



مؤسسة لجان العمل الصحي

مسح احتياجات ومشاركة الشباب ٢٩-١٨ سنة بخدمات الصحة الإيجابية والجنسية





مؤسسة لجان العمل الصحي

مسح احتياجات ومشاركة الشباب ١٨-٢٩ سنة
بخدمات الصحة الإيجابية والجنسية

بتمويل من القنصلية السويدية العامة في القدس

تشرين الثاني ٢٠١٩

المحتويات

٦	الفصل الأول.....
٦	مقدمة.....
٦	منهجية الدراسة.....
٩	الفصل الثاني.....
٩	مراجعة الادبيات.....
١٤	الفصل الثالث.....
١٤	نتائج الدراسة.....
١٤	١. العلاقات الزوجية
١٩	٢. المعرفة بالصحة الإنجابية والجنسية
٢٤	٣. التغيرات الحسدية عند البلوغ
٢٧	٤. الحقوق الإنجابية والجنسية
٢٩	٥. الوصول الى خدمات الصحة الإنجابية
٣٥	٦. المعرفة بالامراض المنقولة جنسيا
٣٦	٧. الإيدز
٣٨	٨. المواقف تجاه العنف المبني على النوع الاجتماعي
٤٠	٩. معرفة الشباب بوجود مراكز تقدم خدمات حماية او مساعدة للمعنفات
٤٢	١٠. المشاركة
٤٤	الفصل الرابع.....
٤٤	استنتاجات.....
٤٦	توصيات.....

قائمة الجداول

- ٧ جدول ١: توزيع العينة حسب مكان المقابلة
- ٨ جدول ٢: توزيع افراد العينة حسب الجنس والعمر وبعض الخصائص الخلفية
- ١٤ جدول ٣: [متوسط العمر المناسب للزواج وفق وجهة نظر الشباب حسب الجنس والعمر](#)
- ١٥ جدول ٤: نسبة الذكور والإناث الذين اشاروا ان سن الزواج المناسب دون سن ١٨ سنة و١٨-٢٠ سنة
- ١٦ جدول ٥: متوسط عمر الام المناسب عند إنجاب المولود الاول وفق وجهة نظر الشباب حسب الجنس والعمر
- ١٧ جدول ٦: متوسط الفترة المناسبة (بالأشهر) للمباعدة بين المولود الأول والذي يليه
- ١٨ جدول ٧: التوزيع النسبي للشباب حسب قرار اختيار شريك الحياة
- ١٨ جدول ٨: [التوزيع النسبي للشباب حسب مودة فهم من بعض العبارات الخاصة بالعلاقات الزوجية والجنس والعمر](#)
- ١٩ جدول ٩: التوزيع النسبي للشباب حسب معرفتهم بمكونات الصحة الإنجابية والجنسية
- ٢١ جدول ١٠: نسبة الشباب الذين حصلوا على احدى مكونات الصحة الإنجابية حسب مصدر المعلومات
- جدول ١١: نسبة الشباب الذين تعرفوا* على مفهوم تنظيم الاسرة والذين اشاروا الى تعريف خاطئ لتنظيم الاسرة والذين لم يعرفوا مفهوم تنظيم الاسرة
- ٢٢
- ٢٣ جدول ١٢: نسبة الشباب الذين سمعوا عن وسائل تنظيم الاسرة
- ٢٤ جدول ١٣: نسبة الشباب الذين يعرفون وسائل تنظيم الاسرة حسب مصدر المعلومات
- ٢٥ جدول ١٤: التوزيع النسبي للشباب حسب معرفتهم بالتغيرات الجسدية التي تظهر على الذكور عند البلوغ
- ٢٥ جدول ١٥: التوزيع النسبي للشباب حسب معرفتهم بالتغيرات الجسدية التي تظهر على الفتيات عند البلوغ
- ٢٦ جدول ١٦: نسبة الشباب حسب معرفتهم* بالتغيرات الجسدية التي تظهر على الذكور عند البلوغ
- ٢٦ جدول ١٧: نسبة الشباب حسب معرفتهم* بالتغيرات الجسدية التي تظهر على الفتيات عند البلوغ
- جدول ١٨: نسبة الشباب الذين يعرفون على الاقل واحدة من التغيرات التي تظهر على الذكور والاناث عند البلوغ حسب مصدر المعلومات
- ٢٧
- ٢٨ جدول ١٩: التوزيع النسبي للشباب حسب معرفتهم* بالحقوق الإنجابية والجنسية
- ٢٩ جدول ٢٠: نسبة الشباب الذين سمعوا عن مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية وجنسية
- جدول ٢١: نسبة الشباب الذين سمعوا عن مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية وجنسية حسب مصدر المعلومات
- جدول ٢٢: نسبة الشباب الذين سمعوا عن مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية ويعرفون طبيعة الخدمات التي تقدمها تلك المراكز
- ٣٠
- جدول ٢٣: نسبة الشباب الذين احتاجوا الى خدمة من مراكز الخدمات الصحية خلال السنة الماضية
- ٣١ جدول ٢٤: نسبة الشباب الذين تلقوا الخدمة المطلوبة من مراكز الخدمات الصحية خلال السنة الماضية
- جدول ٢٥: نسبة الشباب الذين تلقوا الخدمة المطلوبة من مراكز الخدمات الصحية خلال السنة الماضية حسب نوع الخدمة
- ٣٢
- جدول ٢٦: نسبة الشباب الذين تلقوا الخدمة المطلوبة من مراكز الخدمات الصحية حسب مكان تلقي الخدمة
- ٣٤ جدول ٢٧: التوزيع النسبي للشباب حسب مدى رضاهم عن الخدمة المقدمة
- ٣٥ جدول ٢٨: نسبة الشباب الذين سمعوا عن احد الامراض المنقولة جنسيا
- ٣٥ جدول ٢٩: نسبة الشباب الذين سمعوا عن احد الامراض المنقولة جنسيا حسب المرض
- ٣٦ جدول ٣٠: نسبة الشباب الذين سمعوا عن احد الامراض المنقولة جنسيا حسب مصدر المعلومات
- ٣٧
- جدول ٣١: نسبة الشباب الذين سمعوا عن الإيدز
- ٣٧ جدول ٣٢: نسبة الشباب الذين يعرفون طرق الوقاية من مرض الإيدز
- جدول ٣٣: نسبة الشباب الذين اشاروا الى مفاهيم خاطئة على انها طرق وقاية من مرض الإيدز
- ٣٨
- جدول ٣٤: نسبة الشباب الذين افادوا ان مرض الإيدز يمكن ان ينتقل من الأم إلى طفلها
- ٣٨
- جدول ٣٥: نسبة الشباب الذين يعرفون احد انواع العنف المبني على النوع الاجتماعي حسب النوع
- ٣٩

- ٤٠ جدول ٣٦: نسبة الشباب الذين يبررون ضرب الزوج لزوجته في حالات محددة
- ٤١ للمعنفات
- ٤١ جدول ٣٨: نسبة الشباب حسب موقفهم من توجه المعتنفين للحصول على خدمات من جهات مختصة
- ٤٢ جدول ٣٩: التوزيع النسبي للشباب حسب مشاركتهم في أنشطة تتعلق بالصحة والإنجابية والجنسية
- ٤٣ جدول ٤٠: نسبة الشباب الذين قاموا او ساهموا بمبادرات فردية او جماعية في قضايا تتعلق بالصحة الإنجابية

قائمة الاشكال البيانية

- ٢١ شكل ١: نسبة الشباب الذين تعرفوا على مكونات الصحة الإنجابية
- ٢٣ شكل ٢: نسبة الذين سمعوا عن وسائل تنظيم الاسرة حسب معرفتهم بنوع الوسيلة

الفصل الأول

مقدمة

جاء تنفيذ هذه الدراسة لصالح لجان العمل الصحي في فلسطين، وذلك بهدف دراسة مدى المام الشباب من الاعمار ١٨-٢٩ سنة الذين تستهدفهم اللجان في عملها من طلبة الجامعات والمتطوعين في المؤسسة، بقضايا الصحة الإنجابية والجنسية والاحتياجات غير الملباه وكذلك التعرف على مدى توفر برامج لدى المؤسسات المختلفة تساهم في مشاركة الشباب وتطوير للتوعية الشاملة وتوفير الخدمات لهم في هذا المجال.

تم اعتماد منهجية مزدوجة شملت اساليب نوعية وكمية حيث:

- تم في الجانب الكمي تصميم استمارة تشتمل على العديد من الاقسام المتعلقة بالمواضيع التي تتعلق بهدف الدراسة، اضافة الى المعلومات الاساسية عن الافراد الذين استهدفتهم الدراسة فقد اشتملت الاستمارة على المواضيع الاتية: العلاقات الزوجية، المعرفة بالصحة الإنجابية والجنسية، المعرفة بالتغيرات المرتبطة بالبلوغ عند الشباب، الحقوق الإنجابية، الوصول لخدمات الصحة الإنجابية، المعرفة بالامراض المنقولة جنسيا، المعرفة بمرض الايدز، العنف. اضافة الى النواحي المعرفية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية تطرقت الدراسة الى مفاهيم وسلوكيات المبادرة والمشاركة لدى الشبابتم جمع البيانات من خلال فريق مؤهل تم تدريبه على الية اجراء المقابلة واستيفاء الاستمارة من خلال مقابلات مباشرة مع الشباب المستهدفين، وقد تم جمع البيانات خلال شهر تشرين اول من العام ٢٠١٩.

- اضافة لذلك فقد تم في ضمن المنهجية النوعية اجراء عدد من المجموعات البؤرية التي استهدف عددا من الشباب الذين يتلقون خدمات من المراكز التابعة للجان العمل الصحي وعقد لقاءات مع صناع القرار والمؤسسات العاملة في المجال.

يسلط هذا التقرير الضوء على ابرز النتائج التي خلصت اليها هذه الدراسة، والتي نامل ان تساهم في تلبية احتياجات المخططيين في لجان العمل الصحي في سبيل تطوير خدمات الصحة الإنجابية والجنسية المقدمة للشباب من خلال مراكزهم وكذلك الجهات الاخرى التي تقدم مثل هكذا خدمات.

منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة منهجية شاملة تركز على جانب كمي واخر نوعي يهدف الى تغطية واسعة وتحليل عميق لجميع متغيرات البحث من وجهة نظر مجموعة من اصحاب الشأن مثل الشباب، العاملين في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، الخبراء الوطنيين وصناع السياسة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

	الجنس				المجموع	أهم المؤشرات
	اناث		ذكور			
	النسبة	العدد	النسبة	العدد		
الجنس					٦٧٢	
ذكور			٥١.٩		٣٤٩	
اناث			٤٧.٨		٣٢١	
العمر						
١٨-٢٤	٨٩.٤	٢٨٦	٨٧.٦	٣٠٥	٨٨.٥	٥٩١
٢٥-٢٩	١١.٥	٣٤	١٢.٤	٤٣	١١.٥	٧٧
نوع التجمع						
حضر	٥٣.٦	١٧٢	٣٨.٢	١٣٣	٤٥.٦	٣٠٥
ريف	٣٨.٦	١٢٤	٥٠.٦	١٧٦	٤٤.٨	٣٠٠
مخيم	٧.٨	٢٥	١١.٢	٣٩	٩.٦	٦٤
حالة الالتحاق بالتعليم						
ملتحقه حاليا	٧٨.٨	٢٥٣	٨١.٠	٢٨١	٧٩.٩	٥٣٤
غير ملتحقه	٢١.٢	٦٨	١٩.٠	٦٦	٢٠.١	١٣٤
اعلى مستوى دراسي وصلات اليه						
اقل من الاساسي	٠.٩	٣	٠	٠	٠.٤	٣
اساسي	٥.٩	١٧	١.٤	٥	٣.٣	٢٢
ثانوي	٨١.٩	٢٦٣	٨٤.٢	٢٩٣	٨٣.١	٥٥٦
تعليمه عالي	١١.٩	٣٨	١٤.٤	٥٠	١٣.٢	٨٨
الحالة العملية						
يعمل/تعمل لحسابها او لدى الاخرين	٤.٤	١٤	٣٦.٨	١٢٨	٢١.٢	١٤٢
لا يعمل الا تعمل	١٩.٣	٦٢	٦.٣	٢٢	١٢.٦	٨٤
متفرغه للدراسة	٧٦.٣	٢٤٥	٥٦.٩	١٩٨	٦٦.٢	٤٤٣
الحالة الزوجية						
لهم يتزوج ابدا	٧٩.٢	٢٣٢	٨٥.٦	٢٩٨	٧٩.٢	٥٣٠
عاقد قران ولم يتم الدخول	٦.٠	٢٥	٤.٣	١٥	٦.٠	٤٠
متزوجه	١٤.٢	٦٠	١٠.١	٣٥	١٤.٢	٩٥
مطلقة	٠.١	١	٠	٠	٠.١	١
منفصلة	٠.٤	٣	٠	٠	٠.٤	٣
ارملة	٠	٠	٠	٠	٠	٠

شمل الجانب الكمي للدراسة تعبئة استمارات من قبل الشباب من خلال مقابلة ٦٧٢ فردا في الفئة العمرية ١٨-٢٩ سنة منهم ٣٤٩ ذكر و٣٢١ أنثى. وقد قام فريق من الباحثات والباحثين لميدانيين بإجراء مقابلات مع هؤلاء الشباب واستيفاء استمارة اعدت خصيصا لهذا الغرض في ٤ جامعات وطنية وهي جامعة النجاح الوطنية وجامعة بيرزيت وجامعة القدس وجامعة البوليتكنك في الخليل، إضافة الى استهداف مجموعة من الشباب المتطوعين في المراكز التابعة للجان العمل الصحي في كل من مراكز قلقيلية وطوباس وعورنا ونابلس وبيت ساحور وححول والبلدة القديمة في الخليل.

جدول ا: توزيع العينة حسب مكان المقابلة

توزيع العينة	عدد المشاركين	ذكور	اناث
الجامعات: النجاح، القدس، ابو ديس، البولتكنك، بيرزيت	٥٠٣	٢٦١	٢٤٢
مراكز مؤسسة لجان العمل الصحي	١٦٩	٨٨	٨١
المجموع	٦٧٢	٣٤٩	٣٢٣

المجموعات البؤرية:

إضافة الى الجزء الكمي من الدراسة فقد تم عقد ٤ مجموعات بؤرية في اربعة مواقع في شمال الضفة الغربية وجنوبها، فقد تم عقد هذه المجموعات في المراكز التابعة للجان العمل الصحي. استهدفت المجموعات كل من الذكور والاناث، حيث تم عقد مجموعتين استهدف الذكور فيما استهدف المجموعتان الاخرتان الاناث، وقد تم الاستعانة بنتائج المجموعات البؤرية في تعزيز بعض الاجابات التي توصل اليها المسح الكمي.

المؤسسات العاملة في مجال الصحة الإنجابية والجنسية:

اشتملت الدراسة ايضا على اعداد تقرير حول المؤسسات التي تقدم خدمات صحة إنجابية وجنسية (انظر ملحق رقم ا)، حيث يبرز التقرير وصف لاهم المؤسسات التي تدير برامج او أنشطة في مجال الصحة الإنجابية، وقد استندت المعلومات الواردة بشأن كل مؤسسة على المقابلات الميدانية مع ادارة هذه المؤسسات.

جدول ٢: توزيع افراد العينة حسب الجنس والعمر وبعض الخصائص الخلفية

الفصل الثاني

مراجعة الادبيات

وفق تعريف منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٦ WHO، فان الصحة الإنجابية والجنسية تعني الكينونة السليمة wellbeing البدنية والمعنوية (العاطفية والاجتماعية) على صعيد كافة المسائل المتعلقة بالجهاز التناسلي. ويشمل ذلك ان الناس قادرون علي الحصول علي حياه جنسية مرضية ومأمونة، وعلي القدرة علي الإنجاب، وحرية تقرير ما إذا كانوا يريدون ذلك، ومتى، وعدد مرات القيام بذلك، وعدم التعرض للاجهاض غير الامن، عدوى الامراض الجنسية، العنف الجنسي. وقد طرح مفهوم الصحة الجنسية والإنجابية في المؤتمر الدولي المعني بالسكان والتنمية في ال١٩٩٤، حيث عرفت الرعاية الصحية التناسلية بأنها "حاله من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي الكامل وليس مجرد غياب المرض أو العجز، في جميع المسائل المتعلقة بالجهاز التناسلي، وبوظائفه وعملياته.

اشارت منظمة الصحة العالمية، انه ومنذ أوائل العقد الأول من القرن العشرين، أحرز تقدما كبيرا عالميا نحو تحسين مؤشرات الصحة الإنجابية الرئيسي، حيث:

- انخفض معدل الوفيات في فترة ما قبل الولادة بحوالي الربع، من ٩.٥ وفاة في فترة ما قبل الولادة لكل ١٠٠٠ في ٢٠٠٠ إلى اقل من ٧.٤ في ٢٠١٣
 - وشهد متوسط معدل الوفيات النفاسية أيضا انخفاضا بأكثر من النصف، من ٣٣ وفاة نفاسية لكل ١٠٠٠٠ ولادة حية في ٢٠٠٠ إلى ١٦ في ٢٠١٥.
 - زاد معدل انتشار وسائل منع الحمل، باستخدام الأساليب الحديثة، قليلا من ٥٥.٦ في المائة في ٢٠٠٠ إلى ٦١.٢ في المائة في ٢٠١٥، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى زيادة الاستخدام في أوروبا الشرقية والجنوبية.
 - انخفض معدل الإجهاض من ٤٨٩ حالة إجهاض لكل ١٠٠٠ مولود حي في ال٢٠٠٠ إلى ٢٢٨ في ٢٠١٣.
- ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات امام الصحة الإنجابية في المنطقة الأوروبية:
- يمثل الإجهاض غير الامن نسبة تصل إلى ٢٠ في المائة من جميع الوفيات أثناء الحمل في عدة بلدان، وتشير التقديرات إلى ان الدول الأعضاء في أوروبا الوسطي والشرقية لديها اعلي معدلات الإجهاض في العالم.
 - الاحتياجات غير الملبية في مجال تنظيم الأسرة، استنادا إلى أحدث البيانات المتاحة، تتراوح بين ٥ في المائة و ٢٣ في المائة تقريبا في الدول الأعضاء في المنطقة الأوروبية.
 - لا يزال العديد من الناس في المنطقة يفتقرون إلى المعلومات عن الحياة الجنسية وتنظيم الأسرة والحمل والولادة والامراض المنقولة جنسيا والعقم والوقاية من سرطان عنق الرحم وانقطاع الطمث.

اما على صعيد المنطقة العربية، فقد اشارت دراسة نشرتها مجلة BMJ، أن المحظورات الثقافية تحد من امكانية حصول الشباب علي الخدمات والمعلومات الجنسية والإنجابية، اذ تتميز المنطقة العربية ، رغم تنوعها ، بالنظم الاجتماعية الابوية والهياكل الاسرية التي تعطي اهمية لدور الرجل في المجالين العام والخاص، ولم يطعن في هذه الحالة الا مؤخرًا السياسات العامة والإصلاحات في قوانين الأسرة. منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة عام ١٩٩٤، تعهدت الحكومات بتحسين الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين من خلال توفير خدمات صحية متكاملة بما في ذلك وسائل منع الحمل لممارسه النشاط الجنسي المراهقين والتثقيف الصحي، ولا تزال معظم مناطق العالم اقل بكثير من هذه التوصيات ، ولا سيما بالنسبة للشباب غير المتزوجين ، ولكن تلك الموجودة في البلدان العربية تفتقر بشكل خاص إلى النقص في غياب الخدمات الصحية المناسبة

ولا تتبنى الخدمات الصحية الحكومية في المنطقة العربية الاحتياجات الخاصة للشباب أو تعزز المناخ الذي يدعمهم، ونتيجة لذلك يلتمس البعض من الشباب اللجوء لمصادر غير حكومية للحصول على المساعدة بشأن قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، وحتى ان توفرت هذه الخدمات، فانه لا تزال هناك حواجز اجتماعية كثيرة، والاستثناء من هذا الاتجاه هو تونس، التي إنشأت عيادات صحية للمراهقين مفتوحة امام الشباب غير المتزوجين، وأنشأت أيضا عيادات صحية مدرسية في جميع المدن الرئيسية. وتشمل هذه العيادات تقديم المشورة والمعلومات عن الصحة الإنجابية وأحاله العملاء إلى المشورة المتخصصة أو العلاج إذا لزم الأمر.

ويمكن تلخيص الفجوات في موضوع الوصول لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية في المنطقة العربية بالآتي:

١. عدم تلبية احتياجات الشباب العربي من الصحة الإنجابية بشكل كامل بسبب عزوف المجتمع عن معالجه هذه القضايا والحساسيات الثقافية والدينية
٢. ولا تعترف الخدمات الصحية عموما بالاحتياجات الخاصة لهذه الفئة العمرية ، ولا سيما الأشخاص غير المتزوجين
٣. ولا يعرف الا القليل عما يريده الشباب أنفسهم من حيث خدمات الصحة الجنسية والإنجابية
٤. الصراع المتفشي في المنطقة له اثار خطيره علي الصحة الجنسية والإنجابية للشباب

محليا يمكن القول ان فلسطين ليست بمعزل عن بقية المنطقة العربية وان مسألة الصحة الإنجابية والجنسية واحدة من القضايا التي لا زالت تطرح بقدر لا يرتقي الي المستوى الذي نتطلع اليه.

بلغت نسبة الشباب الفلسطيني في العمر ١٨-٢٩، ٢٣% من مجمل السكان عام ٢٠١٧، اي ان حوالي ربع السكان هم من الشباب وهذا يعني ان هذه الشريحة يجب ان تولي باهتمام خاص فيما يتعلق بكافة الخدمات في العديد من المجالات ولا سيما خدمات الصحة الإنجابية والجنسية منها، وقد نفذ الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني عدد من المسوح الاسرية الخاصة بالشباب للتعرف على واقع هذه الشريحة، كان اخرها في العام ٢٠١٥، وان ركزت على العمر ١٥-٢٩.

وعلى الرغم من الأعداد المتزايدة من الشباب فإن هناك محدودية في وفرة مراكز العناية والتثقيف للشباب وغيرهم، حيث تفيد دراسة نفذتها مؤسسة الأغاثة الطبية أن هناك ١٨ مؤسسة (٩ الضفة الغربية و٨ في قطاع غزة باستثناء وكالة الغوث التي لم تتعاون مع طاقم الدراسة) يقدمون خدمات الصحة الإنجابية والجنسية للشباب والمراهقين غالبية هذه المؤسسات تقدم خدمات تنظيم الأسرة وفق وسائل مختلفة، خدمات ما قبل وما بعد الولادة، والتوعية بشأن سرطان الثدي، وخدمات الإرشاد الاجتماعي والنفسي.. وتفيد نتائج الدراسة أن غالبية خدمات هذه المؤسسات تقدم للنساء المتزوجات.

