

دراسة قاعدية حول مواضيع ذات العلاقة  
بالصحة الإيجابية والجنسية بين المراهقين والشباب في فلسطين

اعداد

د. نهى الشريف

أب  
2007

قائمة المحتويات

1	المخلص التنفيذي	
12	أولاً: المقدمة	
13	ثانياً: خلفية الدراسة ومبرراتها	
14	ثالثاً: أهداف الدراسة	
14	1.3 الهدف العام للدراسة	
14	2.3 الأهداف الخاصة للدراسة	
16	رابعاً: أدبيات الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين والشباب	
16	1.4 العدالة والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	
20	2.4 الصحة الإنجابية والجنسية المتعلقة بمظاهر البلوغ والأمور و التنظيم الاسري	
22	3.4 الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز	
25	4.4 استراتيجيات الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين والشباب	
27	5.4 مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية	
28	6.4 خدمات الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب	
30	خامساً: الإطار المفاهيمي والخلفية النظرية وتعريف المصطلحات	
30	1.5 مفهوم وتعريف الصحة الإنجابية	
31	2.5 الصحة الجنسية	
32	3.5 حق الشباب بالصحة الإنجابية والجنسية	
32	4.5 خدمات الصحة الإنجابية والجنسية	
33	5.5 التنظيم الأسري	
34	6.5 الأمراض الجنسية المعدية	
38	5.7 المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	
38	8.5 دور المؤسسات في الصحة الإنجابية والجنسية	
40	سادساً: منهجية الدراسة	
40	1.6 وصف الدراسة	
40	2.6 مجتمع الدراسة الجغرافي	
40	3.6 المنهجيات المستخدمة في الدراسة	
40	4.6 اختيار وحجم العينة	
41	5.6 أداة جمع المعلومات	
42	6.6 الاعتبارات الأخلاقية	
43	7.6 العمل الميداني	
43	8.6 الصعوبات التي واجهت الدراسة	
44	9.6 التحليل الإحصائي	

45.....	سابعاً: النتائج.....
46 .....	1.7 الفصل الأول: بيانات المراهقين.....
46.....	1.1.7 الجزء الأول: المجال الوصفي للمراهقين.....
48.....	2.1.7 الجزء الثاني: المجال التحليلي لعينة الدراسة: المعرفة و المعتقدات و المواقف.....
48.....	1.2.1.7 المحور الأول: آراء المراهقين تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة.....
59.....	2.2.1.7 المحور الثاني: الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية.....
87.....	2.7 الفصل الثاني: بيانات الشباب.....
87.....	1.2.7 الجزء الأول: المجال الوصفي للشباب.....
88.....	2.2.7 الجزء الثاني: المجال التحليلي لعينة الدراسة: المعرفة و المعتقدات و المواقف.....
88.....	1.2.2.7 المحور الأول: آراء الشباب تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة.....
92.....	2.2.2.7 المحور الثاني: الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية.....
97.....	3.2.2.7 المحور الثالث: الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا و الوقاية منها.....
106.....	ثامناً: المناقشة والاستنتاجات و التوصيات : .....
111.....	المراجع .....
	ملحق 1 .....
	ملحق 2.....
	ملحق 3 .....
	Executive summary

- الجدول 1.7: نسب آراء المراهقين للمستوى التعليمي اللازم للبنات والولد حسب المدينة والصف 49
- الجدول 2.7: نسب آراء المراهقين للعمر المناسب لزواج البنات والولد حسب المدينة والصف 52
- الجدول 3.7: نسب آراء المراهقين عن الفارق العمري والعلمي بين الأزواج حسب المدينة والصف 54
- الجدول 4.7: نسب آراء المراهقين لعمل المرأة حسب المدينة والصف من نتائج المرحلة الثانية 55
- الجدول 5.7: نسب آراء المراهقين لمنزلة المرأة المنجبة وغير المنجبة حسب المدينة والصف 56
- الجدول 6.7: نسب آراء المراهقين حول المساعدة (المشاركة) في الأعمال المنزلية حسب المدينة والصف 58
- الجدول 7.7: نسب معرفة المراهقين عن مظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس ومصادرها 60
- الجدول 8.7: نسب آراء المراهقين حول الاهتمام بالأمر المتعلقة بالإنجاب والجنس حسب المدينة والصف 63
- الجدول 9.7: نسب توزيع الأهمية التي يعطيها المراهقون للمسألة الجنسية حسب المدينة والصف 65
- الجدول 10.7: نسب آراء المراهقين بالصحة الإيجابية والأمور الجنسية ومصادرها حسب المدينة والصف 67
- الجدول 11.7: نسب آراء المراهقين حول تحديد عدد المواليد في الأسرة حسب المدينة والصف 70
- الجدول 12.7: نسب معرفة المراهقين عن تنظيم الأسرة حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية) 71
- الجدول 13.7: نسب معرفة المراهقون وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل حسب المدينة والصف 72
- الجدول 14.7: نسب المعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها والأمراض الناتجة عنها حسب المدينة والصف 67
- الجدول 15.7: نسب توزيع معرفة الأمراض الجنسية المعدية وأماكن إجراء فحص لأي منها حسب المدينة والصف 70
- الجدول 16.7: نسب المعرفة من مرض فقد المناعة الإيدز والوقاية منه عنها حسب المدينة والصف 70
- الجدول 17.7: نسب معرفة المراهقين بكيفية التعرض والوقاية من مرض الإيدز ومصادرها حسب المدينة والصف 81
- الجدول 18.7: نسب مصادر المعلومات عن الصحة الإيجابية والجنسية حسب المدينة والصف (متعدد الخيارات) 82
- الجدول 19.7: نسب توزيع الأمور التوعوية التي يجب توفرها للمراهقين لتحسين صحتهم الجنسية والإيجابية 85
- الجدول 20.7: نسب آراء الشباب لمنزلة المرأة المنجبة وغير المنجبة حسب جنس المشارك 92
- الجدول 21.7: نسب توزيع مصادر المعرفة التي يعرف منها الشباب عن حياتهم وصحتهم الجنسية 86
- الجدول 22.7: نسب توزيع معرفة وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل حسب الجنس 97
- الجدول 23.7: نسب توزيع المعرفة بطرق الإصابة بالإيدز حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات) 100
- الجدول 24.7: نسب مصادر المعلومات عن الصحة الإيجابية والجنسية و حسب الجنس (متعدد الخيارات) 100
- الجدول 25.7: نسب توزيع الأمور التوعوية التي يجب توفرها للشباب لتحسين صحتهم الجنسية والإيجابية 101

- 46 الشكل البياني 1.7: نسب توزيع جنس المشاركين حسب المدينة
- 46 الشكل البياني 2.7 : نسب توزيع جنس المشاركين حسب الصف
- 47 الشكل البياني 3.7: نسب توزيع مدى اهتمام المراهقين بصحتهم
- 47 الشكل البياني 4.7: نسب توزيع رأي المراهقين في صحتهم
- 50 الشكل البياني 6.7: نسب توزيع مقارن للعمر المناسب لزواج البنات والولد حسب رأي المشاركين
- 51 الشكل البياني 7.7: نسب توزيع مقارن للعمر المناسب لزواج البنات والولد حسب جنس المشاركين
- 53 الشكل البياني 8.7: نسب توزيع مقارن للوقت المناسب لزواج البنات والولد حسب جنس المشاركين
- 54 الشكل البياني 9.7: نسب آراء المراهقين لأنسب فارق عمري بين الزوج و زوجته حسب جنس المشاركين
- 55 الشكل البياني 10.7: نسب آراء المراهقين لعمل المرأة للحصول على المال حسب جنس المشاركين
- 57 الشكل البياني 11.7: نسب آراء المراهقين لمنزلة المرأة التي لا تتجرب الأطفال مع المنجبة بين الناس حسب جنس
- 57 الشكل البياني 12.7: نسب آراء المراهقين لمنزلة المرأة التي تتجرب البنات مع منجبة الذكور بين الناس حسب جنس
- 58 الشكل البياني 13.7: نسب آراء المراهقين حول المسئول للقيام بالأعمال المنزلية اليومية حسب جنس المشارك
- 59 الشكل البياني 14.7: نسب آراء المراهقين حول القيام بالإعمال المنزلية في حالة عمل المرأة حسب جنس المشارك
- 60 الشكل البياني 15.7: نسب معرفة المراهقين لمظاهر البلوغ عند الولد حسب جنس المشارك
- 61 الشكل البياني 16.7: نسب معرفة المراهقين لمظاهر البلوغ عند البنات حسب جنس المشارك
- 61 الشكل البياني 17.7: نسب توزيع العمر عند أول حيض للفتيات (من نتائج المرحلة الثانية)
- 62 الشكل البياني 18.7: نسب توزيع مصدر المعلومات الفتيات عن وضعهن وطريقة التعامل مع اول حيض
- 64 الشكل البياني 19.7: نسب آراء المراهقين في العمر الذي يبدأ الولد بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس
- 64 الشكل البياني 20.7: نسب آراء المراهقين حول العمر الذي يجب أن تبدأ البنات
- 65 الشكل البياني 21.7: نسب مصادر المعرفة عن حياه والصحة الجنسية للمراهقين
- 65 الشكل البياني 22.7: نسب توزيع الأهمية التي يعطيها المراهقون للمسألة الجنسية حسب جنس المشارك
- 68 الشكل البياني 23.7: نسب آراء المراهقون حول العمر الذي يبدأ الأولاد والبنات بالاهتمام
- 68 الشكل البياني 24.7: نسب آراء المراهقون حول تحدث الولد بحرية بمواضيع الصحة الإنجابية
- 69 الشكل البياني 25.7: نسب آراء المراهقون حول تحدث البنات بحرية بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية
- 70 الشكل البياني 26.7: نسب آراء المراهقين في عدد الأولاد/البنات الذين يرغبوا بإنجابهم
- 71 الشكل البياني 27.7: نسب آراء المراهقين حول الذي يحدد عدد الأولاد في الأسرة (متعدد الخيارات)
- 73 الشكل البياني 28.7: نسب توزيع معرفة وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل حسب الجنس (متعدد الخيارات)
- 73 الشكل البياني 29.7: مقارنة بين معرفة إي من وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل حسب جنس المشارك
- 75 الشكل البياني 30.7: نسب توزيع نسب توزيع معرفة الأمراض الجنسية التي تعرفها
- 75 الشكل البياني 31.7: نسب توزيع نسب توزيع معرفة طرق الوقاية من الأمراض المنقولة حسب جنس المشارك
- 76 الشكل البياني 32.7: نسب توزيع معرفة الأمراض المنقولة الأضرار الجسمية التي قد تنجم عن الإصابة به
- 77 الشكل البياني 33.7: نسب توزيع معرفة الأمراض الجنسية المعدية وأماكن إجراء فحص لأي منها حسب الجنسية
- 78 الشكل البياني 34.7: نسب توزيع طرق الإصابة بالأمراض الجنسية المعدية بواسطة ممارسة الجنس
- 79 الشكل البياني 35.7: نسب توزيع المعرفة بتعريف مرض الايدز حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)
- 79 الشكل البياني 36.7: نسب توزيع المعرفة بطرق الإصابة بالإيدز حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)
- 81 الشكل البياني 37.7: نسب توزيع المعرفة بأماكن إجراء فحص بالإيدز، صحة المصاب بالإيدز وطبيعة المرض
- 83 الشكل البياني 38.7: نسب توزيع تكرار المجيبون حول مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية
- 84 الشكل البياني 39.7: نسب توزيع الأمور التوعوية التي يجب توفرها للمراهقين لتحسين صحتهم الجنسية
- 86 الشكل البياني 40.7: نسب توزيع المواضيع في الصحة الإنجابية والجنسية التي يريد المراهق أن تشرح
- 87 الشكل البياني 41.7: نسب توزيع المراحل التي انتهى الشباب بها إحدى الصفوف حسب الجنس
- 88 الشكل البياني 42.7: نسب توزيع رأي الشباب في صحتهم
- 89 الشكل البياني 43.7: نسب توزيع مقارن للمستوى تعليمي يلزم التعليمي اللازم للبنات والولد حسب جنس المشاركين
- 90 الشكل البياني 44.7: نسب توزيع مقارن للعمر المناسب لزواج البنات والولد حسب رأي المشاركين
- 91 الشكل البياني 45.7: نسب آراء الشباب لعمل المرأة للحصول على المال حسب جنس المشاركين
- 91 الشكل البياني 46.7: نسب آراء الشباب حول القيام بالإعمال المنزلية في حالة عمل المرأة حسب جنس المشارك

- 93 الشكل البياني 47.7: نسب معرفة الشباب لمظاهر البلوغ عند الولد حسب جنس المشارك
- 94 الشكل البياني 48.7: نسب معرفة الشباب لمظاهر البلوغ عند البنت حسب جنس المشارك
- 93 الشكل البياني 49.7 : نسب توزيع العمر عند أول حيض للفتيات
- 94 الشكل البياني 50.7: نسب آراء الشباب حول العمر الذي يجب أن يبدأ التعرف على الأمور
- 95 الشكل البياني 51.7: نسب توزيع الأهمية التي يعطيها المراهقون للمسألة الجنسية حسب جنس المشارك
- 96 الشكل البياني 52.7: نسب آراء الشباب في عدد الأولاد/البنات الذين يرغبوا بإنجابهم حسب جنس المشارك
- 98 الشكل البياني 53.7: نسب توزيع نسب معرفة الأمراض الجنسية (متعدد الخيارات)
- 98 الشكل البياني 54.7: نسب توزيع نسب معرفة طرق الوقاية من الأمراض المنقولة حسب جنس المشارك
- 99 الشكل البياني 55.7 : نسب توزيع معرفة الأمراض المنقولة الأضرار الجسمية التي قد تنجم عن الإصابة

## شكر وتقدير

لا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لكل من ساهم في إتمام هذه الدراسة.

و تشاركني جمعية تنظيم الأسرة الفلسطينية بالامتنان والتقدير لصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) لدعمهم لمشروع الصحة الإنجابية عامة وهذه الدراسة خاصة، وأيضاً بالشكر لوزارة التربية والتعليم العالي لدعمهم لفريق العمل لإتمام هذه الدراسة رغم الظروف الصعبة التي واجهتها في فترة العمل الميداني، ونخص بالذكر السيدة ريم الكيلاني و الدكتور محمد الريماوي-دائرة الإرشاد التربوي. كما نخص بالذكر مدراء ومعلمي المدارس ومدراء المراكز الشبابية لمساعدتهم لإتمام جميع مراحل الدراسة.

كما وأتقدم بشكري وامتناني للدكتور حافظ شقير والسيد زياد يعيش- صندوق الأمم المتحدة للسكان -فلسطين و الدكتورة سمية صايح -الدكتور بسام ابو حمد والسيد سعدي ابو عواد- جامعة القدس إلى ما قدموه من جهد ونصيحة في الدراسة القبلية للبحث والذي ساهم في تطوير الاستبيان.

وأقدم بجزيل الشكر والعرفان لمدراء المدارس والمعلمين المرشدين النفسين وأولياء أمور الطلبة ومدراء ومنسقي البرامج في الأندية الشبابية لمشاركتهم في المجموعات البوذية في مدينة غزة والضفة. وأيضاً اشكر جميع الطلبة في المدارس والشباب في الأندية الشبابية على مشاركتهم في الدراسة.

و تشاركني جمعية تنظيم الأسرة الفلسطينية بالشكر الجزيل لمنسقي العمل الميداني الدراسة الأخت عدن عورتاني-الضفة الغربية والأخ شعبان مرتجى- قطاع غزة وفريقيهما البحثي على الجهد الهائل والصبر وطول النفس الذي بذلوه لإتمام الدراسة رغم الظروف المحلية وحساسية الموضوع والعوائق الإدارية الجمة التي واجهت تنفيذ المراحل العديدة في الدراسة. ولا أنسى الجندي المجهول الدائم لإتمام الدراسة طاقم جمعية تنظيم الأسرة الفلسطينية والمتمثل بالسيدة أمينة سفريديس مدير عام الجمعية و للآنسة ديانا فراج منسقة مشروع الصحة الإنجابية للشباب والمرافقين على دعمهم ومساندتهم الدائمان وتنسيقهم الدعوب لحل المصاعب والعقبات التي واجهت تنفيذ الدراسة وأيضاً الجهد المبذول في طور التحضير والتنفيذ والإنهاء.

## الملخص التنفيذي

تمت دراسة مدى معرفة، وأراء وتوجهات وممارسات المراهقين والشباب نحو الصحة الإنجابية والجنسية باستخدام المنهجية الاستكشافية والوصفية بكلا نوعيهما، الكمي والنوعي. تم تنفيذ الدراسة على فئة المراهقين والشباب في ستة مدن وهي مدينة الخليل، مدينة رام الله، مدينة نابلس، مدينة جنين، مدينة غزة، و مدينة رفح كدراسة قاعدية من ضمن مشروع شامل يستهدف المراهقين والشباب بين أعمار 10 إلى 24 في قطاع غزة والضفة الغربية..

في الجزء الخاص بالمراهقين، تمت الدراسة على مرحلتين؛ المرحلة الأولى و الثانية، حيث تم اختيار عينة عشوائية من المدارس الحكومية. ففي المرحلة الأولى تم جمع استبيانات من 3926 طالب وطالبة من الصفوف التاسع إلى الثاني عشر في الست المدن المستهدفة (مدرستان ذكور ومدرستان إناث في كل مدينة). أما في المرحلة الثانية، فقد تم انتقاء عينة عشوائية (30%) من الطلبة وتمت تعبئة استبيانات ل 1245 طالب وطالبة ضمن مقابلة شخصية. أما الجزء الخاص بالشباب، تمت الدراسة على مرحلة واحدة والتي استهدفت النوادي الشبابية في المدن الست التي تعنى بتدريب الشباب في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية. وقد تم اختيار النوادي (7 نوادي) من قبل المؤسسة المشرفة على تطبيق هذا الجزء من مشروع "المعلومات والخدمات الصحية في الصحة الإنجابية الصديقة للشباب في محافظات غزة والضفة الغربية". وقد كان المستهدفون الشباب غير المتزوجين ضمن الفئة العمرية 16-24 سنة والذين شاركوا في نشاطات هذه النوادي في مجالات الصحة الإنجابية والجنسية، حيث تم تجميع 232 استبيان.

تم إجراء مرحلة ثالثة في الدراسة لتقييم واستقصاء واستكشاف معرفة وتوجهات رؤية ذوي التأثير على الشباب القائمين على إدارة النوادي الشبابية حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية باستخدام تقنية المجموعة البورية وضمن محاور نقاش محددة وواضحة.

ولإجراء الدراسة أخذت جميع الاعتبارات الأخلاقية لإجراء الدراسة بجميع مراحلها سواء على مستوى المؤسسات او الطلبة المشاركين.

أما التحليل الإحصائي: تم إدخال، تنظيف وتحليل البيانات باستعمال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) حيث قمنا باحتساب التكرارات والنسب لجميع البيانات للغرض الوصفي للمعلومات. أما البيانات الرقمية فقد تم احتساب المتوسط والانحراف المعياري لها.

### نتائج الدراسة:

(أ) قسمت نتائج المجال التحليلي لعينة الدراسة في المرحلة الأولى والثانية إلى 3 محاور رئيسية:

#### المحور الأول: أراء المراهقين و الشباب تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة

أظهرت النتائج أن المراهقين يرجحون أن يحصل الذكر على مستوى تعليمي أعلى من الأنثى، ولكن أجاب 50% من العينة بأنه لا مانع بان يكون الزوج والزوجة من نفس المستوى التعليمي. كما أن متوسط سن الزواج للإناث كان أقل بأربع درجات منه للذكر (21 مقابل 25 بالتوالي) و كانت الفئة العمرية 20-23 سنة هي الأمثل في أرائهم للزواج للإناث و25-27 سنة للذكور. أما الوقت الأنسب للزواج فكان عندما ينهي الذكر أو الأنثى من تعليمهما. بالنسبة للفارق العمري بين الأزواج فقد

ارتنا 87% أن لا تتجاوز 5 سنوات على أن يكون الزوج هو الأكبر سناً. أما آراء المراهقين لعمل المرأة فقد شجع 66% من العينة فقط عمل المرأة بعد الزواج ووافق فقط 62% على عمل المرأة من أجل للحصول على المال. أما المساواة داخل الأسرة فقد أيد 78% وجوب التوازن في توزيع الأعباء داخل البيت بين الزوجين.

**بالنسبة للشباب** أظهرت النتائج أن يحصل الذكر على مستوى تعليمي عالي مفضل أكثر منه للإناث. أما الفرق في المستوى التعليمي فقد أجاب 55% بأن تكون المرأة أكثر تعليماً من الرجل هو أمر عادي. أما سن الزواج للمرأة فقد كان أقل بـ 3 سنوات منها للرجل. أما الوقت المناسب للزواج أعتقد الشباب أن الزواج للبتن يجب أن يحدث حال تنهى البنت تعليمها و زواج الشاب حين يريد الله. أما الفارق العمري بين الأزواج أن لا يتجاوز الفارق 5 سنوات. أما عمل المرأة فقد شجع 75% عملها، على أن يكون هناك توازن في توزيع الأعباء داخل البيت بين الزوجين.

### **المحور الثاني: الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية والجنسية بالأخص المتعلقة بمظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس و أيضاً عموميات تنظيم الأسرة**

أظهرت النتائج أن **المراهقون** يولون للجنس أهمية قصوى بنسبة 40%. وقد شجع المراهقون البدء بالاهتمام بالإنجاب والجنس قبل سن 15 سنة، وكان رأي المراهق بان المراهقين عامة يتحدثون بحرية بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية. أما المعرفة بمظاهر البلوغ فقد تباينت نسب المعرفة بمظاهر البلوغ وكانت المعرفة بخروج الحيوانات المنوية عند الذكور بالاحتلام وغيره معروفة فقط لدى 50% من العينة. إما مصادر هذه المعلومات فقد كان أهمها المدرسة ثم الأقارب أو الأصدقاء ثم الوالدان و الراديو/ التلفزيون.

ولتنظيم الأسرة أجاب 53% موافقتهم على المبدأ. أما مرجعية القرار بالتنظيم أبدت البنات الدور التشاركي بالقرار أكثر من الأولاد. وأيضاً بينت النتائج أن المعرفة بوسائل منع الحمل ليست شاملة لكل الوسائل، وشكلت معرفتهم بالحبوب واللولب 50%، لكن الواقي الذكري فكان معروف فقط بنسبة 22%. أما أماكن وجود خدمات لتنظيم الأسرة فقد معروف لدى 35% فقط، وكانت أهم مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين أولاً المدرسة يليها وسائل الإعلام ثم الأتراب من الجنسين.

**بالنسبة للشباب** كانت جميع مظاهر البلوغ عند البنت والولد معروفة لدى 80%، وقد شجع الشباب بان يبدأ الولد والبنت بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس بالـ 15 سنة، وان 59% من الشباب يتحدثون بسهولة بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية حيث يولي 50% أهمية قصوى للجنس.

أما تنظيم الأسرة من وجهة نظر الشباب فقد وافق 85.6% على ضرورة تنظيم النسل/الاسرة، لكن 50% فقط على التحديد. أما عدد الأطفال الذين يودون إنجابهم، كان متوسط عدد الأولاد 2.79 و عدد البنات 2.19، والذي يلعب الدور الأهم في تحديد عدد الأطفال فقد أجاب 82% أن الزوجين معا يجب أن يقوموا بذلك. و تبين النتائج أيضاً أن المعرفة بوسائل منع الحمل لدى الشباب تتمثل بحبوب منع الحمل ثم اللولب ويليهم استعمال الواقي الذكري والرضاعة الطبيعية. ولكن لم يسمع 48% لم يسمعوا أو يقرأوا عن وجود أماكن تقدم فيها خدمات لتنظيم الأسرة، وكانت المدرسة أول مصدر للمعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية للشباب يليها الأصدقاء يليها وسائل الإعلام.

### **المحور الثالث: الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسياً والوقاية منها وبالأخص مرض الإيدز**

لدى **المراهقون**، احتل الإيدز المرتبة الأولى في المعرفة يليه السيلان ثم الزهري. أما طرق الوقاية فتبيّن النتائج أنّ الامتناع عن الممارسات الجنسية المحرمة والممنوعة تشكل أهم طرق الوقاية يليها العفة، ولم يشير سوى 14.1% إلى استعمال الواقي الذكري/الكندوم كأحد طرق الوقاية. أما طرق الإصابة بالإيدز فقد أجاب 75% بأنه ينتقل بالممارسة الجنسية مع غير الزوج أو الزوجة ويليه عن نقل الدم غير المفحوص. أما نتائج الإصابة بالإمراض الجنسية المعدية فقد أجاب المراهقون بإمكانية الوفاة بنسبة 46% يليها الإصابة بأمراض الجهاز التناسلي (42%). أما نسب معرفة أماكن لإجراء فحص لأي من الأمراض الجنسية المعدية فقد كانت 27.9% و 27.7% فقط معرفتهم بمكان لإجراء فحص الإيدز.

**بالنسبة للشباب** أظهرت النتائج بان 95% من الشباب على دراية بوجود أمراض يمكن أن تنتقل بين شخصين عن طريق الممارسة الجنسية وكان الإيدز هو الأكثر شهرة بين الشباب يليه السيلان ثم الزهري، أما طرق الإصابة بالإيدز فقد أجاب 89% انه ينتقل عن نقل الدم غير المفحوص يليه 85.8% بأنه ينتقل بالممارسة الجنسية مع غير الزوج أو الزوجة. أما طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا فتبيّن النتائج أنّ الامتناع عن الممارسات الجنسية المحرمة والممنوعة تشكل أهم طرق الوقاية يليها العفة، وشكل استعمال الواقي الذكري للوقاية 40%. أما النتائج المرضية نتيجة الإصابة بالإمراض الجنسية المعدية فقد أجاب الشباب بان إمكانية حدوث الوفاة بنسبة 70% يليها الإصابة بأمراض الجهاز التناسلي يليها العجز الجنسي. ولم يعرف سوى 48.9% أماكن إجراء فحص لأي من الأمراض الجنسية المعدية و41% أماكن إجراء فحص الإيدز.

أما متطلبات المراهقون التي يجب توفرها للمراهقين و للشباب لتحسين صحتهم الجنسية والإنجابية، حسب رأي المراهقين فقد كانت تتعلق باحتياجهم إلى زيادة في المعلومات حول المخاطر وأسلوب تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس يليها تقديم النصيحة والإرشاد لهم. أما متطلبات الشباب فقد اهتم الشباب بالدرجة الأولى بالمخاطر المتعلقة بالجنس وكيفية تجنب المخاطر المتعلقة به ثم بالأمور المتعلقة بصحتهم عامة، واحتلت الحاجة للمشورة والنصح والإرشاد المرتبة الثانية في الأهمية.

**ب) أما نتائج المجموعات البؤرية للمراكز الشبابية في المرحلة الثالثة** فقد أظهرت أن معرفة المشاركون بمواضيع الصحة الإنجابية والجنسية ضعيفة نوعا ما مع أن مجموعة غزة كانت درابتها أوسع من مجموعة الضفة مما اثر على تحديد اولويات مختلفة في المجموعتين. أما الاولويات فتلخصت بالتغيرات الجسمية و النفسية للمراهقين، والمراهقة كعملية فسيولوجية و نفسية، الأمراض المنقولة جنسيا، العادة السرية، زواج الأقارب، سفاح القربى، الزواج المبكر، علاقة الدين بالقضايا الإنجابية و الجنسية، تثقيف الشباب المقبلين على الزواج.

بالنسبة للمواضيع المطروحة للمراهقين والشباب سواء في المناهج المدرسية أو النوادي أو على المستوى الإعلامي أو الاجتماعي، اختلف رأي المشاركين بين أن تكون الأسرة هي المكان الأول لطرح مواضيع الخاصة بالإنجاب والجنس او المدرسة وكان لكل من الرأي التعليل الخاص، ولكن خلص النقاش إلى أنها يجب أن تكون تعاون أي بين الجهتين وانه يجب أن يكون هناك وسيلة تضمن ترابط هذه الحلقات بحيث تكون شبكة أمان للشباب و المراهقين. أما العمر المناسب للبدء بطرح هذه المواضيع، فلم يكن للمجيبين رؤيا واضحة عن الموضوع أو الجيل المناسب لطرح أي منها.

أما مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية أيد المشاركون طرحها للمراهقين والشباب هو إيجاد محاضرات تثقيفية حول دور الفضائيات والانترنت في الثقافة الإنجابية والجنسية و إضافة مواضيع محددة للتدريب مثل "المراهقة احتياجات ورغبات"، المشاكل التي ترافق النمو الجنسي، الجهاز التناسلي، أنواع الزواج، العقم، الإخصاب والإجهاض، سرطانات الأجهزة التناسلية،

والشذوذ الجنسي والعنف الجنسي، و العلاقات الأسرية وعلاقة الإباء والأبناء. أما المواضيع التي لم يشجع أو يؤيد المشاركون طرحها للتدريب فقد أجملها المشاركون أنها أي موضوع قد يكون ذو حساسية اجتماعية في المجتمع الذي يتم فيه التدريب أو تلك المواضيع التي قد تتعارض مع الدين.

أما الآليات والطرق المناسبة التي أوصى بها المشاركون لتوعية وتنقيف المراهقين شجع المشاركون بالبدء باستخدام طرق التدريب الحديثة مثل إنشاء مواقع ثقافية خاصة للتدريب لكل المراكز كافة ولكل مركز مشارك الإمكانية بالدخول واستخدام هذه المواقع، أيضا إيجاد برامج قد تكون ترفيهية بحيث تعرض لجميع أفراد الأسرة دون الخوف من التحفظ لدى العديدين من هذه المواضيع "التدريب الأسري الكامل". أما السياسات العامة فقد أوصى المشاركون بضرورة قيام الرقابة الحكومية على التكنولوجيا الحديثة سواء في مقاهي الانترنت أو على المجالات والكتب.

وفي النهاية، إن ما طلبه المراهقون والشباب في هذه الدراسة وهو توفير المزيد من المعلومات حول المخاطر وأسلوب تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس يليها تقديم النصيحة والإرشاد لهم، وما طلبه الشباب هو الاهتمام بالدرجة الأولى بالمخاطر المتعلقة بالجنس وكيفية تجنب المخاطر المتعلقة به ثم بالأمر المتعلقة بصحتهم عامة ، واحتلت الحاجة للمشورة والنصح والإرشاد المرتبة الثانية في الأهمية. هذه المطالب أكدت ما طلبه الشباب في دراسات سابقة بإيجاد برامج توعية وصحية مدروسة وشاملة وتتناسب مع متطلبات الشباب في المجتمع الفلسطيني وعلى رأسها تلك التي تتناول موضوعات؛ الأمراض الجنسية المعدية، التزويج المبكر وزواج أقارب، تنظيم الأسرة والحمل والإجهاض والحمل الخطر وغيره.

أما أهم التوصيات التي خلصت لها المجموعتان البورتين فتتلخص بوضع خطة خمسية أو عشرية في الصحة الإنجابية والجنسية في فلسطين و تفعيل ضغط من أجل التشريع في الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين والشباب و التشبيك والتنسيق بين الجهات المختلفة المتخصصة في المجال. كما اقترح المشاركون فكرة إنشاء الخط الإرشادي أو القناة الاستشارية للمراهقين والشباب. بالتالي فإن مأسسة التوعية الإنجابية والجنسية في المراكز الشبابية ضرورة ملحة تتم من خلال توفير برامج تدريبية مرفودة بمواد تعليمية منهجية مجهزة خصيصا لهذه الفئة العمرية وتخضع لرقابة المؤسسات ذات الصلة بالمراكز الشبابية. وأيضا لا بد من توفير أساليب تدريب حديثة مثل الانترنت وغيره بحيث يكون متاحا للشباب الإطلاع عليه والانتفاع من المعلومات الواردة فيه في أي وقت.

## أولاً: المقدمة

يعتمد الأطفال كلياً على من حولهم، وبشكل خاص على آبائهم أو أولياء أمورهم، وفي معظم المجتمعات يستمر هذا الاعتماد في كافة مراحل الطفولة، وترى بداية المراهقة من النقطة التي يبدأ فيها هذا الاعتماد على الآخرين بالانحسار كمرحلة تحضيرية نحو سن الرشد الكامل.

نموذجياً، يعتبر سن المراهقة والشباب فترة " الصحة المميزة" خلال حياة الفرد، حيث يشكل المراهقون والشباب شريحة خاصة من المجتمع يجب إعطاؤها اهتماماً خاصة من الناحية الاجتماعية، الصحية، التربوية والتنموية، فعادة ما تكون معدلات انتشار الأمراض وعدد الوفيات في هذه المرحلة العمرية الأقل من تلك التي تحدث لاحقاً في الحياة. وعلى الرغم من هذا، ترتبط هذه المرحلة بقضايا معيّنة ذات تأثير كبير على الصحة انياً ومستقبلياً. ومن أهم هذه القضايا ذات التأثير على الصحة على المدى البعيد التدخين، شرب الكحول، استعمال المخدرات، العنف، حوادث سيارات وغيرها. ومن القضايا المهمة والتي تبدأ مع سن المراهقة وذات تأثير على الأمد القصير والطويل في حياة الفرد هي قضايا الصحة الإنجابية والجنسية، والتي لا تقتصر نتائجها على الصحة فقط بل تمتد للتأثير على الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفرد نفسه وعائلته. واليوم، يعتبر خطر احتمالية الإصابة بإحدى الأمراض المنقولة جنسياً وبشكل خاص مرض نقص المناعة الإيدز خلال فترة المراهقة والشباب ذا خطر هام على الصحة في العديد من بلدان العالم.

في الثلاثة العقود الأخيرة، تسارعت التطورات في النظرة الخاصة والشمولية للصحة الإنجابية والجنسية لدى المراهقين والشباب، بالخاص بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، والذي عقد في القاهرة عام 1994، حيث اهتمت العديد من الدول العربية بإنشاء العديد من البرامج استهدفت فئة المراهقين والشباب، بدعم من الحكومات، المؤسسات الدولية والجمعيات الأهلية. وبالرغم من أن الإحصائيات والمعلومات الدقيقة المتعلقة بصحة الشباب مثل وعيهم لوضعهم الصحي، انتشار الأمراض، انتشار السلوكيات الخطرة، معلومات حول السلوكيات الصحية الخطرة، غالباً ما تكون غير كاملة وغير كافية، هنالك معطيات تشير إلى أن هنالك الكثير من الاحتياجات في مجال الصحة الإنجابية ما زالت غير ملبأة لدى فئة الشباب في كثير من البلدان العربية، لذا بدأت العديد من الحكومات والمؤسسات الأهلية بالتوجه للاهتمام بالعديد من الاستراتيجيات والخطط لتحسين وضع الشباب من جميع النواحي التعليمية والتثقيفية والتوعوية والخدماتية.

تتناول هذه الدراسة مواضيع ذات أهمية وألوية لصحة المراهقين والشباب في المجتمع الفلسطيني والتي تدمج الناحية التنموية والصحية للفرد، حيث أن تمكين المرأة والمساواة بين المرأة والرجل في التحصيل العلمي والعمل له تأثير مباشر على صحة الأفراد ومؤشر أساسي لصحة الأسرة وتنظيمها. أيضاً، فإن من أهم سبل حماية صحة المراهقين والشباب هو توعيتهم وتنقيتهم بأهم طرق انتشار والوقاية من الأمراض ذات العلاقة بالصحة الإنجابية والجنسية كالأمراض المعدية جنسياً وبالأخص الإيدز خصوصاً أن نسب الزواج في مرحلة المراهقة ما زال شائعاً بين الأسر الفلسطينية بالذات للإناث. وحيث ان هذه الدراسة هي دراسة قاعدية ضمن مشروع شامل يستهدف المراهقين والشباب بين أعمار 10 إلى 24 في قطاع غزة والضفة الغربية فإننا نأمل أن تساهم نتائجها في وضع استراتيجيات التدخل والوقاية للمراهقين والشباب في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.

## ثانياً: خلفية الدراسة ومبرراتها

يعتبر المجتمع الفلسطيني مجتمع فنياً، حيث يشكل الشباب نسبة عالية من سكان فلسطين، وقد أظهرت الأرقام المنشورة من الإحصاء المركزي للعام 2005 بان 490,271 نسمة هم بجيل 10-14 عاماً ويشكلون 12% من عدد السكان، وان 402,724 نسمة هم بجيل 15-19 عاماً ويشكلون 10.5% من عدد السكان. أما الشباب جيل 20-24 عاماً فيشكلون ما نسبته 9.1% من عدد السكان (327,127 نسمة). ويبين الهرم السكاني للعام 2005م بان المجتمع الفلسطيني سيكون ولسنوات طويلة تحت ضغط التزايد المستمر في التعداد السكاني خاصة ضمن فئة الأطفال والشباب (10-24 سنة)، لذلك وجب الاهتمام بتوفير جميع السبل والخدمات لهذه الفئة الحساسة في المجتمع الفلسطيني، خصيصاً ضمن المعطيات الخاصة في المنطقة.

حسب إحصائيات وزارة التربية والتعليم العالي الفلسطيني للعام 2005-2006 فهناك 1,144,632 طالباً وطالبة يدرسون في رياض الأطفال والمدارس منهم 689015 طالباً وطالبة في الضفة الغربية و455616 طالباً وطالبة في قطاع غزة. من بينهم 574863 ذكورا و569768 إناثاً، وموزعين حسب جهات الإشراف كما يلي: 749964 طالباً في المدارس الحكومية و251118 طالباً في مدارس وكالة الغوث الدولية و66407 طالباً في المدارس الخاصة و77142 طفلاً في رياض الأطفال (موقع وزارة التربية والتعليم العالي الفلسطيني، 2007).

أما بالنسبة لنسب التسرب فقد بلغت 1.0% في العام 2005-2006، وتفاوتت هذه النسب من صف إلى آخر، فقد بلغت ذروتها في الصف الثامن حيث بلغت 2.5% ثم عادت للانخفاض بعدها في الصفوف العليا. أما بالنسبة للتسرب فإنه يلاحظ أن النسبة تزيد باطراد مع ارتفاع مستوى الصف، فبلغت نسبة التسرب في الصف الأول الأساسي حوالي 0.1% وارتفعت إلى حوالي 2.9% في الصف العاشر الأساسي وارتفعت إلى حوالي 3.3% في الصف الأول الثانوي، ويلاحظ كذلك أن نسب التسرب تكون مرتفعة بين الذكور في الصفوف الدنيا مقارنة مع الإناث ولكن الصورة تبدأ في الانعكاس بعد الصف العاشر الأساسي، حيث تبدأ نسبة التسرب بين الإناث تزيد عن مثيلتها بين الذكور (موقع وزارة التربية والتعليم العالي الفلسطيني، 2007). وفي المسح الوطني للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2004، فقد أظهرت النتائج بان معدلات التسرب الإجمالية من التعليم لفئة الشباب (10-24 سنة) للذكور 20.9% وللإناث 17%. وكان السبب الرئيس لتسرب الذكور هو التحصيل العلمي الضعيف (32.9%) وللإناث الزواج (46.5%) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004).

أما معدل الطلبة في الشعب، فإن هذا المعدل يتفاوت من مرحلة إلى أخرى وحسب جهات الإشراف أيضاً، فقد بلغ معدل عدد الطلبة في الشعبة في رياض الأطفال 25 طفلاً لكل شعبة وفي المرحلة الأساسية بلغ معدل عدد الطلبة في الشعبة 35 طالباً لكل شعبة أما في المرحلة الثانوية فقد بلغ المعدل 30.6 طالباً لكل شعبة. وبلغ معدل عدد الطلبة في الشعبة حسب جهات الإشراف كما يلي: 35.5 طالباً لكل شعبة في المدارس الحكومية و39.3 طالباً لكل شعبة في مدارس وكالة الغوث الدولية و23.2 طالباً لكل شعبة في المدارس الخاصة (باستثناء رياض الأطفال) (موقع وزارة التربية والتعليم العالي الفلسطيني، 2007).

لقد اختزل مفهوم الصحة الإنجابية في عقول الكثيرين على أنه تنظيم الأسرة (العيفي وآخرون، 2005). وعلى الرغم من التوجه العالمي نحو الصحة الإنجابية والجنسية، فإن احتياجات الشباب في فلسطين ما زالت غير واضحة أو محددة. محلياً، اعتنى عدد محدود من الدراسات (رزق، 2005)، (صايح، 2005) بالإضافة للبيانات والدراسات التي قام بها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين والشباب بسبب الحساسية الاجتماعية والثقافية لمواضيع الصحة

الإنجابية والجنسية مثل المواقف حول العلاقات الجنسية، انتشار السلوك الجنسي الخطر، وتحديد نسب انتشار الأمراض المنقولة جنسيا والإيدز. بدلاً من ذلك، ركز العديد على مواضيع ذات العلاقة مثل الزواج المبكر، زواج الأقارب، والفحص الطبي قبل الزواج والخدمات المزودة في الصحة الإنجابية والجنسية والنظرة تجاه تنظيم الأسرة وغيرها (الشريف وآخرون 2006، الرفاعي 2004).

وقد خلصت دراسة تحليلية لبيانات الإحصاء المركزي الفلسطيني لتعداد السكان للعام 1997 والدراسات الصحية التي أجرتها المؤسسات الأهلية والأفراد وتقارير وزارة الصحة في المواضيع ذات العلاقة بالصحة الإنجابية بين الاعوام 1996-2003 على فئة المراهقين (15-19 عاما) وفئة الشباب (10-24 عاما)، والتي هدفت لإلقاء الضوء على واقع الصحة الإنجابية في فلسطين، إلى الحاجة إلى مسوح لفنتي المراهقين والشباب من كلا الجنسين وبالأخص تلك المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسيا والإيدز وليس التركيز على الزوجات فقط، والتركيز على صحة الناحية المعرفية بالصحة الإنجابية وليس فقط وجودها أو عدمه، وأوصت أيضا بالتركيز في برامج التوعية والإرشاد على المراهقين والشباب قبل الزواج لترسيخ مفاهيم الصحة الإنجابية (العيفي وآخرون، 2005). ولدراسة التغيرات التي قد تؤثر في توعية المراهقين والشباب سواء عن طريق برامج التوعية والإرشاد أو توفير الخدمات فلا بد من إجراء دراسات قاعدية ثم دراسات تقييمية لتقييم التدخل المؤثر ايجابيا او سلبيا على المراهقين والشباب ذوي العلاقة، ومن هنا تتبع أهمية هذه الدراسة.

### ثالثا: أهداف الدراسة

#### 1.3 الهدف العام للدراسة

أن هذه الدراسة هي جزء من مشروع شامل يستهدف المراهقين والشباب بين أعمار 10 إلى 24 في قطاع غزة والضفة الغربية. يُفترض من هذه الدراسة تقييم معرفة، مواقف، وممارسات المراهقين والشباب من الصحة الإنجابية والجنسية في ستّ مدن فلسطينية، والتي تهدف إلى إيجاد قاعدة بيانات في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية والتي ستساعد العديد من المؤسسات الحكومية والمنظمات الأهلية والدولية كجمعية تنظيم الأسرة ووزارة التربية والتعليم العالي وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والهيئات وغيرهم في وضع استراتيجيات التدخل والوقاية للمراهقين والشباب في مجال الصحة الإنجابية والجنسية في المواقع الستة المستهدفة.

#### 2.3 الأهداف الخاصة للدراسة

تهدف الدراسة إلى تقييم:

أولا: الناحية المعرفية لجمهور الدراسة بعموميات الصحة الإنجابية والجنسية المتعلقة بمظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس و التنظيم الاسري.

ثانيا: الناحية المعرفية لجمهور الدراسة بالأمراض المنقولة جنسيا وتحديد مصادر المعرفة والمعلومات عن خصوصاً قدرتهم على تحديد ثلاثة طرق على الأقل لانتقال والإصابة والوقاية منه.

ثالثا: الناحية المعرفية لجمهور الدراسة بمرض الإيدز وصحتها لدى جمهور الدراسة، وتحديد مصادر المعرفة والمعلومات عن خصوصاً قدرتهم على تحديد ثلاثة طرق على الأقل لانتقال والإصابة والوقاية منه.

رابعا: معرفة مواقف وممارسات جمهور الدراسة تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة.

خامسا: تقييم معرفة وأراء ومواقف وممارسات أصحاب القرار (مدراء المدارس، المعلمون، أولياء أمور الطلبة، العاملون الاجتماعيون، والمدربون في الصحة الإنجابية والجنسية) تجاه الصحة الإنجابية والجنسية سواء للمراهقين أو الشباب.

## رابعاً: أدبيات الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين والشباب

في الأجزاء التالية من هذا الفصل سنلقى الضوء على الأدبيات ذات العلاقة بأهم المتغيرات والتطورات المتعلقة بمجال الصحة الإنجابية والجنسية لدى المراهقين والشباب وبأهداف الدراسة؛ أي العدالة والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، عموميات الصحة الإنجابية والجنسية المتعلقة بمظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس و تنظيم الأسرة، و الامراض المنقولة جنسيا وبالأخص مرض الإيدز، حيث سيتم عرض أهم الدراسات والنشاطات في هذا المجال في الدول العربية عامة وفلسطين خاصة.

### 1.4 العدالة والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

أن البحوث والاستقصاءات الميدانية لحاجات وأوضاع الشباب والمراهقين ومعرفتهم بمكونات المساواة بين الجنسين تُظهر تأثير العوامل الاجتماعية والموروثات التقليدية على تسرب الفتيات من التعليم، والممارسات المؤدية للعنف القائم على أساس النوع الاجتماعي، وتأثير الضغوط الاجتماعية لصغار السن لإثبات ذكورتهم ونظرتهم الدونية للإناث (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004). ومن الظواهر المؤثرة في الصحة الإنجابية هو الزواج المبكر، ومع أن سن الزواج قد رفع إلى 18 عام في العديد من الدول العربية كالأردن ومصر وغيرهم فما زال السلوك الإنجابي يتسم بالحمل المبكر حيث أن معدلات الخصوبة للمراهقين في الفئة العمرية (10-19 سنة) يُقارب 105 لكل ألف مولود حي في اليمن و83 في الصومال و77 في فلسطين و72 في السودان و60 في كل من جزر القمر ومصر. إن استمرارية هذا النمط التقليدي للخصوبة هو دليل على افتقار فئة المراهقين للمعلومات والخدمات اللازمة لتنظيم سلوكهم الإنجابي المحفوف بالمخاطر وما يترتب عليه من استمرار لحالات الحمل غير المرغوب فيها والإجهاض غير المأمون (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004).

ولتمكين المرأة في الدول العربية، اتخذت العديد من هذه الدول مثل الجزائر وتونس و عمان وسوريا والأردن وفلسطين غيرهم تدابير تهدف إلى حماية حقوق المرأة وحقوق الفتيات كوضع سياسات للقضاء على التمييز ضد المرأة ولتمكينها، سن قوانين وتشريعات حول حقوق المرأة، وضع وتطوير وتنفيذ خطط عمل وطنية لإدماج النوع الاجتماعي ولتمكين المرأة وغيرها. ففي الدراسة العشرية بعد مؤتمر القاهرة، تم الإشارة بان عددا محدودا من الدول العربية مثل الجزائر واليمن اتخذت تدابير فعالة في مجال تمكين المرأة، والتي كانت محدودة جدا في الأردن ولبنان وغيرها وان دل ذلك على شيء فانه يدل على الفجوة الكبيرة في النوع الاجتماعي في الحقوق الأساسية وفي مكونات التمكين الحيوية للمرأة والفتاة العربية (فرح عبد العزيز، 2004). وفي فلسطين أيضا، تقوم المنظمات الأهلية ضمن برامجها المختلفة بالتعبئة والتأثير في التشريعات والقوانين والسياسات العامة لصالح تقوية وتمكين المرأة (فكتوريا شكري، 2006). وسنتطرق في الأجزاء التالية إلى أربع من أهم المواضيع ذات التأثير المباشر على تمكين المرأة.

**(أ) التعليم:** تؤكد الدراسات العديدة المهمة بتعليم المرأة وعلاقتها بالصحة الإنجابية بضرورة تعليم الفتاة كأحد المحددات الرئيسية التي تؤثر على تغيير السلوك الإنجابي مثل انخفاض الخصوبة و التقليل في معدلات الوفيات واعتماد تصرفات إنجابية مختلفة. وتشير العديد من الدراسات إلى أن المتغيرات التعليمية تؤثر بصفة خاصة على متغيرات السلوك الإنجابي مثل

الزواج، الإجهاض و فترة الأمان ما بعد الولادة و استعمال موانع الحمل، عملية صنع القرار داخل الأسرة و خاصة منها القرارات المتعلقة بصحة المرأة الإنجابية وغيرها. فمثلا، في الجزائر أظهرت دراسة صحة الأسرة أن العمر عند الزواج الأول في للنساء المتعلقات يساوي 3.28 عاما بالنسبة للنساء الأميات و يبلغ 7.3 عاما بالنسبة للاتي حصلن على شهادة متوسطة و 2.3 عاما لمن لهن المستوى الثانوي فأكثر، ونلاحظ نفس الاتجاه بالنسبة للرجال. وتشير هذه النتائج بان النساء المتعلقات يتزوجن في أعمار متقدمة نسبيا مقارنة بمثيلتهن غير المتعلقات مما له تأثير واضح على صحة الأم عند الولادة و التقليل في نسبة الأطفال الذين يولدون في ظروف خطيرة (عمر بن بله، 2002). وإجمالا، وعلى مستوى العالم العربي، فان الفجوة التعليمية بين الذكور والإناث في اليمن، سوريا، المغرب، لبنان، الجزائر، تونس، عمان، والسعودية أظهرت تغيرات واضحة من ناحية نسبة الإناث للذكور في التعليم الابتدائي والثانوي، وفي سن قوانين وتشريعات للمساواة في كل مراحل التعليم، وتعزيز دور ومسؤولية الوالدين في تعليم البنات، والحد من التدخل السلبي في تعليم البنات، وتصميم حملات توعية وتنقيف واتصال ودعوة حول المساواة بين الجنسين في التعليم. وأيضا قامت العديد من هذه الدول بتعديل المناهج والكتب المدرسية، وتصميم حملات توعية وتنقيف واتصال ودعوة حول المساواة بين الجنسين، وتصميم خطط وبرامج توعية حول الصحة الإنجابية للشباب والمراهقين، بالإضافة إلى التربية المدنية حول الأدوار الاجتماعية لغرس قيم الاحترام في أذهان الأبناء تجاه وجهات النظر للنساء والفنيات (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004). ففي فلسطين، شكلت وزارة التربية والتعليم العالي هيئة وطنية للتعليم للجميع أنيط بها العمل على تطوير خطة وطنية تستجيب لإطار دكار وتحدد الأولويات الوطنية في هذا الإطار (موقع وزارة التربية والتعليم العالي الفلسطيني، 2007). و يظهر الجدول رقم 4.1 أن المستوى التعليمي للإناث في سن المراهقة أعلى من المستوى التعليمي للذكور، والمستوى التعليمي للإناث في سن المراهقة في غزة أعلى من الضفة الغربية وكذلك للذكور. أما بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني فقد أظهرت أن متوسط عدد سنوات الدراسة للشباب هو 10.3 سنة (عفيفي وآخرون، 2004) ، ويلاحظ أن نسب التسرب تكون مرتفعة بين الذكور في الصفوف الدنيا مقارنة مع الإناث ولكن الصورة تبدأ في الانعكاس بعد الصف العاشر أساسي، حيث تبدأ نسبة التسرب بين الإناث تزيد عن مثيلتها بين الذكور (موقع وزارة التربية والتعليم العالي الفلسطيني، 2007). وفي المسح الوطني للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2004 أظهرت النتائج بان معدلات التسرب الاجمالية من التعليم لفئة الشباب (10-24 سنة) للذكور 20.9% وللإناث 17%. وكان السبب الرئيس لتسرب الذكور هو التحصيل العلمي الضعيف (32.9%) وللإناث الزواج (46.5%) (موقع الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004). وفي التقرير النهائي للمسح الصحي الديموغرافي للعام 2004م أظهرت النتائج أن معدلات الخصوبة انخفضت في العام 2003 نسب التعلم بين الإناث وتحسن الأوضاع الصحية وارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة والتي ارتفعت من 45% في العام 1996 إلى 50% في العام 2004م (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح الصحي الديموغرافي، 2006).

الجدول رقم 1.4 : التوزيع النسبي للمراهقين حسب المستوى التعليمي والمنطقة والجنس، 2000

المستوى التعليمي	الذكور		الإناث		الإجمالي للمراهقين	
	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة
أمي	1.6	2.9	0.9	1.4	2.1	1.1
ابتدائي	32.2	29.1	29	25.4	31.1	27.7
إعدادي	58.2	57.4	59.1	56.9	57.9	58.3
ثانوي	8	10.6	10.9	16.1	8.9	12.8

المصدر: جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2005، قاعدة المسح الصحي للعام 2000

**(ب) العمل:** أما في مجال عمل المرأة، فقد تباينت الآراء حول عمل المرأة، فيرى الكثيرون به كمصدر قوة لها ويرى آخرون بأنه زرع استقرارها واستقرار عائلاتها. ومع أن عمل المرأة يعتبر مشاركة في النشاط الاقتصادي ولكن عدم المساواة بين المرأة والرجل وذلك بتفضيل الذكور وإعطائهم الأولوية بالوظائف، حتى في الحالات التي تتساوى فيها الشهادات والخبرات بحجة أنه يعيل العائلة، كان واضحاً في العديد من الدراسات حتى في المجتمعات المتطورة. فمثلاً، أكدت نتائج المسح الجزائري حول المساواة بين المرأة و الرجل بان حوالي ثلثي الرجال يعارضون عمل المرأة (عمر بن بله، 2002).

في فلسطين، فإن المهن المنوطة بالجنس تتبع عادة الاعتقادات السائدة بالنوع الاجتماعي، فتعتبر بعض المهن مرتبطة كلياً بالرجل ولا يسمح للمرأة اجتماعياً حتى بالمحاولة بامتثالها مثل التجارة، الصناعات الهندسية، وغيرها. بينما تعتبر مهن كالتربية الابتدائية والحضانات وصناعة الملابس والسكرتارية وغيرها مرتبطة بجنس المرأة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004)، أي أن عمالة النساء تتركز في قطاع الخدمات وغيره من الأنشطة ذات العلاقة (28% في الضفة الغربية و 15.7% في قطاع غزة). فقطاع الخدمات، كالتدريس والمهن الطبية المساعدة والخدمات الاجتماعية، يستوعب 41% من العمالة النسائية، ويلية الزراعة 29.2% ومن ثم 15% يعملن في صناعة الملابس والمنسوجات. أما المشاريع الخاصة فان 25% من الذكور هم أصحاب عمل وعاملين لحسابهم الخاص مقابل 15% من الإناث. أما العمالة غير مدفوعة الأجر فهي الأعلى بين النساء وقد تصل إلى 30% من النساء العاملات مع أنها قد لا تتعدى 6% بين الرجال، بالإضافة إلى تمييز في الأجور بين الجنسين والتي تختلف من مهنة إلى أخرى (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المرأة والرجل، 1998). وفي تقرير مسح القوى العاملة أوضح التقرير وبناء على منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بأن نسبة مشاركة النساء في سوق العمل قد ارتفعت من 13.9% في الربع الثالث إلى 17.5% في الربع الرابع من العام 2006م/ي بزيادة مقدارها 25.9% (ما يعادل 40 ألف امرأة) (صندوق الاستثمار الفلسطيني، مسح القوى العاملة في فلسطين، 2006).

**(ج) أهمية الزواج، العزوبية وسن الزواج للمرأة والرجل:** إن النساء المتعلّقات لهن قدرة أكثر على التفاوض في اختيار الزوج أو رفضه في حالة اعتباره غير ملائم و غير مقبول من المرأة. ويبين الجدول 2.2 مقارنة متوسط سن الزواج بين بعض الدول العربية (المسح العربي لصحة الأسرة، 2001)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> المشروع العربي لصحة السكان في العالم العربي 2006 والذي نفذته جامعة الدول العربية العربي ومول من عدد من الجهات العربية والدولية و هي: برنامج لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، صندوق الأوبك للتنمية، منظمة الصحة العالمية، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، اليونيسيف، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. والذي يهدف لجمع مجموعة من البيانات و المؤشرات

الجدول رقم 2.4 : مقارنة بين عدد من الدول العربية حول متوسط سن الزواج

المؤشر	تونس	سوريا	الجزائر	جيبوتي
السنة	2001	2001	2002	2002
متوسط سن الزواج المناسب للبت	23.0	20.5	21.9	20.8
متوسط سن الزواج المناسب للولد	28.8	26.3	27.5	25.6

و قد أظهر المسح التونسي لصحة الطفل أن الفارق في العمر بين الزوجين يرتفع عندما يكون عمر البنت عند الزواج مبكر مما يدل على أن البنت المتعلمة تختار زواجا يناسب عمرها و له مستوى تعليمي يقارب مستواها، بينما تقبل البنت غير المتعلمة بسهولة أكثر اقتراحات العائلة والزواج المدبر (المسح التونسي لصحة الاسرة، 2001). ويبين الجدول 2.4 أما في فلسطين، فيبلغ معدل سن الزواج في فلسطين بين النساء 18.8 سنة و 24.1 سنة للذكور. بينت نتائج مسح الشباب للعام 2003 (الدريدي واخرون، 2004) بان الشباب من الجنسين (10-24 سنة) يعتبرون متوسط عمر الزواج للذكر 24 سنة وللأنثى 20 سنة. وأيضا أظهرت نتائج المسح ، يختلف سن الزواج حسب المؤهل الأكاديمي، حيث كان المعدل 24 سنة للنساء و 27 للذكور لحملة البكالوريوس و 16 سنة للنساء و 22 سنة للذكور لحملة الإعدادية على الأكثر (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، الزواج والطلاق في الأراضي الفلسطينية، 2000). ففي الفئة العمرية 14-19 سنة أظهرت الإحصاءات للعام 2005 بان نسبة الشباب المتزوجين هي 0.05% للذكور و 13% للنساء ، ونسبة اللواتي عقد قرانهن 53% من مجمل عقود الزواج للنساء عام 2004 (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المرأة والرجل في فلسطين، 2005).

