal mortality, the following recommendations are suggested.

- There should be efforts to encourage and enable women attend antenatal care during pregnancy as ANC attendance is strongly associated with skilled attendance at birth.
- IEC interventions should directly address the big number of women who bear children without skilled personnel. Health care providers and community educators should address these groups as they are with the greatest need and are the most likely to respond positively. Media channels, especially the radio which is the major source of information in Tanzania, heightens awareness, promotes new ideas, and encourages healthier behaviours.
- Government should make health facilities in rural areas easily accessible and affordable. The quality of such health facilities, especially in service delivery should also be improved so as to attract the attention of women who have a negative attitude towards them.

- Government and other concerned organizations should make efforts to promote universal education and mostly secondary education as skilled attendance at birth tend to rise more rapidly where schooling is wide. Therefore, the government should invest in education by building schools all over the country, offer free education if possible, and make conditions in schools that will reduce or stop drop outs especially among girls.
- Reducing maternal mortality requires strengthening of the health care system. This process takes time, and must be fueled by public commitment sustained by, e.g., maternal death reviews. One valuable entry point is the improvement of care of obstetric emergencies, but skilled attendance at birth in general also demands long term planning. Newer technical interventions need to be integrated into existing systems, while AIDS poses an increasing threat. The attention and care given to women before, during and after pregnancy, inside and outside the health system, reflects the relative value a society accords to women.

References

- Africa Health Dialogue (2010) What are the prospects of achieving 'skilled attendance' for all births in Africa?
- Commonwealth Secretariat Marlborough House London (2008), Maternal Morbidity: an Overview and a Tanzania Case Study.
- Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.
- Family Care International /Tanzania, Dar es Salaam and Family Care International 588 Broadway, Suite 503 New York, NY 10012 USA (2007), Testing Approaches for Increasing Skilled Care During Childbirth: Key Findings from Igunga District, Tanzania.
- Jerker Liljestrand, MD, PhD, Human Development Network - The World Bank, Strategies to reduce maternal mortality worldwide.
- Kleinbaum D. G, Springer Verlag, New York, Inc., (1994), Logistic Regression: A Self-Learning Text.
- Kruger C, Olsen OE, Mighay E and Ali M (2011). Original Research: Where do women give birth in rural Tanzania?

- Ministry of Health and Social Welfare (2008), The National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008–2015
- Ministry of Planning, Economy and Empowerment, National Bureau of Statistics (2006), Analytical Report: Volume X (Census 2002).
- United Republic of Tanzania, (Mid-Way Evaluation 2000-2008) Millennium Development Goals Report
- United Republic of Tanzania, National Bureau of Statistics (2010), Tanzania Demographic Health Survey
- WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement (1999)
- World Health Organization and UNICEF (1996). Geneva. WHO/FRH /MSM/96.11. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Tanzania>.