

تقدير الاحتياجات المعرفية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية للشباب  
المنتفعين من مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون  
الإجتماعية- فلسطين

عائشة الرفاعي و سمية صايح

آب 2006

بتمويل من صندوق الأمم المتحدة للسكان



## قائمة المحتويات

1	المقدمة
2	خلفية الدراسة ومبرراتها
3	الأهداف
4	الإطار المفاهيمي " Conceptualization "
5.	الإطار السياقي " Contextualisation "
6	المنهجية
7	تحليل مجموعات النقاش البؤرية
1.7	مجموعات النقاش البؤرية التي عقدت مع الكادر المهني والحرفي
1.1.7	المواضيع والفرص التدريبية السابقة والمطلوبة للكادر المهني والحرفي.
2.1.7	مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية التي يعجز الكادر عن التعاطي مع الشباب بشأنها.
3.1.7	آلية ووسائل نقل المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية.
4.1.7	المعرفة بالصحة الانجابية والجنسية وفق عناصرها (موضوعاتها المفاهيمية)
1.4.1.7	صحة المراهقة
2.4.1.7	صحة المرأة الأمومية (في الحمل والولادة والنفاس)
3.4.1.7	تنظيم الأسرة
4.4.1.7	المشورة في الصحة الإنجابية والجنسية
5.4.1.7	الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الإيدز
6.4.1.7	العقم
7.4.1.7	دور الرجل في الصحة الإنجابية
8.4.1.7	الحقوق الجنسية والإنجابية
9.4.1.7	العنف الجنسي
10.4.1.7	الزواج المبكر وزواج الأقارب
5.1.7	مواضيع الصحة الجنسية والانجابية المتضمنة في البرنامج الاكاديمي في المراكز
6.1.7	الخدمات الصحية المتوفرة لفائدة الطلبة في المراكز
7.1.7	مفهوم المهارات الحياتية وأولوياته
8.1.7	مهارات الاتصال والتواصل
9.1.7	علاقات النوع الاجتماعي (الجندر)
10.1.7	الإدمان وأشكاله

11.1.7	العنف وأنواعه ومصادره	
2.7	مجموعات النقاش البؤرية التي عقدت مع الشباب (شبان وشابات)	
1.2.7	كيفية قضاء وقت الفراغ والهدف من الالتحاق بالمركز	
2.2.7	ماهية وطبيعة العلاقة بين الشباب (المنتفعين) والعاملين في المركز	
3.2.7	المسائل والمشكلات التي يعجز/ يرفض الشباب طرحها مع الأساتذة والمرشدين	
4.2.7	مفهوم المهارات الحياتية	
5.2.7	مفهوم علاقات النوع الاجتماعي (الجندر)	
6.2.7	الإدمان وأسبابه وأنواعه	
7.2.7	العنف وأنواعه ومصادره	
8.2.7	الخدمات الصحية المقدمة للشباب في المراكز ومدى تلبيتها لاحتياجاتهم	
9.2.7	مدى تضمين المواضيع ذات العلاقة بالصحة الجنسية والإنجابية في البرنامج التأهيلية التي يتلقاها الشباب في المراكز	
10.2.7	مفهوم الصحة الإنجابية والصحة الجنسية	
11.2.7	المعرفة بالصحة الإنجابية والجنسية وفق عناصرها (موضوعاتها المفاهيمية)	
1.11.2.7	صحة المراهقة	
2.11.2.7	صحة المرأة الأمومية (الحمل والولادة والنفاس).	
3.11.2.7	تنظيم الأسرة	
4.11.2.7	المشورة في الصحة الإنجابية والجنسية	
5.11.2.7	الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الإيدز	
7.11.2.7	دور الرجل في الصحة الإنجابية	
8.11.2.7	الحقوق الجنسية والانجابية	
9.11.2.7	العنف الجنسي	
10.11.2.7	الزواج المبكر وزواج الأقارب	
8	المناقشة والإستنتاجات والتوصيات	
9	قائمة المراجع	
10	ملحق رقم 1: برنامج تنفيذ المجموعات البؤرية في الضفة والقطاع	

## شكر وعرقان

ما كان لهذه الدراسة أن ترى النور لولا الجهود المباركة لعدد من الأشخاص الذين ننتهز هذه الفرصة لنتقدم إليهم بعظيم شكرنا وجل تقديرنا لما بذلوه من جهد معنا في إنجاز هذه الدراسة.

بداية كل الشكر لصندوق الأمم المتحدة للسكان متمثلا في شخص السيد زياد يعيش-مسئول برنامج الشباب لاهتمامه بهذه الشريحة الهامة من فئة الشباب وتوفيره التمويل اللازم لإتمام هذه الدراسة. ومن ثم فالشكر للسيدة ميسون الوحيدي-مدير عام الرعاية الإجتماعية والتأهيل/ وزارة الشؤون الإجتماعية على الثقة والتعاون والمساندة، وكل التقدير للسيد جميل زيتون لجهد المميز في التنسيق لكافة المجموعات البؤرية التي تم عقدها في الضفة والقطاع. كما إننا نثني عاليا مشاركة مدراء المراكز وجميع أفراد الطاقم من مهنيين وحرفيين في مجموعات النقاش البؤرية، الأمر الذي كان له أعظم الأثر في إثراء النقاش وتعميقه بكل ما طرح فيه من أفكار وقضايا محورية لصالح الفئة المستهدفة من الشباب.

وفي الميدان لم يكن ليتسن لنا إتمام هذا العمل في الجناح الثاني من الوطن قطاع غزة لولا تولى الزميل شعبان مرتجي كافة مهام العمل الميداني هناك وتنفيذه لهذه الجزئية كاملة بكل جدارة والتزام على الرغم من الصعوبة الفائقة التي تأتت عن التصعيد الإسرائيلي الإستثنائي في القطاع في تلك الفترة، فله منا كل التقدير والعرقان.

كما لا ننسى كل من الزميلتين كفاح مناصرة في جنوبي الضفة وتحرير عتيق في شمالها لدورهن الخاص في المجموعات البؤرية التي عقدت هناك.

وأولا وآخرا وقبل كل شيء، شبابنا الأعزاء شبانا وشابات في مراكز التأهيل ودور الرعاية نشكرهم من الصميم ونقدر مشاركتهم ونحترمها ونتمنى لهم كل التوفيق في مستقبل هم من يصنعه بقليل من التوجيه والإرشاد منا ويكثر من الحب والأيمان من الجميع، لهم جميعا نتمنى كل الخير.

## الملخص التنفيذي

هذه الدراسة هي دراسة وصفية استكشافية تعنى بفئة الشباب المهمشين والأقل حظا بشكل خاص، بهدف تقدير احتياجاتهم المعرفية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية مستهدفة الشباب ( شبان وشابات) المنتفعين من مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الإجتماعية، وبذلك فهي دراسة رائدة تشكل علامة فارقة في هذا المجال على صعيد الوطن.

تقع هذه الدراسة في جزأين متكاملين ؛ الأول يتناول الاحتياجات التدريبية للكوادر المهنية والحرفية العاملة في مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل بمفهوم الصحة الإنجابية والجنسية والمهارت الحياتية الواجب توظيفها في هذا السياق، حيث تم إتباع منهجا كفييا باستخدام مجموعات النقاش البؤرية في جمع البيانات من الكوادر المهنية والبالغ إجمالي عددها 144 ما بين مرشد اجتماعي وأستاذ ومدير موزعين ما بين مراكز قطاع غزة (84) والضفة الغربية (60) ، حيث تم استهداف هؤلاء بالإضافة إلى الكوادر الحرفية للمشاركة في الدراسة وذلك فيما مجمله 12 مجموعة بؤرية ضمت ما مجمله 108 مشارك ومشاركة وذلك وفق متغيرات ديموغرافية تعريفية محددة.

أما الجزء الثاني فتناول ماهية المعلومات المتوفرة لدى الشباب المستهدفين (شبان وشابات) وذلك باستخدام مجموعات النقاش البؤرية أيضا وذلك في سبع مناطق هي: نابلس، طولكرم، قلقيلية، رام الله، الخليل، بيت جالا، شمال غزة، وسط وجنوب غزة وفق متغير الجنس والمنطقة، وعلية فقد تم تنفيذ ما مجمله 14 مجموعة بؤرية بواقع مجموعتين في كل منطقة شارك في كل منها ما معدلة 12 شاب/شابة، وبالمجمل فقد عقد ما مجموعة 26 جلسة نقاش ضمن المجموعات البؤرية التي عقدت في مختلف محافظات جناحي الوطن.

بيّنت النتائج أن الطاقم بكوادره المهنية والحرفية لا يملك المعلومات ولم يسبق له أن تلقى أي شكل من أشكال التدريب حول موضوعات الصحة الإنجابية والجنسية، وقد أعتبر المعظم أن الفجوات المعرفية الأكثر اتساعا لديهم هي تلك المتعلقة بهذه القضايا. وتحديدًا لفت العديدون إلى أن التغيرات الجنسية التي تحدث عند المراهقين هي من أكثر المواضيع الحساسة والتي لا دراية لهم بها، وهذا ينطبق على مواضيع الجنس والعلاقات العاطفية مع الجنس الآخر، والعادة السرية، وغشاء البكارة ومفهوم الشرف، والحب والشذوذ الجنسي (المثلية الجنسية) والعنف الجنسي والإدمان بالإضافة إلى الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها مرض الأيدز.

أما على صعيد الشباب، فخلافا لما هو متوقع كثير من الشباب في المراكز ودور الرعاية يملكون بعض المعلومات الخاصة بقضايا الصحة الإيجابية وقليل من المعلومات حول الصحة الجنسية، وهم معنيون جدا بفحص صحتها وبالمزيد منها أيضا، كما أن لهم رأي ووجهة نظر في الكثير من موضوعاتها، مما يشير إلى وجود هامشا مهما للاستثمار في هؤلاء الشباب وتنويرهم بالحقائق المعرفية والمشورة المتصلة بموضوع الصحة الإيجابية والجنسية، ومع ذلك لا بد من الإشارة إلى أن المشاركة في الجلسات كانت دوما مقتصرة على عدد محدود من الحضور. وهذا مرده إما الجهل المطبق عند البعض أو الإنكفاء على الذات والإحباط عند البعض الآخر. ما يلفت إلى ضرورة تضمين وحدة مهارات تمكينية لتعزيز الثقة بالذات وبناء القدرات في أي رزمة تدريبية موجهة إلى هؤلاء الشباب أيا كان موضوعها.

وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك حاجة لبناء قدرات الطواقم المهنية والحرفية العاملة في المراكز النهارية ودور الرعاية لتمكينها من تقديم الخدمات المتكاملة وعالية الجودة للشباب المنتفعين من هذه المراكز، وتطوير البنى التحتية المادية لمراكز التأهيل برفدها بالموارد اللازمة.

ومن ثم فقد أوصت الدراسة ببرنامج تدريبي لفائدة هذه الفئة يشتمل على رزمتين تدريبيتين. الأولى تستهدف الطاقم المهني والحرفي العامل في المراكز والثانية تستهدف الشباب من الجنسين. ومن ثم فكل رزمة تشتمل على وحدتين اثنتين أيضا؛ الأولى تمكينية لتعزيز الثقة بالذات وبناء القدرات وتعنى بالمهارات الحياتية والمواضيع السلوكية ذات الصلة والثانية معرفية توعوية في مجال الصحة الإيجابية والصحة الجنسية. ومن ثم فإن مأسسة التوعية الإيجابية والجنسية بتضمينها في البرنامج الرسمي المعتمد والمعمول به دوريا في المراكز هو أداة تمكينية تبقى على المعلومات متاحة أمام الشباب كلما احتاجوا إليها.

وأخيرا، فلا بد من التشبيك مع المؤسسات والجهات المعنية للمطالبة بتعديل قانون إصلاح الأحداث والمؤسسات العقابية لوضح حد للطريقة والإجراء المدمر الذي يتم فيه إنفاذ القانون تجاه الأحداث الذين يبلغون سن 18 عام قبل انقضاء محكوميتهم والإستناد إلى التطورات المعاصرة لإيجاد بدائل أكثر جدوى من الزج بالحدث في السجن بين البالغين والقضاء عليه نهائيا بدل من إصلاحه.

يمثل الشباب بذكوره وراثته رأس المال والإحتياطي الإستراتيجي للإنساني لأي بلد من بلدان العالم، فهم مصدر طاقة وقوة لا يمكن ولا يجوز تجاوزه أو تهيمشه أو هدره. بل إنهم الثروة الحقيقية إذا ما ضاعت الثروات وعماد الأمة إذا ما عز العماد.

وفلسطينيا إذا ما اعتبرنا أن فئة الشباب تشتمل على الأفراد الواقعيين ضمن الفئة العمرية 10-24 سنة فهم يشكلون نسبة مقدارها ثلث إجمالي عدد السكان حيث قدر عددهم لعام 2000 ب 1,006,426 شاب وشابة جلهم من الأفراد الواقعيين ضمن الفئة العمرية 10-14 سنة. ومن المتوقع أن تظل هذه النسبة ثابتة حتى العام 2025 حيث يصبح عددهم 2,381,687 شابا وشابة، أي أن 1 من بين كل 5 من أفراد المجتمع الفلسطيني هم من الشباب (الجهاز الفلسطيني المركزي للإحصاء، 2001). وفيما يمكن لهذا الثراء الواضح في هذه الفئة الهامة من السكان أن يشكل ميزة سكانية إذا ما تم استثمارها واستهدافها بشكل جيد من خلال برامج مدروسة في مجال التعليم والارتقاء بالخدمات الصحية وفي مجال الاسكان والتوظيف والرعاية النفسية والاجتماعية فإن غياب مثل هذه الاستثمارات تجعل من هذا الزخم عبئا كبيرا على المجتمع يصعب التعاطي معه.