يبين الجدول 3.4 مقارنة المستوى التعليمي واختيار الزوج بين بعض الدول العربية (المسح العربي لصحة الاسرة، 2001). وقد أظهرت بيانات المسح الصحي الفلسطيني للعام 2000 بان للزواج اثر سلبي واضح على المستوى التعليمي للمرأة حيث بلغ انتشار التعليم دون الابتدائي 35% (متوسط سنوات الدراسة 9.3 سنة) بين المتزوجات في الضفة الغربية مقارنة ب 6.7% بين غير المتزوجات (متوسط سنوات الدراسة 13.7 سنة). وأيضا فان عمر المرأة عند الزواج له تأثير سلبي واضح على عدد الأطفال، فقد أظهرت البيانات أنه كلما ارتفع سن الزواج أي قل الزواج المبكر زادت عدد سنوات الدراسة وأيضا قل عدد فرص إنجاب عدد كبير من الأطفال (العقفي وآخرون، 2004).

الجدول رقم 3.4: مقارنة بين عدد من الدول العربية حول بعض خصائص الشباب

المؤشر	تونس	سوريا	الجزائر	جيبوتي
-الشباب الملتحقين بالمدارس	32.1	34.4	28.4	38.2
-الشباب الأميون	5.3	5.8	8.8	20.4

الاجتماعية الاقتصادية و الديموغرافية الصحية اللازمة لتخطيط و إعداد البرامج و رسم السياسات، كما يوفر بيانات حول صحة الأسرة و الصحة الإنجابية و عدد من الدراسات التحليلية و المعقدة و المقارنة التي تساعد في الاستفادة من نتائج المشروع في رسم السياسات و إعداد البرامج الصحية على المستويين القطري و القومي.

83.8	78.7	70.6	93.3	-الذين صرحوا بأنهم اختاروا / يختاروا شريك الحياة
------	------	------	------	--

د) **الإنجاب:** بينت المسوح الاجتماعية أن هناك علاقة عكسية بين مستوى الثقافة وحجم الأسرة. فالثقافة وارتفاع مستوى التعليم يؤديان إلى تأخير سن الزواج ويقصران بذلك المدة التي تكون فيها المرأة مستعدة للإنجاب. كما أن الثقافة تؤثر على موقف الشابات من الحياة وتغير نظرتهم للحياة وتوسع مداركهن وتزيد من طموحاتهن في تحقيق ادوار اجتماعية أوسع وأبعد. فقد بينت نتائج الدراسات في الدول العربية أن معدل عدد الأطفال للنساء الأميات هو 5-6 أطفال، أما الحاصلات على الشهادة الثانوية فقد كان 3-4 أطفال، و حملة الشهادات الجامعية فقدر بين 2-2.5 طفل (المسح العربي لصحة الأسرة، 2001). أما جنس المولود، فلا تزال غالبية النساء تفضلن الذكر على الأنثى خاصة فيما يتعلق بالإنجاب الأول فالمرأة تعتبر في العديد من الحالات أنها بحاجة إلى تثبيت موقفها داخل الأسرة بإنجاب ابن يخلف اسم العائلة و لم ينجح انخفاض الخصوبة في تقليص هذا النوع من التفضيل إلا أن نتائج المسح التونسي حول صحة الأسرة أظهرت أن هذا التفضيل يختلف حسب درجة انخراط المرأة في الحداثة حيث أن المرأة الأقل وعيا وانفتاحا على المجتمع هي الأكثر سعيا لإنجاب الذكر، كما أكدت هذه النتائج سلاسل المسوح العربية حول صحة الطفل و صحة الأسرة (المشروع العربي لصحة السكان، 2006). ويعتبر إنجاب الذكور أحد العوامل المسببة لمعدلات الخصوبة العالية في فلسطين. فقد أشارت بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2004م أنه كلما زاد عدد الأطفال الذكور الذين تم إنجابهم قل عدد الأطفال المرغوب بإنجابهم. أما عدد الأطفال الذكور المرغوب عند 17% من النساء للإنجاب فهو 3 أطفال فأكثر و33% من اللواتي لديهن 4 ذكور يفضلن إنجاب المزيد من الذكور، أما عدد الإناث المرغوب عند 7% من النساء للإنجاب فهو 3 بنات فأكثر ولكن 15% من اللواتي لديهن 4 بنات يفضلن إنجاب المزيد من البنات، أي أن النساء بشكل عام يملن إلى إنجاب الذكور. ويؤثر جنس الأطفال في العائلة على استخدام وسائل تنظيم الحمل، حيث يقل استخدامه بين اللواتي أنجن بناتاً (بيانات المسح الصحي الديموغرافي، 2004). وقد بينت نتائج مسح الشباب للعام 2003 بان متوسط عدد الاطفال الذين يرغب الشباب في انجابهم بلغ أربعة ولم يتأثر بالمستوى التعليمي للشباب وكانت الرغبة بإنجاب الذكور أعلى من الإناث (متوسط عدد الذكور 2.3 مقارنة ب 1.9 للإناث) (الدريدي وآخرون، 2004).

من ناحية الحرية الإنجابية فان لعديد من الدراسات في الدول العربية وجدت أن تعليم المرأة له تأثير مباشر أيضا على استخدام وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 6% وان تعليم الأم له تأثير أقوى على السلوك الإنجابي من تعليم الأب لان تعليم الأم يمكن أن يعدل من تأثيرات العوامل والمتغيرات الأخرى التي تؤثر في سلوك الإنجاب مثل تدخل أهل الزوجين، أو محاولة الزوج بالتفرد بالقرار وغير ذلك (المسح العربي لصحة الأسرة، 2001). ففي فلسطين تتم قرارات عدد مرات الإنجاب عادة بالاتفاق بين الزوجين (81% من الحالات) وفي 13% من الحالات تكون بيد الزوج (بيانات المسح الصحي الديموغرافي، 2004). وقد بينت نتائج مسح الشباب للعام 2003 أن 78% يتم بالاتفاق بين الزوجين ولكن انخفضت النسبة إلى 64% بين الأميين من الشباب وأيضا فان النسبة التالية في القرار للزوج والتي لم تتعدى 10% (الدريدي وآخرون، 2004).

#### 2.4 الصحة الإنجابية والجنسية المتعلقة بمظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس و التنظيم الاسري

حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية، شكلت مشاكل الصحة الإنجابية حوالي 12.5% من مجمل عبء الأمراض في المنطقة العربية ( منظمة الصحة العالمية، 1998). ويعتبر النقص في المعرفة بمكونات و بقضايا الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين والشباب إلى انتشار العديد من الأمراض المرتبطة بالصحة الإنجابية و على رأسها الأمراض الوراثية والمنقولة جنسياً، مثل الأمراض الجنسية المعدية كالأيدز والأمراض الوراثية كالثلاسيميا وغيرها.

أ) **المعرفة بمظاهر البلوغ:** في دراسة أجرتها وزارة الصحة في سلطنة عمان خلال العام (2001) تحت عنوان "نحو فهم أفضل للشباب" أن ما يزيد على 90% من الشباب الذين تناولتهم الدراسة يزيد عمرهم على 15 عاماً، إلا أن هؤلاء الشباب في هذا العمر فشلوا في التعرف على أجسامهم، فنصفهم فقط استطاع التعرف على التحولات الفسيولوجية التي تصاحب مرحلة البلوغ، وأقل من ثلثهم تعرف على بعض مظاهر البلوغ لدى الجنس الآخر، وعندما سألتهم الدراسة عن مصدر معلوماتهم في هذا المجال، كانت المفاجأة أن 48.9% منهم يستقون معلوماتهم من الأصدقاء، وتأتي الكتب والمجلات في المرتبة الثانية، في حين يعتبر الأبوان المصدر الأخير للثقافة الجنسية لدى الشباب (موقع وزارة الصحة في سلطنة عمان 2007). وفي الجزائر، فإن إطلاع الشباب الذكور على تغيرات التي تطرأ على أجسامهم عند بلوغهم و تتم غالباً من طرف أصدقائهم بنسبة 63.6%، أما فيما يخص الإناث فإن المصدر الرئيسي هو الأم ثم تليه الأخت الكبرى ثم الصديقة (بن بله 2003).

في فلسطين، بينت نتائج مسح الشباب للعام 2003 بان 75% من الذكور (12-19 سنة) و 87.1% من الفتيات يعرفون 3 تغيرات على الأقل تحدث لهم في فترة البلوغ، و 14.1% من الذكور مقارنة ب 5.3% من الفتيات لم يعرفوا أي من هذه التغيرات. وأما مصادر المعرفة لديهم فقد كانت الام المصدر الرئيس للإناث (84.5%) ثم الكتب 55.5%، أما الذكور فقد شكل الصديق (79.1%) المصدر الرئيسي ثم الكتب (67.8%) (الديدي والعيفي 2005).

ب) **التنظيم الأسري:** إن التنظيم الأسري لا يُعنى فقط بوسائل منع الحمل للحدّ من حجم الأسرة وإنما يُعنى أيضاً بتأسيس ونمو العائلة وإدارة خصوبتهم وتحسين صحتهم الإنجابية، و يمارس كل مجتمع أسلوبه الخاص في تنظيم العائلة كجزء أساسي من جهده لتأمين احتياجاته، وبسبب وجود وتطوير التقنيات الحديثة لمنع الحمل وتميزها كأداة فعّالة للصحة العامّة مكّن الملايين من الأسر من تجنب حمل غير مرغوب فيه، أو غير مؤقت مع احتياجات الأسرة، أو حمل غير آمن وقد ساهمت خدمات تنظيم الأسرة بفعالية في تحسين صحة الأسرة بتقديمها للرجال والنساء فرصة تخطيط مستقبلهم العائلي والاجتماعي. ففي العديد من المسوح في الدول العربية تباينت معرفة الشباب بوسائل منع الحمل كما في الجدول 4.4 ، وقد كانت حبوب منع الحمل الأكثر معرفة بين الشباب 80.3% الذين يعرفون و لو وسيلة واحدة لتنظيم الأسرة و بنسب مختلفة من بين الذكور والإناث حيث نلاحظ أن الأخيرات نسبتهن أعلى (88.0%) من الذكور. وفي دراسة قامت بها جمعية تنظيم الأسرة في العام 1994، كان اللولب الأكثر استعمالاً (84%) يليه حبوب منع الحمل (9%) (جمعية تنظيم الأسرة 1994).

الجدول رقم 4.4: مقارنة بين عدد من الدول العربية حول بعض المؤشرات في صحة الأسرة و الصحة الإنجابية

المؤشر	تونس	سوريا	الجزائر	جيبوتي
-الذي يعرف أي وسيلة لمنع الحمل	96.9	65.6	80.3	67.1
-الذي يعرف أي وسيلة حديثة لمنع الحمل	96.8	46.8	80.2	66.3
-الذي سمع عن الإيدز	86.2	85.4	95.5	94.7

--	95.0	76.8	--	-الذكور الذين عرفوا تغيرات سن البلوغ بمفردهم
--	73.3	59.3	--	-الإناث اللاتي عرفن تغيرات سن البلوغ بمفردهن

فمثلا في الجزائر، وضمن دراسة صحة الأسرة أجاب 80% من المشاركين في الدراسة بمعرفتهم بوسائل منع الحمل وان الحبوب هي المعروفة الأكثر و يأتي اللولب في المرتبة الثانية و الذي نجد معرفته أكثر عند الإناث حيث تمثل نسبتهن 39.2% ، 5 مرات أعلى من نسبة الذكور (7.8%). أما فيما يخص الشباب الذي لا يعرف أية وسيلة فيمثل 26.2% بين الذكور مقارنة ب12.0% بين الإناث (بن بله، 2003).

أما في فلسطين فقد أظهرت بيانات دراسة الشباب للعام 2003 بان 51.8% من الشباب 10-24 سنة قد سمعوا بوسائل تنظيم الأسرة والتي كانت أعلى بين الإناث (61%) مقارنة بالذكور (43.1%). ووافق 71% من الشباب على استخدام وسائل تنظيم الأسرة وكانت أعلى بين الإناث من الذكور (80% و 60% بالتوالي) وكانت الأقل (60%) بين الأقل تعليماً. أما وسائل تنظيم الأسرة الأكثر معرفة فقد كانت الحبوب 84% ثم يليه اللولب 73.9% (الريدي و آخرون، 2004) خصائص الشباب 10-24 سنة في الأراضي الفلسطينية. وأيضاً تشير بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2004، بأن نسبة المتزوجات حالياً في فلسطين (15-49 عاماً) اللواتي يستخدمن (أو يستخدم أزواجهن) وسائل تنظيم الأسرة تصل إلى 50.6% موزعة على 55.1% في الضفة الغربية و 43.0% في قطاع غزة، ونوه التقرير ذاته إلى العلاقة الطردية القائمة بين درجة التعليم ولأم ودرجة استخدام وسائل تنظيم الأسرة من قبل الأم أو الزوج. ففي الوقت الذي تصل فيه نسبة النساء اللواتي حصلن على تعليم إحصائي 50.9% من نسبة النساء اللواتي يستخدمن هذه الوسائل، ترتفع هذه النسبة لتصل إلى 56.7% لدى النساء اللواتي حصلن على درجة تعليم دبلوم متوسط فأعلى (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المرأة والرجل، 2007).

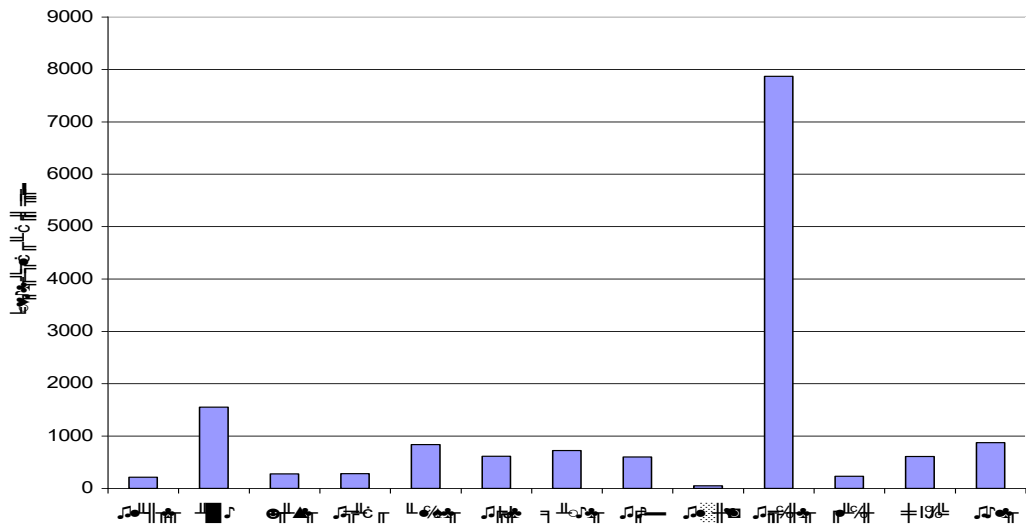
### 3.4 الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز

دعا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة 1994 "جميع الدول والحكومات إلى إدماج الإعلام والتثقيف وتقديم المشورة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في جميع خدمات الصحة الإنجابية و توفير جميع الوسائل للتقليل من معدل انتشار وانتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز".

على المستوى الدولي، تولى معظم الدول الأمراض المنقولة جنسياً ومن ضمنها الإيدز أهمية خاصة، لما لها من انعكاسات سلبية على صحة المراهقين لا سيما على الحمل والخصوبة وانتشار العدوى. وبسبب تأخر بدء انتشار المرض والحساسية الاجتماعية له، فقد بدأ الاهتمام بالمرض متأخراً مقارنة بأجزاء أخرى من العالم. ففي الوطن العربي تشير العديد من الإحصاءات العامة ان الأمراض المنقولة جنسياً في ازدياد مستمر، والذي ينعكس بدوره سلبي على الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين الذين لا يحصلون على سبل للوقاية، فقد وجدت العديد من الدراسات في مصر والمغرب وتونس ان نسبة وقوع حالات للأمراض الجنسية لا تقل عن 8% (لا تشمل الإيدز)، وتشير العديد من هذه الدراسات أن (40-70%) من الأشخاص في عمر الإنجاب يصابون على الأقل مرتين بأمراض منقولة جنسياً خلال حياتهم (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004). ويبين الشكل 1.4 بعض الإحصاءات حول مرض الإيدز في بلدان عربية مختارة والتي كان أعلاها في السودان (أليسا راضي، 2003). ففي الجزائر، وضمن دراسة صحة الأسرة، أثبتت النتائج أن ما يعادل 15% من الشباب لا يعرفون ولا مرض

من الأمراض المنقولة جنسياً، وان الشباب اللذين صرحوا أنهم يعرفون هذه الأمراض فالأغلبية الساحقة تعرف الإيدز و أما الأمراض الأخرى فأعلى نسبة فهي 7.4% يعرفون مرض السيفلس (بن بله، 2003). أما في فلسطين، فقد أشار التقرير السنوي لوزارة الصحة أن الأمراض المنقولة جنسياً في تزايد مطرد، ففي العام 2000 كان هناك 4116 حالة جديدة، فيما ارتفعت هذه القيمة لتصل إلى 18865 حالة جديدة في العام 2003، أي بمعدل 504 حالة/100000 نسمة سنوياً (موقع وزارة الصحة الفلسطينية، 2003).

الشكل رقم 1.4: إحصاءات حول مجموع حالات فيروس نقص المناعة/الإيدز المبلغة في بلدان عربية مختارة



ملاحظة: ان الأرقام المبينة في هذا الجدول مصدرها البيانات الرسمية لبرامج مكافحة الإيدز في البلدان العربية، بالإضافة إلى مصادر أخرى من الوزارات المعنية، منشورات ودراسات موزعة، وزيارات ميدانية في حال توفرها

من الناحية الإستراتيجية، فلقد وضعت العديد من الدول العربية خطط أو برامج أو استراتيجيات حول فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ولكن لم تستحدث لجان في أي من الدول العربية أي تشريعات خاصة بنقص المناعة ومرض الإيدز أو تقديم المشورة للمراهقين والشباب بأي من الطرق المعروفة كالتعليم بالنظير أو مجموعات الدعم أو الخطوط الساخنة الخاصة بنقص المناعة ومرض الإيدز(فرح عبد العزيز وآخرون، 2004) (أليسار راضي 2003). أما في فلسطين، فقد تم وضع مزيج من استراتيجيات من تصميم خطط وبرامج واستراتيجيات وطنية لمكافحة الإيدز كالتنسيق ما بين الوكالات الحكومية، وإنشاء نظم معلومات إدارية، والإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة حول نقص المناعة ومرض الإيدز و/أو العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً، واتخاذ إجراءات لتحليل الدم، وإنشاء أول هيئة وطنية لمكافحة الإيدز، ولكن لا توجد لجان برامج وطنية فعالة لمكافحة هذا المرض. بينما يوجد استراتيجية مكتوبة لدى وكالة الغوث و وزارة الصحة، و تتوفر بروتوكولات عامة لدي بعض المؤسسات الأهلية حول كيفية التعامل مع الحالات المصابة بالأمراض الجنسية وهذه البروتوكولات غير موحدة و ليس بالضرورة الالتزام بها ، حيث نجد أن لدى كل مؤسسة من مؤسسات القطاع الأهلي البروتوكول الخاص بها و الذي ليس بالضرورة هو نفس البروتوكول الموجود في وزارة الصحة ، بالنسبة الى آليات التبليغ عن حالات الإيدز و الأمراض المنقولة بالجنس فهي واحدة لدى جميع القطاعات حيث يفترض أن يتم تبليغ وزارة الصحة عن هذه الحالات (الريس ناصر وآخرون، 2006).

على المستوى القضائي والتشريعات الفلسطينية ذات العلاقة بفيروس نقص المناعة المكتسب، فلقد ادرجت العديد من القوانين كقانون العمل، وقانون التأمينات الاجتماعية، وقانون الصحة العامة، وقانون الطفل، وقانون الأحوال الشخصية، وقوانين الخدمة المدنية نصوص خاصة بالأمراض المعدية وخاصة الجنسية منها. ففي نص القانون في المادة (10) على التدابير التي يجب ان تتخذ للوقاية وحصر انتشار الأمراض المعدية، ومنها فرض التطعيم الواقي أو العلاج اللازم، ومصادرة المواد الملوثة أو أية مواد يمكن أن تكون مصدراً للعدوى وإتلافها بالتنسيق مع الجهات المختصة. ونصت المادة (11) من القانون على وجوب إبلاغ الجهة المعنية في الوزارة عن الشخص الذي أصيب بمرض معدي أو اشتبه بإصابته بأحد الأمراض المعدية المحددة من الوزارة. أما المادة (24) من القانون فقد نصت على انه لا يجوز الترخيص للمصاب بأحد الأمراض المعدية التي تحددها الوزارة بممارسة حرفة بائع أطعمة أو مشروبات. ونصت المادة (50) من القانون على أنه يشترط في جميع العاملين بالمؤسسات الصحية خلوهم من الأمراض المعدية. "و بحسب ما ورد في استمارة البحث فان لدى بعض مستشفيات القطاع الأهلي سياسة بعمل فحوصات لجميع العاملين للتأكد من خلوهم من الإيدز كشرط أساسي قبل التوظيف، وهذه السياسة لا تنطبق على جميع المستشفيات ولا على المسويات الأخرى للقطاع الصحي. "وتجدر الإشارة إلى خلو مواد القانون من أي إشارة لمرض فقدان المناعة المكتسب أو الأمراض المنقولة جنسياً، ولماهية الأمراض المعدية، ولطبيعة مضمون التثقيف والإرشاد الصحي، وغيرها من المسائل التي ترك القانون كما هو ثابت أمر تفسير وتحديد مضمونها لأحكام اللوائح التنفيذية التي يمتلك حق إصدارها مجلس الوزراء (الريس ناصر وآخرون، 2006).

من الناحية البحثية في فلسطين أظهرت نتائج مسح الشباب للعام 2003 أن الشباب من الفئة العمرية 10-24 سنة قد سبق وسمعوا عن الأمراض الجنسية المعدية (61.8%) و ان 39.1% من الشباب ليس لديهم معلومات كافية عن الأمراض المنقولة جنسياً و40% يفتقرون لأي معلومة. وكان الإيدز الأعلى بالمعرفة 92.9% يليه الزهري 25.9% ثم الفطريات 13.9% (الريدي والعفيفي، خصائص الشباب، 2005). أما مرض الإيدز فقد أظهرت نتائج المسح بان 83.7% من الشباب

من الفئة العمرية 10-24 سنة قد سبق وان سمعوا به في الضفة الغربية، ففي الفئة العمرية 10-11 سنة بلغت هذه المعرفة 50.7% أما في الفئة 20-24 سنة فقد بلغت 96.6%. أما وسائل الوقاية من الإيدز فقد بلغت 54.4% باستخدام الواقي الذكري و79.1% باقتصار ممارسة الجنس مع الزوجة فقط (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، مسح الشباب، 2004). وفي بيانات المسح الصحي للعام 2000م. أشارت البيانات بان 85.6% من الزوجات المراهقات بأنه لا توجد مخاطرة بينما أشرن 8.3% إلى احتمالية قليلة للإصابة. أما الإصابة عن طريق الحامل للمرض فإجابة 71.6% من المتزوجات المراهقات بأنهن لا يوافقن على ان يواصل المدرس المصاب بالإيدز التدريس حتى وان لم يظهر عليه المرض، وأيضا فان 84.7% يرفضن الشراء من صاحب المحل او بائع الطعام الحامل للمرض. أما تقبيل مريض الإيدز فقد وافق عليها من قبل 56.9% من المتزوجات المراهقات بينما وافق 25% على مصافحة، والحديث 29% (العفيفي آخرون، 2004). ولا يختلف الحال في الدول العربية، فمثلا في الجزائر، وضمن دراسة صحة الأسرة، فإن المصدر الرئيسي للمعرفة للشباب عن مرض الإيدز هو التلفزيون بنسبة 91.6% ثم تليه الصحف و المجالات خاصة عند الإناث 35.3% ثم يليه الأصدقاء و الأقارب خاصة بالنسبة للذكور و يأتي المسجد في آخر مرتبة بنسبة 2.7% (بن بلة، 2003).

#### 4.4 استراتيجيات الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين والشباب

لقد اهتمت العديد من الدول العربية بعد مؤتمر القاهرة بتطبيق توصيات المؤتمر، ولكن، تفاوتت نتائج الاستراتيجيات التنفيذية بينهم. فقد خلصت دراسة تقييمية تمت بعد 10 سنوات من مؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة، والتي هدفت لاستعراض الإنجازات العربية المحققة في إطار تنفيذ برنامج عمل المؤتمر (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004)، بان إدماج قضايا السكان والصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي في استراتيجيات التنمية المستدامة ومتابعتها وتقويمها تتطلب بذل جهود حكومية وغير حكومية على الأصعدة الوطنية والإقليمية والدولية. كما أكدت الدراسة بان تعزيز سياسات الدول العربية في المواضيع التي تتمحور "حول المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وتوفير التعليم للجميع، ومحو الأمية، والحصول على خدمات الصحة الإنجابية والصحة الجنسية وتنظيم الأسرة، وخفض وفيات الأمهات والرضع والأطفال، ومحاربة التحديات البيئية، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز هو ضرورة ملحة جدا. وأيضا بأنه يجب على الدول العربية وضع استراتيجيات للتخفيف من الفقر والتي تشمل التعليم للجميع والصحة الإنجابية واغتنام الفرص للاستفادة من النافذة الديموغرافية الناتجة من التحول الإيجابي الحديث عن طريق الاستثمار في الشباب والمراهقين في مجال التعليم والصحة والحماية من الأمراض والاستغلال وتطوير نوعية حياتهم" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، 1994، فرح عبد العزيز وآخرون، 2004). فمثلا اتخذت كل من الجزائر وتونس و عمان وسوريا والأردن وفلسطين وغيرهم العديد من التدابير القوية حيال تلبية احتياجات المراهقين وحقوقهم المتعلقة بالصحة الإنجابية، والتي شملت استحداث وتطبيق قوانين وتشريعات وسياسات، تنفيذ حملات الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة، رسم الخطط والبرامج والاستراتيجيات، إنشاء لجان وطنية للشباب، التصديق على اتفاقيات الأمم المتحدة، بناء شراكات مع منظمات غير حكومية وطنية أو دولية، تصميم برنامج وطني للرعاية الصحية يشمل الصحة الإنجابية للمراهقين، تأمين تمويل من الحكومة لخدمات الشباب، تقديم المشورة للشباب والمراهقين، إدماج تعليم الصحة الإنجابية والجنسية في المناهج الدراسية، إجراء البحوث عن احتياجات الشباب والمراهقين، الترويج الاجتماعي، وأيضاً تدريب العاملين مع الشباب والمراهقين (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004).

وفق بيانات الاستبيانات الميدانية لتقييم العشرية الأولى في برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية، فما زال الشباب يواجهون العديد من المشاكل المتعلقة بعمر الزواج والحمل المبكر والتسرب الدراسي وانتشار الأمراض المعدية جنسيا والإيدز وغيرها. فالبرغم من ارتفاع العمر عند الزواج الأول بالنسبة للإناث ضمن التشريعات في معظم الدول العربية إلا أن معدلات الخصوبة للمراهقين في الفئة العمرية (10-19 سنة) ما زال عاليا مما يدل على افتقار فئة المراهقين للمعلومات والخدمات اللازمة لتنظيم سلوكهم الإنجابي والتي تؤدي إلى حالات الإجهاد غير المأمون، فمثلا في اليمن ما زال معدل الخصوبة للمراهقين يُقارب 105 لكل ألف مولود حي و في فلسطين 77 لكل ألف مولود حي و72 في السودان (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004).

في فلسطين، وعلى المستوى الاستراتيجي الوطني، وضعت وزارة الصحة الفلسطينية ضمن الخطة الصحية الوطنية الاستراتيجية الخماسية للعام 1999-2003 العديد من الاستراتيجيات الخاصة بقضايا الصحة الإنجابية والجنسية ضمن الرعاية الصحية الأولية. ففي دائرة صحة المرأة، تم وضع العديد من السياسات والإستراتيجيات الخاصة بصحة المرأة الفلسطينية كمرافقة تطبيق السياسات والمعايير الصحية على مختلف مستويات الرعاية الصحية وذلك بوضع واعتماد مؤشرات ومعايير لصحة المرأة، إجراء البحوث والدراسات الخاصة بصحة المرأة وتحديد المشاكل الصحية ذات الأولوية، و تفعيل دور الإعلام ونشر المعلومات التي تخص صحة وتنمية المرأة. ومن أهم النشاطات التي قامت بها الدائرة توفير المعدات والإمكانات التقنية لدعم صحة المرأة والصحة الإنجابية من خلال تنفيذ المشاريع الممولة من المانحين الداعمة لصحة المرأة. القيام بحملات إعلامية لرفع مستوى الوعي حول الصحة الإنجابية في مجتمعنا الفلسطيني من خلال برامج توعية الشباب وبرامج توعية النساء وبرامج توعية الرجل، التعاون مع القطاعات الأخرى مثل التعليم، البيئة، المؤسسات الغير حكومية وخاصة النسائية لعمل برامج توعية ودورات حول صحة المرأة والصحة الإنجابية، وإصدار المواد الإعلامية التي تعزز صحة المرأة والتوعية فيما يخص النوع الاجتماعي (الجندر) (موقع وزارة الصحة الفلسطينية، إدارة صحة وتنمية المرأة، 2007). أما في مجال التنقيف والتعزيز الصحي، فقد كانت من اهم الاستراتيجيات تعزيز دور المجتمع المحلي في دعم البرامج المختلفة كالصحة الإنجابية والحد من التدخين والحصول على مشاركة عالية من قبل الأفراد المختلفين مما يحقق نجاحا كبيرا للبرامج. وتستهدف هذه الدائرة بنشاطاتها الأمهات والشباب والرجال. ومن أهم تلك النشاطات، برنامج التوعية والدعم الإعلامي في مواضيع الصحة الإنجابية، برنامج التنقيف الصحي داخل العيادات والمستشفيات، برنامج الدعوة للرجل ضمن مواضيع الصحة الإنجابية، برنامج دعم الرضاعة الطبيعية (موقع وزارة الصحة الفلسطينية، التنقيف وتعزيز الصحة، 2007).

ولأهمية التعليم و التنقيف في مواضيع الصحة الإنجابية، فقد تم إدخال العديد من الدول العربية مثل مصر وسوريا ولبنان والجزائر وتونس والجزائر والبحرين وغيرهم مفاهيم الصحة الإنجابية في التعليم وخصوصا في مراحل التعليم الأساسي وتوسيع نطاقها لتشمل عدد أكبر من المدارس والمراحل التعليمية، وأيضا إنشاء برامج و/أو عيادات للشباب خارج المدرسة، وتدريب المعلمين والعاملين في المدارس على الصحة الإنجابية وأخرى (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004).

ففي فلسطين، وعلى المستوى التعليمي المنهجي، تم البدء بتطوير المناهج الفلسطينية في السنوات العشر الأخيرة بما يتناسب مع التغيرات والتطورات الحديثة في العديد من العلوم والأطر التنقيفية والتوعوية والتطورات الاجتماعية والنفسية والصحية للشعب الفلسطيني. ففي هذا السياق، وبالتعاون بين وزارة التربية والتعليم العالي الفلسطيني وصندوق الأمم المتحدة للسكان، تم

العمل على إدراج العديد من البرامج والمناهج الخاصة بالتربية السكانية وصحة المراهقين. وقد هدفت هذه المناهج إلى رفع الطلبة بالمعارف وخلق التوجهات والسلوكيات الايجابية بما يخص الصحة الإنجابية والحقوق المتعلقة بها (ريماوي وآخرون، 2003).

ومن أهم المواضيع الخاصة بمفاهيم الصحة الإنجابية في المناهج الفلسطينية، من الصف الأول إلى الثاني عشر في جميع المباحث الدراسية، التعريف بالصحة الإنجابية والحقوق، النوع والتمييز بين الجنسين، العنف والاعتداءات والتحرشات الجنسية، النظافة، الجهاز التناسلي والأمراض المتعلقة به كالسرطانات والسيلان والزهري والإيدز، المراهقة والتغيرات النفسية والجسمية المصاحبة لها، الزواج، الأمومة الآمنة كالحمل والولادة والعناية بالمولود، تنظيم الأسرة، العقم، التغذية، سن الأمان، الأسرة والوالدية، ومفاهيم السكان وعناصرها (ريماوي وآخرون، تقرير دمج الصحة الإنجابية في المناهج المدرسية الفلسطينية، 2003).

#### 5.4 مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية

تفيد الدلائل المتنامية في المنطقة العربية بان إمكانية الوصول والحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية من قبل الشباب تبقى محدودة وغير كافية. وهذا ما ينعكس على نقص في المعلومات حول السلوكيات الخطرة على الصحة بشكل عام، وتلك التي تشكل خطراً خاصاً على الصحة الإنجابية، لا سيما الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها الإيدز، والحمل غير المرغوب به. فقد أشارت العديد من المنشورات والدراسات في الوطن العربي، بان إمكانية الوصول والحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية والجنسية مثل تلك المتعلقة بالاراض الجنسية ومرض الإيدز وإنتقالها، بالإضافة إلى تحسس قليل بخطورة بعض الممارسات الجنسية كالإمتناع عن الجنس، وطرق الوقاية من الأمراض، واستعمال الواقي الذكري وغيرها من قبل المراهقين محدودة وغير كافية بالفعل (Lebanon MOH, 1994). من جهة أخرى، وبالرغم من أن بعض بلدان المنطقة قد أدرجت الإيدز ضمن المناهج التعليمية في المدارس، فلا زالت معظم المعلومات حول الأمراض الجنسية والإيدز تنصدر الإعلام (المكتوب والمرئي والمسموع) ومؤخراً عبر الإنترنت.

فعلى سبيل المثال، في مصر تشير المعلومات المتوفرة عبر مشروع « الخط الساخن » ان فئة الشباب بحاجة الى معلومات إضافية حول الصحة الجنسية والإنجابية ، إذ أن 40% من المتصلين غير متزوجين، وأكثر من 37% منهم طلبوا معلومات مفصلة حول بعض الممارسات الجنسية ، وأكثر من 63% سألوا تحديداً عن انتقال عدوى الإيدز والعوارض ( Annual AIDS Hotline report, 2000). أما في لبنان، فقد أشارت دراسة قامت بها جمعية تنظيم الأسرة في لبنان بان مفهوم الصحة الجنسية للشباب ما بين عمر (14- 24 سنة) يتركز حول إمكانية إنجاب أولاد أصحاء وبنسبة اقل حول القدرة على التمتع بالجنس المأمون والولادات الطبيعية وعدم وجود أمراض في الجهاز التناسلي. وقد عبر أكثر المستجوبون عن حاجتهم الى المزيد من المعلومات حول الحمل والوقاية من الحمل لدى الجنسين ، في حين طلب أكثر من 85 % معلومات إضافية حول الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز ، وحوالي 70% طالبوا بمناقشات ومعلومات إضافية حول الإجهاض الآمن ( Hatab, 1996). كذلك أشارت الدراسات في بعض البلدان أن التلفزيون والإعلام هما الوسيلة الأكثر شيوعاً لدى فئة الشباب للحصول على معلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية والأمراض المنقولة جنسياً يليه المحاضرات في المدارس والأندية ثم الأصدقاء، الأهل، الكوادر الطبية ثم الكتب (Hatab, 1996).

أما في فلسطين، فقد بينت دراسة في العام 2000، بان مصادر معرفة الزوجات والشابات بمكونات ومفهوم ومواضيع الصحة الإنجابية كان الزوج، الأصدقاء، الأقارب، ووسائل الإعلام (العفيفي وآخرون، 2005). وفي دراسة هدفت معرفة وآراء الشباب المبحوثين نحو مفاهيم الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة واستهدفت 616 طالب وطالبة ضمن الفئة العمرية 14-19 في الضفة الغربية، كانت أهم مصادر المعلومات ذات العلاقة المدرسة ممثلة بشخص المعلم يليها التلفاز والنشرات الصحية التوعوية ثم الأم فالمذياع وأقلها شبكة المعلومات والأب (رزق، 2004).

#### 6.4 خدمات الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب

لتسهيل حصول الشباب والمراهقين على خدمات الصحة الإنجابية، اتخذت العديد من الدول عربية تدابير في هذا الاتجاه تشمل: وضع خطط وبرامج ورسم استراتيجيات، تطوير نظم لإدارة المعلومات، الإعلام، تقديم المشورة حول الصحة الإنجابية، تأمين خطوط ساخنة، الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة؛ بالإضافة إلى تدابير متعلّقة بخدمات الصحة الإنجابية الخاصة بالشباب والمراهقين، مثل تطوير الإرشادات والمعايير، وتوفير الخدمات الصديقة للشباب والمراهقين، وسن القوانين والتشريعات، ووضع السياسات حول تقديم هذه الخدمات. أما الدول الأربعة الباقية فلم تتخذ أي تدبير يساهم في تسهيل حصول الشباب والمراهقين على خدمات الصحة الإنجابية (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004).

وفي ما يخص تبني الدول مقاربات خاصة لمواجهة الاحتياجات الجنسية والإنجابية للشباب والمراهقين، فإن 6 دول، وهي موريتانيا، سوريا، مصر، الأردن، الجزائر، وتونس اعتمدت بعض هذه المقاربات بشكل ملحوظ بينما اتخذت الدول السبع الأخرى تدابير محدودة في هذا الشأن. تضم هذه التدابير تقدير احتياجات الفئات المختلفة من الشباب، تنفيذ حملات الترويج الاجتماعي، تأمين خدمات للزوجين، استهداف مجموعات الشباب من خلال النشاطات خارج إطار المؤسسة، الترويج للحقوق البديلة للشباب، قيام المنظمات غير الحكومية بتقديم برامج للشباب المتسربين من المدارس، تصميم و/أو تعديل برامج، تأمين التوعية الصحية وخدمات الصحة الإنجابية في المدارس (فرح عبد العزيز وآخرون، 2004).

إن المؤسسات الوطنية موصوفة بالضعف والإغفال على صعيد تزويد صغار السن ومن بينهم المراهقين بمعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية وحزمة من الخدمات المناسبة للشباب في مجال الصحة الإنجابية.

يعاني المجتمع الفلسطيني كغيره من المجتمعات النامية من عدم جاهزيته لتوفير المرافق الصحية الكافية لخدمة أفراد المجتمع بالطريقة الضرورية والكافية. ولهذا، كان التأثير واضحا على صحة المرأة بشكل خاص لتعرضها للحمل والولادة، مع ما يحمل ذلك من حرمان وانتهاك لحق الإنسان في الحياة السليمة الخالية من الأمراض والإعاقات. وكمثال على ذلك، ما نص عليه الهدف الخامس من أهداف التنمية الثماني للألفية الصادرة عن الأمم المتحدة (صندوق الأمم المتحدة للسكان)، UNFPA، والذي دعا إلى تحسين صحة الأمومة وتخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين. ومن أهم المؤشرات على توفر خدمات الرعاية الصحية المناسبة للمرأة، أشارت معطيات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 2004، بأن معظم الولادات بين النساء الفلسطينيات تحصل في المؤسسات الصحية، حيث وصلت هذه النسبة إلى 97.0%، و3.0% في المنزل. وأيضاً، فقد أشارت المعطيات بأن نسبة النساء اللواتي حصلن على الرعاية الصحية بعد الولادة تصل إلى 34.1%،

في حين لم تحصل 62.9% على هذه الرعاية، و هذا ما يجعل حوالي ثلثي النساء الفلسطينيات عرضة لمضاعفات ما بعد الولادة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004).

ضمن دراسة قامت بها جمعية تنظيم الأسرة في عيادتها ال 38 والأطباء العاملين بها، كان النتائج تتحدث فقط عن وسائل منع الحمل ولم تتحدث عن أي من الخدمات التي قد تكون مقدمة للمراهقين أو الشباب (جمعية تنظيم الأسرة ، 1994).

وضمن دراسة هدفت إلى تقدير احتياجات فئة الشباب المعرفية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية مستهدفة الشباب ( شبان وشابات) المنتفعين من مراكز الرعاية الاجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بان بيّنت نتائج المجموعات البؤرية بان "الطاقم بكوادره المهنية والحرفية في المراكز لا يملك المعلومات ولم يسبق له أن تلقى أي شكل من أشكال التدريب حول موضوعات الصحة الإنجابية والجنسية، وقد اعتبر المعظم أن الفجوات المعرفية الأكثر اتساعا لديهم هي تلك المتعلقة بهذه القضايا. وتحديدًا لفت العديدون إلى أن التغيرات الجنسية التي تحدث عند المراهقين هي من أكثر المواضيع الحساسة والتي لا دراية لهم بها، وهذا ينطبق على مواضيع الجنس والعلاقات العاطفية مع الجنس الآخر، والعادة السرية، وغشاء البكارة ومفهوم الشرف، والحب والشذوذ الجنسي (المثلية الجنسية) والعنف الجنسي والإدمان بالإضافة إلى الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها مرض الإيدز" (الرفاعي وصايح، 2006). اما الشباب، فيملكون بعض المعلومات الخاصة بقضايا الصحة الإنجابية وقليل من المعلومات حول الصحة الجنسية، وهم معنيون جدا بفحص صحتها وبالمزيد منها أيضا (الرفاعي وصايح، 2006).

## خامساً: الإطار المفاهيمي والخلفية النظرية وتعريف المصطلحات

شباب اليوم هم آباء وأمهات الغد لذلك ينبغي أعدادهم لممارسة دورهم الإيجابي وتعريفهم بالتغيرات الجسمية المفاجئة التي تظهر لهم عند البلوغ في بداية دخولهم مرحلة الشباب حتى لا تشكل له حين حدوثها مشكلة أو إزعاج أو خوف. ومن المعروف عالمياً بأن عوامل الخطورة التي تنعكس على صحة الراشدين بما فيها الأمراض المنقولة جنسياً، غالباً ما تتجذر في مرحلة الشباب أو المراهقة، حيث أن بعض هذه السلوكيات الصحية الخطرة قد تنعكس بطريقة خاصة على مضاعفات الحمل وعدوى الأمراض الجنسية والإيدز. لذلك، أكدت مقررات وتوصيات مؤتمر السكان والتنمية بضرورة جعل المعلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية وسبل الوقاية في الأمراض والحمل في متناول الشباب، وتكون هذه المعرفة بمثابة الخطوة الأولى باتجاه تغيير السلوكيات، لا سيما لدى فئة الشباب التي هي معرضة بشكل خاص لمشاكل الصحة الإنجابية والجنسية (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994).

إن لمفهوم الشباب العديد من الاتجاهات، "فالأول يركز على المحدد العمري والبيولوجي وآخر يركز على السمات السيكولوجية والسلوكية. وحيث أن مرحلة الشباب تعتبر مرحلة نمو تجمع بين خصائص مرحلتين في التطور النفسي والاجتماعي، وهما الرشد والمراهقة، فإن خصائصها هي التي تبني في المراهقة لتهيأ وتعد الفرد للدخول في مرحلة الرشد" (المركز الفلسطيني للإرشاد)<sup>2</sup>. غالباً ما يتم تعريف الشباب بالمراهقين الأولاد من غير تحديد الفئة العمرية التي تشمل الشباب والتي تختلف مع اختلاف المراجع والدراسات التي تستهدف هذه الفئة، أما التعريف الذي اقترحه منظمة الصحة العالمية، وأعدته الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)<sup>3</sup> بأن فئة المراهقين/ الشباب تشمل الفئة العمرية من (10 إلى 24 سنة) كالتالي: مرحلة المراهقة الأولى (من عمر 11 سنة - 14 سنة) وتتميز بتغيرات بيولوجية سريعة، مرحلة المراهقة الوسطى (من عمر 14 سنة إلى 18 سنة) وهي مرحلة اكتمال التغيرات البيولوجية، و مرحلة المراهقة المتأخرة (من عمر 18 سنة - 21 سنة) حيث يصبح الشاب أو الشابة إنساناً راشداً بالمظهر و التصرفات.

في فلسطين، رغم أن المواضيع المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى الشباب والمراهقين، بما فيها ارتفاع معدلات الخصوبة لدى المراهقين والزواج المبكر، قد طرحت للبحث في عدة دراسات سابقة خصوصاً دراسات الشباب من خلال الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فقد ركزت معظم الأنشطة المتعلقة بهذه المواضيع على العوامل البيولوجية والطبية للصحة الإنجابية وأهملت جوانب أخرى لا تقل أهمية مثل الصحة الجنسية، حقوق الصحة الإنجابية، والاستجابة للحاجات الخاصة لفئة الشباب والمراهقين.

في الأجزاء التالية سنلقي الضوء على الإطار المفاهيمي والخلفية النظرية لهذه الدراسة والذي يستند على جملة التعاريف التي اتفق عليها دولياً.

### 1.5 مفهوم وتعريف الصحة الإنجابية

<sup>2</sup> <http://www.pcc-jer.org/articles.php?id=81>

<sup>3</sup> <http://www.ippf.org/en/Resources/Glossary.htm>

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة الإنجابية بأنها "حالة من الرفاهة الصحية و الذهنية و الاجتماعية و ليس فقط الخلو من الأمراض والاعتلال فيما يتعلق بالجهاز الإنجابي ووظائفه و العملية الإنجابية".

في العام 1994 ، خلال المؤتمر العالمي للسكان والتنمية تم التعريف عن الصحة الإنجابية بمعناها الواسع ولعلها المرة الأولى التي تعرف الصحة الإنجابية في وثيقة سياسة دولية ، لتشمل كافة جوانب الصحة الإنجابية بمفهومها الحديث ، ابتداءً من الحمل وصولاً إلى المواضيع الحساسة مثل العنف ضد المرأة والسلوك الجنسي وارتباطها بالصحة العقلية والنفسي. فمن خلال هذا التعريف باتت الصحة الإنجابية تتعاطى مع جوانب حياتية حميمية ومختلفة ثقافياً ويصعب مناقشتها في العلن ألا وهي : الجنس والولادة والوفاة. وقد تم تعريف وتحديد الصحة الإنجابية في برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية في الفقرة 7.2 صفحة 38 كما يلي "الصحة الإنجابية هي حالة رفاة كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، و يشمل هذا الشرط الأخير ضمناً على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون والشرعية، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وتتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة"، وتماشياً مع هذا التعريف، تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها "مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحلها، وهي تشمل أيضاً الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالإنجاب والأمراض الجنسية." (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، 1994).

أما عناصر الصحة الإنجابية فيلاحظ من خلال تعريف الصحة الإنجابية أنها مجموعة من المؤشرات والعناصر والتي حددها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام وهي : (1) تنظيم الأسرة؛ (2) صحة النساء والأمومة الآمنة؛ (3) الأمراض المنتقلة جنسياً؛ بما في ذلك فيروس نقص المناعة المكتسب (الإيدز)؛ (4) وفيات الأطفال وصحتهم؛ (5) الأطفال والمراهقين والشباب؛ (6) الأفراد ذوو الإعاقات؛ (7) المسنون (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994).

## 2.5 الصحة الجنسية

عرفت الصحة الجنسية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994 كجزء من الصحة الإنجابية. وقد تم هذا التعريف بناء على تعريف منظمة الصحة العالمية للعام 1975 والذي يعتبر أن الصحة الجنسية تعني بالجوانب الجنسية في حياة ومواقف وممارسات الفرد والتي لا تقتصر فقط على الجنس كعملية فسيولوجية وان للشخص الحق بالحصول على المعلومات الصحيحة عن صحته الجنسية وله الحق بالسعادة والاستمتاع. و بالتالي فان تعريف الصحة الجنسية هو "التكامل بين الجوانب البدنية والانفعالية والفكرية والاجتماعية للحياة الجنسية بشكل يعزز وينمي الهوية الذاتية والتواصل والحب"<sup>4</sup>. لذلك فان الصحة الجنسية تشمل تقدير الذات وفهم الإنسان لجسده وكيفية استعماله، وعن دوره في العلاقات الاجتماعية، وأيضا كيفية تعامله مع علاقاته بالآخرين (منظمة الصحة العالمية، 1998).

<sup>4</sup> [http://www.reproductiverights.org/arabic\\_pdfs/arabic\\_iss\\_humanrights.pdf](http://www.reproductiverights.org/arabic_pdfs/arabic_iss_humanrights.pdf)

### 3.5 حق الشباب بالصحة الإيجابية والجنسية

حسب القانون الدولي لحقوق الإنسان الإيجابية، "تشمل الحقوق الإيجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلاً في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقاً دولياً في الآراء. وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإيجابية. كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإيجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان".

من جهة أخرى نظمت الأمم المتحدة عدة اجتماعات ومؤتمرات دولية حول التنمية غطت أموراً تتعلق بالصحة الإيجابية خلال العقود المنصرمة: أهمها المؤتمر العالمي للسكان (بوخارست 1974)، القمة العالمية حول الأطفال (نيويورك 1990) مؤتمر البيئة والتنمية (ريو دي جانيرو 1992)، المؤتمر العالمي حول حقوق الإنسان (فيينا 1993)، القمة الدولية للتنمية الاجتماعية (كوبنهاغن 1995) والمؤتمر الدولي الرابع حول المرأة (بيجين 1995). وقد جاءت معظم التوصيات من المؤتمرات الدولية لتؤكد أن الصحة الإيجابية هي حق من حقوق الشباب وان للشباب الحق بالمعرفة.

لقد أوضح المؤتمر العالمي للسكان والتنمية عام 1994 أن الصحة الإيجابية والجنسية هي حق، حيث أركز على أن مفهوم حماية وتفعيل حقوق الإنسان يجب ان يكون المبدأ الأساسي للسياسات السكانية والتنمية (Coliver Sandra, 1995). وقد كانت الإضافات الخاصة بالمراهقين التي واجهت العديد من الانتقادات وكانت على محور النقاش هي تلك الخاصة بحقوق المراهق، ولكن تم الاعتراف بالعواقب السلبية للنقص في التعليم والمعرفة، والتبعية الاقتصادية والاستغلال الجنسي والنسبة المرتفعة من الحمل غير المرغوب به وانعكاساته على معدلات حدوث الأمراض والوفيات. كذلك تم الإقرار بالضغوطات التي قد يواجهها المراهقون لممارسة النشاط الجنسي في عمر مبكر مع ما ينتج من ذلك من ارتفاع خطر التقاط الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها للإيدز (WHO 1999)، تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994). وفي ملحق لمؤتمر القاهرة (ICPD+5) بعد خمس سنوات، أقرت الانجازات التي تمت في الصحة الجنسية والنفسية، منها استحداث شراكات جديدة في هذا المجال، تطوير سياسات وبرامج لتحسين الصحة الإيجابية، استهداف الفئات المهمشة بشكل أفضل، وتقديم إثباتات ومعطيات اضافية حول الامور المهمة في الصحة الإيجابية وخلافه (WHO 1999). بناء على ذلك، اقترح الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) ضمن الخطة الاستراتيجية للعام 2000 للصحة الإيجابية والجنسية، تقديم الحق الأساسي من حقوق الإنسان في اتخاذ الخيارات الحرة المبنية على المعرفة فيما يخص صحتهم الجنسية والإيجابية، والحث على توفير سبل ممارسة هذه الحقوق (Chichakli Lina, 2003).

### 4.5 خدمات الصحة الإيجابية والجنسية

من المؤكد أن هنالك حاجة ماسة لخدمات الصحة الإيجابية والجنسية للشباب والتي يجب توفيرها بنوعية جيدة وجعلها بمتناول الجميع، خاصة أنهم الأكثر عرضة للمشاكل في هذا المجال بشكل خاص. وقد أكد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية "أن توفير

الخدمات الملائمة والمشورة الخاصة لهذه الفئة العمرية هو هدف أساسي للتعاظم مع وتحسين الصحة الإنجابية لدى الشباب" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994). لذلك تم تعريف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها " مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحله ، وهي تشمل أيضا الصحة الجنسية التي ترمى إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالإنجاب والأمراض الجنسية في سياق الرعاية الصحية الأولية على المكونات الاتية: (1) الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة، والولادة المأمونة والرعاية بعد الولادة للأم ووليدها بما في ذلك تقديم المشورة الملائمة والتشجيع على الرضاعة الطبيعية؛ (2) توفير خدمات تنظيم الأسرة جيدة النوعية وتوفير المشورة والمعلومات والتثقيف والاتصال بصددها؛ (3) أنشطة الإعلام والتثقيف وإسداء المشورة والاتصال بشأن جوانب الحياة الجنسية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة والحياة الأسرية" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994).

وقد حدد الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة التحديات الأساسية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين حيث تشكل فئة الشباب مجموعة غير متجانسة، غالباً ما تختلف حاجاتها مع اختلاف الظروف الاجتماعية والثقافية والسياسية التي يعيشون فيها. أيضا، تواجه النساء الشابات أو المراهقات معوقات اجتماعية، ثقافية، اقتصادية وسياسية، تؤثر على صحتهن الجنسية والإنجابية بطريقة غير متوازية. وقد أوضح الاتحاد بان شؤون الصحة الجنسية والإنجابية لم يتم إدراجها لدى فئة المراهقين / الشباب في الجدول الموسع للتنمية بشكل عام.

## 5.5 التنظيم الأسري

يعرف تنظيم الأسرة بأنه التخطيط لتوقيت الإنجاب بحيث يكون هناك فترة زمنية بين كل طفل وآخر. وتهدف إلى المباشرة بين الولادات والوقاية من حالات الحمل الخطر الذي يؤثر على صحة الأم و الطفل مثل أمراض القلب و السكري وارتفاع ضغط الدم وحالات تسمم الحمل وفقر دم حاد وأمراض بالكلى أو الكبد، عدم توافق فصيلة الدم بين الزوج والزوجة، الحمل المبكر، الحمل المتأخر، وقصر فترات المباشرة بين الحمل و الآخر.

أما وسائل تنظيم النسل فقد عرفت بأنها وسائل تستخدم في تنظيم حدوث الحمل بالتوقيت المرغوب فيه، بحيث يكون إنجاب الأطفال في الوقت المناسب لظروف الزوجين الصحية والاقتصادية وبالعدد المناسب، مما يضمن سلامة الأم والأطفال. وتستخدم هذه الوسائل أما من قبل الرجل، كالواقي الذكري، وبعضها يستخدم من قبل المرأة مثل الحبوب واللولب والحقن وغيرها. ويوجد نوعين من الوسائل: الأول طبيعي مثل وسيلة العد، ووسائل غير طبيعية مثل استخدام حبوب منع الحمل واللولب والواقي الذكري وغيرها من الوسائل والآخر غير طبيعي هرموني أو غير هرموني. أما الوسائل الهرمونية فهي تحتوي على بعض الهرمونات والتي تمنع حدوث الحمل، إما عن طريق منع حدوث التبويض، أو عن طريق حدوث تغيير في إفرازات عنق الرحم؛ مما يمنع الحيوانات المنوية من المرور خلال عنق الرحم. وتكون الوسائل الهرمونية على شكل حبوب، أو حقن في العضل أو كبسولات توضع تحت الجلد . أما الوسائل غير الهرمونية فهي تعمل عن طريق منع التقاء البويضة بالحيوانات

المنوية، أو تمنع البويضة الملقحة من الثبات في جدار الرحم وهي تشمل اللولب والواقي الذكري والوسائل المهبليّة الموضعية والوسائل الجراحية (موقع جمعية تنظيم الأسرة، 2007)5.

## 6.5 الأمراض الجنسية المعدية

لدى تصميم الإطار المعرفي لهذه الدراسة كان لا بد من تعريف الأمراض الجنسية والتي تنتقل بين الأزواج "الأمراض المعدية" والتي يمكن الوقاية والتقليل وربما الحد منها في حالة حسب ما هو متعارف عليه علمياً ودولياً، أي الوقاية.