ويبدو أنه بالرغم من الأهمية الكبيرة لأمور الصحة الإنجابية والجنسية فإن الموضوع لم تحظى بالدراسة العميقة، حيث أشار مجموعة باحثين أنه في الفترة الواقعة بين ٢٠٠٠-٢٠١٧ تم تنفيذ ما يقارب من ١٣٦ دراسة ذات صلة بالصحة الإنجابية تمت وفق معايير منهجية جديدة وشملت الفئات الأكبر من ١٥ سنة وغيرها من المعايير. ووفق هذه الدراسة فإن الغالبية الساحقة من هذه الدراسات هي دراسات وصفية تقوم على الملاحظة (٧٥% من إجمالي الدراسات)، بينما هناك ندرة في الدراسات البحثية التطبيقية. أما بالنسبة للمواضيع التي ركزت عليها هذه الدراسات تناولت الحمل والولادة، وسائل منع الحمل، عناية ما بعد الولادة، وغيرها من الأمور المنفرعة عن هذه العناوين. وقد لاحظت هذه الدراسة أنه من بين أقل المجالات التي تم دراستها المواضيع ذات الصلة بالصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين، حيث لاحظت الدراسة أنه من بين إجمالي الدراسات هناك دراسة واحدة فقط تناولت هذا الموضوع وترى الدراسة أن ذلك عائد لكون المجتمعات العربية لا تعتبر الصحة الجنسية موضوع ذو أولوية، وعالمياً فإن الأنشطة الترويجية في هذا المجال تواجهها تحديات أيضاً على صعيد الاستمرارية، وقد شملت الاستراتيجية العالمية لصحة الأم والطفل والمراهقة تشجيعاً على إجراء دراسات في هذا المجال.

وقد أوضحت ذات الدراسة بأن غالبية المراهقين والشباب يميلون إلى اعتبار أن عيادات ومواضيع الصحة الإنجابية والجنسية أنه موضوع يخص النساء والرجال المتزوجين فقط، وتلعب المعتقدات الدينية والثقافة المحلية دوراً كبيراً في ضعف التثقيف والمعلومات لدى فئات الشباب والبنات غير المتزوجين، كما أن موضوع الجنس قبل الزواج والأجهاض موضوعان ذات حساسية دينية وقيمية، وعلى الرغم من أهمية هذين الموضوعين فإن السياق الديني والقيمي يحجب معرفة حجم وعدد حدوث هذه الظواهر على مستوى المجتمع الفلسطيني. حيث هناك تقديرات بحدوث أكثر من مليون حالة أجهاض غير آمن تحدث سنوياً في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

هناك العديد من التحديات أمام تعميق معرفة الشباب بالأمور ذات الصلة بالصحة الإنجابية والجنسية، كما توصلت إليه دراسة حول موقف وإدراك الشباب الذكور بالجوانب الصحية الإنجابية والجنسية إلى مستوى معرفة واهتمام الذكور للمشاركة في الجوانب ذات الصلة بالصحة الإنجابية والجنسية، وتؤكد الدراسة أن هذا الأمر لا يتعلق بتوفر مصادر المعلومات، بل إن العقبة الرئيسية في هذا الشأن تتمثل بالثقافة المجتمعية والذهنية الذكورية واعتبار هذه المواضيع تخص البنات أساساً. وقد أوضحت الدراسة أن هناك أدوار لمصادر المعلومات الرسمية (المدرسة والأسرة) وغير رسمية مثل الأصدقاء والانترنت والشارع. وقد أشارت الدراسة أن العديد من المشاركين في النقاشات أشاروا إلى أن التغيير يبدأ على مستوى المصادر الرسمية مثل العمل مع الأزواج في الأسرة وفي المدارس، وفيما يختص بأساليب تناول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية من جانب النساء أوضحت النقاشات في إطار هذه الدراسة على أمور تتعلق بصحة الأم والطفل والحمل والعناية ما قبل وما بعد الولادة وذلك لارتباط حاجة النساء لإيجاد ملاذ آمن لتلقي العناية

الصحية الضرورية، وهذا يؤكد على أهمية تناول العناية الصحية للمرأة بطريقة شمولية. توصلت الدراسة الى استنتاجات وتوصيات تمحورت الى ضرورة اعتماد مبدأ الحق في الصحة في تناول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية ويجب ان يتضمن هذا المبدأ الى تغيير نمط الادوار الجندرية بما يعنيه ذلك ان العمل مع الرجال جزء حيوي للوصول للمساواة الجندرية الأمر الذي يؤثر جوهريا على المواقف والممارسات ذات الصلة بالصحة الإنجابية والجنسية وبالتوازي مع العمل على تغيير مواقف الرجال يجب استمرار العمل لتمكين النساء والفتيات. وبينت الدراسة الى ضعف وجود مبدأ الحق في الصحة مما يستوجب اولا تطوير مفهوم محدد للحق في اطار السياق الاجتماعي-الاقتصادي والثقافي السائد. واخيرا التأكيد ان الصحة الإنجابية والجنسية ليس مسألة صحية وحسب، بل هي جزء عضوي من الديناميكية الاجتماعية-السياسية في البلد ابتداء من ضبط النمو السكاني الى بلورة الادوار الجندرية وموازين السلطة المجتمعية، والصحة الإنجابية والجنسية هي بالحقيقة موضوع حول القانون والسياسة والدين والتعليم والجندر والعادات السائدة. وانتهت الدراسة الى توضيح نظرية التغيير الشمولية التي تتناول ثلاثة مستويات تتمثل في ان التغيير يتطلب وقتا طويلا لان العادات والادوار الجندرية تتغير ببطء، لا يمكن ضبط التغيير والنجاح لا يلاحظ بسهولة نظرا لتعدد الاطراف والعوامل الاجتماعية التي لا تتغير فوريا، والتغيير يحدث على المستوى الفردي والاجتماعي وعلى مستوى البيئة القانونية.

وبذات الاتجاه اكدت حالة دراسية اعدت من اطار رسالة دكتوراه الى تدني انتشار الحقوق الإنجابية والجنسية حيث يجري انتهاك هذه الحقوق، ان الثقافة العربية تمنع المناقشة العلنية للمفاهيم المتعلقة بهذه الجوانب الصحية

التمتع بالحقوق ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية تتطلب جوانب متعددة منها ان يتمكن الناس من الحصول على معلومات دقيقة وطريقه مأمونه وفعاله وميسوره ومقبوله لتنظيم الاسرة بحيث تتم امور الصحة الإنجابية والجنسية من اختيارهم، ويجب إبلاغهم وتمكينهم من حماية أنفسهم من الامراض المنقولة جنسيا. وعندما يقررون إنجاب الأطفال ، يجب ان تحصل فرد الحق في ان يتخذ خياراته الخاصة بشأن صحته الجنسية والإنجابية. ومن اجل تحقيق نتائج وتقديم على صعيد تعميم هذه الحقوق يجب العمل مع طائفة واسعة من الشركاء من أجل تحقيق هدف تعميم الحصول علي الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة

وفق دراسة اعدتها مؤسسة مفتاح بالشراكة مع عدة مؤسسات دولية ومحلية تناولت تقييم الصحة الإنجابية والجنسية والحقوق المرتبطة بها، وشملت مستوى الوصول لمعلومات حول وسائل منع الحمل، وخدمات الاجهاض الامن، رعاية الامومة لضمان الحمل الامن والطفولة السليمة، الوقاية من الامراض الجنسية، التثقيف والتوعية الجنسية، العنف ضد النساء، والنمطية الجندرية، والمشاركة والمساءلة فقد توصلت الدراسة انه خلال العشرين سنة الماضية حدث تحسن جوهري على عدة اصعدة منها تدني نسبة وفيات الولادة، وبلورة قوانين لمجابهة العنف ضد النساء، وقيام الحكومة بجهود كبيرة لمواجهة مرض الإيدز على الرغم من وجود بعض الفجوات، وغيرها من الانجازات، بالرغم من ذلك فقد بينت الدراسة ان هناك قضايا لا تزال بحاجة للمعالجة، منها اقرار قانون حول الصحة الإنجابية والجنسية على غرار قانون الاحوال الشخصية والقانون الجنائي، اضافة الى ضرورة ادماج مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية في نظام التعليم المدرسي، كما ان هناك مستوى متدني من مشاركة الشباب والمرأة وغيرها من الامور ذات الصلة. وقد اوصت الدراسة الى ضرورة جمع البيانات والمعطيات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية، والى ضرورة التأثير بالسياسات لضمان حق النساء للوصول للمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية.

صادق الرئيس في الفترة الاخيرة على قانون يحدد سن الزواج القانوني للشباب والفترة بثمانية عشرة سنة، وسيبدأ تطبيق هذا القانون في التاسع والعشرين من كانون اول الجاري، حيث تم نشره في الجريدة الرسمية. وعلى الرغم من ان القانون استثنى بعض الحالات والتي اثارته تحفظا لدى العديد من المؤسسات العاملة في المجال الحقوقي ومجالات الصحة الإنجابية والجنسية وقضايا العنف، الا ان ذلك يعتبر خطوه مهمة في الحد من ظاهرة الزواج المبكر (دون سن ١٨ سنة) وتعزيز الحقوق الإنجابية والجنسية وهذا يعني ضرورة تضافر كافة الجهود من اجل تطبيق ما ورد في القانون لدرء المخاطر الناجمة عن الزواج المبكر بعيدا عن أي موروث ثقافي او اية امور مرتبطة بالعادات والتقاليد.

عموما كما تم استعراضه في عدة دراسات يمكن الاشارة الى امرين اساسيين:

- اولهما، ان غالبية الدراسات التي تمكن فريق الدراسة من الوصول اليها تتناول جوانب الصحة الإنجابية والجنسية لفئات الرجال والنساء عموما او التركيز على فئات المراهقين، ولم تقع ايدينا على دراسات الصحة الإنجابية والجنسية متخصصة بفئة الشباب من اعمار ١٨-٢٩ ومن طلبة الجامعات تحديدا.
- وثانيهما، ان هناك اتفاق على ان الصحة الإنجابية تشتمل على طائفة واسعة من القضايا الصحية، بما في ذلك تنظيم الأسرة؛ رعاية صحة الام والوليد؛ الوقاية والتشخيص والعلاج من الامراض المنقولة جنسيا، بما في ذلك فيروس نقص المناعة المنقولة؛ المراهقات الإنجابية؛ فحص سرطان عنق الرحم؛ الوقاية من العقم والاداره، وتهدف هذه الخدمات إلى منع الامراض الجنسية والإنجابية السيئة، مثل مضاعفات الحمل والولادة، والحمل غير المرغوب به، والإجهاض غير المأمون، والتعقيبات الناجمة عن الامراض المنقولة جنسيا، والعنف الجنسي، ووفاه النساء من سرطان يمكن تجنبه.

استندت المحاور والمؤشرات والمتغيرات التي وردت في هذه الدراسة التي بين ايدينا الى مؤشرات دولية ومحلية واقليمية معتمدة ويتم قياسها بنفس المنهجية في العديد من الدول، فالمؤشرات المتعلقة بالحقوق الإنجابية والجنسية والمعرفة هي مؤشرات طورها صندوق الامم المتحدة للسكان والتي يتم قياسها في المسوح المتعلقة بالشباب في المنطقة العربية وكذلك المؤشرات التي تقيسها منظمة الصحة العالمية بالشراكة مع وزارات الصحة في المنطقة العربية والخاصة بالوصول الى خدمات الصحة الإنجابية وغيرها، في حين تم الاعتماد على المؤشرات التي تتعلق بمعرفة مرض الإيدز وطرق الانتشار والوقاية منه التي طورتها يونيسف والتي يتم قياسها في المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي ينفذ في اكثر من ١٨٠ دولة على مستوى العالم بما فيها فلسطين. محليا فقد تم الاعتماد على المؤشرات المرتبطة بقياس الخصائص العامة للشباب المستهدفين في الدراسة وتلك المتعلقة بالاراء الخاصة بالعلاقات الزوجية على ما يعتمده الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني.

استنادا الى المعطيات المستخلصة من مختلف الجهات والمراجع والدراسات والخبرات، فقد تم تصميم هذه الدراسة لتشمل مواضيع تتعلق بالعلاقات الزوجية، المعرفة بالصحة الإنجابية والجنسية، المعرفة بالتغيرات المرتبطة بالبلوغ عند الشباب، الحقوق الإنجابية، الوصول لخدمات الصحة الإنجابية، المعرفة بالامراض المنقولة جنسيا، المعرفة بمرض الإيدز، العنف، اضافة الى النواحي المعرفية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية تطرقت الدراسة الى مفاهيم وسلوكيات المبادرة والمشاركة لدى الشبابتم جمع البيانات، ونظرا لان الشباب من الفئة العمرية ١٨-٢٩ وطلبة الجامعات على وجه التحديد يمثلون عامل تغيير قوي في المجتمع، فقد ركزت هذه الدراسة على هذه الفئة العمرية لمعرفة مدى تمتعهم بالمعارف والممارسات ذات الصلة بالصحة الإنجابية والجنسية، بالاضافة الى التعرف على احتياجاتهم ومستوى

مشاركتهم، على أمل أن تساعد هذه الدراسة في تطوير وتصميم تدخلات مستقبلية للعمل مع الشباب الذين يمثلون عامل التغيير الأهم في المجتمع الفلسطيني والعربي عموماً.

الفصل الثالث

نتائج الدراسة

يستعرض هذا الفصل أبرز النتائج التي توصل إليها المسح، وذلك في جميع المواضيع التي تضمنتها استمارة البحث، وهي العلاقات الزوجية والمعرفة بالصحة الإيجابية والجنسية، والمعرفة بالتغيرات المرتبطة بالبلوغ، والحقوق الإيجابية والجنسية، والوصول لخدمات الصحة الإيجابية والجنسية، والمعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً، والمعرفة بمرض الإيدز على وجه الخصوص، والمواقف تجاه العنف الأسري، والمشاركة في أنشطة تتعلق بالصحة الإيجابية والجنسية.

١. العلاقات الزوجية

تم في هذه الدراسة طرح عدد من الاسئلة التي تتعلق بالعلاقات الزوجية لاستيضاح وجهة نظر الشباب المشمولين بالدراسة حول هذه القضايا.

١.١ متوسط عمر الشباب والفتاه المثالي عند الزواج:

كما هو موضح في الجدول رقم (٣) ادناه افاد الشباب الذكور والاناث الذين شملتهم الدراسة ان متوسط العمر المناسب للذكور هو ٢٦.٣ سنة وان هذا المتوسط ٢٢.٥ للاناث، ومن الواضح ان الذكور يرون ان متوسط العمر المناسب لزواج الاناث هو ٢٢.٢ سنة فيما اشارت الاناث الى ان متوسط العمر المناسب لزواج الذكر ٢٦.٧ سنة. اشارت بيانات مسح الشباب الذي نفذه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام ٢٠١٥ ان متوسط العمر المناسب للزواج من وجهة نظر الشباب بلغ ٢٥.٤ للذكور و٢١.١ للاناث.

جدول ٣: متوسط العمر المناسب للزواج وفق وجهة نظر الشباب حسب الجنس والعمر

		العمر		المجموع	الجنس ومتوسط العمر
		٢٩-٢٥	٢٤-١٨		
طلبة الجامعات	متطوعي اللجان				
		كلا الجنسين			
					متوسط العمر المناسب للذكور
٢٦.٢	٢٦.٣	٢٧.٢	٢٦.١	٢٦.٣	
					متوسط العمر المناسب للإناث
٢٢.٦	٢٢.١	٢٢.٨	٢٢.٤	٢٢.٥	
		ذكور			
					متوسط العمر المناسب للذكور
٢٥.٨	٢٥.٩	٢٦.٩	٢٥.٧	٢٥.٨	
					متوسط العمر المناسب للإناث
٢٢.٤	٢١.٨	٢٢.٨	٢٢.٢	٢٢.٢	
		إناث			
					متوسط العمر المناسب للذكور
٢٦.٧	٢٦.٨	٢٧.٥	٢٦.٦	٢٦.٧	
					العمر المناسب للإناث متوسط
٢٢.٨	٢٢.٥	٢٢.٩	٢٢.٧	٢٢.٧	

في سياق متصل اشار حوالي ٢٣% من الشباب ان العمر المثالي لزواج الفتيات هو دون سن العشرين، مقابل فقط ١٥ اشاروا الى ان العمر المثالي لزواج الذكور هو دون سن العشرين (جدول ٤). بالمقابل فان نسب ضئيلة جدا اشارت الى ان العمر المثالي لزواج الفتيات دون سن ١٨ سنة (جدول ٤)، وهذا يدل على ان الشباب لا يؤيدون الزواج المبكر (اقل من ١٨ سنة)، وهذا مؤشر جيد على وعي الشباب بمخاطر الزواج المبكر للفتيات وانعكاساته السلبية من النواحي الصحية والاجتماعية والحقوقية على الفتاة.

جدول ٤: نسبة الذكور والإناث الذين اشاروا ان سن الزواج المناسب دون سن ١٨ سنة و١٨-٢٠ سنة

الجنس	سن زواج الذكور	سن زواج الإناث		
	تحت سن ١٨ سنة	سنة ٢٠-١٨		
			تحت سن ١٨ سنة	سنة ٢٠-١٨
كلا الجنسين	٠,١	١,٥	٠,١	٢٣,٣
ذكور	٠,٣	٢,٠	٠,٣	٢٨,١
إناث	٠,٠	٠,٩	٠,٠	١٨,١

اشارت ايضا نتائج المجموعات البؤرية التي تم تنفيذها ان المشاركين في هذه المجموعات يؤيدون الزواج في اعمار فوق ١٨ سنة

"تزوجت بعمر ١٦ سنة كنت طفله لم اعش طفولتي ، لم اكن اعرف شيء عن المسؤولية ولم اكن اعرف كيفية التعامل مع الطفل الاول لي ولم اكن اعرف اتصرف بأي امور من البيت لهذا وبعد تجربتي انصح الجميع من الامهات ان لا يتم تزويج الفتيات بأعمار اقل من ١٨ او حتى ٢٠ عام" سيدة مشاركة في احدى المجموعات البؤرية.

"سن الزواج المناسب للشباب ٢٥ سنة والفتاه ٢٢ سنة لأنهما يكونا انهوا دراسة الجامعة، ومروا بتجربة وحصل خبرة بالحياه من خلال الإختلاط بالشباب والفتيات ولديهم معلومات، أيضا بعد الدراسة يكون الشاب مستقر ماديا وقادر على تحمل المسؤولية وأعباء الزواج والمصاريف، والفتاه لديها وعي بتربية الأطفال". شاب مشارك في احدى المجموعات البؤرية.

"السن المناسب للزواج ٢٥ للشباب، والفتاه بعد ٢١ سنة، خصوصا الفتاه، فالجيل الموجود حاليا النمو الجسدي بطيء جدا والفسيولوجي غير مكتمل، فأحد أقاربي تزوج فتاه بسن ١٧ سنة، حصل معها مشاكل تكبييس المبايض مثلا لانها غير مكتمله جسديا. في السنوات البعيدة، ايام الجدات، كان البلوغ أسرع من اليوم سواء من حيث الرشد أو الجنس، اما هذه الأيام فهو غير مكتمل". شاب مشارك في احدى المجموعات البؤرية.

"زواج البنت في سن صغير يؤثر على صحتها لما تخلف وبالتالي يؤثر على الاطفال لأنه ما يتعرف تتعامل مع الاطفال لانها عي بتكون اصلا طفله". فتاة مشاركة في احدى المجموعات البؤرية.

١.٢ متوسط سن الام المناسب عند إنجاب المولود الاول:

يعرض هذا المؤشر بطريقة غير مباشرة وجهة نظر الشباب في مسألة الإنجاب في سن مبكر، فقد تم سؤالهم خلال الدراسة عن متوسط عمر الام المثالي عند إنجابها المولود الاول، وقد اشارت النتائج الى ان هذا المتوسط بلغ ٢٤ سنة ولا يوجد اختلافات كبيرة بين الذكور والاناث ولا حتى على مستوى الفئات العمرية في هذا السياق (انظر الجدول رقم ٥ ادناه). من الواضح ان الشباب يدركون جيدا اهمية عدم إنجاب المرأة في سن مبكرة، حيث ان ذلك من شأنه تعريض حياتها وحياة المولود او الجنين للخطر؛ فمسألة ان تحمل السيدة وتنجب في اعمار مبكرة مرتبطة بعواقب صحية وقد يكون ذلك الحمل غير مرغوب فيه وهذا بحد ذاته مشكلة، اذ ان ذلك من شأنه ان يجعل السيدة تلجا الى طرق للتخلص من هذا الحمل مثل الاجهاض غير الامن، وبالتالي في ذلك تعريض حياتها للخطر وانتهاك لحقوقها الإنجابية. التباين في الرأي حول سن الزواج للفتيات (٢٢/٢٠) سنة ومتوسط السن المناسب للإنجاب (٢٤) سنة يشير الى درجة من الوعي حول واقع واهمية السلوك الجنسي لدى فئات الشباب بمعزل عن الناحية الإنجابية.

جدول ٥: متوسط عمر الام المناسب عند إنجاب المولود الاول وفق وجهة نظر الشباب حسب الجنس والعمر

		العمر		المجموع	الجنس ومتوسط عمر الام عند إنجاب المولود الاول
طلبة الجامعات	متطوعي اللجان	٢٥-٢٩	١٨-٢٤		
٢٤.٢	٢٣.٧	٢٤.٣	٢٤.٠	٢٤.١	كلا الجنسين
٢٤.٠	٢٣.٤	٢٤.٣	٢٣.٨	٢٣.٩	ذكور
٢٤.٤	٢٤.٠	٢٤.٣	٢٤.٣	٢٤.٣	إناث

أما فيما يتعلق بمتوسط الفترة المناسبة للمباعدة بين المولود الاول والذي يليه هي ٢٦.٨ شهرا، هذا يدل على ان الشباب يدركون اهمية المباعدة بين المواليد، وحيث ان فترة ٢٦ شهرا او يزيد هي فترة كافية لاذ الطفل حقة في الرعاية وكذلك الام في استعادة صحتها بعد الولادة، هذا ينسجم تماما مع المعايير الدولية المنصوص عليها والقاضية بضرورة ان يكون هناك فترات مباعدة كافية بين المولود والذي يليه (جدول ٦)

اضافة الى السن المناسب للإنجاب، يشكل هذا المؤشر مقياسا تقريبا لوعي الشباب حول السلوك والدافع الجنسي للعلاقة الزوجية واعطائها مساحة من الاهتمام بمعزل عن الإنجاب. ويأتي ذلك بشكل متقارب بين الذكور والاناث ليعكس مستوى وعي جنساني جيد لدى الفئتين.

جدول ٦: متوسط الفترة المناسبة (بالأشهر) للمباعدة بين المولود الأول والذي يليه
وجهة نظر الشباب حسب الجنس والعمر

الجنس وفترة المباعدة بين المولود والذي يليه	المجموع	العمر			
		١٨-٢٤	٢٥-٢٩	متطوعي اللجان	طلبة الجامعات
كلا الجنسين	٢٦.٨	٢٦.٧	٢٧.١	٢٧.٥	٢٦.٥
ذكور	٢٨.٠	٢٧.٧	٢٩.٩	٢٩.٩	٢٧.٣
إناث	٢٥.٤	٢٥.٦	٢٣.٧	٢٤.٨	٢٥.٧

وحول وجهة نظر الشباب بشأن اختيار شريك المستقبل، فقد اشار اكثر من نصف الشباب الذين شملتهم الدراسة ان قرار اختيار شريك حياتهم يتعلق بهم انفسهم (الشباب نفسه او الاثنين معا)، فيما اشار حوالي ٤٠% الى ان اختيار الشريك يكون بالتشاور مع الاهل. (جدول ٧). بلغت هذه النسبة ٣٨.٧% وفقا لنتائج مسح الشباب الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام ٢٠١٥. يشكل التقارب في النتائج بين الدراسة الحالية ومسح الشباب اشارة الى مصداقية الدراسة وجودة تنفيذ العمل الميداني.

من الواضح ان نتائج المجموعات البؤرية لا تدعم الى حد ما ما افرزته نتائج المسح، ففي الوقت الذي افاد فيه اكثر من نصف الشباب الى ان اختيار الشريك يجب ان يكون بقرار من الشباب نفسه او الفتاه نفسها، بينت بعض نتائج المجموعات البؤرية الى ان العادات والتقاليد لا تزال تتحكم في هذا الامر.