وحول الموضوع السكاني على وجه الخصوص، فقد شكل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، والذي عقد في القاهرة عام 1994 نقطة تحول في الأسلوب الذي نظر به المجتمع الدولي إلى التحدي السكاني، حيث لم يعد ينظر إلى السكان على أنهم مجرد تحدٍ عددي يتطلب اجراءات تهدف إلى التنظيم والتحديد بل غدت النظرة تحتم التعاطي مع السكان كمورد تنموي لتحقيق الرفاه الإنساني. فقد تمت دراسة العلاقات والتوازن بين السكان والتنمية المستدامة والعوامل البيئية، بما في ذلك العلاقات بين عوامل النمو السكاني وعوامل الصحة الانجابية.

ولاحقا في السياق ذاته، يقول تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) المعنون "اتفاق القاهرة في العام العاشر: السكان، الصحة الإنجابية والمجهود الكوكبي لإنهاء الفقر" أن البلاد الفقيرة بنفسها تدفع حوالي 40% من النقود التي تنفق على برامج الصحة الإنجابية ومكافحة الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسبة) وعلاجه. كما ويؤكد التقرير على أن العالم يحتاج "الرؤية تنموية متمحورة حول الإنسان. فتحديات اليوم - متضمنة التزايد المطرد في الحاجات غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة، والانتشار المستمر لمرض الإيدز، والفقر المتواصل موازيا للرفاهية غير المسبوقة - تجعل من الحتمي أن ننفذ أجنحة القاهرة أكثر من أي وقت مضى".

وإذا كان هذا حال مجموع السكان بصرف النظر عن الفئة السكانية التي ينتمون إليها فإن فئة الشباب المهمشين والأقل حظاً هم في خطر مضاعف وحاجة أمس من غيرهم للرعاية الإجتماعية بما في ذلك الصحية والتعليمية.

## 2 خلفية الدراسة ومبرراتها

بادئ ذي بدء، تجدر الإشارة إلى أنه لا وجود في الأدبيات لتعريف معياري موحد لفئة الشباب من حيث حدود الفئة العمرية التي تمثلها، وهذا على الصعيد الكوني والإقليمي والمحلي، فمنهم من يعتبر الشباب أولئك الواقعين ضمن الفئة العمرية 20-24 كما في الدراسة التحليلية لواقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005)، أو 10-24 كما في دراسة إدارة التثقيف والتعزيز الصحي (وزارة الصحة الفلسطينية، 2004)، وإن كان الكثيرون يتخذون من تعريف الهيئة الدولية للأمم المتحدة والذي يتضمن جميع الأفراد الواقعين ضمن الفئة العمرية 15-24 سنة مرجعية لهم في التعريف الإجرائي لفئة "الشباب" على المستوى البرامجي والخدماتي والسياساتي.

زد على ذلك، فإن الخطط الدولية والسياسات الوطنية للشباب بمجملها قد أغفلت تضمين بنود وبرامج خاصة بالشباب الأكثر تهميشاً وضعفاً كالشباب المتسربين من المدارس، والعاطلين عن العمل، والفقراء وذوي الحاجات الخاصة والذين هم الأكثر عرضة للإستغلال والجنوح والإنحراف في المجتمعات كافة.

كما وأن الدلالة الثقافية لـ "الشباب" كتعبير هي دلالة منحازة للذكور على حساب الإناث وذلك في المجتمعات العربية عامة بما في ذلك المجتمع الفلسطيني. وعملياً فإن هذا الفهم والذي هو انعكاس لحالة ذهنية اجتماعية جمعية تترجم نفسها ويعاد إنتاجها في التركيز الواضح على الشبان دون الشابات في البرامج والخدمات كما هو الحال في النوادي الشبابية وما نتيجته (أو تمنعه) من وصول إلى الموارد والفرص والمعلومات والمعرفة. ولا يغيب عن الأذهان أنه بالتوازي مع هذا الشكل من أشكال التمييز هناك التمييز القائم على أساس العمر، فكلما النوعين من التمييز يقيان مشاركة أكبر شريحتين من سكان المنطقة العربية وهي النساء والشباب، وكلاهما ينبع من ذات المنبع؛ الهيمنة الأبوية التي تستغل الفروق بين الجنسين وفي العمر. وبالنتيجة يمارس التمييز بشكل مضاعف عندما يتداخل هذان الشكلان من التمييز كما في حالة الأنتى الشابة (تقرير التنمية البشرية العربية، 2002).

ولعل الصحة الإنجابية والجنسية للشباب من الجنسين هي أحد أخطر وبالتالي أهم الجوانب التي يتوجب رفدهم فيها معرفياً وبالتالي سلوكياً لتجنبهم الأخطار التي قد تنجم عن خلل سلوكي ما في هذا الجانب؛ خلل مرده الجهل المطبق أحياناً والسعي والحصول على معلومات خاطئة ومشوهة ومبتورة من

مصادر غير مهنية ولا مؤهلة أحيانا أخرى. وفي كلا الحالتين فالنتيجة ضرر بالغ يتجذر في فكر وثقافة المجتمع وبالتالي سلوكيات افرادة من خلال شريحة واسعة فيه، والتي هي فئة الشباب هنا؛ فئة تفتقر إلى الوعي والقدرة على اتخاذ القرارات الواعية والمستندة إلى المعرفة في أخص نواحي الحياة، ألا وهي الحياة الأسرية والحميمية وثيقة الصلة في نواحي تطور الشخصية واتساقها مع الذات أولاً ومع المحيطين ثانياً ومع المجتمع برمته ثالثاً وأخيراً.

وإذا كانت هذه القضايا تخص مجمل جمهور الشباب بقطاعاته وشرائحه المختلفة فإن الحاجة تصبح أمس وأكبر عند الحديث عن الشباب المهمشين والأقل حظاً الذين هم الأكثر عرضة لخطر العنف والإيذاء والإعتداء والاستغلال بكافة أشكاله، مما يشير إلى ضرورة إيلائهم الإهتمام والرعاية التي يستحقونها من قبل كافة الجهات الرسمية والمدنية العاملة في المجالات ذات الصلة . إلى ذلك تضع وزارة الشؤون الإجتماعية هذه الفئة الشبابية الهامة واحتياجاتها ضمن أعلى أولوياتها وتشرف على 13 مركز رعاية وتأهيل نهاري و3 مراكز إيواء للأحداث الجانحين منتشرة في مختلف محافظات الوطن. وتعنى هذه المراكز مجتمعة بشئون 1000 شاب وشابة يعانون من ظروف اقتصادية واجتماعية غاية في الصعوبة ويعمل فيها ما مجمله 144 من الكوادر المهنية المؤهلة بصفة مرشد اجتماعي أستاذ أو مدير .

وعلى الرغم من كثرة الحاجات وتعدد الأولويات تؤمن الوزارة بضرورة تضمين قضايا الصحة الإنجابية والجنسية للشباب في برامجها ووضعها على أعلى سلم أولوياتها. من هنا، فإن التعرف والكشف عن ماهية المعلومات المتوفرة لدى الشباب المعنيين كما ونوعاً من جهة وموائمتها مع الإحتياجات التدريبية للمرشدين الإجتماعيين العاملين مع هؤلاء الشباب في المراكز من جهة أخرى تشكل نقطة في الإتجاه الصحيح للتخطيط البرامجي والتوعوي المبني على الحاجات المعرفية لدى الفئة المستهدفة ذاتها.

## 5 الأهداف

- حصر ومراجعة الدراسات والإصدارات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية التي تعنى بفئة الشباب مع تركيز خاص على الفئة الأقل حظاً والأكثر تهميشاً .
- الكشف عن الأرضية وبالتالي الحاجات المعرفية للشباب المستهدفين في مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.
- تقدير الإحتياجات التدريبية للكوادر المهنية (مرشد إجتماعي، أستاذ ، مدير) العاملة مع الشباب في المراكز المعنية.

## 6 الإطار المفاهيمي " Conceptualization "

تتناول هذه الدراسة مسألة الصحة الإيجابية من منظور تنموي شامل يتخطى العلاقات الآتية بين الناس بصفتهم الشباب ذكورا وإناثا في هذه الحالة والمؤسسات بنخبها التنموية والمهنية المختلفة، بهدف إلقاء الضوء على ومن ثم رقد الاحتياجات المعرفية لهؤلاء واحتضانهم بالرعاية والإهتمام اللازمين من أجل تمكينهم من اتخاذ القرارات المعرفية المستندة إلى المعلومات الصحيحة لحماية من الاستغلال والانزلاق في الجنوح والغور في وحل مستتفه.

من هنا، فإنها تطرح فهما شاملا للصحة الإيجابية وقضاياها على اعتبار أنها واقعة في صميم مفهوم التنمية البشرية المستدامة بأبعاده السبع وهي: تثبيت النمو الديموغرافي، ومكانة الحجم النهائي للسكان، وأهمية توزيع السكان، والاستخدام الكامل للموارد البشرية، والصحة والتعليم، وأهمية دور المرأة، والأسلوب الديمقراطي في الحكم (أديب، 2002). وهذا يبين التركيز الكبير الذي يوليه المفهوم للصحة والتعليم كقيمتين مهمتين بحد ذاتهما، إلى جانب فوائدهما الاقتصادية في رفع إنتاجية العمل. وهذا يعني أن التنمية البشرية المستدامة تتعامل مع التعليم والصحة كحقين رئيسيين من حقوق الإنسان ذات الأبعاد الاقتصادية وغير الاقتصادية. وكتحصيل حاصل تتدرج الصحة الإيجابية وقضاياها ضمن هذا الفهم وتتقاطع مع معظم هذه الأبعاد من زوايا ومساحات مختلفة.

وتاريخيا، فقد انبثق اصطلاح التنمية المستدامة عن لجنة الأمم المتحدة للبيئة حيث عرفت اللجنة التنمية المستدامة بأنها: "تلك التنمية التي تقابل الاحتياجات الأساسية للجيل الحالي دون أن يكون ذلك على حساب التضحية بقدرات ومقدرات الأجيال المستقبلية في مقابلة احتياجاتهم". وفي تعريف ثاني "هي عملية متكاملة ذات أبعاد اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية تهدف إلى تحقيق التحسين المتواصل لرفاهية كل السكان وكل الأفراد، والتي عن طريقها يمكن الحفاظ على حقوق الإنسان والحريات الأساسية في المجتمع" (الاسكوا، 2002).

من هنا فإن مفهوم التنمية البشرية ينطوي ضمنا على وجوب ترجمة ثمار النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية إلى تحسينات وخيارات موسعة في حياة الناس عن طريق زيادة كل من قدراتهم وفرصهم. ومع ذلك فقد أدخل أول تقرير عالمي للتنمية البشرية دليل التنمية البشرية لقياس التنمية البشرية في أي بلد على أساس متغيرات تقتصر على، الحياة المديدة والصحة (العمر المتوقع عند الولادة)، والمعرفة (معدلات معرفة القراءة والكتابة بين البالغين ونسب القيد بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالي معا)، ومستوى الحياة الكريمة (النصيب الحقيقي للفرد من مجموع الناتج المحلي الإجمالي بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية) وهي جميعها مؤشرات كمية تختزل الإنسان ببعده الاقتصادي اليومي.

لذا، فإنه ولدى استقراءهم لمفهوم التنمية البشرية رأى العديد من خبراء التنمية أمثال الدكتور نادر فرجاني المؤلف الرئيسي لتقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2002 أن هناك حاجة لسياق أوسع لمفهوم

التنمية البشرية ؛ سياق يتجاوز نواقص الوضع العربي الراهن ويعمل على بناء قدرات الإنتاج العربية، الأمر الذي يحتمّ تسميتها بالتنمية "الإنسانية" كبديل عن سابقتها "البشرية" لمحورية مسألة تحقيق المقدرّة الإنسانية فيها من خلال "ايجاد بيئة تمكن الناس من التمتع بحياة طويلة وصحية وخلافة"، والتي هي جوهر عملية التنمية. ويؤكد الدكتور الفرجاني على أن الفرق بين الإثنين يكمن في المنطلقات العقائدية لكل منهما والتي تشكل ارضية المؤشرات القياسية التي يتم الإستناد إليها لاحقاً.

فكرة التنمية الإنسانية ترفض مساواة الناتج القومي الإجمالي بالتنمية حيث يعامل الناس كمدخل في عملية التنمية لا كمنتفعين منها، وهي تنادي بتعزيز الخيارات الإنسانية حينما يكتسب الناس القدرات وتتاح لهم الفرص، خصوصاً وأن نواقص الوضع التنموي العربي الرئيسية الثلاث من نقص الحريات ونقص المعرفة ونقص تمكين المرأة تتطلب جميعاً توظيف الموارد وإتاحة للفرص باتجاه تعزيز القدرات، وأن " ضعف القدرات الإنسانية يتجلى بأخطر ما يكون في قصور اكتساب المعرفة ناهيك عن إنتاجها"، وكذلك فإن فجوة المعرفة وليس فجوة الدخل هي المحدد الرئيسي لمقدرات الدول في عالم اليوم (تقرير التنمية البشرية العربية، 2002).

يعتبر تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2002 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والصندوق العربي للإينماء الإقتصادي والإجتماعي أن هناك عناصر أساسية ثلاث لبناء القدرة الإنسانية واستنهاض الأمة وهي: الحياة (مستدل عليها بالسّمات السكانية) والصحة والبيئة.

وفي إطار العنصر الثاني فقد تبلور مفهوم الصحة الانجابية كيفما تم تبنيه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994) كرد على السياسات السكانية التي كانت تدعو إلى التحكم في عدد السكان زيادة أو إنقاصاً وحرمان الأفراد من حرية اتخاذ القرار في هذا المجال، متجاهلة الأبعاد الإنسانية والسياقية والعوامل المؤثرة فيها والمشاكل المترتبة عليها. وعلى الرغم من التوافق الذي تم تحقيقه في مجالات عدة باتجاه تعريف عملي لمفهوم الصحة الإنجابية وتنتد إلا أن التعريف لم ينل توافق الهيئات العامة للجهات المعنية بسبب وجود اختلافات جوهرية في وجهات النظر حول الحقوق الانجابية وصحة المراهقين والمسؤولية الوالدية والاجهاض.