### (أ) التعريف

تعرف الأمراض الجنسية بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي أو بملامسة المصاب أو أدواته الملوثة. هذه الأمراض متعددة ومتنوعة قد تصيب الجهاز التناسلي وما جاوره أو تظهر لها أعراض ومضاعفات أخرى بعيدة عن المنطقة لتناسلية، وقد تنتقل جراثيمها عن طريق الدورة الدموية إلى أماكن أخرى من جسم المصاب نفسه أو إلى الجنين، كما هو الحال في مرض الزهري ومرض الهربس بالحوامل أو عن طريق الجهاز اللمفاوي، وفي هذه الحالات تؤدي إلى مضاعفات خطيرة وتشوهات أو عاهات وأحياناً إلى الوفاة.

### (ب) طرق الوقاية

- تتنوع طرق الوقاية من الأمراض الجنسية المعدية وأهمها الامتناع عن الاتصال الجنسي الغير مشروع والزنى وعدم مخالطة المصابين والابتعاد عن الأماكن المشبوهة،
- التوجيه السليم المقنع للشباب من الصغر وتعميق القيم الروحية في نفوس الشباب بطرق محببة إلى عقليته وإدراكه حتى لا يمل وإعطائه الجرعة المناسبة في الوقت المناسب،

<http://www.pfppa.org/contraceptive.shtml><sup>5</sup>

الواقي الذكري: هو عبارة عن كيس مطاطي يتم ارتدائه بعد انتصاب العضو الذكري وقبل حدوث أي تلامس بين الأعضاء التناسلية للذكر والأنثى حيث يستخدم لمرة واحدة فقط ويحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

اللولب: هو عبارة عن قطعة من البلاستيك مغلفة بسلك من النحاس وينتهي بخيطين ناعمين، حيث يكون شكله بالمجمل مثل الحرف T أو لولبي. يعمل اللولب على منع السائل المنوي من اختراق بطانة الرحم، ويحدث ذلك قبل وصول البويضة إلى الرحم

الحبوب: وهي نوعان: أحادية الهرمون وتحتوي على هرمون بروجستين فقط ويستعمل خلال فترة الرضاعة وثنائية الهرمون تحتوي على هرمونان إستروجين وبروجستين وهذان النوعان يؤخذان يومياً حيث يمنعان خروج البويضة واختراق الحيوانات المنوية.

حقن منع الحمل (ديبوبروفيرا): هي إبرة أحادية الهرمون تحتوي على هرمون البروجيستين وهي تعطى كل ثلاثة شهور بانتظام حيث تعمل على تقليل حركة الحيوان المنوي إلى الرحم وتمنع الإباضة

- التوعية خاصة بين الشباب عن مخاطر الأمراض الجنسية وذلك دورياً في المجالات والجرائد والمدارس والبرامج الموجهة بالتلفاز والراديو والوسائل الإعلامية الأخرى ،
- تشجيع الشباب على ملاء أوقات الفراغ وذلك بالمطالعة والرياضة وإيجاد أماكن للتسلية البريئة كالنوادي والرحلات المدرسية وغيرها،
- إنشاء مراكز متخصصة للفحص الدوري والكشف والمتابعة للأمراض التناسلية بوجود طاقم متكامل من الأخصائيين والمشرفين الصحيين والاجتماعيين، التوعية الاجتماعية المتكاملة في المكاتب صحية والأماكن العامة كالمطارات والموانئ وذلك عن طريق توفير منشورات مقروءة وواضحة للجمهور حول الوقاية وطرق الإصابة من الأمراض ذات العلاقة،
- وضع هذه الأمراض ضمن لوائح الأمراض الواجب الفحص لها قبل الزواج.

### ج) أنواع الأمراض الجنسية والتناسلية المعدية:

تعتبر الأمراض الجنسية من أخطر الأمراض وأشدها فتكا بالإنسان خصوصاً في هذا العصر، حيث تشير آخر التقارير لمنظمة الصحة العالمية أن الأمراض الجنسية هي أكثر الأمراض انتشاراً في العالم، وأنها أهم وأخطر المشاكل الصحية العاجلة التي تواجه دول الغرب، فعدد الإصابات في ارتفاع مستمر في كل الأعمار خصوصاً في مرحلة الشباب. ومن الأمراض الجنسية<sup>6</sup>

- <sup>6</sup>مرض السيلان (Urethritis أو Gonorrhea) يصاب المريض بحرقه في مجرى البول وافرارات صفراء صديدية، ويشخص هذا المرض بفحص عينات من هذه الإفرازات وإذا لم يتم علاجها بالأدوية والعقاقير الطبية المناسبة يتحول إلى مرض مزمن ويتسبب في انسداد الحبل المنوي عند الرجال وقناة فالوب عند النساء وينتهي بعقم كامل نتيجة انسداد الأنابيب وتليفها
- الزهري أو السفلس (Syphilis): وينتقل عن طريق الدم والجنس وينتج عن ذلك قرحة في الجهاز التناسلي وطفح جلدي وتورم في الغدد اللمفاوية ويمكن حماية الجنين إذا تم فحص الأم في الأسبوع الخامس عشر وعلاجها بالبينسلين - ويشخص باختبارات جزئ. وهناك أنواع أخرى كالزهري المستوطن (Endemic Syphilis) .
- مرض فيروس الهربس التناسلي (Herpes simplex HSV): وينتقل عن طريق الاتصال الجنسي ويبدأ بالشعور بتتميل حول الأعضاء التناسلية ولا يظهر شيء للعين لمدة يوم أو يومين ثم تظهر بعض الفقاع القليلة وسرعان ما تنفجر مخلقة تقرحات ضحلة تنتشر وتسبب حكة والمأ بالأعضاء التناسلية.
- الثآليل التناسلية (Genital Warts) : تسبب أنواع من الفيروسات ثآليل على الجلد أو الغشاء المخاطي وقد يصل عددها إلى الثلث. وقد تصيب المنطقة التناسلية والدبر ومجري البول بالثآليل وتحدث بها مضاعفات خاصة بالمهبل ومجري البول.
- الرخوي المعدي (Molluscum Contagiosum) : ينقل المرض فيروس يؤدي إلى ظهور حبوب على الجلد على المنطقة التناسلية أو على أي مكان آخر من الجلد.. وينتقل الفيروس عن طريق الملابس والاحتكاك المتكرر لمنطقة الإصابة أو الاتصال الجنسي .
- والقرحة الأكلة (Chancroid) : ينتشر المرض بكثرة في التجمعات الفقيرة التي لا تتوفر بها الرعاية الصحية والاجتماعية . يحتاج المرض فترة الحضانة من 3-7 أيام تبدأ بظهور ثآليل صديدية متقرحة مؤلمة على الأعضاء التناسلية مما يزيد من احتمالية انتقال الجرثومة مباشرة إلى مكان آخر من جسم المصاب. بسبب المرض قد تلتهب الغدد اللمفاوية في منطقة العانة والتي يتبعها ظهور تقرح والذي قد تؤدي إلى تشوهات بالجهاز التناسلي والذي قد يليه تآكل محتمل للأعضاء التناسلية.
- ومرض التريكومونس (Trichomonal Infestation) : من أكثر الأمراض التناسلية انتشاراً ويقدر أن خمس الإناث تصاب بهذا المرض خاصة بين الحوامل في المجتمعات الفقيرة. ومن مضاعفات المرض العديد من الأمراض الخطرة كسرطان عنق الرحم، نزيف معمني، العقم عند الذكور والإناث، الإجهاض، التهاب مزمن بالبروستاتا والحوصلة المنوية.
- مرض الجرب (Scabies) : ينقل مرض الجرب الطفيلي عن طريق الطفيل Sarcoptes Scabei الذي تخترق أنثاه الجلد وتضع بيضها حتى يفقس. وأكثر أماكن الجسم إصابة به هي منطقة العانة، الأعضاء التناسلية، البطن، الإبطن، منطقة الحزام وبين أصابع اليدين والرسغ .
- المرض الحبيبي الأربي المتقرح (Granuloma Inguinale) : هو مرض تناسلي مزمن يصيب المنطقة التناسلية وما جاورها وتؤدي إلى تقرحات وتشوهات شديدة. ويصاب به الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1:1. بفترة حضانة من 8-80 يوماً. قد تؤدي الإصابة به وتبدأ الأعراض كما يلي: إلى سرطان بمكان الإصابة ، في بعض الحالات تكون التقرحات شديدة وتؤدي إلى ناسور بالجهاز البولي التناسلي أو تضخم بالكبد والطحال وتنشط الجرثومة عادة أثناء الحمل وتهاجم مناطق أخرى من الجسم محدثة مضاعفات خطيرة بها .

الأكثر انتشاراً مرض السيلان و الزهري او السفلس، مرض فيروس الهريس التناسلي، الثوالب التناسلية. كما تنتشر العديد من هذه الامراض ولكنها الاقل معرفة من الامراض السابقة كالرخوي المعدي والقرحة الأكلة، مرض الترايكومونس، مرض الجرب، مرض الحبيبي الأربي المتقرح، المرض الحبيبي اللمفاوي التناسلي، قمل العانة، مرض الفطريات العنقودية، مرض رايتز، ومرض بهجت.

أما مرض نقص المناعة البشرية المكتسبة، مرض الإيدز (AIDS) فهو يعتبر خطير جداً حيث ينتج عن عجز مقدرة أجهزة المناعة في الجسم على محاربة كثير من الأمراض ، وغالباً ما يقود هذا المرض في نهاية المطاف الى الموت. وتعني كلمة إيدز متلازمة عوز المناعة المكتسب (Immuno-Deficiency Syndrome Acquired) ، حيث يصيب جهاز المناعة لدى المريض. و ينتشر مرض الإيدز عادة بين الذين يمارسون اللواط (الشذوذ الجنسي) وبين الفئات التي تستعمل المخدرات مثل الماريجون والكوكائين وكذلك العقاقير المخدرة مثل الأمايل والبيوتابل نترات. كما أن الإصابات المتكررة بالأمراض الجنسية التناسلية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل مرض فيروس الهريس ومرض السايتموجالك تؤدي إلى مرض فقدان المناعة بالجسم. ومن مضاعفات المرض الإصابة بالسرطان كسرطان الدم و الالتهابات المختلفة التي تؤثر على الجسم وتتهكه وبذلك يكون فريسة للجراثيم والفيروسات والفطريات. والجسم يكون عاجزاً في هذه الحالة عن مقاومتها وبالتالي تنتهي بوفاة المصاب..

يُلاحظ أن بعض الشباب في شتى أرجاء العالم أكثر تعرّضاً لعدوى فيروس الإيدز من البالغين، ولاسيّما أولئك الذين يعيشون في ظروف صعبة، والذين لا يذهبون إلى المدرسة، ويتسكعون في الشوارع، والذين يشتركون في استخدام الإبر مع غيرهم من معاقري المخدرات حقناً، والذين يتعرضون لسوء المعاملة جنسياً وبدنياً. ولذا، فقد ركّزت الحملة العالمية لمكافحة الإيدز لعام 1999 على الأطفال والشباب لحفظ حقوقهم في الحصول على المعلومات والرعاية والحد من تعرّضهم للعدوى.

ومن خطورة هذا المرض المرعب أنه ينتقل مباشرة من اللوطيين إلى غيرهم خاصة الأطفال حيث تكون نسبة الوفيات بينهم عالية جداً وينتقل كذلك إلى الزوجة. ويُلاحظ أن بعض الشباب في شتى أرجاء العالم أكثر تعرّضاً لعدوى فيروس الإيدز من البالغين، ولاسيّما أولئك الذين يعيشون في ظروف صعبة، والذين لا يذهبون إلى المدرسة، ويتسكعون في الشوارع، والذين

- 
- المرض الحبيبي اللمفاوي التناسلي (Lymph Granuloma Venerum): تكثر الإصابة بها المرض عادة بين الشواذ جنسياً بفترة حضانه من 2-5 أيام والتي قد تطول إلى شهر أو أكثر. نسبة الإصابة بالمرض اعلى بين الذكور مقارنة بالإناث. قد يؤدي المرض الى انسداد بالأوعية اللمفاوية (في مرحلة متأخرة من المرض) مع حدوث تورم وانتفاخ بالذكر وكيس الخصية و سرطان الشرج .
  - قمل العانة (Pediculosis Pubis) : يهاجم نوع من القمل منطقة العانة ويؤدي إلى حكة شديدة مع تقرحات بها. وقد تصل العدوى إلى شعر الصدر أو الإبطين، أما شعر الرأس فإنه لا يصاب مطلقاً بهذا النوع من القمل . يختلف قمل العانة عن النوع الذي يصيب شعر الرأس بأنه رمادي اللون يميل إلى الزرقة وأصغر حجماً إذ يكون بحجم راس الدبوس . تضع القملة بيضها على شعر العانة حيث يفقس ويزود المنطقة بالعديد من الحشرات.
  - مرض الفطريات العنقودية (Candidiasis) تكثر الإصابات به بين الإناث ويؤدي إلى التهاب بالمهبل ويحمل الذكور مرض الفطريات العنقودية دون أعراض ظاهرة غالباً. ولكن يؤدي في بعض الحالات إلى سيلان من مجرى البول أو التهاب بالعضو التناسلي خاصة بعد الاتصال الجنسي .
  - مرض رايتز(Reiters Disease) : يسبب المرض نوع من الفيروسات التي قد تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي الغير مشروع. وقد يصاحب المرض العديد من الأعراض كارتفاع في النض وزيادة عدد الكرات الدموية البيضاء، تقرحات بالعضو التناسلي، التهاب وتقرحات باللسان وسقف الحلق، طلع جلدي وبقايع ممتلئة بالصديد خاصة على راحة اليدين والقدمين وتتجمع عليها كومات من القشور المتقرحة، و في حالات نادرة يصيب المرض عضلة القلب والشريان الأبهر والجهاز العصبي.
  - مرض بهجت (Behcet Disease) : هو من أمراض الجهاز التناسلي والقم المزمنة غير معروف سببه والذي يؤدي إلى تقرحات و التهابات بالعين. أول من وصف المرض العالم التركي (بهجت). وتكثر الإصابة به بين سن 20-30 سنة. من أعراضه تقرحات بالجهاز التناسلي والفم، التهاب العين ، تقرحات صغيرة متجمعة بالجلد حيث تلتئم وتترك ندبات مكانها وتشوها. من صفات مرض بهجت أن الإصابة تتكرر مرة ومرات وقد تستمر لعدة سنوات، و تحدث الإصابة بالذكور بكيس الخصية والعضو التناسلي بالفخذين، أما في الإناث فتكون بالشفرات، ومن أثاره الخطيرة فقدان البصر وتلف بالمخ.

يشاركون في استخدام الإبر مع غيرهم من معاقري المخدرات حقناً، والذين يتعرضون لسوء المعاملة جنسياً وبدنياً. ولذا، فقد ركزت الحملة العالمية لمكافحة الإيدز لعام 1999 على الأطفال والشباب لحفظ حقوقهم في الحصول على المعلومات والرعاية والحد من تعرّضهم للعدوى.

من أهم طرق الإصابة الأساسية بالإيدز هي العلاقات الجنسية والتي تزداد احتمالية الإصابة بممارسة العلاقات الجنسية غير آمنة مع عدد أكبر من الأشخاص. وأيضاً ينتقل الإيدز عن طريق نقل الدم خصيصاً بين اللذين يحتاجون لنقل دم مستمر مثل مرضى الهيموفيليا<sup>7</sup>. وأيضاً فإن الإصابة تتم بواسطة الإبر والحقن وتعاطي المخدرات بواسطة حقن تم استعمالها على يد شخصين أو أكثر أو عند إجراء الوشم وكان الأدوات المستعملة غير معقمة أو لدى أطباء الأسنان. كما ينتقل المرض من الأم إلى الجنين خلال فترة الحمل، الولادة وبعده من خلال الرضاعة-عن طريق حليب الأم.

أما أهم طرق الوقاية من المرض هو الابتعاد عن الشذوذ الجنسي أو مخالطة ممارسيه، عدم استعمال المخدرات مثل الماريجون والكوكايين وغيرها، عدم استعمال العقاقير المخدرة، دم ملامسة الجلد والغشاء المخاطي للمصابين، عدم ملامسة إفرازات المصاب مثل البول، المنى، الدم والمخاط، و الفحص الدقيق للمتبرعين بالدم والتأكد من خلوهم من الفيروس المسبب لمرض الإيدز.

---

<sup>7</sup> الهيموفيليا هي مرض وراثي يصيب نظام تخثر الدم (غالبية المرضى هم من الرجال). إحدى طرق علاج هذا المرض هو إعطاء وجبات "عامل 8" (فاكتور 8) والذي يؤدي إلى تخثر الدم. كل وجبة "عامل 8" مستخلصة من وجبات دم تم الحصول عليها من عدة متبرعين. الكثير من مرضى الإيدز يصابوا بالمرض لدى تلقيهم وجبات دم ووجبات "عامل 8" من أشخاص كانوا يحملون المرض أو مصابون به قبل أن تم اكتشاف كيفية انتقال المرض وطرق الفحص. اليوم، تتم عملية تسخين وتعقيم جميع وجبات "عامل 8" وذلك بهدف قتل الفيروس إذا كان موجوداً. بالإضافة، توجد اليوم مواد اصطناعية بديلة لـ "عامل 8" والتي تؤدي إلى نفس النتيجة في العلاج.

## 7.5 المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

يدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة 1994 إلى "تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة وتعزيز مشاركتها في الحياة السياسية والاجتماعية و الاقتصادية ومساهمتها في التنمية المستدامة وعمليات صنع القرار في جميع المراحل، والقضاء على كافة أشكال التمييز القائم بين المرأة والرجل على أساس النوع الاجتماعي بما في ذلك كل أشكال العنف؛ بالإضافة إلى مشاركة الرجل في الحياة الأسرية والمجتمعية، واضطلاحه بمسؤولياته تجاه السلوك المتعلق بالجنس والإنجاب. وحسب تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994 فإنه يعتبر تمكين المرأة " ضرورة اعتبار " المرأة " شريكا رئيسيا بعملية التنمية المجتمعية. ويعني ذلك ضمنا أن المشاركة الفعالة للمرأة في المجتمع يجب أن لا تقتصر فقط على المشاركة السياسية (تصويتا وانتخابا)، وإنما يجب أن تتضمن مبدأ المساواة في الحقوق والواجبات والحريات وصنع القرار كما يجب أن تفهم هذه المساواة على أنها مساواة في الأدوار لا الجنس" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، فرح عبد العزيز وآخرون 2004).

في العام 2000، توصلت 189 دولة عضو في الأمم المتحدة الى إعلان "الأهداف الإنمائية للألفية" والتي تشكلت من ثمانية أهداف هي: تحقيق تعليم أساسي شامل، تشجيع المساواة في النوع الاجتماعي وتمكين المرأة، خفض مستوى وفيات الأطفال، تحسين صحة الأم، محاربة أمراض نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" والملاريا وأمراض أخرى، تأمين الاستدامة البيئية، وتطوير شراكة عالمية للتنمية (الزعبى، 2005). ومن أهم المؤشرات المهمة لتمكين المرأة هو المساواة مع الرجل في التعليم والعمل والزواج والإنجاب.

تمثل الحقوق والمشكلات الصحية احد المشكلات الأساسية للمرأة الفلسطينية، ويتمثل أبرز التحديات التي تواجهها على المستوى الصحي في تحقيق المساواة بين الجنسين في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وتعانى المرأة من وجود تمييز واضح لصالح الذكر في تلقي الخدمات بناءً على المؤشرات الصحية التي وردت في تقرير المرأة والرجل. وهو الأمر الذي يرفع المطالب الفلسطينية بضرورة تبني رؤية تنظر إلى صحة المرأة بمفهومها الشمولي وعدم حصرها بالصحة الإنجابية لها، بل توفير البيئة الاجتماعية الملائمة والاهتمام بصحتها في المراحل العمرية المختلفة منذ الطفولة إلى الشيخوخة (ملتقى المرأة العربية، الحقوق الصحية للمرأة الفلسطينية، 2007).

## 8.5 دور المؤسسات في الصحة الإنجابية والجنسية

ضمن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة 1994، تمت دعوة جميع الدول والحكومات لتصميم برامج وآليات دعم تشجع الشباب والمراهقين على المشاركة الفعالة في برامج الصحة الإنجابية والجنسية التي تراعي النوع الاجتماعي. كذلك، تم الدعوة لتبني برنامج عمل يعمل إلى توفير خدمات الرعاية الصحية وتغيير مواقف مقدمي الرعاية الصحية لجهة عدم استثناء الشباب والمراهقين من الوصول إلى الخدمات والمعلومات اللازمة للتخفيف من نسبة الحمل غير المرغوب به، والإجهاض غير الآمن، والأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك مرض الإيدز. كما أكد البرنامج ضرورة حماية حقوق الشباب والمراهقين لجهة ضمان الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية وكذلك ضمان سرّيتها وخصوصيتها مع احترام

القيم الثقافية وحقوق ومسؤولية الوالدين. ويدعو أيضاً إلى تطوير مواد للإعلام، والتنقيف والاتصال وبرامج دعوة تراعي النوع الاجتماعي وتشرك الشباب والمراهقين والديهم، مما يساهم في تمكينهم من اتخاذ قرارات مسؤولة ومبنية على المعرفة، واتخاذ الخيارات المتعلقة باحتياجاتهم الصحية الإنجابية والجنسية" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994 ، فرح عبد العزيز وآخرون 2004).

## 1.6 وصف الدراسة

تمت دراسة مدى معرفة، وأراء وتوجهات وممارسات المراهقين والشباب نحو الصحة الإنجابية والجنسية باستخدام المنهجية الاستكشافية والوصفية بكلا نوعيهما، الكمي والنوعي. تمت الدراسة على فئة المراهقين والشباب كل على حدا. فلفئة المراهقين، تم الدراسة على مرحلتين، المرحلة الأولى و الثانية. تم اختيار عينة عشوائية من المدارس الحكومية و عرضت المشاركة على طلبة الصفوف من التاسع إلى الثاني عشر في الست المدن المستهدفة؛ مدينة الخليل، مدينة رام الله، مدينة نابلس، مدينة جنين، مدينة غزة، و مدينة رفح. ففي المرحلة الأولى تم تعبئة استبيان الاستطلاع من جميع الطلبة الذين وافقوا على المشاركة. أما في المرحلة الثانية، فقد تم انتقاء عينة عشوائية (30%) من الطلبة في كل مدينة على حدا لتعبئة الاستبيان التشخيصي ضمن مقابلة شخصية. ولفئة الشباب، تمت الدراسة على مرحلة واحدة والتي استهدف النوادي الشبابية في المدن الست التي تعنى بتدريب الشباب في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية. وقد تم اختيار النوادي (7 نوادي) من قبل المؤسسة المشرفة على تطبيق هذا الجزء من مشروع "المعلومات والخدمات الصحية في الصحة الإنجابية الصديقة للشباب في محافظات غزة والضفة الغربية". وقد كان المستهدفون الشباب غير المتزوجون ضمن الفئة العمرية 16-24 سنة والذين شاركوا في نشاطات هذه النوادي في مجالات الصحة الإنجابية والجنسية.

ولتقييم و استقصاء واستكشاف معرفة وتوجهات أصحاب القرار حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية (مدراء ومعلمون المدارس المختارة، أولياء أمور الطلبة، العاملون الاجتماعيون، والمدربون في الصحة الإنجابية والجنسية)، تم إجراء مرحلة ثالثة باستخدام تقنية المجموعة البورية. وأيضاً، تم تقييم و استقصاء واستكشاف معرفة وتوجهات القائمين على إدارة النوادي الشبابية حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية

## 2.6 مجتمع الدراسة الجغرافي

مدينة الخليل، مدينة رام الله، مدينة نابلس، مدينة جنين، مدينة غزة، و مدينة رفح.

## 3.6 المنهجيات المستخدمة في الدراسة

- 1- المنهجية الكمية: تم استخدام استبيانين مجهزين خصيصاً لإنجاز المرحلة الأولى والثانية من الدراسة، استبيان الاستطلاع (المسح) والاستبيان المركب (التشخيصي).
- 2- المنهجية النوعية: استخدمت في الدراسة نقاش المجموعات البورية

## 4.6 اختيار وحجم العينة

## أ) فئة المراهقين:

المرحلة الأولى (الاستطلاع): تم اختيار 4 مدارس حكومية عشوائيا في كل مدينة (مدرستان ذكور ومدرستان إناث) من قائمة المدارس في كل مدينة والتي يوجد بها الصفوف من التاسع الى الثاني عشر والتي ذودنا بها من وزارة التربية والتعليم. اما حجم العينة لهذه المرحلة: فقد قدر ب 3800 – 4000 طالب وطالبة على اعتبار أن معدل الطلبة في كل صف هو 40 طالب أو طالبة (6 مناطق، 4 صفوف في كل مدرسة، 40 طالب في الصف، 4 مدارس في كل مدينة). وقد كان العدد الفعلي لعينة الدراسة 3926 طالب وطالبة.

المرحلة الثانية (التشخيص): يتم اختيار 30% من طلبة المسح للمشاركة، أي ما يعادل 1200-1300 طالب وطالبة. وقد كان العدد الفعلي لعينة الدراسة 1245 طالب وطالبة.

## ب) فئة الشباب

تم اختار عينة مقصودة من الشباب من قائمة النوادي الشبابية المشاركة في تدريب المعلمين لتعبئة استبيان مخصص بنفس محتوى الاستبيانان أعلاه والتي قدرت ب 300 شاب/ة. وقد كان العدد الفعلي لعينة الدراسة 232 شاب و شابة.

## ج) المجموعات البورية " المرحلة الثالثة":

تم إجراء نقاش خلال مجموعات بورية كالاتي:

تم اجراء مجموعتان بورتان مكونتان من افراد ذوي التأثير على فئة الشباب في المراكز الشبابية: تم عقد مجموعتي نقاش بورية منتقاة (واحدة في قطاع غزة، واحد في الضفة الغربية) والتي ضمت 6-8 أشخاص من مدراء والمجالس الإدارية للنوادي الشبابية التي سيتم تدريب المعلمين والمرشدين فيها مستقبلا في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.

## 5.6 أداة جمع المعلومات

### أ) الاستبيانات (أنظر ملحق 3)

لقد تم بناء الاستبيانين الأول والثاني خصيصا كأداة مناسبة لهذا النوع من الأبحاث بحيث تتكامل المعلومات المطلوبة لتحقيق أهداف الدراسة. فقد تمت مراجعة العديد من الاستمارات المستخدمة دوليا ومحليا في الدراسات المماثلة، على سبيل المثال الاستبيان المستخدم في دراسة المسح الصحي للسكان في العام 2000م<sup>8</sup> استبيانات منظمة الصحة العالمية<sup>9</sup>، دراسة سلوكيات السكان المعرضون للإصابة بمرض الإيدز (Amon J, et al, 2000)، واستبيان الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني<sup>10</sup>. وقد تم تحديد الأسئلة الممكن إدراجها في الاستبيان بعد مناقشتها مع مجموعتان من الطلبة في الصفوف التاسع الى الثاني عشر وأهاليهم. وقد احتوى الاستبيانان على المعلومات العامة لجمهور الدراسة "الديمغرافي" ونظرت المراهق لصحته، آراء المراهقين تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة (كالتعليم، الزواج، المساواة داخل الأسرة، وعمل المرأة)، عموميات الصحة الإنجابية والجنسية بالأخص المتعلقة بمظاهر البلوغ والأمور المتعلقة

<sup>8</sup> <http://www.hivinfocus.org/arabic/docs/الأسرة%20% لصحة%20%التونسي%20%تونس%20%-20%المسح>

<sup>9</sup> <http://www.who.int/reproductive-health/>

<sup>10</sup> <http://www.pCBS.gov.ps/DesktopDefault.aspx?tabID=3350&lang=en>

بالإنجاب والجنس و أيضا عموميات تنظيم الأسرة (المرأة والإنجاب، وسائل تنظيم الأسرة و موانع الحمل)، مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية، المعرفة الصحية الإنجابية والجنسية، كيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها وبالأخص مرض الإيدز (أنظر ملحق 3).

### ب) المجموعات البؤرية

في المرحلة الثالثة تم إجراء المجموعات البؤرية ضمن المحاور الرئيسية التالية:

- التعرف إلى رؤية ذوي التأثير على الشباب، الآراء والتوجهات نحو مكان وزمان و طريقة طرح مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية المطروحة للمراهقين والشباب سواء في المناهج المدرسية أو على المستوى الإعلامي أو الاجتماعي.
- التعرف إلى رؤية ذوي التأثير على الشباب، الآراء والتوجهات نحو مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية التي لا يؤيدون أو التي يرغبون طرحها للمراهقين والشباب.
- التعرف للآليات والطرق المناسبة التي يوصي بها ذوي التأثير على الشباب لتوعية وتنقيف المراهقين والشباب حسب المراحل بمواضيع الصحة الإنجابية والجنسية.
- النظرة المستقبلية والتوصيات لتوعية وتنقيف المراهقين والشباب بمواضيع الصحة الإنجابية الجنسية.

### ج) التجربة القبليّة للاستبيانات

قبل استعمال الاستبيانات بشكل فعلي، قمنا بإرسال عرض الدراسة و الاستبيان ل 4 خبراء من ذوي الخبرة من الجنسين من الفئات المستهدفة أعلاه. وقد تم الأخذ باقتراحاتهم لتطوير الاستبيان وما تلائم منها مع أهداف الدراسة وطبيعة جمهورها، ومن ثم تم إجراء التعديلات المناسبة عليهما.

أما لاختبار وضوح الأسئلة، فقد تم تعبئة الاستبيان الأول من قبل 30 طالبا وطالبة من الصفوف المختلفة، وإجراء 20 مقابلة (10 إناث و 10 ذكور) لتعبئة الاستبيان الثاني. تم نقاش الأسئلة مع الطلبة ومن ثم تم البدء بالدراسة الكاملة بعد إجراء التعديلات المناسبة.

## 6.6 الاعتبارات الأخلاقية

أ) المدارس: قبل تجربة الاستبيانات وبدء العمل، تم دراسة جميع الأسئلة من قبل متخصصين في وزارة التربية والتعليم العالي مع القائمين على الدراسة لتحديد الأسئلة المتقبلة اجتماعيا من قبل أهالي الطلبة مما أضطر القائمين على الدراسة لحذف بعض الأسئلة. وبعد الانتهاء من الموافقة على الاستبيانات، تم الإيعاز لمديريات ووزارة التربية والتعليم بالتعاون لإجراء الدراسة داخل المدارس الحكومية المختارة. ومن ثم، تم إرسال رسائل رسمية لمدراء المدارس يطلب فيها بالتعاون لإجراء الدراسة داخل مدارسهم، والذي لم يتم في العديد منها لأسباب ستشرح لاحقا. ما الطلبة، فلقد تم تزويد كل واحد منهم بنموذج الموافقة ذكر فيها الجهة الباحثة والقائمين على البحث وأهمية البحث

والمشاركة في الدراسة، و تم شرح وتوضيح أهداف الدراسة ومبرراتها وذكر فيها حرية الطالب/ة في المشاركة أو عدمها كما أعطى الطلبة الخيار بعدم تمييز أنفسهم لضمان السرية (أنظر ملحق 3).

**ب) أما نوادي الشباب،** وبعد إطلاع المقيمين على إدارة النوادي الشبابية، تم التنسيق مع الشباب على الوقت المناسب لتعبئة فلقد تم تزويد كل واحد منهم بنموذج الموافقة ذكر فيها الجهة الباحثة والقائمين على البحث وأهمية البحث والمشاركة في الدراسة، و تم شرح وتوضيح أهداف الدراسة ومبرراتها وذكر فيها حرية الشاب/ة في المشاركة أو عدمها كما أعطى الطلبة الخيار بعدم تمييز أنفسهم لضمان السرية (أنظر ملحق 3).

## 7.6 العمل الميداني

**أ) تدريب فريق العمل الميداني:** تكون الفريق الميداني من مشرفين أحدهما في الضفة الغربية والآخر في غزة، وكان الاثنان من ذوي الخبرة في مجال البحث الميداني. ففي كل مدينة تم اختيار فتاة وشاب (12 باحثًا وباحثة) في كل مدينة بشرط أن تكون خلفيتهم الدراسية أما إرشاد اجتماعي أو صحية. وقد تم التدريب للمرحلة الثانية فقط نظريا وتطبيقيا على أساليب وتقنيات البحث الميداني وعلى فهم مجمل المواضيع التي تتطرق لها الاستبيانات وكيفية إجراء المقابلات.

**ب) تقنية الدراسة:** أما من الناحية التطبيقية للدراسة، فبعد اختيار المدارس عشوائيا من القائمة المزودة، تم اختيار صف واحد عشوائيا من التاسع إلى الثاني عشر في حالة وجود أكثر من شعبة للصف الواحد. وعند بدء العمل الميداني، تم توزيع الإستبيان الأول لتعبئته من قبل الطلبة. أما الإستبيان الثاني، فقد تم اختيار الطلبة عشوائيا من قوائم الصفوف ومن ثم تم التنسيق مع المدرسة لإجراء المقابلات.

تم العمل على تعبئة الإستبيان الأول في الفترة ما بين منتصف شهر شباط وأذار 2007 في معظم المدن ما عدا مدينة الخليل والتي استمرت حتى شهر نيسان وذلك بسبب رفض مديرة احد المدرس المختارة من المشاركة مما اضطرنا لاختيار مدرسة بديلة. أما الإستبيان الثاني، فقد تمت المقابلات ما بين شهر آذار وأيار 2007.

أما المجموعات البورية، ثم نقاش المحاور المذكورة في البند 5 أعلاه و الخروج من خلال الحوار والنقاش وتبادل وجهات النظر المتعمقة باستنتاجات و توصيات بناءه لهذا الموضوع. وشملت المجموعة البورية الاولى ممثلين من مدراء ومعلمي المدارس المختارة، أولياء أمور الطلبة، العاملين الاجتماعيين، والمدرسين في الصحة الإنجابية والجنسية. أما المجموعات البورية الثانية فقد شملت مدراء وأعضاء المجالس الإدارية للنوادي الشبابية التي سيتم تدريب المعلمين والمرشدين فيها مستقبلا في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.

## 8.6 الصعوبات التي واجهت الدراسة

في المرحلة الأولى من الدراسة، واجه فريق العمل العديد من الصعوبات وأهمها رفض عدد من المدارس في محافظة الخليل التعامل مع موضوع الدراسة خشية من رد فعل غير متوقع تجاه الموضوع من أهالي الطلبة، رغم وجود رسائل رسمية من وزارة التربية والتعليم تطلب منهم التعاون مع فريق العمل وان الاستبيانات قد تم دراسة محتواها من قبل الوزارة ضامنة عدم

وجود أسئلة قد تؤدي إلى حساسية اجتماعية. لذا تم استبدال المدرسة بأخرى ضامنين تعاونها. أما في مدينة رفح فقد تم استبدال احد المدارس لكون المدارس قد دمرت كلياً بسبب الأوضاع السياسية في المدينة قبل الدراسة بفترة قصيرة. لذا لم تنتهي المرحلة الأولى في الوقت المحدد مما زاد تكاليف المرحلة المادي والزمني وزاد الجهد على طاقم الدراسة من منسقين وجمعة البيانات.

في المرحلة الثانية من الدراسة كان من المفروض أن يكون الاستبيان الثاني استمرار للاستبيان الأول لنفس طالب ولكن بسبب عدم وجود أسماء في الاستبيان الأول لم تتم هذه المرحلة بهذه الكيفية.

أما المجموعات البورية، فقد تم تطبيق المجموعتين في غزة ولم نستطيع تطبيق الجزء الأول منها ، أي المجموعات البورية مع أصحاب القرار ذوي تأثير على فئة المراهقين، لرفضهم التعاون دون توجيه رسائل رسمية من الوزارة لكل منهم والذي لم يتم حتى انتهاء العام الدراسي رغم متابعة المسؤولين لمدة شهرين للحصول عليها.

## 9.6 التحليل الإحصائي

بعد التأكد بأننا لن نستطيع الحصول على أي استبيان أخرى تم التوقف في العمل الميداني والبدء بتنظيف البيانات التي تم إدخالها إلى الحاسوب باستعمال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، حيث يتم تفرغ جميع البيانات على شكل جدول خصص لاستقبال المعلومات المدخلة، و للتأكد من صحة إدخال البيانات، فقد تم اختيار إدخالها عينة عشوائية وتم إدخالها مرة أخرى، ثم تم بعد ذلك التنظيف النهائي للبيانات.

### أ) بيانات استبيانات المرحلة الأولى والثانية و استبيان الشباب:

#### قسمت البيانات التي جمعت في الدراسة إلى قسمين:

- **بيانات اسمية:** وهي تلك البيانات التي لا يوجد لها ترتيب واضح مثل عامل الجنس، المدينة، الصف وغيرها.
  - **بيانات رقمية:** وهي تلك البيانات التي لا يوجد لها قيم رقمية مثل عامل العمر، عدد الإبناء الذكور والإناث وغيرها.
- إحصائياً، فقد قمنا باحتساب التكرارات والنسب لجميع البيانات للغرض الوصفي للمعلومات. أما البيانات الرقمية فقد تم احتساب المتوسط والانحراف المعياري لها.

### ب) بيانات المجموعات البورية:

في هذه المرحلة، قام مدون ملاحظات متخصص بتدوين جميع المجرىات والتعليقات والملاحظات والاستفسارات والإجابات والمداخلات التي تمت خلال الجلستين الأولى والثانية لمناقشات المجموعة البورية، وبعد تنظيم محاضر الجلسات تم توزيعها على كافة أعضاء المجموعة لإبداء ملاحظاتهم والموافقة على المحتوى الناتج. بعد ذلك تم تحليل وتلخيص والنتائج الأفكار الرئيسية للجلستين قبل وبعد عرض نتائج الدراسة ضمن محاور النقاش الرئيسية للجلستين.

## سابعا: النتائج

نقسم عرض نتائج المرحلة الاولى والثانية والثالثة إلى جزئين:

**الجزء الأول: المجال الوصفي لعينة الدراسة:** وصف الخصائص العامة لجمهور الدراسة الديمغرافي ونظرت المراهق أو الشاب لصحته.

**الجزء الثاني: المجال التحليلي لعينة الدراسة: المعرفة و المعتقدات و المواقف**

حيث نقسم عرض نتائج الجزء الثاني إلى ثلاث محاور رئيسية، سواء للمرحلة الأولى أو الثانية

- **المحور الأول:** آراء المراهقين أو الشباب تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة
- **المحور الثاني:** الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية والجنسية بالأخص المتعلقة بمظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس و أيضا عموميات تنظيم الأسرة
- **المحور الثالث:** الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها وبالأخص مرض الإيدز.

وستعرض النتائج لفئة المراهقين بفصل مستقل عن نتائج الشباب؛ أي أن الفصل الأول يحتوى على نتائج دراسة المراهقين بأجزائها الأول والثاني والفصل الثاني نتائج دراسة الشباب بالجزئين أيضا. أما نتائج المجموعات البورية فستعرض في فصل منفصل أي الفصل الثالث.

### البيانات المفقودة:

تم حساب البيانات المفقودة لكل عامل من عوامل الدراسة على حده في الاستبيانات للمراهقين والشباب، فوجدنا أن نسبة البيانات المفقودة لم تتجاوز 1% في معظم الأسئلة، ما عدا الأسئلة الخاصة بعمر المرأة أو الرجل عند الزواج أو عدد الأولاد الراغبون بإنجابهم في الاستبيان الأول (أقل من 10%). أما في استبيان الشباب، فلم تتعدى النسب في الإجابات المفقودة 9% إلا الأسئلة الخاصة بأي عمر يجب أن تبدأ البنات بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس 13%، وأي صف أنهيت والأسباب التي أدت إلى ترك المدرسة 28%. لذلك فإن النسب في التحليل لم تأخذ في عين الاعتبار البيانات المفقودة وإنما النسب الفعالة (Valid percent).

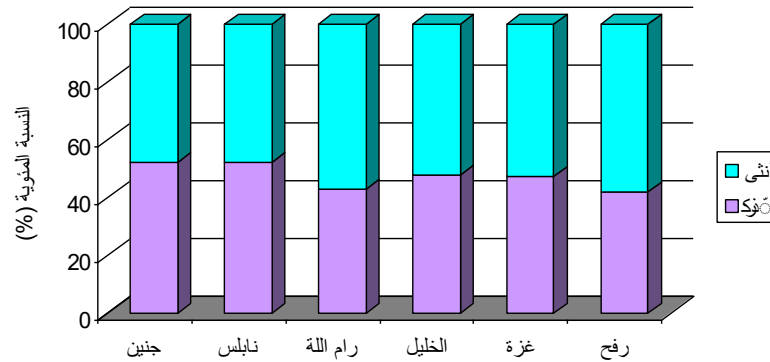
## الفصل الأول: بيانات المراهقين

### 1.1.7 الجزء الأول: المجال الوصفي للمراهقين

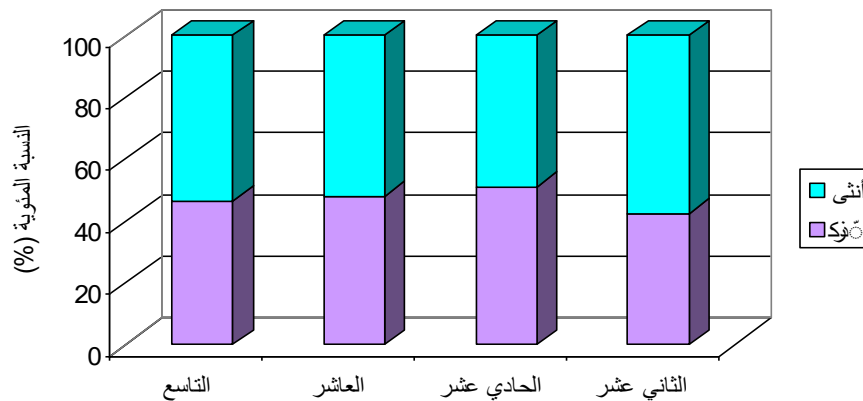
#### أ) الخصائص الديمغرافية

شكل الذكور في المرحلة الأولى 47% من العينة وكانت أعلى نسبة موجودة في مدينة جنين (52.3%) و أعلى نسبة للإناث موجودة في مدينة رفح (58.2%) (انظر الشكل البياني 1.7). و يبين الشكل توزيع المراهقين النسبي حسب الصف وحسب جنس المراهق. وقد مثلت المدن نسب متقاربة في العينة (جنين 17.1%، نابلس 13.7%، رام الله 16%، الخليل 16.6%، غزة 17.9%، رفح 18.6%). أما توزيع العينة حسب الصف فقد كانت متقاربة في الصفوف الأربع (التاسع 22.2%، العاشر 26.2%، الحادي عشر 27%، الثاني عشر 24.7%)، وكانت أعلى نسبة للذكور في الصف الحادي عشر (51%) وللإناث في الصف التاسع (53.5%) (انظر الشكل البياني 2.7).

#### الشكل البياني 1.7: نسب توزيع المشاركين حسب الجنس والمدينة



#### الشكل البياني 2.7: نسب توزيع المشاركين حسب الجنس والصف

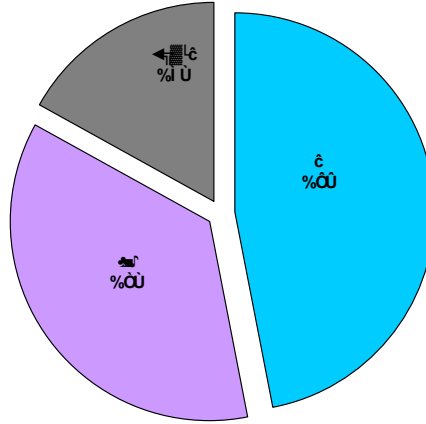


أما في المرحلة الثانية فقد مثل المراهقون الذكور 49.5% من العينة، وتراوحت نسب التمثيل في العينة بين 15.5% لكل من مدينة الخليل و رام الله وجنين، ونابلس و 16.2%، ومثلت مدينة غزة ورفح 18.8%. وأيضا كانت نسبة الخاطب/ مخطوبة في العينة المختارة هي 3.7% (5.2% أنثى و 2.1% ذكر).

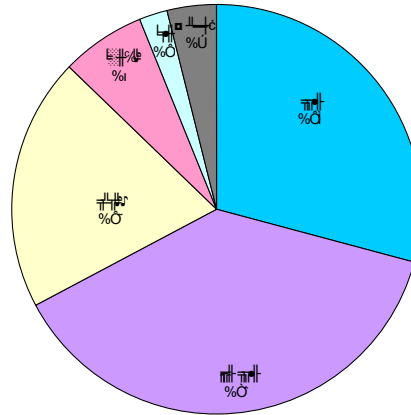
#### ب) المراهقون وصحتهم

ومن الدلالات العامة لنظرة المراهق لنفسه كانت نظرتة لصحته، فحين سألناه عن مدى اهتمام المراهقين بصحتهم أجاب 47% منهم بإيجاب (59% للذكور و 35.7% للإناث) و 17% لم يعرفوا مدى إذا ما اهتم الشباب بها (انظر الشكل البياني 3.7). كما أجاب 29% من العينة بان صحتهم كانت دون الجيدة جدا (32% بين الإناث و 25% بين الذكور) (انظر الشكل البياني 4.7).

الشكل البياني 3.7: توزيع المراهقين حسب مدى اهتمام بصحتهم



الشكل البياني 4.7: توزيع المراهقين حسب رأيهم بصحتهم



## 2.1.7 الجزء الثاني: المجال التحليلي لعينة الدراسة: المعرفة و المعتقدات و المواقف

تم تقسيم العبارات 14-36 في الاستبيان الأولى و 5-39 في الاستبيان الثانية إلى المحاور التالية:

المحور الاول: آراء المراهقين تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة

المحور الثاني: الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية و الجنسية بالأخص المتعلقة بمظاهر البلوغ و الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس و أيضا عموميات تنظيم الأسرة:

المحور الثالث: الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا و الوقاية منها و بالأخص مرض الإيدز

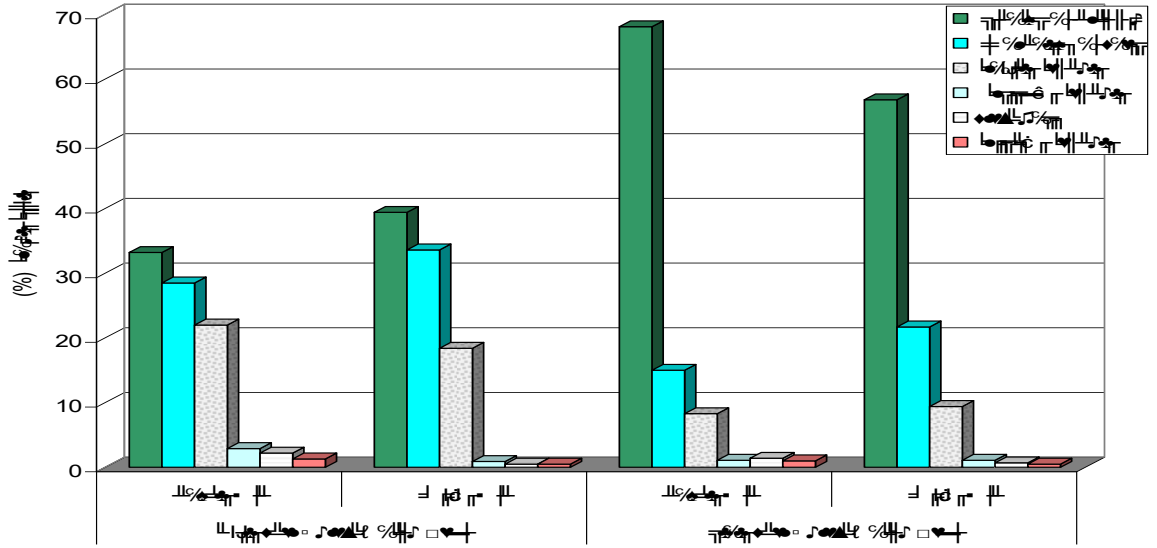
### 1.2.1.7 المحور الاول: آراء المراهقين تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة

لقد طرحت العبارات 14-23 في الاستبيان الأولى و 17-23 في الاستبيان الثاني آراء المراهقين تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة و كانت النتائج كالآتي:

#### أ) المراهقين و التعليم من نتائج المرحلة الاولى

يبين الجدول 1.7 التوزيع النسبي لآراء المراهقين حول المستوى التعليمي اللازم للبنات و الولد، و قد كان بديهيا أن يجب 36.5% من العينة أن درجة الماجستير أو الدكتوراة هي مرغوبة للبنات بمقابل 62.2% للأولاد، أي رجح الجميع المستوى التعليمي الأعلى للذكور، و لم تختلف هذه الآراء باختلاف المدينة أو الصف. و عند مقارنة آراء الأولاد و البنات المراهقين للمستوى التعليمي اللازم للبنات و الولد، كانت آراء البنات أكثر توازنا في توزيع المستويات التعليمية للبنات و لكن التوازن تغير عند النظرة لتعليم الأولاد (انظر الشكل البياني 5.7). و لم تظهر النتائج فوارق واضحة في الآراء بين الذكور و الاناث في داخل المدن ( جدول رقم 1، ملحق 1).

**الشكل البياني 5.7: نسب توزيع مقارن للمستوى تعليمي يلزم للتعليمي اللازم للبننت والولد حسب جنس المشاركين**



**الجدول 1.7: نسب آراء المراهقين للمستوى التعليمي اللازم للبننت والولد حسب المدينة والصف**

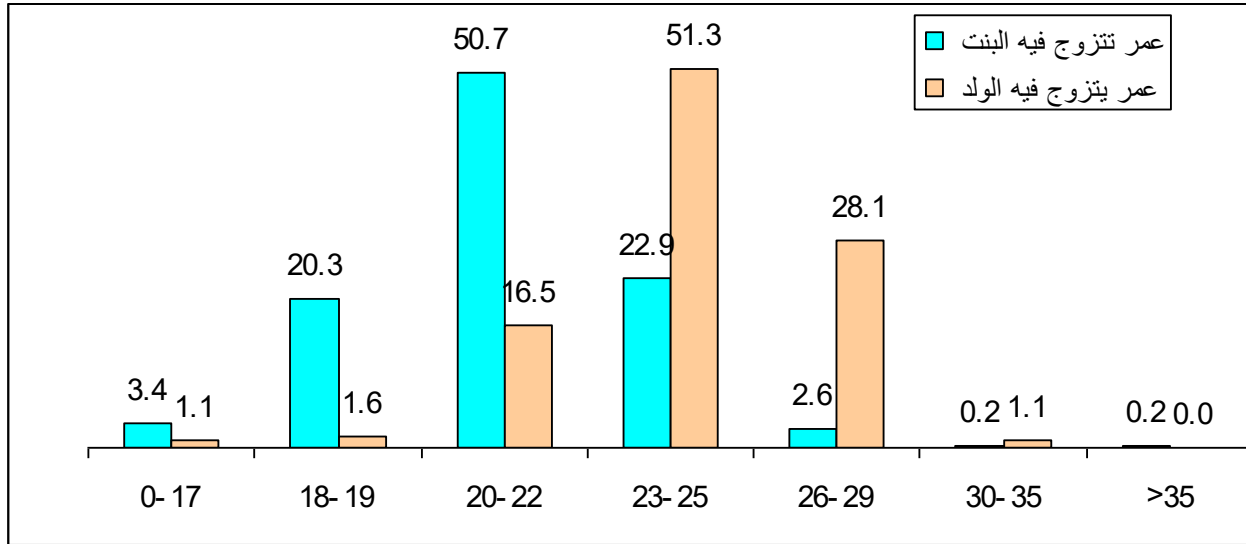
المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870
أعلى مستوى تعليمي يلزم البننت	32.3	30.5	33.7	44.4	36.8	42.4	35.6	33.2	34.4	43.9
ماجستير أو دكتوراة	36.1	28.5	24.9	33.3	34.3	30.4	37.9	35.8	28.2	21.8
دبلوم أو بكالوريوس	17.3	27.1	30.0	11.4	17.5	16.5	19.3	20.5	22.2	18.0
المرحلة الثانوية	2.3	2.5	2.2	1.0	0.9	1.9	0.8	1.6	2.1	3.0
المرحلة الإعدادية	0.5	0.7	2.6	1.1	0.6	2.2	1.5	0.9	1.2	1.6
بدون تعليم	1.5	1.3	0.3	0.8	0.4	1.0	0.3	1.2	1.0	1.1
المرحلة الابتدائية	9.9	9.4	6.3	7.9	9.6	5.5	4.5	6.7	10.8	10.6
لا أعرف/ غير متأكدة	66.4	58.7	57.3	62.5	61.1	66.3	64.6	63.0	58.2	63.1
أعلى مستوى تعليمي يلزم الولد	15.8	21.1	18.1	18.4	20.8	17.6	20.5	20.0	18.6	14.6
ماجستير أو دكتوراة	5.5	9.8	13.1	9.5	8.5	7.1	8.6	6.9	10.6	9.4
دبلوم أو بكالوريوس	1.5	0.4	1.4	0.2	1.1	1.9	1.1	0.8	1.0	1.5
المرحلة الثانوية	1.4	1.5	0.5	0.3	0.9	1.5	0.2	1.0	1.3	1.7
بدون تعليم	1.5	0.8	0.8	0.3	0.6	0.3	0	0.7	1.3	1.0
المرحلة الابتدائية	7.8	7.6	8.9	8.7	7.0	5.3	4.9	7.5	9.1	8.8
المرحلة الاعدادية	7.6	7.6	8.9	8.7	7.0	5.3	4.9	7.5	9.1	8.8
لا أعرف/ غير متأكدة	7.6	7.6	8.9	8.7	7.0	5.3	4.9	7.5	9.1	8.8

(ب) المراهقين والزواج من نتائج المرحلة الاولى

## 1. سن الزواج

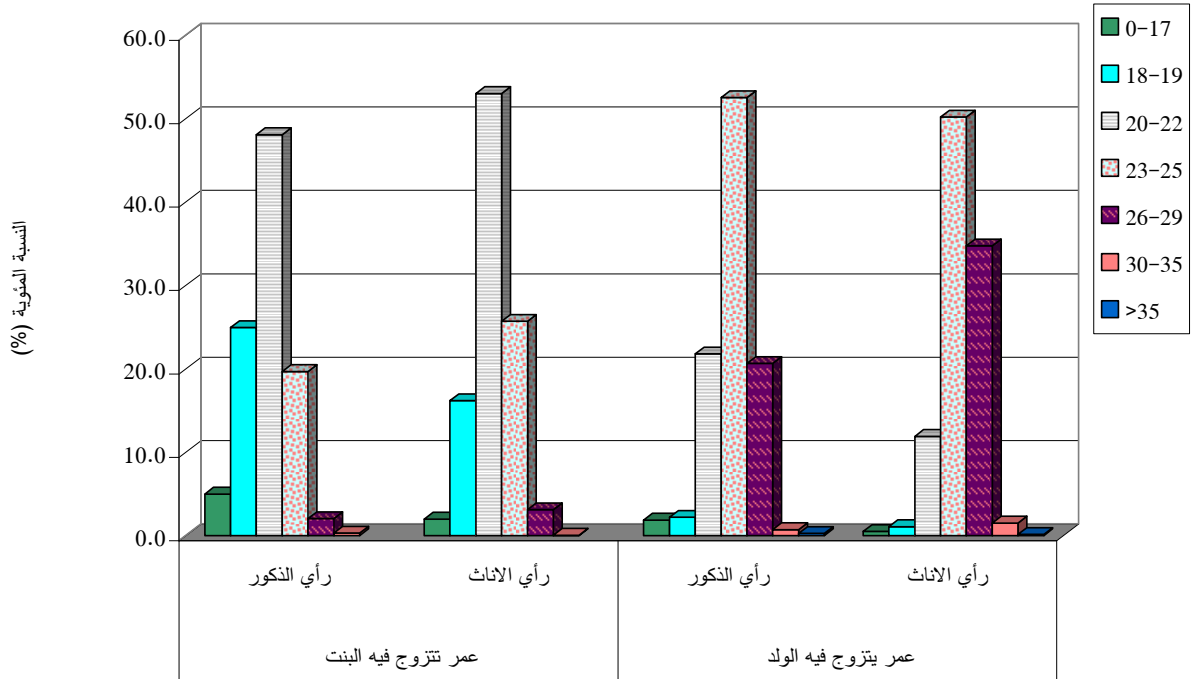
للمراهقين رأي في السن المثلى لزواج البنات والولد يختلف كثيرا عن الواقع ، إذ أن المتوسط العمري المأمول لزواج البنات حسب آراء المراهقين كان 21 سنة (الانحراف المعياري 2.56) و للذكر 25 سنة (الانحراف المعياري 2.85) أي بفارق هو في حدود 4 سنوات. وكانت الفئة العمرية 20-22 سنة هي الأمثل لزواج الفتاة و23-25 في آرائهم لزواج الشباب (انظر الشكل البياني 6.7).