"أن الأصل في الزواج هو المحبة والجمع بينهما، في القرى الأهل يهددوا اذا اكتشفوا وجود علاقة سابقة. فالزوجة التي تتزوج حسب اختيار اهله بعيدا عن اختيارها يؤدي إلى مشاكل" في بيتها مع زوجها وعاطفتها مع حبيبها" ونادرا جدا أن يختار الشاب شريكة حياته. شاب مشارك في احدى المجموعات البؤرية.

"صاحب القرار الاخير في موضوع اختيار الشريك هو الاب والام والفتاه صاحبه الشأن ويتم ذلك بعد ان تعطي الفتاه جوابها النهائي بالموافقة وتأكد الاهل ان ابنتهم قادرة على تحمل المسؤولية وقادرة من الناحية الصحية على الإنجاب" فتاه مشاركة في احدى المجموعات البؤرية.

"كل أسرة تتحمل مسؤولية زواج ابنتها لأنها شريكه مع الفتاه في قرار الموافقه بالتالي شريكه في نتيجة نجاح الزواج او فشله". سيدة مشاركة في احدى المجموعات البؤرية.

جدول ٧: التوزيع النسبي للشباب حسب قرار اختيار شريك الحياة

القرار بشأن اختيار شريك حياتك	المجموع	العمر	الجنس		
		١٨-٢٤	٢٥-٢٩	ذكور	اناث
انا نفسي	٣٤.١	٣١.٩	٥٠.٦	٤٦.١	٢١.٢
الإثنان معا	٢٥.٠	٢٥.٨	١٩.٥	٢٧.٧	٢٢.١
الأهل	٠.٩	٠.٨	١.٣	٠.٩	٠.٩
الأقارب	٠.١	٠.٢	٠	٠	٠.٣
الأصدقاء	٠.١	٠.٢	٠	٠.٣	٠
انا والأهل	٣٩.٨	٤١.١	٢٨.٦	٢٥.٠	٥٥.٥
المجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

١.٣ العلاقات الزوجية وتشارك المسئوليات:

وفقا لنتائج الدراسة فإن الذكور والاناث على حد سواء يشتركون في تحمل المسئولية تجاه المواقف التي تم سؤالهم عنها بشكل متقارب جدا الى حد في غالب القضايا التي طرحت كما هو موضح في الجدول رقم (٨) ادناه.

جدول ٨: التوزيع النسبي للشباب حسب موقفهم من بعض العبارات الخاصة بالعلاقات الزوجية والجنس والعمر

الموقف	اوافق بشدة	اوافق	محايد	اعترض	اعترض بشدة
كلا الجنسين وجوب مشاركة الرجل في الاعمال المنزلية اتخاذ القرارات المتعلقة بالاسرة يجب ان تكون بالشراكة ما بين الزوج والزوجة استخدام وسائل تنظيم الاسرة يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوج والزوجة اتخاذ القرار بشأن عدد المواليد يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوج والزوجة التخطيط للحمل يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوجين السماح للمرأة بالعمل يجب ان يكون مقرون بموافقة الزوج	٢٨.٣	٤٣.٦	١١.٨	١٥.١	١.٢
	٤٧.١	٤٨.٩	٣.٤	٠.٦	٠
	٤٧.١	٤٨.٠	٤.٠	٠.٧	٠.١
	٤١.٠	٥١.٨	٤.٨	١.٨	٠.٦
	٤٢.٧	٥٠.٣	٤.٩	١.٦	٠.٤
	٢٧.١	٣٤.٧	١٦.٠	١٧.١	٥.١
ذكور وجوب مشاركة الرجل في الاعمال المنزلية اتخاذ القرارات المتعلقة بالاسرة يجب ان تكون بالشراكة ما بين الزوج والزوجة استخدام وسائل تنظيم الاسرة يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوج والزوجة اتخاذ القرار بشأن عدد المواليد يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوج والزوجة التخطيط للحمل يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوجين السماح للمرأة بالعمل يجب ان يكون مقرون بموافقة الزوج	٢٧.٣	٤١.٤	١٤.٩	١٤.١	٢.٣
	٥١.٤	٤٣.١	٤.٩	٠.٦	٠
	٥٢.٠	٤١.٧	٥.٢	٠.٩	٠.٣
	٤٥.٨	٤٥.٥	٥.٨	٢.٠	٠.٩
	٤٦.١	٤٤.٤	٧.٢	١.٤	٠.٩
	٤٢.٧	٢٥.٦	١٧.٩	١٠.٧	٣.٢
إناث وجوب مشاركة الرجل في الاعمال المنزلية اتخاذ القرارات المتعلقة بالاسرة يجب ان تكون بالشراكة ما بين الزوج والزوجة استخدام وسائل تنظيم الاسرة يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوج والزوجة اتخاذ القرار بشأن عدد المواليد يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوج والزوجة التخطيط للحمل يجب ان يكون بالاتفاق بين الزوجين السماح للمرأة بالعمل يجب ان يكون مقرون بموافقة الزوج	٢٩.٣	٤٦.١	٨.٤	١٦.٢	٠
	٤٢.٤	٥٥.١	١.٩	٠.٦	٠
	٤١.٧	٥٤.٨	٢.٨	٠.٦	٠
	٣٥.٨	٥٨.٦	٣.٧	١.٦	٠.٣
	٣٨.٩	٥٦.٧	٢.٥	١.٩	٠
	١.٣	٤٤.٥	١٤.٠	٢٤.٠	٧.٢

على الرغم من التقارب الواضح في المواقف حول الشراكة في كثير من القضايا المتعلقة بالحياة الزوجية والإنجابية والتي تدعمهم مستوى عالي من الوعي بين الشبا حول الحياة المشتركة وتبادل المسؤوليات، يوضح الجدول اعلاه الاختلاف الواضح بين مفاهيم الاناث والذكور حول عمل السيدات. يكتسب هذا المؤشر وزنا واضحا على المستوى الاجتماعي ويأتي التباين لصالح حقيقة ان المجتمع الفلسطيني لا يزال مجتمعا ذكوريا وانه في الوقت الذي يظهر فيه الرجال ايجابية في معظم المؤشرات ذات العلاقة، يحتفظ بقوة بحقة في تقرير عمل المرأة. بمقارنة هذا المؤشر مع حقيقة انه وعلى الرغم من المستوى العالي لتعليم المرأة في فلسطين حتى على المستوى الجامعي، فان نسبة ١٩% من النساء الحاصلات على شهادات جامعية تعمل يفضي الى نتيجة ان الرجل الفلسطيني لا يزال انتقائيا في قضايا الشراكة والمساواة في الحقوق.

"الزواج شركه وشراكه في كل شيء ولهذا القرار مشترك في كل امور الحياة من قبل الطرفين". سيدة مشاركة في احدى المجموعات البؤرية.

٢. المعرفة بالصحة الإنجابية والجنسية

اشتملت استمارة المسح على عدد من الاسئلة المتعلقة بمعرفة الشباب ببعض القضايا الخاصة بالصحة الإنجابية والجنسية، فقد تم طرح اسئلة تتعلق بمعرفتهم بمفهوم الصحة الإنجابية والجنسية ومصادر هذه المعرفة، وماذا يعني مفهوم تنظيم الاسرة والوسائل التي سمع عنها الشباب ومصادر هذه المعرفة ايضا.

٢.١ مكونات الصحة الإنجابية:

١٦.٣% من المشاركين في الدراسة افادوا انهم لا يعرفون أي من مكونات الصحة الإنجابية والجنسية، وترتفع هذه النسبة بين الشباب في العمر ٢٤-١٨ سنة وبين الذكور (١٦.٩% و ٢٤.٤%) (انظر جدول ٩ ادناه).

بشكل عام، يوجد مستوى متدني من المعرفة حول مفهوم ومحتوى الصحة الجنسية والإنجابية وتحديد ادى الذكور في الفئة العمرية ١٨-٢٤. التباين في المعرفة بين الذكور والاناث واضح وقد يكون مرجعه لحقيقة النضج الجنسي الذي تمر به الاناث في فترة المراهقة واقتراب الفتاة من الزواج او الحديث حوله والذي يبدأ مبكرا لدى الفتيات عادة.

الجدول ادناه يبين الفرصة للعمل على رفع مستوى المعرفة حول محتوى الصحة الجنسية والإنجابية بشكل واضح وخاصة في المدارس حيث تبين الاستطلاعات المتفرقة وعملية التغيير الحاصلة على مناهج التعليم الاخيرة تراجع وجود والتطرق الى قضايا الصحة الإنجابية والجنسية ضمن المنهاج الدراسي الفلسطيني. بشكل هذا التراجع سببا مباشرا لضعف المعرفة حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية لدى الفئات المشاركة بالبحث.

جدول ٩: التوزيع النسبي للشباب حسب معرفتهم بمكونات الصحة الإنجابية والجنسية

				الجنس	العمر	المجموع	معرفة مكونات الصحة الإنجابية*
طالبات الجامعات	متطوعي اللجان	النات	ذكور	٢٩-٢٥	٢٤-١٨		
١٨.١	١١.٢	٧.٥	٢٤.٤	١١.٧	١٦.٩	١٦.٣	لا يعرفون اي من مكونات الصحة الإنجابية
٣٦.٢	٤٤.٤	٣٧.١	٣٩.٥	٢٩.٩	٣٩.٤	٣٨.٤	ذكروا أقل من ٣ مكونات
٣٤.١	٣٩.١	٤٥.٨	٢٥.٨	٤٦.٨	٣٣.٨	٣٥.٤	ذكروا من ٣-٥ مكونات
١١.٦	٥.٣	٩.٦	١٠.٣	١١.٦	٩.٩	٩.٩	ذكروا أكثر من ٥ مكونات
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	المجموع

* تعني ان الشباب المشاركين في المسح ذكروا المكونات التي يعرفونها بشكل تلقائي (دون ذكرها من قبل الباحث الميداني).

نتائج المجموعات البؤرية اشارت الى ان معرفة الشباب بتعريف الصحة الإنجابية ومكوناتها محدودة ايضا.

"دور الرجل بالحياة الزوجية، ولا تتعلق بالفنائه لوحدها وإنما بالرجل أيضا".

"توعية وارشاد تتعلق بالأجهزة الجنسية وإختيار الزوجة، تحديد النسل، تنظيم النسل، ودور كل من الذكر والأنثى بالإنجاب".

"حمل المرأة وتوعيتها في كيفية المحافظة على صحتها طيلة فترة الحمل وما يترتب على ذلك، وايضا المطلوب من زوجها مساعدتها". شباب ذكور مشاركين في احدى المجموعات البؤرية

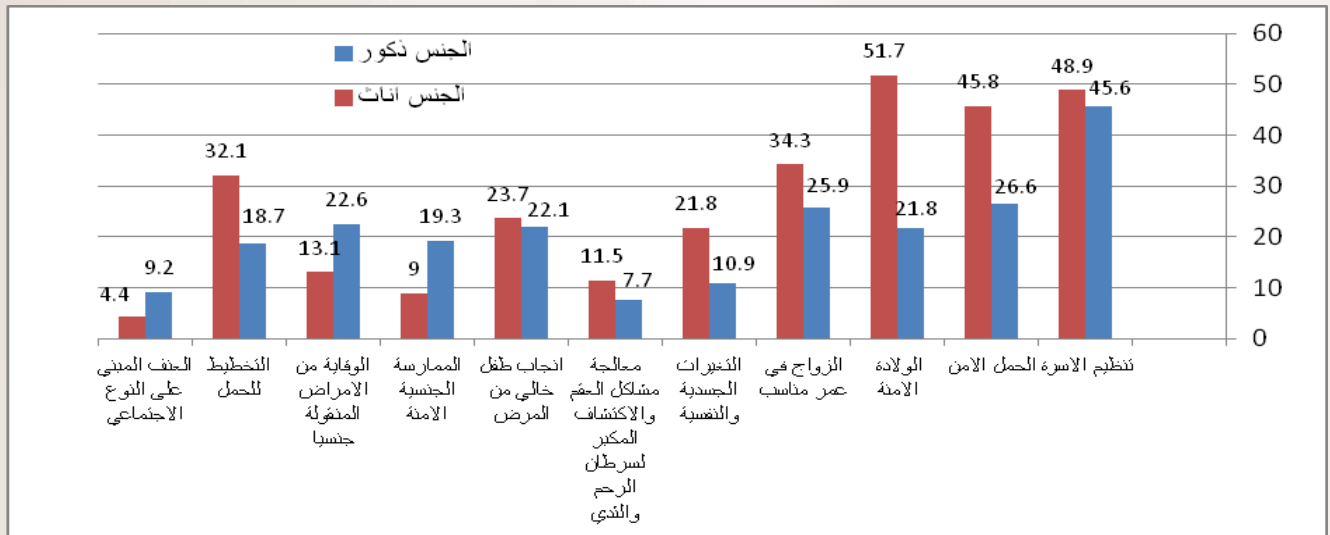
"انا اللي بخلف وبنجب وبما انه صحة إنجابية اذن يخصني وبخص صحتي ومقدرتي ع الإنجاب وحقني في خلفه طفل صحيح ما معه امراض او اعاقات [] طفل اقدر اعطيه حقه بالرضاعة والرعاية، اقدر اوفر له كل متطلباته من الناحية الصحية والي كمان اقدر احافظ ع صحتي". سيدة مشاركة في احدى المجموعات البؤرية

"حقني في تنظيم النسل لكي استطيع ان احصل على صحة جيدة، حقني في العلاج من الامراض الجنسية وحقني ان انجب طفل سليم من الامراض وان انجب بلا ان تتعرض حياتي للخطر خاصة في ظل الحالات

التي اصبحنا نسمع عنها منذ فترة يتم وفاتها وقت الولادة". طالبة جامعية مشاركة في احدى المجموعات البؤرية.

وعن معرفة الشباب المستهدفين في الدراسة بالمكونات، اشارت النتائج الى ان المعرفة بهذه المكونات وفقا لما يظهر في الشكل ادناه هي الاعلى بين الاناث مقارنة بالذكور في سبعة مكونات من اصل ١٠ مكونات اشتمل عليها السؤال، ومن الملاحظ ان هناك تباين في المعرفة على مستوى المكونات نفسها، حيث ان هناك مكونات لا تزال معرفة الشباب بها متدنية نوعا ما اذا ما قورنت بغيرها مثل معالجة مشاكل العقم والاكتشاف المبكر لسرطان الرحم والثدي والعنف المبني على النوع الاجتماعي والممارسة الجنسية الامنة وغيرها.

شكل ١: نسبة الشباب الذين تعرفوا على مكونات الصحة الإنجابية



* تعني ان الشباب المشاركين في المسح ذكروا المكونات التي يعرفونها بشكل تلقائي (دون ذكرها من قبل الباحث الميداني).

٢.٢ مصدر المعرفة بمكونات الصحة الإنجابية

تم سؤال المشاركين في الدراسة الذين عرفوا مكون واحد على الاقل من مكونات الصحة الإنجابية عن المصدر الذي حصلوا منه على هذه المعلومات. وقد اشارت البيانات الى ان المؤسسات التعليمية شكلت النسبة الاعلى (٧١.١%) فالانترنت (حوالي ٥٠%)، فيما افاد ١٢.٣% ان مصدر حصولهم على هذه المعلومات كانت المراكز الصحية التابعة للجان العمل الصحي، وذلك نظرا لكون عينة الدراسة اشتملت على عدد من الشباب المتطوعين لدى لجان العمل الصحي. (انظر الجدول رقم ١٠)

جدول ١٠: نسبة الشباب الذين حصلوا على احدى مكونات الصحة الإنجابية حسب مصدر المعلومات

معرفة مكونات الصحة	المجموع	الجنس	
		ذكور	اناث
عيادة خاصة	٥.٨	٤.٣	٧.٥
مركز صحي تابع للجان العمل الصحي	١٢.٣	١٠.٧	١٤.٠
مركز صحي حكومي	٩.١	٥.٨	١٢.٨
مركز صحي تابع لوكالة الغوث	٧.٩	٥.٢	١٠.٩
الاهل	٤٦.٦	٣٢.٣	٦٢.٠
الانترنت	٤٩.٦	٤٥.٨	٥٣.٨
وسائل الاعلام	٣٧.٩	٢٧.٢	٤٩.٥
المؤسسة التعليمية	٧١.١	٦٦.٩	٧٥.٧
الاصدقاء	٤٧.٥	٣٥.٩	٦٠.٠
مصادر اخرى	٤.٣	٥.٠	٣.٦

المعرفة بمفهوم تنظيم الأسرة ٢.٣

يشكل تنظيم الاسرة المكون الاكثر شيوعا وارتباطا بمفهوم الصحة الجنسية والإنجابية بسبب ان قضايا ومؤسسات العمل على مجال الصحة الإنجابية وضعت تنظيم الاسرة في مقدمة اهتماماتها. يأتي ذلك انسجاما مع حقيقتة ان تنظيم الاسرة ومباعدة الاحمال ارتبط بشكل وثيق في خفض معدلات الوفاة والمرض المرتبطة بالحمل والإنجاب. في البحث الحالي، تم سؤال المشاركين ماذا يعني لهم مفهوم تنظيم الاسرة. من الواضح ان اكثر من ثلاثة ارباع الشباب حددوا المعنى الصحيح لمفهوم تنظيم الاسرة (تاخير الحمل مؤقتا لتنظيم حياة العائلة المباعدة بين الاحمال)، وكانت النسبة الاعلى بين الاناث وبين الفئة العمرية ٢٩-٢٥ سنة. بالمقابل هناك ١٠.٠% حددوا مفهوم خاطئ لتنظيم الاسرة (تحديد النسل او منع الحمل نهائيا)، وكانت الاعلى بين الذكور وبين الشباب في الفئة العمرية ٢٤-١٨ سنة. أما نسبة الشباب الذين لم يعرفوا المقصود بتنظيم الاسرة فقد بلغت ٧.٥% وكانت الاعلى بين الذكور وبين الشباب في العمر ٢٤-١٨ سنة. (انظر جدول رقم ١١).

يشكل مستوى المعرفة العالي لدى فئة الشباب حول مفهوم تنظيم الاسرة نقطة برامجية عالية الاهمية، حيث ان نسبة المعرفة شبه الكاملة لدى الاناث تسهم في انطلاق برامج تعمل على زيادة نسبة الوعي حول الوسائل المختلفة لتنظيم الاسرة والتي تؤدي الى رفع درجة الامان، الرفاهية والوقاية في الحياة الجنسية والإنجابية.

يشكل مستوى المعرفة المتدني للوسائل المختلفة حسب الجدول أدناه نقطة تدخل برامج خاصة في الحديث عن استخدام الواقي الذكري والذي يجب ترويج نجاعته ليس فقط كوسيلة لتنظيم الأسرة، إنما أيضا كوسيلة وقائية من الأمراض المنقولة عن طريق الجنس بما فيها نقص المناعة المكتسبة.

جدول ١: نسبة الشباب الذين تعرفوا على مفهوم تنظيم الأسرة والذين أشاروا الى تعريف خاطئ لتنظيم الأسرة والذين لم يعرفوا مفهوم تنظيم الأسرة

معرفة مكونات الصحة الإنجابية	عرفوا المعنى الصحيح لتنظيم الأسرة "تأخير الحمل مؤقتا لتنظيم حياة العائلة المباعده بين الاحمال"	حددوا مفهوم خاطئ لمعنى تنظيم الأسرة "تحديد النسل او منع الحمل نهائيا"	مفهوم آخر	لم يعرفوا مفهوم تنظيم الأسرة
كلا الجنسين	٧٨.٨	١١.٠	٢.٧	٧.٥
ذكور	٦٩.٥	١٣.٣	٤.٩	١٢.٤
إناث	٨٩.١	٨.٧	٠	٢.٢
العمر				
٢٤-١٨	٧٧.٤	١١.٩	٢.٥	٨.١
٢٩-٢٥	٨٩.٦	٥.٢	٢.٦	٢.٦
متطوعي اللجان	٩٢.٣	٤.١	١.٢	٢.٤
طلبة الجامعات	٧٤.٣	١٣.٤	٣.٢	٩.٢

*: تعني ان الشباب المشاركين في المسح ذكروا المكونات التي يعرفونها بشكل تلقائي (دون ذكرها من قبل الباحث الميداني).

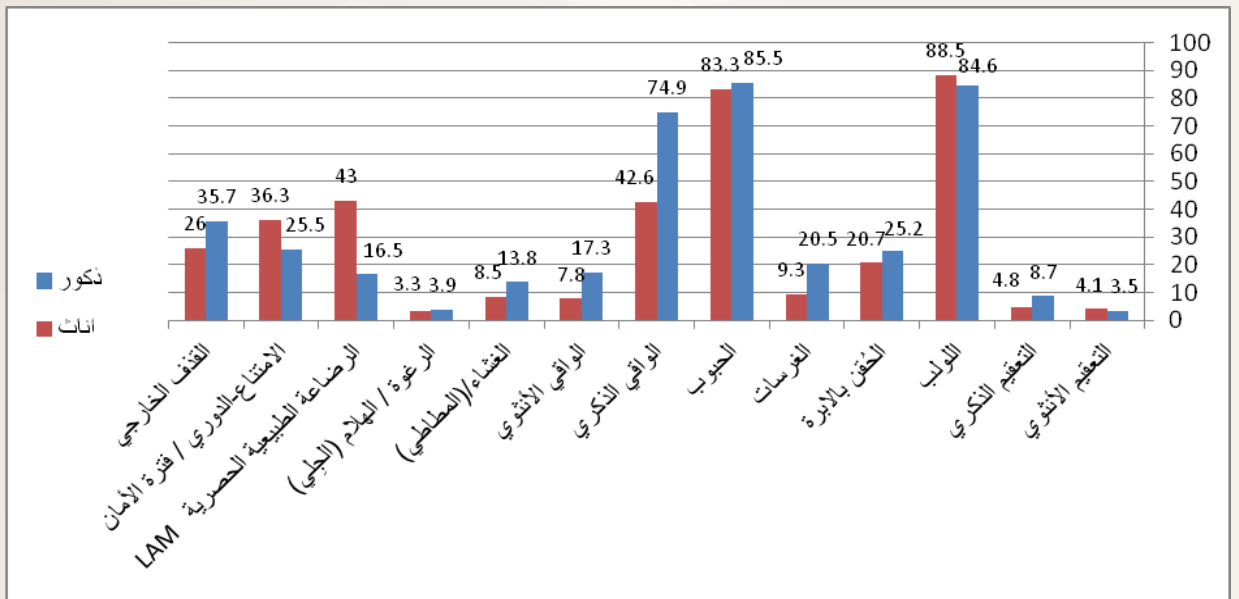
٢.٤ المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة

أكثر من ثلاثة ارباع الشباب المشاركين في الدراسة سمعوا عن وسائل تنظيم الأسرة، وهي الأعلى بين الإناث وبين الشباب في العمر ٢٩-٢٥ سنة. وحول الوسائل فقد تبين أن غالبية الشباب الذكور والإناث تتركز معرفتهم باللولب والحبوب دون غيرها من الوسائل التي اشتمل عليها السؤال (شكل ٢)

جدول ٢: نسبة الشباب الذين سمعوا عن وسائل تنظيم الاسرة

سمعوا عن وسائل	المجموع	العمر	٢٩-٢٥	متطوعي اللجان	طلبة الجامعات
كلا الجنسين	٧٨.١	٧٥.٧	٩٦.١	٩٢.٩	٧٣.١
ذكور	٧٢.٨	٦٩.٦	٩٥.٣	٨٩.٨	٦٧.٢
إناث	٨٣.٨	٨٢.٢	٩٧.١	٩٦.٣	٧٩.٦

شكل ٢: نسبة الذين سمعوا عن وسائل تنظيم الاسرة حسب معرفتهم بنوع الوسيلة



٢.٥ مصادر المعرفة:

وحول مصادر المعرفة بوسائل تنظيم الاسرة، اشارت البيانات الى ان الانترنت والمؤسسات التعليمية والاصدقاء شكلت النسب الاعلى (٦٤.٤%) و ٦٣.٢% و ٦٢.٠% على التوالي، فيما افاد ٣.٦% ان مصدر حصولهم على هذه المعلومات كانت المراكز الصحية التابعة للجان العمل الصحي. (انظر الجدول رقم ١٣)

في الواقع، ونتيجة للاستخدام الواسع لشبكة المعلومات العنكبوتية، تشكل هذه المصادر الاعلى للحصول على معلومات تتعلق بشؤون ذات طابع حساس لدى فئة الشباب. اضافة الى الاقران والاهل،

يجب النظر الى هذه المصادر كمناطق تدخل لضمان امان وصحة المعلومات حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية.