ومما لا شك فيه أن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية شكل علامة فارقة ومفصلية في تطور مفهوم الصحة الإنجابية والجنسية على المستوى الكوكبي. فيما يلي أهم السمات التي ميزته:

- شكّل نقطة تحول في الأسلوب والذهنية التي نظر بها المجتمع الدولي الى التحدي السكاني ومنطلقات التعاطي معه.
- رسّخ فكرة ضمان الوصول إلى نطاق شامل من الرعاية في مجال الصحة الانجابية والصحة الجنسية بغض النظر عن الحالة الزوجية للأفراد المنتفعين من الخدمات.

- وضح العلاقات بين عوامل النمو السكاني وعوامل الصحة الانجابية من منظور تنموي ( خدمات شاملة/ التعليم الابتدائي/تخفيض وفيات الاطفال والامهات/ زيادة معدل العمر المتوقع للحياة).
- وسع سياق الصحة الانجابية وحدد من قَصرها على صحة المرأة وربطها بتمكين المرأة والمساواة والعدالة بين الجنسين وحرية الاختيار للأفراد والزوجين من الجنسين
- أكد على مشاركة الرجل ومسؤولياته ودوره في قضايا الصحة الانجابية كاملة.
- وضع الشباب على أجندة الحقوق الإنجابية من خلال التوصية بجعل المعلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية وسبل الوقاية من الأمراض المتصلة بها والحمل في متناول الشباب وذلك ضمن الفقرة الثالثة من الفصل السابع.
- حرر موضوع الصحة الإنجابية من قيود ثقافية وفكرية عديدة أهمها قيود الحالة الزوجية والجنس والعمر، مضمناً بعداً حقوقياً لكافة القضايا المتصلة بها.
- سجل اعترافاً صريحاً بالعواقب السلبية للنقص في التعليم والمعرفة، والتبعية الاقتصادية والإستغلال الجنسي والنسبة المرتفعة من الحمل غير المرغوب به وانعكاساته على معدل المراضة والوفيات، وإقراراً بالضغوطات التي قد يواجهها المراهقون لممارسة النشاط الجنسي في عمر مبكر مع ما ينتج من ذلك من ارتفاع خطر التقاط الامراض المقولة جنسياً بما فيها للإيدز، وذلك في الفقرات 41-42-44-45 من الفصل السابع.

ولاحقاً لذلك فقد تتالى تبني الجهات الرسمية المختلة مبدأ الحق في اتخاذ الخيارات الحرة القائمة على المعرفة بالصحة الإنجابية والجنسية والدفع باتجاه ممارسة هذا الحق كحق أساسي من حقوق الإنسان، كما هو الحال في الإتحاد العام لتنظيم الوالدية في خطته الإستراتيجية للعام 2000 على سبيل المثال.

وفيما يختص بالشباب تحديداً فقد شكل إجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة الخاص بالشباب " الإستثمار في المستقبل " الأساس الذي وضع الشباب على قمة الأولويات في سبتمبر 2000 في قمة القرن ومن ثم في 2002 في اجتماع الأمم المتحدة الخاص بالشباب (تحت مسمى عام جديد للشباب) والذي اتفق على وضع 21 هدفاً أهمها الصحة والتعليم بكفاءة عالية ومكافحة مرض الإيدز وحماية الأطفال والشباب من الاستخدام السيئ والتعريض بهم ، والحماية من العنف ( راضي، 2004)

وحسب معهد الين جتوماتشير المتخصص في سياسات الصحة الإنجابية ( 1998) فإن الصحة الإنجابية والجنسية للشباب هي حالة من التكامل بين النواحي الجسدية والاجتماعية والعقلية لمساعدة الشباب على التوجه السليم نحو البلوغ والمراحل النمائية اللاحقة ، ويتحقق ذلك بالتنسيق الصحي والإرشاد والتوعية والمشاركة والتفاعل مع الشباب لمعرفة مشكلاتهم ومساعدتهم في حلها او مساعدتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالمسائل ذات العلاقة وتنمية مهاراتهم اللازمة في ذلك.

كما وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجنسية بشكل خاص على أنها تكامل الجوانب البدنية والانفعالية والفكرية والاجتماعية للحياة الجنسية بشكل يعزز ويدعم الهوية الذاتية والقدرة على التواصل والحب. وتتأثر الاتجاهات الجنسية للفرد بالكثير من العوامل منها العائلة والقانون والأصدقاء والديانة والعادات والمهارات الحياتية والعوامل الاقتصادية والإعلام والمدرسة ( منظمة الصحة العالمية، 1998).

من هنا يتضح أن الحديث هنا ليس عن نواحي بيولوجية وحسب وإنما عن تكامل وتوافق إنساني يهدف إلى إرتقاء معرفي ومفاهيمي وسلوكي ذا توجه تمكيني للشباب ذكورا وإناثا. وفيما يتعلق بالشباب الفلسطينيين الأقل حظا والجانحين على وجه الخصوص فإن هذا الأمر لم يسبق تناوله مطلقا، مما يجعل من محاولة الكشف عن المحتوى وبالتالي الفجوات والإحتياجات المعرفية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية لهذه الشريحة علامة فارقة في مجال العمل معها ومدخلا هاما في التعاطي مع احتياجاتها المعرفية والخدماتية وبالتالي ردف هذه الإحتياجات ببرامجياً وسياساتياً .

## 5. الإطار السياقي " Contextualisation "

إذا ما بدأنا من قمة الهرم فعلى الصعيد السياسي، وفي محاولة للإفادة من تجارب بعض الدول في رسم سياسة وطنية للشباب في فلسطين يصف عمرو وأبو فاشة وجبران (2004) تجارب بعض الدول في رحلتها نحو بناء سياساتها الوطنية للشباب من حيث مدى اهتمامها بقضايا الفئات الشبابية المهمشة وحقوقها واحتياجاتها. ففي تجربة دولة البحرين مثلا تناولت الخطة المجموعات المهمشة أو الفئات الضعيفة كشباب معوقين أو متسربين من المدارس أو شابات. وعلى الصعيد الصحي، فقد أُدرجت أنماط الحياة الصحية كثاني أولوية عمل من بين ثمانية أولويات تم تحديدها للعمل مع الشباب البحراني، ومن ثم فقد صُمّنت قضايا متعددة في ميدان الصحة الإنجابية والجنسية تحت تلك الأولوية بما في ذلك مرض الأيدز والمتلثة الجنسية والتحيز النوع إجتماعي (الجندر) وغيره.

أما في الأردن فقد تم التطرق إلى دور الشابات وحقوقهن بشكل خاص وإلى مشكلات الشباب العاطلين عن العمل، إلا أنه لم يرد أي ذكر للمعاقين واللاجئين من الشباب، وبالرغم من اهتمام الاستراتيجية الوطنية للشباب في الأردن بعبء الشمولية لجميع فئات الشباب الأردني ذكورا وإناثا ضمن الفئة العمرية (12-30) وعلى مختلف مستوياتهم وأوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية والصحية إلا أن الخطة لم تحدد ماهية وشكل مشاركة هؤلاء الشباب في بناء الاستراتيجية ولم تعط أية تفاصيل حول كيفية تعاطي الاستراتيجية مع مشاكل الفئات الشبابية الأخرى (عمرو وأبو فاشة وجبران، 2004).

وعلى نطاق أوسع، فقد عرفت السياسة الوطنية للشباب في جنوب أفريقيا بأنهم الفئة الواقعة أعمار أفرادها ما بين 14-35 سنة. وقد أولت الخطة الوطنية للشباب في جنوب إفريقيا اهتماماً واضحاً بالمجموعات الشبابية المهمشة وأشارت بشكل واضح إلى المعاقين والعاطلين عن العمل وأبناء المناطق النائية والفقراء و تناولت ضرورة مشاركتهم في تطوير وبناء الخطة و اهتمت بتضمين قضاياهم في الخطة و محاورها الأساسية، ودعت بوضوح إلى مشاركة هؤلاء في تطوير هذه الخطط ليتمكنوا من التعبير بأنفسهم عن حقوقهم وقضاياهم واحتياجاتهم، ما ينسجم مع الخط العام للخطط التنموية المختلفة لجنوب أفريقيا حيث تحتل حقوق الإنسان وقضايا المجموعات المهمشة وخاصة المعاقين مركزاً محورياً (عمرو وأبو فاشة وجبران، 2004).

وخلال منتديات البرلمانين العرب، لا سيما المنتدين الذين عقدا في القاهرة والرباط عام 2003، ثم التأكيد على ضرورة دعم حقوق الشباب في الصحة الانجابية في المنطقة العربية ( صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2003). ولكن ما الذي تم تنفيذه فعلاً في هذا الإتجاه؟

واقع الحال هو أن مشاكل الصحة الانجابية شكلت حوالي 12.5% من مجمل عبء الامراض في المنطقة العربية ( منظمة الصحة العالمية، 1998). وقد لا تعكس هذه النسبة حقيقة الواقع في المنطقة، خاصة في ظل غياب المعطيات الدقيقة والاحصائيات الدورية. وبالإضافة، فإنه من المتوقع أن يؤثر عبء الأمراض المتعلقة بالصحة الإنجابية بشكل مباشر وتصادفي على فئة الشباب نظراً لتعاظم حجم هذه الفئة إلى جانب ههالها من قبل القياسين بشكل عام.

إلى ذلك، فقد افادت الدراسة الاقليمية التي اجراها المكتب الاقليمي لصندوق الامم المتحدة للسكان (الفريق التقني لدعم البلدان للبلدان العربية ) حول انجازات الدول العربية بهدف تحقيق اهداف المؤتمر العالمي للسكان والتنمية ان العديد من السياسات والاستراتيجيات قد وضعت ضمن هذا الاطار بالاضافة الى بعض البرامج الخاصة بالصحة الإنجابية لدى الشباب.

بينت الدراسة أن حوالي 12% فقط من الدول الـ 17 المشاركة اتخذت عدة تدابير تستهدف احتياجات الشباب الخاصة في الصحة الإنجابية، واتخذت باقي الدول تدابير قليلة أو محدودة أو لم تتخذ أي تدبير في هذا الاتجاه. غير أن معظم الدول اتخذت قصرت تدابير الصحة الإنجابية الموجهة لفئة الشباب عبر إدراج التنقيف حول الصحة الإنجابية في المناهج المدرسية مما يسمح باستهداف الطلاب في المدارس، ولكنه تدبير يستثني الفئات المهمشة الواقعة خارج نطاق المؤسسة المدرسية كالمترسبين مثلاً ( راضي، 2004) والبالغة نسبتهم الإجمالية 27.3% في فلسطين بواقع 28.1% للذكور و 26.5% للإناث (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001). وفي حين أن معظم الدول اتخذت تدابير من شأنها

تحسين إمكانية الوصول والحصول على خدمات الصحة الإنجابية من قبل الشباب، بقيت مشاركة الشباب أنفسهم في رسم السياسات وتطوير البرامج المتعلقة بالصحة الإنجابية محدودة في كثير من دول المنطقة العربية (راضي، 2004).

أما على الصعيد الوطني، فتعتبر الرفاعي (2004) في مراجعتها لأدبيات الصحة الإنجابية التي نفذتها لصالح المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية-مفتاح بأن غياب الإرادة السياسية هي ثاني أهم عقبتين تحولان دون التعامل مع قضايا الصحة الإنجابية بشمولية وتكامل، في حين أن العقبة الأولى هي الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية المتأتية عن وجود الاحتلال الإسرائيلي بالإضافة إلى المضمون الثقافي والمنظومة القيمية السائدة في فلسطين. وتؤدي هاتان العقبتان المتصلتان على أية حال إلى غياب شبة كامل لقضايا الصحة الإنجابية والجنسية عن ذهنية المشرع وصانع القرار الفلسطيني أصلاً، حيث لا تزال النظرة إليها منتقصة ومبتورة ومحصورة في النساء ضمن دورهن الإيجابي في نطاقه التكاثري، ما يبقي الشباب كذكور والشابات كفتيات عازبات خارج دائرة الاستهداف الخدمي والتنقيفي والتوعوي. ومن ثم فإن هناك تراخ واضح في تبني الكثير من القضايا ذات العلاقة؛ تراخ مصوغاته فكرية ديموغرافية وطنية يرى فيه معظم الساسة إن لم يكن جميعهم أن التحدي العدي هو احد أهم الأوراق الراححة فلسطينيا في معركة التحرر الوطني.

وفي القطاع الحكومي الفلسطيني، فإن نظرة فاحصة لقانون الصحة العامة الذي صودق عليه تظهر أن هنالك دمج لحقوق الشباب مع الحقوق العامة لبقية الفلسطينيين على اعتبار أن من شأن هذا الدمج أن يسهم في تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية، فيما يورد القانون ذاته تحديدا واضحا لحقوق الأطفال والنساء على اعتبارهم فئات سكانية ذات احتياجات خاصة. مما يعني أن الحاجات الخاصة لفئة الشباب عموما والمهمشين خصوصا ليست بالحسبان ولا تحتل الموقع اللازم على الأجنحة الرسمية.

إلا أنه وحسب قانون الصحة العامة ذاته، وتحت المادة رقم (5) من الفصل الثاني، فإن على وزارة الصحة الفلسطينية توفير الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتعلقة بصحة الأم والطفل، ومنها الصيغة المطروحة لقانون الفحص الطبي قبل عقد الزواج والتي تتضمن نصاً؛ "...ويعمل على عدم توثيق العقد إلا بعد الفحص الطبي للتأكد من خلو الزوجين مما يمكن أن يؤثر على حياة وصحة نسلهما"، وقد تمت الموافقة على هذا القانون في شهر تشرين الثاني للعام 2004 بعد أن كان قد صدر وطُبق تعميم لقاضي القضاة منذ العام 2000 أوعز فيه لجميع القضاة في المحاكم الشرعية بالزام الخاطب الرجل قبل عقد زواجه بإجراء فحص مخبري معتمد للتأكد من عدم حمله مرض التلاسيميا، وإن تأكد حمله تُلزم خطيبته بإجراء فحص مماثل كشرط لإتمام العقد أو عدمه. ويجري العمل الآن في ديوان

قاضي القضاة على إضافة فحص الإيدز كفحص إضافي مطلوب إجراؤه قبل عقد الزواج (الأحمدات، 2006).