الشكل البياني 6.7: نسب توزيع مقارن للعمر المناسب لزواج البنات والولد حسب رأي المشاركين



ويبين الجدول 2.7 آراء المراهقين حول العمر المناسب لزواج البنات والولد، حيث رجح 50.7% الفئة العمرية 20-22 سنة كأحسن عمر تتزوج فيه البنات ولم تختلف هذه النسب كثيرا بين الستة مدن أو الأربع صفوف.. أما أحسن عمر يتزوج فيه الولد فقد ارتأى 51.4% الفئة العمرية 23-25 سنة و28.1% الفئة العمرية 26-29 سنة وقد اختلفت هذه النسب بين الستة مدن، ولكن بقيت متقاربة بين الطلبة في الصفوف المختلفة. وأيضاً، انخفض سن الزواج للفتاة حسب آراء الأولاد مقارنة بآراء البنات (انظر الشكل البياني 7.7). وقد وضحت هذه النسب عند مقارنة آراء الإناث وآراء الذكور في كل مدينة (انظر جدول 2، ملحق 1).

الشكل البياني 7.7 : نسب توزيع مقارن للعمر المناسب لزواج البنت والولد حسب جنس المشاركين



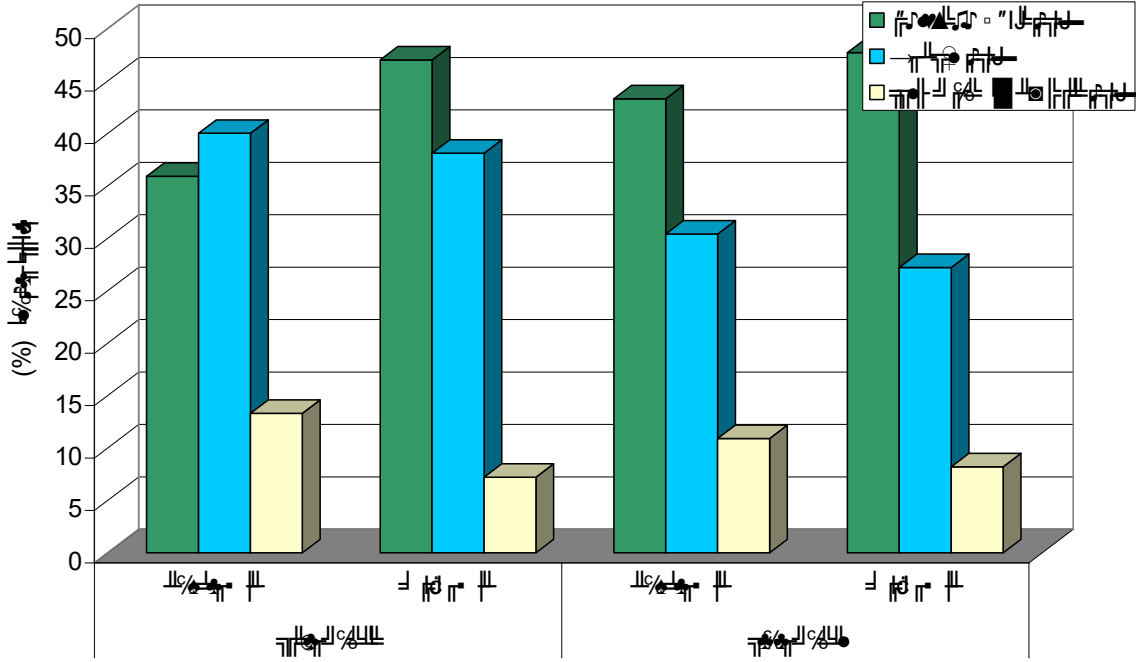
2. الوقت المناسب للزواج من نتائج المرحلة الاولى

أما رأي المراهقين في الوقت المناسب لزواج البنت، فقد أجاب 41% عندما تنهي من تعليمها و 39% عندما يقدر الله، ولم تتباين هذه النسب كثيرا بين المدن والصفوف. أما في الوقت المناسب لزواج الولد فارتأى 45% أن يتزوج عندما ينهي تعليمه و 28% عندما يقدر الله، ولكن تتباينت هذه النسب قليلا بين المدن وليس بين الصفوف (الجدول 7.2). وأيضا، عند مقارنة آراء البنات والأولاد رجح الأولاد في المرتبة الاولى زواج البنت للقدر (انظر الشكل البياني 7.8).

الجدول 2.7: نسب آراء المراهقين للعمر المناسب لزواج البنات والولد حسب المدينة والصف

التاسع	العاشر	الحادي عشر	الثاني عشر	جنين	نابلس	رام الله	الخليل	غزة	رفح	المجموع	
870	1028	1059	969	672	537	629	637	712	739	3926	
أحسن عمر تتزوج فيه البنات											
4.7	3.4	3.7	1.8	2.9	2.6	1.8	6.0	4.2	2.7	3.4	- أقل من 18 سنة
19.1	23.0	19.6	19.1	13.7	15.6	13.6	38.9	27.2	12.6	20.3	- 19-18 سنة
52.0	49.0	50.6	51.5	49.0	54.0	44.8	46.6	53.1	56.8	50.7	- 22-20 سنة
20.2	21.6	24.2	25.1	29.2	23.7	36.6	8.0	13.8	25.7	22.9	- 25-23 سنة
3.7	2.7	1.8	2.5	4.9	3.8	2.8	0.5	1.7	2.1	2.6	- 29-26 سنة
0.3	0.3	--	0.1	0.3	0.4	0.3	--	--	--	0.2	- 35-31 سنة
أحسن عمر يتزوج فيه الولد											
1.8	0.8	1.3	0.7	1.6	0.2	0.8	1.5	1.4	1.0	1.1	- أقل من 18 سنة
2.8	1.9	1.1	0.7	1.2	0.7	1.4	1.8	2.2	2.0	1.6	- 19-18 سنة
20.8	20.7	14.1	11.2	10.5	13.8	13.2	19.7	24.5	16.6	16.5	- 22-20 سنة
48.9	48.5	54.3	53.1	44.1	44.7	51.5	58.9	54.2	53.0	51.3	- 25-23 سنة
24.2	26.7	28.2	33.0	39.7	38.5	32.1	17.7	16.7	26.4	28.1	- 29-26 سنة
1.3	1.4	0.8	1.1	2.5	1.9	0.8	0.2	1.0	0.6	1.1	- 35-30 سنة
0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	--	0.4	0.2	- أكثر من 35 سنة
يفضل أن تتزوج الفتاة											
44.6	39.6	41.7	41.7	47.5	44.4	48.3	31.0	40.3	39.9	41.8	- عندما تنهي من تعليمها
34.8	41.5	40.5	38.7	31.9	35.7	34.0	52.4	38.9	40.6	39.0	- عندما يقدر الله
9.7	9.1	10.2	11.3	11.0	10.9	8.6	8.8	12.1	9.1	10.1	- عندما تتاح فرصة زواج جيدة
6.3	6.2	6.4	5.4	6.1	6.5	8.0	6.8	4.2	5.3	6.1	- أخرى
4.7	3.6	1.2	3.0	3.4	2.4	1.1	1.1	4.5	5.1	3.0	- لا أعرف
يفضل أن يتزوج الولد											
49.8	43.8	44.5	45.1	49.1	41.3	39.2	33.4	53.9	52.8	45.4	- عندما ينتهي من التعليم
27.8	31.4	28.6	26.9	25.5	30.3	25.3	38.3	23.9	28.8	28.6	- عندما يقدر الله
9.3	8.6	10.2	9.8	12.1	15.4	21.5	14.9	8.7	9.2	13.4	- أخرى
10.0	13.4	14.2	15.8	10.2	9.7	10.7	10.0	10.5	6.0	9.4	- عندما تتاح فرصة زواج جيدة
3.1	2.8	2.4	2.4	2.9	2.0	2.2	2.3	2.9	3.2	2.6	- لا أعرف

الشكل البياني 8.7 : نسب توزيع مقارن للوقت المناسب لزواج البنت والولد حسب جنس المشاركين



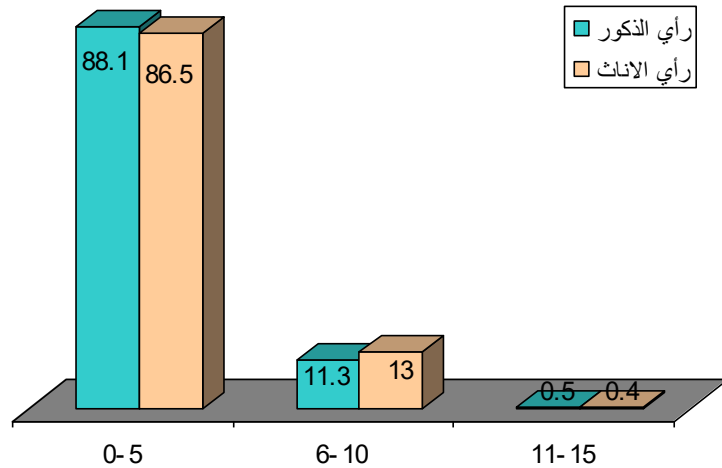
### 3- الفارق العمري والعلمي بين الأزواج من نتائج المرحلة الثانية

في المرحلة الثانية من الدراسة تم سؤال المراهق عن رأيه باختيار زوجة/زوج المستقبل وقد أظهرت النتائج أن 78% فقط اعتقدوا بقدرتهم أو السماح لهم/ن باختيار زوجة/زوج المستقبل ( أنظر الجدول 7.3)، وكانت هذه النسب الأقل في المدن الجنوبية و بين الإناث (71.9%) مقارنة بالذكور (85.2%). أما الفارق العمري فقد ارتنا 87% ان لا تتجاوز 5 سنوات وكانت الفوارق في الرأي قليلة بين الاناث والذكور (أنظر الشكل البياني 9.7) على أن يكون الزوج هو الاكبر سنا. أما الفرق في المستوى التعليمي بين الزوج والزوجة فقد أجاب 15% بان المرأة يجب ان تكون اقل تعليما وفضل 58% ان يكونا من نفس المستوى (أنظر الجدول 3.7).

الجدول 3.7: نسب آراء المراهقين عن الفارق العمري والعلمي بين الأزواج حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
1245	234	230	193	194	202	192	252	262	308	193
اخترت زوجة/زوج المستقبل										
78.5	73.9	67.4	73.1	89.5	82.4	88.0	88.0	81.9	79.7	73.1
10.7	10.7	16.1	18.7	6.3	7.0	4.7	5.6	10.8	12.4	8.3
10.7	15.4	16.5	8.3	4.2	10.6	7.3	6.4	7.3	7.8	18.7
أنسب فارق عمري بين الزوج و زوجته										
87.6	93.8	90.8	82.7	86.1	79.9	90.2	86.4	81.3	83.1	86.1
12.2	6.1	9.2	16.7	12.5	19.5	9.8	11.6	12.9	14.2	11.6
0.5	0	0	0.5	1.6	0.5	0	0	0.8	0.6	0.5
أن تكون المرأة متعلمة أكثر من الرجل										
15.0	26.9	14.3	14.6	20.7	3.5	7.9	14.3	20.2	14.0	10.9
54.0	46.2	39.1	58.9	67.4	64.9	51.3	58.3	58.8	56.5	53.9
0.6	0	0.4	1.6	0	1.0	1.1	1.2	0	0.3	1.6
28.5	25.6	42.6	22.4	10.4	29.7	38.6	23.8	19.1	27.6	31.6
0.6	0	0	2.1	0.5	0.5	1.1	1.2	0.8	0.6	0.5
1.2	1.3	3.5	0.5	1.0	0.5	0	0.8	0.8	0.6	0.5
من يجب أن يكون أكبر في العمر، الزوج أم زوجته										
91.9	95.7	85.7	98.4	93.3	93.0	85.4	94.8	93.1	93.2	90.2
0.3	0.4	0.4	0	1.0	0	0	0.4	0	0.6	0
3.5	3.0	7.8	1.0	1.0	1.5	5.7	0.8	2.3	2.6	4.7
3.9	0.9	5.2	0.5	4.6	5.0	7.3	4.0	3.4	2.9	4.1
0.5	0	0.9	0	0	0.5	1.6	0	0	0.6	1.0

الشكل البياني 9.7: نسب آراء المراهقين لأنسب فارق عمري بين الزوج و زوجته حسب جنس المشاركين



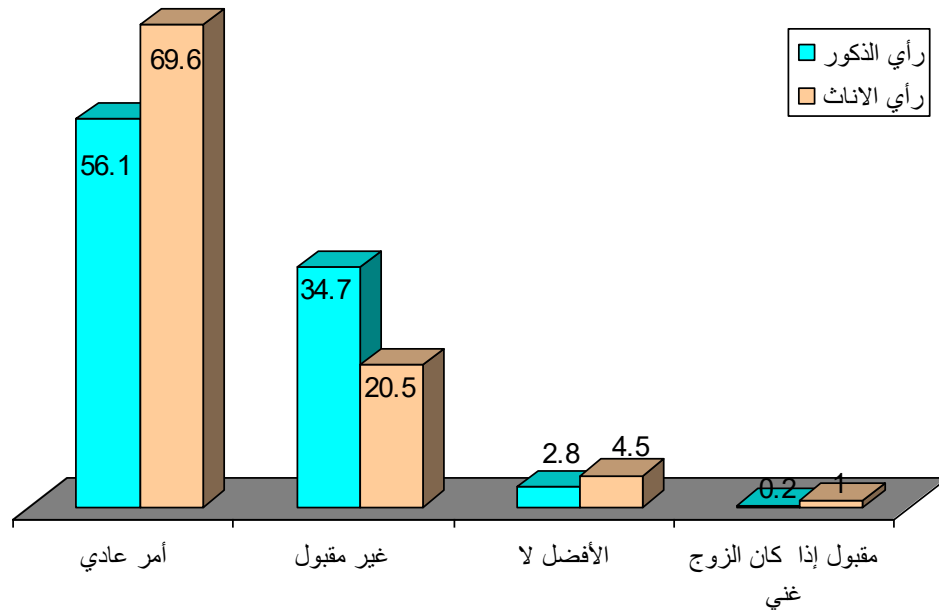
ج- آراء المراهقين لعمل المرأة من نتائج المرحلة الثانية

شجعت 66% من العينة فقط عمل المرأة بعد الزواج وكانت نصف العدد فقط في بعض المدن (انظر الجدول 4.7) وبين الذكور (52.3%) مقارنة بالإناث (80.1%)، ووافق فقط 62% على عمل المرأة من أجل للحصول على المال وكانت الموافقة على عمل المرأة الأقل بين الذكور (انظر الجدول 4.7 و الشكل البياني 10.7).

الجدول 4.7: نسب آراء المراهقين لعمل المرأة حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
1245	234	230	193	194	202	192	252	262	308	193
تشجع/ي عمل المرأة بعد الزواج										
-	66.3	69.7	50.0	59.4	79.8	76.0	76.1	72.5	62.0	71.0
-	28.8	28.2	39.6	34.9	19.2	21.9	19.5	25.2	34.4	23.8
-	4.9	2.1	10.4	5.7	7.4	2.1	4.4	2.3	3.2	5.2
هل من المقبول ان تعمل المرأة للحصول على المال؟										
-	27.5	26.8	22.7	25.0	58.2	14.7	25.6	24.7	31.6	32.6
-	62.9	70.6	59.6	61.5	75.1	79.5	68.4	65.3	62.5	57.0
-	0.6	0	2.7	0.5	0	0	0	0	0	0.6
-	3.6	0.9	6.7	5.2	0	5.3	1.2	3.5	2.0	6.2
-	2.8	0.9	0	5.2	0.5	0	3.2	5.4	2.9	1.6
-	2.6	0.9	8.4	2.6	2.0	0.5	1.6	1.2	0.7	2.1

الشكل البياني 10.7: نسب آراء المراهقين لعمل المرأة للحصول على المال حسب جنس المشاركين



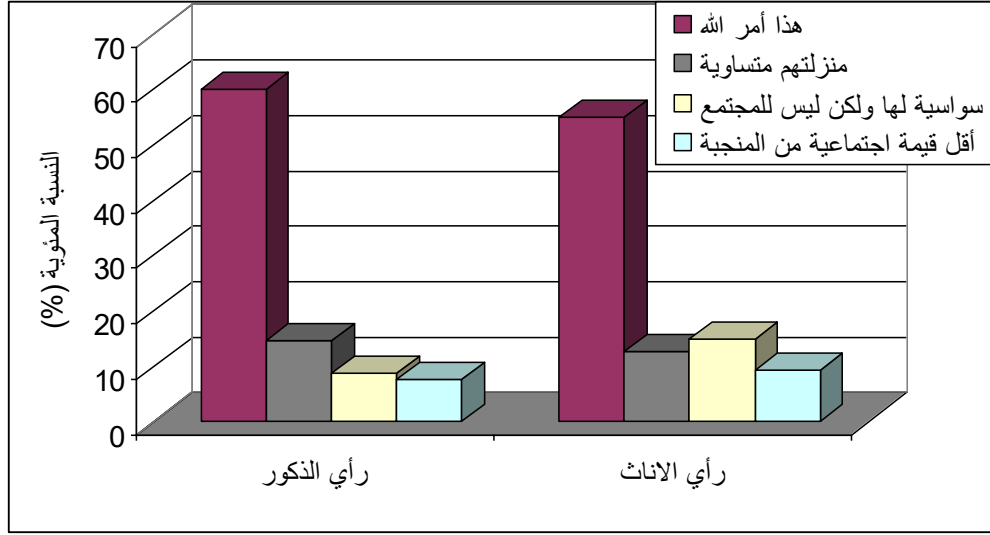
(د) المرأة والإنجاب من وجهة نظر المراهق من نتائج المرحلة الأولى

يبين الجدول 5.7 آراء المراهقين حول عدم إنجاب المرأة للأطفال ، حيث أجاب 57.4% بأنه أمر الله وأجاب فقط 8.6% بان ذلك يقلل من قيمتها اجتماعيا، و أن 9.5% فقط أجابوا بان إنجاب المرأة للبنات يقلل من قيمتها اجتماعيا ولم تختلف هذه النسب كثيرا بين الستة مدن أو الأربع صفوف. وأيضا، ولم تختلف هذه النسب عند مقارنة آراء الأولاد مقارنة بآراء البنات لعدم الإنجاب (انظر الشكل البياني 7. 11) ولكن تفاوتت هذه النظرة حول إنجاب المرأة للبنات بين آراء الأولاد مقارنة بالبنات (انظر الشكل البياني 7. 12)، ولم يكن التفاوت واضحا بين الاناث والذكور في المدينة نفسها (انظر الجدول، 3 ملحق 1).

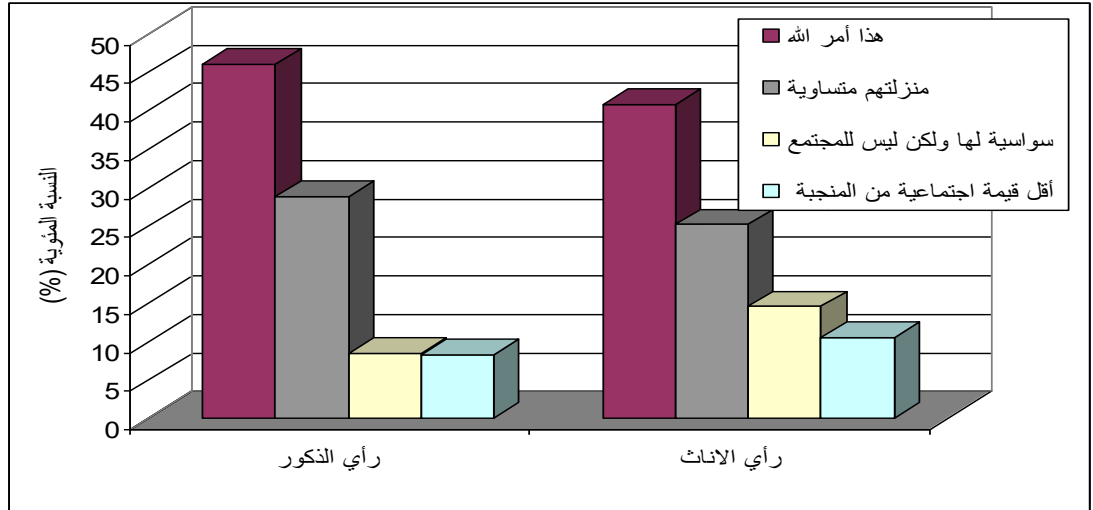
#### الجدول 5.7: نسب آراء المراهقين لمنزلة المرأة المنجبة وغير المنجبة حسب المدينة والصف

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع	
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870	
57.4	54.5	59.6	60.9	56.0	57.9	55.6	55.1	56.8	55.3	63.1	منزلة المرأة التي لا تنجب الأطفال - هذا أمر الله
13.6	14.6	9.6	12.3	14.0	16.5	15.7	11.4	13.6	16.8	12.5	- منزلتها متساوية مع المنجبة
12.0	13.7	10.5	8.7	14.9	12.9	11.6	14.5	13.1	11.6	8.5	- سواسية لها ولكن ليس للمجتمع
8.6	10.0	11.1	9.2	8.7	4.1	7.6	11.2	9.4	7.9	5.8	- أقل قيمة اجتماعية من المنجبة
1.9	0.9	1.3	3.6	1.7	1.9	2.3	2.0	2.3	1.5	1.8	- أخرى
6.4	6.2	8.0	5.4	4.6	6.7	7.3	5.9	4.8	6.9	8.3	- لا أعرف
43.2	44.1	44.5	43.2	42.0	42.2	42.9	42.7	42.3	41.2	47.4	منزلة المرأة التي تنجب البنات - هذا أمر الله
26.9	23.0	22.1	29.3	29.9	31.8	27.6	23.2	28.8	28.5	27.0	- منزلتها متساوية مع منجبة الذكور
11.6	11.6	9.1	10.1	13.4	13.4	12.6	14.7	11.1	11.4	9.1	- سواسية لها ولكن ليس للمجتمع
9.5	12.2	11.9	10.1	8.8	4.6	8.0	11.4	10.0	9.6	6.8	- أقل قيمة اجتماعية من منجبة الأولاد
2.7	2.7	1.8	3.6	2.4	2.4	3.6	2.9	3.8	2.7	1.3	- أخرى
5.9	6.4	10.5	3.9	3.5	5.6	5.2	5.2	4.0	6.5	8.4	- لا أعرف

الشكل البياني 11.7: نسب آراء المراهقين لمنزلة المرأة التي لا تنجب الأطفال مع المنجبة بين الناس حسب جنس المشارك



الشكل البياني 12.7: نسب آراء المراهقين لمنزلة المرأة التي تنجب البنات مع منجبة الذكور بين الناس حسب جنس المشارك



#### هـ) المساواة داخل الاسرة من نتائج المرحلة الاولى

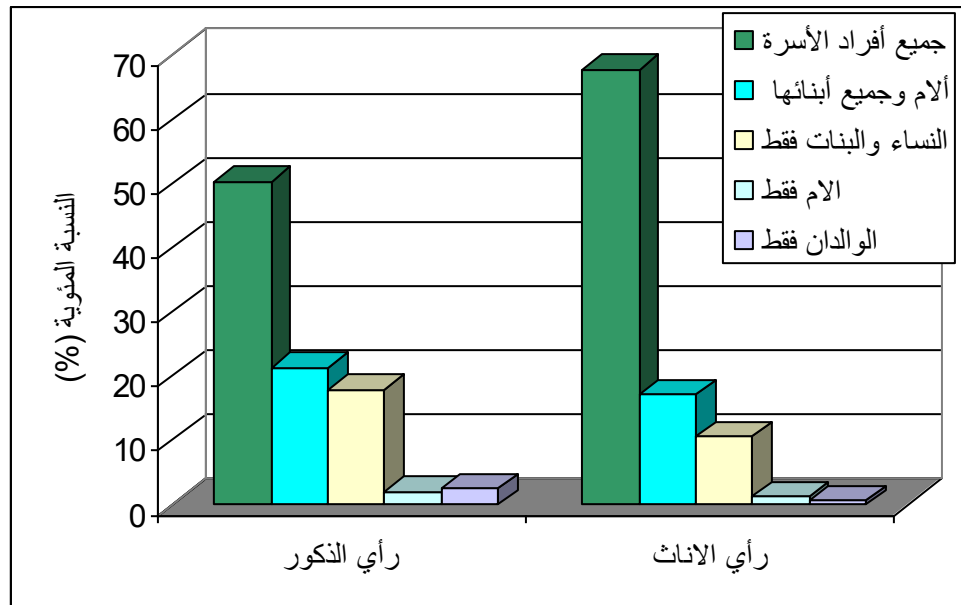
يبين الجدول 6.7 آراء المراهقين حول المساعدة (المشاركة) في الأعمال المنزلية اليومية، حيث أجاب 80.6% مساهمتهم ولكن كانت النسب أعلى في رفح و غزة مقارنة بمدن الضفة الغربية وكان طلبة الصف الثاني عشر الأقل مساعدة في الأعمال المنزلية اليومية وإجابة 57% من البنات بأنهن يساعدن مقارنة ب 43% بين الذكور. أما المسؤل عن القيام بالأعمال المنزلية اليومية فقد أجاب 14% بأنها واجبة فقط على النساء والبنات في البيت وارتفعت هذه النسبة فقط في مدينة غزة (20%)، وارتفعت بين الذكور مقارنة بالبنات (انظر الشكل البياني 13.7). وفي المرحلة الثانية أظهرت النتائج بان 78% من المراهقين

يؤيدون وجوب التوازن في توزيع الأعباء داخل البيت بين الزوجين، وكانت الغالبية المرجحة لهذا الرأي من الإناث (أنظر الشكل البياني 14.7).

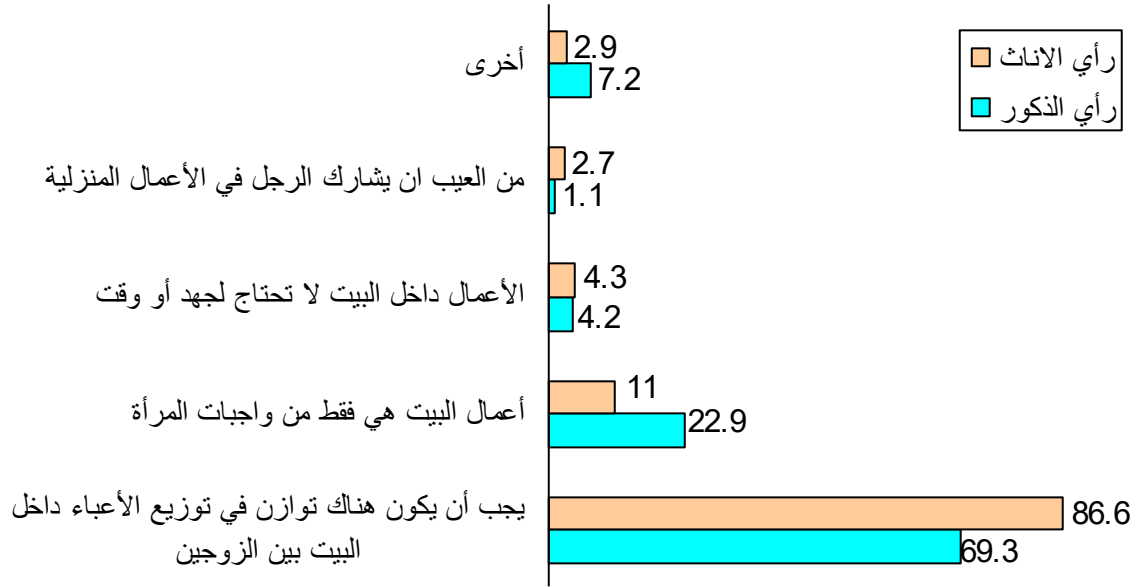
الجدول 7.6: نسب آراء المراهقين حول المساعدة (المشاركة) في الأعمال المنزلية حسب المدينة والصف

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870
المساعدة (المشاركة) في الأعمال المنزلية اليومية										
- نعم	86.5	88.3	79.0	77.4	76.6	73.5	74.7	80.7	82.2	85.0
- لا	13.5	11.7	21.0	22.6	23.4	26.5	25.3	19.3	17.8	15.0
المسئول عن القيام بالأعمال المنزلية اليومية										
- جميع أفراد الأسرة	52.6	59.8	56.5	63.5	66.0	60.5	62.8	61.3	59.6	53.4
- أمم وجميع أبنائها البنات والذكور	19.9	19.1	22.2	17.8	14.4	19.9	17.1	18.1	19.8	21.5
- النساء والبنات فقط	19.2	11.2	14.2	13.2	13.1	12.3	14.0	14.3	12.9	14.7
- الأم فقط	1.2	1.5	0.9	1.6	1.5	2.5	1.3	1.4	1.7	1.8
- الوالدان فقط	1.4	2.1	2.2	0.6	0.9	1.3	1.3	0.9	1.3	2.4
- أخرى	1.9	2.7	2.9	2.5	2.4	1.8	2.6	2.4	2.3	2.1
- لا أعرف	3.8	3.5	1.1	0.8	1.7	1.6	0.8	1.5	2.4	4.1

الشكل البياني 13.7: نسب آراء المراهقين حول المسئول للقيام بالأعمال المنزلية اليومية حسب جنس المشارك



الشكل البياني 14.7: نسب آراء المراهقين حول القيام بالأعمال المنزلية في حالة عمل المرأة حسب جنس المشارك (يسمح بتعدد الإجابات، من نتائج المرحلة الثانية)



#### 2.2.1.7 المحور الثاني: الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية

لقد طرحت العبارات 24-28 في الاستبيان الأولى و 5-15 في الاستبيان الثاني حول الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية وكانت النتائج كالتالي:

##### أ) مظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنتاج والجنس من نتائج المرحلة الثانية

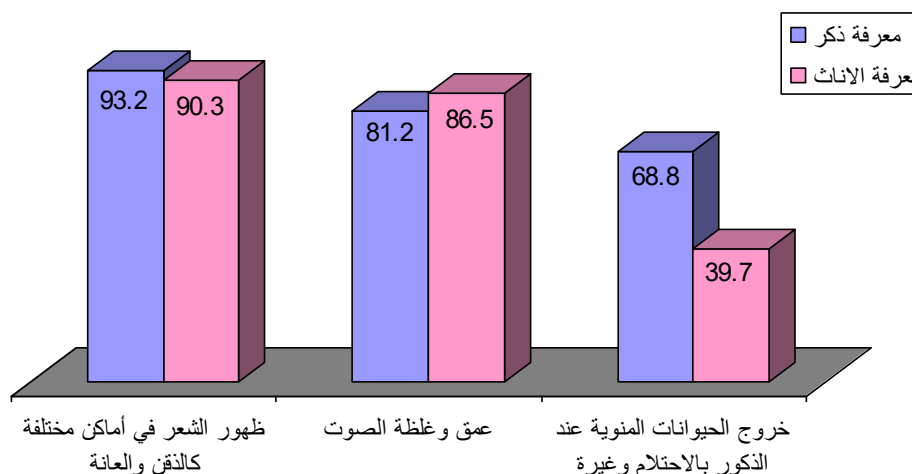
في المرحلة الثانية تم سؤال المراهق/ة عن مظاهر البلوغ عند الولد والبنت وأظهرت النتائج أن المعرفة لبعض المظاهر كخروج الحيوانات المنوية عند الذكور بالاحتلام وغيره غير معروفة لدى 50% من العينة (أنظر الجدول 7.7) وتباينت النتيجة بين الذكور والإناث (انظر الشكل البياني 15.7 والشكل 16.7)، كما أوضح 20% تقريبا معرفتهم لمظاهر بلوغ أخرى كنمو الجسم، ظهور حبوب الشباب، الاحتلام عند الذكور، النضوج، التقلبات المزاجية، تغير الصوت، الحياء، واهتمام الذكور بالإناث والعكس صحيح.

يبين الشكل البياني 17.7 نسب توزيع العمر عند أول حيض للفتيات والذي كان 13-17 سنة ل 73% منهن، وكانت مصدر معلومات 88% منهن عن الحيض هو الأمهات و34% من المدرسة (أنظر الشكل البياني 18.7).

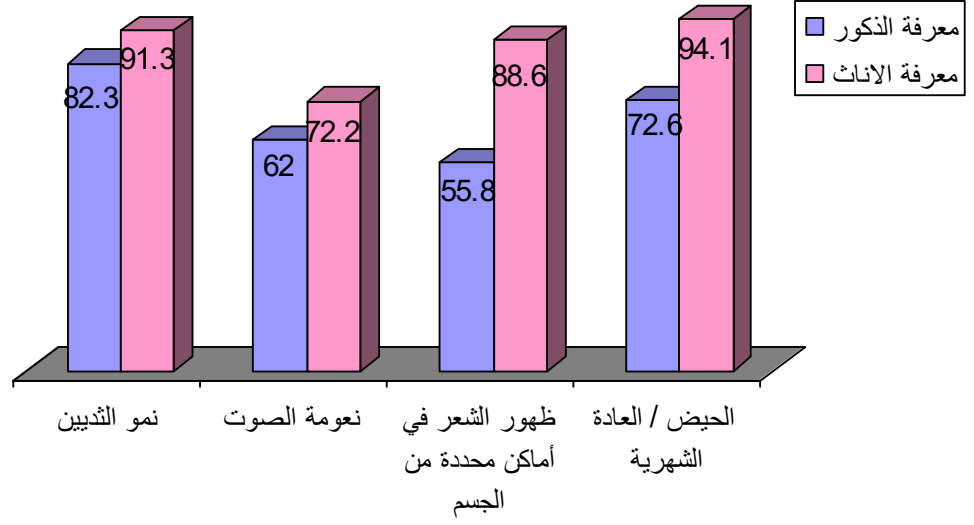
الجدول 7.7: نسب معرفة المراهقين عن مظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس ومصادرها حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
1245	234	230	193	194	202	192	252	262	308	193
مظاهر البلوغ عند الولد (يسمح بتعدد الإجابات)										
91.7	99.1	94.8	81.9	79.9	93.6	99.0	94.8	92.4	89.9	86.0
83.9	94.4	85.2	77.2	58.8	94.1	90.6	84.9	86.3	82.5	79.8
54.1	50.4	63.9	43.0	40.2	72.8	52.6	60.3	57.3	49.4	37.8
25.4	21.8	0	47.2	30.3	18.9	40.2	26.6	31.7	39.2	23.3
2.4	0	1.3	1.0	11.3	1.5	0	1.6	1.1	1.9	7.3
مظاهر البلوغ عند البنت (يسمح بتعدد الإجابات)										
86.8	91.9	83.9	70.5	80.9	94.1	99.0	89.3	88.5	89.0	81.3
67.1	85.5	63.9	60.6	25.3	83.7	80.2	63.9	75.6	68.5	61.7
72.4	66.7	73.9	62.2	53.6	85.1	93.2	79.0	69.8	71.1	67.4
83.5	82.9	83.5	66.3	79.9	91.1	96.9	90.1	81.3	82.8	78.8
18.5	6	2.2	32.7	28.3	14.4	33.4	22.7	20.2	24.4	20.7
2.7	3.4	1.3	4.7	5.7	0.5	0.5	3.2	3.1	1.3	5.2
العمر عند أول حيض لك										
19.3	13.8	18.4	14.9	24.3	20.7	24.2	17.6	13.9	15.1	15.1
73.1	80.5	61.4	83.1	74.7	62.9	74.7	77.1	75.3	75.5	73.6
6.7	4.9	17.5	0	0	16.5	0	0.7	9.0	3.6	4.7
1.1	0.8	2.6	1.0	1.0	0	1.1	0	0	0.7	2.8

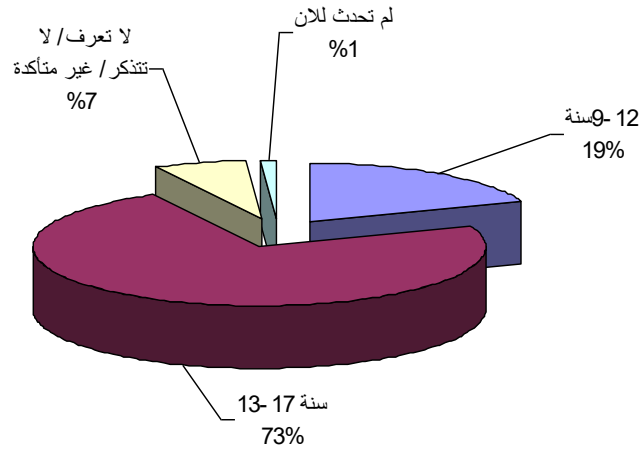
الشكل البياني 15.7: نسب معرفة المراهقين لمظاهر البلوغ عند الولد حسب جنس المشارك (يسمح بتعدد الإجابات، من نتائج المرحلة الثانية)



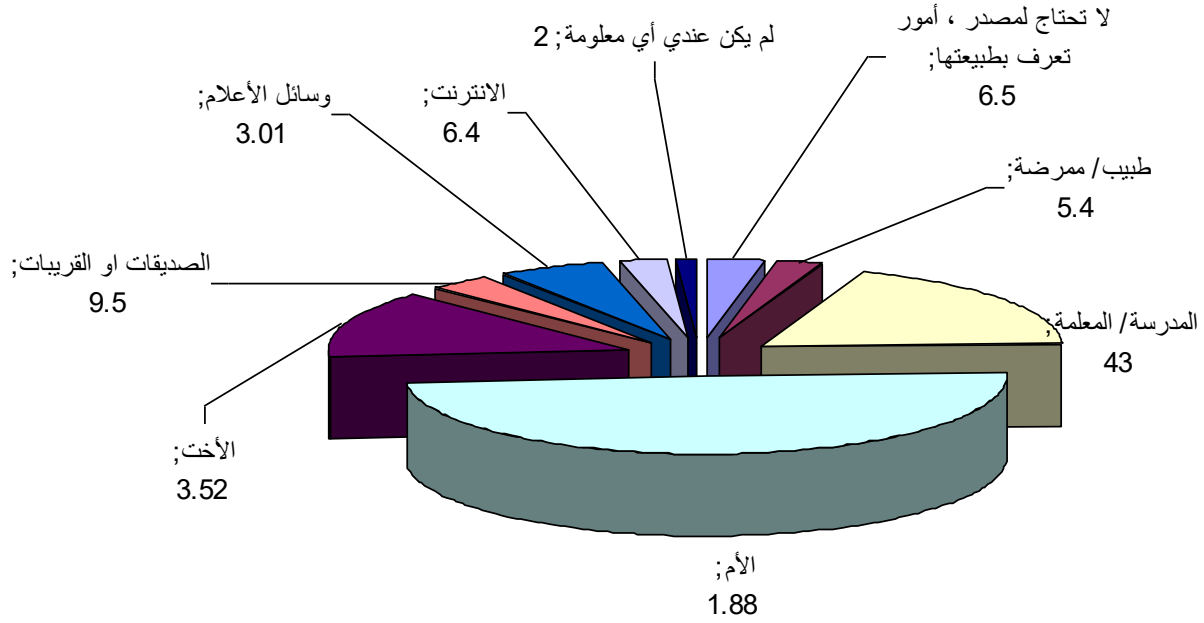
الشكل البياني 16.7: نسب معرفة المراهقين لمظاهر البلوغ عند البنت حسب جنس المشارك (يسمح بتعدد الإجابات، من نتائج المرحلة الثانية)



الشكل البياني 17.7: نسب توزيع العمر عند أول حيض للفتيات (من نتائج المرحلة الثانية)



الشكل البياني 18.7: نسب توزيع مصدر المعلومات الفتيات عن وضعهن وطريقة التعامل مع الوضع عند حدوث اول حيض (من نتائج المرحلة الثانية)



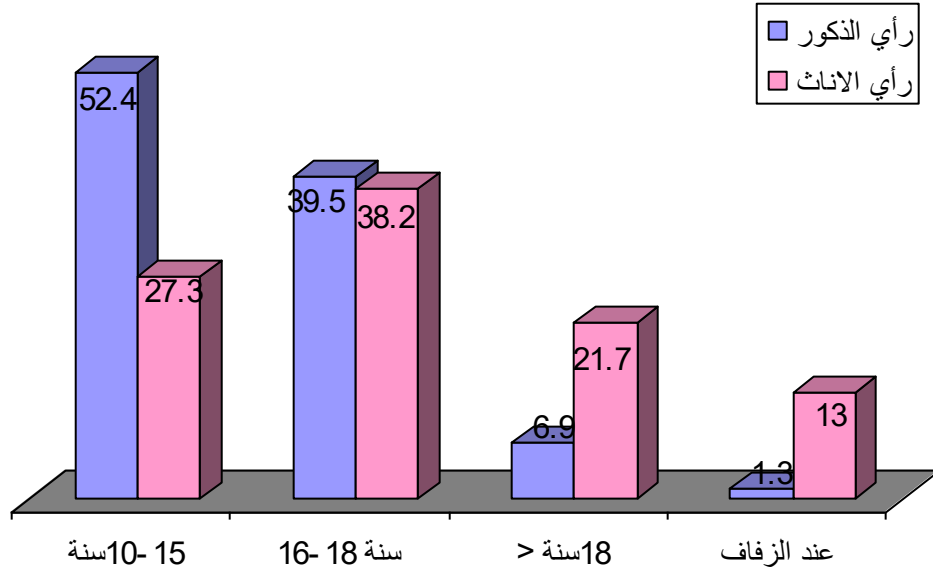
#### (ب) الإنجاب والجنس

في المرحلة الثانية تم سؤال المراهقة/ة حول الاهتمام بالعمر الذي يجب أن يبدأ الولد والبنت بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس، وقد أظهرت النتائج أن 80% من المراهقين أكدوا أن الولد والبنت يجب أن يبدأوا بالاهتمام بهذه الأمور قبل سن 18 سنة، وكانت أعلى هذه النسب في مدينة رام الله (انظر الجدول 8.7) وشجعت فقط 28% من الإناث هذه المعرفة قبل سن 15 سنة للأولاد (انظر الشكل البياني 19.7) ولكن ارتفعت النسب للمعرفة في سن مبكر للإناث (انظر الشكل البياني 20.7). إما مصادر هذه المعلومات فقد كان أهمها المدرسة الأقارب أو الأصدقاء ثم الوالدان و الراديو/ التلفزيون وتباينت هذه النتائج بين الإناث والذكور (انظر الشكل البياني 21.7).

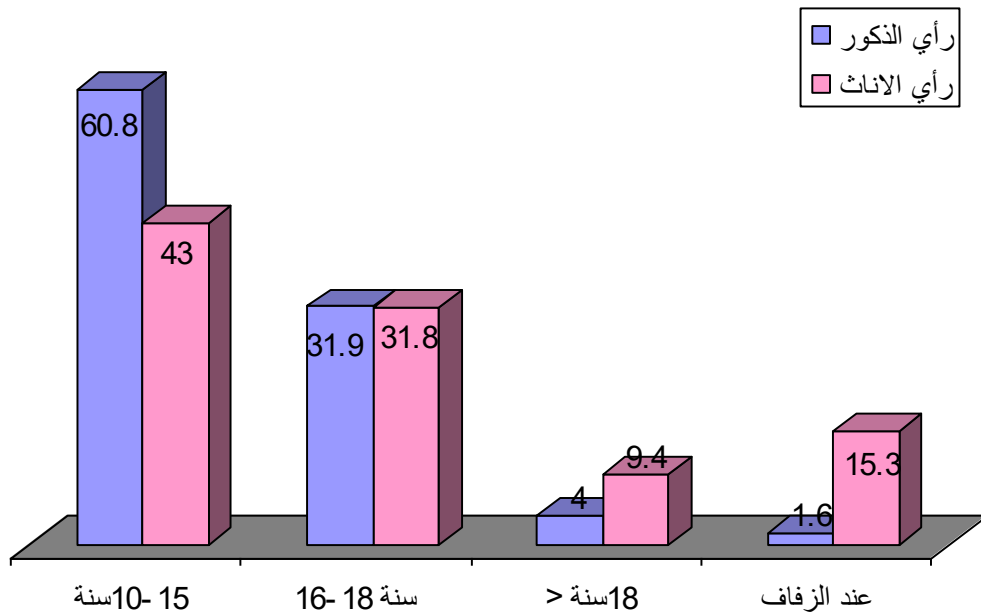
الجدول 8.7: نسب آراء المراهقين حول الاهتمام بالأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس حسب المدينة والصف

التاسع	العاشر	الحادي عشر	الثاني عشر	جنين	نابلس	رام الله	الخليل	غزة	رفح	المجموع	
193	308	262	252	192	202	194	193	230	234	1245	
العمر الذي يجب أن يبدأ <u>الولد</u> بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس											
39.3	48.7	43.2	42.3	28.5	32.9	81.8	53.7	20.9	26.2	39.7	10-15 سنة
37.8	34.2	39.8	45.8	45.8	43.7	18	31.3	37.4	54.1	38.8	16-18 سنة
15	11.5	12.7	8.8	19.7	14.5	0	7.7	25.3	15.8	14.2	>18 سنة
7.8	5.9	4.2	3.2	5.7	9.0	0	7.3	16.4	3.9	7.2	عند الزفاف
العمر الذي يجب أن تبدأ <u>البنات</u> بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس											
49.8	59.3	55.3	57.1	43.1	49.5	86.5	58.5	33.9	44.5	52	- 8-15 سنة
34.2	30.5	32.8	32.2	43.8	31.2	11.8	27.5	30	44.5	31.7	- 16-18 سنة
7.3	4.7	5.7	3.2	14.6	40.3	1	3.1	13.8	5.9	6.8	- 18 > سنة
8.8	4.5	5.0	6.7	5.7	9.9	0	9.8	19.6	4.7	8.5	- عند الزفاف
مصادر المعرفة منها عن حياتك وصحتك الجنسية (يسمح بتعدد الإجابات)											
76.7	82.5	83.6	84.9	92.2	77.2	91.2	81.9	68.7	71.4	79.8	- المدرسة
38.3	44.5	46.6	46.8	45.3	64.9	42.8	46.6	41.3	25.6	43.9	- الأقراب أو الأصدقاء
39.4	43.5	39.7	39.3	32.3	36.6	44.3	45.1	35.2	44.4	39.7	- الوالدان
32.6	30.2	32.8	40.1	36.5	44.1	22.7	29.0	33.9	35.9	33.8	- الراديو/ التلفزيون
20.7	16.9	17.6	15.5	5.2	49.5	11.3	7.8	23.0	12.8	18.5	- لا تحتاج لمصدر بل أمور تعرف بطبيعتها
15.0	14.9	13.7	21.4	20.8	23.8	13.9	13.5	25.7	10.3	18.0	- الانترنت
13.5	17.2	20.6	23.4	20.3	29.2	14.9	19.2	18.7	12.0	18.9	- الجرائد/ المجلات
14.5	9.4	11.1	17.1	6.3	21.3	5.2	6.7	24.8	21.8	14.9	- المؤسسات الصحية أو الجمعيات
15.0	15.3	14.9	16.3	16.7	11.9	9.8	18.1	18.3	19.7	15.9	- الإخوة أو الأخوات
2.5	4.1	2.7	0.4	0	0	1.0	10.3	0.4	1.7	2.2	- أخرى

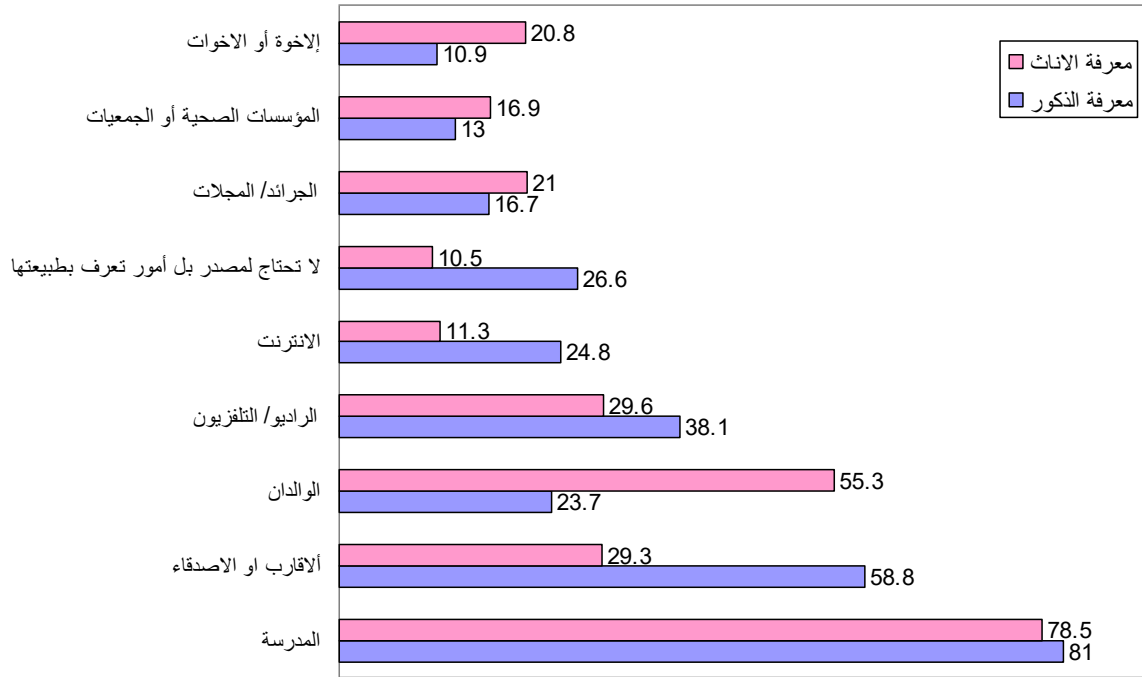
الشكل البياني 19.7: نسب آراء المراهقين في العمر الذي يبدأ الولد بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس، (من نتائج المرحلة الثانية)



الشكل البياني 20.7: نسب آراء المراهقين حول العمر الذي يجب أن تبدأ البت بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس، (من نتائج المرحلة الثانية)



الشكل البياني 21.7: نسب مصادر المعرفة عن حياة والصحة الجنسية للمراهقين (يسمح بتعدد الإجابات، من نتائج المرحلة الثانية)



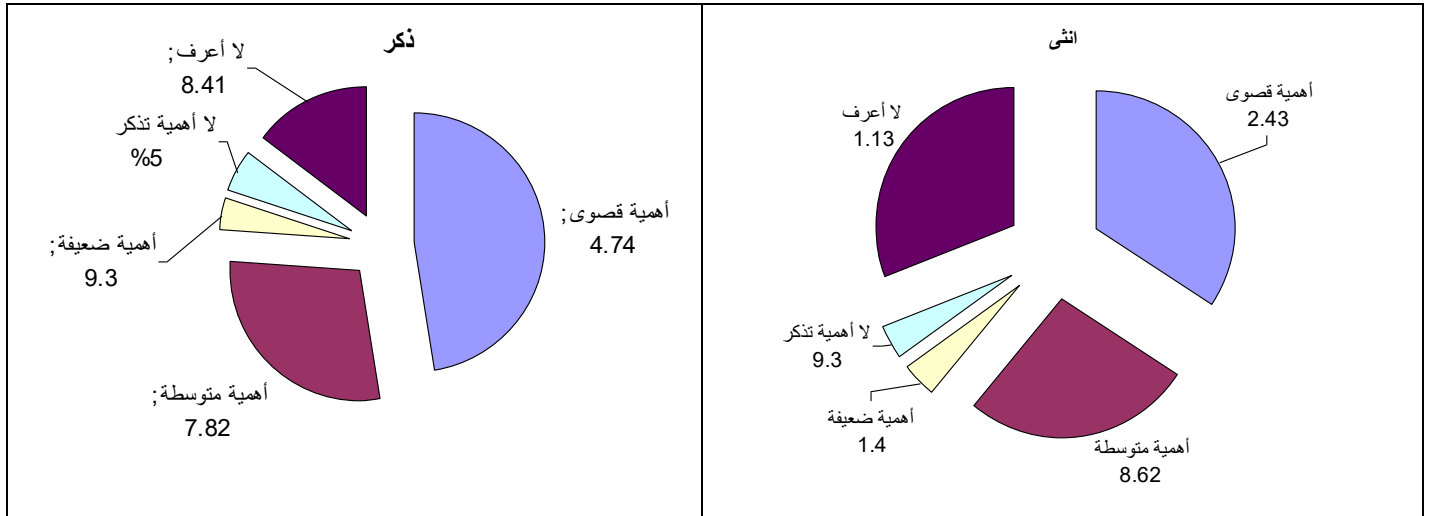
ج) الاهتمام بالمسألة الجنسية

تبيّن النتائج (انظر الجدول 9.7) بأنّ المراهقين يولون الجنس أهمية قصوى بنسبة 40% والتي كانت أقلها في مدينتي رفح وغزة، وكانت بين الجنسين أعلاها في الذكور (انظر الشكل البياني 22.7)، مع ملاحظة أن ربع المراهقون أجابوا بلا أعرف وكانت النسبة 31% بين الإناث. أما الذين صرحوا بأنهم لا يعيرون أية أهمية للمسألة الجنسية فهم 4.5% وكانت النسبة تقل مع ارتفاع الصف.

الجدول 9.7: نسب توزيع الأهمية التي يعطيها المراهقون للمسألة الجنسية حسب المدينة والصف

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870
29 الأهمية التي يعطيها الشباب للجنس بصفة عامة										
-	31.1	31.5	47.2	47.2	42.5	45.3	42.8	41.5	38.0	39.3
-	34.6	27.1	22.1	28.8	24.2	27.6	30.3	29.5	26.8	23.5
-	6.2	6.5	2.3	3.2	3.0	2.2	3.6	3.7	4.4	4.4
-	5.4	7.2	4.4	3.3	3.5	2.7	2.7	2.8	6.2	6.6
-	22.6	27.8	23.9	17.4	26.8	22.2	20.6	22.5	24.7	26.2

الشكل البياني 22.7: نسب توزيع الأهمية التي يعطيها المراهقون للمسألة الجنسية حسب جنس المشارك

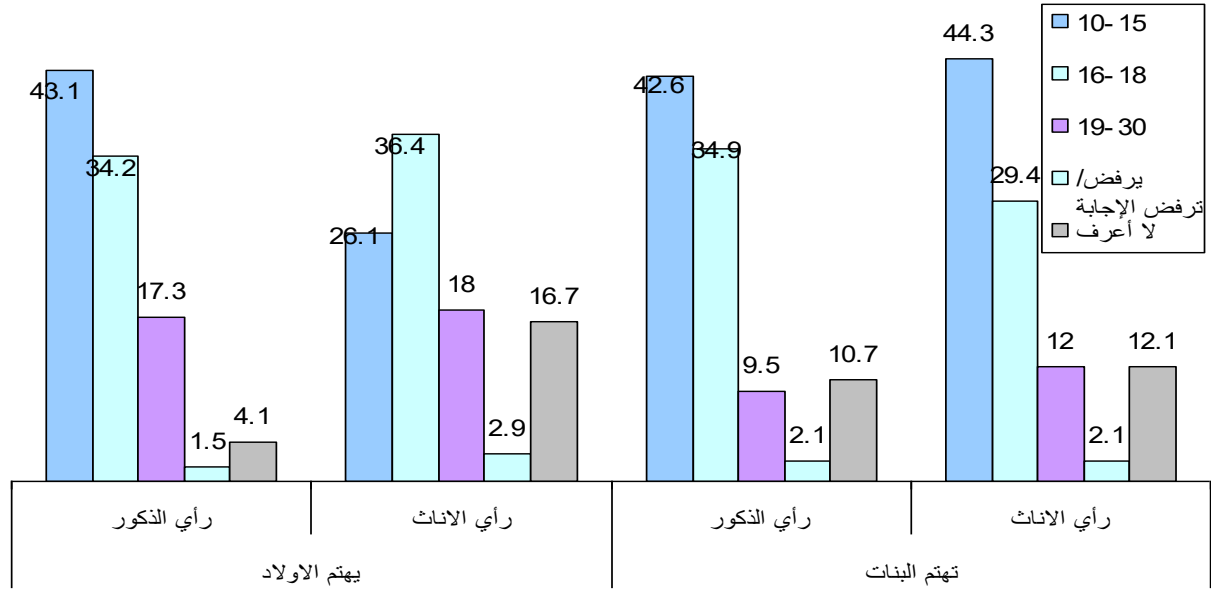


أما في المرحلة الثانية من الدراسة، فقد تم سؤال المراهقون عن العمر الذي يبدأ الأولاد والبنات بالاهتمام بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية حيث أظهرت النتائج بان 30-40% من المراهقون يبدءوا الاهتمام بهذه المواضيع بسن مبكرة (أقل من 15 سنة) وقد تباينت هذه النسب بين المدن الست (أنظر الجدول 7.10)، ونرى من الشكل البياني 7.23 بان التوجه كان متشابه بين آراء الذكور والإناث. أما إذا تحدث المراهقون بحرية فقد ارتأى 58% من المراهقين أن المراهقون والشباب يتحدثون بحرية بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية، وكانت النسبة الأعلى بين الذكور 79.3% والإناث (64%) (من نتائج المرحلة الثانية). أما الشخص المقابل للحديث فقد كان للأصدقاء 87% في المرتبة الأولى ويليها الأب 25% للذكور، والصديقات 68% في المرتبة الأولى ويليها إلام 60% للإناث، وقد تقاربت النسب بين آراء الإناث والذكور (أنظر الشكل البياني 7. 24 و 25).