على الرغم من نجاعة الاعلام كمصدر للمعلومة حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، الا ان اعتماد البرامج الاعلامية على توفر تمويل خارجي لهذه البرامج نتج عنه مستوى عالي من الموسمية في طرح وتواجد المعلومة من هذا المصدر.

جدول ١٣: نسبة الشباب الذين يعرفون وسائل تنظيم الاسرة حسب مصدر المعلومات

معرفة وسائل تنظيم الأسرة	الجنس		المجموع
	ذكور	اناث	
عيادة خاصة	٤.٣	٩.٣	٦.٩
مركز صحي تابع للجان العمل	١١.٥	١٥.٦	١٣.٦
مركز صحي حكومي	٨.٣	٨.٥	٨.٤
مركز صحي تابع لوكالة الغوث	٤.٠	١١.٥	٧.٨
الاهل	٣٦.٥	٦١.٩	٤٩.٦
الانترنت	٧١.٠	٥٨.١	٦٤.٤
وسائل الاعلام	٢٨.٩	٥١.٧	٤٠.٦
المؤسسة التعليمية	٥٥.٥	٧٠.٤	٦٣.٢
الاصدقاء	٥٢.٦	٧٠.٧	٦٢.٠
مصادر اخرى	٣.٢	٣.٤	٣.٣

٣. التغيرات الجسدية عند البلوغ

اشتملت استمارة الدراسة على سؤال يتعلق بمعرفة الذكور بالتغيرات التي تظهر عليهم وعلى الفتيات عند البلوغ وسؤال اخر يتعلق بمعرفة الفتيات بالتغيرات الجسدية التي تظهر عليهن وعلى الذكور عند البلوغ.

٣.١ المعرفة بالتغيرات

اشارت البيانات الى نسبة الشباب الذين يعرفون يعرفون اقل من ٣ تغيرات جسدية تظهر على الذكور عند البلوغ بلغت حوالي ١١% وكانت الاعلى بين الاناث ١٢% مقابل ١٠% بين الذكور، اما اولئك الذين يعرفون ٥ تغيرات فاكثر فقد بلغ ٢٢% بواقع ٢٥% بين الاناث و ٢٠% بين الذكور. (جدول ١٤).

جدول ١٤: التوزيع النسبي للشباب حسب معرفتهم بالتغيرات الجسدية التي تظهر على الذكور عند البلوغ

	الجنس	المجموع	التغيرات الجسدية التي
اناث	ذكور		
-	-	-	الافراد الذين لا يعرفون اي من التغيرات الجسدية
١١.٦	٩.٧	١٠.٦	الافراد الذين يعرفون أقل من ٣ تغييرات
٦٣.٩	٧٠.١	٦٧.٢	الافراد الذين يعرفون من ٣-٥ تغييرات
٢٤.٥	٢٠.٢	٢٢.٢	الافراد الذين يعرفون أكثر من ٥ تغييرات
١٠٠	١٠٠	١٠٠	المجموع

اما نسبة الشباب الذين يعرفون اقل من ٣ تغييرات جسدية تظهر على الاناث عند البلوغ بلغت حوالي ٢٢% وكانت الاعلى بين الذكور حوالي ٣٦% مقابل ٧% بين الاناث، اما أولئك الذين يعرفون ٥ تغييرات فاكثر فقد بلغت نسبتهم ٢٥% بواقع ٢٥% بين الاناث و١١% بين الذكور. (جدول ١٥).

جدول ١٥: التوزيع النسبي للشباب حسب معرفتهم بالتغيرات الجسدية التي تظهر على الفتيات عند البلوغ

	الجنس	المجموع	التغيرات الجسدية التي تظهر على الإناث
اناث	ذكور		
٠.٠	٢.٣	١.٢	الافراد الذين لا يعرفون اي من التغيرات
٧.٢	٣٥.٥	٢١.٩	الافراد الذين يعرفون أقل من ٣ تغييرات
٦٨.٣	٥١.٧	٥٩.٧	الافراد الذين يعرفون من ٣-٥ تغييرات
٢٤.٥	١٠.٥	١٧.٢	الافراد الذين يعرفون أكثر من ٥ تغييرات
١٠٠	١٠٠	١٠٠	المجموع

يتضح من الجداول ١٦ و١٧ أدناه ان الشباب الذكور والاناث على حد سواء لديهم معرفة بهذه التغيرات، مع بعض التباين بين الذكور والاناث في المعرفة المتعلقة ببعض التغيرات، فعلى سبيل المثال اشارت ٨٨% من الاناث انهن يعرفن ان تغير الصوت واحدة من علامات البلوغ عند الذكور في حين اشار ٧٩% من الذكور انهم يعرفون ان تغير الصوت واحدة من علامات البلوغ عند الذكور.

جدول ١٦: نسبة الشباب حسب معرفتهم* بالتغيرات الجسدية التي تظهر على الذكور عند البلوغ

التغيرات الجسدية التي	الجنس	
	ذكور	اناث
لا يعرف/لا تعرف أي تغيرات	٠	٠
تغير الصوت	٧٩.٤	٨٨.٢
نزول السائل المنوي	٤٤.٥	١٣.٨
ظهور شعر الإبطين	٤٣.٢	٤٦.٧
ظهور شعر الدقن	٦٠.٦	٧٦.٦
ظهور الشعر على الجسم	٦٧.٨	٥٣.٩
زيادة في الطول والوزن	٤١.٧	٦٨.١
كبر حجم الجهاز التناسلي	٤٨.٦	٢٢.٨
ظهور حبوب على الوجه	٤٢.٨	٦٨.٤

* تعني ان الشباب المشاركين في المسح ذكروا المكونات التي يعرفونها بشكل تلقائي (دون ذكرها من قبل الباحث الميداني).

في سياق متصل كانت معرفة الاناث الاعلى وبفارق واضح مقارنة بالذكور بعلامات اخرى تظهر على الذكور عند البلوغ مثل ظهور شعر الدقن وزيادة في الطول والوزن وظهور حبوب على الوجه (انظر جدول ١٦). بالمقابل تشير البيانات المعروضة في جدول ١٧ ان معرفة الاناث بالتغيرات التي تظهر عليهن عند البلوغ وفقا لنوع التغير اعلى من معرفة الذكور بذلك.

جدول ١٧: نسبة الشباب حسب معرفتهم* بالتغيرات الجسدية التي تظهر على الفتاة عند البلوغ

	الجنس		التغيرات الجسدية التي تظهر
	ذكور	اناث	
	٢٠	٠	لا يعرف/لا تعرف أي تغيرات
	٧٩.٩	٩٣.٨	بدء الدورة الشهرية
	٣٦.٠	٤٥.٦	ظهور شعر العانة
	٣٤.٦	٥٧.٥	ظهور شعر الإبطين
	٨٢.٠	٨٦.٦	نمو الصدر
	٣٩.٧	٧٦.٦	زيادة في الطول والوزن
	٤٣.٠	٦٥.٤	ظهور حبوب على الوجه

* تعني ان الشباب المشاركون في المسح ذكروا المكونات التي يعرفونها بشكل تلقائي (دون ذكرها من قبل الباحث الميداني).

٣.٢ مصادر المعرفة

وحول مصادر المعرفة بالتغيرات الجسدية عند البلوغ، اشارت البيانات الى ان المؤسسات التعليمية والاصدقاء والانترنت شكلت النسب الاعلى؛ %٧٨.٧ و %٩٥.٨ و %٥٨.٦ على التوالي، فيما افاد %٧.٣ ان مصدر حصولهم على هذه المعلومات كانت المراكز الصحية التابعة للجان العمل الصحي. (انظر الجدول رقم ١٨)

جدول ٨: نسبة الشباب الذين يعرفون على الأقل واحدة من التغيرات التي تظهر على الذكور والاناث عند البلوغ حسب مصدر المعلومات

	الجنس	المجموع	
	ذكور		اناث
عيادة خاصة	٢.٠	٣.٩	٥.٩
مركز صحي تابع للجان العمل الصحي	٥.٨	٧.٣	٩.٠
مركز صحي حكومي	٣.٢	٤.٥	٥.٩
مركز صحي تابع لوكالة الغوث	٢.٩	٦.٩	١١.٣
الاهل	٣٢.٩	٥٢.٤	٧٣.٥
الانترنت	٦.٥	٥٨.٦	٥٦.٤
وسائل الاعلام	٢٢.٨	٣٧.١	٥٢.٦
المؤسسة التعليمية	٦٨.٦	٧٨.٧	٨٩.٧
الاصدقاء	٥٤.٠	٥٨.٩	٦٤.٢
مصادر اخرى	٢.٣	٤.٤	٦.٧

٤. الحقوق الإنجابية والجنسية

تم سؤال الشباب المشاركين في الدراسة عن معرفتهم بالحقوق الإنجابية والجنسية والتي تمثلت بالاتي:

- الحق في الحصول على المعلومات والتثقيف بشأن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتشمل الحصول على هذه الحقوق من غير تمييز مبني على أي من العوامل مثل العرق والدين والوضع الاجتماعي وغيرها.
- الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بجميع جوانب السلوك الجنسي للفرد بحرية ومسؤولية، أي ان الفرد نفسه هو المسئول عن اية قرارات تتعلق بسلوكه الجنسي وليس لاحد الحق في اكراه على اتخاذ أي سلوك خارج عن ارادته.
- الحق في امتلاك الفرد لجسده والتحكم فيه وحمايته، أي عدم وجود سيطره لاي كان على جسده الفرد وان لا يكون سلعه بيد أي كان.
- الحق في التحرر من التمييز والإكراه والعنف في قرارات الفرد الجنسية وحياته الجنسية، اي ان حياة الفرد الجنسية يجب ان تكون مستقلة ولا يجب ان تكون بالاكراه وتخضع للتمييز القائم على عوامل مثل العرق او الدين او غيره.
- الحق في المساواة والموافقة الكاملة والاحترام المتبادل في العلاقات الجنسية، أي ان العلاقات الجنسية يجب ان تكون وفقا لاتفاق بين الطرفين وان تكون خالية من أي عنف جنسي او اهانة.
- الحق في الوصول لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية وبأسعار معقولة بغض النظر عن الجنس أو العقيدة أو المعتقد أو الحالة الاجتماعية أو الموقع

٤.١ المعرفة بالحقوق الإنجابية

يتضح من النتائج أن نسب الشباب الذكور والانات الذين لديهم معرفة متدنية نوعا ما بالحقوق الإنجابية والجنسية، مع وجود بعض الفجوات الواضحة بين الذكور والانات (انظر جدول ١٩ ادناه).

من الواضح انه وبالإشارة الى الجدول ادناه، يوجد فجوة كبيرة متعلقة بالحقوق الجنسية والإنجابية من ناحية المعرفة والمفاهيم. وفي الوقت الذي شملت فيه برامج التوعية والتثقيف النواحي المعرفية والتي بدورها ادت الى ارتفاع مستوى المعرفة حول القضايا والمكونات للصحة الجنسية والإنجابية، غابت القضايا الحقوقية عن برامج التوعية مما ادى الى انخفاض مستوى المعرفة حول الحقوق لدى فئات الشباب عامة والانات بشكل خاص. الجدول ادناه يشير الى انه وعلى الرغم من المفهوم المتقدم للحق في امتلاك الجسد والتحكم فيه يشير الى ارتفاع لدى الفتيات، الا ان مفهوم الفتيات في الحق في المساواة والموافقة الكاملة والاحترام المتبادل ياتي على مستوى متدني. يعكس ذلك حالة قبول للمرأة لواقع خضوع سلوكها الجنسي لارادة الرجل وقبولها الضمني لان تتنازل عن تحكمها في جسدها مقابل الصورة النمطية التي تعطيها المرتبة الدنيا في معادلة العلاقة الجنسية.

جدول ١٩: التوزيع النسبي للشباب حسب معرفتهم* بالحقوق الإنجابية والجنسية

		يعرفون		الحقوق
		الجنس		
طلبة الجامعات	متطوعي اللجان	اناث	ذكور	
١٨.٨	١٩.٥	٢٤.٣	١٤.١	الحق في الحصول على المعلومات والتثقيف بشأن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية
٢٠.٤	٢٤.٩	٢٢.٨	٢٠.٤	الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بجميع جوانب السلوك الجنسي للفرد بحرية ومسؤولية
٢٩.٢	٢٨.٤	٣٨.٦	٢٠.١	الحق في امتلاك الفرد لجسده والتحكم فيه وحمايته
٢١.١	٢٠.١	١٩.٦	٢٢.٠	الحق في التحرر من التمييز والإكراه والعنف في قرارات الفرد الجنسية وحياته الجنسية
٢٦.٠	٣٤.٣	٢٢.٤	٣٣.٣	الحق في المساواة والمواطنة الكاملة والاحترام المتبادل في العلاقات الجنسية
١٦.٦	١٤.٨	١٨.٧	١٣.٨	الحق في الوصول لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية وبأسعار معقولة بغض النظر عن الجنس أو العقيدة أو المعتقد أو الحالة الاجتماعية أو الموقع

* تعني ان الشباب المشاركون في المسح ذكروا المكونات التي يعرفونها بشكل تلقائي (دون ذكرها من قبل الباحث الميداني

في سياق متصل اتضح من نتائج المجموعات البؤرية التي تم تنفيذها ان غالبية الذين مقابلتهم لم يتعرفوا على الحقوق الإنجابية وهذا ينسجم مع نتائج المسح، فيما يأتي بعض النتائج حول مفهوم الحقوق الإنجابية وفقا لما افرزته نتائج المجموعات البؤرية:

"حق المرأة بالتعامل كبشر ولديها احساس والتعامل معها كإنسانة".

"من حق المرأة أن تنجب أطفال تعطيهم حقهم، فالمواليد لهم حقوق، فتنظيم النسل مسموح شرعا، ولا مانع من وجود فارق بالإيجاب بين سنتين إلى ٣ سنوات، لمنح الأطفال حقهم بالحياة."

"الاناث والذكور بحاجة الى تثقيف صحي خاصة قبل الزواج وذلك اصبح ضرورة كبيرة لما يحدث من طلاق فتره ما قبل الزواج لأنه لا يوجد وعي لديهم عن اهمية وقدسية الزواج وعن أساس الاسرة الناجحة ومسؤولية كل منهم تجاه الاخر وحقوقهم تجاه بعض وأحيانا حقوقهم الشخصية".

"المسؤول الاول هو الأسرة وبالتالي الوالدين يتحملون المسؤولية من بعدهم الدولة والمؤسسات التي تعمل في هذا المجال

والمدارس على عاتقها جزء كبير من المسؤولية يجب ان تكون البرامج متلازمة مع كل الاعمار حيث تبدأ جنب الى جنب مع حصة الصحة في المدرسه ويجب ان تكون هناك برامج للأطفال تتناول موضوع النظافة الشخصية وموضوع الدورة الشهرية وموضوع الصحة الشخصية ومن بعدها الصحة الإنجابية وحقوق النساء وهذه البرامج تقدم لكل الفئات حسب الاعمار او المراحل الدراسية"

٥. الوصول الى خدمات الصحة الإنجابية

٤٦.٣% من الشباب سمعوا عن مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية وجنسية، وترتفع هذه النسبة بين الاناث مقارنة بالذكور وبين الشباب في العمر ٢٩-٢٥ سنة. (انظر جدول ٢٠). يرتبط التفاوت في المعرفة حول الخدمات بحقيقة ان خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في القطاع الصحي الفلسطيني تنسجم مع احتياجات مرتبطة بالحمل وتكون الاناث في سن ما بعد ١٨ عاما هن الاكثر احتمالا لحاجة هذه الخدمات. ان تغيير نمط ومحتوى وترويج خدمات الصحة الإنجابية في القطاع الصحي يعتبر شرطا اساسيا لتغيير نمط الاستخدام بما في ذلك تحديد الفئات المستفيدة.

جدول ٢٠: نسبة الشباب الذين سمعوا عن مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية وجنسية

سمعوا عن مراكز	المجموع	العمر	
		١٨-٢٤	٢٥-٢٩
كلا الجنسين	٤٦.٣	٤٣.٣	٦٨.٨
ذكور	٣٣.٣	٣٠.٢	٥٥.٨
إناث	٦٠.٣	٥٧.٣	٨٥.٣

٥.١ مصدر المعرفة

اما فيما يتعلق بمصدر المعرفة، فقد بينت النتائج أن مصدر المعلومات الرئيسي كان المؤسسات التعليمية ووسائل الاعلام (٥٠% لكل منهما)، فيما اشار حوالي ٣٣% من الشباب ان مصدر معلوماتهم كان من خلال مراكز لجان العمل الصحي هناك ١١.٣% من الذكور لا يعرفون طبيعة الخدمات التي تقدمها تلك المراكز، فيما بلغت هذه النسبة ٢.١% (انظر جدول ٢١ و٢٢).

جدول ٢١: نسبة الشباب الذين سمعوا عن مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية وجنسية حسب مصدر المعلومات

	الجنس		المجموع
	ذكور	اناث	
عيادة خاصة	٨.٨	١٨.٠	١٤.٦
مركز صحي تابع للجان العمل	٢٩.٨	٣٤.٥	٣٢.٨
مركز صحي حكومي	١٤.٠	١٩.١	١٧.٢
مركز صحي تابع لوكالة الغوث	٧.٠	١٧.٠	١٣.٣
الاهل	٢٦.٣	٥١.٠	٤١.٩
الانترنت	٣٩.٨	٥٣.٨	٤٨.٧
وسائل الاعلام	٤٠.٧	٥٥.٧	٥٠.٢
المؤسسة التعليمية	٣٤.٥	٥٩.٦	٥٠.٣
الاصدقاء	٣٩.٥	٥٢.١	٤٧.٤
مصادر اخرى	٦.٢	٣.٧	٤.٦

٥.٢ المعرفة بالخدمات المقدمة

وفيما يتعلق بنسبة الشباب الذين سمعوا عن مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية ويعرفون طبيعة الخدمات التي تقدمها تلك المراكز، فقد اشارت البيانات الى ان ١١.٣% من الشباب الذكور لا يعرفون طبيعة الخدمات المقدمة، و٢.١% من الاناث لا يعرفن ذلك ايضا، هذا يعني ان نسبة عالية من الشباب افادوا انهم يعرفون نوع واحد من الخدمات التي تقدمها تلك المراكز (حوالي ٨٩% ذكور مقابل حوالي ٩٨% من الاناث). من الواضح ان النسب لاعلى تركزت في معرفة الشباب بخدمات تنظيم الاسرة والحمل والولادة والزواج المبكر (جدول ٢٢).

جدول ٢٢: نسبة الشباب الذين سمعوا عن مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية ويعرفون طبيعة الخدمات التي تقدمها تلك المراكز

نوع الخدمة	الجنس	
	ذكور	إناث
لا يعرفون عن الخدمات المقدمة	١١.٣	٢.١
يعرفون نوع واحد على الأقل من الخدمات المقدمة	٨٨.٧	٩٧.٩
تنظيم الأسرة	٦٠.٩	٧١.٨
الحمل والولادة	٥٥.٧	٦٠.٠
العلاقات الزوجية	٢٨.٧	٤٠.٠
التغيرات الجسدية والنفسية	١٧.٤	٣٠.٣
ارشادات تتعلق بالزواج/المشورة عند الزواج	٢٥.٢	٣٤.٤
العنف المبني على النوع الاجتماعي	٢٤.٣	٢٤.١
الزواج المبكر	٣١.٣	٤٨.٧
التخطيط للحمل	٢٢.٨	٣٢.٠
خدمات علاجية وتشخيصية لأمراض الجهاز	٢٧.٠	٤٦.٧
أخرى	٤.٣	٨.٣

٥.٣ الشباب الذين احتاجوا خدمات من المراكز

تم سؤال الشباب الذين سمعوا عن وجود مراكز تقدم خدمات صحة إنجابية وجنسية، فيما إذا احتاجوا إلى خدمات من هذه المراكز خلال السنة الماضية أم لا، وقد بينت النتائج أن ٢١.٠% منهم احتاجوا لمثل هذه الخدمات، تلقى منهم حوالي ٩٠% الخدمة المطلوبة، ومن الواضح أن الشباب في العمر ٢٩-٢٥ الذين احتاجوا هذه الخدمات تلقوا جميعهم الخدمة المطلوبة. (انظر جدول ٢٣ و٢٤).

جدول ٢٣: نسبة الشباب الذين احتاجوا إلى خدمة من مراكز الخدمات الصحية خلال السنة الماضية

العمر	المجموع	كلا الجنسين
٢٤-١٨	٢١.٠	٣٠.٢
٢٥-٢٩	١٩.٨	١٦.٧
	٢١.٦	٤١.٤

جدول ٢٤: نسبة الشباب الذين تلقوا الخدمة المطلوبة من مراكز الخدمات الصحية خلال السنة الماضية

تلقوا خدمة	المجموع	العمر	
		٢٤-١٨	٢٩-٢٥
كلا الجنسين	٩٠.٨	٨٧.٨	١٠٠
ذكور	٩١.٣	٨٩.٥	١٠٠
إناث	٩٠.٥	٨٦.٧	١٠٠

وحول الخدمة التي تلقاها هؤلاء الشباب، بينت النتائج أن النسبة الأعلى من الشباب تلقوا خدمات تتعلق بالفحوصات والتقصي والعلاج المتعلقة بالحمل والولادة والأمراض التناسلية، وكما هو متوقع كانت هذه النسبة الأعلى بين الإناث مقارنة بالذكور (٩٢.٣% مقابل ٦١.٩%) على التوالي. وتلقى حوالي ٤٧% من الشباب خدمات تتعلق بالارشادات والتثقيف المتعلقة بمفهوم تنظيم الأسرة. واللافت للامر أن ٥٧.١% من الشباب الذكور تلقوا خدمات تتعلق بالارشادات وتثقيف وتوعية حول العلاقات الزوجية، مقابل ٥.١% فقط من الإناث تلقين مثل هذه الخدمة. على العموم واضح ان نسب تلقي الشباب الذكور وفقا لنوع الخدمة المقدمة كانت الأعلى مقارنة بالإناث اذا ما استثنينا الخدمة الخاصة بالفحوصات والتقصي والعلاج المتعلقة بالحمل والولادة والأمراض التناسلية. (انظر جدول ٢٥).

يبين الجدول ادناه ان خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وان وجدت، فانها ستكون ذات استخدام عالي من قبل الرجال وفي مواضيع ذات مستوى مهم بالنسبة للحياة الجنسية والإنجابية مثل الامراض التناسلية، مشورة قبل الزواج، العنف المبني على النوع الاجتماعي والعلاقات الزوجية.