على قدر ايجابية وفائدة هذا القانون للشباب وصحتهم الإيجابية إلا ان مدى دقة تطبيقه ومعرفة الشباب به وعلى الأخص الفئة الأكثر تهميشاً منهم يبقى بحاجة لمزيد من الفحص والتدقيق، خصوصاً وأن دراسات أولية بسيطة أظهرت جهل فئة الشباب بماهية القانون وكنهه. فلقد وجدت دراسة تم تنفيذها في إحدى الجامعات الفلسطينية باستهداف ما مجموعه 200 من الشباب الجامعيين (ذكورا وإناثاً) بأن 98% من المبحوثين كانوا قد سمعوا عما يسمى بـ "الفحص الطبي قبل الزواج"، ولكن دون وعي بطبيعة الفحص وأهميته أو أية تفاصيل أخرى عنه (مصلح والقريناوي، 2003).

وعلى نطاق واسع، فإن النقص في المعرفة بقضايا الصحة الإيجابية والجنسية للشباب والارتباط الوثيق لمعظم هذه القضايا بالمضمون الثقافي والاجتماعي الفلسطيني كظاهرة زواج الأقارب على سبيل المثال أدى إلى انتشار العديد من الأمراض المرتبطة بالصحة الإيجابية والظواهر المتصلة بها، على رأسها الأمراض الوراثية والمنقولة جنسياً، مثل التشوهات الخلقية، والثلاسيميا، والإعاقات السمعية والنطقية، والإعاقات العقلية، والتهاب الكبد الوبائي نوع (B، C) وذلك بنسب متفاوتة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2003؛ وزارة الصحة الفلسطينية، 2003).

فهناك انتشار لافت للعديد من الأمراض ذات الطابع الوراثي مثل التشوهات الخلقية، والتي تشكل نسبة 14.3% من إجمالي وفيات المواليد. ويشير المسح الذي أجري في قطاع غزة في العام 2000 إلى أن الإعاقات تنتشر بنسبة 1.58% بين السكان الغزيين (5649 نسمة)، وأن 13.4% منهم يعانون من مشاكل في النطق، و 10.7% إعاقة عقلية، و 4.7% إعاقة بصرية (وزارة الصحة الفلسطينية، 2003). كما أن تقرير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني حول الشباب الفلسطيني (2001) يبين أن 4.1% من الشباب الواقعين ضمن الفئة العمرية 10-24 سنة يعانون من الإعاقات السمعية و 7.8% يعانون من الإعاقات السمعنتقية (8.8%)، والبصرية (10%)، والإعاقات العقلية (20.1%) مضافاً إليهم نسبة مقدارها 6.6% ممن يعانون إعاقات عقلية وحركية معاً. أما مرضى الثلاسيميا فيشكلون ما نسبته 3.4% من الفئة ذاتها (جمعية أصدقاء مرضى الثلاسيميا، 2006).

ومن جهة أخرى، تسبب الأمراض الجنسية المعدية ما يعادل 8% من عدد الوفيات سنوياً، ومن أهم الأمراض المسببة لهذه النسبة أمراض التهاب الكبد الوبائي نوع (B) والذي ينتشر بنسبة 3.4%، والتهاب الكبد الوبائي نوع (C) بنسبة 0.3%، وفيروس مرض الإيدز بنسبة 1.25 / 100,000 نسمة. وقد أشار التقرير السنوي لوزارة الصحة أن الأمراض المنقولة جنسياً في تزايد مطرد، ففي العام 2000

كان هناك 4116 حالة جديدة، فيما ارتفعت هذه القيمة لتصل إلى 18865 حالة جديدة في العام 2003، أي بمعدل 504 حالة/100000 نسمة سنوياً ( وزارة الصحة الفلسطينية، 2003).

وعلى صعيد توفير المعلومات الإنجابية والجنسية للشباب بشكل خاص ، فقد بينت دراسات ومسوحات فلسطينية عديدة أن الشباب المستهدفين في برامج التوعية عموماً والصحية منها خصوصاً يرون أن معظم البرامج المطروحة ضعيفة ومنقوصة مؤكدين حاجاتهم إلى المزيد منها بما وعلى رأسها تلك التي تتناول موضوعات؛ الأمراض الجنسية وخاصة مرض الزهري والسيلان والإيدز ومخاطر التزويج المبكر والبين أقارب، هذا بالإضافة إلى الإجهاض ووسائل تنظيم الأسرة ورأي الدين فيها والحمل الخطر والعقم والمثلية الجنسية والاعتداءات الجنسية بما فيها سفاح القرى وماهية الإدمان ومخاطرة (أنجلز، 2001؛ سالم وآخرون، 2002؛ العيفي، 2003؛ وزارة الصحة الفلسطينية، 2004؛ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005).

في دراسة أعدها رياض العيفي لصالح إدارة التنقيف والتعزيز الصحي . وزارة الصحة الفلسطينية (2003) للكشف عن الحاجات المعرفية والإرشادية لدى الشباب ضمن طلب إليهم وضع حاجاتهم في سلم للأوليات، وتم تقسيم المواضيع المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية إلى ثلاث مجموعات رئيسية؛ الأولى مجموعة مواضيع تتعلق بالصحة الإنجابية مباشرة، وفيها احتل موضوع المشورة قبل الزواج المرتبة الأولى متبعا بوسائل تنظيم الأسرة والإسلام ، فموضوع أخطار التزويج المبكر وزواج الأقارب ، فيما تضمنت المجموعة الثانية قضايا الصحة الجنسية، والتي احتل فيها موضوع الحقوق الجنسية لكلا الجنسين المرتبة الأولى من حيث حاجات الشباب إليه معرفياً وإرشادياً، تلاه في ذلك سن المراهقة، ثم العلاقات الجنسية المحرمة، فموضوع الأمراض المنقولة جنسياً . أما المجموعة الثالثة فتمثلت في مجموعة من المهارات الحياتية ذات العلاقة بالصحة الإنجابية والجنسية معاً، ومنها تبين أن موضوع مهارات التعامل مع المشكلات وحل النزاعات الاجتماعية كان الموضوع الأكثر أهمية بالنسبة للشباب تليه مهارات الاتصال والتواصل ، فالعنف الجسدي وأسبابه ، ثم موضوع العلاقات الزوجية، فمفهوم الجندر والتكافؤ بين الجنسين .

وقد كان ملحوظاً في الدراسة أن هناك تتطابق لافق بين آراء وحاجات الشبان والشابات وتحديدهم للأولويات فيها. فمجتمعين اتفق الشباب على أن أكثر المواضيع إلحاحاً لكلا الجنسين هو موضوع مهارات حل المشكلات وكيفية حل الصراعات الأسرية والاجتماعية، ثم مهارات الاتصال والتواصل، فالمشورة قبل الزواج، والحقوق الجنسية للجنسين، والعلاقات السليمة بين الزوجين ثم العنف الجسدي وأسبابه، فأخطار زواج الأقارب والتزويج المبكر .

وحول الطريقة التي يفضل الشباب أن يتلقى بواسطتها المعلومات فقد كان هناك إجماع بينهم على انتقاد أسلوب المحاضرات والندوات التي تتعامل مع الشباب كزبائن وليس كشركاء، فيما دعوا إلى استخدام وسائل تدريب مبتكرة، تعمل على إشراكهم في معالجة قضاياهم. ثم إنهم شددوا على رغبتهم الاستفادة من شبكة المعلومات "الإنترنت" وتطبيق فكرة تثقيف القراء للقراء (منهج شاب لشاب، ومن فتاة لفتاة)، وذلك بإعداد كوادر شبابية من المرشدين المجتمعيين وتطوير هذا الأسلوب بتوظيف خدمات الإنترنت في ذلك أيضا (العفيفي، 2003).

وفي العام التالي استهدف رزق (2004) في إطار أطروحة ماجستير في الصحة العامة ما مجموعه 616 طالب وطالبة ضمن الفئة العمرية 14-19 تم انتقاؤهم عشوائيا من مدارس الضفة الغربية، وذلك في محاولة للكشف عن معرفة وآراء الشباب المبحوثين نحو مفاهيم الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة. أظهرت الدراسة أنه على الرغم من أن مفهوم الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة مألوف لدى الشباب الفلسطينيين ألا أن فهمهم له هو فهم مجتزأ وغير شامل ويحتاج إلى رفد معلوماتي كمي ونوعي، وهذا ينطبق على الجنسين على حد سواء. كما أنها بينت أيضا أن هنالك تعطشا كبيرا بين المبحوثين لرأب الفجوة المعلوماتية حول الكثير من قضايا الصحة الإيجابية. في حين أنها أوضحت فهما جيدا وزخما معرفيا لا بأس به بين الشباب من الجنسين بموضوع تنظيم الأسرة مع تمايز لافت للذكور واتفاق على أن لا تعارض بينه وبين التعاليم الدينية.

وعلى صعيد آخر، سجلت الدراسة ذاتها مستوى وعي متميز بقضايا الجندر (النوع الاجتماعي) وخاصة بين الشابات، كما أنها سجلت أيضا رفضاً كبيراً لفكرة التزويج المبكر والبين أقارب، وقناعة جلية بمضار تلك الزيجات، والتي بناء عليها أكد المبحوثين بشدة على الحاجة إلى توفير خدمات المشورة قبل الزواج.

وعن مصادر المعلومات ذات العلاقة فثمة تركيز كبير بين الشباب على المدرسة ممثلة بشخص المعلم كأهم المصادر وتبعها في الأهمية التلفاز والنشرات الصحية التوعوية ثم الأم فالمنذياح وأقلها شبكة المعلومات والأب (رزق، 2004).

وفي العام 2003 نفذ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني المسح الوطني الأول حول الشباب باستهداف ما مجموعه 4300 شاباً وشابة ضمن الفئة العمرية 10-24 سنة. ومكونة من قسمين اثنين، فقد تناولت استمارة المسح في الجزء الأول تحت القسم الثاني المعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا ضمن البند التاسع والمعرفة بوسائل تنظيم الأسرة والمواقف اتجاهها ضمن البند العاشر، وثمة جزء ثانٍ عني بالتغيرات المرافقة لمرحلة البلوغ لدى الجنسين.

بينت النتائج بأن 83.7% من الشباب المبحوثين قد سبق لهم وأن سمعوا عن مرض الأيدز، مع ملاحظة أن المعرفة تزيد مع التقدم في العمر حيث بلغت نسبة من سمعوا عن المرض 50.7% للفئة

العمرية 10-11 مقابل 96.6% للفئة العمرية 20-24 سنة. وقد بلغ متوسط عدد الأطفال الذين يرغب الشباب بإنجابهم 4 أطفال مع تفضيل ملحوظ لإنجاب الأطفال الذكور وذلك لكلا الجنسين.

أما عن المعرفة بالتغيرات المرافقة لسن البلوغ مع التنوية بأن هذا القسم من الإستمارة طلب فقط إلى أولئك الواقعين ضمن الفئة العمرية 12-19 الإجابة عليه علماً بأن كل جنس سؤل عن التغيرات التي تخصه فقط، فقد بينت النتائج أن ثلاث أرباع الذكور يعرفون ثلاث تغيرات على الأقل تحدث لهم خلال فترة البلوغ مقارنة ب 14.1% ممن لم يعرفوا عن أي تغيير. فيما بلغت النسب الموازية بين الإناث 87.1% و 5.3%، على التوالي.

وبالنظر إلى فئة الشباب المهمشين والأقل حظاً وما إذا كانوا مشمولون في المسح نجد بأن المتسربين والمدخنين (بصفة التدخين حالة من حالات الإدمان) والمتزوجين مبكراً مشمولون في هذا المسح بنسب متفاوتة، بمعنى أن الآراء المستطلعة تمثلهم أيضاً وإن كان جزئياً. فقد أظهرت الدراسة أن معدلات التسرب الإجمالية لفئة الشباب (10-24) سنة في الأراضي الفلسطينية بلغت للذكور 20.9% من إجمالي الذكور مقارنة ب 17% بين الإناث. أم عن أسباب التسرب لكل من الجنسين فقد تباينت بشكل كبير، ففي حين كان ضعف التحصيل العلمي هو السبب الرئيس للتسرب بين الذكور بما نسبته 32.9% احتل التزويج المبكر نفس الرتبة بنسبة مقدارها 46.5% بين الإناث. وعند الحديث عن التدخين يتضح أن 14.5% من الشباب الفلسطيني يمارس عادة التدخين ( 26.1% ذكور مقابل 2.3% إناث) مع ارتفاع كبير للنسب مع تقدم العمر داخل فئة الشباب دون فروقات جوهرية بين جناحي الوطن (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004).

وقد لاحظ المراقب الإجتماعي في عدده الثالث بأن أكثر من نصف عقود الزواج في فلسطين تتم بين أفراد تقل أعمارهم عن 25 عاماً، وأن ما يزيد عن أربعة أخماس المطلقين (84%) هم من المتزوجين لسنة أو أقل، وأن أكثر من ربع المطلقات (27%) تقل أعمارهن عن 20 عاماً مقارنة ب 4.9% من نظرائهن الذكور (معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية-ماس، 2000)، أي أنهن من فئة الشباب بما في ذلك من دلالات على حالة المساس والانكشاف المتوقعة لتلك النسوة الشابات "إن جاز التعبير" في مرحلة ما بعد الطلاق بكل ما تحمله من فرص تعرضهن للعنف والاستغلال بكافة أشكاله ومستوياته إذا لم يكن الجنوح بالكامل. وهذا أمر يعززه انخفاض عمر الحياة الزوجية وغياب الأطفال في معظم هذه الزيجات مما يعطي هامشاً أوسع لقرار الإنفصال ومن ثم الخيارات (أو اللإخيارات) الحياتية اللاحقة.