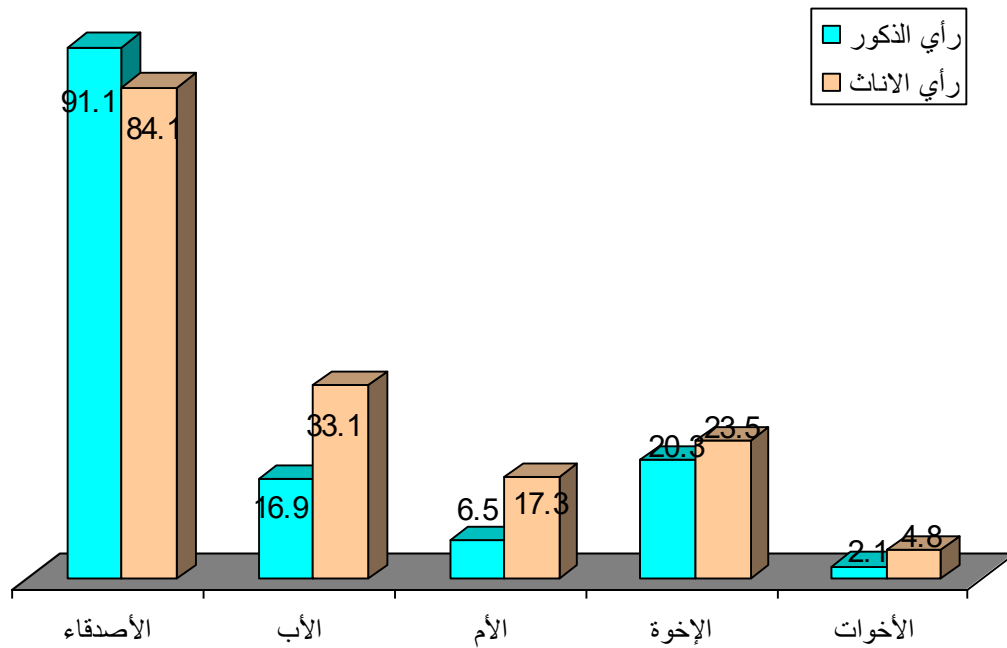
الجدول 10.7: نسب آراء المراهقين بالصحة الإنجابية والأمور الجنسية ومصادرها حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
1245	234	230	193	194	202	192	252	262	308	193
العمر الذي يبدأ <b>الأولاد</b> بالاهتمام بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية										
-	10-15	34.4	17.6	19.6	56.5	44.4	21.3	54.7	31.3	48.8
-	16-18	35.2	48.3	30.9	22.7	44.4	31.2	32.3	40.5	32.1
-	19-30	17.6	27.8	18.6	9.9	7.6	30.3	7.7	19	13.9
-	رفض الإجابة	2.2	0.4	8.3	0.5	0	3.0	0	0.8	1.6
-	لا أعرف	10.4	6.0	22.6	10.4	3.6	14.4	4.2	6.1	11.9
العمر الذي تبدأ <b>البنات</b> بالاهتمام بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية										
-	10-15	43.5	29.5	24	65.2	48.6	35.7	65.1	53.4	49.3
-	16-18	32.0	45.6	27.8	18.1	36.1	42.1	20.4	31.7	31.7
-	19-30	10.9	18.3	13.0	6.1	8.7	9.9	5.7	14.9	6.6
-	رفض الإجابة	2.1	0.4	7.8	0.5	0	2.5	0.5	0.4	2.1
-	لا أعرف	11.4	6.0	27.4	9.8	5.7	9.9	7.8	6.5	9.8
يتحدث الشباب بسهولة بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية										
نعم		58.4	53.4	42.6	50.8	65.2	64.0	79.3	67.6	59.0
لا		29.7	41.0	30.9	38.2	33.7	17.3	14.1	23.5	27.7
لا أعرف		12.0	5.6	26.5	11.0	1.1	18.8	6.5	4.2	11.2
يتحدث الولد بحرية بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية مع (يسمح بتعدد الإجابات)										
الأصدقاء		87.6	89.7	81.7	87.6	89.2	87.1	90.6	94.0	85.0
الأب		25.1	30.3	28.3	22.3	22.2	17.3	28.6	20.2	26.9
الإخوة		21.9	13.2	24.3	26.4	13.4	28.7	26.6	25.4	23.8
الأم		12.0	3.8	20.9	20.2	5.7	7.9	13.5	7.9	9.8
الأخوات		3.5	0.4	6.1	7.8	3.1	1.5	2.1	1.6	3.6
أخرى		3.0	0.4	0.9	11.9	0.5	3.0	2.1	3.2	2.0
تتحدث البنات بحرية بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية مع (يسمح بتعدد الإجابات)										
الصديقات		68.8	59.4	61.3	75.6	70.6	69.3	79.7	74.6	66.3
الأم		60.8	65.0	65.2	60.1	53.6	52.5	67.2	57.1	62.2
الأخوات		32.0	25.6	38.7	36.8	22.7	38.6	29.7	32.9	34.7
الأب		2.4	1.3	3.0	5.2	1.5	1.5	2.1	1.6	2.1
الإخوة		2.1	0.9	4.8	3.1	1.0	0.5	2.1	1.2	2.1
أخرى		3.8	0	0	14.5	1.5	3.5	4.7	6.4	4.6
لا أعرف		1.4	0	0	2.1	1.0	4.5	1.6	2.4	2.1

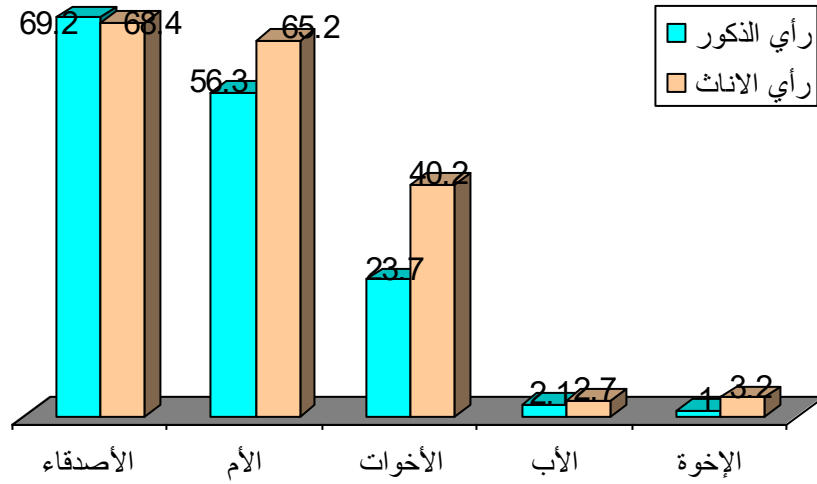
الشكل البياني 23.7: نسب آراء المراهقون حول العمر الذي يبدأ الأولاد والبنات بالاهتمام بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية حسب جنس المشارك (من نتائج المرحلة الثانية)



الشكل البياني 24.7: نسب آراء المراهقون حول تحدث الولد بحرية بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية حسب جنس المشارك (من نتائج المرحلة الثانية)



الشكل البياني 25.7: نسب آراء المراهقون حول تحدث البنات بحرية بمواضيع الصحة الإيجابية والأمور الجنسية حسب جنس المشارك (من نتائج المرحلة الثانية)



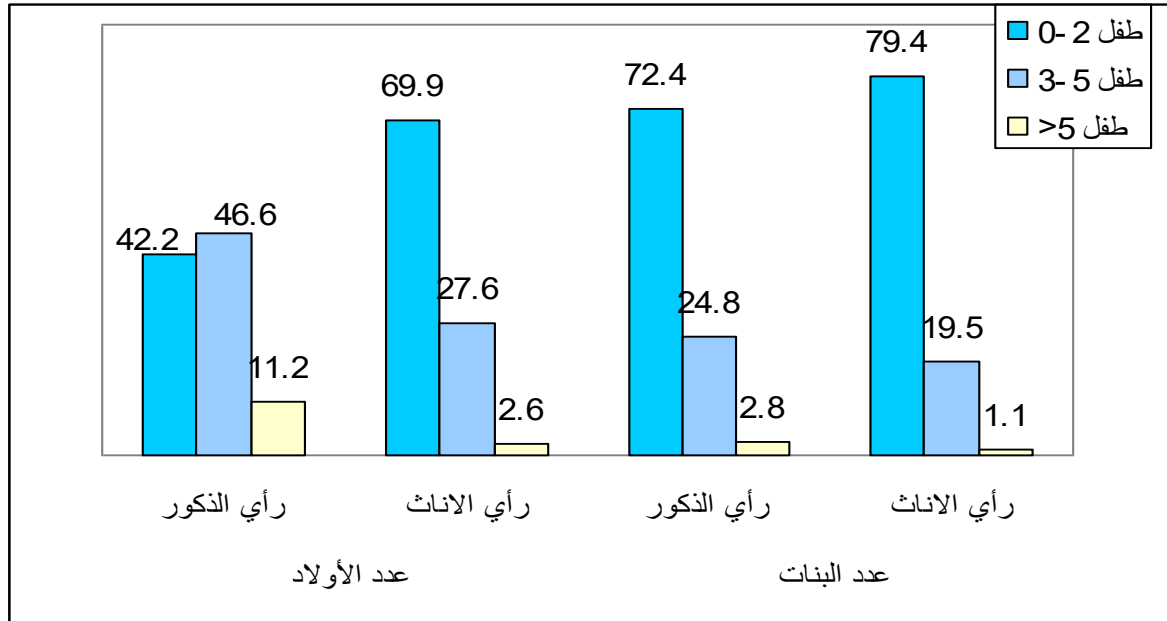
#### د) تنظيم الأسرة:

يبين الجدول 7.11 آراء المراهقين حول تحديد عدد المواليد في الأسرة، حيث أجاب 53% موافقتهم على ذلك، ولم يوافق مراهقو الخليل (32.6%). وأيضاً، أبدى 57% رغبتهم بإنجاب أقل من ولدين (المتوسط 3) ولكن أبدى 76% رغبتهم بإنجاب أقل من بنتين (المتوسط 2)، وكان التفاوت واضحاً بين المدن ولم تختلف الآراء بين الإناث والذكور (49% و 51% بالتوالي). ويوضح الشكل البياني 26.7 رغبة الذكور الواضحة في إنجاب الذكور (57% أكثر من ولدين). وعند السؤال عن مرجعية القرار بالتنظيم أبدت البنات الدور التشاركي بالقرار أكثر من الأولاد (انظر الشكل البياني 27.7).

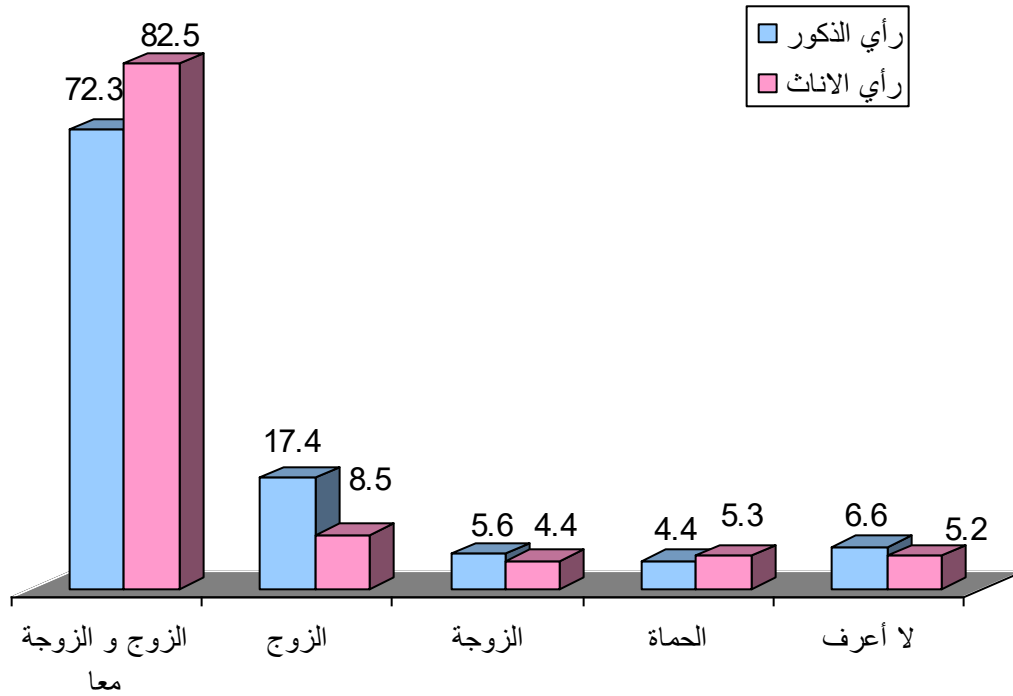
الجدول 11.7: نسب آراء المراهقين حول تحديد عدد المواليد في الاسرة حسب المدينة والصف

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870
تحديد عدد المواليد في الاسرة										
53.2	50.5	58.1	32.6	56.9	60.3	61.7	48.8	54.5	53.6	56.1
- نعم										
34.6	37.5	25.7	54.2	33.3	26.0	30.1	42.9	33.5	32.5	29.2
- لا										
12.1	12.0	16.2	13.3	9.8	13.7	8.3	8.4	12.1	13.9	14.7
- لا أعرف										
عدد الأولاد الذين ترغب/ي بإنجابهم										
57.2	42.7	47.6	46.3	73.5	74.8	61.7	53.8	54.5	60.8	60.2
- 2-0										
36.3	49.8	46.4	43.1	22.2	22.6	30.6	38.5	40.0	32.5	33.6
- 5-3										
6.5	7.5	6.0	10.7	4.3	2.6	7.7	7.7	5.5	6.7	6.2
- >5										
عدد البنات اللواتي ترغب/ي بإنجابهم										
76.2	63.1	70.6	67.7	86.0	88.9	83.2	77.6	74.4	77.0	75.8
- 2-0										
22.0	34.4	28.0	29.1	13.2	10.1	14.7	21.1	23.8	20.8	22.0
- 5-3										
1.9	2.5	1.4	3.2	0.8	1.0	2.1	1.2	1.8	2.2	2.2
- >5										
الذي يحدد عدد الأولاد في الأسرة (متعدد الخيارات)										
77.7	76.7	74.7	72.5	84.6	81.1	77.7	79.5	77.9	79.7	73.2
- الزوج و الزوجة										
12.7	14.9	15.6	11.9	8.9	9.6	14.2	12.1	13.6	12.0	13.1
- الزوج										
4.9	4.7	5.6	5.5	4.1	4.1	5.5	4.7	4.9	4.7	5.5
- الزوجة										
4.9	4.6	8.1	3.5	5.8	1.8	4.9	5.6	5.2	4.3	4.5
- الحماية										
5.8	6.6	7.2	7.4	3.3	5.5	4.7	4.2	4.9	6.0	8.5
- لا أعرف										

الشكل البياني 27.7: نسب آراء المراهقين في عدد الأولاد/البنات الذين يرغبوا بإنجابهم



الشكل البياني 27.7 : نسب آراء المراهقين حول الذي يحدد عدد الأولاد في الأسرة ( متعدد الخيارات)



الجدول 12.7: نسب معرفة المراهقين عن تنظيم الأسرة حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر التاسع
1245	234	230	193	194	202	192	252	262	308
المعرفة عن وسائل تنظيم الأسرة أو الوسائل التي تنظم الحمل									
- نعم	86.3	72.2	92.2	83.4	87.1	89.6	91.2	90.8	85.7
- لا	13.7	27.8	7.8	16.6	12.9	10.4	8.8	9.2	14.3
توافق/ي على تنظيم النسل/الاسرة									
- نعم	92.3	81.7	81.9	90.1	93.1	93.2	92.8	91.6	89.6
- لا	6.8	10.0	16.1	8.3	2.0	5.7	6.4	5.0	9.1
- لا أعرف	0.9	8.3	2.1	1.6	5.0	1.0	0.4	3.4	1.3
المعرفة عن وجود أماكن تقدم فيها خدمات لتنظيم الأسرة									
- نعم	65.0	31.3	17.4	19.7	35.3	41.6	37.9	40.4	35.2
- لا	35.0	68.7	82.6	80.3	64.7	58.4	62.1	59.6	64.8

أظهرت النتائج في الجدول 12.7 أن 84.8% من المراهقين لديهم معرفة عن وسائل تنظيم الأسرة أو الوسائل التي تنظم الحمل وكان أقلها في مدينة غزة، وكانت هذه النسب متقاربة بين الإناث والذكور (89.2% و 88.2% على التوالي). أما المعرفة عن وجود أماكن تقدم فيها خدمات لتنظيم الأسرة، فقد أظهرت النتائج أن الإناث أكثر معرفة من الذكور بوجود هذه الخدمات من الإناث (42.5% و 29.2% على التوالي) مع العلم أن النسبة بين الإناث تعتبر منخفضة. وقد تباينت النتائج بين الذكور

والإناث في معرفة وسائل تنظيم الأسرة أو الوسائل التي تنظم الحمل حيث عرفت الفتيات في رفح وجنين هذه الوسائل أكثر من الذكور ولكن انعكست الصورة في نابلس. أما الموافقة على تنظيم النسل فقد أجاب 75% من الإناث في الخليل بالموافقة مقابل 89% للذكور. أما المعرفة عن أماكن تواجد الخدمات فقد كانت معرفة الإناث في جميع المدن أكثر من الذكور فيما عدا مدينة جنين (انظر جدول رقم 4، ملحق 1).

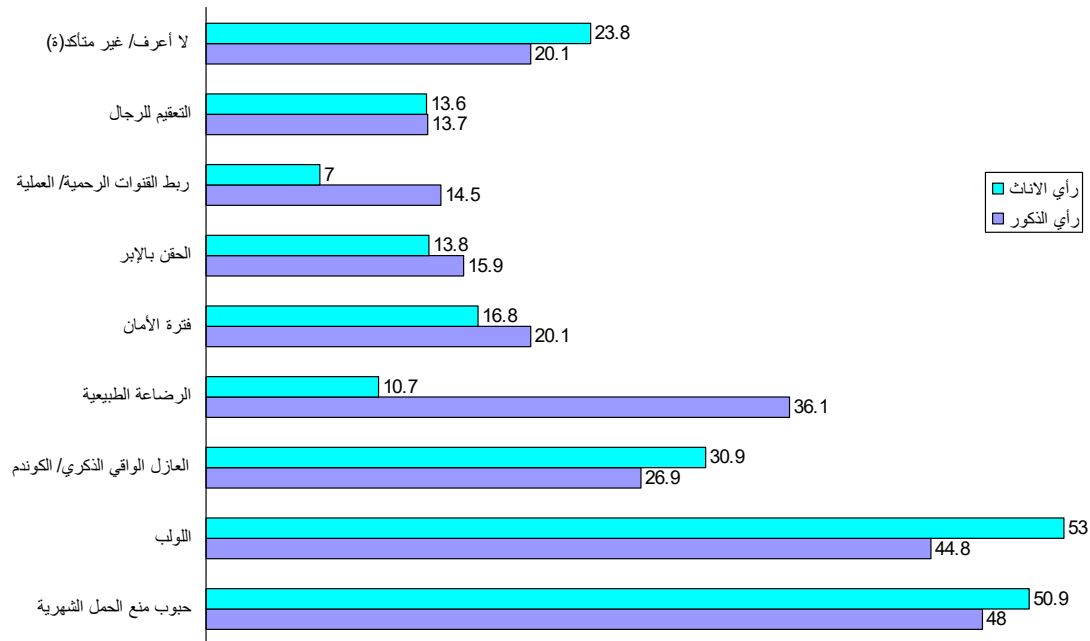
#### هـ - المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة و موانع الحمل

تبين النتائج أن المعرفة بوسائل منع الحمل ليست شاملة لكل الوسائل حيث أجاب فقط 50% معرفتهم بالحبوب واللولب ولم تتعدى نسب المعرفة 20% للوسائل الأخرى وقد تفاوتت بشكل واضح بين الصفوف وكان أقلها للصف التاسع (انظر الجدول 13.7). و نتضح من الشكل البياني 28.7 أن معارف البنات والأولاد بوسائل منع الحمل غير متجانسة وأن البنات أعرِف بالوسائل الأكثر استعمالاً وهي اللولب أما الرضاعة الطبيعية كمانع للحمل معروفة بنسبة 29% وكانت الأعلى بين الذكور (36% مقابل 10% بين الإناث)، والعازل الواقي فهو معروف بنسبة منخفضة (22.7%) والتي كانت الأعلى بين الإناث (30%)، كما أجاب 22% بعدم معرفة أي من الوسائل المدرجة في الجدول 7.13، وقد بينت النتائج أن 10% من الذكور و 12% من الإناث يعرفون 3 وسائل من الموانع المدرجة (انظر الجدول رقم 8، ملحق 2) وعند مقارنة إجابات المراهقين في المرحلة الأولى والثانية تباينت الإجابات حول نسب المعرفة بحبوب الحمل (انظر الشكل البياني 29.7).

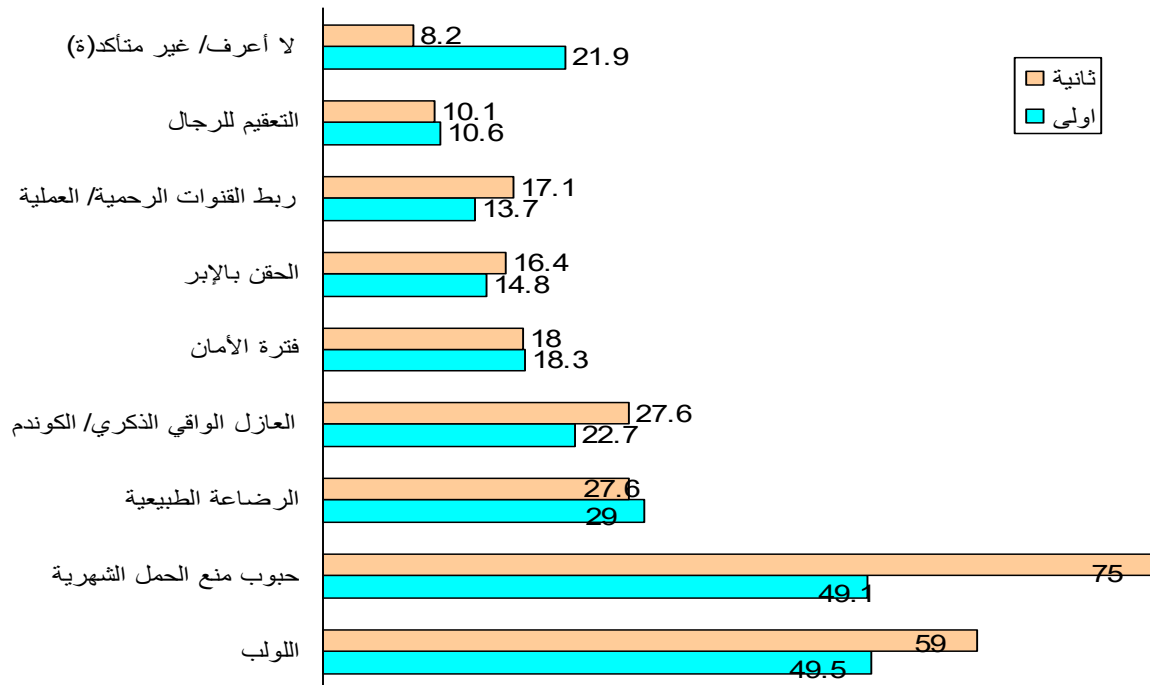
الجدول 13.7: نسب معرفة المراهقون وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل حسب المدينة والصف (متعدد الخيارات)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870
اللولب	47.8	51.7	34.3	58.9	51.9	53.1	57.8	52.4	49.1	35.6
حبوب منع الحمل الشهرية	47.8	47.1	45.5	59.0	49.4	46.8	57.3	54.1	49.6	35.2
الرضاعة الطبيعية	29.0	23.6	35.9	28.6	25.5	31.1	27.9	27.7	22.7	10.6
العازل الواقي الذكري/الواقي الذكري	11.9	14.9	28.7	33.3	22.6	26.7	34.3	35.1	29.5	15.2
فترة الأمان	14.6	14.5	21.7	25.6	16.9	17.6	21.1	22.7	18.1	10.3
الحقن بالإبر	14.8	15.3	16.0	15.9	13.0	14.5	16.3	18.5	14.2	9.5
ربط القنوت الرحمية/العملية	13.7	8.1	22.6	19.0	10.5	11.7	11.2	14.7	9.6	5.9
التعقيم للرجال	10.6	8.3	8.8	12.1	10.1	11.4	16.9	17.0	12.0	8.2
أخرى	0.6	0.9	0.3	1.4	0.2	0.1	0.6	0.6	1.0	0.3
لا أعرف/ غير متأكد(ة)	21.9	19.8	27.2	15.5	24.8	22.3	17.4	20.2	19.7	32.3

الشكل البياني 28.7: نسب توزيع معرفة وسائل تنظيم الاسرة أو موانع الحمل حسب الجنس ( متعدد الخيارات)



الشكل البياني 29.7 مقارنة بين معرفة إي من وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل حسب جنس المشارك من المرحلة الأولى والثانية (بسموح بتعدد الإجابات)



المحور الثالث: الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها

3.2.1.7

لقد طرحت العبارات 29-36 في الاستبيان الأولى و 24-38 في الاستبيان الثاني حول الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها وكانت النتائج كالاتي:

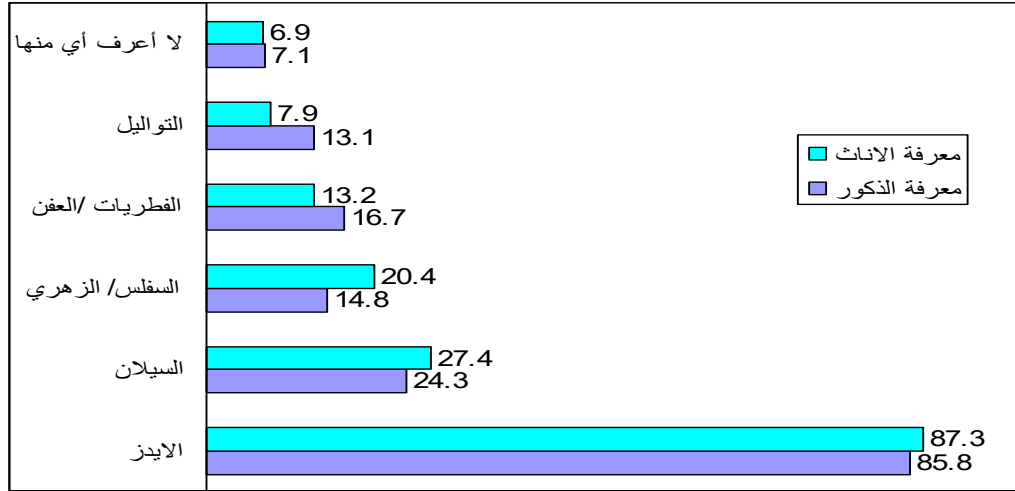
(أ) الأمراض المنقولة جنسيا

تبين النتائج (انظر الجدول 14.7) بأن مرض نقص المناعة المكتسبة الإيدز هو من أكثر الأمراض الجنسية المعدية شهرة بين المراهقين يليه السيلان ثم الزهري وكانت أقل النسب في المعرفة بين طلبة الصف التاسع والتي أظهر 15.5% منهم عدم المعرفة المطلقة لها، وكانت معرفة الإناث أعلى من الذكور لمعظمها (انظر الشكل البياني 30.7). وقد أظهرت الإناث نسبة أعلى بمعرفة 3 على الأقل من الأمراض الجنسية المعدية (انظر الجدول رقم 1، ملحق 1).

الجدول 14.7: نسب المعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها والأمراض الناتجة عنها حسب المدينة والصف

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870
الأمراض الجنسية التي تعرفها (متعدد الخيارات)										
86.6	78.1	82.9	88.1	92.5	88.8	90.9	90.8	92.3	87.2	74.2
25.9	35.6	24.7	25.4	27.0	18.3	22.3	37.8	27.8	29.7	6.2
17.7	23.5	12.4	20.6	23.1	9.6	15.9	33.2	19.9	13.7	3.0
14.9	15.0	12.1	17.0	16.6	12.1	16.1	17.5	17.7	12.9	10.9
10.3	12.6	9.1	13.1	8.5	7.7	10.3	10.9	12.5	9.1	8.5
1.1	0.9	1.3	0.8	2.2	0.6	0.6	0.7	0.7	1.4	1.5
7.0	12.2	10.5	5.3	2.4	6.8	3.8	4.4	3.7	5.6	15.5
طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا (متعدد الخيارات)										
66.4	61.3	61.9	65.3	77.7	69.0	65.2	73.6	72.5	66.6	51.1
47.6	46.3	45.7	42.4	52.6	45.7	53.2	59.4	54.6	42.0	32.8
34.4	37.8	36.9	30.6	41.1	30.3	28.6	37.1	34.3	36.5	28.9
14.1	8.3	11.1	17.6	21.2	13.6	14.0	15.8	15.3	15.3	9.4
9.7	12.6	11.1	9.6	4.4	11.2	8.8	7.3	6.6	9.9	15.7
الأضرار الجسمية التي قد تنجم عن الإصابة بالأمراض المنقولة الجنسية (متعدد الخيارات)										
45.9	39.2	36.5	44.7	57.9	48.4	50.9	52.9	48.5	46.9	33.9
41.9	46.3	38.1	35.2	46.5	41.7	43.2	49.5	49.7	45.9	19.2
29.7	32.3	36.5	27.8	29.5	29.4	21.7	33.7	32.8	29.6	21.4
26.5	27.9	25.3	26.0	30.6	27.3	22.4	22.6	22.7	20.1	16.2
23.4	24.0	24.2	20.8	25.1	23.3	22.7	29.6	30.3	26.6	18.5
20.5	17.5	24.3	18.1	24.8	19.8	18.9	28.9	27.2	24.3	11.4
18.1	16.5	20.8	20.9	12.0	21.4	17.2	15.9	14.8	14.8	28.3

الشكل البياني 30.7 : نسب توزيع معرفّة الأمراض الجنسية التي تعرفها حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)

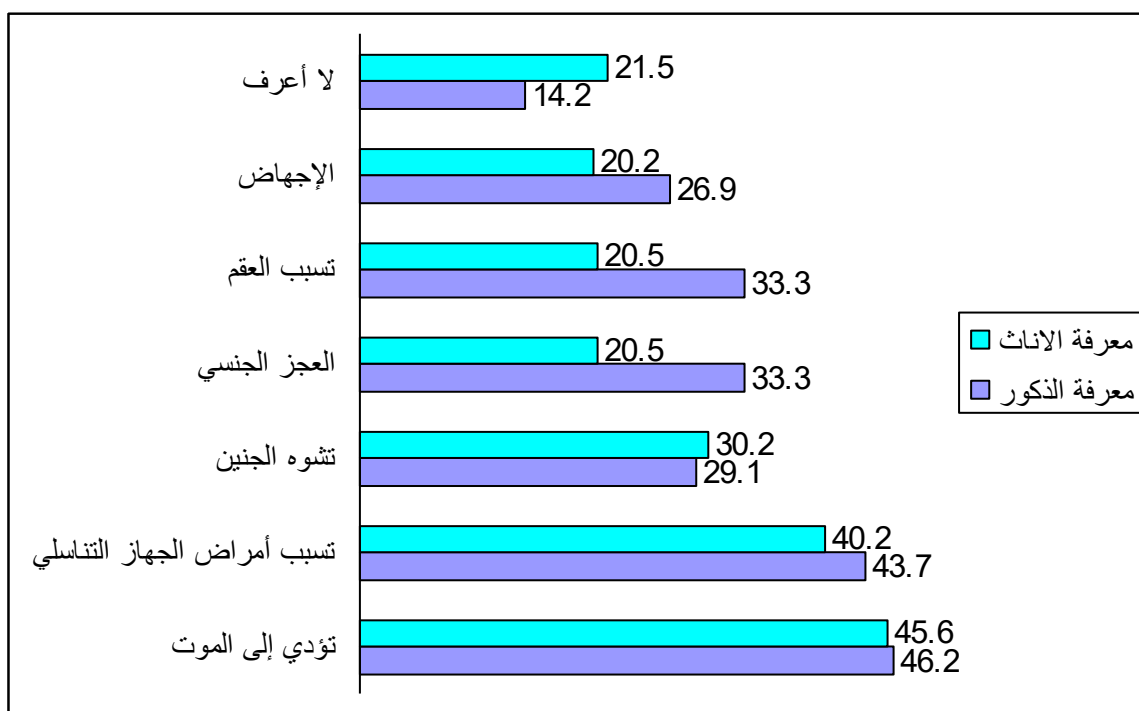


أما طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا فتبيّن النتائج أنّ الامتناع عن الممارسات الجنسية المحرمة والممنوعة تشكل أهم طرق الوقاية يليها العفة، ولم يشير سوى 14.1% إلى استعمال الواقي الذكري/الكندوم كأحد طرق الوقاية وكانت أقل النسب في المعرفة بين طلبة الصف التاسع (انظر الجدول 14.7). وكما نرى في الشكل البياني 31.7، فإن الذكور اعتبروا العفة أقل أهمية للوقاية من الإناث ولكن أعطوا الكندوم دور في الوقاية أكثر من الإناث، ولكن تقاربت نسب المعرفة بثلاث طرق للوقاية على الأقل (انظر الجدول رقم م2، ملحق 1).

الشكل البياني 31.7: نسب توزيع معرفّة طرق الوقاية من الأمراض المنقولة حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)

أما نتائج الإصابة بالأمراض الجنسية المعدية فقد أجاب المراهقون بإمكانية الوفاة بنسبة 46% يليها الإصابة بأمراض الجهاز التناسلي (42%) وقد تدنت هذه النسب لدى طلبة الصف التاسع (انظر الجدول 14.7)، ولم تختلف هذه النسب كثيرا بين الإناث والذكور ولكن كانت أعلى في معرفة أنها تسبب العقم والإجهاض (انظر الشكل البياني 32.7). وقد تشابهت الإناث والذكور بنسب معرفة 3 من نتائج الإصابة بها (انظر الجدول رقم م3، ملحق 2).

الشكل البياني 32.7: نسب توزيع معرفة الأمراض المنقولة الأضرار الجسمية التي قد تنجم عن الإصابة به حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)



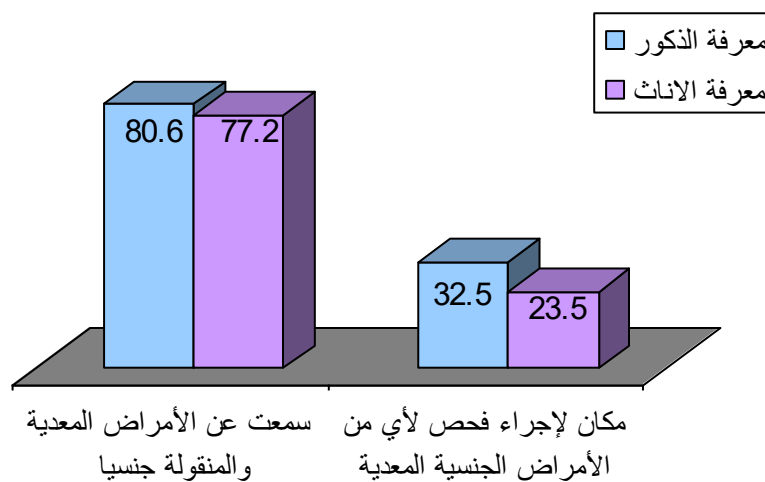
وفي المرحلة الثانية من الدراسة تم السؤال مرة أخرى عما إذا سمع المراهق عن الأمراض المعدية والمنقولة جنسيا وقد أجاب 78% فقط عن معرفتهم بها، وكانت اقل هذه النسب في مدينة رام الله (56%) (أنظر الجدول 15.7)، ولم تتباين النتائج بين الإناث والذكور، وأيضاً، كانت نسب معرفة أماكن لإجراء فحص لأي من الأمراض الجنسية المعدية منخفضة جداً (27.9%)، وكانت الأقل بين الإناث (أنظر الشكل البياني 33.7). وعند إعادة سؤال المراهقون عن طرق الإصابة بالأمراض الجنسية المعدية، لم تختلف إجاباتهم عن المرحلة الأولى (أنظر الشكل البياني 34.7 والجدول رقم م1، ملحق 2).

الجدول 15.7: نسب توزيع معرفة الأمراض الجنسية المعدية وأماكن إجراء فحص لأي منها حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

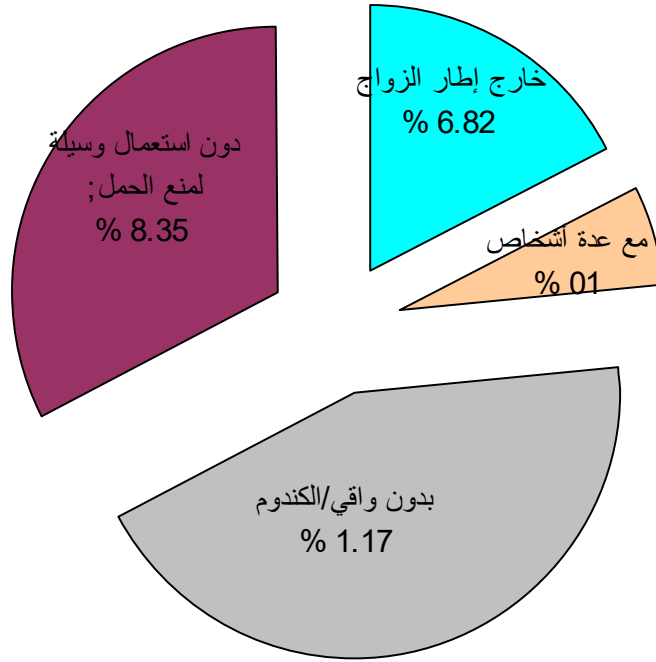
المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
1245	234	230	193	194	202	192	252	262	308	193
33 سمعت عن الأمراض المعدية والمنقولة جنسيا	73.1	78.9	73.1	78.9	73.1	78.9	73.1	78.9	73.1	78.9
نعم	73.1	78.9	73.1	78.9	73.1	78.9	73.1	78.9	73.1	78.9
لا	14.5	15.0	14.5	15.0	14.5	15.0	14.5	15.0	14.5	15.0

11.4	5.5	5.7	4.8	1.0	4.5	6.7	6.8	4.4	12.4	6.1	لا أعرف
35 معرفة مكان إجراء فحص لأي من الأمراض الجنسية المعدية											
28.3	20.5	33.2	33.5	49.0	27.2	23.2	22.3	23.9	23.6	27.9	نعم
43.5	61.7	50.4	49.4	34.9	41.5	66.3	66.5	59.1	55.8	54.2	لا
25.7	15.9	16.0	16.3	16.1	31.3	10.5	11.2	17.0	20.6	17.9	لا أعرف

الشكل البياني 33.7: نسب توزيع معرفة الأمراض الجنسية المعدية وأماكن إجراء فحص لأي منها حسب الجنس (من نتائج المرحلة الثانية)



الشكل البياني 34.7: نسب توزيع طرق الإصابة بالأمراض الجنسية المعدية بواسطة ممارسة الجنس (يسمح بتعدد الإجابات) (من نتائج المرحلة الثانية)



#### ت) مرض فقد المناعة المكتسبة الإيدز

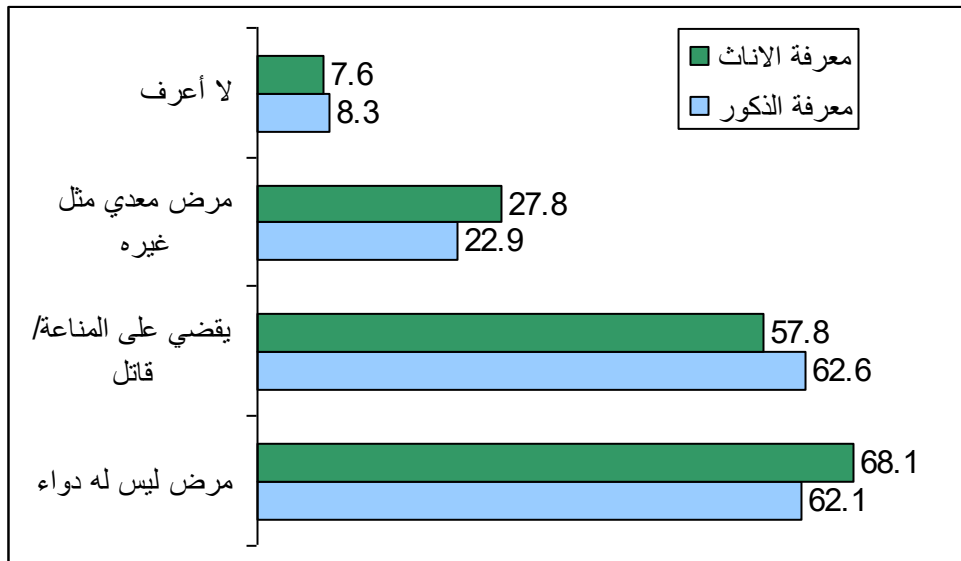
عند سؤال المراهقون عن تعريف مرض فقد المناعة المكتسبة الإيدز أجاب فقط 60% بأنه مرض ليس له دواء أو مرض يقضي على المناعة/ قاتل، وقد تدنت هذه النسب لدى طلبة الصف التاسع، وأشار 7.9% بعدم معرفتهم بالتعريف (أنظر الجدول 16.7)، ولم تختلف هذه النسب كثيرا بين الإناث والذكور (انظر الشكل البياني 35.7).

أما عن طرق الإصابة بالإيدز فقد أجاب 75% بأنه ينتقل بالممارسة الجنسية مع غير الزوج أو الزوجة ويليه عن نقل الدم غير المفحوص. وكما رأينا سابقا فإن هذه المعرفة كانت الأقل لدى طلبة الصف التاسع. وقد اعتقدت نسبة 12% الى 16% بأنه قد يصيب عن طريق الأكل مع مريض مصاب بالإيدز أو بالمصافحة وكانت النسب تشكل 25% لدى طلبة الصف الحادي و الثاني عشر (أنظر الجدول 16.7). ولم تختلف هذه النسب كثيرا بين الإناث والذكور (انظر الشكل البياني 36.7)، وتشابهت الإناث والذكور بنسب معرفة 3 من طرق الإصابة بالإيدز (انظر الجدول رقم 4م، ملحق 2). وفي المرحلة الثانية تم طرح السؤال الخاص بطرق الإصابة بالإيدز ولم تختلف النتائج عن المرحلة الأولى (انظر الجدول رقم 6م، ملحق 2 والجدول م1، ملحق 2).

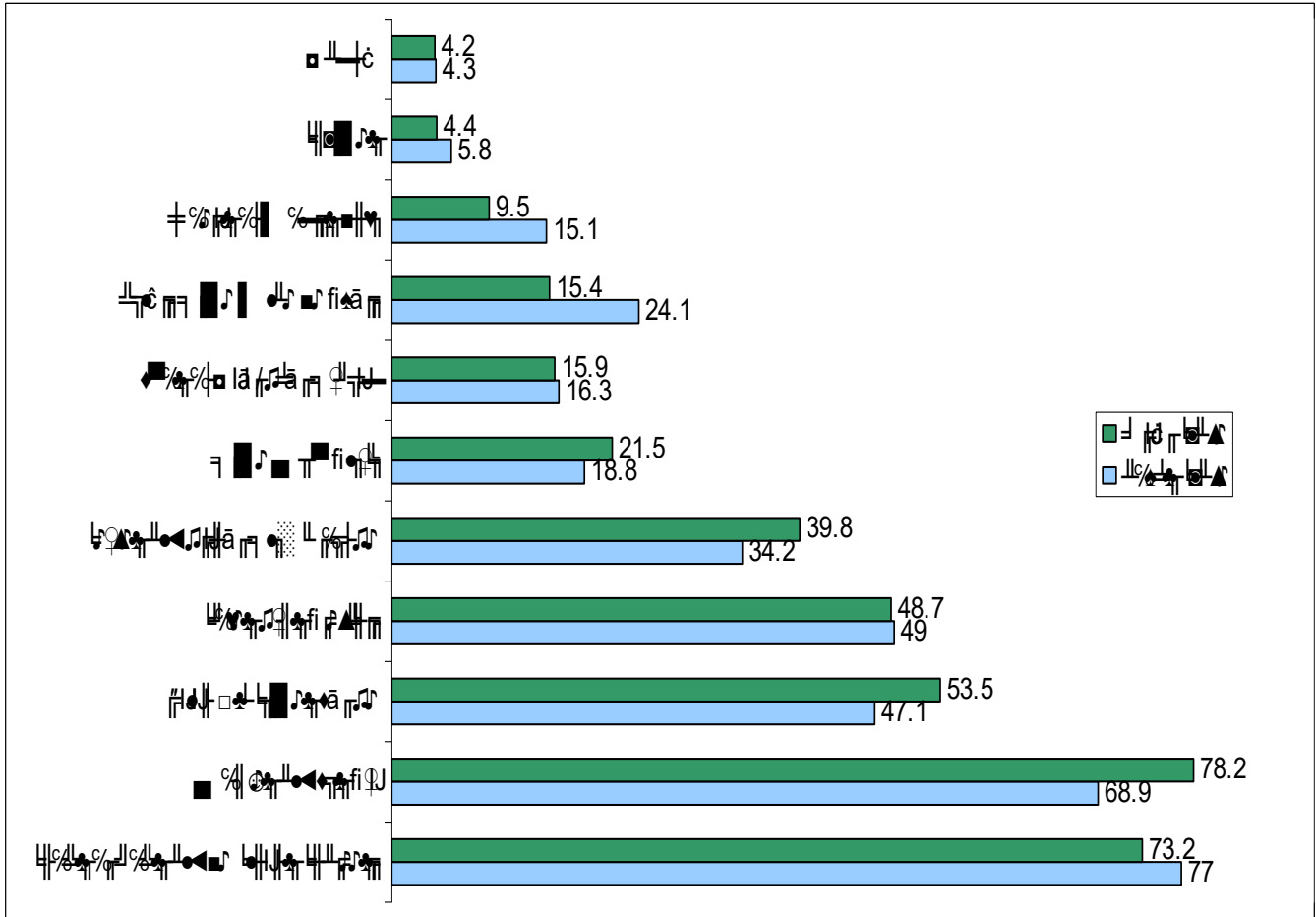
الجدول 16.7: نسب المعرفة من مرض فقد المناعة الإيدز والوقاية منه عنها حسب المدينة والصف

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870
يعرف مرض الإيدز، مرض نقص المناعة المكتسبة بأنه (متعدد الخيارات)										
65.3	56.0	66.7	64.4	72.7	67.5	66.1	65.6	67.6	67.5	59.6
- مرض ليس له دواء										
60.1	55.3	53.7	61.5	72.8	57.8	60.3	70.0	66.1	60.8	40.7
- يقضي على المناعة/ قاتل										
25.5	30.3	29.1	21.0	26.1	23.5	22.0	28.9	25.7	27.4	19.1
- مرض معدي مثل غيره										
7.9	11.5	10.7	5.5	2.4	10.6	6.6	6.4	5.1	6.2	15.1
- لا أعرف										
طرق الإصابة بالإيدز (متعدد الخيارات)										
75.0	65.5	70.5	73.8	85.9	75.9	80.6	79.1	82.6	74.1	62.2
بالممارسة الجنسية مع غير الزوج او الزوجة										
73.8	63.9	67.8	76.0	81.3	78.2	78.3	80.9	78.1	75.3	59.1
نقل الدم غير المفحوص										
50.5	46.0	44.0	50.8	63.4	48.8	51.2	58.1	56.7	52.5	32.2
من الأم المصابة إلى جنينها										
48.9	43.2	45.9	46.8	62.2	49.2	47.5	61.6	57.6	46.5	27.1
باستعمال الحقن الملوثة										
37.2	26.8	26.3	44.5	50.7	40.9	37.2	45.7	41.4	40.4	18.9
من أدوات طبيب الأسنان غير المعقمة بالطريقة الصحيحة										
20.2	18.8	20.9	16.6	28.3	20.2	17.0	18.9	18.5	25.6	17.3
بتقبيل شخص مصاب										
19.5	15.4	9.0	25.8	26.5	19.4	22.4	13.3	14.0	19.7	17.4
عند ثقب الأذن/ الأنف أو الوشم في المكان غير المرخص صحيا										
16.1	16.9	19.1	12.0	19.3	17.4	11.8	25.8	26.0	16.7	8.0
بالأكل مع مريض مصاب بالإيدز										
12.1	10.1	10.3	11.9	17.9	12.7	10.6	15.5	15.2	10.5	6.6
بلسع الباعوض أو الناموس										
5.1	5.4	6.0	4.9	6.1	4.2	3.7	4.5	6.0	4.4	5.4
المصافحة										
4.3	6.4	5.3	3.3	1.3	5.7	3.4	2.9	2.9	4.3	7.4
لا أعرف										

الشكل البياني 35.7: نسب توزيع المعرفة بتعريف مرض الإيدز حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)



الشكل البياني 36.7: نسب توزيع المعرفة بطرق الإصابة بالإيدز حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)

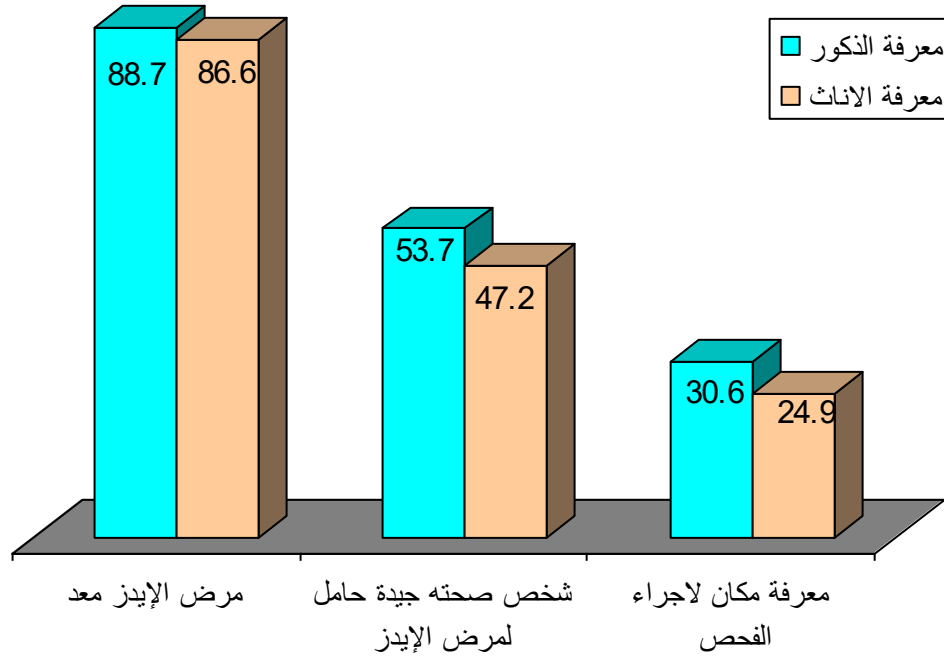


في المرحلة الثانية تم سؤال المراهق عن كون مرض نقص المناعة المكتسبة الإيدز معد أم لا فأجاب 87.6% بنعم، وتباينت النتائج بين المدن (أنظر الجدول 17.7)، وأيضاً أشار 50% من المراهقين بأنه من الممكن أن يكون شخص صحته جيدة حامل لمرض الإيدز وتباينت النتائج بين المدن. كما أجاب 27.7% فقط معرفتهم بإمكان إجراء فحص الإيدز، الإيدز وتباينت النتائج بين المدن (أنظر الجدول 17.7)، ولم تختلف هذه النسب كثيراً بين الإناث والذكور (انظر الشكل البياني 37.7).

الجدول 17.7: نسب معرفة المراهقين بكيفية التعرض والوقاية من مرض الإيدز ومصادرها حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
1245	234	230	193	194	202	192	252	262	308	193
مرض نقص المناعة المكتسبة الإيدز معد	95.7	71.7	85.5	93.7	85.4	95.3	91.2	92.0	89.3	91.1
نعم	1.3	13.5	10.9	5.2	8.0	3.7	5.6	6.5	7.5	1.6
لا	3.0	14.8	3.6	1.0	6.5	1.0	2.4	1.5	2.6	6.8
لا أعرف	5.3									
أن يكون شخص صحته جيدة حامل لمرض الإيدز	26.5	39.1	61.1	68.0	42.5	74.7	55.0	53.6	53.2	42.5
نعم	37.3	65.0	33.7	25.7	37.0	16.8	33.9	35.6	36.7	39.4
لا	12.3	8.5	22.6	5.3	20.5	8.4	7.6	8.4	9.1	15.0
لا أعرف	12.3									
معرفة مكان إجراء فحص الإيدز	32.1	17.8	25.3	22.3	29.4	40.3	32.7	31.3	26.1	29.5
نعم	27.7									
لا	67.9	82.2	74.7	77.7	70.6	59.7	65.3	68.3	73.3	69.9
لا أعرف	72.3									

الشكل البياني 7.37: نسب توزيع المعرفة بأماكن إجراء فحص بالإيدز، صحة المصاب بالإيدز وطبيعة المرض حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات، من نتائج المرحلة الثانية)



(ج) مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية

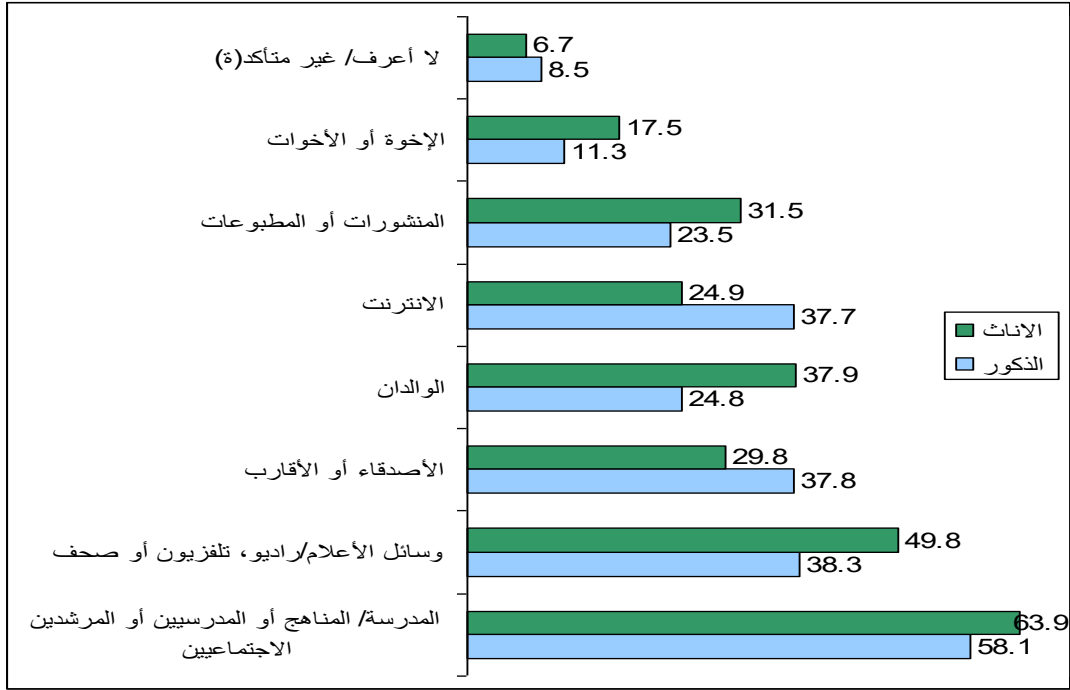
تبين النتائج الجدول 18.7 والشكل البياني 38.7 أن المدرسة هي أول مزود للشباب بالمعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية (61%) وأعلاها في رام الله (74%) وأقلها بين طلبة التاسع (43%)، ثم يليها وسائل الإعلام/راديو (44%)، تلفزيون أو صحف ثم الأتراب من الجنسين حيث أن الأصدقاء والصديقات أو الأقارب ينقلون لبعضهم هذه المعلومات وبشكل كبير. أما الوالدان فتبين النتائج أن دورهم ضئيل في هذا المجال وخصوصا بالنسبة للذكور، وبالنسبة للإناث فإن للقريبات من خارج الأسرة الضيقة دورهن في نقل المعلومة عن الصحة الجنسية لبعضهن، و لا يتكرر ذكر الإخوة أو الأخوات في تزويد المعلومات إلا بنسبة 14% والتي كانت أعلاها بين الإناث (17%)، وقد تباينت المصادر بين المراهقين في المدن وبين الطلبة في الصفوف المختلفة. وفي المرحلة الثانية تم إعادة السؤال عن مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية ولم تتباين النتائج كثيرا عن المرحلة الأولى (انظر الجدول رقم م5، ملحق 2 و الجدول م9، ملحق 2).