يتبين من نتائج المجموعات البؤرية اهمية وجود خدمات تعنى بقضايا الحقوق والتثقيف الجنسي الذي وعلى الرغم من تداوله بشكل مبهم، الا انه يحظى بأولوية في ضمان الصحة والرفاه الاسري.

جدول ٢٥: نسبة الشباب الذين تلقوا الخدمة المطلوبة من مراكز الخدمات الصحية خلال السنة الماضية حسب نوع الخدمة

نوع الخدمة	الجنس		المجموع
	ذكور	إناث	
ارشادات وتثقيف حول مفهوم تنظيم	٦١.٩	٣٨.٥	٤٦.٧
فحوصات تفصي/علاج/ادوية تتعلق	٦١.٩	٩٢.٣	٨١.٧
ارشادات وتثقيف وتوعية حول العلاقات	٥٧.١	٥.١	٢٣.٣
ارشادات تتعلق بالتغيرات الجسدية	٥٢.٤	١٢.٨	٢٦.٧
ارشادات تتعلق بالزواج (مشورة قبل الزواج، وكذلك فحوصات وقائية قبل الزواج وكذلك فحوصات وقائية قبل	٣٨.١	٧.٧	١٨.٣
تثقيف وارشادات حول العنف المبني على	٣٣.٣	٥.١	١٥.٠
ارشادات تتعلق بمخاطر الزواج المبكر	٤٧.٦	٥.١	٢٠.٠

٥.٤ مكان تلقي الخدمة

تم سؤال الشباب المشاركين في الدراسة عن المكان الذي تلقوا فيه الخدمة المطلوبة عند حاجتهم لها واسباب. تبين أن ٧٣.٣% من هؤلاء الشباب تلقوا الخدمة في مراكز تابعة للجان العمل الصحي، وكانت الاسباب الاكثر جذبا لهؤلاء الشباب لاختيار هذه المراكز هي ثقتهم بالطاقم الطبي وتخصص المركز بنوع الخدمة وان الخدمة مرضية وجيدة (٨٨.١% و ٧٨.٦% و ٧٤.٤% على التوالي، فيما اشار ٥٧.٨% من الشباب الذين تلقوا الخدمات في هذه المراكز الى ان سهولة الوصول الى المراكز كان السبب وراء اختيارهم لها، وان ٥٧.١% اختاروا هذه المراكز بسبب مجانية الخدمة او ان التكاليف اقل. في سياق متصل اشارت البيانات الى ان ٥٧.٦% تلقوا الخدمة في عيادات خاصة و ٣٥.٦% في مراكز حكومية و ١١.٩% تلقوا الخدمة في مراكز تابعة لوكالة الغوث. (انظر جدول ٢٦).

جدول ٢٦: نسبة الشباب الذين تلقوا الخدمة المطلوبة من مراكز الخدمات الصحية حسب مكان تلقي الخدمة

أسباب اختيار المكان لتلقي الخدمة	نسبة الذين تلقوا الخدمة	جهة تلقي الخدمة					
تخصص المركز بنوع الخدمة	اثق بالطاقم الموجود هناك	مجانية الخدمة/ تكاليف اقل	توفر التأمين الصحي	الخدمة مرضية/ جيدة	سهولة الوصول اليه		
٥٦.٧	٥٤.٨	٣.٤	٢٣.٣	٥٤.٥	٦٥.٦	٥٧.٦	عيادة خاصة
٧٨.٦	٨٨.١	٥٧.١	١٩.٥	٧٤.٤	٥٧.٨	٧٣.٣	مركز صحي تابع للجان العمل الصحي
٣٣.٣	١٩.٠	٥٩.١	٩.٥	٢٦.١	٤٥.٨	٣٥.٦	مركز صحي حكومي
٤٢.٩	٤٢.٩	١٠٠	٢٨.٦	٥٠	٢٠	١١.٩	مركز صحي تابع للكوالة

٥.٥ الرضا عن الخدمة المقدمة

حول رضا الشباب عن الخدمات التي تلقوها، يتضح من الجدول ٢٧ أدناه أن ٩٦.٢% من الشباب الذين تلقوا الخدمة في مراكز تابعة للجان العمل الصحي كانوا راضين تماما - راضي الى حد ما من الخدمة المقدمة في هذه المراكز، فيما عبر ٣.٨% عن عدم رضاهم الى حد ما من الخدمة المقدمة. ومن الواضح ان الاناث اللواتي تلغين الخدمة في مراكز تابعة للجان العمل الصحي كن راضيات بشكل مطلق من الخدمة التي تلقينها. (انظر جدول ٢٧).

جدول ٢٧: التوزيع النسبي للشباب حسب مدى رضاهم عن الخدمة المقدمة

مركز صحي تابع للوكالة	مركز صحي حكومي	مركز صحي تابع للجان العمل الصحي	عيادة خاصة	مدى الرضى
				كلا الجنسين
١٧.٤	٣١.٤	٧١.٢	٦٠.٩	راضي تماماً
٤٧.٨	٤٠.٠	٢٥.٠	٢٨.٣	راض الى حد ما
٣٤.٨	٢٢.٩	٣.٨	٨.٧	غير راضي الى حد ما
٠	٥.٧	٠	٢.٢	غير راض مطلقاً
				ذكور
١١.٨	١٠.٥	٢٧.٨	٤٧.٤	راضي تماماً
٤١.٢	٤٢.١	٦١.١	٣٦.٨	راض الى حد ما
٤٧.١	٣٦.٨	١١.١	١٥.٨	غير راضي الى حد ما
٠	١٠.٥	٠	٠	غير راض مطلقاً
				اناث
٣٣.٣	٥٦.٣	٩٤.١	٧٠.٤	راضي تماماً
٦٦.٧	٣٧.٥	٥.٩	٢٢.٢	راض الى حد ما
٠	٦.٣	٠	٣.٧	غير راضي الى حد ما
٠	٠	٠	٣.٧	غير راض مطلقاً

٥.٦ الحاجات غير الملباة في برامج الصحة الإنجابية والجنسية

تم توجيه سؤال مفتوح للمشاركين في الدراسة حول الاحتياجات التي يرون انها غير ملباه في برامج الصحة الإنجابية والجنسية وقد اشارت البيانات الى ان ثلثي الذين اجابوا على هذا السؤال (اكثروا على ضرورة العمل على تكثيف الجهود المتعلقة بالتوعية والتدريب على القضايا المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية وتحديد الاثية: استهداف الاسر والافراد وتوعيتهم حول اهمية الزواج والحمل، وحقوق المرأة الإنجابية، وتنظيم الاسرة واهمية ذلك. فيما أشار ١٢.٢% الى ضرورة الاهتمام بالخدمات المقدمة من حيث تدريب الكوادر وتأهيلهم وتحسين جودة الخدمات. وأشار ٣.٠% الى ضرورة العمل على تكثيف البرامج التي تقدم خدمات الدعم النفسي وخاصة لأولئك الذين يتعرضون للعنف.

من نتائج المجموعات البؤرية:

"تعزيز مفهوم الصحة الإنجابية للجنسين، وليس فقط للفتيات وأيضاً أهميته للشباب. لأن هناك مفهوم خاطيء بأن الموضوع يهم الفتيات فقط."

"التوعية مهمة، خاصة وأن الغالبية يعتبرونها (عيب بثقافة المجتمع) لكن من المهم إستخدام وسائل جذابه وغير تقليدية كورش العمل والحوارات وعرض أفلام علمية"

٦. المعرفة بالامراض المنقولة جنسياً

بلغت نسبة الشباب الذين سمعوا عن الامراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ٩٤.٢%، منهم حوالي ٩٥% ذكور و٩٣% وحوالي ٩٤.٨% اناث. (جدول ٢٨). اذا ما استثنينا مرض الإيدز، تبين ان نسبة قليلة تعرفت على هذه الامراض كما هو موضح في جدول ٢٩، تبين ان نسبة من تعرفوا على هذه الامراض كانت قليلة، بلغت اعلاها بين الذين تعرفوا على الفطريات (٢٩.٤%) وادناها بين الذين تعرفوا على الثآليل التناسلية (٧.٨%).

جدول ٢٨: نسبة الشباب الذين سمعوا عن احد الامراض المنقولة جنسيا

سمعوا عن احد الامراض	المجموع	العمر	
		٢٤-١٨	٢٩-٢٥
كلا الجنسين	٩٤.٢	٩٣.٩	٩٦.١
ذكور	٩٤.٨	٩٤.٤	٩٧.٧
إناث	٩٣.٤	٩٣.٣	٩٤.١

جدول ٢٩: نسبة الشباب الذين سمعوا عن احد الامراض المنقولة جنسيا حسب المرض

الامراض	المجموع	الجنس	
		ذكور	اناث
الإيدز	٩٤.٢	٩٢.٢	٩٦.٣
السفلس	١٤.٥	١٨.٥	١.١
السيلان	١٥.٨	١٧.٧	١٣.٨
الفطريات	٢٩.٤	٢٥.٦	٣٣.٦
الثآليل التناسلية	٧.٨	١١.٠	٤.٤

٦.١ مصدر المعرفة

اما فيما يتعلق بمصدر المعرفة، فقد بينت النتائج أن مصدر المعلومات الرئيسي كان المؤسسات التعليمية والانترنت (٧٠% و٦٠% على التوالي)، فيما اشار ٨% من الشباب ان مصدر معلوماتهم كان من خلال مراكز لجان العمل الصحي. من الواضح ايضا وجود بعض الفروقات بين الذكور والاناث على مستوى مصدر المعرفة كما هو موضح في جدول ٣٠ ادناه.

جدول ٣٠: نسبة الشباب الذين سمعوا عن احد الامراض المنقولة جنسيا حسب مصدر المعلومات

	الجنس		المجموع
	ذكور	اناث	
عيادة خاصة	٤.٦	٧.٤	٥.٩
مركز صحي تابع للجان	٧.٩	٨.٧	٨.٣
مركز صحي حكومي	٥.٥	٧.٠	٦.٢
مركز صحي تابع لوكالة	٤.٢	١١.١	٧.٥
الاهل	١٩.٤	٤١.٣	٢٩.٨
الانترنت	٥٦.٧	٥٤.٧	٥٥.٧
وسائل الاعلام	٤٢.٩	٥٧.٠	٤٩.٦
المؤسسة التعليمية	٦٢.٧	٧٥.٨	٦٨.٩
الاصدقاء	٤٠.٢	٤٥.٠	٤٢.٤
مصادر اخرى	٤.٦	١.٧	٣.٢

٧. الإيدز

احد أهم المتطلبات الأساسية لخفض معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية هو معرفة دقيقة لكيفية انتقال فيروس نقص المناعة البشرية واستراتيجيات منع انتقال العدوى. المعلومات الصحيحة هي الخطوة الأولى نحو زيادة الوعي وإعطاء المراهقين والشباب الأدوات اللازمة لحماية أنفسهم من العدوى. المفاهيم الخاطئة حول فيروس نقص المناعة البشرية شائعة ويمكن أن تترك المراهقين والشباب وتعيق جهود الوقاية. تم خلال الدراسة توجيه عدد من الاسئلة المتعلقة بمعرفة الشباب بمرض الإيدز وطرق انتقاله والوقاية منه، وكذلك المفاهيم الخاطئة عن المرض.

واضح أن نسبة عالية من الشباب سبق وان سمعوا عن مرض الإيدز (٩٤.٢%) مع عدم وجود فجوات واضحة بين الذكور والاناث ولا على مستوى الفئات العمرية.

على الرغم من المستوى العالي للمعرفة حول مرض الإيدز وطرق انتقاله، الا ان هذه المعرفة لا ترتقي الى مستوى المعرفة الواعية لاساليب الوقاية او المراقف من المرض والمتعايشين معه. نتيجة لحساسية السلوك الجنسي و صعوبة اجراء دراسات هادفة حوله في المجتمع الفلسطيني، تبقى حقيقة الممارسات المتعلقة بمرض الإيدز وعلى الرغم من محدودية انتشار المرض في المجتمع الفلسطيني، الا ان عوامل الخطورة وحقيقة انتشار الامراض المنقولة عن طريق الجنس في مناطق وضمن فئات معينة في المجتمع تدعم توسيع برامج التوعية وترويج اساليب الوقاية الناجعة حول الإيدز وبقيّة الامراض المنقولة عن طريق الجنس.

جدول ٣١: نسبة الشباب الذين سمعوا عن الإيدز

سمعوا عن الإيدز	المجموع	العمر	
		٢٤-١٨	٢٩-٢٥
كلا الجنسين	٩٤.٢	٩٣.٩	٩٦.١
ذكور	٩٢.٢	٩٢.١	٩٣.٠
إناث	٩٦.٣	٩٥.٨	١٠٠.٠

وعلى الرغم من أن هناك نسبة عالية من الشباب سمعوا عن مرض الإيدز، إلا أن النتائج أكدت أن فقط ٤٨.٠% يعرفون طريقتين للوقاية من المرض بشكل مجتمعة (استخدام الواقي الذكري عند كل معاشره جنسية وممارسة الجنس مع الزوجة)، ومن الواضح ان المعرفة هذه الاقل بين الاناث (جدول ٣٢).

جدول ٣٢: نسبة الشباب الذين يعرفون طرق الوقاية من مرض الإيدز

طرق الوقاية		المجموع	العمر	الجنس	
			٢٤-١٨	٢٩-٢٥	
اناث	ذكور				
استخدام الواقي الذكري عند كل معاشرة جنسية		٥٤.٨	٥٥.٣	٥١.٤	٧٣.٣
ممارسة الجنس مع الزوجة فقط		٨٥.١	٨٥.٢	٨٣.٨	٨٥.٤
يعرفون الطريقتين معا		٤٨.٠	٤٨.١	٤٧.٣	٦٣.٧
					٣٥.٦
					٨٤.٥
					٣١.٧

وفيما يتعلق بالمفاهيم الخاطئة عن طرق انتقال الإيدز، اشارت البيانات الى ان نسب عالية من الشباب (اكثر من ثلاثة أرباع) أشاروا إلى أن تجنب نقل الدم وتجنب حقن الابز يمكن ان تقي من الاصابة بمرض الإيدز، فيما أشار ما يزيد عن ثلث الشباب إلى أن تجنب لسعات البعوض ممكن ان تقي من الإصابة بمرض الإيدز. (جدول ٣٣)

جدول ٣٣: نسبة الشباب الذين اشاروا الى مفاهيم خاطئة على انها طرق وقاية من مرض الإيدز

المفاهيم		المجموع	العمر	الجنس	
			٢٤-١٨	٢٩-٢٥	
اناث	ذكور				
تجنب نقل الدم		٧٩.٥	٧٨.٤	٨٧.٨	٧٩.٢
تجنب الحقن بالابز		٧٦.٥	٧٦.٠	٧٩.٧	٧٨.٣
تجنب لسعات البعوض		٣٤.٥	٣٣.٠	٤٥.٩	٣١.٧
					٧٩.٦
					٧٤.٤
					٣٧.٢

كذلك تم توجيه سؤال للشباب حول معرفتهم بانتقال المرض من الام لطفلها، وطرق الانتقال هذه (اثناء الحمل، اثناء الولادة، وعن طريق الرضاعة)، حيث بينت النتائج ان ٢١.٢% من الشباب فقط تعرفوا على الطرق الثلاث مجتمعة، وكانت الاعلى بين الاناث (٣٠.٣%) وبين الشباب في العمر ٢٥-٢٩ (٣٥.٨%). اما بخصوص معرفة الشباب بطرق الانتقال حسب الطريقة، فقد بينت النتائج ان ٧٤.٩% من الشباب تعرفوا على ان المرض ممكن ان ينتقل اثناء الحمل، و٥٦.٤% تعرفوا على ان المرض يمكن ان ينتقل اثناء الولادة، فيما اشار ٣٣.٣% الى ان المرض ممكن ان ينتقل عبر الرضاعة الطبيعية. (جدول ٣٤)

جدول ٣٤: نسبة الشباب الذين افادوا ان مرض الإيدز يمكن ان ينتقل من الأم إلى طفلها

طرق الانتقال	المجموع	العمر		الجنس	
		١٨-٢٤	٢٥-٢٩	ذكور	اناث
نسبة الذين يعرفون أن الفيروس يمكن أن ينتقل من الأم					
اثناء الحمل	٧٤.٩	٧٣.٦	٨٢.٧	٦٢.٥	٨٦.٢
اثناء الولادة	٥٦.٤	٥٥.٩	٥٩.٦	٣٤.٧	٧٦.١
عن طرق الرضاعة	٣٣.٣	٢٩.٦	٥٨.٥	٢٩.٧	٣٧.٢
يعرفون الطرق الثلاث مجتمعة	٢١.٢	١٩.١	٣٥.٨	١١.٨	٣٠.٣

٨. المواقف تجاه العنف المبني على النوع الاجتماعي

تم خلال المسح توجيه سؤال مفتوح للشباب حول المقصود بالعنف المبني على النوع الاجتماعي، غالبية المشاركين أشاروا الى ان العنف المبني على النوع الاجتماعي يعني اضطهاد المرأة من قبل الرجل لاسباب مختلفة ووفقا للعادات والتقاليد السائدة في مجتمعنا، ويشمل ذلك العنف الجنسي اضافة للاهانة وسوء المعاملة. فقط عدد قليل منهم لم يستطع تعريف مفهوم العنف المبني على النوع الاجتماعي.

ادناه بعض الاجابات التي وردت على هذا السؤال:

"الانصياع الى كلام المجتمع مما يؤدي الى مشكلة بين الزوجين"

"اتباع الرجل للعادات و التقاليد القديمة من سلب حقوق المراه و تعنيفها"

"اجبار احد الجنسين على فعل شيء خارج ارادته"

"اضطهاد المراه من قبل الرجل"

"اعتداء الذكر على الانثى لانه العنصر الاقوى"

"التفريق بين الذكر والانثى واستضعاف المرأة"

ادناه ايضا بعض النتائج المستقاه من المجموعات البؤرية:

"هو العنف الذي يمارس ضد الانثى لأنها انثى فقط وهي دائما الحلقة الاضعف بالنسبة للرجل والذي غالبا هو الذي يمارس العنف ضدها" فتاة مشاركة في احدى المجموعات البؤرية

"الأساس في التعامل بين الزوجين، في الثقافة السائدة مجتمعا (الزلثة من حقه يكسر راس المرة) وهو مفهوم خاطيء، خاصة وأن هناك أمثال شعبية تعزز هذا المفهوم (خطأ الولد مغفور، بينما البنت غير مغفور)." شاب مشارك في احدى المجموعات البؤرية

اما فيما يتعلق بمدى معرفة الشباب لانواع العنف المبني على النوع الاجتماعي، فقد اشارت النتائج الى ان حوالي ١٣% من الشباب يعرفون نوع واحد على الاقل وهي الاعلى بين الذكور مقارنة بالاناث، وبين الشباب في العمر ٢٤-١٨ سنة، اما نسبة من لا يعرفون أي نوع من انواع العنف الواردة في جدول ٣٥ ادناه، فقد بلغت حوالي ١٣% ايضا وكانت الاعلى بين الذكور وبين الافراد في العمر ١٨-٢٤ سنة. وحول معرفتهم بانواع العنف، فتشير البيانات الواردة في جدول ٣٥ ان الشباب على درية اكثر بالعنف الجسدي واللفظي (حوالي ٧٧% و٦٥%) على التوالي.

جدول ٣٥: نسبة الشباب الذين يعرفون احد انواع العنف المبني على النوع الاجتماعي حسب النوع

نوع العنف	المجموع	العمر		الجنس		مطلوبة الجامع	متطوع ي
		٢٤-١٨	٢٩-٢٥	ذكور	اناث		
العنف الجسدي	٧٦.٧	٧٤.٩	٩٠.٩	٧٤.١	٧٩.٧	٧٢.٣	٨٩.٩
العنف النفسي	٤٠.١	٣٩.٤	٤٥.٥	٣٧.٦	٤٣.١	٤٠.٥	٣٩.٦
العنف الاجتماعي	١٨.٩	١٨.٨	١٩.٥	١٥.٢	٢٢.٨	٢٠.٦	١٣.٦
العنف الاقتصادي	١٤.١	١٤.١	١٤.٣	١١.٨	١٦.٦	١٦.٠	٨.٣
العنف الجنسي	٤٠.٣	٤٠.٢	٤١.٦	٣٣.٩	٤٧.٢	٤٣.٣	٣١.٤
العنف اللفظي	٦٤.٥	٦٢.٥	٨٠.٥	٥٨.٠	٧١.٦	٦٠.٩	٧٥.١
نسبة من لا يعرفون أي	١٢.٩	١٣.٦	٧.٨	١٦.٧	٨.٨	١٩.٦	٨.٠
نسبة من يعرفون على	١٢.٩	١٣.٩	٥.٢	١٣.٢	١٢.٥	١٥.٨	٥.٧

جدول ٣٦: نسبة الشباب الذين يبررون ضرب الزوج لزوجته في حالات محددة

الحالة	العمر	الجنس	ذكور	إناث
	٢٤-١٨	٢٩-٢٥		
إذا خرجت من المنزل دون أن تخبره	٧.٣	١٣.٠	٩.٧	٥.٩
إذا أهملت الأطفال	١٢.٩	١٠.٤	١٦.٦	٨.٤
إذا جادلته	٣.٩	١.٣	٥.٤	١.٦
إذا رفضت المعاشرة	٩.٠	٥.٢	١٢.٩	٣.٧
إذا لم تعد الطعام	٣.٠	١.٣	٢.٩	٢.٨
إذا احرق الطعام	١.٩	٠	١.٧	١.٦
أخرى	٢.٣	١.٣	١.٥	٢.٩

تم توجيه من الاسئلة او المواقف التي تعتبر مؤشر على التقبل الاجتماعي للعنف كاجراء تاديبني عندما لا تتقيد المرأة بادوار معينة كونها امراة. ليس بالضرورة تفسير هذه المواقف على انها مقياس على الموافقة على العنف الاسري او انها توحى بان المرأة كانت ضحية لمثل هذا العنف او انها ستصبح حتما ضحية لها.

على العموم تشير البيانات الى ان نسبة الشباب الذين يبررون ضرب الزوج لزوجته في الحالات التي اشار اليها السؤال على انها متدنية، ولكن اللافت للنظر ان الاناث ايدن او بررن ضرب الزوج لزوجته في الحالات المذكورة كما هو موضح في جدول ٣٦. ومن الواضح ان الذكور برروا ذلك بنسب اعلى في حالات محددة خاصة اذا رفضت الزوجة معاشرة زوجها وفي حالة انها أهملت الاطفال (حوالي ١٧% و ١٣%) على التوالي.

٩. معرفة الشباب بوجود مراكز تقدم خدمات حماية او مساعدة للمعنفات

تم خلال المسح سؤال المشاركين عن معرفتهم بوجود مؤسسات ومراكز تقدم خدمات حماية او مساعده للمعنفين والمعنفات، وقد اشارت النتائج الى ان حوالي ٤٨% من الشباب يعرفون ذلك وهي الاعلى بين الاناث وبين الشباب في العمر ٢٥-٢٩ سنة (جدول ٣٧).

جدول ٣٧: نسبة الشباب الذين يعلمون عن وجود مؤسسات ومراكز تقدم خدمات حماية او مساعده للمعنفات

يعلمون عن وجود مؤسسات	المجموع	العمر	
		٢٤-١٨	٢٩-٢٥
كلا الجنسين	٤٧.٩	٤٧.١	٥٣.٩
ذكور	٤٢.٣	٤١.٩	٤٥.٢
إناث	٥٣.٩	٥٢.٦	٦٤.٧

وحول المؤسسات والمراكز التي يعرفها الشباب او سمعوا عنها فقد كان هناك سؤال مفتوح حول هذه المؤسسات والمراكز (انظر ملحق رقم ٢).