وحول التحديات والأولويات من منظور الشباب الفلسطيني فقد نفذت جامعة بيرزيت . برنامج دراسات التنمية بالتشارك مع اليونيسيف دراسة استكشافية للعوامل التي تشكل خطرا على الصحة الجسدية والعقلية ورفاه وأولويات الشباب الفلسطيني. استهدفت الدراسة الشباب ضمن الفئة العمرية 10-22 عاما في إطار حلقات نقاش بؤرية مركزة تم عقدها في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. وبالمعوم ، فقد كان ملموسا أن هناك شعورا بالتهميش والخوف والإحباط لدى هؤلاء الشباب. وقد صرحوا بأن لنقص الرعاية الصحية ذات الجودة العالية ووجود نظام صحي لا يأخذ بالحسبان صحة الشباب تأثر سلبي عليهم. كما أن الشباب بشكل خاص يعتبرن موضوعات التزويج المبكر والعنف والافتقار إلى المساواة بينهن وبين نظرائهن الذكور في جوانب الحياة المختلفة في ظل مجتمع تسوده الذهنية الذكورية وتهيمن عليه ، اعتبرن ذلك عوامل خطر كبيرة وتحديات حقيقية لا بد من التعاطي معها وتذليلها. أما الحاجات المعرفية الصحية التي تطرقوا إليها وطالبوا بتبليتها فشملت موضوعات؛ التنقيف الجنسي والتخطيط الأسري والتغذية المتوازنة والإسعاف الأولي ومرض الأيدز تحديدا. كما أنهم شددوا أيضا على صحة البيئة مع ايلانهم اهتماما خاصا لمسألة المياه النقية وأهمية الحفاظ على الموارد البيئية من أجل رفاههم.

وفي دراسة تحليلية لواقع الصحة الإنجابية للشباب في فلسطين نفذها الباحثان محمد العفيفي ورياض العفيفي لصالح الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2005 بالإستناد إلى قواعد البيانات والمسوحات التي أجراها الجهاز في السنوات السابقة بما في ذلك بيانات التعداد العام للسكان والمنشآت للعام 1997 والمسوح الصحية للعام 1996 والعام 2000 اتسم التحليل بتركيز خاص على الشباب بصفتهم نساء متزوجات، وإن كان قد لفت إلى قضايا تدق ناقوس الخطر للجنسين كوجود ارتفاع غير متوقع في نسبة الأمية بين الذكور في سن المراهقة (15-19) وكذلك في سن الشباب (20-24) في العام 2000 مقارنة بنسبة الأمية في العام 1997 ، وكذلك مقارنة بنسبة الأمية للاناث في العام 2000 ، حيث بلغت نسبة الأمية للذكور المراهقين في العام 2000 (2.1%) مقارنة مع 1.1% في العام 1997 ، ومقارنة مع نسبة الأمية للاناث في سن المراهقة 2000 (1.1%) . أما عن الشبان فقد بلغت النسبة في العام 2000 (2.3%) مقارنة مع (1.2%) في العام 1997 ، ومقارنة مع نسبة الأمية للشابات في العام 2000 (1.4%) . ومما لا شك فيه أن حالة الأمية لهؤلاء جميعا تدخلهم في دائرة الفئات المهمشة والأقل حظا بما تحمله من درجة إنكشاف ومساس عالية وتدعو إلى تدخلات وبرامج استثنائية لإنقاذ هؤلاء.

بينت الدراسة أن الشباب صفتهم "نساء متزوجات" يملكن معرفة جيدة بمكونات الصحة الانجابية دون أن يعين بان هذه المكونات هي ما يطلق عليه مفهوم " الصحة الإنجابية ". وقد اتضح ذلك من استجابتهن لتسعة من المواضيع الاساسيه المكونة للمفهوم حيث أعربت 3 من كل 4 شابات متزوجات عن معرفتهن بهذه المكونات، وذلك بالطبع بناء على وجهة نظرهن هن وليس بالإستناد إلى أدوات

علمية منهجية لقياس وجود أو غياب تلك المعرفة. أما عن مصدرها فكانت وسائل الاعلام فالزوج والاصدقاء فالاقارب هي المصادر الرئيسية للحصول على تلك المعرفة بالنسبة لهن (العيفي والعيفي، 2005).

كما أفادت الدراسة بأن نسبة متوسطها يقارب على ال 70% من الشابات المتزوجات بأنهن قد تلقين معلومات وارشادات اثناء حملهن عن مواضيع محددة تتعلق بالحمل، مع ملاحظة وجود بون شاسع في التفاصيل حسب الموضوع المطروق. فمثلا حظيت التغذية الجيدة والرضاعة الطبيعية باهتمام تثقيفي وتوعوي كبير اثناء تلقي خدمات رعاية الحمل فيما احتلت موضوعات مثل صعوبات الحمل واعراض الحمل الخطر مكانة دنيا في ذلك. وقد كان لافتا أن تعرف 51.9% منهن فقط بمفهوم الرضاعة الطبيعية المطلقة.

وحسب ذات الدراسة، فإن هناك اتجاها عاما متناقصا لظاهرة التزويج المبكر للذكور والإناث في سن المراهقة (15-19 سنة) تحديدا، ولكن وعلى غير المتوقع أظهرت البيانات أن المناطق الحضرية كانت الأعلى نسبة في الإقبال على التزويج المبكر مقارنة بالمناطق الريفية والمخيمات. أما عن زواج الأقارب فإن ما يعادل 28.8% من إجمالي الشابات كن متزوجات من أقارب لهن.

وفي دراسة العيفي والعيفي (2005) دائما، فقد كان جليا بأن غالبية الشابات المتزوجات تفضلن فترة تباعد بين الولادات تقل عن سنتين، هذا على الرغم من معرفتهن الجيدة جدا بمختلف وسائل تنظيم الأسرة وتلقي الأغلبية العظمى منهن لرعاية جيدة اثناء فترة الحمل. هذا وقد تبين ان هناك توجهها لدى الشابات المتزوجات لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة في وقت مبكر من حياتهن الانجابية ، فقد بلغ متوسط عدد الاطفال لدى الزوجات المراهقات (15-19) عند استعمال وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة 1.1 طفل مقارنة مع 1.6 طفل للزوجات الشابات (20-24) و 3.3 طفل للزوجات في سن 25-49 سنة ، وعند اختبار الفروق بين هذه المتوسطات تبين انها فروق ذات دلالة احصائية بمعنى أنها فروق حقيقية .

وعن الرعاية اثناء الولادة، فقد تعرضت نسبة مقدرها 13.2% من الشابات المتزوجات لمضاعفات اثناء الولادة الأخيرة فيما ولدت بعملية قيصرية نسبة مقدارها 6.5% منهن، مع وجود فرق جهوي ذو دلالة احصائية هنا بين الضفة الغربية وقطاع غزة لصالح الثانية. ومن الملاحظ أن التقرير لم يتطرق البتة لخدمات مرحلة ما بعد الولادة (النفاس) والتي هي مرحلة غاية في الحرج والإنكشاف للوالدة والوليد على حد سواء.

وأخيرا حول ما خرجت به الدراسة عن معرفة وتوجهات المبحوثات عن مرض الأيدز، فقد صرحت معظم الشابات المتزوجات بمعرفتهن عن مرض الأيدز ( 90 % ) ، ولكن قليلا من الفحص لماهية هذه المعرفة اظهر فجوة معرفية كبيرة عند الخوض في التفاصيل، ومن ثم فإنه قد كشف عن كم لافتم من المعتقدات الخاطئة وتحيز سلبي كبير ضد حاملي فيروس المرض والأفراد المصابين بالمرض فعلا . وفيما تم إدراج 19 عبارة تخص المرض وطرق الوقاية منه، تراوحت المعرفة الصحيحة بالمعلومات التي فحصتها العبارات من 96.5 % إلى 54.8 % . وبالمجمل فقد عكست العبارات مستوى عال من الخوف والقلق تجاه المرض وبالتالي وصم الناس المصابين فيه. وعن ثقة المجيبات بعدم الإصابة بالمرض فقد أعربت 92.6 % من الشابات المتزوجات الغريات بقناعتهن بعدم وجود خطر الإصابة بمرض الأيدز على المستوى الشخصي مقارنة ب 79.6 % من نظيرتهن الضفيات، ولكن عند تحليل المفاهيم والمعتقدات الخاطئة تبين أن الضفيات ربما كن أكثر إدراكا لخطورة هذا المرض وبالتالي كن اقل ثقة واطمئنان تجاهه (العفيفي والعفيفي، 2005) .

ولن كان جل هذه النتائج مقتصر على الشابات المتزوجات مبرزا الفجوات وبالتالي الحاجات المعرفية لديهن فثمة ما ينطبق منه على الشابات العازبات ويحمل دلالات على وضعهن المعرفي أيضا. إلا انه ومن جهة أخرى لابد من الأخذ بالإعتبار أن الإطار العام والصفة التي استهدفت بها تلك الشابات في المسوحات التي استعملت بياناتها في هذه الدراسة والتحليل كانت حالتهم الزوجية التي ينتمين فيها لفئة النساء المتزوجات بالدرجة الأولى وليس فئة الشباب، مما يعني أن لغة الخطاب كانت تتعاطى معهن في سياق دورهن الإنجابي بمعناه التقليدي المحدود بإنتاج الجنس البشري وصيانته أي "الأنثى المنجبة"، وهن والحالة تلك بمعظمهن ضحايا زيجات مبكرة تم فيها أول ما تم انتزاع حقوقهن الإنسانية الحرة في اتخاذ قرارهن في التعليم واختيار الشريك ( دونما ضغط مباشر أو غير مباشر) والعمل، على أقل تقدير. وبالمحصلة فهن في حالة تهمة وإضعاف مركبة ومضاعفة، ولذا فحاجتهن للدعم والتمكين المعرفي والإرشادي أكبر واشد إلحاحا من غيرهن. الأمر الذي وعته العديد من المنظمات الأهلية والهيئات الحكومية والدولية والأممية، ولن كانت الحاجة مازالت قائمة وتحقيق القدرة الإنسانية العربية من خلال تمكين المرأة والقضاء على النقص في المعرفة لإزالة معيقات للتنمية كما أكدته تقارير التنمية الإنسانية الأممية ما زال بعيد المنال.

تقع هذه الدراسة في جزأين متكاملين ؛ الأول يتناول الاحتياجات التدريبية للكوادر المهنية والحرفية العاملة في مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل بمفهوم الصحة الإنجابية والجنسية والمهارت الحياتية الواجب توظيفها في هذا السياق، حيث تم إتباع منهاجاً كيفياً باستخدام مجموعات النقاش البؤرية في جمع البيانات من الكوادر المهنية والذين يبلغ إجمالي عددها 144 ما بين مرشد اجتماعي وأستاذ ومدير موزعين ما بين مراكز قطاع غزة (84) والضفة الغربية (60) ، حيث تم استهداف هؤلاء بالإضافة إلى الكوادر الحرفية للمشاركة في الدراسة وذلك فيما مجمله 12 مجموعة بؤرية ضمت ما مجمله 108 مشارك ومشاركة وذلك وفق المتغيرات الديموغرافية التعريفية التالية ؛

- الجنس (ذكر: أنثى)
- المنطقة (غزة: الضفة)
- التوزيع الجغرافي (شمال: وسط: جنوب)
- العمل (مرشد اجتماعي: أستاذ: مدير)
- شدة الخطورة (جنوح: احتمالية الجنوح)
- التخصص (علوم اجتماعية: غير ذلك)

أما الجزء الثاني فيتناول ماهية المعلومات المتوفرة لدى الشباب المستهدفين (شبان وشابات) وذلك باستخدام مجموعات النقاش البؤرية أيضاً وذلك في سبع مناطق هي: نابلس، طولكرم، قلقيلية، رام الله، الخليل، بيت جالا، شمال غزة، وسط وجنوب غزة. ونظراً لحساسية الموضوعات الواقعة في إطار مفهوم الصحة الإنجابية والجنسية والتي تم تناولها فقد كان متغير الجنس المتغير التعريفي في تنفيذ المجموعات البؤرية بالإضافة إلى متغير المنطقة وعلية فقد تم تنفيذ ما مجمله 14 مجموعة بؤرية بواقع مجموعتين في كل منطقة شارك في كل منها ما معدلة 12 شاب/شابة.

## 7 تحليل مجموعات النقاش البؤرية

### 1.7 مجموعات النقاش البؤرية التي عقدت مع الكادر المهني والحرفي

لقد تم جمع المعلومات من خلال النقاش مع 12 مجموعة بؤرية ضمت ما مجمله 108 من الكوادر المهنية والحرفية العاملة في مراكز الرعاية الإجتماعية .وزارة الشؤون الاجتماعية في كافة المحافظات الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة. أما المحاور التي تم تناولها في مجموعات النقاش فيما يتعلق بموضوعات الصحة الإنجابية والجنسية وفق النطاق المفاهيمي لكل منها فقد تمثلت في التالي؛

- المواضيع والفرص التدريبية السابقة والمطلوبة للكادر المهني والحرفي
- مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية التي يعجز الكادر عن التعاطي مع الشباب بشأنها.
- آلية ووسائل نقل المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية.
- المعرفة بالصحة الإنجابية والجنسية وفق عناصرها (موضوعاتها المفاهيمية)
- مواضيع الصحة الجنسية والإنجابية المتضمنة في البرنامج الأكاديمي في المراكز
- الخدمات الصحية المقدمة للشباب في المراكز ومدى تلبيتها لاحتياجاتهم
- مفهوم المهارات الحياتية وأولوياته
- مفهوم علاقات النوع الاجتماعي (الجندر)
- الإدمان وأسبابه وأنواعه
- العنف وأشكاله ومصادره

#### 1.1.7 المواضيع والفرص التدريبية السابقة والمطلوبة للكادر المهني والحرفي.

أشار معظم المشاركين إلى أن مزيجا من الخلفية العلمية والخبرة العملية لديهم يشكل أساس تعاملهم مع الشباب ، إلا أنهم عادوا وأردفوا بأن معلوماتهم مستقاة على الأغلب من تجاربهم الحياتية الذاتية غير المستندة إلى المعلومات العلمية الكافية والممنهجة. هذا على ارغم من أن معظم أفراد الكادر المهني كانوا قد تلقوا دورات تدريبية مختلفة في مجالات عدة معظمها يتعلق بشكل مباشر في مجال عملهم، كدورة في إعداد المدربين، وثانية في الإرشاد الأسري، وأخرى في الصحة النفسية والدعم النفسي ، والعنف ضد المرأة و الإسعافات الأولية، وقد أشادوا بالدورات ذات الصلة بعملهم الاجتماعي (مجال تربوي، تخطيط المنهاج، تطوير العلاقات المحلية)، وأشاروا إلى وجود دليل تدريبي بهذا الخصوص تحديدا، إلا أن أكثرهم أفاد بعدم الاسترشاد بالدليل في معظم الأحيان فيما تسترشد الأقلية فيه أحيانا أخرى.