#### الجدول 18.7: نسب مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية حسب المدينة والصف (متعدد الخيارات)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
3926	739	712	637	629	537	672	969	1059	1028	870
61.1	59.1	57.3	62.3	74.1	56.7	57.5	66.8	64.4	67.3	43.7
44.4	42.8	43.3	34.5	52.9	42.9	50.0	54.4	47.9	39.1	35.2
33.5	29.2	29.9	31.6	41.8	38.0	32.6	40.9	36.6	31.1	24.6
31.8	33.8	35.3	22.1	38.0	29.2	31.1	34.3	32.1	30.8	29.6
30.9	24.1	23.0	29.6	44.0	29.5	36.7	39.2	33.5	27.0	23.3
27.7	27.3	25.0	22.6	37.0	22.8	31.3	36.6	31.5	26.3	15.1
14.5	18.9	16.4	11.6	15.4	10.5	13.1	16.7	14.7	13.5	13.1
7.5	7.3	9.3	8.7	2.5	9.4	8.1	4.6	5.7	7.0	13.6

- المدرسة/ المناهج أو المدرسين أو المرشدين الاجتماعيين
- وسائل الإعلام/راديو، تلفزيون أو صحف
- الأصدقاء أو الأقارب
- الوالدان
- الانترنت
- المنشورات أو المطبوعات
- الإخوة أو الأخوات
- لا أعرف/ غير متأكد(ة)

الشكل البياني 38.7: نسب توزيع تكرار المجيبون حول مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)

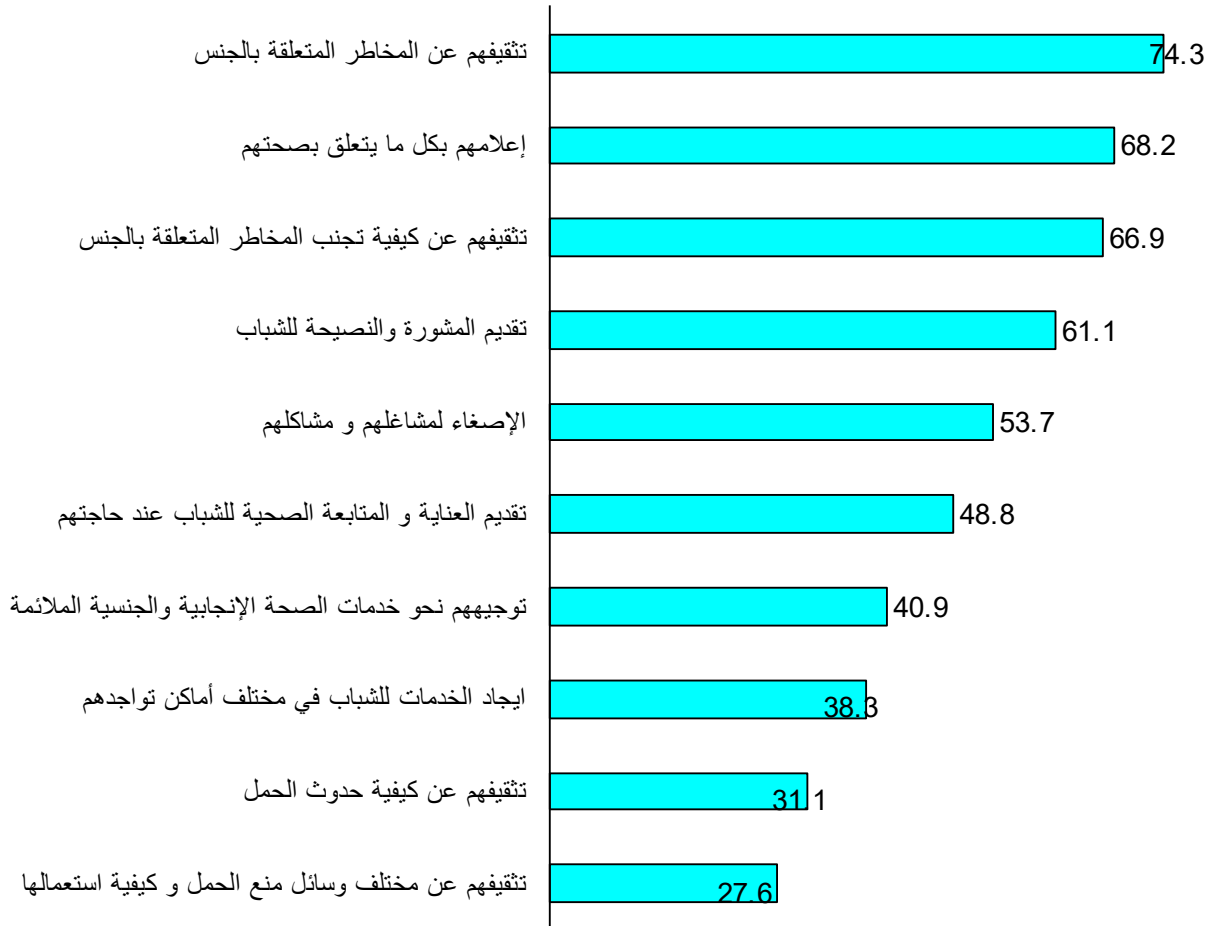


د) متطلبات المراهقين التي يجب توفرها للشباب لتحسين صحتهم الجنسية والإنجابية، حسب رأي المراهقين

من نتائج المرحلة الثانية، يبين الشكل البياني 39.7 بان أولويات المراهقين تتعلق باحتياجهم إلى زيادة في المعلومات حول المخاطر وأسلوب تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس يليها تقديم النصيحة والإرشاد لهم. وحسب الجدول 19.7 تباينت النتائج بين المدن ولم تختلف كثيرا بين طلبة الصفوف المختلفة، وأيضا كانت النسب لكافة المتطلبات اقل انتشارا بين الذكور مقارنة بالإناث (انظر الجدول رقم 7، ملحق 2).

وعند سؤال المراهق عن المواضيع في الصحة الإنجابية والجنسية التي يريد المراهق أن تشرح له في المدرسة من خلال المدرسة، كانت الأولويات لصحة المراهق يليها الأمراض الجنسية المعدية (أنظر الشكل البياني 40.7).

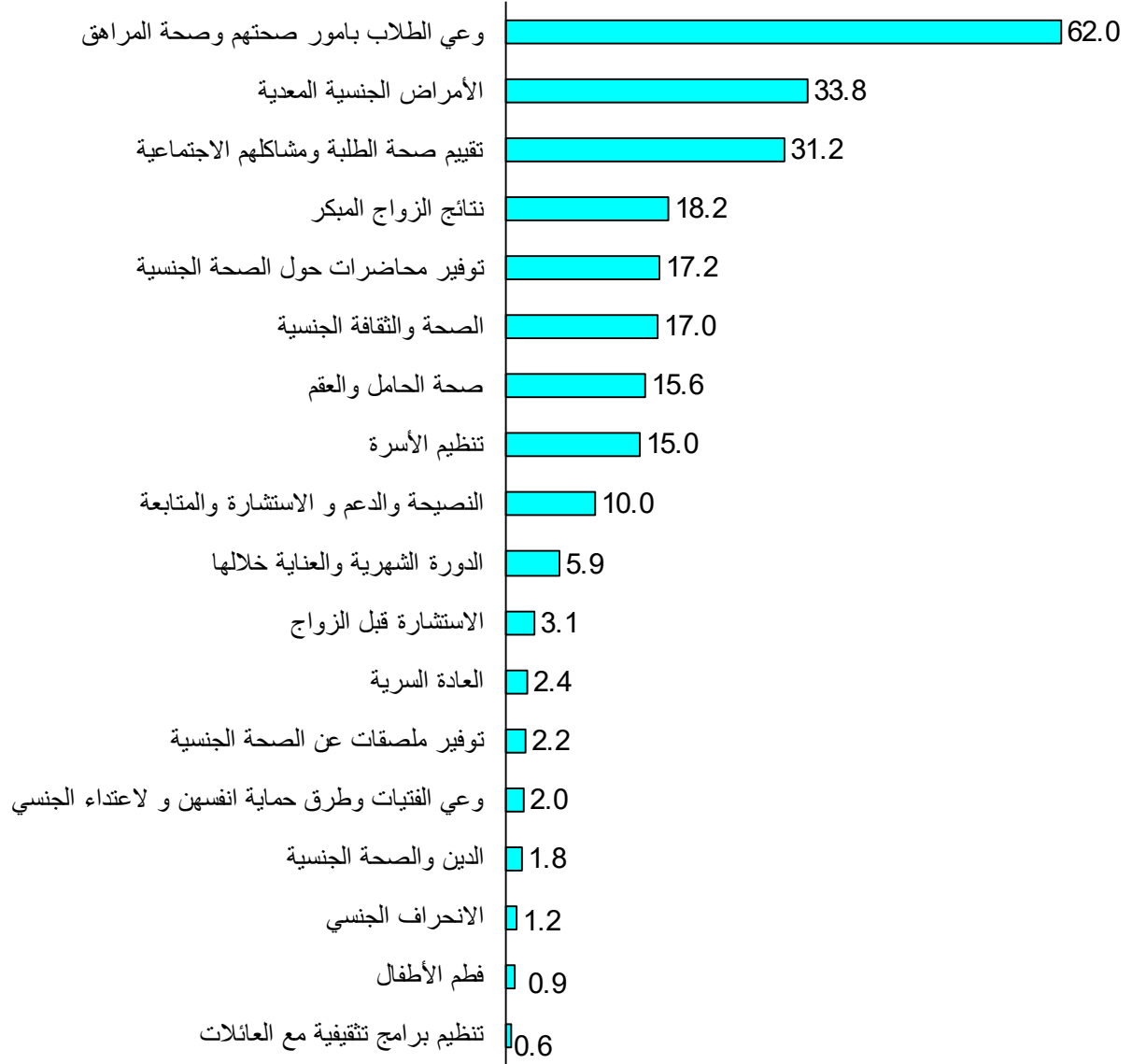
الشكل البياني 39.7: نسب توزيع الأمور التوعوية التي يجب توفرها للمراهقين لتحسين صحتهم الجنسية والإيجابية (يسمح بتعدد الإجابات) (من نتائج المرحلة الثانية)



الجدول 19.7: نسب توزيع الأمور التوعوية التي يجب توفرها للمراهقين لتحسين صحتهم الجنسية والإنجابية حسب المدينة والصف (متعدد الخيارات)

رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع
234	230	193	194	202	192	252	262	308	193
84.6	79.1	56.0	12.4	88.6	82.3	65.9	64.9	63.0	71.0
59.0	67.8	76.2	77.8	83.2	85.9	88.1	73.7	72.7	67.4
52.6	62.6	59.1	65.5	81.2	83.9	79.0	72.1	62.7	56.0
19.7	37.4	30.6	10.3	42.6	46.9	31.7	32.8	24.4	31.1
18.8	29.6	21.8	3.6	44.1	48.4	29.8	30.5	20.5	29.5
50.0	52.2	44.6	5.2	71.8	67.7	56.7	50.8	40.3	45.6
39.3	42.2	37.8	2.1	57.4	66.1	47.2	43.9	33.8	38.3
40.6	32.6	37.3	1.5	58.4	59.4	44.4	38.5	34.4	43.0
71.4	56.5	58.5	18.0	81.7	78.6	64.7	60.3	61.0	63.2
76.9	33.9	43.5	14.9	74.8	76.0	63.5	56.9	54.5	58.5
2.1	0	7.2	11.2	0	0	2.8	7.6	5.6	3.5
1.3	3.5	1.6	6.7	1.5	0	1.2	3.1	1.6	3.1

الشكل البياني 40.7: نسب توزيع المواضيع في الصحة الإنجابية والجنسية التي يريد المراهق أن تشرح له في المدرسة من خلال المدرسة (من نتائج المرحلة الثانية)



## الفصل الثاني: بيانات الشباب

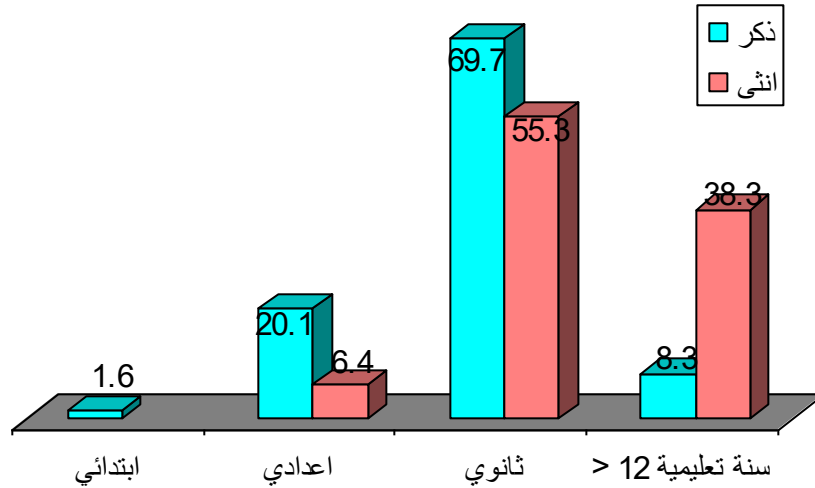
### 1.2.7 الجزء الأول: المجال الوصفي للشباب

#### أ) الخصائص الديموغرافية

شكل الذكور في 67.2% من العينة الإناث 32.8% مقسمين بالنسب التالية بين المدن: نابلس 34.1%، رام الله 15.1%، الخليل 14.2%، غزة 17.7% وجنين 19%. أما متوسط أعمار المشاركين فقد كان 19.9 سنة بانحراف معياري 3.7 سنة (بمدى 14-35 سنة) (المتوسط العمري للذكور 18 سنة وللإناث 22 سنة). كان 11.7% من العينة خاطبون (18.4% بنات و 8.4% شباب).

أما المستوى التعليمي للشباب فقد أنهى إحدى الصفوف في المرحلة الابتدائية (1.2%)، و 18.7% إحدى الصفوف في المرحلة الإعدادية، 65.8% أحد الصفوف في المرحلة الثانوية، بينما أنهى 16.8% أكثر من 12 سنة دراسية و 63.7% ما زالوا على مقاعد الدراسة، وكان المستوى التعليمي أعلى بين الإناث (انظر الشكل البياني 41.7). أما الأسباب التي أدت إلى ترك مقاعد الدراسة فقد أجاب 83.8% ممن تركوا بأنهم تركوا لأسباب عائلية و 73% للحاجة للعمل و 59.5% بسبب وضعهم العلمي و 35% بسبب الحالة المادية و 13.5% لعدم حبهم للدراسة.

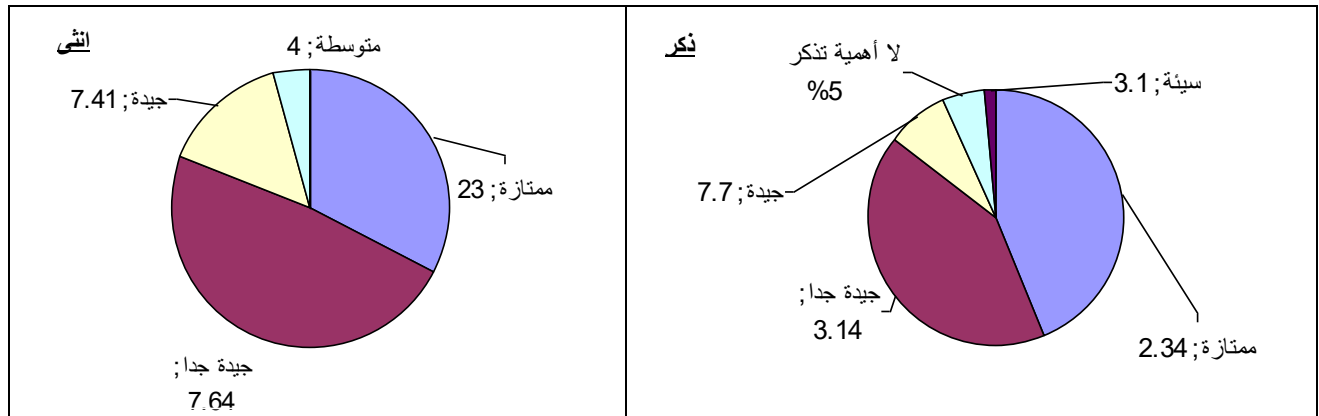
الشكل البياني 41.7 : نسب توزيع المراحل التي أنهى الشباب بها إحدى الصفوف حسب الجنس



#### ب) الشباب وصحتهم

عند سؤال الشباب عن رأيهم بصحتهم كانت نسبة النظرة الإيجابية لدى 80% من الشباب والتي كانت الأوضح بين الذكور (انظر الشكل البياني 42.7).

الشكل البياني 42.7: نسب توزيع رأي الشباب في صحتهم



2.2.7 الجزء الثاني: المجال التحليلي لعينة الدراسة: المعرفة و المعتقدات و المواقف

تم تقسيم العبارات في الاستبيان إلى المحاور التالية:

**المحور الاول (العبارات 10-21 و العبارات 32-38):** آراء الشباب تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة.

**المحور الثاني (العبارات 22-31 و 39-41):** الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية و الجنسية بالأخص المتعلقة بمظاهر البلوغ و الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس و أيضا عموميات تنظيم الأسرة

**المحور الثالث (العبارات 42-53):** : الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا و الوقاية منها و بالأخص مرض الإيدز.

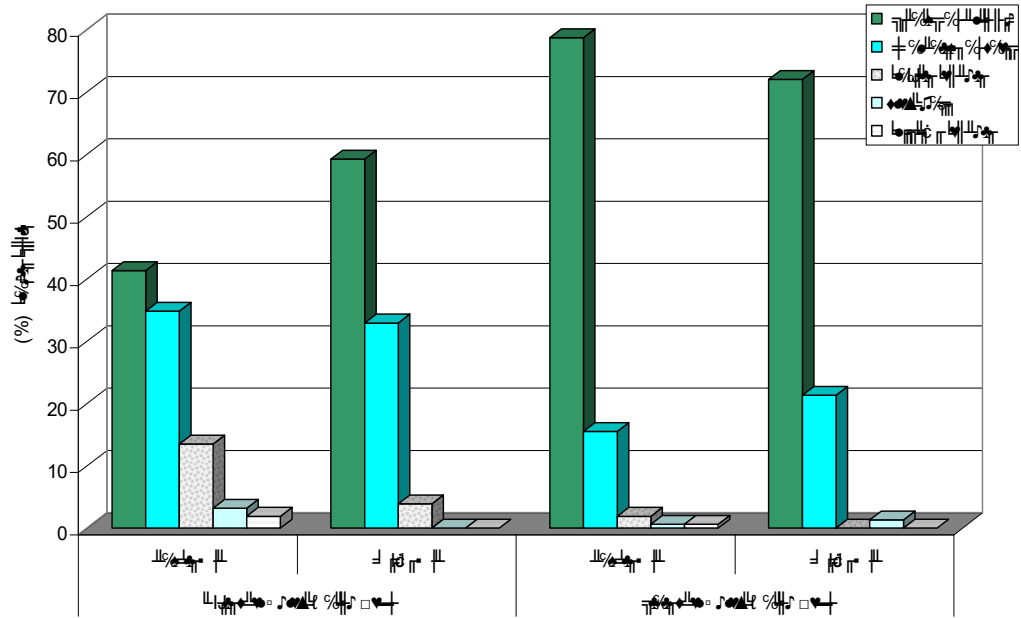
في هذا الجزء من الدراسة تم فقط تحليل النتائج للشباب بصفة عامة و حسب الجنس و ذلك بسبب صغر حجم العينة البالغة 232 شابة و شاب. لذلك لم يتم عرض النتائج حسب المدينة لصغر الإعداد في كل مدينة.

1.2.2.7 المحور الاول: آراء الشباب تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة

بينت نتائج العبارات 10-17 و العبارات 32-38 النتائج التالية بالنسبة لآراء و معرفة الشباب تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة .

أ) **الشباب والتعليم:** أظهرت النتائج أن 47.2 % من الشباب يفضلون أن تحصل الإناث على شهادة الماجستير أو الدكتوراة مقارنة ب 76.5 % للذكور. لكن انعكست النسب عند السؤال عن درجة الدبلوم أو البكالوريوس (34.2 % للإناث و 17.4 % للذكور) أو درجة الثانوية (10.4% للبنات و 1.3 % للولد). وقد شجع الذكور إنهاء المرحلة الثانوية للإناث بعد الدراسات العليا والبكالوريوس (انظر الشكل البياني 43.7).

الشكل البياني 43.7 : نسب توزيع مقارن للمستوى التعليمي يلزم التعليمي اللازم للبنات والولد حسب جنس المشاركين

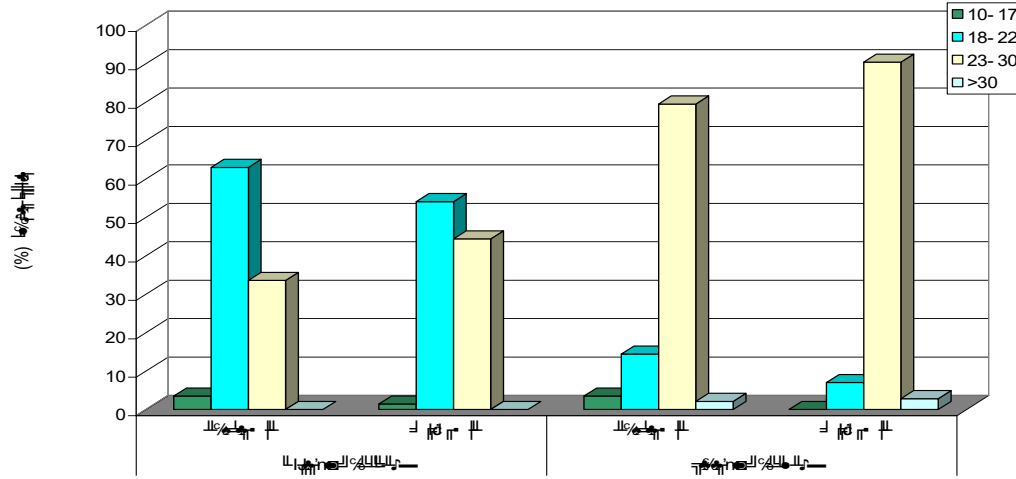


### ج) الشباب والزواج:

#### 1. سن الزواج

كان رأي الشباب في السن المثالي لزواج البنات والولد يختلف كثيرا (متوسط سن زواج البنات 22 بانحراف معياري 2.36 والشباب 25 بانحراف معياري 3.0 عاما) حيث شجع الشباب زواج البنات ما بين 18-22 سنة (60.1%) و ما بين 23-30 سنة (37.2) مع أن 2.9 % رجح ضرورة زواج البنات دون 17 سنة. أما الذكور فقد شجع 83.4 % زواج الشباب ما بين 23-30 سنة و 2.5 % أكثر من 30 عاما. ويبين الشكل البياني 44.7 الفوارق بالأراء بين الذكور والإناث.

## الشكل البياني 44.7 : نسب توزيع مقارن للعمر المناسب لزواج البنت والولد حسب رأي المشاركين



### 2. الوقت المناسب للزواج

أعتقد الشباب أن الزواج للبنت يجب أن يحدث حال تنهى البنت تعليمها (40.5% للبنت مقابل 33.6% للذكر) وعلل 33.5% زواج البنت 35.8% زواج الشاب بأنه فقط حين يريد الله، بينما أجاب 20% بأنه يجب أن يحدث عند الفرصة المناسبة، ولم تكن الفوارق في الآراء واضحة بين الشباب والشابات .

### 3- الفارق العمري والعلمي بين الأزواج

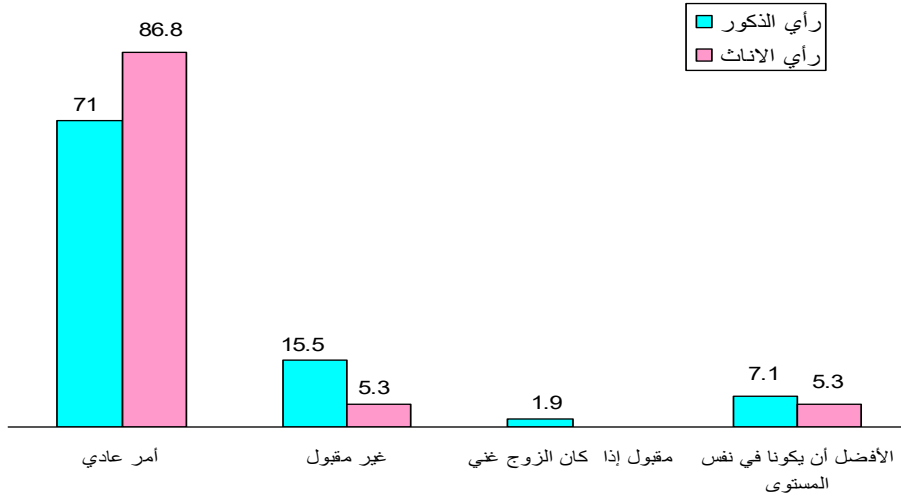
عند السؤال عن رأي الشباب باختيار زوجة/زوج المستقبل أجاب 88.8% بأنهم هم اللذين سيقومون بالاختيار. أما الفارق العمري فقد ارتثنا 75% ان لا يتجاوز الفارق 5 سنوات بينما ارتثنا 15.6% بان يكون ما بين 6-10 سنوات (متوسط 3.87 سنوات بانحراف معياري 2.27)، على أن يكون الزوج هو الأكبر سنا (75.8%) ولم يكن هنالك فارق ملحوظ في الآراء بين الإناث والذكور،

أما الفرق في المستوى التعليمي بين الزوج والزوجة فقد أجاب 10% بان المرأة يجب أن تكون اقل تعليماً وفضل 31 أن يكونا من نفس المستوى و 55% وجدوا أن تكون المرأة أكثر من الرجل هو أمر عادي، ولم تكن الفوارق في الآراء واضحة بين الشباب والشابات.

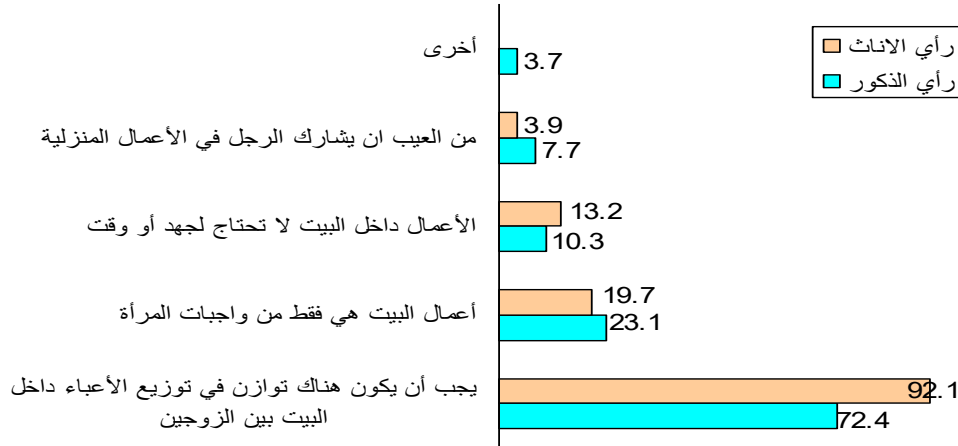
### 4- آراء الشباب حول عمل المرأة

شجعت 76% من العينة عمل المرأة والتي كانت الأعلى بين الإناث، بينما لم يتقبل 12.1% ذلك والتي كانت الأعلى بين الذكور. (انظر الشكل البياني 45.7). وقد أكد 78.9% بأنه يجب أن يكون هناك توازن في توزيع الأعباء داخل البيت بين الزوجين في حالة عمل المرأة مع أن 22% أجابوا بان الأعمال المنزلية هي للنساء فقط، وتباينت النتائج بين الشباب والشابات (انظر الشكل البياني 46.7).

الشكل البياني 45.7: نسب آراء الشباب لعمل المرأة للحصول على المال حسب جنس المشاركين



الشكل البياني 46.7: نسب آراء الشباب حول القيام بالإعمال المنزلية في حالة عمل المرأة حسب جنس المشارك (يسمح بتعدد الإجابات)



#### د) المرأة والإنجاب من وجهة نظر الشباب

عند سؤال الشباب حول عدم إنجاب المرأة للأطفال ، حيث أجاب فقط 38 % بان ذلك لا يشعرها بانها اقل من المنجبة ولكن المجتمع ينظر غير ذلك وأجاب 21 % بان ذلك لا يقلل من قيمتها اجتماعيا، و 15 % بان منزلة المنجبة وغير المنجبة متساوي فقط 17 % بان هذا أمر الله. ولم تكن الفوارق واضحة بين آراء الشباب والشابات. ويبين الجدول 20.7 الفروق في الآراء حول الإنجاب وإنجاب البنات والأولاد.

الجدول 20.7: نسب آراء الشباب لمنزلة المرأة المنجبة وغير المنجبة حسب جنس المشارك

المجموع 232	آراء الشابات ن=76	آراء الشباب ن=156	
			منزلة المرأة التي لا تنجب الأطفال
38.0	39.5	37.3	- هذا أمر الله
21.4	22.4	20.9	- سواسية بالنسبة لغير المنجبة ولكن غير ذلك في المجتمع
17.0	11.8	19.6	- غير المنجبة الأطفال أقل قيمة اجتماعية من المنجبة
15.7	18.4	14.4	- منزلتهم متساوية
0.9	1.3	0.7	- أخرى
7.0	6.6	7.2	- لا أعرف
			منزلة المرأة التي تنجب البنات
33.5	38.2	31.2	○ هذا أمر الله
31.7	28.9	33.1	○ منزلتهم متساوية
17.0	18.4	16.2	○ سواسية بالنسبة لغير المنجبة ولكن غير ذلك في المجتمع
13.5	9.2	15.6	○ غير المنجبة الأطفال أقل قيمة اجتماعية من المنجبة
0.9	1.3	0.6	○ أخرى
3.5	3.9	3.2	○ لا أعرف

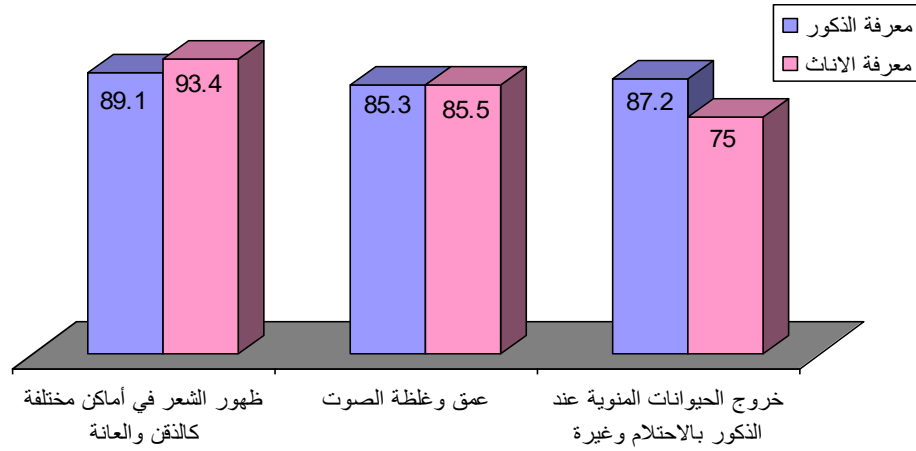
2.2.2.7 المحور الثاني: الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية

لقد طرحت العبارات 18-31 الأسئلة الخاصة بالناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية وكانت النتائج كالآتي:

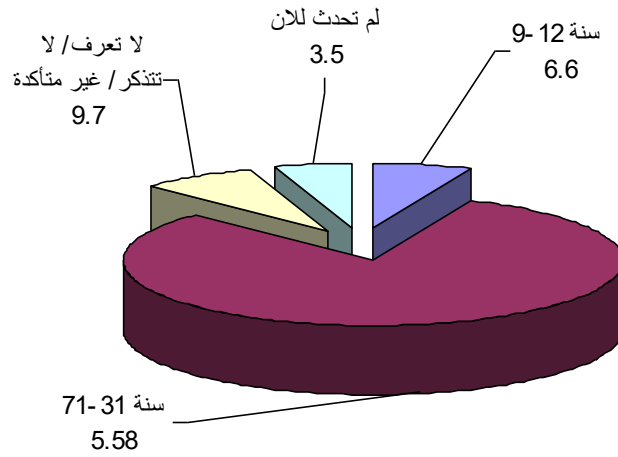
(أ) مظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس

من أهم النواحي المعرفية بالصحة الإنجابية والجنسية لدى الشباب هو معرفة الأساسيات، كمظاهر البلوغ، التي تبنى عليها قواعد هامة كتنظيم الأسرة. فعندما تم سؤال الشباب عن بعض مظاهر البلوغ عند البنت والولد كانت جميع المظاهر معروفة بنسب عالية أكثر من 80% وكانت الأقل معرفة بين الشابات مع أن 5% من الشباب لم يعرفوا الإجابة. وقد أجاب آخرون بوجود مظاهر أخرى كنمو الجسم، ظهور حبوب الشباب، النضوج، التقلبات المزاجية، تغير الصوت، دون وجود فروق واضحة في المعرفة بين الذكور والإناث لمظاهر البلوغ عند الشاب (أنظر الشكل البياني 47.7) كانت معرفة الشابات لمظاهر البلوغ عند البنات أكثر بكثير من الشباب (أنظر الشكل البياني 48.7). و يبين الشكل البياني 49.7 نسب توزيع العمر عند أول حيض للفتيات والذي كان 13-17 سنة ل 85% منهن.

الشكل البياني 47.7: نسب معرفة الشباب لمظاهر البلوغ عند الولد حسب جنس المشارك



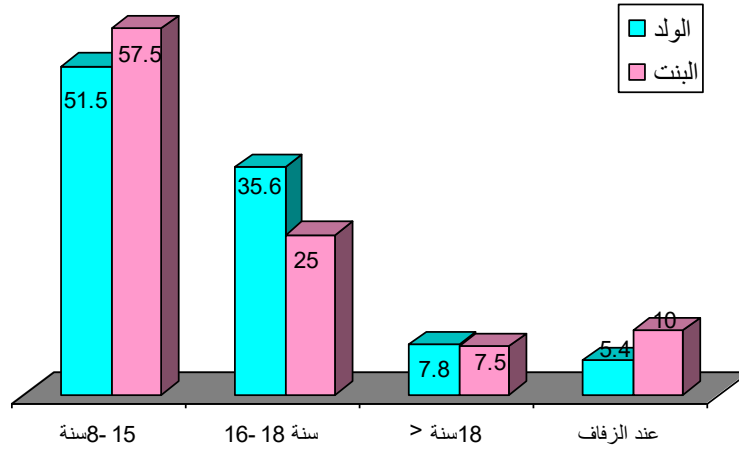
الشكل البياني 49.7: نسب توزيع العمر عند أول حيض للفتيات



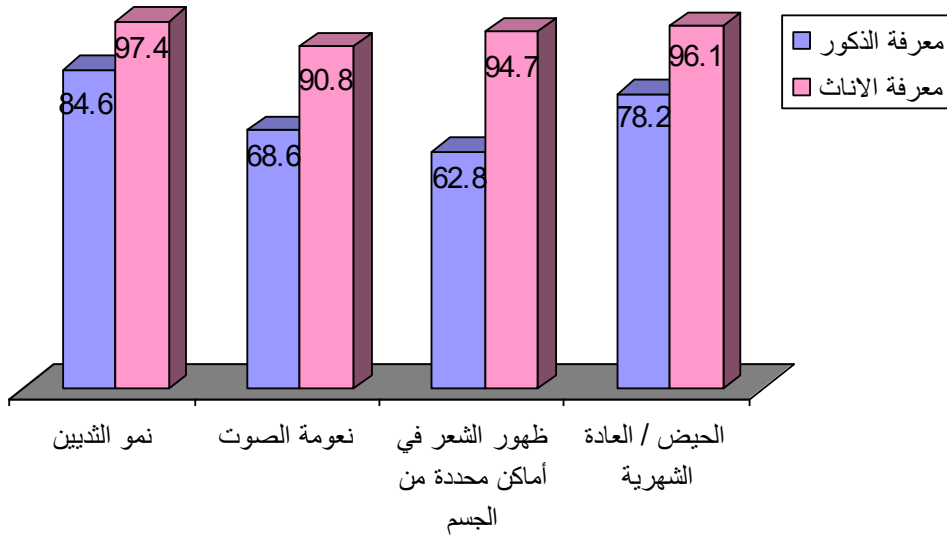
#### (ب) الإجابات والجنس من وجهة نظر الشباب

يبدأ الولد والبنت بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس بال15 عاما (انحراف معياري 2.5 عاما). وقد أظهرت النتائج أن 50% من الشباب أكدوا أن الولد والبنت يجب أن يبدوا بالاهتمام بهذه الأمور قبل سن 18 سنة وتفاوتت الآراء بالنسبة للمعرفة للبنت والولد شجع 35% (أنظر الشكل البياني 50.7). إما مصادر هذه المعلومات فقد كان أهمها المدرسة يليها وسائل الإعلام والأقارب أو الأصدقاء ثم الوالدان وتباينت هذه النتائج بين الإناث والذكور (انظر الجدول 21.7).

الشكل البياني 50.7: نسب آراء الشباب حول العمر الذي يجب أن يبدأ التعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس



الشكل البياني 48.7: نسب معرفة الشباب لمظاهر البلوغ عند البنات حسب جنس المشارك



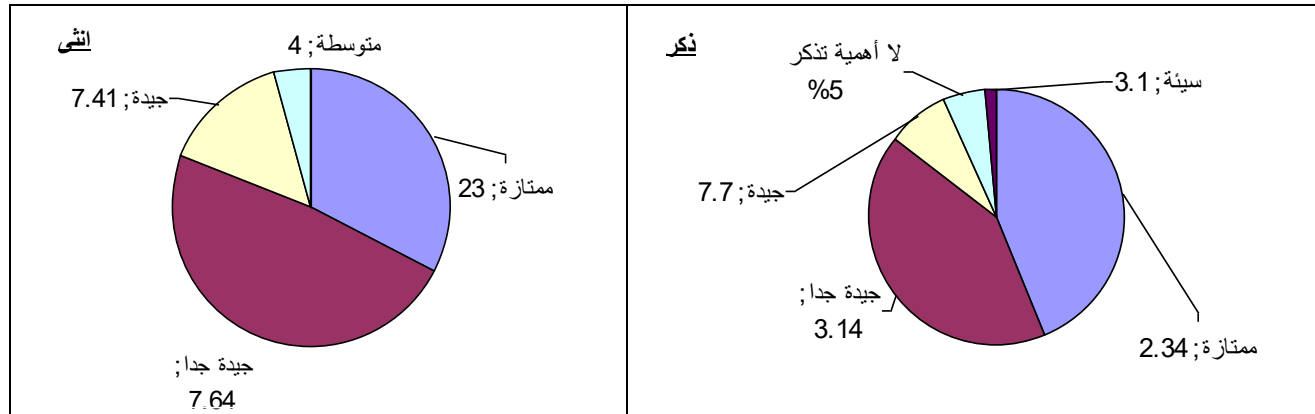
الجدول 21.7: نسب توزيع مصادر المعرفة التي يعرف منها الشباب عن حياتهم وصحتهم الجنسية (يسمح بتعدد الإجابات)

الشباب ن=156	الشابات ن=76	المجموع 232	
30.8	55.3	38.8	المدرسة
34.6	31.6	33.6	لا تحتاج لمصدر بل أمور تعرف بطبيعتها
27.6	34.2	29.7	وسائل الإعلام
16.0	55.3	28.9	الأقارب أو الأصدقاء
10.9	61.8	27.6	الوالدان
23.1	19.7	22.0	الانترنت
3.2	28.9	11.6	الإخوة أو الأخوات
6.4	13.2	8.6	المؤسسات الصحية أو الجمعيات
4.3	0	2.9	أخرى
2.5	3.9	3.1	لا أعرف

ج) اهتمام الشباب بالمسألة الجنسية

تبيّن النتائج بأنّ 59% من الشباب يتحدثون بسهولة بمواضيع الصحة الإنجابية والأمور الجنسية الشباب (الإناث 39.5% والذكور 68.8%) وأجاب 14.3% بلا اعرف إن كانوا يتحدثون. أما إذا كان هؤلاء الشباب يولون الجنس أهمية فاجاب النصف بأنهم يولونها أهمية قصوى و30% أهمية متوسطة و 10.6% لم يعرفوا الإجابة. وقد كانت تباينت الإجابات بين الجنسين (انظر الشكل البياني 51.7).

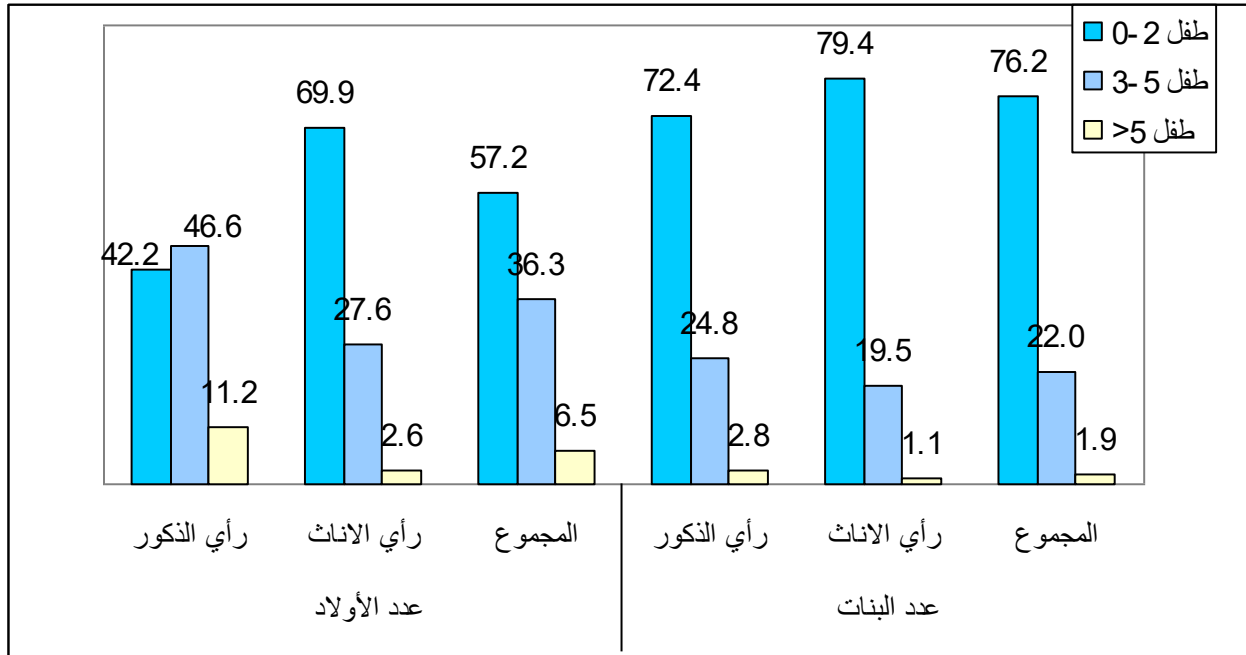
الشكل البياني 51.7: نسب توزيع الأهمية التي يعطيها المراهقون للمسألة الجنسية حسب جنس المشارك



د) تنظيم الأسرة من وجهة نظر الشباب

وافق 85.6 من جمهور الدراسة على ضرورة تنظيم النسل/الاسرة (94.7% من الشابات و 81.2% من الشباب). وعند سؤال الشباب عن تحديد عدد المواليد في الأسرة ، أجاب فقط 50% بالموافقة و12.5% بلا أعرف، ولم تتباين النتائج كثيرا بين الشباب والشابات. أما إجاباتهم عن عدد الأطفال الذين يودون إنجابهم، كان متوسط عدد الأولاد 2.79 (انحراف معياري 2.05) وعدد البنات 2.19 (انحراف معياري 1.73). أما عددهم فقد رغب 37% بإنجاب أكثر من ثلاثة أطفال ذكور و18% بإنجاب أكثر من ثلاث أطفال إناث. ويبين الشكل البياني 52.7 الفروق في العدد حسب جنس المشارك. أما الذي يلعب الدور الأهم في تحديد عدد الأطفال فقد أجاب 82% أن الزوجين معا يجب أن يقوموا بذلك، ولم تكن الفروق في الآراء واضحة بين الشباب والشابات.

الشكل البياني 52.7: نسب آراء الشباب في عدد الأولاد/البنات الذين يرغبوا بإنجابهم حسب جنس المشارك



#### هـ - المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة و موانع الحمل

تبين النتائج أن المعرفة بوسائل منع الحمل لدى الشباب تتمثل بحبوب منع الحمل ثم اللولب ويليهم استعمال الكندوم والرضاعة الطبيعية ، وكان الاختلاف في معرفة بسبب البنات والشباب إلا في استعمال الكندوم والذي كان أعلى كثيرا بين الشباب والعلية الجراحية للقنوت والتي كانت أعلى بين البنات. وكان من الغريب أن 9% لم يعرفوا أي من وسائل منع الحمل (انظر الجدول 24.7)) وأيضاً أن 48.3% لم يسمعوها أو يقرأوا عن وجود أماكن تقدم فيها خدمات لتنظيم الأسرة والتي كانت الأعلى بين الذكور (57.1). وقد بينت النتائج أن 11% 3 وسائل من الموانع المدرجة وان 61% يعرفون 4-8 وسائل.

○

الجدول 22.7: نسب توزيع معرفة وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل حسب الجنس (متعدد الخيارات)

Males opinion 156=N	Females opinion 76=N	Total 232	
76.9	82.9	78.9	contraceptive pills ○
72.4	84.2	76.3	IntraUterine Device ○
70.5	59.2	66.8	condoms ○
48.1	64.5	53.4	Lactational Amenorrhea Method - LAM
32.7	57.9	40.9	Female Tubal Ligation ○
36.5	47.4	40.1	Safe period ○
22.4	34.2	26.3	Contraceptive ○
21.2	22.4	21.6	Vasectomy - Male Sterilization ○
9.6	9.2	9.5	Do not know ○

3.2.2.7 المحور الثالث: الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها

لقد طرحت العبارات 42-52 في الاستبيان العبارات والأسئلة حول الناحية المعرفية بكيفية التعرض للأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها وكانت النتائج كالآتي:

(أ) الأمراض المنقولة جنسيا

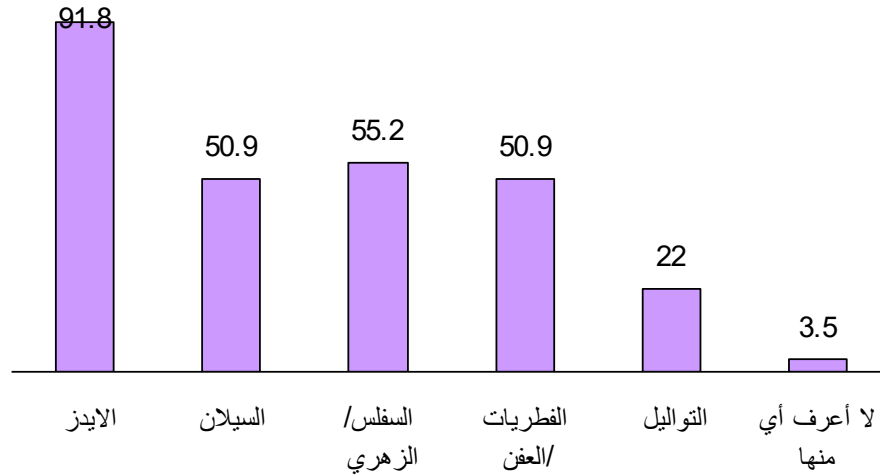
أظهرت النتائج بان 95% من الشباب على دراية بوجود أمراض يمكن أن تنتقل بين شخصين عن طريق الممارسة الجنسية. بيّن النتائج بأن مرض نقص المناعة المكتسبة الإيدز هو من أكثر الأمراض الجنسية المعدية شهرة بين الشباب يليه السيلان ثم الزهري، ولم تكن الفروق في المعرفة واضحة بين الشباب والشابات (انظر الشكل البياني 53.7). وقد أظهرت النتائج أن 18.5% يعرفون ثلاثا من الأمراض المنقولة جنسيا و 31.4% يعرفون 4-5 من هذه الأمراض، ولم تتباين النتائج بين الإناث والذكور.

أما طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا فتبين النتائج أنّ الامتناع عن الممارسات الجنسية المحرمة والممنوعة تشكل أهم طرق الوقاية يليها العفة، وشكل استعمال الواقي الذكري للوقاية 40%، وقد تتباينت المعرفة بين الشباب والشابات كما هو مبين في الشكل البياني 54.7. أيضا أظهرت النتائج أن 29% يعرفون طريقتين للوقاية بينما يعرف 25% ثلاثا و 22% يعرفون أربعا منها.

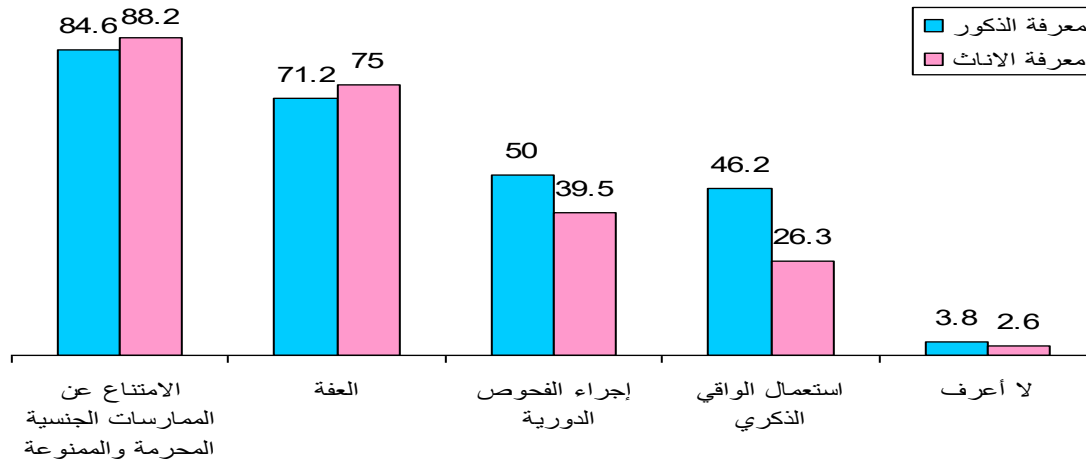
أما النتائج المرضية نتيجة الإصابة بالأمراض الجنسية المعدية فقد أجاب الشباب بان إمكانية حدوث الوفاة هي بنسبة 70% يليها الإصابة بأمراض الجهاز التناسلي (68%) يليها العجز الجنسي (60%)، وتباينت المعرفة قليلا بين الشباب والشابات

(انظر الشكل البياني 55.7). وقد أظهرت النتائج أن 10% يعرفون ثلاثا من الأمراض الناتجة عن الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا و 48% يعرفون 4-6 من هذه الأمراض، ولم تتباين النتائج كثيرا بين الإناث والذكور.

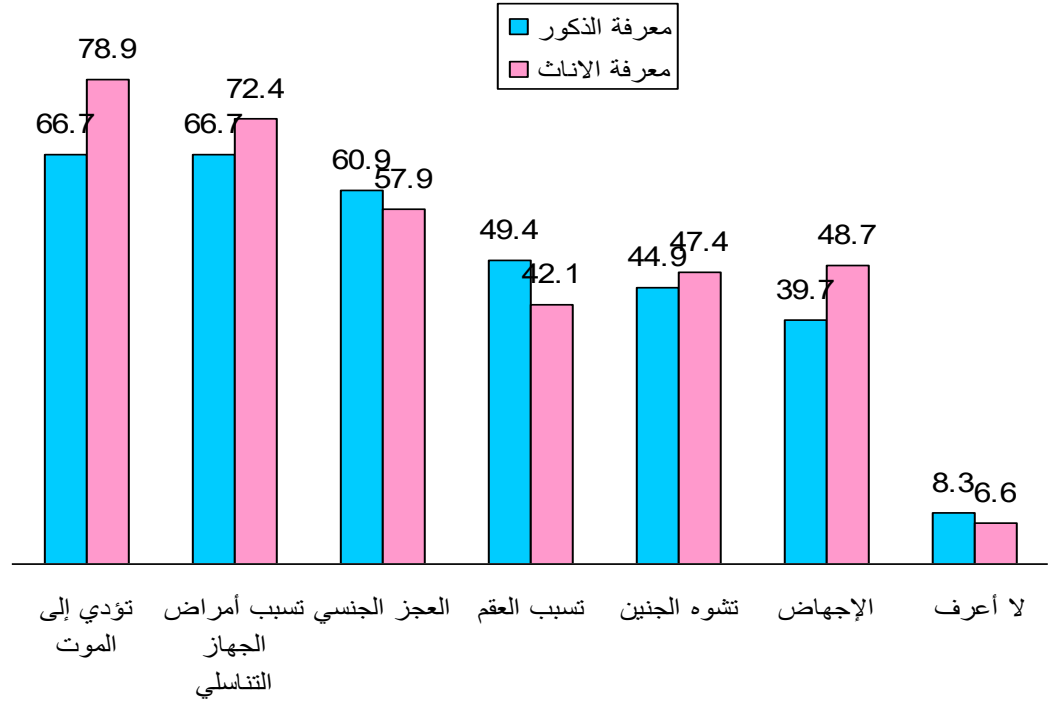
الشكل البياني 53.7: نسب توزيع معرفتة الأمراض الجنسية (متعدد الخيارات)



الشكل البياني 54.7: نسب توزيع معرفتة طرق الوقاية من الأمراض المنقولة حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)



الشكل البياني 55.7 : نسب توزيع معرفة الأمراض المنقولة الأضرار الجسمية التي قد تنجم عن الإصابة به حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)



وعند السؤال مرة أخرى عن طرق نقل الإصابة بالأمراض الجنسية المعدية بواسطة ممارسة الجنس كان ممارسة الجنس خارج إطار الزواج أهم هذه الطرق فقد شكل 83.6% و ممارسة الجنس مع عدة أشخاص 77.6% وممارسة الجنس بدون وافي/الكندوم 51.3% و ممارسة الجنس دون استعمال وسيلة لمنع الحمل 23.7% وأجاب 3 بعدم معرفة أي من هذه الطرق. أما معرفة الأماكن التي يمكن إجراء فحص لأي من الأمراض الجنسية المعدية فقد عرف 48.9% من الشباب هذه الأماكن وكانت النسبة الأعلى بين الشباب الذكور (65%) مقارنة بالإناث (33.8%).

#### ت) مرض فقد المناعة المكتسبة الإيدز

كان تعريف مرض الإيدز بأنه مرض يقضي على المناعة/ قاتل معروف لدى 83.2% من الشباب وبأنه مرض ليس له دواء معروف لدى 72.8% أما بأنه معدي مثل غيره من الأمراض فقد عرفه 34.9% منهم ولم يعرف الإجابة 4، ولم تختلف هذه النسب كثيراً بين الإناث والذكور.

أما عن طرق الإصابة بالإيدز فقد أجاب 89% عن نقل الدم غير المفحوص يليه 85.8% بأنه ينتقل بالممارسة الجنسية مع غير الزوج أو الزوجة وقد كانت بعض الفروق في المعرفة واضحة بين الشباب الذكور والإناث فمثلاً اعتبرت 80% من الإناث أن المرض ينتقل من الأم المصابة إلى جنينها مقارنة ب 58% للذكور (انظر الجدول 23.7). أيضاً أظهرت النتائج أن 8% يعرفون ثلاث طرق للإصابة بالإيدز بينما يعرف 57% (4-6) طرق و 17% (7-10) طرق للإصابة.

أما معرفة الأماكن التي يمكن إجراء فحص الإيدز فقد عرف 41% فقط من الشباب هذه الأماكن وكانت النسبة الأعلى بين الشباب الذكور (45%) مقارنة بالإناث (32%).

الجدول 23.7: نسب توزيع المعرفة بطرق الإصابة بالإيدز حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)

Boys knowledge 156=N	Girls knowledge 76=N	المجموع 232	
88.5	90.8	89.2	Untested blood ○
85.9	85.5	85.8	out of marriage relations ○
70.5	85.5	75.4	intravenous drug use ○
58.3	80.3	65.5	Mother to fetus (during pregnancy ○
51.9	67.1	56.9	or breastfeeding
30.1	34.2	31.5	infected dentist's instruments ○
25	25	25	ears piercing and tattoos ○
17.9	38.2	24.6	Mosquito bites ○
11.5	13.2	12.1	Kissing infected person ○
4.5	7.9	5.6	Eating with infected persons ○
2.6	2.6	2.6	Shaking hands ○
			do not know ○

### ج) مصادر المعلومات عن الصحة الإيجابية والجنسية

تبين النتائج أن المدرسة هي أول مزود للشباب بالمعلومات عن الصحة الإيجابية والجنسية (67%) يليها الأصدقاء (53%) ووسائل الإعلام/راديو، تلفزيون أو صحف (52.6%) ، وقد كانت الفوارق قليلة بين الجنسين (أنظر الجدول 24.7).