اما فيما يتعلق بموقف الشباب حول توجه المعنفين او المعنفات الى مراكز مختصة للحصول على المساعدة مثل وحدات حماية الاسرة في الشرطة وغيرها، فوجد بينت النتائج ان غالبية الشباب ايدوا ذلك وكانت الاعلى نسبيا بين الاناث (جدول ٣٨)، وهناك ١٥% من الذكور لم يؤيدوا ذلك مقابل ١٢% من الاناث. وعن الاسباب وراء موافقتهم على توجه المعنفين لمثل هذه المراكز فقد اكد اغلبيتهم الى ان ذلك مهم حيث انه يحفظ حقوق المعنفين من الذكور والاناث ولاغراض الحماية، اما من لم يؤيدوا ذلك فقد كانت الاسباب وراء ذلك الى تجنب المشاكل وان هذه امور شخصية لا يجب البوح بها وقد اشر جزء منهم الى ان البيوت اسرار لا يجب اطلاق الغير عليها.

جدول ٣٨: نسبة الشباب حسب موقفهم من توجه المعنفين للحصول على خدمات من جهات مختصة

	العمر	الجنس		
	٢٤-١٨	٢٩-٢٥	ذكور	اناث
افادوا انه يبرر او ينصح بتوجه الشخص المعنف للحصول على مساعده من جهات مختصة	٨٦.٤	٨٧.٠	٨٤.٨	٨٨.٤
لم يوافقوا على ذلك	١٣.٦	١٣.٠	١٥.٢	١١.٦

المشاركة اشتملت استمارة المسح على سؤال حول مشاركة الشباب في أنشطة معينة (محاضرات، ورش عمل واجتماعات) تتعلق بمكونات الصحة الإيجابية والجنسية الواردة في الجدول ٣٩ ادناه. يتضح من النتائج ان نسبة قليلة من المشمولين في المسح شاركوا بمثل هذه الانشطة وقد توزعت هذه النسبة على الانشطة وفقا لما هو موضح في الجدول، فقد كانت اعلى مشاركة في بالعنف الاسري تلاها تنظيم الاسرة واهمية استخدام وسائل تنظيم الاسرة.

جدول ٣٩: التوزيع النسبي للشباب حسب مشاركتهم في أنشطة تتعلق بالصحة والإيجابية والجنسية

النشاط	نعم	لا	لا اذكر	المجموع
مفهوم الصحة الإيجابية والجنسية	١٤.٢	٨٥.١	٠.٧	١٠٠
تنظيم الاسرة واهمية استخدام وسائل تنظيم الاسرة؟	٢١.٥	٧٧.٢	١.٣	١٠٠
التغيرات المرتبطة بالبلوغ عند الشباب	١٧.٠	٨١.٨	١.٢	١٠٠
المعرفة بالحقوق الإيجابية	١٠.٦	٨٧.٩	١.٥	١٠٠
الخدمات التي تقدمها المراكز فيما يتعلق بالصحة الإيجابية بشكل عام	٦.٩	٩٢.٠	١.٢	١٠٠
الامراض المنقولة جنسيا وطرق الوقاية منها	١٥.٨	٨٣.٦	٠.٦	١٠٠
العنف المبني على النوع الاجتماعي	١٦.٣	٨٢.٨	٠.٩	١٠٠
العنف الاسري	٢٦.١	٧٣.٣	٠.٦	١٠٠
التعريف بمرض الإيدز وطرق الوقاية منه	١٧.٠	٨٢.٤	٠.٦	١٠٠
اهمية الفحص المبكر لسرطان الثدي وسرطان الرحم	١٩.٨	٧٩.٧	٠.٤	١٠٠
أخرى	٤.٢	٨٤.٠	١١.٨	١٠٠

اما فيما يتعلق بنسبة الشباب الذين قاموا بمبادرات فردية او جماعية في قضايا تتعلق بالصحة الإيجابية، فقد بينت النتائج ان ٧.٣% من الشباب قاموا بمثل هذه المبادرات وكانت الاعلى بين الذكور وبين الافراد في العمر ٢٥-٢٩ سنة (جدول ٤٠)

جدول ٤٠: نسبة الشباب الذين قاموا او ساهموا بمبادرات فردية او جماعية في قضايا تتعلق بالصحة الإنجابية

قاموا بمبادرات	المجموع	العمر	
		٢٤-١٨	٢٩-٢٥
كلا الجنسين	٧.٣	٦.٣	١٥.٦
ذكور	٨.٦	٧.٦	١٦.٣
إناث	٥.٩	٤.٩	١٤.٧

ملحق رقم ٣ يوضح المبادرات التي قام بها الشباب.

الفصل الرابع

استنتاجات:

تشكل دراسة المعرفة، الخدمات والمواقف حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية لدى الشباب تحدياً بحثياً لخصوصية الموضوع والتكتم الذي يحيط بالمواقف والسلوكيات الجنسية لدى الشباب في مجتمع محافظ.

استطاعت الدراسة الحالية تسليط الضوء على جوانب مهمة من قضايا الصحة الجنسية والإنجابية ومن خلال استخدام تقنيات البحث الكمي والنوعي بشكل متوازي خلصت الدراسة الى مخرجات مهمة متعلقة بالمعرفة، المواقف، مصادر المعلومات والخدمات.

نتيجة لتوفر مصادر معلومات مفتوحة عن طريق الانترنت، الاقران والاهل، المؤسسة التعليمية يتوفر مستوى معرفة جيد حول امور اساسية في الصحة الإنجابية. هذا المستوى يأخذ بالتدني عند الغوص في الامور الخاصة والمحددة في النواحي المختلفة مثل اساليب الوقاية من الامراض المنقولة عن طريق الجنس، وسائل تنظيم الاسرة، اشكال العنف المبني على النوع الاجتماعي والحماية.

يجدر الاشارة الى ان عينة الدراسة شملت مجموعات شبابية على جانب من الدراية والثقافة. عند تعميم النتائج على المستوى الوطني، يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار المجموعات الشبابية غير المنضوية في سلك التعليم الجامعي، او الشباب في المناطق المهمشة والمحرومة اضافة الى الشباب العاملين في سوق العمل الاسرائيلي. لا يوجد هناك دراسات تصف واقع المعرفة لدى الفئات المذكورة وسيكون من المفيد توسيع الدراسة الحالية لتشملهم.

بشكل عام نستطيع القول ان مجموعة الشباب التي حصلت على المعلومات او الخدمات من خلال مشروع لجان العمل الصحي قد تميزت بمستوى المعرفة في العديد من الجوانب التي تم التعرض اليها في المسح، تلقي الخدمات والجوانب الحقوقية. من خلال عمل المشروع المذكور، قامت كادر اللجان بتنفيذ برنامج ممنهج لرفع الوعي الجنسي والإنجابي لدى فئات شبابية مستهدفة ويجدر تعميم التجربة والوصول الى فئات شبابية اوسع وفئات عمرية اصغر.

على الرغم من التوقع السائد ان الاناث لا يمتلكون المعرفة حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية بالمقارنة مع اقرانهم من الذكور، بينت الدراسة ان مستوى المعرفة كان متساوي تقريبا لدى الفئتين في مختلف النواحي. ارتبط مستوى المعرفة العالي لدى الاناث من المشاركين في البحث بمواضيع الحمل والإنجاب واستخدام الخدمات المرتبطة بهما.

على صعيد الحقوق الجنسية والإنجابية، يوجد ثغرة واضحة في مجال المعرفة والمواقف حيث ان مستوى المعرفة متدني لدى فئات الشباب حول الحقوق بشكل عام. وفي الوقت الذي يتم فيه الحديث عن الحرية الجنسية وتملك الجسد، فان هنالك ثغرة في المفاهيم بين الذكور والاناث لصالح ميل الاناث لتقبل تبعيتها الجنسية للرجل.

تنوع مصادر المعلومات حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية واضح من خلال اجوبة المشاركين في البحث. لا يوجد هناك دراسات تبين مصداقية وجودة المعلومات الواردة من المصادر المختلفة وحيث ان الانترنت يعتبر مصدر اساسي للمعلومة، يجدر العمل على دراسة مصداقية المعلومات الواردة في هذا المصدر، اضافة الى انشاء مصادر موثوقة للمعلومة الصحية على مواقع الانترنت المحلية. على الرغم من اهمية الاعلام كمصدر للمعلومات الصحية، الا ان غياب برامج منهجية ومستدامة عالية الجودة يجعل من الاعلام مصدرا موسميا للمعلومة الصحية. حيث ان الاصدقاء يعتبروا مصدرا موثوقا للمعلومة، يجدر توسيع منهجية تثقيف الاقران من خلال البناء على النماذج الناجحة وضمن فلسفة واضحة تعتمد السلوكيات والمعارف الاساسية المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

تعتبر العائلة والمدرسة اكثر مصادر المعلومات امانا ومصداقية وبينت الدراسة ان المؤسسة التعليمية والاسرة تعتبران مصدرا مهما للمعلومة حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية لدى الشباب المشاركين في الدراسة. يجدر اعادة دراسة محتوى المنهاج الدراسي المقدم لليافعين والشباب حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، اضافة الى تنفيذ برامج تستهدف الاهالي لتزويدهم بالمعلومات ذات المصداقية العالية.

تبين الدراسة اقبال على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لدى فئات الشباب خارج النمط التقليدي المرتبط بالإنجاب والحمل. يعكس ذلك ضرورة ترسيخ توفر خدمات صحة جنسية وإنجابية لفئات الشباب ضمن المواقع التي يتواجد بها اعداد كبيرة ومركزة منهم. تعتبر الخصوصية والسرية والتعامل الايجابي مع احتياجات الشباب الجنسية عوامل اساسية في استخدام او العزوف عن هذه الخدمات. في الوقت الذي تقوم مجموعة من المؤسسات بتقديم خدمات صحة جنسية وإنجابية ضمن دائرة الخدمات الطبية التقليدية، لعله يكون من المجدي توفير هذه الخدمات في واقع اقل ارتباطا بنظام الخدمات الطبية. تشكل الجامعات مكانا ممتازا لاحتضان هكذا خدمات على ان يتم تدريب عاملين مؤهلين لاستيعاب الاحتياجات الخاصة بالشباب.

رسمت الدراسة خارطة برامجية ومؤسسية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية في فلسطين. تبين الدراسة مجموعة من الامور المشتركة بين البرامج والمؤسسات ينبغي البناء عليها والخروج بها الى نموذج متكامل للخدمات يغطي الاحتياجات، يمنع الازدواجية ويعظم الاثر. تشكل مبادرة مؤسسة جذور بانشاء ائتلاف صحة المراهقة نقطة بداية مهمة لجهود تكاملي وتشاركي في الاستجابة لاحتياجات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشباب.

توصيات

١. تشكل الدراسة الحالية بمنهجيتها الشاملة وعينتها القوية نقطة بداية لتجميع جهود برامج الصحة الجنسية والإنجابية وتحقيق مستوى من التناغم في المعلومة، الخدمة والتغطية الجغرافية. يمكن استخدام الاعلان عن الدراسة ونتائجها في اطار تشاركي من خلال ورشة عمل وطنية.
٢. توجد حاجة للتوسع في دراسة الاحتياجات الخصوصية لفئات مهمشة من الشباب للتأكيد على شمولية النتائج لجميع فئات الشباب الفلسطيني.
٣. لا تزال هنالك ثغرات في مستوى المعرفة حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، خاصة عندما يتعلق الامر بالمعارف التفصيلية والسلوكيات الوقائية والحقوق. استمرار الجهود وتوسيعها لتشمل برامج ممنهجة حول سلوكيات واضحة ومعلومات محددة قضية في بالغ الأهمية.
٤. يجب العمل على سد الثغرة في مفاهيم الحقوق الجنسية والإنجابية بشكل عام. ايضا يجب العمل على تكريس المساواة في الحقوق الجنسية بين الذكور والاناث كجزء من منظومة العدالة الجندرية واساسيات حقوق الانسان.
٥. تحديد سلة من الرسائل السلوكيات والحقوق الصحية المتعلقة بالشباب ضروري لتوحيد الرسالة، تعزيز السلوكيات والوصول الى تغييرات قابلة للقياس. تعتبر جهود اللجنة الوطنية لتعزيز والتثقيف الصحة بداية مهمة على هذا الصعيد.
٦. تعزيز دور الاعلام كشريك في تعزيز الصحة امر مهم لضمان ديمومة النشر المعلومات الموثوقة والصحيحة حول قضايا الصحة بشكل عام وقضايا الصحة الجنسية والإنجابية بشكل خاص.
٧. دراسة المحتوى المعلوماتي لمواقع الانترنت المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية تعتبر ضرورة قصوى. تطوير مواقع وطنية موثوقة امر مهم لتأكيد الصحة والمصداقية في المعلومات املنتشرة على هذه المواقع.
٨. توسيع مبادرات تثقيف الاقران وضمان التناغم بين مجموعة المؤسسات الحاضنة لهذه البرامج.
٩. انشاء فضاءات خدمتية للصحة الجنسية والإنجابية في الجامعات سيتمنح وصولا امنا وعلى مستوى عالي من الجودة لاعداد كبيرة من فئات الشباب بشكل مستدام.

قسم الملاحق

ملحق رقم ١: تقرير حول المؤسسات التي تقدم خدمات صحة إنجابية وجنسية في فلسطين (سيجري اضافة لجان العمل الصحي ضمن المؤسسات المذكورة في هذا القسم)

يشمل هذا القسم وصف اهم المؤسسات التي تدير برامج او أنشطة في مجال الصحة الإنجابية، حيث تستند المعلومات الواردة بشأن كل مؤسسة على المقابلات الميدانية مع ادارة هذه المؤسسات.

١. صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA

البرامج التي تنفذها المؤسسة: يشمل دور الصندوق الأنشطة والبرامج التالية:

١. إدخال مفاهيم الصحة الإنجابية والجنسية في المنهاج من الصف ٦ - ٩، ودليل المراهقين للمرشدين التربويين.

٢. خدمات ومراكز صديقة للشباب لتقديم خدمات صحية بالجامعات : المرحلة الأولى جامعة أبو ديس وجامعة الأزهر، المرحلة الثانية جامعة بيرزيت.

٣. برنامج صناع التغيير: ينفذ في غزة والضفة (أبو ديس) تم خلق مجموعات من الشباب من المؤسسات القاعدية والشخصيات المؤثرة بالمجتمع.

الشركاء الرئيسيين:

١. الجهات الحكومية: وزارة الصحة، وزارة التربية والتعليم، وزارة التنمية الإجتماعية، وزارة شؤون المرأة.

٢. الجهات غير الحكومية: منتدى شارك الشبابي / رام الله، برج اللقلق بالقدس، انقاذ المستقبل الشبابي/ غزة، جذور، الإغاثة الطبية، اتحاد لجان العمل الصحي (الجندر) ، جمعية تنظيم الأسرة ، مؤسسة الفكر والثقافة/ غزة، طاقم شؤون المرأة، الهلال الأحمر / غزة.

٣. شركاء غير مباشرين: منتدى الجنسانية، Y Peer.

المشاريع المستقبلية:

١. إئتلاف صحة المراهقة، حيث ستلعب مؤسسة جذور دور رئيسي ، وذلك بعد المؤتمر مع وزارتي التربية والتعليم والصحة

٢. الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية يتضمن مكون رئيسي كيفية ادماج الذكور لرفع الوعي حول الصحة الإنجابية والجنسية سيتم تطوير الاستراتيجية بتمويل من الإيطاليين من خلال صندوق الأمم المتحدة للسكان.

٣. حاليا برنامج شبكات حماية المرأة بالقدس والخليل ينفذ مع جمعية تنظيم الأسرة ضمن فريق الجندر.

شبكة Peer Y

لمحة عن الشبكة في فلسطين:

الشبكة عالمية منتشرة في ٦٠ دولة ومفعلة في ٤٦ دولة. تأسست في فلسطين عام ٢٠١٢، أكثر الجهات الداعمة صندوق السكان للأمم المتحدة UNFPA، يوجد مؤسسات حاضنة للشبكة في القدس والضفة وغزة (برج اللقلق بالقدس، منتدى شارك في رام الله، جمعية انقاذ المستقبل في غزة). ويقدمون اسناد مالي لدعم وحماية قانونية للشبكة بالتنسيق مع الممولين خاصة UNFPA والتنسيق لتنفيذ المبادرات مع الجهات المختصة والمشاركة بالمؤتمرات الدولية والمحلية وتوفير برامج تدريبية للشباب . عدد الأعضاء وصل إلى ٤٧٠٠ عضو (٦٠% إناث، ٤٠% ذكور) الفئة العمرية من ١٨ - ٢٦ سنة. جميعهم يتمتعون بتعليم جامعي، مستوى اقتصادي متوسط، ومن مختلف التجمعات مدن وقرى ومخيمات.

• الخدمات التي تقدمها الشبكة في الصحة الإنجابية والجنسية:

١. التوعية والتثقيف في الصحة الإنجابية والجنسية لكلا الجنسين من الفئة العمرية ١٣ - ٣٠ سنة عن طريق ورشات توعية في الصحة الإنجابية والجنسية في المدارس والجامعات .
٢. خدمة التدريب: يتم تنفيذه كل سنة يستهدف تدريب ٦٠ عضو جديد في أساسيات التدريب في الشبكة، ويصبحوا مثقفين اقران في القدس والضفة وغزة ، ويتضمن التدريب ١٥ موضوعا في (الصحة الإنجابية والجنسية ، والعنف المبني على النوع الاجتماعي). المادة التدريبية معتمدة دوليا وتم وضعها من أطباء متخصصين في العالم.

• الكوادر البشرية:

تتوفر كوادر متخصصة لتنفيذ البرامج (اطباء في غزة عدد ٥، و ٢ في الضفة غير متفرغين، ممرضتين في الضفة و ٩ غزة). اضافة إلى التزام ١٥٠ - ٢٠٠ متطوع مدربين ومؤهلين ملتزمين بالعمل في الضفة وغزة والقدس.

• الفئات المستهدفة:

١. الرجال : سواء كانوا متزوجين او غير متزوجين (علما بأن تثقيف الرجال أصعب من النساء). ويتم تنظيم الفعاليات من خلال المجالس المحلية والشبابية.
٢. طلبة المدارس المراهقين من الجنسين.

• المناطق المستهدفة:

جميع المناطق بالمدن والقرى والمخيمات، خاصة وسط وشمال الضفة من عام ٢٠١٦، اضافة إلى مناطق الجدار خاصة التركيز على قرى غرب شمال القدس (بدو، فطنه، بيت سوريك).

• وسائل واساليب التوعية:

١. المسرح التفاعلي: لتقديم الأفكار للمستهدفين وإجراء نقاش حول الفكرة.
٢. لعب الأدوار: في التدريب والورش تتضمن تناول فكرة يتم لعب الادوار حولها.
٣. جلسات التفريغ النفسي: حيث يجري التوعية لتجاوز النقص المعلومة عن العنف المبني على النوع الاجتماعي.
٤. ألعاب هادفة: لتقوية الشخصية وبناء فريق العمل لتشكيل ثقة بين المجموعات من الفئات المستهدفة لمتابعة مشاكلهم والتواصل مع الشبكة.
٥. توزيع نشرات توعية حول سرطان الثدي والإيدز وصحة المراهقة والتغيرات الجسدية وغيرها.

• العلاقة مع المؤسسات الأخرى:

١. التعامل مع ٣ مؤسسات حاضنة للشبكة في فلسطين.
٢. التعاون مع جمعية "حدد هدفك" في جنين، وجمعية الشابات المسيحية في رام الله حول الحقوق المشتركة بين الزوجين بعد الزواج.

• البروتوكولات:

يوجد لائحة داخلية للشبكة يضعها الأعضاء في كل دول العالم، وتشمل الهيكلية للشبكة، والتمييز بين العضو الفعال وغير الفعال، البروتوكولات واضحة لتنفيذ الأنشطة من خلال التدريبات لكي يصبح العضو فعال.

• تقييم الأثر:

يتم تقييم قبلي من خلال نموذج يتم فيه قياس مستوى المعرفة والوعي بموضوع المحاضرة. وأيضا التقييم البعدي لقياس أثر النشاط على المستهدفين. وايضا تقييم التدريبات من المدربين شفهي وكتابي.

٣. جمعية الإغاثة الطبية

الخدمات التي تقدمها المؤسسة في الصحة الإنجابية والجنسية للشباب:

١. خدمات طبية: رعاية الحوامل ورعاية النساء بعد الولادة وتنظيم الأسرة وتشخيص الأمراض المنقولة بالجنس، والتشخيص المبكر لسرطان الثدي وخدمات للناجيات من العنف المبني على النوع الاجتماعي.
٢. خدمات الإستشارات : في القضايا الصحية وذلك من خلال برنامج الدعم النفسي .
٣. التثقيف الصحي في الصحة الإنجابية والجنسية لفئة الشباب .
٤. برنامج الشباب ينفذ من خلال صحة المرأة بالتعاون مع الجامعات (العيادات الصديقة للشباب) ويتم في جامعة أبو ديس في الضفة وجامعة الأزهر في غزة.
٥. تدريب المجموعات الشبابية ولفترة طويلة (المثقف القرين)، من عمر ١٦ - ٢٨ في الصحة الإنجابية والجنسية.
٦. خدمات الإستجابة للناجيات من العنف المبني على النوع الاجتماعي تضمن خدمات علاجية (سريرية، ومشورة وايضا توعية وارشاد ...).
٧. أندية صيفية (منذ عام ٢٠٠٦ وحتى الآن) في مجال الصحة الإنجابية والجنسية . حيث تتضمن أنشطة تدريبية على المهارات الحياتية من ضمنها برنامج الصحة الإنجابية والجنسية ودون تحفظ.

• الكادر الفني:

الكادر منتشر في مراكز العيادات في الضفة الغربية وقطاع غزة وعددهم ٢١ مركز ، ويعملوا في غالبية البرامج، يضم كل مركز: طبيبات صحة المرأة لتقديم الخدمات السريرية، ممرض /ة، قابلة ، أخصائي مختبر، فريق الإخصائين في الإرشاد النفسي والاجتماعي. مجموعة من المثقفين والمثقفيات الصحيات، عاملات صحيات، توعية مجتمعية، برنامج رئيسي ، تثقيف صحي في المدارس .

• الفئة المستهدفة:

التركيز على المراجعين في العيادات الموجودة. طلبة الجامعات. طلبة المدارس المراهقين.

• المناطق المستهدفة:

الأماكن المهمشة خاصة الأغوار والجدار وجنوب الخليل بما فيها المناطق البدوية من خلال مشاريع العيادة المتنقلة وعددها ٥ تخدم ما بين ١٠٠ - ١٥٠ تجمع. تقدم كل الخدمات المتعلقة في الصحة الإنجابية إضافة الى خدمة الطب العام مع التوعية و التحويل للعيادات والمراكز الصحية. وتتم الزيارات ضمن جدول زمني وعمل دوري منظم.

• وسائل التواصل مع الفئات المستهدفة:

١. العيادة المتنقلة حيث يتم التنسيق مع المؤسسات في الموقع كالمجلس المحلي والمؤسسات النسوية والشبابية والنشيطين بالمنطقة.

٢. استخدام مواقع التواصل الإجتماعي في حال توفر شبكة انترنت بالمنطقة.

٣. الإتصال المباشر من خلال المتطوعين والموظفين (تم اعداد متطوعين في كافة الأماكن من الشباب والشابات ضمن فرق الإسعاف) وهذه أفضل وسيلة للتواصل.