أما عن الصحة الإيجابية والجنسية وقضاياها بالتحديد فلا معرفة ولا معلومات قائمة على أساس علمي. فلم يحصل أن التحق أي من المشاركين بدورات أو برامج تدريبية في هذا المجال، لذا فإن كل ما لديهم من معلومات بهذا الشأن هو عبارة عن اجتهادات فردية مستندة إلى الخبرة الحياتية الشخصية. من هنا فقد أقر المشاركون بأن هناك إشكالية في كيفية استجابتهم لما يطرأ من القضايا ذات الصلة أثناء تعاطيهم اليومي مع الشباب ، سيما وأنهم يشعرون بالعجز عن إعطاء الطول أو الإجابات الصحيحة في مثل هذه الحالات، فثمة هناك من قال بأن " فاقد الشيء لا يعطيه".

في حين عبر آخر عن وجهة نظره بقوله؛ " ليس فقط الشباب هم المهمشين هنا فالموظفين أيضا مهمشين ومهملين ولا يأخذون حقوقهم". وبالمجمل فلم يتحرج المشاركون من التصريح بعدم قدرتهم على إفادة الشباب في هذه الأمور، خصوصا وأنه لا وجود لدليل تدريبي خاص بقضايا الصحة الإيجابية ليسترشدوا به في إيصال المعلومة الصحيحة الى الطلاب وأسرههم ولا حتى أي من نشرات التوعية كأضعف الإيمان. وأخيرا فقد أكدوا على أنهم طالبوا بدورات تدريبية حول ذلك دون جدوى.

أما ما كان لافتا وجديرا بالإهتمام فقد كان صوت الحرفيين الذين عرفوا أنفسهم بالأكثر تهميشا على الرغم من محورية دورهم داخل المراكز جميعا وبالذات في دور الرعاية. فقد شكت الحرفيات في دار رعاية الفتيات في بيت جالا على سبيل المثال من أنهن مستثنيات بشكل كامل من أي فرصة تدريبية تساعدن على فهم الفتيات والتعاطي معهن بشكل أفضل ، هذا في الوقت الذي تقضين فيه الفتيات جُلَّ نهارهن في الأقسام الحرفية ومع الكوادر الحرفية دون سواها. وقد شرحت إحدى العاملات في تصفيف الشعر وجهة نظرها كالتالي؛

" لا أعلم كيف يغيب عن بال المسؤولين أن صالون الحلاقة هو المكان الذي يبوح الناس فيه بالكثير من أسراهم ويتداولون مشكلاتهم، ربما لشعورهم بالاسترخاء والراحة. وهذا في الوضع العادي فكيف بالوضع الحرج...؟! ألا يتطلب ذلك تدريب العاملين في المجال لأن يصبحوا أقدر على مساعدة الفتيات والفتيان...؟! "

### 2.1.7 مواضيع الصحة الإيجابية والجنسية التي يعجز الكادر عن التعاطي مع الشباب بشأنها.

أجمع المجيبون بأنه في حين أن كثير من قضايا الصحة الإيجابية والجنسية هي الشغل الشاغل لجيل الشباب بأكمله يمكن القول بأن الفجوات المعرفية الأكثر اتساعا لديهم -أي العاملين- هي تلك المتصلة بموضوعاتها، وتحديدًا لفت العديدين إلى أن التغيرات الجنسية التي تحدث عند المراهقين هي من أكثر المواضيع الحساسة والتي لا دراية لهم بها . وهذا ينطبق أيضا على مواضيع الجنس والعلاقات العاطفية مع الجنس الآخر، والعادة السرية، ولبلة الزفاف وغشاء البكارة ومفهوم الشرف، والحب والشذوذ الجنسي والعنف الجنسي.

وقد ارجع المشاركون فقدان قدرتهم على الحديث مع الشباب بمثل هذه المواضيع لعدة أسباب، فعلاوة على افتقار الكادر المهني إلى المعلومات الواضحة والعلمية التي تمكنهم من التعاطي بمثل هذه المواضيع تحول العوامل الثقافية والتربوية المحيطة دون تواصل المرشدين والشباب بهذا الشأن، والأمر سياتي في ذلك لكل من الشباب والمرشدين.

وقد كان من الواضح أن كثيرا من المهنيين متحفظين هم أنفسهم تجاه موضوعات الصحة الجنسية على وجه الخصوص، الأمر الذي عزوه إلى البعد العقائدي الذي يرون أنه يقوِّب الحياة الجنسية ومعتقداتها في نطاق المحظورات والمحرّمات ملبسا إياها لباس الدنس وعدم الإحتشام خارج نطاق الزوجية المشرع عقائديا وبالتالي ثقافيا واجتماعيا، وإن كان الأمر صحيح على مستوى الفعل فلا شك أن البون شاسع على مستوى المعرفة والوعي.

ويستشهد بعض المهنيين في الضفة على ذلك بقوله التالي؛ " إذا كانت الوزارة تعمل بتحفّظ على الموضوع بدليل أنها لم تدعُ زميلاتنا الاناث (المرشدات والمعلمات) للمشاركة معنا بهذا اللقاء فكيف لها أن تسهل تناول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية مع الطلاب أو أهليهم؟".

وعلى صعيد آخر، يؤمن بعض المهنيين أن طبيعة عملهم لا تعطيههم الحق ولا التأهيل للخوض في مثل هذه القضايا، لأنه من السهل حينئذ اعتبار ذلك إساءة للأدب والاخلاق، لذا فإنه من السهولة بمكان أن يتسبب ذلك في حدوث مشاكل مع الأهل، الذين هم أيضا بحاجة إلى المعلومات والتوعية كما أولادهم، ومع ذلك، فقد أكد البعض أن لديهم القدرة على طرح الأمور كما هي وأن لا مشكلة في ذلك.

أفاد بعض المهنيين وخاصة العاملين في مراكز الإصلاح باعتقادهم وجود مشكلة عند شباب المراكز مردها "ضعف قدرتهم على الاستيعاب وتدني مستواهم التعليمي وقدراتهم العقلية غير المؤهلة للخوض في مثل هذه الموضوع علميا بأن مشاكلهم تتعلق بقضايا الجنس أكثر من غيرهم".

وعند الحديث عن قطاع غزة بشكل خاص فقد بدا أن لا حرج في تناول كافة الموضوعات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية والإرشاد وحل مشاكل الطلبة، خصوصا وأن إستراتيجية العمل ضمن فريق كما هي متبعة تتيح علاقة تكاملية بين جميع التخصصات ومشاركة الأهل أحيانا لمواجهة المشكلات ذات الصلة. إلا أن الكثير من المهنيين/ات قد عبروا عن شعورهم بالإحباط لعجزهم عن حل المشاكل الخاصة بالعنف الجنسي الذي يتعرض له الشباب وبالذات الأسري منه، أضف على ذلك التحرش الجنسي بين الشباب أنفسهم داخل المراكز معتبرين ذلك مشكلة بحاجة إلى حل.

### 3.1.7 آلية ووسائل نقل المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية.

أما عن آلية ووسائل نقل المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية كما يراها المشاركون فقد شددت الغالبية العظمى منهم على ضرورة وضع الموضوعات المطروحة في سياق التربية الدينية لما لذلك من أثر إيجابي على توسيع هامش قبول الشباب وأهليهم لها، حيث اقترحوا بأن يقوم الواعظ الاسلامي المؤهل بطرح المواضيع على الشباب ومساعدتهم على التعاطي العلمي والديني مع المشكلات المتصلة.

كما أن الغالبية العظمى اعتبرت عمر المرشد عنصرا مهما في نقل المعلومات ، فهم يرون أن تقارب السن بين الطلاب والمرشد/ه يسهل رؤيته للأمور من منظارهم وبالعكس، كما أنهم يعتبرونه أقدر على فهم مشاعر الشباب وحساسية المرحلة التي يعيشوها، ولذا فهو أكثر قبولا بينهم. هذا وقد سجلت جلسات النقاش تفاوتاً جلياً حول أفضلية جنس المرشد، حيث منهم من أفاد بأن الشباب يتقبلون الإرشاد من المرشدين الذكور أكثر من الإناث فيما أفاد آخرون بالعكس.

وعلى صعيد آخر، فقد اتفق معظم المشاركون على أن هنالك حاجة إلى ورش عمل تتبع منهاج وبرنامج خاص ومكيف لتدريب جميع العاملين بمن فيهم الحرفيين ( النجارة، الحدادة، الخياطة وقص الشعر الخ...) بصفتهم أفراداً مؤثرين في حياة الشباب طلاباً وأحداث بحكم اتساع الرقعة الزمنية اليومية التي يتواصلون مع الشباب فيها بشكل يومي في ظل ظروف مواتية للبوح والشفافية خلافاً لما هو الحال عليه مع الكوادر المهنية الأخرى حيث تأخذ العلاقة شكلاً ذا طابعاً رسمياً وسلطوياً، إلى حد ما. من جهة أخرى فقد نادى أصوات كثيرة بضرورة العمل بالتوازي مع كل من الأهل والطلاب بالتوجيه والإرشاد الذي لا بد وأن يقدم من قبل المختصين الذين يملكون الخبرة والمهارة والقدرة على إيصال المعلومات. كما أفاد العاملون في مراكز الأحداث بالذات بضرورة أن تتم عملية الإرشاد لأسر الحدث والحدث كل على حدة ومن ثم لكليهما معاً، خصوصاً وأن جل هؤلاء ينتمون لأسر مفككة ومهمشة تعاني من ظروف معيشية صعبة جداً، أي أنها بأمر الحاجة إلى المساعدة والإرشاد كما هو الشاب/ الشابة الذي ينتمي إليها.

إقترح معظم المشاركون أن الشكل الأفضل لتناول قضايا الصحة الإنجابية والجنسية هو الدورات والمحاضرات واللقاءات وورش العمل المنتظمة وليس الموسمية، هذا بالإضافة إلى جلسات إرشاد فردية وجماعية، وذلك من خلال كوادر ملمة ومهنية متخصصة قادرة على إيصال المعلومة بأسلوب بسيط ومتدرج. إلى ذلك، طالب معظم المشاركون بعقد دورات تأهيل تستهدفهم هم أولاً حول قضايا الصحة الإنجابية والجنسية لتمكينهم من التدخل السريع والصحيح في المشكلات البسيطة ذات العلاقة والشائعة في الوقت ذاته، كما هو الحال مثلاً بالنسبة لما يتداوله الطلاب على الهواتف المحمولة بناءً على ما يرددهم من وسائل الاعلام المختلفة وعلى رأسها التلفاز .

ومن ثم فهم يرون أن لذلك أن يرفد الكوادر العاملة في المراكز معرفيا وهذا أمر هام بحد ذاته ، كما أن له أن يحقق انسجاما بين ما قد يتلقاه الشباب من معلومات في الدورات التي قد تعقد لاحقا وبين ما تملكه الكوادر التي يتعاون معها ويتوجهون اليها بالنصح والإرشاد داخل المراكز .  
وأخيرا، فقد عبر عدد من المشاركين عن صعوبة استثنائية في عملهم لان الطلاب وخاصة الاحداث منهم غير أسوياء تربويا واجتماعيا ولا ينظرون إلى مواضيع التدريب والتعلم بجدية ولذا فهم لا يولونها أي اهتمام يذكر، لذا لا بد من أخذ هذا بعين الاعتبار عند التخطيط لأي برنامج توعوي يستهدفهم.

#### 4.1.7 المعرفة بالصحة الانجابية والجنسية وفق عناصرها (موضوعاتها المفاهيمية)

##### 1.4.1.7 صحة المراهقة

تباينت معلومات المشاركين من موضوع لآخر ضمن صحة المراهقة ، وبقي مجملها قائم على اجتهاداتهم الخاصة وخبراتهم الحياتية الذاتية، فمنهم من وصفها بأنها تغيرات جسدية ونفسية واجتماعية ومنهم من اختلف بالنسبة للعمر فالبعض قال بأنها تلك التي تعنى بالفئة العمرية 15-19 سنة مقارنة ب14-18 سنة لآخرين و12-20 سنة لغيرهم .

وفي وصفهم للمرحلة اتفق المشاركون على أنها مرحلة نضج لا بد وأن يمر بها كل إنسان حيث يجب أن يتلقى توجيهاً صحيحاً كي لا يصبح مفهومه لهذه المرحلة خاطئاً وينزلق في المحذور ويقع تحت تأثير رفاق السوء خصوصا وأن المرحلة من أخطر مراحل الحياة وتعتمد على تنشئة الاسرة للشباب دينيا وعلميا وأخلاقيا. ويصرح أحد المشاركين بالقول " لو كل بيت يعرف يتعامل مع هذه الفترة لم يكن هناك مشاكل، فقد قال المثل اذا كبر ابنك خاويه " .