الجدول 24.7: نسب مصادر المعلومات عن الصحة الإيجابية والجنسية و حسب الجنس (متعدد الخيارات)

معرفة الذكور 156=N	معرفة الإناث 76=N	المجموع 232	
66.0	68.4	66.8	المدرسة/ المناهج أو المدرسين أو المرشدين الاجتماعيين
53.8	51.3	53.0	الأصدقاء أو الأقارب
50.6	56.6	52.6	وسائل الإعلام/راديو، تلفزيون أو صحف
46.8	51.3	48.3	المنشورات أو المطبوعات
47.4	34.2	43.1	الانترنت
23.7	35.5	27.6	الوالدان
7.7	17.1	10.8	الإخوة أو الأخوات
4.5	2.6	3.9	لا أعرف/ غير متأكد(ة)

د) متطلبات الشباب التي يجب توفرها للشباب لتحسين صحتهم الجنسية والإنجابية، حسب رأي الشباب

أما متطلبات الشباب فيبين الجدول 25.7 بان الشباب يهتمون بالدرجة الأولى بالمخاطر المتعلقة بالجنس وكيفية تجنب المخاطر المتعلقة به ثم بالأمور المتعلقة بصحتهم عامة ، واحتلت الحاجة للمشورة والنصح والإرشاد المرتبة الثانية في الأهمية ، وقد تباينت النتائج بين الشباب الإناث والذكور كم هو مبين في الجدول 25.7.

الجدول 25.7: نسب توزيع الأمور التوعوية التي يجب توفرها للشباب لتحسين صحتهم الجنسية والإنجابية (متعدد الإجابات)

معرفة الذكور ن=156	معرفة الإناث ن=76	المجموع 232	
79.5	90.8	83.2	تثقيفهم بكل ما يخص المخاطر المتعلقة بالجنس
79.5	89.5	82.8	تثقيفهم عن كيفية تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس
77.6	86.8	80.6	إعلامهم بكل ما يتعلق بصحتهم
70.5	81.6	74.1	تقديم المشورة والنصيحة للشباب
70.5	76.3	72.4	الإصغاء لمشاكلهم و مشاكلهم
67.9	78.9	71.6	تقديم العناية و المتابعة الصحية للشباب عند حاجتهم
65.4	77.6	69.4	توجيههم نحو خدمات الصحة الإنجابية والجنسية الملائمة
60.9	71.1	64.2	تثقيفهم عن مختلف وسائل منع الحمل و كيفية استعمالها
58.3	71.1	62.5	تثقيفهم عن كيفية حدوث الحمل
54.5	73.7	60.8	ايجاد الخدمات للشباب في مختلف أماكن تواجدهم

## الفصل الثالث: نتائج المجموعات البؤرية

في المرحلة الثالثة تم إجراء المجموعات البؤرية ضمن المحاور الرئيسية التالية:

- التعرف إلى رؤية أصحاب القرار، الآراء والتوجهات نحو مكان وزمان و طريقة طرح مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية المطروحة للمراقبين والشباب سواء في المناهج المدرسية أو على المستوى الإعلامي أو الاجتماعي.
- التعرف إلى رؤية أصحاب القرار، الآراء والتوجهات نحو مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية التي لا يؤيدون أو التي يرغبون طرحها للمراقبين والشباب.
- التعرف للآليات والطرق المناسبة التي يوصي بها أصحاب القرار لتوعية وتثقيف المراقبين والشباب حسب المراحل بمواضيع الصحة الإنجابية والجنسية.
- النظرة المستقبلية والتوصيات لتوعية وتثقيف المراقبين والشباب بمواضيع الصحة الإنجابية والجنسية.

### 3.7 المجموعات البؤرية في النوادي الشبابية

تم عقد مجموعتان بؤريتان في كل من غزة والضفة الغربية والتي تكونت من ذوي التأثير على فئة الشباب في المراكز الشبابية اي مدراء والمجالس الإدارية للنوادي الشبابية التي سيتم تدريب المعلمين والمرشدين فيها مستقبلا في مجال الصحة الإنجابية والجنسية. كان عدد المشاركين في غزة 10 أفراد يمثلون 9 مراكز أو جمعيات شبابية. أما الضفة 13 شخص ممثلين 4 نوادي شبابية في رام الله و نابلس وجنين وطوباس ولم يتواجد أي من المشاركين من مدينة الخليل. أما نتائج نقاشات المجموعتان فقد كانت كالآتي:

#### 1.3.7 معرفة المشاركين بالمواضيع المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية وأولوياتها في فلسطين

في بداية النقاش تم استقصاء الخلفية المعرفية عن مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية لدى المشاركين، ففي غزة أظهرت النقاشات أن الخلفية المعلوماتية بمواضيع الصحة الإنجابية والجنسية واضحة وغنية مقارنة بأفراد المجموعة البؤرية في الضفة الغربية. ففي مدينة غزة أوضح المشاركون إن مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية تتناول مخاطر الأمراض المنقولة بالجنس مثل الإيدز وأيضا مواضيع تخص الزواج و زواج الأقارب، الفحوصات ما قبل الزواج (المشورة)، فترة المراهقة و المراحل الجسمية و النفسية التي يتعرض لها المراهق بتعريف المراهقة و مفاهيم الصحة الإنجابية و الجنسية. أما أفراد المجموعة البؤرية في الضفة الغربية فاعتبروا أن المواضيع ذات العلاقة تتلخص بالأمراض المنقولة جنسيا خاصة الإيدز و المراهقة، وأضافوا أن التغذية والصحة الجسدية للأفراد وحالتهم النفسية من المواضيع الأساسية بالإضافة إلى تجنب ومكافحة المخدرات. وربما كان ذلك لتجانس المجموعة في الضفة الغربية وتباينها في غزة مما وسع إدراك المشاركين من خلال النقاش في المجموعة لهذه المكونات مع العلم أن احد أفراد المجموعة في الضفة أجاب بأنها مكونات الاستبيان الذي قام بتعبئته الشباب من خلال البحث.

ولترتيب مواضيع الصحة الإنجابية حسب الأولوية في فلسطين، تباينت الأولويات من مشارك لآخر في المجموعتين. اتفق المشاركون في غزة على أن المواضيع التالية هي كلها ذات أولوية: التغيرات الجسمية و النفسية للمراهقين، والمراقبة كعملية فسيولوجية و نفسية، العادة السرية، زواج الأقارب، سفاح القربى، الزواج المبكر، علاقة الدين بالقضايا الإنجابية و الجنسية، تثقيف الشباب المقبلين على الزواج مما يعكس دراية المشاركين بالمواضيع حيث شارك معظم أفراد المجموعة في التخطيط لفعاليات أو منسقي للدورات و ورشات العمل أو التنسيق منسق لمشاريع دولية ذات العلاقة بالصحة الإنجابية والجنسية مع أن الجميع لم يكن لديهم أي إطلاع على أعمال بحثية أو دراسات في المجال.

أما في الضفة فقد رتبنا المجموعة الأولويات بالمراقبة في المرتبة الأولى ثم الأمراض المنقولة جنسيا خاصة الإيدز ويليه الاعتماد على النفس واتخاذ القرار و تعلم قول لا في الأمور ذات العلاقة. مما يعكس أن تحديد الأولويات قد يكون نتيجة اجتهادات المجموعة الخاصة وخبراتهم الحياتية الذاتية وليس من دورهم في مؤسساتهم ضمن برامج الصحة الإنجابية و الجنسية ، فقد كان ذلك واضحا حيث شارك فقط 5 من 13 مشارك بأحدي الدورات أو ورش العمل أو المحاضرات ذات العلاقة، وأيضا لم يكن لديهم أي إطلاع على أعمال بحثية أو دراسات في المجال.

### 2.3.7 التعرف إلى آراء وتوجهات المشاركين نحو مكان وزمان و طريقة طرح مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية المطروحة للمراهقين والشباب سواء في المناهج المدرسية أو على المستوى الإعلامي أو الاجتماعي.

بداية تم نقاش المكان والعمر المناسب الذي يجب أن يبدأ المراهق أو الشاب بالتعرض به لمواضيع الصحة الإنجابية والجنسية. انقسم المشاركون حول المكان الذي يجب البدء الحديث به عن الصحة الإنجابية والجنسية، فقد رجحت مجموعة من المشاركين في حلقتي النقاش بأن يبدأ طرح هذه المواضيع في المدارس، بينما رجح النصف الآخر بأن تبدأ في البيت. أما الذين شجعوا أن تبدأ في البيت فقد كانت وجهة نظرهم أن الأسرة هي عماد كل شيء والمكان الآمن للمراهقين والشباب الذي حصل فيه الفرد على جميع التدريب منذ الصغر فلماذا يتم استثناء الحديث عن هذه المواضيع الحساسة أو المهمة بعد ذلك، لذا يجب توعية وتثقيف الأهالي عن هذه المواضيع وكيفية التعامل معها وذلك ببناء جسور ثقة بين الآباء والأبناء لرفع الحواجز التي تقف في طرق حرية السؤال والتعبير في هذه المواضيع، وطبعاً هذا لا يتعارض مع البدء بها في المناهج التعليمية على أن تكون المرجعية الدائمة في الأسرة. أما المجموعة التي رجحت بدأ طرح ومناقشة هذه المواضيع بداية في المدارس فترجع لقناعتهم أن مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية هي مواد تعليمية يجب طرحها ضمن تسلسل سليم وصحيح والذي لا يتوفر في معظم البيوت الفلسطينية والتي تتطلب "البيت الناضج ذو الثقافة المناسبة"، كما أن المدارس توفر المواد التوضيحية والتعليمية المدروسة المناسبة لكل مرحلة ، لذا يجب العمل على تطوير المناهج وتدريب المدرسين للوصول إلى الهدف الأساسي من طرحها من خلال المناهج الدراسية، ناهيك عن دور البيت والمجتمع والنوادي في الدعم السليم والمضبوط لهذه المواضيع، ولكن خلص النقاش إلى أنها يجب أن تكون تعاون آني بين الجهتين وانه يجب أن يكون هناك وسيلة تضمن ترابط هذه الحلقات بحيث تكون شبكة آمان للشباب و المراهقين.

أما العمر المناسب للبدء بطرح هذه المواضيع، فلم يكن للمجيبين رؤيا واضحة عن الموضوع أو الجيل المناسب لطرح أيا منها، ولكن اتفق الجميع بان الجيل 12-15 هو السن المناسب لبدء الحديث عن سن البلوغ و المراهقة و التغيرات النفسية و

الجسمية التي تتم في هذه الفترة وموضوع الزواج والاختلاط بالجنس الآخر دون إغفال الجانب الديني لها، حيث أن تزويج البنات يبدأ في العديد من المناطق في سن 14 سنة. أيضا، أكد الجميع بضرورة طرح مواضيع علمية تشرح عن ماهية وطرق الإصابة والوقاية من الأمراض المنقولة بالجنس خصوصا للشباب جيل 16-19 سنة لان التوعية والتثقيف تتعمق في هذه الفترة من العمر.

### 3.3.7 رؤية وآراء وتوجهات المشاركين نحو مواضيع الصحة الإيجابية والجنسية التي لا يؤيدوا والمواضيع التي يؤيد المشاركون طرحها للمراهقين والشباب

في بداية النقاش تم عرض مواضيع التدريب التي تتم في المراكز الشبابية، ففي المراكز في غزة تنوع التدريب للشباب بين مواضيع المراهقة والجنس والاختلاط والأمراض ذات العلاقة بشكل عام إلى تمكين المرأة و المساواة بين المرأة والرجل. أما في الضفة الغربية فقد تباين بين التدريب في المراكز من تدريب ذو نظرة شمولية في الصحة الإيجابية والجنسية إلى مواضيع ذات طابع محدد كالزواج المبكر أو الثقافة الجنسية وهموم الشباب، ومن الملاحظ من إجابات المشاركين أنهم اعتبروا التدريب في مجال الصحة النفسية والقيادة والريادة والتفريغ النفسي والإسعاف الأولي والإشراف على المخيمات الصيفية و هجرة العقول من أهم الدورات في الصحة الإيجابية والجنسية مما يعكس عدم دراية في ماهية ما يدور في التدريب في هذا المجال.

أما المواضيع التي يود المشاركون طرحها بالإضافة للمواضيع المطروحة للتدريب في المراكز الشبابية فقد أوضح المشاركون أن هذه المواضيع يجب أن تتناسب مع الفئات العمرية التي تستهدف للتدريب. اقترح المشاركون بان تطرح مواضيع عامة شاملة وأساسية في أفكارها في مجال الصحة الإيجابية والجنسية وتهدف الفئات كافة وتكون متكررة لفترات زمنية طويلة لتكوين قاعدة هامة للمتدربين بحيث يكون المتدرب جاهز فكريا لطرح المواضيع الخاصة. وقد أشار بعض المشاركون انه بالرغم من حساسية بعض المواضيع اجتماعيا كالعادة السرية لا بد من تحضير الفئات المستهدفة لطرح هذه المواضيع في مراحل عمرية معينة وذلك لاستفادة المتدربون من مواضيع قد تصل لهم بطريقة خاطئة ومشوهة ومربكة للكثيرين وتعلم قول "لا" الرفض التام للعديد من الأمور المفروضة على المراهقين والشباب والتي تفرض عليهم اجتماعيا سواء في البيت أو المدرسة أو الشارع. وأيضا لا بد من توعية المراهقين والشباب من إدراك التأثير الايجابي والسليبي للفضائيات والانترنت والتأكد من المعلومة قبل استخدامها أو نقلها، لذا أيد المشاركون بان توجد محاضرات تثقيفية حول دور الفضائيات والانترنت في الثقافة الإيجابية والجنسية. أيضا، رغب المشاركون بإضافة مواضيع محددة للتدريب مثل "المراهقة احتياجات ورغبات"، المشاكل التي ترافق النمو الجنسي، الجهاز التناسلي، أنواع الزواج، العقم، الإخصاب والإجهاض، سرطانات الأجهزة التناسلية، والشذوذ الجنسي والعنف الجنسي، و العلاقات الأسرية وعلاقة الإباء والأبناء.

أما المواضيع التي لم يشجع أو يؤيد المشاركون طرحها للتدريب فقد أجملها المشاركون أنها أي موضوع قد يكون ذو حساسية اجتماعية في المجتمع الذي يتم فيه التدريب أو تلك المواضيع التي قد تتعارض مع الدين. أشار المشاركون أن التدريب الخاص بالجهاز التناسلي للجنسين وكراهية الأخ لأخته والعكس صحيح بسبب عدم المساواة داخل الأسرة كانت من المواضيع التي لم تلاقي الترحيب من الكثيرين للتدريب في المراكز الشبابية. ولكن شجع معظم المشاركين البدء بالعمل بمبدأ "لا تحفظ" لاي مواضيع يجب طرحه وله اثر حتى إن كان على المدى الطويل.

#### 4.3.7 الآليات والطرق المناسبة التي أوصى بها المشاركون لتوعية وتثقيف المراهقين والشباب

بداية تم نقاش الطريقة التي يعرض بها التدريب حاليا في المراكز الشبابية، حيث أوضح المشاركون بأن الوسائل المتاحة حاليا لا تفي بالمواضيع المطروحة ويجب العمل على تطويرها وتوسيع المجال الخاص بها، فقد أشار المشاركون أن المحاضرات وحلقات النقاش وفي بعض الأحيان المسرحيات أو استخدام أجهزة العرض الحديث عن طريق الكمبيوتر والانترنت هي أكثر الأساليب المتبعة للتدريب الحي. شجع المشاركون بالبدء باستخدام طرق التدريب الحديثة مثل إنشاء مواقع ثقافية خاصة للتدريب لكل المراكز كافة ولكل مركز مشارك الإمكانية بالدخول واستخدام هذه المواقع، لذا يجب إيجاد مختبرات كمبيوتر مشبوكة بالانترنت في مراكز التدريب بالرغم من تكاليفها المرتفعة. أيضا، لا بد من البدء بالتدريب لطبقة أوسع من المراهقين والشباب بالتشارك مع وسائل الأعلام المنظورة أو المرئية من خلال برامج قد تكون ترفيهية بحيث تعرض لجميع أفراد الأسرة دون الخوف من التحفظ لدى العديدين من هذه المواضيع، مع أن بعض المشاركين تحفظ على عرض التدريب بطريقة الأفلام. أن طريقة "التدريب الأسري الكامل" ربما كان من احد الطرق الأسلم اجتماعيا للمشاركة في التوعية والتثقيف والتعليم في مواضيع الصحة الإيجابية للمراهقين والشباب.

أما السياسات العامة فقد أوصى المشاركون بضرورة قيام الرقابة الحكومية على التكنولوجيا الحديثة سواء في مقاهي الانترنت أو على المجالات والكتب لضبط المواقع غير السليمة للمساهمة في التوجيه السليم للمراهقين والشباب. لذا وجب البدء بوضع السياسات واللوائح الخاصة لاستعمال الانترنت في المقاهي الخاصة والأعمار المؤهلة لذلك.

#### 4.3.8 النظرة المستقبلية لتوعية وتثقيف المراهقين والشباب بمواضيع الصحة الإيجابية الجنسية

بالنسبة للنظرة المستقبلية للمشاركين، لم تكن هناك وضوح في الرؤية المستقبلية لقضايا الصحة الإيجابية والجنسية و ذلك بسبب الأوضاع السياسية و عدم وجود أفق اقتصادي أو استراتيجي للتخطيط على أساسه كما أن مكان تلقي الخدمة أو الوسائل والآليات في هذه القضايا في بعض الأحيان غير مناسب. لذا لا بد من وضع خطة خمسية أو عشرية تتناسب مع الواضع الخاص بفلسطين وان يتم تطبيق أو تبني التطبيق من قبل جهة غير حكومية مثل جمعية تنظيم و حماية الأسرة للفعاليات التي تخص جميع الفئات العمرية فيما يخص الصحة الجنسية و الإيجابية بحيث تكون ذات الخبرة و متوفرة لها التشبيكات المناسبة مع كافة المؤسسات التي تهتم بهذه القضايا ولها علاقات ذات ثقة مع المؤسسات الحكومية ذات العلاقة.

## ثامنا: المناقشة والاستنتاجات والتوصيات :

تتبع أهمية هذه الدراسة الاستكشافية لكونها دراسة قاعدية كجزء من مشروع "المعلومات والخدمات الصحية في الصحة الإنجابية الصديقة للشباب في محافظات غزة والضفة الغربية" والتي لا بد من إعادة تنفيذها في مرحلة متقدمة من المشروع لدراسة تأثير التدخل الذي سيتم من خلال هذا المشروع.

بداية، ضمن الخلفيات السابقة والمعطيات الاجتماعية السلبية نحو طرح مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية في المدارس لم يكن تنفيذ هذه الدراسة سلسا للقائمين على الدراسة ولفريق العمل. لقد واجهت الدراسة في بعض المدارس رفضا قاطعا للتنفيذ من قبل المدراء والمرشدين التربويين وذلك تحسبا من ردة فعل أولياء أمور الطالبات على الأخص تجاه فكرة الدراسة مما يعكس أن جاهزية المجتمع الفلسطيني في بعض المناطق تحد من المضي في التعليم والتنقيف للمراهقين في هذا المجال. لذا لا بد من التفكير في آلية تجذب الأسرة الفلسطينية نحو تقبل التغيير الذي حصل ويحصل وسيحصل للأجيال الحالية والقادمة ضمن اطر القيم والعادات والتغيرات الاجتماعية والثقافية وطرق الاتصال بين العالم اجمع.

في نهاية كل دراسة اجتماعية صحية نقوم بعرض استنتاجات من وجهة نظر الباحث مع أن الأرقام ذات نفسها هي اكبر و أوضح دليل للإجابة عن الأسئلة دون الحاجة لأي استنتاج. لذلك في هذا الفصل سيتم مناقشة بعض النتائج المهمة للدراسة ضمن محاورها الرئيسية، وأيضا سنقوم بمقارنة نتائج الدراسة على المراهقين بتلك التي تمت على الشباب، ثم مقارنة النتائج الحالية بالدراسات السابقة في فلسطين والعالم العربي، عسى أن يساعد هذا الجزء على توضيح وربط بعض النتائج ببعضها البعض .

عكست النتائج للمراهقين والشباب النظرة الاجتماعية الذكورية الدائمة ألا وهي أن للمرأة الحق في الكثير على ان لا يكون ما تحصل عليه اقل على ارض الواقع مما يحصل عليه الذكر سواء على المستوى الاجتماعي أو الأسري أو التعليمي أو العملي. فقد رجح المراهقون والشباب أن يحصل الذكر على مستوى تعليمي أعلى من الأنثى ووافق على تعليم الاناث لاعلى مستوى على ان لا تسبق الرجل، حتى في سن الزواج بان تكون اصغر سنا. أما المساواة داخل الأسرة فقد أيد ثلاث أرباع المجيبين بوجود التوازن في توزيع الأعباء داخل البيت بين الزوجين فقط في حالة عمل المرأة ولم يأخذوا بالاعتبار أن للمرأة الكم الكبير من الوجبات والمسؤوليات للتنفيذ والتي تحتاج إلى تقاسمها مع الرجل حتى وان لم تكن تعمل خارج البيت. ومن الملاحظ انه رغم برامج التدريب التي تتم في المراكز الشبابية لم تختلف النظرة للمرأة من جميع الجوانب عن وجهة نظر الشباب في الدراسة التي تمت في العام 2003م (دريدي والعمرى 2005)، مما يدعي تقييم التدريب الخاص بتمكين المرأة والمساواة بين المرأة والرجل الذي تم في المراكز الشبابية وتضمن التغيير في الخطط التدريبية القادمة. وعند مقارنة نتائج الدراسة في فلسطين ببعض الدول العربية في الجدول 1.8 لم تختلف البيانات إلا القليل مما يعكس وجهة نظر عامة وتاريخية متأصلة في الدول العربية تجاه العلاقة الأزلية بين الرجل والمرأة.

الجدول 1.8: متوسط سن زواج البنات والولد في بعض الدول العربية (المسح العربي لصحة السكان 2001).

المؤشر	تونس	سوريا	الجزائر	جيبوتي
متوسط سن الزواج المناسب للبلوغ	23.0	20.5	21.9	20.8
- متوسط سن الزواج المناسب للولد	28.8	26.3	27.5	25.6

اما من ناحية الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية والجنسية بالأخص المتعلقة بمظاهر البلوغ والأمور المتعلقة بالإنجاب والجنس فقد أظهرت النتائج أن الشباب أوعى بكثير من المراهقين بمظاهر البلوغ مثلا مع أن المراهقين يتعرضون لها من خلال المناهج الدراسية كما تعرض لها الشباب ولكن ربما يظهر هذا الاختلاف لزيادة اهتمام الشباب بهذه المواضيع أكثر من المراهقين أو بسبب تواجد الشباب الدائم في المراكز الشبابية مما يزيد فرص الحديث في هذه المواضيع أو ربما لان الشباب لديهم مصادر أوسع للمعلومات في مقاهي الانترنت. كما أن نسبة ليست بالقليلة من المراهقين والمراهقات فشلوا في التعرف على أجسامهم، ولكن كان الشباب أدري من الشباب بمعرفة هذه المظاهر. ان هذه النتيجة كانت مماثلة لما وجدته الريدي والعيفي (2005) في دراستهم للشباب في فلسطين في العام 2003م (75% من الذكور و 87.1% من الفتيات يعرفون 3 تغيرات على الأقل تحدث لهم في فترة البلوغ). ولكن كانت النتائج معكوسة في سوريا والجزائر عما هو في فلسطين (الجدول 2.8).

الجدول 2.8: نسب المعرفة بتغيرات سن البلوغ بعض الدول العربية (المسح العربي لصحة السكان 2001).

المؤشر	سوريا	الجزائر
- الذكور الذين عرفوا تغيرات سن البلوغ بمفردهم	76.8	95.0
- الإناث اللاتي عرفن تغيرات سن البلوغ بمفردهن	59.3	73.3

بالنسبة لتنظيم الأسرة فقد أجاب 53% من المراهقين بالموافقة مقارنة بـ 85% من الشباب على المبدأ، والذي قد يعكس عدم دراية أو معرفة المراهقين عن ماهية تنظيم الأسرة. كما ان معرفة المراهقون بوسائل منع الحمل ليست شاملة لكل الوسائل، وشكالت معرفتهم بالحبوب واللولب 50%، أما العازل الواقي الذكري فكان معروف فقط بنسبة 22%. أما الشباب فقد كانت معرفتهم المعرفة بوسائل منع الحمل أكثر (حبوب منع الحمل (79%) ثم اللولب (76%) ويليهم استعمال الكندوم (66%) والرضاعة الطبيعية (53%) (. لكن الوضع في فلسطين أفضل من دول أخرى في العالم العربي ففي سوريا عرف 46.8% فقط عن أي وسيلة من وسائل الحمل ولكن تونس (96.8%) والجزائر (80%) كان لديهم دراية أفضل من غيرهم بالوسائل. كما ان المعرفة بأماكن وجود خدمات لتنظيم الأسرة فقد معروف لدى 35% فقط من المراهقين و 52% من الشباب مما يعكس النقص في الدور والإعلام الذي تقوم به المؤسسات أو الجمعيات ذات العلاقة في توعية وتعريف المراهقين والشباب فيما يتوفر لهم في مناطقهم.

أما الأمراض الجنسية المعدية فقد احتل الإيدز المرتبة الأولى في المعرفة لدى المراهقين والشباب يليه السيلان ثم الزهري لدى المراهقون والشباب أيضا. أيضا أجاب الطرفان بان أهم طرق الوقاية من الإصابة بهذه الأمراض هو الامتناع عن الممارسات الجنسية المحرمة والممنوعة تشكل أهم طرق الوقاية يليها العفة. ولم يعرف سوى 14% من المراهقين استعمال الواقي الذكري/الكندوم كأحد طرق الوقاية مقارنة ب 40% من الشباب. اما نسب معرفة أماكن لإجراء فحص بين المراهقين لأي من الأمراض الجنسية المعدية فقد كانت 27.9% و 27.7% فقط معرفتهم بمكان لإجراء فحص الإيدز. ولكن الشباب كانوا على دراية أفضل ولكن غير كافية (49% و 41% على التوالي). مقارنة بالدراسات السابقة في فلسطين، أظهرت نتائج مسح الشباب للعام 2003 أن الشباب من الفئة العمرية 10-24 سنة قد سبق وسمعوا عن الأمراض الجنسية المعدية (61.8%) و ان 39.1% من الشباب ليس لديهم معلومات كافية عن الأمراض المنقولة جنسيا و40% يفتقرون لأي معلومة. وكان الإيدز الأعلى بالمعرفة 92.9% يليه الزهري 25.9% ثم الفطريات 13.9% (الدريدي والعيفي، خصائص الشباب، 2005). مقارنة بالدول العربية الأخرى مثل الجزائر فالحال في فلسطين أفضل من الناحية المعرفية حيث أجاب ما يعادل 15% من الشباب الجزائريين بأنهم لا يعرفون و لا مرض من الأمراض المنقولة جنسيا، وان الشباب الذين صرحوا أنهم يعرفون هذه الأمراض فالأغلبية الساحقة تعرف الإيدز و أما الأمراض الأخرى فأعلى نسبة عرفت مرض السيفلس وكانت 7.4% (بن بله، 2003). أما وسائل الوقاية من الإيدز فقد بلغت 54.4% باستخدام الواقي الذكري في دراسة مسح الشباب في العام 2003م و79.1% باقتصار ممارسة الجنس مع الزوجة فقط (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، مسح الشباب، 2004). ولا يختلف الحال في الدول العربية، فمثلا في الجزائر، وضمن دراسة صحة الأسرة، فإن المصدر الرئيسي للمعرفة للشباب عن مرض الإيدز هو التلفزيون بنسبة 91.6% ثم تليه الصحف و المجلات خاصة عند الإناث 35.3% ثم يليه الأصدقاء و الأقارب خاصة بالنسبة للذكور و يأتي المسجد في آخر مرتبة بنسبة 2.7% (بن بلة، 2003).

### بالنسبة للتوصيات:

أن المواضيع التي يجب التدريب والتوعية من خلالها يجب أن تأخذ بعين الاعتبار جنس المدرب ومكان سكنه حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة مرارا وتكرارا فوارق واضحة في المعرفة للجنس عن نفسه وعن الجنس الأخر في مواضيع محددة مما قد يؤثر على ردة فعل غير متوقعة عند البدء مثلا بتنظيم الأسرة بعد الزواج وغيره. كما أن النتائج أظهرت أن الفوارق كانت واضحة بين المدن المختلفة في العديد من المواضيع ولذلك فقبل البدء بتحديد نوع او مستوى التدريب أو برامج التوعية إجراء دراسات استكشافية مصغرة ووضع برنامج واضح مبنى على نتائج هذه الدراسات المصغرة وتقييم هذه البرامج مرحليا فيما إذا حققت الأهداف المرجوة منها، أي إن الحملات التدرجية والتوعية والتعليمية في كافة مؤسسات الوطن يجب أن تكون مبنية على الدراسات المتوفرة محليا لبناء برامجها ، ان كانت موجودة، للوصول الى الاهداف بعيدة المدى المرجوة في مجال الصحة الانجابية والجنسية.

بناء على نتائج هذه الدراسة والدراسات الأخرى الخاصة بالشباب في فلسطين لا بد من إيجاد برامج توعية وصحية مدروسة وشاملة وتتناسب مع متطلبات الشباب في المجتمع الفلسطيني وعلى رأسها تلك التي تتناول موضوعات؛ الأمراض الجنسية المعدية، التزويج المبكر وزواج أقارب، تنظيم الأسرة والحمل والإجهاض والحمل الخطر وغيره (الدريدي والعيفي 2005، سالم وآخرون 2002؛ العيفي 2003؛ وزارة الصحة الفلسطينية 2004؛ والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005). وحسب دراسة حديثة على الشباب في المراكز الشبابية حيث تم استخدام منهاج مجموعات النقاش البؤرية "...بأنه

على الرغم من أن مفهوم الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة مألوف لدى الشباب الفلسطينيين إلا أن فهمهم له هو فهم مجتزأ وغير شامل ويحتاج إلى رفق معلوماتي كمي ونوعي، وهذا ينطبق على الجنسين على حد سواء. كما أنها بينت أيضا أن هنالك تعطشا كبيرا بين المبحوثين لرأب الفجوة المعلوماتية حول الكثير من قضايا الصحة الإيجابية. في حين أنها أوضحت فهما جيدا وزخما معرفيا لا بأس به بين الشباب من الجنسين بموضوع تنظيم الأسرة مع تمايز لافت للذكور واتفاق على أن لا تعارض بينه وبين التعليم الدينية.. " (الرفاعي وصايح، 2006). هذه النتائج تطابقت مع ما طلبه المراهقون في هذه الدراسة وهو توفير المزيد من المعلومات حول المخاطر وأسلوب تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس يليها تقديم النصيحة والإرشاد لهم، وما طلبه الشباب فقد اهتم الشباب بالدرجة الأولى بالمخاطر المتعلقة بالجنس وكيفية تجنب المخاطر المتعلقة به ثم بالأمور المتعلقة بصحتهم عامة، واحتلت الحاجة للمشورة والنصح والإرشاد المرتبة الثانية في الأهمية.

أما أهم التوصيات التي خرجت بها المجموعات البورية فقد تلخصت بالآتي:

- نشر وتسويق التوعية من خلال المؤسسات العاملة في مشاريع الصحة الإيجابية والجنسية مثل مؤسسات الصحة والتعليم بالإضافة إلى الجمعيات الخاصة.
- الضغط على الحكومة لتفعيل ضغط من أجل التشريع في الصحة الإيجابية والجنسية للمراهقين والشباب.
- التشبيك والتنسيق الجيد بين المعنيين ليجاد التعاون المناسب بين المؤسسات الحكومية وغير الحكومية واخل كل نظام بنفسه، إي مشاركة بين الجميع.
- الضغط على وزارة الأوقاف لترح مثل هذه المواضيع في الندوات والخطب.
- يجب ان يكون باستمرار برامج توعية وتثقيف ومتابعة وغير مرتبط مشروع معين ويجب ان يكون هذا الملف مفتوح دائما حتى نصل الى ما نريد.
- ان تكون برامج التوعية في الصحة الإيجابية والجنسية ممولة محليا بحيث تشارك بها وسائل الإعلام اليومية والأسبوعية وإيجاد مجموعات المساعدة والخط المباشر وطرح مواضيع الصحة الإيجابية والجنسية من قبل شخصيات عامة ذات تأثير اجتماعي.
- انشاء الخط الإرشادي او القناة الاستشارية للمراهقين والشباب.
- أيضا من التوصيات التي خرج بها المشاركون بأنه لتحديد الاحتياجات وجلب الأموال للتدريب في المراكز لا بد من تدريب أعضاء المراكز الشبابية والإداريين فيها على الأسلوب الصحيح في تحديد الاحتياجات وكتابة المشاريع الخاصة بالصحة الإيجابية والجنسية وكيفية ديمومة التدريب في حالة انتهاء الدعم المؤقت من خلال المشاريع الأنية.
- بالتالي فان مأسسة التوعية الإيجابية والجنسية في المراكز الشبابية ضرورة ملحة تتم من خلال توفير برامج تدريبية مرفوده بمواد تعليمية منهجية مجهزة خصيصا لهذه الفئة العمرية وتخضع لرقابة المؤسسات ذات الصلة بالمراكز الشبابية. وايضا لا بد من توفير اساليب تدريب حديثة مثل الانترنت وغيره بحيث يكون متاحا للشباب الإطلاع عليه والانتفاع من المعلومات الواردة فيه في أي وقت.



Afifi M. et al. Palestinian Central Bureau of Statistics. Dissemination and Analysis of Census Findings. In-depth Analysis Study Series. The status of Reproductive Health of Adolescents and Youth in the Palestinian Territory (2005). Ramallah-Palestine

AL Rifai A. Reproductive Health of Palestinian women: Literature review. MIFTAH publications (2004).

Annual AIDS Hotline report- Egypt, MOHP/NAP (2000).

Chichakli Lina. *An Overview of the Sexual /reproductive health of Young People in the Arab World Region: an IPPF perspective.* IPPF (2003).

access to reproductive health Coliver Sandra. *The right to Know: human rights and information.* University of Pennsylvania, University of Pennsylvania press (1995).

Features and particularities of Populations in the Arab World:: an introduction to the Arab parliamentarians meeting. United Nations Population Fund. Cairo, July. 7-20-0003. (2003)..Cairo, United Nations Population Fund

Hatab Z. Survey on Youth and Reproductive Health. The Lebanese Family Planning Association, Beirut (1996).

International Conference on Population and Development: a program for action United Nations. Cairo (1994).

Knowledge, attitudes Practices and Beliefs related to HIV/AIDS among secondary school students in Lebanon. Ministry of Public Health, National AIDS Control Program, Beirut (1994).

1997. Health of Adolescents and Youth ,Palestinian Central Bureaus of Statistics publications in the Palestinian Territory (2005). Ramallah-Palestine

Population, Housing, and Establishment Census 1997. [http://www.pcbs.gov.ps/Portals/\\_pcbs/phc\\_97](http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_pcbs/phc_97).

- Power R. The application of qualitative research methods to the study of sexually transmitted infections, *Sex Transm Infect* 2002;78:87–89 (2006)
- Sayej, S. Evaluating the effectiveness of the health educator Intervention on health beliefs and attitudes of female Palestinian adolescents: Applying The Solomon Four-group Design (2003). A Doctoral thesis Submitted to DeMontfort University, England.
- Viner, R. and Macfarlane, A., Health promotion: *BMJ*, 330, 527-529 (2005)
- Viner, R. M. and Cole, T. J. > Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study: *BMJ*, 330, 1354 (2005)
- World Health Organization *Interpreting Reproductive Health: ICPD+5 Forum at the Hague*. Geneva, World Health Organization (1999).

#### المراجع باللغة العربية:

- أليسا راضي. الصحة الإنجابية والجنسية لدى المراهقين والشباب في منطقة شرق المتوسط. ورقة عمل مقدمة الى مؤتمر برلماني إفريقي والدول العربية، الرباط، ديسمبر (2003).
- بن بله عمر. قضايا الصحة عند الشباب الجزائري (العزاب البالغين من العمر 15 إلى 29 سنة)- نتائج المسح الجزائري حول صحة لأسرة (2003).
- بيانات الاستبيانات الميدانية لتقييم العشرية الأولى في برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية.
- جمعية تنظيم الأسرة. تقييم خدمات تنظيم الأسرة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1994.
- الدريدي محمد، البخاري هنتاء. مسح الشباب للعام 2003 البيانات الأساسية، منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، (2004).
- رزق محمد. رسالة ماجستير بعنوان "توجهات ومعرفة الشبيبة الفلسطينية بقضايا الصحة الإنجابية في الضفة الغربية". جامعة القدس، (2005).
- الرفاعي عائشة و صايح سمية. تقدير الاحتياجات المعرفية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية للشباب المنتفعين من مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل، (2006).

- الرئيس ناصر، عامر هنا و صندوق رحاب. الإطار القانوني لفيروس نقص المناعة البشري وحقوق الإنسان في فلسطين. مؤسسة الحق-فلسطين، (2006).
- الريماوي محمد ، حلبي حنان ، قطينة مالك وعويضة مراد. دمج الصحة الإنجابية في المناهج المدرسية الفلسطينية. تقرير عن مسح لمفاهيم الصحة الإنجابية في المناهج المدرسية الفلسطينية، وزارة التربية والتعليم العالي بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان. 2003.
- ريماوي محمد. تقرير دمج الصحة الإنجابية في المناهج المدرسية الفلسطينية، ( 2003).
- الزعبي علي. تمكين المرأة: اتفاقيتا "سيداو" و"بيجين" وعلاقتها بالأهداف الإنمائية للألفية. مجلة الطليعة. الأربعماء 2 رمضان 1426هـ - 5 أكتوبر 2005 العدد 1689.  
<http://www.taleea.com/newsdetails.php?id=5815&ISSUENO=1698>
- الشريف نهى ، الرفاعي عائشة ، سناء العاصي، الاحميدات امجد. آراء وتوجهات صناع القرار الفلسطينيون حول الاستشارة والفحص الطبي قبل الزواج. المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد الثاني عشر، العدد 6 (2006).
- شكري فكتوريا . الحقوق الصحية للمرأة : سياسات وبرامج المنظمات الأهلية الفلسطينية نحو الحقوق الصحية للمرأة، 2003 .  
[http://www.mediterraneas.org/print.php3?id\\_article=584](http://www.mediterraneas.org/print.php3?id_article=584)
- صايح سمية. رسالة دكتوراة بعنوان "
- صندوق الاستثمار الفلسطيني، مسح القوى العاملة في فلسطين، 2003-2007 .  
<http://www.pif.ps/atemplate.php?id=25>
- صندوق الأمم المتحدة للسكان: حالة سكان العالم للعام(2003).
- عبد العزيز فرح، كتيلي مارتين نجم ، و الزعبي عبد الله. قضايا السكان والتنمية واستجابة السياسات لها في العقد الحالي وما بعد. التقدّم المحرز نحو تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في المنطقة العربية. المنتدى العربي للسكان، 19-21 تشرين الثاني، (2004)، بيروت، لبنان.
- العفيفي محمد، العفيفي رياض. واقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية. منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2005).

- المرأة والصحة الإنجابية مسح اجتماعي ثقافي حول العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي  
<http://www.amanjordan.org>
- المسح التونسي لصحة لأسرة (2002).
- المسح العربي لصحة الاسرة، (2001) <http://www.papfam.org/papfam/summeryAr.htm#6>
- المشروع العربي لصحة السكان في العالم العربي (2006).  
<http://www.papfam.org/papfam/summeryAr.htm#6>
- ملتقى المرأة العربية، الحقوق الصحية للمرأة الفلسطينية. <http://www.awfonline.org/page/ph/2004/A3.htm>
- منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. الزواج والطلاق في الأراضي الفلسطينية 1999، (2000).
- منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. الشباب في الأراضي الفلسطينية، (2006).
- منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، " المرأة والرجل في فلسطين، قضايا وإحصاءات (2005).
- منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، مسح الشباب، (2004).
- موقع وزارة التربية والتعليم العالي الفلسطيني، (2007). <http://www.mohe.gov.ps/stats/summary.html>
- موقع وزارة الصحة الفلسطينية ، دائرة التثقيف وتعزيز الصحة،  
[http://www.moh.gov.ps/moh\\_ar/index.asp?deptid=16&pranchid=70&action=details&serial=250](http://www.moh.gov.ps/moh_ar/index.asp?deptid=16&pranchid=70&action=details&serial=250)
- موقع وزارة الصحة الفلسطينية، إدارة صحة وتنمية المرأة  
[http://www.moh.gov.ps/moh\\_ar/index.asp?deptid=28&pranchid=160&action=details&serial=1475](http://www.moh.gov.ps/moh_ar/index.asp?deptid=28&pranchid=160&action=details&serial=1475)
- موقع وزارة الصحة في سلطنة عمان <http://www.moh.gov.om/main.php>

ملحق رقم 1

الجدول رقم 1: نسب توزيع المراهقين حسب أرائهم بالمستوى التعليمي اللازم للولد والبنات حسب جنس المشارك والمدينة

جنين		نايلس		رام الله		الخليل		غزة		رفح		المجموع		المدينة
672		537		629		637		712		739		3926		الاعداد حسب المدينة
أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	
355	323	285	260	273	364	313	345	337	375	309	430	1872	2097	الاعداد حسب الجنس
														أعلى مستوى تعليمي يلزم البنات
33.9	51.7	31.3	42.9	41.8	46.4	35.6	32.0	30.6	30.4	27.2	36.0	33.2	39.4	ماجستير أو دكتوراة
30.5	30.3	29.6	39.4	34.3	32.6	20.1	29.3	27.3	29.6	30.1	40.5	28.5	33.6	دبلوم أو بكالوريوس
20.9	11.8	21.8	12.7	10.4	12.2	28.2	31.7	27.9	26.4	21.0	14.7	22.0	18.4	المرحلة الثانوية
2.8	0.9	1.4	0.4	1.9	0.3	3.9	.6	3.0	2.1	4.2	0.9	2.9	0.9	المرحلة الإعدادية
1.1	0.9	0.7	--	1.9	--	0.3	0.3	1.5	1.1	2.6	0.7	1.3	0.5	بدون تعليم
3.4	0.9	1.1	--	2.6	--	3.9	1.5	0.9	0.5	1.3	--	2.2	0.5	المرحلة الابتدائية
7.3	3.4	14.1	4.6	7.1	8.6	8.1	4.7	8.9	9.9	13.6	7.2	9.8	6.6	لا أعرف/ غير متأكد(ة)
														أعلى مستوى تعليمي يلزم الولد
73.2	58.7	65.0	56.8	69.5	57.3	62.3	52.8	67.4	50.9	70.6	63.5	68.1	56.8	ماجستير أو دكتوراة
13.8	21.7	18.4	23.6	17.1	19.4	16.2	19.8	16.0	25.6	9.4	20.5	15.0	21.7	دبلوم أو بكالوريوس
5.1	9.3	7.4	9.7	7.8	10.8	13.3	12.8	8.9	10.7	7.4	4.2	8.3	9.4	المرحلة الثانوية
--	0.6	1.1	--	0.4	0.3	1.0	0.6	0.6	1.1	2.9	0.5	1.0	0.5	المرحلة الإعدادية
2.0	0.9	1.8	--	0.7	--	0.3	0.6	2.1	1.1	1.3	1.4	1.4	0.7	بدون تعليم
1.4	2.5	1.4	0.8	0.4	--	1.3	1.5	0.3	.5	1.6	1.4	1.1	1.1	المرحلة الابتدائية
4.5	6.2	4.9	9.3	4.1	12.2	5.5	12.0	4.7	10.1	6.8	8.6	5.1	9.8	لا أعرف/ غير متأكد(ة)

جدول رقم 2: نسب توزيع المراهقين حسب أرائهم بالعمر المناسب لزواج البنت والولد حسب جنس المشارك والمدينة

جنين		نابلس		رام الله		الخليل		غزة		رفح		المجموع		المدينة
672		537		629		637		712		739		3926		الاعداد حسب المدينة
أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	
355	323	285	260	273	364	313	345	337	375	309	430	1872	2097	الاعداد حسب الجنس
أحسن عمر يتزوج فيه الولد														
2.8	0.3	.4	--	1.9	--	2.3	0.9	2.1	0.8	1.4	0.7	1.9	0.5	أقل من 18 سنة
1.1	1.2	1.4	--	2.6	0.6	2.6	1.2	2.4	1.9	3.1	1.2	2.2	1.1	18-19 سنة
14.8	5.9	22.3	4.7	13.1	13.2	26.0	13.9	29.8	19.7	24.2	11.4	21.8	11.9	20-22 سنة
50.3	37.5	46.8	42.4	55.1	48.9	55.6	61.8	51.4	56.7	56.4	50.7	52.5	50.2	23-25 سنة
29.8	50.5	27.0	51.0	25.5	37.1	13.5	21.6	14.0	19.2	14.2	34.8	20.6	34.7	26-29 سنة
0.9	4.3	1.8	1.9	1.5	0.3	--	0.3	0.3	1.6	--	0.9	0.7	1.5	30-35 سنة
0.3	0.3	0.4	--	0.4	--	--	0.3	--	--	0.7	0.2	0.3	0.1	أكثر من 35 سنة
أحسن عمر تتزوج فيه البنت														
4.4	1.3	4.7	0.4	3.0	0.9	5.9	6.1	5.4	3.2	6.4	0.3	5.0	2.0	أقل من 18 سنة
20.7	6.3	22.2	8.8	19.8	9.0	40.1	37.9	30.1	24.6	15.9	10.4	24.9	16.2	18-19 سنة
50.9	47.0	52.1	55.8	38.4	49.7	42.5	50.3	51.2	54.8	52.7	59.5	48.1	53.0	20-22 سنة
21.3	37.6	16.3	31.3	36.5	36.7	10.5	5.7	12.0	15.4	22.7	27.7	19.7	25.7	23-25 سنة
2.4	7.5	3.9	3.6	1.5	3.8	1.0	--	1.3	2.0	2.3	2.0	2.0	3.1	26-29 سنة
0.3	0.3	0.8	--	0.8	--	--	--	--	--	--	--	0.3	0.1	31-35 سنة

الجدول رقم 3: نسب آراء المراهقين لمنزلة المرأة المنجبة وغير المنجبة حسب الجنس والمدينة

جنين		نابلس		رام الله		الخليل		غزة		رفح		المجموع		المدينة
672		537		629		637		712		739		3926		الاعداد حسب المدينة
آراء الذكور	آراء الإناث	آراء الذكور	آراء الإناث	آراء الذكور	آراء الإناث	آراء الذكور	آراء الإناث	آراء الذكور	آراء الإناث	آراء الذكور	آراء الإناث	آراء الذكور	آراء الإناث	الاعداد حسب الجنس
355	323	285	260	273	364	313	345	337	375	309	430	1872	2097	
7.5	7.6	5.5	2.7	9.7	8.0	8.9	9.4	7.4	14.4	7.8	11.6	7.8	9.4	منزلة المرأة التي لا تنجب الأطفال
18.2	13.0	15.3	17.8	14.2	13.8	14.8	10.0	10.4	8.8	15.2	14.2	14.7	12.7	- أقل قيمة اجتماعية من المنجبة
56.1	55.1	60.4	55.2	58.8	54.0	58.9	62.6	66.2	53.6	59.9	50.7	60.1	55.0	- منزلتها متساوية مع المنجبة
9.2	14.2	9.1	17.0	11.6	17.4	6.9	10.3	6.8	13.9	8.7	17.2	8.7	15.0	- هذا أمر الله
2.0	2.5	1.8	1.9	1.1	2.2	3.9	3.2	1.2	1.3	0.3	1.4	1.7	2.1	- سواسية لها ولكن ليس للمجتمع
6.9	7.6	8.0	5.4	4.5	4.7	6.6	4.4	8.0	8.0	8.1	4.9	7.1	5.8	- أخرى
														- لا أعرف
8.2	7.8	5.0	4.3	10.2	7.8	7.7	12.3	8.6	14.9	10.4	13.5	8.3	10.5	منزلة المرأة التي تنجب البنات
29.8	25.2	33.3	30.1	30.1	29.7	32.7	26.0	25.5	18.9	22.3	23.5	28.8	25.2	- أقل قيمة اجتماعية من المنجبة
42.3	43.6	40.8	43.8	45.9	39.2	44.6	41.9	52.2	37.6	49.8	40.0	46.0	40.8	- منزلتها متساوية مع المنجبة
10.8	14.6	11.3	15.6	7.9	17.5	7.7	12.3	5.3	12.5	7.1	14.9	8.3	14.5	- هذا أمر الله
3.7	3.4	2.1	2.7	3.4	1.7	3.8	3.3	1.2	2.4	1.9	3.3	2.7	2.8	- سواسية لها ولكن ليس للمجتمع
5.1	5.3	7.4	3.5	2.6	4.2	3.5	4.2	7.1	13.6	8.4	4.9	5.8	6.1	- أخرى
														- لا أعرف

الجدول رقم 4: نسب معرفة المراهقين عن تنظيم الأسرة حسب الجنس والمدينة (من نتائج المرحلة الثانية)

جنين		نابلس		رام الله		الخليل		غزة		رفح		المجموع		المدينة
192		202		194		193		230		234		1245		الاعداد حسب المدينة
أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	
97	95	105	97	95	99	92	101	116	114	111	123	616	629	الاعداد حسب الجنس
المعرفة عن وسائل تنظيم الأسرة أو الوسائل التي تنظم الحمل														
81.4	97.9	94.3	79.4	84.1	82.8	94.6	90.1	75.0	69.3	77.5	94.3	84.1	85.5	- نعم
18.6	2.1	5.7	20.6	15.9	17.2	5.4	9.9	25.0	30.7	22.5	5.7	15.9	14.5	لا
توافق/ي على تنظيم النسل/الاسرة														
89.7	96.8	99.0	86.6	86.2	93.9	89.1	75.2	81.0	82.5	84.7	99.2	88.1	89.2	- نعم
10.3	1.1	--	4.1	10.6	6.1	10.9	20.8	12.1	7.9	13.5	0.8	9.6	6.7	لا
--	2.1	1.0	9.3	3.2	--	--	4.0	6.9	9.6	1.8	--	2.3	4.1	لا أعرف
المعرفة عن وجود أماكن تقدم فيها خدمات لتنظيم الأسرة														
45.8	37.2	32.7	38.1	17.0	22.2	15.4	19.2	16.4	46.5	46.8	81.3	29.2	42.5	- نعم
54.2	62.8	67.3	61.9	83.0	77.8	84.6	80.8	83.6	53.5	53.2	18.7	70.8	57.5	لا

## ملحق رقم 2

الجدول رقم م2: نسب توزيع تكرار المعرفة بالأمراض الجنسية حسب جنس المشارك		الجدول رقم م1: توزيع تكرار المعرفة بطرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا حسب جنس المشارك		
معرفة الذكور	معرفة الإناث	معرفة الذكور	معرفة الإناث	التكرار
56.1	53.5	42.4	36.5	1
19.8	21.5	28.5	35.2	2
9.5	12.5	13.1	14.2	3
7.1	5.4	7.1	3.4	أكثر من 4
7.1	6.9	8.4	10.6	لا اعرف

الجدول رقم م3 : نسب توزيع تكرار المعرفة بالأمراض الناجمة عن الإصابة بالأمراض المنقولة الجنسية حسب جنس المشارك		
معرفة الذكور	معرفة الإناث	التكرار
33.3	30.3	1
20.5	20.3	2
12.9	13.6	3
18.1	13.8	6-4
14.2	21.6	لا اعرف

الجدول رقم م4 : نسب توزيع تكرار المعرفة بطرق الإصابة بالإيدز حسب جنس المشارك		
معرفة الذكور	معرفة الإناث	التكرار
20.4	15.9	1
11.9	12.6	2
13.4	15.2	3
44.7	48.8	7-4
5.1	3.3	10-8
4.3	4.3	لا اعرف

الجدول رقم م5: مصادر المعرفة عن الأمراض الجنسية المعدية ومرض الإيدز حسب الجنس (يسمح بتعدد الإجابات) (من نتائج المرحلة الثانية)

رأي الذكور	رأي الاناث	
62.7	73	الراديو او التلفزيون
28.1	32	الصحف/ المجلات
26	20.8	الكتيبات/ الملصقات
78.1	65.5	المدارس/ الأساتذة
28.2	42.3	مرشدين صحيين
12.7	5.7	المساجد
19.8	24.8	أقارب
51.8	30	أصدقاء
31.3	17	الانترنت

الجدول رقم م6: نسب توزيع المعرفة بطرق الاصابة بالإيدز حسب جنس المشارك (متعدد الخيارات)(يسمح بتعدد الإجابات ،من نتائج المرحلة الثانية)

معرفة الذكور	معرفة الإناث	
93	89.2	بالممارسة الجنسية مع غير الزوج أو الزوجة
78.4	81.7	قل الدم غير المفحوص
53.2	54.1	من الأم المصابة إلى جنينها
57.1	59	باستعمال الحقن الملوثة
36.1	54.3	من أدوات طبيب الأسنان
28.9	25.1	عند ثقب الأنف/الأنف أو الوشم
16.2	24.2	بتقبيل شخص مصاب
12.5	10.8	بلسع البعوض أو الناموس
11.9	20	بالأكل مع مريض بالإيدز
3.1	5.1	المصافحة
21.4	7	عدم استخدام الكندوم

الجدول رقم م7: نسب توزيع الأمور التوعوية التي يجب توفرها للمراهقين لتحسين صحتهم الجنسية والإنجابية حسب الجنس (يسمح بتعدد الإجابات) (من نتائج المرحلة الثانية)

رأي الذكور	رأي الإناث	
26	29.1	تثقيفهم عن مختلف وسائل منع الحمل و كيفية استعمالها
28.1	34	تثقيفهم عن كيفية حدوث الحمل
35.1	41.5	ايجاد الخدمات للشباب في مختلف أماكن تواجدهم
35.1	46.6	توجيههم نحو خدمات الصحة الإنجابية والجنسية الملائمة
41.7	55.8	تقديم العناية و المتابعة الصحية للشباب عند حاجتهم
47.1	60.1	الإصغاء لمشاكلهم و مشاكلهم
55	67.1	تقديم المشورة والنصيحة للشباب
62	74.2	إعلامهم بكل ما يتعلق بصحتهم
63.5	70.3	تثقيفهم عن كيفية تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس
68.5	80	تثقيفهم عن المخاطر المتعلقة بالجنس

الجدول رقم 8: نسب توزيع تكرار المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل حسب الجنس

هل تعرف/ي أي من وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل التالية؟		
التكرار	معرفة الإناث	معرفة الذكور
1	25.2	31.9
2	20	13.3
3	12.6	10.8
4	8.8	8.4
5	4.4	6.3
6	2.6	2.6
7	1.2	1.8
8	1.6	4.6
لا اعرف	23.4	20.1

الجدول رقم م9: نسب توزيع معرفة الأمراض الجنسية المعدية ومصادر المعرفة حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

التاسع	العاشر	الحادي عشر	الثاني عشر	جنين	نابلس	رام الله	الخليل	غزة	رفح	المجموع	
193	308	262	252	192	202	194	193	230	234	1245	
<b>طرق الاصابة بالأمراض الجنسية المعدية (يسمح بتعدد الإجابات)</b>											
18.7	28.6	32.8	31.3	36.5	41.6	20.6	24.4	29.1	20.5	28.6	ممارسة الجنس بدون وافي/الكندوم
12.4	8.4	5.7	6.7	12.0	8.4	2.6	12.4	18.7	5.6	10.0	ممارسة الجنس دون استعمال وسيلة لمنع الحمل
66.3	71.4	72.5	75.8	90.6	78.2	56.2	72.5	67.8	63.2	71.1	ممارسة الجنس خارج إطار الزواج
42.0	49.4	51.5	61.5	58.9	82.2	19.1	40.9	63.9	54.7	53.8	ممارسة الجنس مع عدة أشخاص
3.1	4.2	4.3	2.4	1.0	0	3.1	14	2.2	0.4	3.2	أخرى
23.3	14.6	14.5	9.5	5.2	10.4	25.3	13.0	11.3	20.1	14.3	لا أعرف
<b>مصادر المعرفة عن الأمراض الجنسية المعدية ومرض الإيدز (يسمح بتعدد الإجابات)</b>											
69.9	64.6	62.2	75.0	85.9	69.3	61.3	52.8	69.1	68.4	67.9	الراديو او التلفزيون
25.9	26.6	30.9	33.3	35.9	40.1	16.5	22.3	33.5	30.8	30.0	الصحف/المجلات
15.5	20.8	27.1	26.2	28.6	36.1	15.5	23.8	26.1	11.5	23.4	الكتيبات/ الملصقات
53.9	80.2	79.0	79.8	68.8	76.2	82.5	85.5	58.3	63.2	71.7	المدارس/ الأساتذة
31.6	29.9	32.8	35.3	18.8	54.0	5.2	37.8	48.7	42.7	35.3	مرشدين صحيين
5.7	5.2	5.0	5.6	5.7	7.9	1.5	4.1	26.1	6.8	9.2	المساجد
20.2	25.0	21.8	21.8	22.4	22.8	18.6	32.6	21.7	17.1	22.3	أقارب
38.9	38.0	43.1	42.1	39.6	63.9	36.1	42.0	42.2	23.5	40.8	أصدقاء
20.2	19.8	19.1	27.8	26.6	32.7	16.0	12.4	34.8	20.5	24.1	الانترنت
4.7	3.1	2.3	2.4	1.6	2.5	1.5	7.2	0.9	2.6	2.7	أخرى
0.5	0	0.4	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0.2	لا أعرف