• برتوكولات العمل:

يتوفر بروتوكولات واضحة وهي موحدة لتقديم الخدمات في الصحة الإنجابية والجنسية ومعتمدة من وزارة الصحة وجميع الشركاء، إضافة الى بروتوكولات التعامل مع العنف المبني على النوع الإجتماعي ونظام التحويل الوطني.

• تقييم الأثر:

لا يتم بشكل دوري، يتم التقييم كل ٥ سنوات من المؤسسة ، ولكن يتم التقييم للمشاريع التي الممولة بناء على طلب الممولين. ما يتعلق بتحديد الإحتياجات يتم من خلال نتائج مسوحات الجهاز المركزي للإحصاء أو صادرة عن جهات أخرى وجزء من اللجنة الخاصة بالصحة الإنجابية.

• تقييم أثر الخدمات على المستهدفين:

بشكل عام ارتفع مستوى المعرفة خاصة عند النساء لكنها ما زالت غير قوية. إضافة إلى الزيادة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

• العلاقة مع المؤسسات الأخرى:

هناك علاقات مع الوزارات الحكومية كوزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة ووزارة التنمية الإجتماعية في تنفيذ الأنشطة الخاصة بالتوعية وتطبيق نظام التحويل الوطني ضمن برامج المرأة خاصة العنف المبني على النوع الإجتماعي. كذلك تعاون مع لجان العمل الصحي في العيادة المتنقلة للوصول للمناطق المهمشة والناحية. أيضا الجمعية عضو في اللجان الوطنية منها (اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية) ويتم خلالها التنسيق بين الأعضاء.

• الخطط والبرامج التطويرية:

حاليا تركز على العمل على الشباب في الجامعات والمدارس. التوجه للتأثير على دمج الصحة الإنجابية والجنسية في عمل الجامعات نفسها. بهدف الإستمرارية وتوطينه ومأسسة هذا التوجه بالجامعات وإنشاء برنامج خدماتي داخل الجامعة.

• أهم المعوقات والتحديات وكيفية مواجهتها:

١. مشكلة تتعلق بالذكور فهم لا يصلوا إلى المراكز الصحية.
٢. إدارة الجامعات أحيانا هي العائق وتشكل عقبات، لرفضها تناول المفاهيم والمصطلحات الخاصة بالصحة الإنجابية والجنسية وما زالت تفكر بشكل تقليدي.
٣. عدم وصول السيدات لعدم سماح الأزواج لزوجاتهم بالوصول إلى المراكز الصحية، وهذا تم التغلب عليه بالزيارات الميدانية للإناث.
٤. انخفاض التمويل أحيانا مشكلة حيث ينعكس ذلك على الخدمات ونوعيتها وجودتها.
٥. نقص الكوادر خاصة الطبيبات، لكن تم حلها نتيجة زيادة عدد خريجي الطب من الجامعات.
٦. عدم توفر وسائل النقل أحيانا للمؤسسة خاصة للمناطق البعيدة.

. جمعية تنظيم وحماية الأسرة

الخدمات التي تقدمها الجمعية:

١. توعية في العنف المبني على النوع الاجتماعي بالتعاون مع الهلال الأحمر بالقُدس سنويا منذ عام ٢٠١٧ وحتى الآن بتمويل صندوق الأمم المتحدة للسكان.
٢. خدمات علاجية: لصحة المرأة بشكل عام لكافة الأعمار والفئات حسب معايير الإتحاد الدولي لجمعيات انعاش الأسرة، يتم العمل وفقا ل ٧٠ معيار في جودة الرعاية في كافة الجوانب. وأهم العلاجات: الأمراض الجنسية والعدوى المنقولة جنسيا والأمراض المتعلقة بالحمل قبل وبعد والوقاية من الأمراض في العيادات، وهي الجهة الوحيدة التي تقدم (الغرسة) نوع من وسيلة منع الحمل توضع تحت الجلد وهي طويلة المدى، تعطي هرمونات لمنع الحمل. وهي بديلا عن اللولب.
٣. خدمات التوعية والحماية من الأمراض المنقولة جنسيا والإجهاض غير الآمن. وتقديم الإستشارات في الصحة الإنجابية والجنسية. لكل المستفيدين في العيادة، وتحديد الخيارات المناسبة لإتخاذها لمواجهة المشاكل.

٤. المحاضرات داخل العيادات؛ يتم خلالها التعرف على إحتياج المنطقة قد يكون في (الزواج المبكر، زواج الأقارب، الإجهاض غير الآمن، التعريف بالحقوق الإنجابية والجنسية).

٥. المثقف الصحي؛ الجمعية تنظم لقاءات مباشرة مع المتطوعين (مثقفى الأقران).

٨. التدريبات؛ لفئات مختلفة من النساء في المناطق المهمشة والبعيدة وذلك في الصحة الإنجابية والجنسية والحقوق والخدمات المتوفرة وكيفية الوصول إليها.

٩. خدمات الدعم النفسي؛ والمتعلقة بالغنف المبني على النوع الإجتماعي (توعية وإستشارة وتحويل).

١٠. حملات طبية وخدمات نسائية وأحيانا الأطفال خاصة في المناطق البعيدة ومناطق ج ، والمخيمات أيضا يتم استهدافها (التثقيف الصحي الشامل) حيث تشهد اقبالا كبيرا.

١١. خدمات مع صانعي القرار من بينها:

• منهاج ودليل التثقيف الجنسي بالكتب المدرسية للصفوف ٩-١١ بالإشتراك مع شبكة المنظمات الأهلية، تم مراجعة التعديلات بالمنهاج وتقديم المقترح للوزارة وحتى الان لم يصدر.

• التثقيف الصحي الشامل؛ للمرشدين والمشرفين في وزارة التربية والتعليم، (توعية وتدريب حسب الدليل).

• مراكز مميزة (الخليل)؛ توفير مركز للشباب في الطابق الرابع لعيادة الخليل، تساعد في التوعية وجلسات فردية وجماعية، وحل مشاكل البعض بالمركز بعيدا عن العيادة حتى لا يعرف أحد أن لديها مشكلة.

٢. برامج الشباب؛

١. تقديم خدمة التثقيف الجنسي الصحي الشامل، تم التدريب على المنهاج في المكتب الإقليمي التابع للإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة ضمن مواضيع؛ المراهقة، الجندر، صحة إنجابية وجنسية، الأمراض المنقولة جنسيا، المناصرة للحقوق الجنسية. ومن هؤلاء الشباب يتم تدريبهم بالثقافة الجنسية الشاملة، ويكون (مثقف قرين).

٢. تثقيف في المدارس؛ مع مجموعات تطوعية مع المراهقين من سن ١٥-٢٥ سنة.

٣. الجامعات؛ تقديم خدمة المشورة ما قبل الزواج (٣ أيام ورشة عمل للطلاب) وأيضا المقبلين على الزواج. يتم التنفيذ في جامعتي بيت لحم والخليل. اشتمل جزء من أيام العمل جزء من المواد والإمتحانات ٢٠١٨/٢٠١٩

٣. مقدمي الخدمات:

- تدريب لمقدمي الخدمات: يتم توضيح الجوانب المتعلقة بالخدمات الصحية لمقدمي الخدمات وتدريبهم على تطبيقها حسب المعايير الدولية والسياسات الخاصة بها، بغض النظر عن المواقف الشخصية لا يجوز أن تنعكس على الحالة، وعلى مقدم الخدمة الإلتزام بسياسات ومعايير تقديم الخدمة.
- عدد مقدمي الخدمات ٣٠ - ٣٥ سواء متفرغين أو على مشاريع. (في كل مركز) طبية نسائية، عاملة مثقفة صحية (ممرضة)، عاملة إجتماعية، مستشارة قانونية (في احد المراكز)، الإستقبال، التنظيف
- الكادر الاداري: مديرة تنفيذية، مديرة برامج، مسؤول برامج، منسقي مشاريع، قسم مالي (محاسبين)، استقبال ومساعدة ادارية. في كل مركز: المسؤول الإداري هي الطبيبة.

٤. المشاريع المستقبلية:

- هناك توجهات للوصول إلى الشمال والتوسع للوصول إلى اكبر ما يمكن من الفئات المستهدفة.
- حاليا التركيز على القدس (نتيجة ضعف المؤسسات بالقدس وتأسيس كادر شبابي مثقف) وغزة.
- مشروع مستقبلي، (الأبوية الإيجابية) كيف يكون الأب إيجابي أكثر منه سلطوي ، والتركيز على الرجال في تعاملهم الإيجابي مع النساء ويستهدف (الزوج، الأخ، الإبن) تم تدريب الكادر مع UNWOMEN ، التمويل إسباني ، لمدة ٤ سنوات، سيتم تنفيذه في الخليل وبيت لحم وفي المخيمات والقرى، الأنشطة: توعية وتدريبات تستهدف الرجال والنساء معا. وسيتم الوصول إليهم من خلال الكوادر والمراكز التطوعية والشركاء.
- الإستمرار في مشروع التمكين الإقتصادي للنساء بالشراكة مع مؤسسات محلية مثل (مفتاح) وذلك حسب الخطة الإستراتيجية للعام ٢٠١٦ - ٢٠٢٢ تتلائم مع استراتيجية الإتحاد الأوروبي. يستهدف نساء تلقوا خدمات (ناجيات من العنف) في التدريب بالصحة الإيجابية والجنسية (الجندرية والمهارات الحياتية وإدارة المشاريع الصغيرة) بتمويل سنوي من صندوق الأمم المتحدة للسكان. في القدس يتم التدريب من خلال جمعية الشابات المسيحيات.

• المناطق المستهدفة المستهدفة:

١. من حيث المناطق : يتم إستهداف المناطق المهمشة ومناطق ح والمخيمات والقدس والتركيز على النساء (من المراهقة إلى سن اليأس) من الفئة العمرية: (١٥ - ٥٠ سنة).
 ٢. مناطق الجدار: تحديدا أبو ديس (وكفر عقب وقلنديا مشروع صندوق الأمم المتحدة للسكان ضمن منطقة القدس).
 ٣. البلدة القديمة بالقدس مع عيادة عقبة الخالدية بالتعاون مع الهلال الأحمر البيوت في البلدة القديمة (اكتظاظ سكاني في بيئة سكنية غير صحية فقيرة التهوية). وهنا لا بد من الإشارة إلى انه في القدس لا يقدموا حقوق للنساء المتزوجات من الضفة ويتعاملوا معهن بعنصرية واضهاد وغيرها من المشاكل ذات الصلة بلم الشمل.
 ٤. عيادة شارع الزهراء بالبلدة القديمة بالخليل.
 ٥. جنوب الخليل: يطا والتجمعات المحيطة بها.
- كما يتم إستهداف العمال داخل الخط الأخضر، خاصة وأن بعضهم ناقل للأمراض الجنسية، ويتم توعيتهم في كيفية الكشف عنها والحماية منها.

• الشركاء:

١. Action Aid لبرامج التوعية.
٢. جمعية المرأة الريفية: برامج التوعية.
٣. مجموعة نسائية في حارة جابر بالبلدة القديمة بالخليل.
٤. مجموعات نسائية (صديقة للجمعية) غير رسمية في التجمعات.
٥. المجالس المحلية.

• شركاء على المستوى الوطني:

- الجمعية عضو في اللجنة الوطنية للحماية من العنف، إضافة إلى عضويتها في الإئتلاف ضد الإجهاض غير الآمن. كذلك الجمعية عضو في اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية والتثقيف الصحي مع وزارة الصحة.
- كما يتم التنسيق مع وزارة الصحة في سرطان الثدي، وأيضا التنسيق مع وزارة التربية والتعليم في التوعية للطلبة والمرشدين، والتعاون مع وزارة شؤون المرأة ووزارة التنمية الاجتماعية في نظام التحويلات خاصة لمنطقة القدس.

• آلية الوصول للفئات المستهدفة:

فيما يتعلق بتحديد الاحتياجات يتم من خلال كوادر ومقدمي الخدمات وتوصيل المعلومات من خلال شخصيات معروفة بالمنطقة. إضافة إلى تقارير صندوق الأمم المتحدة للسكان الذي يحدد الفجوات والاحتياجات، وكذلك الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني يبين احتياجات ونواقص.

وبخصوص الوصول لفئات المستهدفة، فيتم من خلال التنسيق مع المؤسسات المحلية (العمل الميداني وسيلة رئيسية) وإعلانات بالمؤسسات المحلية كالجامعات، وكذلك الوصول للباء والامهات بالمدارس من خلال لجان أولياء الأمور بالمدارس.

• تقييم الأثر:

يوجد نظام تقييم معمول به حسب النظام الدولي (معايير يجب أن نترجمها). إضافة إلى تقييم شفهي وكتابي للقاءات والتدريبات، وكذلك الملاحظات الواردة في تقارير مقدمي الخدمات. وتعبئة نموذج من المستفيدات من العيادات تبين نسبة الرضى عن الخدمات. كما تم تعيين موظف على مشروع نرويجي للرقابة والمتابعة (مشروع العنف المبني على النوع الاجتماعي).

• تطوير الأدوات والوسائل :

التدريب على استخدام السوشال ميديا في التوعية . كذلك الإستخدام الفعال للإعلام الجماهيري (التلفزيون والإذاعات)، والضغط والمناصرة (دور للجمعية في الرقابة على السياسات ، مثلا المشاركة في تقرير الظل).

• معوقات ومشاكل:

١. ضعف المصادر الحالية والطواقم الفنية (قليلة) خاصة للعمل بالعيادات والميدان.
٢. كيفية الوصول للرجال وإتزام الشباب بأمر أكثر أهمية من موضوع الصحة الإنجابية والجنسية (خاصة الخريجين يسعون للإلتحاق بسوق العمل والحصول على وظيفة).
٣. انخفاض مستوى روح التطوع لدى الشباب.

• آلية التغلب عليها:

تعزيز ولاء الطواقم للجمعية (من خلال شعورهم بالعمل الإنساني وخدمة المجتمع). وتوفير تسهيلات كالمواصلات للوصول إلى المناطق البعيدة. وأيضاً الإهتمام ببرامج تخص الشباب خاصة المهارات الحياتية وسوق العمل من خلال برامج ترفيهية (مخيمات صيفية). وتوفير مصاريف بسيطة (جوال، وجبة، مواصلات) حتى لا يكون التطوع عبء على الشباب.

٥. مؤسسة جذور

الخدمات التي تقدمها المؤسسة في الصحة الإنجابية والجنسية:

١. تدريبات لعدة فئات منهم المراهقين.
٢. تدريب للمعلمين والمرشدين التربويين بالمدارس.
٣. مجموعات الأهل.
٤. مؤسسات تقديم الخدمات (الوزارات والوكالة) وتضم الأطباء والممرضين والمرشد النفسي.
٥. إعداد أدلة حول الأطفال: ٦-٩ سنوات ما قبل المراهقة، ١٠-١٣ سنة، ١٤-١٨ سنة.

تدريبات الشباب (١٨-٢٩):

١. التوعية حول الزواج المبكر، مرحلة ما قبل الحمل وما بعده والرضاعة، الأمراض المنقولة عن طريق الجنس، السلوكيات الخطرة لدى الشباب.
٢. إطلاق مبادرات بحقوقهم الجنسية.
٣. العنف المبني على النوع الاجتماعي.
٤. طلاب الجامعة الصحة والبيئة، حديثاً بدأ العمل داخل الجمعيات، بيرزيت من خلال وحدة الصحة العامة، التمريض، التغذية.

أهم المشاريع:

١. مشروع ضمن برنامج صندوق الأمم المتحدة للسكان يتعلق بالسياسات والتدريبات مع المرشدين بالمدارس.
٢. مشروع مع انقاذ الطفل منذ عام ٢٠١٠ مع انقاذ الطفل حتى الآن، تم استهداف المدارس.
٣. على المستوى الإقليمي تم تدريب كوادر الوكالة في المخيمات الفلسطينية في لبنان وسوريا والأردن مع فلسطين.
٤. مشروع جديد: Amplify Change يتضمن تشكيل إئتلاف صحة المراهقة وتدريب كوادر وزارة التربية والتعليم، حيث سيتم مساعدة الوزارة في تطوير صحة المراهقة بتمويل من UNFPA مع ادخال الصحة الإنجابية، تم تشكيل مجموعة من الوزارة والوكالة ومن أطراف من ذوي الخبرة.
٥. إطلاق ائتلاف صحة المراهقة بتاريخ ١٨/٢٠١٩ بمشاركة ١٥ مؤسسة، والعمل على مراجعة السياسات المعمول بها بالبلد.

الكوادر البشرية:

الكوادر الميدانية مؤهلة ومدربة ولكن ما زال هناك نقص نتيجة ضغط العمل، ويتم العمل على تطوير خبراتهم ومهاراتهم باستمرار، الأ أن لديهم نقص بالمعلومات حول التعامل مع ذوي الإحتياجات الخاصة المتعلقة بالصحة الإنجابية. وغالبيتهم تخصص صحة عامة وعلم نفس. لكن لا يتوفر حتى الآن تخصص بالصحة الإنجابية.

المناطق المستهدفة:

١. المناطق المهمشة، الأغوار الشمالية الخليل، قرية الأطفال، طوباس. المستوى التعليمي منخفض ، مستواهم الإقتصادي متوسط. ايضا يتم استهداف المناطق القريبة من الجدار (توعية سيدات في الأمراض المنقولة جنسيا وتوعية أزواجهم بالموضوع)
٢. عيادات الوكالة بالمخيمات والمؤسسات النسوية.
٣. القدس: شعفاط، صور باهر، البلدة القديمة.
٤. غزة: معظم الأنشطة بالمخيمات لسهولة التنفيذ والدخول إليها من خلال الوكالة.

آلية التواصل:

١. من خلال المؤسسات القاعدية، يتم بناء علاقات ثقة وتوضيح أهداف الأنشطة، وتعيين منسق من طرفهم ويتم توجيه الدعوات، ايضا من خلال الوزارات لفتح الطريق امامهم. وبعد بناء الثقة، يتم تشكيل مجموعات للمواقع، وبعدها يتم نشر الإعلانات والمعلومات على الفيس بوك.

برتوكولات وإجراءات العمل:

يوجد أدلة للمراهقين والأطفال:

دليل معلومات للتعرف على التفاصيل العلمية والأسئلة وأجوبتها. الدليل يضم ٣ مجموعات للأهل ومقدمي الخدمات. ودليل للفئة من ١٤ - ١٧ سنة، دليل ١٠ - ٢٤ سنة، وتم إدخال دليل للفئة من ٤ - ٦ سنوات نتيجة الإعتداءات الجنسية وكيفية حمايتهم. كذلك دليل الحماية والسلامة من الإنترنت: يتضمن كيفية تنفيذ النشاط .

تدخلات خاصة للشباب ١٨ - ٢٩ سنة:

١. محاولة الدخول للأندية الرياضية والمؤسسات الشبابية والجامعات، للتوعية في مواضيع عديدة للشباب المقبلين على الزواج حول التربية الإيجابية، تنظيم النسل، بدائل العنف والإبتعاد عنه.
٢. محاولة تطوير الصحة الإنجابية والجنسية وادخالها في كليات الطب والتمريض كدليل ضمن المنهاج الأكاديمي.

المشاريع المستقبلية:

١. الإهتمام بالصحة الإيجابية والجنسية لذوي الإحتياجات الخاصة.
٢. دور الرجال حول الصحة الإيجابية والجنسية في كافة المناطق (استراتيجية كيفية التدخل في الصحة الإيجابية والجنسية).
٣. إدخال موضوع الصحة الإيجابية والجنسية على الرعاية الأولية.
٤. تطوير إستراتيجية الصحة النفسية للشباب وهو داعم للصحة الإيجابية والجنسية.
٥. التوسع في غزة.
٦. العمل حاليا على طب العائلة يجب أن تكون الصحة الإيجابية والجنسية جزء أساسي منه.

أهم المؤسسات التمويلية:

١. صندوق الأمم المتحدة للسكان اجندتهم واضحة بكل جوانبها سواء توعية، سياسات، (لا يقرروا عنا، يغطوا مشروعين من مشاريع المؤسسة).
٢. انقاذ الطفل؛ العمل معهم منذ ٢٠١٠، اهتمامهم بحماية الأطفال والمراهقين، يعملوا على تغيير السياسات.
٣. التعاون الإيطالي؛
٤. اليونيسيف؛ اهتمامهم بالأطفال يركزوا على مشاريع ضد السمته، الأمراض الناتجة عن سوء التغذية، دقيقين بالتفاصيل، التمويل كاف.
٥. UNWOMEN؛ برامجهم تركز على العنف المبني على النوع الإجتماعي.
٦. CANADA FUND؛ العنف المبني على النوع الإجتماعي بالقدس.
٧. القطاع الخاص (شركة الإتصالات، بنك فلسطين) : تمويل مشاريع تتعلق بسرطان الثدي.
٨. البنك العربي؛ تمويل مشاريع لها علاقة بالرياضة والتغذية.

سياسات تطويرية:

إدخال الصحة الإنجابية والجنسية في المدارس بهدف التوعية وتقديم شرح واضح لهذه المواضيع وتأثيرها على الشباب من الجنسين، إضافة إلى إنشاء مراكز صديقة للشباب والمراهقين.

معوقات تواجه المؤسسة:

١. التمويل ليس سهلاً الحصول عليه. لذلك تم التوجه للقطاع الخاص كالبنوك وشركات الإتصالات..
٢. تدخل الوزارات وإبراز دورهم والسيطرة على البرامج والمشاريع على حساب المؤسسات، وبذلت جهود لإدراك الوزارة بأن دور المؤسسات داعمة وشريكة وليست منافسة.
٣. نقص الكوادر مقارنة مع حجم العمل (بسبب التمويل)، وتم التوجه نحو تعيين موظفين على أساس المهام.
٤. ثقافة المجتمع بسبب حساسية الموضوع. لذلك عقدت لقاءات مع المؤسسات القاعدية والشخصيات المؤثرة في التجمعات المستهدفة لتوضيح أهداف الأنشطة باعتبارها أنشطة تتعلق بالتوعية الصحية وهذا أدى إلى إزالة التخوفات لديهم، بحيث أصبحوا داعمين للمؤسسة.

تقييم المشاريع:

١. تقييم داخلي للتأكد من أن العمل يتم ضمن الإستراتيجية والمؤشرات المحددة وقياس الأنجاز.
٢. تحديد الإحتياجات قبل التدخل من خلال المؤسسات القاعدية وإستبيانات في المناطق المستهدفة، إضافة إلى تقييم بناء على طلب الممول (مجموعات بؤرية، استبيانات)...

تقييم الأثر:

يتم اجراء اختبارات قبلية وبعديّة لقياس مدى الوعي ودرجة التغيير في الثقافة. كذلك ظهور الأثر من خلال مبادرات من السيدات في المدارس خاصة حول الزواج المبكر..

٦. المنتدى العربي للتربية والصحة الإنجابية والجنسانية

الخدمات التي يقدمها المنتدى في الصحة الإنجابية والجنسية:

١. تدريب فئات فوق ١٨ سنة، العمل مع النساء وطلاب الجامعات والمهنيين والمهنيات في المراكز (مرشدي المدارس، مربّي الحضانات، طواقم المؤسسات الأهلية). مواضيع التدريب في كل الجوانب الجنسية من منظور أخلاقي وإجتماعي، حوار حول قضايا جنسانية ويتم اختيار الموضوع حسب احتياج كل مجموعة.

٢. مساق خاص للمهنيين (الإخصائين الإجتماعيين ، الممرضين، القانونيين، أطباء ، ...) ١١٢ ساعة تدريبية على مدار ٤ شهور حول تقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية (تقدمها الدكتورة صفاء اطميش، مرة واحدة على الأقل سنويا، عدد المشاركين ١٥ - ١٧ شاب. رسوم الدورة ١٢٠٠ شيكل، جزء من المتدربين يصبحوا مشرفين ومدربين. تم حتى الآن تخريج ٤٢ دفعة .