كما ركز بعضهم على التغيرات الفسيولوجية المرافقة لها مثل تغير طبيعة الصوت وظهور الشعر في أماكن مختلفة من الجسم .

أجاب البعض بأن التعبير "سن المراهقة" يشير إلى حالة من التخبط بسبب التباين في النمو بين القدرات الجسمية والعقلية والتغير المتسارع في السلوك والتفكير، فيما أجاب البعض الآخر بأن التغيرات الجسدية والنفسية التي تحدث في هذا السن هي سبب المشاكل التي يعاني منها المراهقين في ظل الظروف المواتية للانحراف الجنسي كما تشجع عليه وسائل الاعلام المرئية بوجود الستلايت في البيوت بما يبثه من افلام اباحية والفيديو كليب والانترنت الذي يعتقد معظم المشاركون بأنه يفاقم المشكلة اكبر لما يحدثه من تفجير الرغبات المكبوتة لدى الشباب. كما أن ضيق مكان السكن وحالة الإكتناظ التي تعيشها معظم الأسر في البيوت أسهمت في حدوث العديد من حالات سفاح القربى التي تصل إلى المؤسسات،

وحول ذلك فقد كان أحد المشاركين شديد الوضوح حيث قال؛ " ... ويكون البطل الاول في اجتياز حاجز القيم الاب لسؤ الحظ ويتبعه بقية الابناء والمحيطين الاكارم...".

أكد الكثير من المشاركين في معظم جلسات النقاش على أهمية الموضوع بالنسبة لهم وحاجتهم إلى تطوير فهم شامل له، وفي الوقت ذاته أقر معظمهم بضعف معلوماتهم التي لا تمكنهم من الإجابة على العديد من الأسئلة التي تطرح من قبل الطلبة مثلاً: ما هو الحب؟ أو ليلية الدخلة، أو العادة السرية، أو الشذوذ الجنسي. ولذا فقد شددوا على ضرورة التوعية المجتمعية ليس للشباب وحسب وإنما أيضاً للأهل والمرشدين والمعلمين.

#### 2.4.1.7 صحة المرأة الأمومية (في الحمل والولادة والنفاس)

بالمقارنة مع بقية المواضيع التي بُحُثت، أجاب المشاركون عن هذا السؤال بشمولية من حيث الحمل والانجاب وأهمية الفحص الدوري للجنين والاهتمام بالتغذية، والتغيرات التي تطرأ على حالة المرأة النفسية أثناء الحمل وضرورة مساندة الزوج والأهل لها في ذلك، ألا أنه لدى معظم لم يكن هناك الكثير حول صحة المرأة النفاس.

وبالمجمل ، فقد كان هناك تفاوت جلي في المعلومات بين الإناث والذكور، حيث كانت المهنيات على دراية أكثر من المهنيين بتفاصيل الأمور، ومع ذلك فقد ظل لافتاً أن جزءاً مهماً من المهنيين أيضاً أظهر بعض المعرفة. وقد أكد الجميع هنا على أهمية إتباع النصائح والإرشادات التي تعطى في المراكز الصحية ومراعاة الصحة النفسية للحامل، والولادة الآمنة، ومراجعة الأطباء أثناء الحمل وبعد الولادة، وفحص الدم للمرأة. ثم إن البعض أكد على أهمية الرضاعة الطبيعية، وعمل التمارين الرياضية ، وتوجيه الأم للمحافظة على صحتها بعد الوضع، مع إشارتهم لإهمال تلك المرحلة بالذات، أي مرحلة ما بعد الولادة أو النفاس على صعيد المجتمع بشكل عام والمرأة نفسها بشكل خاص ، فبالنسبة للجميع متى تم الوضع انتهى الأمر!.

وبالمقارنة، فقد أكد العديد من المشاركين بأنهم يجهلون حقائق أساسية وكثيرة تتعلق بالممارسات المجتمعية السائدة والمؤثرة في صحة المرأة مثل التزويج المبكر وزواج الأقارب وتأثير ذلك على صحة المرأة والطفل. وأوصوا بأنه لا بد من توعية الأسر بمخاطر تلك الزيجات. وثمة من ربط ذلك بعلاقات النوع الاجتماعي وما يتضمنه من التحيز ضد الإناث لصالح الذكر بدءاً من الصغر وفي كافة مراحل العمر وعلى كافة المستويات، الأمر الذي ينسحب على فترة الحمل والانجاب مؤدياً إلى مشاكل صحية عالية التكلفة مثل ضعف الدم المزمن وأمراض وراثية عديدة.

### 3.4.1.7 تنظيم الأسرة

أهم ما اتسمت به الإجابات هنا حرص واضح بين جل المشاركين بالتفريق ما بين تحديد النسل والمباعدة بين الأحمال. فبالنسبة للمعظم، الحديث يجب أن يقتصر على مفهوم المباعدة وليس التحديد وذلك وفقا للتعاليم الدينية. وقد كان هناك شبه إجماع بأن ممارسة التنظيم من عدمها يجب أن يتم تحديدها باتفاق مسبق بين الزوجين. ومع ذلك ذكرت ثلة قليلة منهم بان لا بأس بتحديد عدد الاطفال أيضا، ذلك لأن لعدد الأطفال بحد ذاته تبعات إقتصادية ونفسية وصحية للوالدين عموما وللأم خصوصا . فهو يؤثر على شكل العلاقة بين أفراد الأسرة وتعاملهم مع بعضهم البعض وحصاة كل منهم من الاستهلاك داخل الوحدة البيئية. ثم أن بعضهم شدد على أن الاكتظاظ يرفع من مستوى التوتر داخل البيت ويزيد من المشاكل بين أفرادها لتنافسهم الضمني والمعلن على الخصوصية والمساحة الفيزيائية والمعنوية داخله.

### 4.4.1.7 المشورة في الصحة الإنجابية والجنسية

اتفق الجميع تقريبا على أن المشورة مفهوم مرتبط بوجود مشكلة صحية أو حالة مرضية، وهي ليست واقعة ضمن الجانب الوقائي من الصحة كما هو الحال في التطعيم مثلا، كما أن عامل التكلفة يظل عاملا مؤثرا هنا، لذا يفضل الناس التوجه إلى عيادات وكالة الغوث مثلا حيث الخدمات المجانية والحوافز المادية الأخرى، وثمة من لفت إلى أن النساء غالبا ما تفضل تلقي المشورة من الطبيبة وليس الطبيب لأن هذا يحقق لهن الطمأنينة والراحة ويحد من الحواجز النفسية بينهن خصوصا عندما تتعلق الأمور بالمستوى الحميمي من العلاقات الإنسانية ( الصحة الجنسية).

وعلى صعيد آخر، أجاب البعض بأن التوعية في مجال المشورة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية مهمة وتتطلب إشراك الأهل والأسرة، والاهم هو استهداف الرجال إن لم يكن إعطاءهم الأولوية في ذلك، لأن الحقيقة هي أن الرجل هو المسيطر في كل شيء ويده القرار حتى بالنسبة للحمل والولادة في أكثر الأحيان، فإذا لم يكن مقتنعا بمسألة ما فلن تجدي قناعة المرأة بها. والمسألة تصبح أكثر تعقيدا إذا كان الحديث عن المشورة والفحص الطبي قبل الزواج. فالمجتمع الذكوري يرفض حالة الندية بين الرجل والمرأة المتضمنة في قيام كليهما بإجراء الفحص الذي يحمل شيئا من التشكيك بالكفاءة الجنسية بالنسبة لكثير من الرجال.

### 5.4.1.8 الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الإيدز

ذكر معظم المشاركين أمراض؛ الإيدز، والزهري، والسيلان، والفطريات، والالتهابات المهبلية، والسفلس. أما معرفتهم عن هذه الأمراض فلا تتعدى كونها أمراض معدية ولا شيء أكثر من ذلك، باستثناء قلة قليلة تعلم أن مرض الإيدز تحديداً مرض قاتل وخطير ينتقل عن طريق نقل الدم والاتصال الجنسي والعلاقات الجنسية غير المشروعة واستعمال الأدوات الحادة للأشخاص المصابين. كما أن ثلثة أخرى تعرف عن الالتهابات بأنها تحدث نتيجة الاتصال الجنسي بين الرجل والمرأة عندما يكون أحدهما مصاباً. ومنهم من لم يميز بين الأمراض المنقولة جنسياً وغيرها حيث أدرج بعضهم التهاب الكبد الوبائي، وسرطان الرحم والثلاسيميا ضمنها. وبالعوموم، فقد طالب الجميع بالمزيد من المعلومات عن هذه الأمراض من خلال الندوات والنشرات والتدريب.

#### 6.4.1.7 العقم

عرّف المشاركون العقم على أنه عدم القدرة على الإنجاب، وبأنه أمر قد يصيب الرجل أو المرأة على حد سواء. وحول الأسباب، فقد قال البعض أنه عائد إلى عدم وجود مبيض أو حدوث إباضة، أو ضعف جنسي، أو وجود ألياف على الرحم وكذلك شكل الرحم عند المرأة، فيما يعود ذلك إلى عدم وجود حيوانات منوية أو ضعف جنسي أو وجود الدوالي عند الرجل، ومنهم من أشار موضوعاً المضاعفات الناجمة عن العقم وانعكاساتها السلبية على النواحي الاجتماعية، حيث قال أحدهم؛ "أن كثيراً من الزوجات تفشل بسبب عدم الإنجاب والرجل يرفض الفحص ثم يطلق ويتزوج ثانية ويطلق ثانية ويتزوج ثالثة وتبقى المرأة هي الضحية". وثمة من تطرق إلى أهمية عمل الفحص الطبي قبل الزواج إلا أن البعض الآخر عارض ذلك قائلاً بأن "الفحص قبل الزواج ممكن أن يؤدي لمشاكل وقطع نصيب والاطول احسن والاعتماد على القدرة الإلهية عامل أساسي ومهم".

#### 7.4.1.7 دور الرجل في الصحة الإنجابية

أفادت الأغلبية وخاصة المهنيات بان ليس هناك دور للرجل في مجال الصحة الإنجابية، وأنه عادة ما يحلّ المسؤولية الكاملة للمرأة فيما يخص الحمل والإنجاب فهو حسب رأي إحداهن "ليس له شأن". وهناك العديد ممن أكدوا عدم تعاون الرجل مع المرأة في هذا المجال فهو لا يأخذ بمشاعرها واحتياجاتها وحساسية وضعها النفسي أو الجسدي ويفرض ممارسة الجنس معها كيفما شاء ومتى شاء، وعزوا ذلك لعدة أسباب منها الظروف الاقتصادية الصعبة التي يعاني منها الرجل والتي تجعله يكثر من ممارسة الجنس كوسيلة من وسائل التفرغ، فيما رأى البعض الآخر بأن هذا عائد لنظرة الرجل إلى المرأة "كأداة للإنجاب ليس أكثر".

وثمة من أشار إلى جهل الرجل بأن جنس الجنين ذكر كان أم أنثى تحدده الخلية الجنسية الرجل وليس المرأة ، وتساءلت إحداهن عما إذا كان هذا فعلا نابع عن عدم المعرفة أم أنه رفض لها، لأن يتسنى للرجل تحميل المرأة مسؤولية انجابها الإناث وبالتالي مطالبتها بالكثير من الإنجاب لحين إنجاب الذكر دون مراعاة وضعها الصحي وحاجتها الإنسانية للراحة كحد أدنى، إلا أن هناك من حملت المرأة ذاتها بعضا من المسؤولية هذا سيما وأنها كثيرا ما تلعب دورا ضعيفا وسلبيا في شئون أسرتها وحياتها وصحتها. إلى ذلك، فقد شدد الجميع على ضرورة أن تأخذ العلاقة بين الرجل والمرأة صفة الشراكة وليس الرئيس المرووس فيما يخص العائلة عموما والصحة الجنسية والانجابية خاصة، بما في ذلك احترام كل منها لحقوق وواجبات الآخر. لذا فإنه من الضرورة بمكان أن يتلقى الرجل كما المرأة ما يلزمه من الارشاد والتوعية بهذا الخصوص لأن يأخذ موقفا أكثر دعما ومساندة وتفهما للمرأة وحاجاتها.

#### 8.4.1.7 الحقوق الجنسية والانجابية

فسر البعض معنى الحقوق الانجابية والجنسية على أنه التفاهم والتراضي والمعاملة الحسنة والاحترام المتبادل وتلبية رغبات كل طرف للآخر دونما ضغط أو إكراه. كما انتقدت الأكثرية الممارسات الإجتماعية وهيمنة السلطة الذكورية فيها حتى في الأوساط المثقفة، وكيف أنها لا تقوم على الاحترام خصوصا فيما يتعلق بالحقوق الجنسية، حيث أن المرأة يجب أن تستجيب للرجل وحاجاته الجنسية وليس مهما شعورها حيال ذلك وكذا الأمر بالنسبة للإنجاب فهو صاحب الحق في هذا القرار أيضا. ومع أن التوجه العام للمشاركين ظل فضاضا وغامضا بعض الشيء في هذا الأمر، إلا أن هناك من نادى بشكل واضح بأهمية أن يكون للمرأة رأي ودور في تحديد عدد الأطفال في الأسرة وأن يكون هناك احترام بين الطرفين وحفاظ على حقوق كل منهما في جميع نواحي الحياة الإنسانية والجنسية.

#### 9.4.1.7 العنف الجنسي

بالمجمل، بدا أن هناك إمام بين صفوف المشاركين بموضوع العنف الجنسي، وقد عرفوه بأنه؛ "... يترواح بين التحرش بالنظرة الجنسية، أو اللفظ المقصود، أو الابتسامه المغرضة، أو ملامسة خاصة للأعضاء الحساسة الى الاغتصاب الكامل" ومنهم من قال؛ " هو غريزة أو سلوك أو احتكاك غير شرعي ومشين واشباع نقص جنسي وهو سوء اخلاق وعدم تربية" .