الجدول رقم م10: نسب معرفة المراهقين بكيفية التعرض والوقاية من مرض الإيدز ومصادرها حسب المدينة والصف (من نتائج المرحلة الثانية)

التاسع	العاشر	الحادي عشر	الثاني عشر	جنين	نابلس	رام الله	الخليل	غزة	رفح	المجموع	
193	308	262	252	192	202	194	193	230	234	1245	
88.1	89.0	93.9	95.2	96.4	90.6	94.3	89.1	88.7	88.5	91.1	طرق الاصابة بالإيدز (يسمح بتعدد الإجابات)
77.7	77.3	78.2	87.3	83.9	89.1	62.9	80.3	80.0	83.3	80.1	بالممارسة الجنسية مع غير الزوج أو الزوجة
19.7	20.5	13.7	16.7	9.4	26.2	11.3	17.6	31.7	22.2	20.2	عن طريق نقل الدم غير المفحوص
7.8	10.1	11.5	15.5	8.9	25.2	2.6	8.3	13.0	11.1	11.6	بتقبيل شخص مصاب
19.2	14.9	13.0	12.3	5.2	17.8	18.0	14.0	22.2	17.1	16.0	بلسع البعوض أو الناموس بالأكل مع مريض مصاب بالإيدز
42.5	52.9	49.2	61.1	46.4	73.8	16.5	61.1	60.9	59.8	53.7	من الأم المصابة إلى جنينها
45.6	55.8	65.3	65.9	55.2	76.2	37.6	60.6	54.8	62.8	58.1	باستعمال الحقن الملوثة
6.2	6.2	1.5	2.4	0	6.4	1.0	4.7	4.3	7.3	4.1	المصافحة
13.5	14.9	15.3	15.5	26.0	31.2	4.1	6.7	10.9	7.3	14.1	عدم استخدام العازل الواقي الذكري/ الكندوم
49.4	44.6	48.1	53.9	100.0	74.8	12.9	37.3	30.0	44.9	44.9	من أدوات طبيب الأسنان غير المعقمة بالطريقة الصحيحة
22.3	26.9	33.2	34.5	33.3	45.0	10.3	24.4	15.7	33.3	27.0	عند تقب الأذن/ الأنف أو الوشم في المكان غير المرخص صحيا
3.1	15.3	12.4	12.3	0	0.5	19.5	18.2	0	18.4	9.5	أخرى
3.6	1.3	1.1	0	0	2.0	1.0	0.5	3.0	3.0	1.7	لا أعرف

الجدول رقم 11: نسب توزيع معرفة الأمراض الجنسية المعدية ومصادر المعرفة عنها حسب الجنس والمدينة (من نتائج المرحلة الثانية)

جنين 192		نابلس 202		رام الله 194		الخليل 193		غزة 230		رفح 234		المجموع 1245		المدينة الأعداد حسب المدينة
أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	الأعداد حسب الجنس
97	95	105	97	95	99	92	101	116	114	111	123	616	629	
<b>طرق الإصابة بالأمراض الجنسية المعدية (يسمح بتعدد الإجابات)</b>														
72.2	--	54.3	16.5	40.0	--	9.8	23.8	37.1	14.9	17.1	8.9	38.3	10.8	ممارسة الجنس بدون واقى/الكندوم
23.7	--	1.0	16.5	5.3	--	--	23.8	22.4	14.9	1.8	8.9	9.3	10.8	ممارسة الجنس دون استعمال وسيلة لمنع الحمل
92.8	88.4	94.3	60.8	31.6	79.8	76.1	69.3	69.8	65.8	50.5	69.2	74.8	73.0	ممارسة الجنس خارج إطار الزواج
96.9	20.0	88.6	75.3	14.7	23.2	2.2	76.2	62.9	64.9	27.9	78.9	49.8	57.7	ممارسة الجنس مع عدة أشخاص
<b>مصادر المعرفة عن الأمراض الجنسية المعدية ومرض الإيدز (يسمح بتعدد الإجابات)</b>														
74.2	2.1	73.3	35.1	55.8	33.3	30.4	26.7	65.5	27.2	72.1	35.0	62.7	27.0	الراديو او التلفزيون
57.7	13.7	38.1	42.3	11.6	21.2	8.7	34.7	37.1	29.8	13.5	46.3	28.1	32.0	الصحف/ المجلات
43.3	13.7	46.7	24.7	14.7	16.2	14.1	32.7	30.2	21.9	6.3	16.3	26.0	20.8	الكتيبات/ الملصقات
85.6	51.6	90.5	60.8	91.6	73.7	88.0	83.2	56.0	60.5	63.1	63.4	78.1	65.5	المدارس/ الأساتذة
29.9	7.4	65.7	41.2	9.5	1.0	4.3	68.3	45.7	51.8	9.0	73.2	28.2	42.3	مرشدين صحيين
11.3	--	13.3	2.1	3.2	--	3.3	5.0	35.3	16.7	5.4	8.1	12.7	5.7	المساجد
25.8	18.9	20.0	25.8	10.5	26.3	30.4	34.7	21.6	21.9	11.7	22.0	19.8	24.8	أقارب
73.2	5.3	81.0	45.4	58.9	14.1	32.6	50.5	48.3	36.0	18.9	27.6	51.8	30.0	أصدقاء
45.4	7.4	35.2	29.9	18.9	13.1	15.2	9.9	43.1	26.3	27.0	14.6	31.3	17.0	الانترنت

الجدول رقم م 12: نسب معرفة المراهقين بكيفية التعرض والوقاية من مرض الإيدز ومصادرها حسب الجنس والمدينة (من نتائج المرحلة الثانية)

جنين 192		نابلس 202		رام الله 194		الخليل 193		غزة 230		رفح 234		المجموع 1245		المدينة الأعداد حسب المدينة
أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	أراء الذكور	أراء الإناث	الأعداد حسب الجنس
97	95	105	97	95	99	92	101	116	114	111	123	616	629	
99.0	93.7	99.0	81.4	92.6	96.0	91.3	87.1	93.1	84.2	83.8	92.7	93.0	89.2	بالممارسة الجنسية مع غير الزوج أو الزوجة
92.8	74.7	91.4	86.6	71.6	54.5	65.2	94.1	79.3	80.7	69.4	95.9	78.4	81.7	عن طريق نقل الدم غير المفحوص
15.5	3.2	34.3	17.5	6.3	16.2	1.1	32.7	31.0	32.5	5.4	37.4	16.2	24.2	بتقبيل شخص مصاب
16.5	1.1	30.5	19.6	2.1	3.0	1.1	14.9	19.0	7.0	3.6	17.9	12.5	10.8	بلسع البعوض أو الناموس
10.3	--	18.1	17.5	6.3	29.3	4.3	22.8	26.7	17.5	2.7	30.1	11.9	20.0	بالأكل مع مريض مصاب بالإيدز
88.7	3.2	84.8	61.9	30.5	3.0	27.2	92.1	65.5	56.1	20.7	95.1	53.2	54.1	من الأم المصابة إلى جنينها
87.6	22.1	90.5	60.8	47.4	28.3	38.0	81.2	50.0	59.6	30.6	91.9	57.1	59.0	باستعمال الحقن الملوثة
--	--	6.7	6.2	1.1	1.0	1.1	7.9	4.3	4.4	4.5	9.8	3.1	5.1	المصافحة
51.5	--	49.5	11.3	8.4	--	--	12.9	18.1	3.5	0.9	13.0	21.4	7.0	عدم استخدام العازل الواقي الذكري/ الكندوم
100	100	86.7	61.9	7.4	18.2	--	71.3	28.4	31.6	9.9	76.4	36.1	54.3	من أدوات طبيب الأسنان غير المعقمة بالطريقة الصحيحة
64.9	1.1	61.9	26.8	10.5	10.1	1.1	45.5	17.2	14.0	17.1	48.0	28.9	25.1	عند ثقب الأذن/ الأنف أو الوشم في المكان غير المرخص صحيا

الجدول رقم م13: نسب توزيع المواضيع في الصحة الإنجابية والجنسية التي يريد المراهق أن تشرح له في المدرسة من خلال المدرسة حسب الصف والمدينة (من نتائج المرحلة الثانية)

المجموع	رفح	غزة	الخليل	رام الله	نابلس	جنين	الثاني عشر	الحادي عشر	العاشر	التاسع	
1245	234	230	193	194	202	192	252	262	308	193	صحة المراهق
14.2	24.8	13.5	5.7	13.9	14.4	10.9	7.1	13.4	15.3	23.8	الأمراض الجنسية المعدية
33.8	29.1	25.7	29.0	38.7	30.2	53.1	42.1	35.5	34.7	29.0	الدورة الشهرية والعناية خلالها
5.9	23.1	6.1	0.5	1.5	0.5	0.5	6.7	6.1	3.9	7.8	صحة الحامل والعقم
15.6	37.6	28.7	6.7	2.1	3.5	8.3	15.1	15.3	9.4	10.9	وسائل تنظيم الأسرة
14.8	45.3	12.6	.5	6.2	.5	18.2	20.6	14.1	13.6	12.4	نتائج الزواج المبكر
18.2	57.3	15.2	11.4	4.1	10.4	3.1	19.4	22.1	16.9	16.6	الاستشارة قبل الزواج
3.1	2.1	10.4	0.5	0.5	0.5	3.6	0.4	2.3	1.6	0	الانحراف الجنسي
1.2	3.8	2.2	--	--	--	0.5	1.6	1.5	0.6	--	العادة السرية
2.4	0.4	8.3	4.1	0.5	0.5	--	0.8	0.4	2.3	0.5	الإعتداء الجنسي
0.2	--	0.9	0.5	--	--	--	--	--	0.3	--	فطم الأطفال
0.9	--	--	--	--	--	--	.8	1.1	1.3	--	الدين والصحة الجنسية
1.8	6.4	--	2.1	--	1.5	--	1.2	1.9	3.2	2.1	الثقافة الجنسية
14.3	--	--	26.9	27.8	16.3	20.3	19.4	16.8	17.5	16.1	الصحة الجنسية
5.8	--	--	11.4	2.6	11.4	11.5	7.9	5.7	7.8	6.7	وعي الفتيات وطرق حماية أنفسهن
1.8	--	--	10.4	--	1.0	--	2.4	2.7	2.9	--	النصيحة والدعم
7.1	12.8	22.6	--	--	.5	3.1	7.9	1.9	1.9	3.1	وعي الطلاب بأمور صحتهم
48.6	13.2	36.5	56.0	74.7	46.5	74.5	53.2	45.8	55.5	49.7	الاستشارة والمتابعة
3.9	12.8	6.5	1.6	--	--	--	4.8	1.9	2.6	4.1	تقييم صحة الطلبة ومشاكلهم الاجتماعية
31.2	67.9	13.5	36.8	8.2	17.3	40.1	34.9	32.1	35.4	39.9	توفير محاضرات حول الصحة الجنسية
17.2	65.0	9.6	--	6.2	5.9	8.3	19.4	21.0	18.8	15.5	توفير ملصقات عن الصحة الجنسية
2.2	2.6	5.7	--	1.0	3.0	--	2.4	1.1	1.3	0.5	تنظيم برامج تثقيفية مع العائلات
0.6	0.9	2.6	--	--	--	--	--	--	0.6	--	تنظيم الأسرة
0.3	--	--	--	--	--	2.1	0.8	--	0.6	--	

ملحق 3

الاستبيانات



## استبيان في الصحة الإنجابية والجنسية لطلبة الصف التاسع-الثاني عشر / الجزء الأول

تقوم جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية بإجراء دراسة تهدف الى تقييم معرفة ومواقف وممارسات المراهقين والشباب تجاه مواضيع تعنى بالصحة الإنجابية والجنسية في المدارس الحكومية في ست مدن في فلسطين. وتعنى الدراسة بالناحية المعرفية للمراهقين بعموميات الصحة الإنجابية والجنسية و بطرق الإصابة وانتقال الأمراض المنقولة جنسيا كالإيدز و مواقف المراهقين تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة.

ستستخدم نتائج هذه الدراسة كقاعدة بيانات في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية، والتي بدورها ستساعد العديد من المؤسسات الحكومية والمنظمات الأهلية والدولية كجمعية تنظيم وحماية الأسرة، والصندوق السكاني للأمم المتحدة للسكان ووزارة التربية والتعليم وغيرهم في وضع استراتيجيات التدخل والوقاية للمراهقين والشباب في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.

نرجو من حضرتكم الموافقة بتعبئة الاستبيان المعد لذلك، أملين بان تجيبوا على كافة الأسئلة بموضوعيه تامة بقرائة كل فقره بتمعن والاستجابة لها حسب التعليمات الواردة قبل كل فقره، علما أن المعلومات الواردة في الاستبانة ستستعمل لأغراض البحث فقط وستعامل بسريه تامة.

شكرا لكم على مشاركتكم ودمتم للوطن،،

أوافق على المشاركة في البحث الاسم:.....

الإمضاء .....

التاريخ: .....

رمز مدخل البيانات	إدخال البيانات	مراجعة مكتبية	مراجعة ميدانية	الاسم
1	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	التاريخ

بيانات تعريفية	
1	اسم ورقم المدينة:
2	اسم المدرسة ورقمها:
3	اسم ورقم الصف:
4	اسم ورقم المبحوث/ة (إذا وافق/ت على تسجيله):
5	التاريخ : اليوم/ الشهر /السنة

الرجاء وضع دائرة حول رقم الإجابة الصحيحة، أو وضع الإجابة في المكان الصحيح للأسئلة الأخرى		
1	ذكر	6. هل انت:
2	أنثى	
1	اليوم/ الشهر /السنة	7. ما هو تاريخ ولادتك؟
1	العمر بالسنوات	8. كم عمرك الان؟
1		9. في أي صف انت؟
1	العلمي	9أ. اذا كنت في المرحلة الثانوية، هل أنت في الفرع:
2	الأدبي	
3	الصناعي أو التجاري	
1	نعم	10. حسب رأيك، هل يعطي الشباب أهمية لصحتهم؟
2	لا	
8	لا أعرف	
1	ممتازة	11. بصورة عامة، ماذا تستطيع القول عن صحتك؟
2	جيدة جدا	
3	جيدة	
4	متوسطة	
5	سيئة	
8	لا أعرف	
1	نعم	12. هل تناولت الفطور هذا الصباح؟
2	لا	
اذا نعم، ماذا أكلت؟.....		
1	احب المدرسة كثيرا	13. ما هو شعورك تجاه حضورك الى المدرسة؟
2	احب الحضور ولكن ليس دائما	
3	لا احب المدرسة	
8	لا اعرف	
0	بدون تعليم	14. باعتقادك، ما هو أعلى مستوى تعليمي يلزم البنات؟
02	المرحلة الابتدائية	
03	المرحلة الإعدادية	
04	المرحلة الثانوية	
05	دبلوم أو بكالوريوس	
06	ماجستير أو دكتوراة	
98	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
01	بدون تعليم	
02	المرحلة الابتدائية	
03	المرحلة الاعدادية	
04	المرحلة الثانوية	
05	دبلوم أو بكالوريوس	
06	ماجستير أو دكتوراة	
98	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
1	العمر بالسنوات	16. ما هو أحسن عمر تتزوج فيه البنات؟

الرجاء وضع دائرة حول رقم الإجابة الصحيحة، أو وضع الإجابة في المكان الصحيح للأسئلة الأخرى

17. متى تفضل أن تتزوج الفتاة؟	عندما تتاح فرصة زواج جيدة	1
	عندما تنتهي من تعليمها	2
	عندما يقدر الله	3
	أخرى (تحدد): _____	95
	لا أعرف	98
18. ما هو أحسن عمر يتزوج فيه الولد؟	العمر بالسنوات	_____
19. متى تفضل أن يتزوج الولد؟	عندما تتاح فرصة زواج جيدة	1
	عندما ينتهي من التعليم	2
	عندما يقدر الله	3
	أخرى (تحدد): _____	95
	لا أعرف	98
20. حسب رأيك، هل منزلة المرأة التي لا تنجب الأطفال بين الناس مثل التي تنجب أطفال؟	غير المنجبة الأطفال أقل قيمة اجتماعية من المنجبة	1
	منزلتهم متساوية	2
	هذا أمر الله	3
	سواسية بالنسبة لغير المنجبة ولكن غير ذلك في المجتمع	4
	أخرى (تحدد): _____	95
	لا أعرف	98
21. حسب رأيك، المرأة التي تنجب البنات منزلتها بين الناس مثل التي أنجبت الأولاد أم أقل؟	غير المنجبة الأطفال أقل قيمة اجتماعية من المنجبة	1
	منزلتهم متساوية	2
	هذا أمر الله	3
	سواسية بالنسبة لغير المنجبة ولكن غير ذلك في المجتمع	4
	أخرى (تحدد): _____	95
	لا أعرف	98
22. هل تساعد/ي أو تشارك/ي في الأعمال المنزلية اليومية؟	نعم	1
	لا	2
23. من يجب أن يقوم أو يساعد في الأعمال المنزلية اليومية كالتنظيف ورمي النفايات وتنظيف الأواني... الخ؟	الأم فقط	1
	الوالدان فقط	2
	النساء والبنات فقط	3
	الأم وجميع أبنائها البنات والذكور	4
	جميع أفراد الأسرة	5
	أخرى (تحدد): _____	95
	لا أعرف	98
24. هل يجب تحديد عدد المواليد في الأسرة؟	نعم	1
	لا	2
	لا أعرف	8
25. كم عدد الأولاد الذين ترغب/ي بإنجابهم؟	لا	لا
26. كم عدد البنات اللواتي ترغب/ي بإنجابهم؟	لا	لا
27. من الذي يحدد عدد الأولاد في الأسرة؟	الزوج	A
	الزوجة	B
	الزوج و الزوجة معا	C
	الحماة	D
	أخرون (تحدد): _____	95
	لا أعرف	98
28. هل تعرف/ي أي من وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل التالية؟	حبوب منع الحمل الشهرية	A
	اللؤلؤ الذي يركب داخل الرحم من قبل الطبيب	B
	الحقن بالإبر التي تعطى شهريا لمنع الحمل	C
	ربط القنوات الرحمية/ العملية	D
	فترة الأمان وهي حساب أيام الخصوبة الشهرية عند المرأة	E
	التعقيم للرجال	F
	العازل الواقي الذكري/ الكوندم	G
	الرضاعة الطبيعية	H

الرجاء وضع دائرة حول رقم الإجابة الصحيحة، أو وضع الإجابة في المكان الصحيح للأسئلة الأخرى		
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
1	أهمية قصوى	29. حسب رايك، ما هي الأهمية التي يعطيها الشباب للجنس بصفة عامة ؟
2	أهمية متوسطة	
3	أهمية ضعيفة	
4	لا أهمية تذكر	
8	لا أعرف	
1	نعم	30. هل سمعت عن أي مرض يمكن ان ينتقل بين شخصين عن طريق الممارسة الجنسية؟
2	لا	
A	السفلس/ الزهري ، Syphilis	31. ما هي الأمراض الجنسية التي تعرفها؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	السيلان	
C	ظهور الفطريات او العفن على الجهاز التناسلي	
D	الايذز أو مرض نقص المناعة المكتسبة	
E	ظهور توالييل على الجهاز التناسلي	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف أي منها	
A	العفة	32. هل تعرف/ي أي من الطرق التالية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	الامتناع عن الممارسات الجنسية المحرمة والممنوعة	
C	إجراء الفحوص الدورية للأمراض المعدية جنسيا	
D	استعمال الواقي الذكري	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
A	تسبب أمراض الجهاز التناسلي	33. حسب ما تعرف، ما هي الأضرار الجسمية التي قد تنجم عن الإصابة بالأمراض المنقولة الجنسية ؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	تسبب العقم	
C	العجز الجنسي	
D	الإجهاض	
E	تشوه الجنين	
F	تؤدي إلى الموت	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
A	يقضي على المناعة/ قاتل	34. هل من الممكن ان تعطيني تعريف لمرض الايدز، مرض نقص المناعة المكتسبة عافانا و عافاكم الله
B	مرض معدى مثل غيره	
C	مرض ليس له دواء	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
A	بالممارسة الجنسية مع غير الزوج او الزوجة	35. أي من الطرق التالية يمكن أن يصاب عن طريقها الشخص بالإيدز ؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	عن طريق نقل الدم غير المفحوص	
C	بتقبيل شخص مصاب	
D	بلسع الباعوض أو الناموس	
E	بالأكل مع مريض مصاب بالإيدز	
F	من الأم المصابة إلى جنينها	
G	باستعمال الحقن الملوثة	
H	المصافحة	
I	من أدوات طبيب الأسنان غير المعقمة بالطريقة الصحيحة	
J	عند ثقب الأذن/ الأنف أو الوشم في المكان غير المرخص صحيا	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
A	الوالدان	36. ما هي مصادر المعلومات التي حصلت منها عن الصحة الإنجابية والجنسية، أي المصادر التي من خلالها استطعت الإجابة عن الأسئلة السابقة؟
B	الإخوة أو الأخوات	
C	الأصدقاء أو الأقارب	
D	المدرسة/ المناهج أو المدرسين أو المرشدين الاجتماعيين	

الرجاء وضع دائرة حول رقم الإجابة الصحيحة، أو وضع الإجابة في المكان الصحيح للأسئلة الأخرى		
E	وسائل الإعلام/راديو، تلفزيون أو صحف	(يسمح بتعدد الإجابات)
F	الانترنت	
G	المنشورات أو المطبوعات	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	



## استبيان في الصحة الجنسية والإنجابية لطلبة الصف التاسع- الثاني عشر/ الجزء الثاني

بيانات تعريفية	
1. رقم الطالب في الاستمارة الأولى	_____
2. التاريخ : اليوم/ الشهر	___/___/___
3. للباحث/ة : سجل/ي الوقت (الساعة/ الدقائق)	___/___
4. (1 المبحوث/المبحوثة غير موجود(ة)	(2 تأجلت
(3 رفضت	(4 استوفت جزئياً
(5 أخرى، تحدد	_____

1	ظهور الشعر في أماكن مختلفة كالذقن والعانة	5. أنت تعرف أن البنات والأولاد يدخلون في مرحلة البلوغ و يمررون بتغيرات جسمية ونفسية.
2	عمق وغلظة الصوت	ما هي مظاهر البلوغ عند الولد؟
3	خروج الحيوانات المنوية عند الذكور بالاحتلام وغيره	(يسمح بتعدد الإجابات)
95	أخرى (تحدد): _____	
98	لا أعرف	
1	نمو الثديين	6. ما هي مظاهر البلوغ عند البنات؟
2	نعومة الصوت	(يسمح بتعدد الإجابات)
3	ظهور الشعر في أماكن محددة من الجسم	
4	الحيض / العادة الشهرية	
95	أخرى (تحدد): _____	
98	لا أعرف	
1	العمر بالسنوات لدى الأولاد	7. برأيك، بأي عمر يجب أن يبدأ الولد بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس؟
95	عند الزفاف	
1	العمر بالسنوات لدى البنات	8. برأيك، بأي عمر يجب أن تبدأ البنت بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس؟
95	عند الزفاف	
01	لا تحتاج لمصدر بل أمور تعرف بطبيعتها	9. ما هي أهم المصادر التي عرفت منها عن حياتك وصحتك الجنسية كمرحلة البلوغ، الأجهزة التناسلية، و حدوث الحمل وغيرها؟
02	المدرسة	(يسمح بتعدد الإجابات)
03	الوالدان	
05	الإخوة أو الأخوات	
08	الأقارب أو الأصدقاء	
11	الراديو/ التلفزيون	
12	الجرائد/ المجلات	
13	المؤسسات الصحية أو الجمعيات	
14	الانترنت	
95	أخرى (تحدد): _____	
1	العمر بالسنوات	10. للفتيات، كم كان عمرك عند أول حيض لك؟
95	لا تعرف/ لا تتذكر/ غير متأكد	
98	لم تحدث لآن	
01	لا تحتاج لمصدر ، أمور تعرف بطبيعتها	11. للفتيات، عند حدوث أول حيض، من اين حصلت على المعلومات عن وضعك وطريقة التعامل مع الوضع؟
02	طبيب/ ممرضة	(يسمح بتعدد الإجابات)
03	المدرسة/ المعلمة	
04	الأم	
05	الأخت	
07	الصديقات أو القريبات	
08	وسائل الإعلام/راديو، تلفزيون أو صحف	

09	الانترنت	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا اذكر	
99	لم يكن عندي أي معلومة	
1	نعم	12. هل تعرف/ي عن وسائل تنظيم الأسرة أو الوسائل التي تنظم الحمل؟
2	لا	
01	حبوب منع الحمل الشهرية	13. هل تعرف/ي أي من وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل التالية؟
02	اللؤلؤ الذي يركب داخل الرحم من قبل الطبيب	
03	الحقن بالإبر التي تعطى شهريا لمنع الحمل	
04	ربط القنوات الرحمية/ العملية	
05	المرهم أو الكريم الموضعي للمرأة	
06	فترة الأمان وهي حساب ايام الخصوبة الشهرية عند المرأة	
07	التعقيم للرجال	
08	العازل الواقي الذكري/ الكوندم	
09	العزل أو القذف الخارجي للرجل خارج المهبل عند الجماع	
10	الرضاعة الطبيعية	
95	أخرى (تحدد):	
96	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
1	نعم	14. هل توافق/ي على تنظيم النسل/الاسرة؟
2	لا	
8	لا أعرف	
1	نعم	15. في منطقتك، هل سمعت أو قرأت عن وجود أماكن تقدم فيها خدمات لتنظيم الأسرة؟
2	لا	
1	نعم	16. هل أنت خاطب/ مخطوبة ؟
2	لا	
1	نعم	17. هل أنت الذي ( تختار/اخترت) زوجة/زوج المستقبل؟
2	لا	
8	لا أعرف	
1	بالسنوات	18. حسب رأيك، ما هو أنسب فارق عمري بين الزوج و زوجته ؟
8	لا أعرف	
1	غير مقبول	19. حسب رأيك، هل من المقبول أن تكون المرأة متعلمة أكثر من الرجل ؟
2	أمر عادي	
3	مقبول إذا كان الزوج غني	
5	الأفضل أن يكونا في نفس المستوى	
6	أخرى (تحدد):	
8	لا تعرف	
1	الزوج	20. حسب رأيك، من يجب أن يكون أكبر في العمر، الزوج أم زوجته ؟
2	الزوجة	
3	نفس السن	
4	غير مهم	
8	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
1	نعم	21. هل تشجع/ي عمل المرأة بعد الزواج؟
2	لا	
8	لا أعرف	
1	غير مقبول	22. هل من المقبول ان تعمل المرأة للحصول على المال؟

2	أمر عادي	
3	مقبول إذا كان الزوج غني	
5	الأفضل أن يكونا في نفس المستوى	
6	أخرى (تحدد): _____	
8	لا تعرف	
1	يجب أن يكون هناك توازن في توزيع الأعباء داخل البيت بين الزوجين	23. إذا كانت المرأة تعمل:
2	أعمال البيت هي فقط من واجبات المرأة	(يسمح بتعدد الإجابات)
3	الأعمال داخل البيت لا تحتاج لجهد أو وقت	
4	من العيب ان يشارك الرجل في الأعمال المنزلية	
95	أخرى (تحدد): _____	
96	لا أعرف	
1	العمر بالسنوات لدى الذكور	24. حسب رأيك، في أي عمر يبدأ الأولاد بالاهتمام بمواضيع الصحة الانجابية والامور الجنسية؟
95	يرفض/ ترفض الإجابة	
98	لا أعرف	
1	العمر بالسنوات لدى الإناث	25. حسب رأيك، في أي عمر تبدأ البنات بالاهتمام بمواضيع الصحة الانجابية والامور الجنسية؟
95	يرفض/ ترفض الإجابة	
98	لا أعرف	
1	نعم	26. حسب ما تعرف، هل يتحدث الشباب بسهولة بمواضيع الصحة الانجابية والامور الجنسية؟
2	لا	
8	لا أعرف	
01	الأب	27. مع من يتحدث الولد بحرية في هذه الامور؟
02	الأم	(يسمح بتعدد الإجابات)
03	الإخوة	
04	الأخوات	
06	الاصدقاء	
95	أخرى (تحدد): _____	
01	الأب	28. مع من تتحدث البنات بحرية في هذه الامور؟
02	الأم	(يسمح بتعدد الإجابات)
03	الإخوة	
04	الأخوات	
06	الصديقات	
07	أخرى (تحدد): _____	
95	لا أعرف	
1	نعم	29. هل مرض نقص المناعة المكتسبة الايدز معد؟
2	لا	
8	لا أعرف	
1	نعم	30. هل من المحتمل ان يكون شخص صحته جيدة حامل لمرض الايدز؟
2	لا	
8	لا أعرف	
01	بالممارسة الجنسية مع غير الزوج او الزوجة	31. أي من الطرق التالية يمكن أن يصاب عن طريقها الشخص بالإيدز؟
02	عن طريق نقل الدم غير المفحوص	(يسمح بتعدد الإجابات)
03	بتقبيل شخص مصاب	
04	بلسع الباعوض أو الناموس	
05	بالأكل مع مريض مصاب بالإيدز	
06	من الأم المصابة إلى جنينها	
07	باستعمال الحقن الملوثة	
08	المصافحة	
09	عدم استخدام العازل الواقي الذكري/ الكندوم	
10	من أدوات طبيب الأسنان غير المعقمة بالطريقة الصحيحة	
11	عند ثقب الأذن/ الأنف أو الوشم في المكان غير المرخص صحيا	

95	أخرى (تحدد):	
96	لا أعرف	
1	نعم	32. هل تعرف/ي مكان لاجراء فحص الايدز؟
2	لا	
1	نعم	33. هل سمعت عن الأمراض المعدية والمنقولة جنسيا؟
2	لا	
8	لا أعرف	
1	ممارسة الجنس بدون واق/الكندوم	34. أي من الطرق التالية يمكن أن يصاب عن طريقها الشخص
2	ممارسة الجنس دون استعمال وسيلة لمنع الحمل	بالأمراض الجنسية المعدية؟
3	ممارسة الجنس خارج إطار الزواج	(يسمح بتعدد الإجابات)
4	ممارسة الجنس مع عدة أشخاص	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
1	نعم	35. هل تعرف/ي مكان لإجراء فحص لأي من الأمراض
2	لا	الجنسية المعدية؟
8	لا أعرف	
01	الراديو او التلفزيون	36. من أي من المصادر التالية عرفت عن الأمراض الجنسية
02	الصحف/المجلات	المعدية ومرض الإيدز؟
03	الكتيبات/الملصقات	(يسمح بتعدد الإجابات)
04	المدارس/الأساتذة	
05	مرشدين صحيين	
06	المساجد	
07	أقارب	
08	أصدقاء	
09	الانترنت	
95	أخرى(تحدد):	
01	إعلامهم بكل ما يتعلق بصحتهم	37. حسب رأيك، أي من الامور التوعوية التالية يجب توفرها
02	تثقيفهم بكل ما يخص المخاطر المتعلقة بالجنس	للشباب لتحسين صحتهم الجنسية والإنجابية
03	تثقيفهم عن كيفية تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس	(يسمح بتعدد الإجابات)
04	تثقيفهم عن كيفية حدوث الحمل	
05	تثقيفهم عن مختلف وسائل منع الحمل و كيفية استعمالها	
07	تقديم العناية و المتابعة الصحية للشباب عند حاجتهم	
08	توجيههم نحو خدمات الصحة الإنجابية والجنسية الملائمة	
09	ايجاد الخدمات للشباب في مختلف أماكن تواجدهم	
10	تقديم المشورة والنصيحة للشباب	
11	الإصغاء لمشاكلهم و مشاكلهم	
95	أخرى (تحدد):	
96	لا أعرف	
		38. أي من المواضيع في الصحة الإنجابية والجنسية تود أن تشرح لك في المدرسة من خلال المدرسة؟
		39. ما الدور الذي تود ان يقوم به المرشد او المرشدة الاجتماعية في مدرستك؟



## استبيان في الصحة الإنجابية والجنسية للشباب

تقوم جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية بإجراء دراسة تهدف الى تقييم معرفة ومواقف وممارسات المراهقين والشباب تجاه مواضيع تعنى بالصحة الإنجابية والجنسية في ست مدن في فلسطين. وتعنى الدراسة بالناحية المعرفية للشباب بعموميات الصحة الإنجابية والجنسية و بطرق الإصابة وانتقال الأمراض المنقولة جنسيا كالإيدز و مواقف الشباب تجاه العدالة و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة.

ستستخدم نتائج هذه الدراسة كقاعدة بيانات في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية، والتي بدورها ستساعد العديد من المؤسسات الحكومية والمنظمات الأهلية والدولية كجمعية تنظيم وحماية الأسرة، والصندوق السكاني للأمم المتحدة للسكان ووزارة التربية والتعليم وغيرهم في وضع استراتيجيات التدخل والوقاية للمراهقين والشباب في مجال الصحة الإنجابية والجنسية. لذا نرجو من حضرتكم الموافقة بتعبئة الاستبيان المعد لذلك، أملين بان تجيبوا على كافة الأسئلة بموضوعيه تامة بقراءة كل فقره بتمعن والاستجابة لها حسب التعليمات الواردة قبل كل فقره، علما أن المعلومات الواردة في الاستبانة ستستعمل لأغراض البحث فقط وستعامل بسريه تامة.

وشكرا لكم على مشاركتكم ودمتم للوطن،،

أوافق على المشاركة في البحث

الاسم:.....التاريخ:..... الإمضاء .....

بيانات تعريفية	
1.	اسم المركز / مكانه:
2.	اسم ورقم المبحوث/ة اذا امكن:
3.	التاريخ :
الرجاء وضع دائرة حول رقم الإجابة الصحيحة، أو وضع الإجابة في المكان الصحيح للأسئلة الأخرى	
4.	هل انت:
1	ذكر
2	أنثى
5.	ما هو تاريخ ولادتك؟
الـ / /	اليوم/ الشهر /السنة
6.	كم عمرك الان ؟
الـ	العمر بالسنوات
7.	أي صف انهيت؟
الـ	
8.	بصورة عامة، ماذا تستطيع القول عن صحتك؟
1	ممتازة
2	جيدة جدا
3	جيدة
4	متوسطة
5	سيئة
8	لا أعرف
9.	لماذا تركت المدرسة؟
1	لم أحب المدرسة
2	لأمور مادية
3	عدم حصولي على معدل كافي لأكمل دراستي
4	حاجتي للعمل
5	ظروف عائلية
95	أخرى (تحدد):
10.	باعتقادك، ما هو أعلى مستوى تعليمي يلزم البنات؟
01	بدون تعليم
02	المرحلة الابتدائية او الإعدادية
04	المرحلة الثانوية
05	دبلوم أو بكالوريوس

06	ماجستير أو دكتوراة	
98	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
01	بدون تعليم	11. باعتقادك، ما هو أعلى مستوى تعليمي يلزم الولد؟
02	المرحلة الابتدائية او الإعدادية	
04	المرحلة الثانوية	
05	دبلوم أو بكالوريوس	
06	ماجستير أو دكتوراة	
98	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
1	العمر بالسنوات	12. ما هو أحسن عمر يتزوج فيه البنت؟
1	عندما تتاح فرصة زواج جيدة	13. متى تفضل أن تتزوج الفتاة؟
2	عندما تنتهي من تعليمها	
3	عندما يقدر الله	
95	أخرى (تحدد): _____	
98	لا أعرف	
1	العمر بالسنوات	14. ما هو أحسن عمر يتزوج فيه الولد؟
1	عندما تتاح فرصة زواج جيدة	15. متى تفضل أن يتزوج الولد؟
2	عندما ينتهي من التعليم	
3	عندما يقدر الله	
95	أخرى (تحدد): _____	
98	لا أعرف	
1	غير المنجبة الأطفال أقل قيمة اجتماعية من المنجبة	16. حسب رأيك، هل منزلة المرأة التي لا تنجب الأطفال بين الناس مثل التي تنجب أطفالاً؟
2	منزلتهم متساوية	
3	هذا أمر الله	
4	سواسية بالنسبة لغير المنجبة ولكن غير ذلك في المجتمع	
95	أخرى (تحدد): _____	
98	لا أعرف	
1	غير المنجبة الأطفال أقل قيمة اجتماعية من المنجبة	17. حسب رأيك، المرأة التي تنجب البنات منزلتها بين الناس مثل التي أنجبت الأولاد أم أقل؟
2	منزلتهم متساوية	
3	هذا أمر الله	
4	سواسية بالنسبة لغير المنجبة ولكن غير ذلك في المجتمع	
95	أخرى (تحدد): _____	
98	لا أعرف	
1	نعم	18. هل يجب تحديد عدد المواليد في الأسرة؟
2	لا	
8	لا أعرف	
1A		19. كم عدد الأولاد الذين ترغب/ي بإنجابهم؟
1A		20. كم عدد البنات اللواتي ترغب/ي بإنجابهم؟
A	الزوج	21. من الذي يحدد عدد الأولاد في الأسرة؟
B	الزوجة	
C	الزوج و الزوجة معا	(يسمح بتعدد الإجابات)
D	الحماة	
95	أخرون (تحدد): _____	
98	لا أعرف	
1	نعم	22. هل تعرف/ي عن وسائل تنظيم الأسرة أو الوسائل التي تنظم الحمل؟
2	لا	
1	نعم	23. هل توافق/ي على تنظيم النسل/الاسرة؟
2	لا	
8	لا أعرف	

A	حيوب منع الحمل الشهرية	24. هل تعرف/ي أي من وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل التالية؟
B	اللؤلؤ الذي يركب داخل الرحم من قبل الطبيب	
C	الحقن بالإبر التي تعطى شهريا لمنع الحمل	
D	ربط القنوات الرحمية/ العملية	
E	فترة الأمان وهي حساب أيام الخصوبة الشهرية عند المرأة	(يسمح بتعدد الإجابات)
F	التعقيم للرجال	
G	العازل الواقي الذكري/ الكوندم	
H	الرضاعة الطبيعية	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
1	نعم	25. في منطقتك، هل سمعت أو قرأت عن وجود أماكن تقدم فيها خدمات لتنظيم الأسرة؟
2	لا	
1	ظهور الشعر في أماكن مختلفة كالذقن والعانة	26. أنت تعرف أن البنات والأولاد يدخلون في مرحلة البلوغ و يمررون بتغيرات جسمية ونفسية. ما هي مظاهر البلوغ عند الولد؟
2	عمق وغلظة الصوت	
3	خروج الحيوانات المنوية عند الذكور بالاحتلام وغيره	(يسمح بتعدد الإجابات)
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
A	نمو الثديين	27. ما هي مظاهر البلوغ عند البنات؟
B	نعومة الصوت	
C	ظهور الشعر في أماكن محددة من الجسم	(يسمح بتعدد الإجابات)
D	الحيض / العادة الشهرية	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
1	العمر بالسنوات لدى الأولاد	28. برأيك، بأي عمر يجب أن يبدأ الولد بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس؟
95	عند الزفاف	
1	العمر بالسنوات لدى البنات	29. برأيك، بأي عمر يجب أن تبدأ البنت بالتعرف على الأمور المتعلقة بالإنجاب و الجنس؟
95	عند الزفاف	
1	العمر بالسنوات	30. للفتيات، كم كان عمرك عند أول حيض لك؟
95	لا اعرف/ لا اتذكر/ غير متأكد	
98	لم تحدث للان	
A	لا تحتاج لمصدر ، أمور تعرف بطبيعتها	31. ما هي أهم المصادر التي عرفت منها عن حياتك وصحتك الجنسية كمرحلة البلوغ، الأجهزة التناسلية، وحدوث الحمل والحيض وغيرها؟
B	طبيب/ ممرضة	
C	المدرسة/ المعلمة	
D	الأم	
E	الأخت	
F	الصديقات او القريبات	(يسمح بتعدد الإجابات)
G	وسائل الإعلام/راديو، تلفزيون أو صحف	
H	الانترنت	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا انكر	
99	لم يكن عندي أي معلومة	
1	نعم	32. هل أنت خاطب/ مخطوبة؟
2	لا	
1	نعم	33. هل أنت الذي ( تختار/اخترت) زوجة/زوج المستقبل؟
2	لا	
8	لا أعرف	
1	بالسنوات	34. حسب رأيك، ما هو أنسب فارق عمري بين الزوج و زوجته؟
8	لا أعرف	
1	غير مقبول	35. حسب رأيك، هل من المقبول أن تكون المرأة

2	أمر عادي	متعلمة أكثر من الرجل ؟
3	مقبول إذا كان الزوج غني	
5	الأفضل أن يكونا في نفس المستوى	
6	أخرى (تحدد): _____	
8	لا تعرف	
1	الزوج	36. حسب رأيك، من يجب أن يكون أكبر في العمر، الزوج أم زوجته ؟
2	الزوجة	
3	نفس السن	
4	غير مهم	
8	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
1	غير مقبول	37. هل من المقبول ان تعمل المرأة للحصول على المال بعد الزواج؟
2	أمر عادي	
3	مقبول إذا كان الزوج غني	
5	الأفضل أن يكونا في نفس المستوى	
6	أخرى (تحدد): _____	
8	لا تعرف	38. إذا كانت المرأة تعمل: <b>(يسمح بتعدد الإجابات)</b>
A	يجب أن يكون هناك توازن في توزيع الأعباء داخل البيت بين الزوجين	
B	أعمال البيت هي فقط من واجبات المرأة	
C	الأعمال داخل البيت لا تحتاج لجهد أو وقت	
D	من العيب ان يشارك الرجل في الأعمال المنزلية	
95	أخرى (تحدد): _____	39. حسب ما تعرف، هل يتحدث الشباب بسهولة بمواضيع الصحة الانجابية والامور الجنسية؟
96	لا أعرف	
95	يرفض/ ترفض الإجابة	
98	لا أعرف	
1	نعم	
2	لا	
8	لا أعرف	
A	الأب	
B	الأم	
C	الإخوة	41. حسب رأيك، ما هي الأهمية التي يعطيها الشباب للجنس بصفة عامة ؟
D	الأخوات	
E	الأصدقاء	
95	أخرى (تحدد): _____	
1	أهمية قصوى	
2	أهمية متوسطة	
3	أهمية ضعيفة	
4	لا أهمية تذكر	
8	لا أعرف	43. ما هي الأمراض الجنسية التي تعرفها؟ <b>(يسمح بتعدد الإجابات)</b>
1	نعم	
2	لا	
A	السفلس/ الزهري ، Syphilis	
B	السيلان	
C	ظهور الفطريات او العفن على الجهاز التناسلي	
D	الايذس أو مرض نقص المناعة المكتسبة	
E	ظهور تواليل على الجهاز التناسلي	
95	أخرى (تحدد): _____	
98	لا أعرف أي منها	

A	العفة	44. هل تعرف/ي أي من الطرق التالية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	الامتناع عن الممارسات الجنسية المحرمة والممنوعة	
C	إجراء الفحوص الدورية للأمراض المعدية جنسياً	
D	استعمال الواقي الذكري	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
A	تسبب أمراض الجهاز التناسلي	45. حسب ما تعرف، ما هي الأضرار الجسمية التي قد تنجم عن الإصابة بالأمراض المنقولة الجنسية؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	تسبب العقم	
C	العجز الجنسي	
D	الإجهاض	
E	تشوه الجنين	
F	تؤدي إلى الموت	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
A	ممارسة الجنس بدون واقي/الكندوم	46. أي من الطرق التالية يمكن أن يصاب عن طريقها الشخص بالأمراض الجنسية المعدية؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	ممارسة الجنس دون استعمال وسيلة لمنع الحمل	
C	ممارسة الجنس خارج إطار الزواج	
D	ممارسة الجنس مع عدة أشخاص	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
1	نعم	47. هل تعرف/ي مكان إجراء فحص لأي من الأمراض الجنسية المعدية؟
2	لا	
8	لا أعرف	
A	يقضي على المناعة/ قاتل	48. هل من الممكن ان تعطيني تعريف لمرض الايدز، مرض نقص المناعة المكتسبة عافانا و عافاكم الله  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	مرض معدى مثل غيره	
C	مرض ليس له دواء	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
A	بالممارسة الجنسية مع غير الزوج أو الزوجة	49. أي من الطرق التالية يمكن أن يصاب عن طريقها الشخص بالإيدز؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	عن طريق نقل الدم غير المفحوص	
C	بتقبيل شخص مصاب	
D	بلسع الباعوض أو الناموس	
E	بالأكل مع مريض مصاب بالإيدز	
F	من الأم المصابة إلى جنينها	
G	باستعمال الحقن الملوثة	
H	المصافحة	
I	من أدوات طبيب الأسنان غير المعقمة بالطريقة الصحيحة	
J	عند ثقب الأذن/ الأنف أو الوشم في المكان غير المرخص صحياً	
95	أخرى (تحدد):	
98	لا أعرف	
1	نعم	50. هل تعرف/ي مكان إجراء فحص الايدز؟
2	لا	
A	الوالدان	51. ما هي مصادر المعلومات التي حصلت منها عن الصحة الإنجابية والجنسية، أي المصادر التي من خلالها استطعت الإجابة عن الأسئلة السابقة؟  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	الإخوة أو الأخوات	
C	الأصدقاء أو الأقارب	
D	المدرسة/ المناهج أو المدرسين أو المرشدين الاجتماعيين	
E	وسائل الإعلام/راديو، تلفزيون أو صحف	
F	الانترنت	
G	المنشورات أو المطبوعات	
95	أخرى (تحدد):	

98	لا أعرف/ غير متأكد(ة)	
A	إعلامهم بكل ما يتعلق بصحتهم	52. حسب رأيك، أي من الأمور التوعوية التالية يجب توفرها للشباب لتحسين صحتهم الجنسية والإنجابية  (يسمح بتعدد الإجابات)
B	تثقيفهم بكل ما يخص المخاطر المتعلقة بالجنس	
C	تثقيفهم عن كيفية تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس	
D	تثقيفهم عن كيفية حدوث الحمل	
E	تثقيفهم عن مختلف وسائل منع الحمل و كيفية استعمالها	
F	تقديم العناية و المتابعة الصحية للشباب عند حاجتهم	
G	توجيههم نحو خدمات الصحة الإنجابية والجنسية الملائمة	
H	ايجاد الخدمات للشباب في مختلف أماكن تواجدهم	
I	تقديم المشورة والنصيحة للشباب	
J	الإصغاء لمشاكلهم و مشاكلهم	
95	أخرى (تحدد): _____	
96	لا أعرف	
		53. أي من المواضيع في الصحة الإنجابية والجنسية تود أن تشرح لك في المراكز الشبابية؟

## **Executive summary**

This study was done to examine the knowledge, attitudes and practices of adolescents and youths regarding issues in reproductive and sexual health. The descriptive-exploratory methodology was used to collect the data using both the quantitative and qualitative approaches. The study was implemented on adolescents and youths living in six cities; i.e. Hebron city, Ramallah city, Nablus city, Jenin city, Gaza city, and Rafah city. This baseline study is part of a comprehensive project targeting adolescents and youth between the ages of 10 to 24 in the Gaza strip and the West Bank.

In the phase on adolescents, the study took place in two stages; i.e. the first stage and the second stage. A random sample of governmental schools was selected from a list of schools in each city. In the first stage, a pre-designed pre-tested questionnaire was used to collect data from 3926 students in the 9<sup>th</sup>-12<sup>th</sup> grades in the targeted six cities (two males and two females schools in each city). In the second stage, 1245 students from the same grades of the same schools were selected randomly (30%), and were personally interviewed using another pre-designed structured questionnaire.

In the phase on youth, a one stage study was done. Targeted youth clubs in the six cities, which were concerned with training programs on reproductive and sexual health issues, were approached. Seven youth clubs were selected by the organization supervising the part on training in the youth clubs in the original project, i.e. "the Youth- Friendly reproductive health information and services in Gaza and Hebron districts project". The targeted youths were unmarried individuals between ages 16-24 years who participated in the activities related to reproductive and sexual health in these clubs. Researches were able to collect 232 questionnaires from the youths who were eligible to be included in this study.

A third phase of the study was done to explore, assess, and evaluate the knowledge, attitudes and practices of those engaged in the management of youth clubs or the coordinators of the program in reproductive and sexual health in the targeted clubs. The focus group discussion technique was used for data collection.

Ethical considerations for all study stages were obtained from the Ministry of Higher Education. Students' and youths' consents were achieved before filling the questioners and before the interview.

The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) was used for data entry, cleaning and analyzing of the quantitative data. Averages and standard deviations were calculated for continuous data. Frequencies and univariate analysis were used for data description and analysis .

## **Results:**

### **A) Study results presentation are divided into 3 themes:**

#### ***First theme: Adolescents' and youths' opinions towards justice, gender equity and women empowerment.***

Results showed that adolescents recommend male to have a higher educational than the female, but 50% of the sample accepted the spouses to be from the same educational level. Also, adolescents recommended an average age 21 years for girls to marry compared to 25 years for males, with an age difference of 5 years between them (87% of participants). They also suggested the age category 20-22 years for females and 23-25 years for males to be the appropriate time periods for marriage, in a condition that males should be older, and that both males and females should be finishing their education. A 66% of adolescents encouraged women's work after marriage, and only 62% accepted her work for financial support. For equity in the family, 78% accepted that housekeeping and responsibilities should be divided equally between the spouses.

For youth, results showed that youths recommend a higher educational level for male than females, but 55% accepted that a female can have a higher educational level than the male. The age difference of 5 years was suggested to be the acceptable difference between the spouses. The appropriate time of marriage was suggested to be when she finishes her education but for males depends on God well. As for the age difference between spouses should not exceed the difference 5 years. A 75% of the youth encouraged woman's work, on a condition that housekeeping and responsibilities should be divided properly between the spouses.

***Second theme: Knowledge about reproductive and sexual health major issues, in particular puberty manifestations, issues related to sex and reproduction, and family planning***

Results showed that 40% of adolescents have utmost concerned with sex. They encourage that this concern for sex and reproduction should start before age 15 years, and they expect that adolescents generally speak freely in sexual and reproduction matters. Only 50% of adolescents had knowledge of males' puberty manifestations especially male's masturbation and other signs, which is also varied between the participations. The main source of such information was the school, followed by the relatives or friends, then parents, and then the radio and/or television.

For family planning, 53% of the adolescents agreed with this principle. Girls thought that it should done mutually between the spouses, but was not thought the same by the boys. Also, results showed that the knowledge of contraception methods was not inclusive of all means, and only 50% had knowledge about contraceptive pills and IUDs, but only 22% knew what is a condom. Also, family planning services were known to 35% only. The most important sources of information on reproductive and sexual health for adolescents were found to be the school, followed by the media and friends.

For youth, puberty manifestations was known by 80%. Youths encouraged girls and boys to start having information about sex and reproduction before age 15 years. A 59% of youths was thought to speak openly about sex and reproduction, and 50% was thought to have an utmost concerned with sex.

Of the youth 85.6% agreed on birth control/family planning, but 50% agreed on limiting family size. Youths agreed to have an average number of 2.79 for having a baby boy and 2.19 for having a baby girl. The number of children was thought by 82% to be agreed upon by the spouses. The knowledge of contraceptive methods was limited to oral contraceptive pills and IUD, then followed by the use of condoms and breastfeeding. But only 48% had never heard or read about the existence of places where family planning services are offered. The school was thought to be the first source of information on sexual and reproductive health for young people, followed by friends and the media.

***Third theme: knowledge of exposure and prevention of sexually transmitted diseases and AIDS***

Among adolescents, AIDS, gonorrhoea and syphilis were the most known STDs diseases known by the adolescents. Prohibited sexual relationships followed by abstinence were thought to be the most important method for preventing having an STDs disease. But, only 14.1% thought that condom is a possible method for those diseases prevention. A 75% of youth answered that AIDS is transferred between couples through prohibited sexual relations, followed by untested blood transfusions. Having STDs diseases was thought to cause death among 40% of the infected followed by 42% to have genital tract infections. However, knowledge of the presence of services for STDs testing was only known by 27.9% and only 27.7% knew where to test for HIV (AIDS).

A 95% of youths were aware of the existence of diseases that are transmitted sexually, in particular AIDS, followed by gonorrhoea and syphilis. AIDS was thought to be transmitted by 89% through blood transfusion with an unscreened bloods, and 85.8% thought it is contiguous between spouses. Method of prevention of STDs can be done through avoiding prohibited sexual relationships and abstinence, but only 40% thought that condom is a possible method for those diseases prevention. Death was thought to happen for 70% of the infected individuals with STDs, followed to have genital tract infections and possibly to be sexually impotence. Less than half of the participants knew about services for testing for STDs (48.9%) and AIDS (41%).

○According to the adolescents opinions, there is a need for an access for more resources of information on sexual relations risks, consequences and avoidance, also there was a need for guidance and counseling in all matters. Similarly, the youth were concerned to have more access to information on sexual relations risks, consequences and avoidance, but also they were concerned with their general health. The need for advice, guidance and counselling were also of importance.

**B) Third phase results of focus group discussion at the youth centers**

In the third phase knowledge of participants of reproductive and sexual health issues and themes were rather weak, although the group in Gaza city showed more knowledge and experience in this field. These results affected the prioritization method that was suggested by the two groups for the sexual and reproductive health issues in Palestine. In summary, the priority areas and topics were: physical and psychological changes that happen through adolescences periods, adolescence

as a physiological and psychological issues, sexually transmitted diseases, masturbation, consanguinity marriages, prohibited relationships between relatives, early marriage, the relationship of religion and sexual reproductive issues, educating couples before marriage.

The discussion about issues and topics presented at schools' curriculum and in the training materials at the youth centers that is related to sexual and reproductive health, the participants disagreed whether the school or the family should be the first and main source for information on such issues. But, the discussions ended with an agreement that there should a cooperation between the schools and families to ensure having the right information about these issues for the adolescents. Moreover, neither the two groups had a clear vision on which issues/topics, nor at which age these adolescents should be exposed to any of these information.

Participants supported the idea of having educational lectures for the adolescents and youths about the role of internet and satellite channels in discussing reproductive and sexual health issues. The groups suggested to have special topics of interest for training. These topics included "the needs and desires of adolescence", problems accompanying sexual growth, reproductive system, marriage types, infertility, fertilization and abortion , cancers of reproductive organs, homosexuality and sexual violence, and family relations and the relationship of fathers and sons. Topics that have not been encouraged or supported by the participants for training were those that are socially sensitive or that are incompatible with the religion.

In order to promote and educate adolescents, the participants recommended to use proper modern methods and techniques for reproductive and sexual health issues and topics such as a free educational internet sites that are easily accessible for adolescents and youth. Also, families recreational programs should be available, where all family members can watch together without fear of reservation to many of these topics "the whole family training approach". However, the participants recommended that there should be a governmental public policy for supervision and control over the internet cafes' services and material published in magazines and books.

Finally, the adolescents and youth in this study asked to have an access for more resources of information on sexual relations risks, consequences and avoidance, also having the proper guidance and counseling in all matters, in particular health issues. These findings were similar of those results found previously in several results. Therefore, there is a demand to have a proper, comprehensive, well-prepared training programs that are concerned directly with health awareness issues for adolescents and youth and meet their needs in the Palestinian community, in

particular topics and issues related to STDs, early marriage, consanguinity marriages, family planning, pregnancy, risky pregnancies and abortion, etc....

The main recommendations of these focus group discussions were: to develop a five-year or ten-years on reproductive and sexual health in Palestine; to have an advocacy for having legislations in reproductive and sexual health for adolescents and youth; and networking and coordination among the various providers in this areas. Participants also suggested the idea of establishing a hotline service or advisory TV channel for adolescents and youths. Thus, the institutionalization of reproductive and sexual awareness in the youth centers is an urgent need through providing the proper training programs that are supported by the proper educational materials that are prepared especially to cover the Palestinian most important topics and issues of reproductive and sexual health. These material should be supervised and controlled by the proper organizations or institutions. Also, there should be modern techniques for training such as internet and that is easy accessible for youth to utilize and benefit from all the available reliable and accurate needed information and resources therein at any time.