٣. التدريب والإشراف الجماعي والفردى لطواقم المنتدى والميسرين على مدار العام، جزء منهم من خريجي دورات التدريب الخاص (١١٢ ساعة) ويتم التدريب على ديناميكية المجموعة ، تيسير اللقاءات.

٤. برامج التوعية : يستهدف الطلبة في جامعتي بير زيت وبيت لحم، ٤٠ ساعة لكل فصل، (ممول من سيدا و GIZ لمدة ٣ سنوات). إضافة إلى الأمهات بالتعاون مع المؤسسات النسوية والأندية، ينفذ بالقرى والمدن والمخيمات، ومن جميع الأعمار (٣٠ - ٤٠ مجموعة، ١٥ ساعة لكل مجموعة) تمويل سيدا. كذلك يتم إستهداف المهنيين القانونيين والمعلمين والعاملين بالمهن الصحية ومدراء مدارس. كما تم تخصيص برامج توعية خاصة للشباب أعلى من ١٨ سنة: تشبيك مع YPeer، تدريب ٥ مجموعات تقريبا بواقع ٢٥ ساعة في سنويا في الضفة، تمويل سيدا.

ملاحظة: تمويل من سيدا لبرامج المؤسسة لمدة ٣ سنوات (٢٠١٧ - ٢٠١٩).

الكوادر البشرية:

يضم الكادر الوظيفي للمؤسسة: إداريين عدد ٥ (٢ غير متفرغين، ٣ متفرغين). إضافة إلى مجموعة من المدربين المؤهلين يتم التعاقد معهم على المشروع لتنفيذ التدريبات (عددهم ١٥). أيضا الإستفادة من المتخصصين في المؤسسات الأخرى (منتدى حيفا، يتم الإستعانة بالدكتورة صفاء اطميش، تخصص ماجستير صحة إنجابية) والمهنيين من الأطباء المتخصصين بالأمراض الجنسية.

المناطق الجغرافية والفئات المستهدفة :

تعمل المؤسسة في المناطق المهمشة والفقيرة ، فهي تستهدف المخيمات في رام الله (مخيم الجلون والأمعري) في نابلس بالتعاون مع مركز يافا الثقافي، ومخيم عسكر بالتعاون مع مركز التطوير المجتمعي (مستقبلا سيتم استهداف مخيم العين). بتمويل من Amphipied Change، لمدة سنة. يستهدف النساء للتعريف بمفاهيم الجنسانية والوالدية الإيجابية. كما تعمل في مناطق شمال غرب القدس، التوعية بالجنس، وكذلك في مناطق جنوب الخليل/ الظاهرية. لكن لديها صعوبة بالوصول للأغوار لعدم وجود مدرسين.

آلية التواصل:

١. الزيارات الميدانية للمؤسسات القاعدية في التجمعات المستهدفة.
٢. المعارف والميسرين العاملين في التجمعات والمستفيدين من البرامج (أكثرها فعالة).
٣. الفيس بوك والموقع الإلكتروني (يستخدم أكثر للإعلان عن الكورس الخاص ١١٢ ساعة).
٤. الجامعات: إدارات الكليات والجامعات وعمادة شؤون الطلبة.

مشاكل ومعوقات التواصل:

١. المضامين جديدة صعب تفهمها في البدايات مع المؤسسات القاعدية، والأهالي بسبب ثقافة المجتمع الدينية، لكن التغلب عليها من خلال ربط الموضوع بالأخلاق.
٢. معوقات من الإحتلال بالبلدة القديمة بالظليل بسبب المواجهات وإغلاق المنطقة واعتمادات المستوطنين.
٣. عدم توفر مناصرين ومعرفين في بعض المناطق كالأغوار والمناطق البدوية.

تقييم الأثر:

ويتم تقييم الأثر كتابيا من خلال الإستمارة عن التدريب، كذلك من خلال اجتماعات دورية كل ٣ شهور للمشرفين وإعداد تقرير عن سير العمل للجهة المانحة (سيدا)، ويتم حاليا العمل على إعداد نماذج للمتابعة والرقابة لقياس مدى تحقق الأهداف.

٧. المعهد الوطني للصحة العامة

الخدمات التي ينفذها المعهد:

١. حوسبة جميع خدمات الصحة الإنجابية والجنسية في الضفة الغربية وغزة، في تطوير نظام إلكتروني يتميز بالبروتوكولات الفلسطينية حيث سيتم تنفيذه بالعيادات ٤٢٧ عيادة ضفة وغزة (٢٦ غزة، ٤٠١ ضفة) وذلك خلال الفترة من ٢٠١٥ - ٢٠١٩، وهو جاهز للإستخدام. والمشروع ممول من الحكومة النرويجية من خلال الإتحاد الأوروبي. ويعمل البرنامج على توثيق ومتابعة حالة المراجعين من الحوامل وما بعد الحمل والمواليد الجدد.

٢. تم تدريب ١٦٠٠ موظف من الوزارة (أطباء، قابلات، ممرضات، عاملات صحيات) على إستخدام النظام والبروتوكول المتعلق به.

تطورات مستقبلية:

١. التغطية الصحية الشاملة، كل سيدة لها الحق في الحصول على جميع الخدمات الصحية بما فيها الصحة الإنجابية.

٢. الوصول للمناطق المهمشة كاولوية من أولويات المعهد بسبب صعوبة الوصول اليه.

٣. استهداف العائلة الزوج والزوجة (Family Planning). تم تطبيقها في ٣ محافظات كتجربة (الخليل، رام الله، سلفيت) وسيتم التوجه إلى محافظات أخرى، لكن بحاجة إلى تمويل.

٤. التوجه للأفراد ما قبل الزواج في المجتمع كبرامج توعية.

٥. احتياج للتغطية الشاملة في البلد يمكن تمويله من البنك الدولي، وسيتم تنفيذه في ٢٠٢٠.

٦. العنف المبني على النوع الإجتماعي، سيتمثل دور المعهد باعداد الدراسات والأبحاث والمسوحات، وتوعية وتدريب الكوادر الصحية وبناء نظام إلكتروني للتبليغ عن الحالات المعنفة جنسيا (في المستشفيات والعيادات) ويمكن نقلها إلى المؤسسات الأهلية.

الخدمات الخاصة بالبرنامج:

١. توجيه العاملين في الخدمات التي يجب تقديمها للمراجعين حسب البروتوكولات الفلسطينية المتفق عليها. ويتضمن: رعاية، مشورة، تحويل علاجي، أدوية، فحوصات مخبرية، تصوير ألتراساوند.

٢. ربط العيادات والمستشفيات بشبكة إلكترونية لتوفير المعلومات عن الحالة عند توجيهه لأي عيادة.

٨. الإدارة العامة لصحة وتنمية المرأة/ وزارة الصحة

الخدمات التي تقدمها المؤسسة في الصحة الإنجابية والجنسية للشباب:

١. دور الوزارة في اعداد الخطط والسياسات، وهذا دور رئيسي، لذلك فالوزارة انجزت الخطة الإستراتيجية للصحة الإنجابية ٢٠١٨ - ٢٠٢٢ مع الشركاء في المؤسسات الأهلية، وهي تتضمن قسمين: الأول صحة المرأة وتشمل ذكور وأناث، والثاني: الجندر.

٢. التثقيف الصحي حيث تم اعداد دليل الأزواج الشابة.

٣. العناية بالأزواج والتوعية في موضوع ما قبل الحمل ويستهدف طلبة الجامعات وطلاب المدارس في المرحلة الأخيرة واجراء فحوصات في عيادات وزارة الصحة.

٥. تدريبات للكادر في الوزارة (تدريب مدربين) حول سرطان الثدي والتغذية والتمارين الرياضية (كوادر العيادات يقدموا التثقيف الصحي).

٦. توعية في الجندر حيث تم اعداد دليل للتعامل مع النساء المعنفات في القطاع الصحي وآلية التحويل حسب نظام التحويل الوطني (تدريب مدربين لكوارد الوزارة) العام القادم سيتم تدريب كوادر من خارج الوزارة (٧٠ مدرب).

٧. الخدمات العلاجية للأمراض المنقولة جنسيا حيث تم اعداد بروتوكول للتعامل مع هذه الحالات والمتابعة والوقاية.

٨. اعداد استراتيجيات لدائرة الصحة النفسية في كل المديريات وتوفير أطباء وأخصائيين نفسيين.

٩. المساعدة القانونية من خلال استقبال الشكاوي في الوزارة وتحويلها للدوائر المختصة منها الدائرة القانونية بالوزارة، واصدار تقارير عدلية للنساء المعنفات ومجانا.

بروتوكولات وأجراءات العمل:

١. بروتوكول النسائية والتوليد ، وإجراءات التعامل مع الولادة وكيفية التعامل مع المشاكل تستهدف الأطباء والقابلات، ويقوموا بتثقيف الطواقم.

٢. بروتوكول العناية خلال الحمل وتنظيم الأسرة وايضا ما بعد الحمل والنظافة الشخصية والتغذية والسمنة (بروتوكول تنظيم الأسرة).

الكادر الوظيفي:

يضم الكادر خبراء ومختصين بالصحة الإنجابية والجنسية موزعين على العيادات والمستشفيات ولا يوجد نقص.

ما يتعلق بالإدارة بالوزارة، فالكادر مكون من ٤ على رأس عملهم مفرغين على البرنامج، (طب ، تمريض، قبالة خدمة إجتماعية).

يوجد برنامج مستقل له إستراتيجية، وله موازنة خاصة ويتم تمويله من صندوق الأمم المتحدة للسكان، وصندوق الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة. والوزارة تساهم بالمباني والأثاث والكوادر، أما التمويل فيتمثل في الخدمات اللوجستية وتدريبات ويحدد سنويا.

الفئات المستهدفة:

١. الكوادر العاملة من خلالهم يتم الوصول للفئات المستهدفة من المواطنين.

٢. يستهدف جميع المواطنين من مختلف الأعمار ومن الجنسين ومن مختلف المناطق ومختلف المستويات التعليمية والإقتصادية. على أن يكون حاصل على التأمين الصحي الحكومي.

٣. يتم العمل في كافة المناطق، من خلال العيادات المنتشرة في كافة المناطق بما فيها المهمشة، وفي المنطقة المصنفة ج يتم التنسيق والمشاركة مع المؤسسات الأهلية. (الهلال الأحمر، الإغاثة الطبية، لجان العمل الصحي) من خلال العيادات المتنقلة.

٤. استهداف الأطباء والممرضين في الوكالة.

برامج مستقبلية: (حسب الخطة الإستراتيجية للصحة الإنجابية)

١. توفير الحصول على جودة عالية لخدمات الصحة الإنجابية (خدمات ما قبل الحمل، مشورة وتوعية للأزواج الشابة، توفير مقويات ما بعد الولادة والإجهاض، خدمات النساء في سن الأمان ما بعد الإنجاب، النساء غير متزوجات أمور صحية خاصة بهم.

٢. الشباب الذكور: صحة إنجابية خلال الزواج، يتم استهداف الذكور بالجامعات.

٣. سياسات تتعلق بالعيادات المتنقلة.

٤. مراكز الولادة والطوارئ الآمنة في المناطق المهمة (الخليل، بير نبالا، الأغوار) موجودة وسيتم الإستمرار في التوسع في كافة المناطق خاصة النائية والمتأثرة بالإحتلال. وذلك من خلال الزيارات الميدانية، وتفعيل البرامج الخاصة بالمعنفات.

٥. تعزيز مشورة الصحة النفسية.

٦. خدمات سن الأمان: ما بعد الولادة خاصة ما بعد سن ٥٠ يجب العناية بها.
٧. الإكتئاب ما بعد الإجهاض والولادة
٨. التغطية الصحية الشاملة في كافة المراحل.
٩. تعزيز التطبيق في نظام التحويل الوطني.
١٠. الأدوية والمقويات التغذوية خاصة للنساء والشباب
١١. عيادات صديقة للشباب المراهقين: حملات تثقيف للشباب البالغين.
١٢. إدماج الرجال وتحسين الصحة الإنجابية من خلال التوعية المجتمعية ضمن الخطة الإستراتيجية (لم يتم تنفيذه بقوة).
١٣. ادراج مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية في مناهج الجامعات .
٩. الإدارة العامة للتثقيف الصحي / وزارة الصحة

الخدمات التي تقدمها الدائرة:

١. برنامج حول التوعية بالصحة الإنجابية بشكل عام، تتعلق بكل مكوناته، بتمويل من صندوق الأمم المتحدة للسكان، والرؤيا العالمية، جايكا.
٢. اصدار نشرات تثقيفية: كتيبات، أدلة، ملاحق صحفية، برامج إذاعية، وتلفزيونية، وحاليا يتم اعداد تطبيق الكتروني (تطبيق نبض الحياة) واطلاقه في بداية العام القادم حول صحة الأم والطفل من عمر سنة.
٣. تدريب كوادر الوزارة: أطباء، ممرضين، قابلات وكوادر تثقيفية بالمجتمع المحلي في المديريات والمستشفيات، أحيانا يتم التركيز في قضايا تمثل أولوية في البلد كسرطان الثدي مع الشركاء الوطنيين. كما يتم تدريب المتطوعين بالمجتمع المحلي أو مؤسسات إضافة إلى الطواقم الإعلامية.
٤. برنامج توعية للأزواج الشباب والمقبلين على الزواج في الجامعات والأندية (١٨ - ٢٩ سنة) : يتضمن محاضرات لقاءات، احتفالات، وتم اصدار مواد تدريبية للمدربين، ودليل مرجعي (تنمية أسرية، مفهوم الأسرة).
- تم تدريب طواقم الوزارة والمؤسسات الشريكة، مسؤولات الأم والطفل في المناطق بالوزارة وعلى كيفية تطبيقه (ما قبل الزواج، التنشئة الإجتماعية، التربية الجنسية)،
٥. اللجنة الوطنية للتثقيف والتعزيز الصحي برئاسة وزارة الصحة وتضم في عضويتها: وكالة الغوث، الإغاثة الطبية، لجان العمل الصحي، جمعية تنظيم الأسرة، جذور، جمعية اصدقاء مرضى التلاسيميا، التربية والتعليم، وزارة العمل، وزارة الإعلام. وتهدف اللجنة إلى تنسيق وتوحيد الجهود التي تقدم خدمة التثقيف الصحي وأعداد الخطط المشتركة.

٦. انشاء مركز صديق للشباب في دورا، الا انه اغلق بانتهاء المشروع وعدم القدرة على تعيين الكادر.
٧. التوعية بانماط الحياه الصحية (التغذية، الرياضة، وقف التدخين) تم استهداف الشباب بشكل خاص والمجتمع بشكل عام.
٩. التعاون مع جمعية اسناد الطلبة عام ٢٠١٦/٢٠١٨ بتمويل من USAID في التوعية بالقضايا الصحية واستهداف طلبة المهن الصحية المساندة في جامعة النجاح وجامعة بير زيت وتأهيلهم للتوعية بالمجتمع. ودور الوزارة في التدريب والتشبيك بين الكوادر مع المديریات في المحافظات.
١٠. الدائرة لها دور في تدريب المرشدين التربويين ومرشدي وزارة الأوقاف ودائرة الإرشاد الأسري في المحاكم بمواضيع الصحة الإنجابية بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان.
١١. المخيمات الصيفية لطلبة المدارس في التوعية الصحية والبيئية ينفذ سنويا وذلك بالتنسيق مع اللجنة العليا للمخيمات بالمجلس الأعلى للشباب، اضافة إلى مخيمات وزارة الصحة.
١٢. مشروع الأمراض المنقولة جنسيا: يستهدف الشباب وبشكل خاص العاملين داخل الخط الأخضر وتم استهدافهم من خلال وزارة العمل ونقابات العمال من خلال مشروع خاص لأمراض الإيدز.

الكوادر البشرية:

١. رؤساء أقسام تثقيف صحي في كل المديریات ومنسقي التثقيف الصحي في المستشفيات (برنامج خاص ٢٠١٦).
٢. هناك نقص وبجاجة مستمرة لإيجاد حلول (اعتبار التثقيف الصحي جزء من مهام كوادر الوزارة سواء الأطباء والمرضى ...).
٣. تخصصات مهن طبية مساندة (تمریض، مختبرات، تصوير أشعة، ..) فنيا يتبعوا للإدارة وإداريا للمديریات.
٤. لا يوجد متخصصين في مجال الصحة الإنجابية والجنسية، لكن يتم توعية وتدريب الكوادر في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية.
٥. العاملات الصحيات: يتم تعيينهم على المشاريع (في جنين وأريحا والخليل يوجد عيادات بسيطة لتقديم خدمات الإرشاد والتوعية ويتم تحويل الحالات إلى الجهات المختصة).

الفئات المستهدفة:

١. فئة المراهقين والشباب، الأمهات، سن الأمان، غير المتزوجات.
٢. من الصعب الوصول إلى الرجال في برامج التوعية، لكن يتم بالعيادات وأحيانا بالتعاون مع المراكز المجتمعية.
٣. استهداف المناطق البعيدة والنائية والبدوية. وأحيانا منطقة الجدار خاصة في قلقيلية.
٤. استهداف السيدات العاملات بالمصانع حول سرطان الثدي (مصنع سنيرة، مصنع رويال).

آلية التواصل بالمجتمع:

١. رئيس قسم التثقيف الصحي من خلال شبكة علاقات مع المجتمع المحلي.
٢. متطوعين بالمجتمع المحلي.
٣. اعلانات بالعيادة والمساجد والمجالس المحلية.
- الوسيلة الفعالة تعتمد على كل منطقة وثقافتها.

البرتوكولات:

١. برتوكول خدمات التوعية قبل الزواج بالتعاون مع مؤسسات الأهلية والوكالة ، سيتم تأسيس خدمات ما قبل الإنجاب.
٢. خدمات المشورة للصحة الإنجابية صادرة عن صحة وتنمية المرأة.
٣. تم اعتماد معايير وبرتوكول (IEC (Standard and Protocol For Education, Information) معايير وبرتوكول المعلومات والتعليم والإتصال في التثقيف الصحي يتضمن: كيفية بناء البرامج، المناصرة، إعداد المواد الثقافية. وتم تدريب الكوادر عليه.
٢. برتوكول bbc: نظرية تعديل السلوك، تم انجازه وتدريب الكوادر على استخدامه في كيفية استهداف المجتمع.

البرامج التطويرية:

١. الاعلام الصحي الإلكتروني.
٢. التركيز على الجامعات من خلال متطوعين والتشبيك بين المؤسسات والدخول للجامعة من خلال الوزارة.
٣. التشبيك من خلال الممولين حسب التخصص لتغطية الفجوات (عمال الداخل مثلا، السيدات العاملات بالمصانع).
٤. اعادة احياء وتفعيل المراكز الشبابية.

ملحق رقم ٢: قائمة بالجهات التي حددها الشباب المشاركون في المسح والتي تقدم خدمات حماية ومساعدته للمعنفين والمعنفات

١	اتحاد لجان المراه
٢	البشرطة
٣	الاجهزة الامنية
٤	البييت الامن
٥	الشؤون الاجتماعية
٦	التمية المجتمعية الاسرية
٧	الجمعيات النسائية للحقوق
٨	الرعاية الصحية
٩	الشبان المسيحية
١٠	المحافظة
١١	المراكز الخاصة
١٢	المراكز النفسية
١٣	المركز التابع للاهلل الاحمر
١٤	المركز الفلسطيني للارشاد
١٥	انعاش الاسرة
١٦	تنظيم الاسرة
١٧	جماية الاسرة
١٨	جمعيات حقوق المراه
١٩	جمعيات نسائية
٢٠	جمعية المراه
٢١	جمعية المراه الريفية
٢٢	جمعية النجدة
٢٣	جمعية اليتيم
٢٤	جمعية سيدات حلحول
٢٥	جمعية مخيم قلنديا النسائية
٢٦	شباب الغد

٢٧	لجان المراه للعمل الاجتماعي
٢٨	مؤسسة ابداع
٢٩	مؤسسة اخلاق و تنمية المراه
٣٠	مؤسسة ادوار
٣١	مؤسسة اعلام و تنمية المراه
٣٢	مراكز التنمية البشرية
٣٣	مركز الارشاد
٣٤	مركز الارشاد النسوي
٣٥	مركز الارشاد النفسي
٣٦	مركز الارشاد النفسي للمراه
٣٧	مركز الارشاد النفسي و الاجتماعي
٣٨	لجان العمل الصحي
٣٩	مركز روزانا
٤٠	مركز علاج ضحايا العنف
٤١	مركز نسوي
٤٢	مركز نسوي بدو
٤٣	منظمة حقوق المراه
٤٤	وحدة الجرائم الالكترونية
٤٥	وحدة حماية الاسرة
٤٦	وزارة التنمية الاجتماعية
٤٧	وكالة الغوث
٤٨	sos
٤٩	مركز حماية الفتيات
٥٠	مركز شباب عايدة
٥١	مركز شروق
٥٢	مركز لاجئ
٥٣	مركز لتاهيل الارشاد النفسي
٥٤	الارشاد لعدم الانحراف
٥٥	سيدات الخليل الخيرية
٥٦	مركز روزانا
٥٧	مركز علاج ضحايا العنف
٥٨	مركز يافا الثقافي
٥٩	مركز نسوي بدو

Source: Mapping Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health Services in Palestine. PMRS, 2019

Fact-sheet-SDG-SRH-FINAL-04-09-2017. WHO, 2017

Reproductive health of Arab young people. Accessed at: bmj.com.

PCBS, Palestinian MICS5, 2014. Final Report. Accessed at: PCBS.GOV.PS

Source: Mapping Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health Services in Palestine. PMRS, 2019

Source: Mapping Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health Services in Palestine. PMRS, 2019

The range and nature of reproductive health research in the occupied Palestinian territory: a scoping review

This study Funded by the UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World bank, and conducted by: Aisha Shalash, Hasan M Alsalman, Alaa Hamed, Mai Abu Helo, Rula Ghandour, Loai Albarqouni5 and Niveen ME Abu Rmeileh. 2017.

The same above source

The same above source

The same above source

Men's Perceptions, Attitudes and Practices towards Reproductive Health and Sexuality in the Occupied Palestinian Territory, Lebanon and Jordan: A Transformative Rights-Based Approach to Engaging Men in Sexual and Reproductive Health. Prepared by Daniel Guijarro, Maisa Shquier and María Olivella Commissioned by Alianza por la Solidaridad (ApS), Nazioarteko Elkartasuna (NE-SI) and Health Work Committees (HWC). 2015

May Al-Shaghana, Promoting Sexual and Reproductive Health Rights in Adolescent Refugees: A Case Study of Save the Children's Work in Aida Refugee Camp, West Bank, Occupied Palestinian Territory. 2013

<https://arabstates.unfpa.org/en/node/22522?page=0%2C2>

Country Assessment of the Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) situation in Palestine", was conducted by (MIFTAH) in partnership with several international and local partners. 2015



مؤسسة لجان العمل الصحي

للتواصل مع المؤسسة:

البيرة - سطح مرحبا - شارع شهداء الفردان - ص.ب 3966

+972 02 2427518/9

+972 02 2427517

info@hwc-pal.org

www.hwc-pal.org



تم إعداد وطباعة هذا الكتيب بدعم من:

 Sverige

Sweden السويد

القنصلية السويدية العامة في القدس

حقوق الطبع محفوظة ©

2019

يحظر إعادة طباعة هذا الكتيب بدون إذن مسبق من مؤسسة
لجان العمل الصحي