أما بالنسبة لمركبيه، فمنهم من قال أنهم قد يكونون من الجهلة أو ذوي النفوذ والقوة أو أحد أفراد العائلة الذكور بما فيها ألاب أو الأخ الأكبر في البيت أو المرضى النفسيين، ويرى المشاركون أن العنف الجنسي قد يحدث في الأماكن العامة أو الخاصة بين جنسين مختلفين أو نفس الجنس.

كما وأن المهنيين عامة والذين يعمل منهم مع الاحداث خاصة، أفادوا بأن أجواء البيت تتيح التحرش الجنسي وليس بالضرورة وسائل الاعلام "وكثير من المشاكل تخفى تحت الطاولة والضحايا كثيرة" على حد قولهم، فالعديد من قضايا سفاح القربى واللواط تكتشف في المراكز ويتم بحثها مع الحدث بدون حرج. كما ونوهوا إلى أن الشذوذ الجنسي من اسباب فشل بعض الطلاب في المدرسة وتكتشف عادة في المراكز من قبل مراقب السلوك الذي يجلبها للمرشد الاجتماعي ومنهم من صرح باعتقاده بأن لا يمكن تقديم خدمات لهذا النوع من المشاكل!.

أما اقتراحاتهم لطرق الوقاية فكانت بأنه يجب تحديد المشكلة بارتباطها مع البيئة المحيطة، حيث بالنسبة لسفاح القربى لا بد من التفريق بين الذكور والإناث في النوم عند بلوغهم سن المراهقة. وقد أشار البعض إلى أهمية الاحتشام، والحد من المغريات في الشوارع والأماكن العامة، والحد من الاختلاط بين الجنسين. وفي غزة بالذات اشتملت مقترحات الوقاية على التعبد والتقرب إلى الله والصلاة ، والزواج، والصوم ، ونزال العقوبة الصارمة بمرتكبي العنف الجنسي .

ثم إنهم دعوا إلى قيام الجهات المختصة بعمل محاضرات وندوات توعية مجتمعية وصحية ودينية وقد شددوا على أهمية إتاحة وتعزيز دور اللواعظ الديني للتوعية في التربية الجنسية، بالإضافة إلى تفعيل دور المؤسسات المجتمعية في التوعية الأسرية حول هذا الموضوع ودرء مخاطر التحرش الجنسي بتضمين البعد الأخلاقي والبعد الصحي في الرزمة التوعوية. كما وأن مراقبة ومتابعة الأبناء في البيت بمراقبة الانترنت والاستلايت وبحث امور الحياة بانفتاح ووضوح معهم يخلق لديهم إحساس بالتواصل مع والديهم ويعطيهم الشجاعة لمصارحتهم بكل ما يحدث لهم.

وأخيرا فقد اقترح المشاركون إدراج هذه المواضيع في المساقات المناسبة ضمن الخطة التعليمية في المدرسة. كما وأنهم يرون بأن البرامج اللامنهجية والنوادي الرياضية والتثقيفية تشغل الناس بما هو مجد ومفيد بدلا من انشغالها بالجنس وأمور أخرى.

#### 10.4.1.7 الزواج المبكر وزواج الأقارب

عرف المشاركون الزواج المبكر بأنه زواج الفتاة/الفتى في سن مبكرة قبل اكتمال العام 18 من العمر، وقد كانوا على وعي بمخاطره وانعكاساته على المرأة إلى حد أنهم وصفوه بأنه اكبر جريمة ترتكب بحق الفتاة، لذا فهم يرون أن من الواجب الحد منه ومحاارته مع علمم بأنه موجود بكثرة في المجتمع الفلسطيني. والبعض تطرق إلى أضرار الزواج المبكر بالقول بان الجهاز التناسلي لدى الفتاة في سن المراهقة يكون غير مكتمل مما يؤدي الى تعرضها لأمراض كثيرة والتهابات أو ضعف الحمل والجنين وأحيانا الإجهاض ووفاة الجنين. من ناحية أخرى وعلى الصعيد الاجتماعي والعلمي ويسبب عدم بلوغ

البنات والشباب عقلياً وعدم إتمامهم مسيرتهم التعليمية وعدم تأهيلهم اجتماعياً ونفسياً تجد الفتاة نفسها وقد حملت مسؤوليات جسام تكون معها غير قادرة على الوفاء بواجباتها البيئية وبتربية أطفالها وفي أحيان كثيرة يؤدي هذا إلى الطلاق.

إنفق الجميع تقريباً على أن زواج الأقارب عادة اجتماعية سيئة يجب التخلص منها لأنها تتسبب بمشاكل ومضار صحية من خلال حمل الجينات الوراثية التي تؤثر سلباً ولها دور كبير في نقل الأمراض وانجاب الاطفال المعاقين مثل الصم، والبكم، وانخفاض مستوى الذكاء. ومنهم من أرجع نقشي هذه الظاهرة بين العائلات الى الرغبة في إبقاء الميراث والأرض داخل العائلة دون الأخذ بعين الاعتبار مشاعر أو رأي أي من الشاب او الشابة أو ما قد ينتج عن مخاطر صحية وأجتماعية عن ذلك حيث قال أحدهم "أن زواج الاقارب يقضي على المودة والمحبة بين الأهل بسبب الاحتكاك". وقد استشهدوا بقول الرسول الكريم في ذلك حيث قال في الحديث الشريف "غريوا النكاح ألا تضووا " أي كي لا تضعفوا بإشارة إلى الإعاقات والأمراض الوراثية التي تنجم عن مثل هذه الزيجات. كما وأن منهم من حذر من زواج البدل وما ينتج عنه من مخاطر اجتماعية.

#### 5.1.7 مواضيع الصحة الجنسية والانجابية المتضمنة في البرنامج الاكاديمي في المراكز

أوضح المجيبون بأن دور مراكز تأهيل الشباب ينحصر في نواحي مهنية تؤهل الشباب للعمل والقدرة على الكسب والعيش الكريم، وبصفتها هذه فإنها توفر للشباب التعليم الأكاديمي البسيط فقط. وقد افاد المشاركون بان المستفيدين هم من الشباب المتسربين من المدارس بين الفئة العمرية 12 - 18 وأن القدرات التعليمية لديهم متفاوتة وقد صنفت هذه القدرات من قبل المهنيين/ات كالتالي؛ 30% أميون و25% قادرين على القراءة والكتابة و45% يقرؤون ويكتبون بصعوبة.

وقد أجمع كافة العاملين في المراكز على عدم وجود منهاج اكايمي عام تتبعه الوزاره في المراكز، وان المنهاج المعمول به هو عبارة عن منهاج محو أمية حيث أن أغلب الشباب ضعفاء، علما ان الشهادة المدرسية تفيد بأنهم ناجحون حسب قانون وزارة التربية والتعليم. وبناء عليه يتم توزيع الطلبة الى 3 فرق حسب المستوى التعليمي لكل واحد منهم بحيث يتم التركيز على اللغة العربية، الرياضيات والتربية الاسلامية، وبالتالي لا يوجد مواضيع ذات علاقة بالصحة الجنسية والإنجابية تطرح في البرنامج الأكاديمي الذي يتم تنفيذه في جميع المراكز.

#### 6.1.7 الخدمات الصحية المتوفرة لفائدة الطلبة في المراكز

أفاد جميع الميجيبون/ات من كافة المراكز بان وزارة الصحة تقوم بفحص الطلبة قبل قبولهم بالمراكز ولكن لا يوجد أي متابعة بعدها ولا يوجد خدمات صحية أو سياسة تحويل بين المراكز ووزارة الصحة. ولكن منهم من أضاف اذا ما كان هناك حاجة تتطلب الرعاية الصحية لأحد الطلبة هناك تعاون بين المركز والصحة اذا لزم ولكنها لا تلبى الاحتياجات" وأن الأهل يستدعوا ويتم تحميلهم مسؤولية المتابعة والعلاج لأبنائهم.

كما أفادوا بوجود تأمين صحي لبعض الطلبة في مراكز الاحداث ولكن تلبية احتياجاتهم الصحية من قبل وزارة الصحة هي "رفع عتب" كما قال أحدهم، وقال آخرون بأنه أحيانا كثيرة يقوم المدرسين والمشرفين بتغطية نفقات أدوية الاحداث من جيوبهم الخاصة لمعالجة الحدث المريض.

### 7.1.7 مفهوم المهارات الحياتية وأولوياته

للوهلة الأولى استغرب كثير من المشاركين هذا المفهوم ولم يكن أيا منهم على علم به . فمنهم من عرف المهارات الحياتية على "أنها مهارة التعامل مع الذات ومع الآخرين"، وقد ذكروا أن أهم المهارات هي بناء الثقة بالنفس، وعملية الاتصال والتواصل ، وتقدير الذات، والقدرة على طرح المواضيع، والحوار والنقاش، والعمل على التغيير. ومنهم من عرفها بانها الممارسات الروتينية اليومية والمهارات التي يمارسها الإنسان في حياته كي يعيش، مثل العمل وكسب الرزق ، والاهتمام بالاسرة والاولاد والصلاة والرياضة والعمل في المؤسسات والبيت . ومنهم من حدد المهارات الحياتية من منطلق التعامل مع الشباب والاحداث ووصفها على أنها فن التعامل والمواجهة مع النزلاء، وفن خلق الاعتماد على الذات عند الحدث، وفن التوافق مع المجتمع، ورفع ثقة الحدث بنفسه وجعله قادراً على تحمل المسؤولية. أما عن آلية التعامل مع الشباب لإعادة بناء الثقة بالنفس فتكمن في حسن الاستماع اليهم وحل ما يمكن مشاكلهم ، واحترام وجهات نظرهم وتوجيههم بشكل صحيح ، والمحافظة على اسرارهم . وقد تبين أن منهم من ينفذ خطة عمل سنوية واضحة ومنهاج خاص بالمركز الذي يعمل به. أما العائلات مع الفتيات تحديدا فقد أشاروا إلى استدعاء آخرين مثل شيخ او شخص مهني او أخصائي لارشاد وتوعية البنات .

وقد اشار العاملون بمراكز الاحداث الى العقبات التي تعيق عملية تعديل سلوك الاحداث وهي عدم وجود محكمة احداث تتلائم قراراتها مع البرامج المعمول بها بالمراكز . لذا فان مجال مناورة المؤسسة وأفقها في إصلاح وتنمية هؤلاء الأحداث محدود وضيق.

### 8.1.7 مهارات الاتصال والتواصل

كان هناك المام من معظم بماهية مهارات الاتصال والتواصل وقد فسروها على أنها " كيفية توصيل المعلومات من المرسل للمتلقي من خلال اللفظ والايحاءات ومتابعة المعلومة وفتح حوار مباشر وتبادل

حديث بين شخصين أو أكثر ووجود لغة مشتركة بينهم" واطافوا على أن الاتصال والتواصل جزء من عملية الارشاد التي يقومون بها في تعاملهم اليومي مع الشباب وأهلهم في المراكز وخاصة مع الاحداث كحلقة مكملة للجلسات الارشادية حيث التركيز على أهمية الاتصال الفعال وتقويم الذات ومهارات اتخاذ القرار

أجاب البعض بأن أي شكل من أشكال التفاعل الإنساني مع الآخرين يتطلب مهارة في الاتصال والتواصل سواء كانوا من الاقرباء أو الغريباء ، والبعض الآخر أجاب بأنه القدرة على النزول الى الشارع والاحتكاك بالناس ومعرفة تفكيرهم والتفاهم معهم للتكيف مع البيئة التي يعيش فيها الفرد. والبعض الآخر أجاب على أنها القدرة الكافية لتوصيل المعلومة للغير وهي عبارة عن مرسل ومستقبل ورسالة وهي اما مباشر من خلال الكلام او غير مباشر من خلال الایحاءات ومفهومها واسع جداً وتشمل وسائل الاعلام والعلاقة مع الاخرين والتفاعل مع المشكلات الحياتية .

### 9.1.7 علاقات النوع الاجتماعي (الجندر)

عدد قليل من المشاركين كان قد سبق له وأن سمع بمصطلح "الجندر" حيث قال البعض بأنهم سمعوا بالمصطلح إلا إنهم لا يعرفون تفاصيله. ولكن أسئلة السبر أضفت بعض التوضيح حيث قال أحدهم "يجب مشاركة المرأة بجميع الامور الحياتية ولكن هذا لا يطبق في مجتمعنا". وقد أقرت الأغلبية الساحقة من المشاركين من الجنسين في الضفة بأن هناك تمييزاً سلبياً ضد المرأة في الحقوق والواجبات والبعض الآخر أجاب بأن المشكلة تكمن في "التخلف والظلم الاجتماعي اتجاه المرأة وما تعانيه من هدر لحقوقها". وفيما أهتم المشاركون من مراكز الضفة بضرورة إحداث تغيير في الوعي الجمعي حيال هذه المسألة أتت إجابات المشاركين من غزة متشددة ومنحازة إلى الوضع القائم في علاقات النوع الاجتماعي حيث قال بعضهم وفي اكثر من مركز "ما اجتمع رجل وامرأة الا الشيطان ثالثهما" و "يجب أن يكون التعامل بين الجنسين فقط في حالة الضرورة وعندما تحكمها مصالح معينة مثل العمل والدراسة والعلاقات الأسرية والمستشفيات ووسائل النقل".

### 10.1.7 الإدمان وأشكاله

يتفق المجيبون على أن الإدمان هو "التعود على أخذ مواد معينة يتأثر بها الانسان ولا يستطيع الابتعاد عنها مثل تعاطي المخدرات أو الكحول أو السجائر أو الإدمان على عادة سيئة". ومنهم من فسر الإدمان على أنه "تعود الجهاز العصبي على شئ معين او التعود على سلوك معين وعدم القدرة على الابتعاد عنه فيصبح من مقومات الحياة عند الشخص المدمن". وقد أشار الكثير منهم بان الإدمان مشكلة متصاعدة في مجتمعنا وصعبة وهي جزء لا يتجزأ من الانحراف السلوكي الذي يؤدي لأعمال مشينة مثل السرقة والجريمة بأشكالها المختلفة.

وقد وصفوا أشكال الإدمان وأنواعه بأنها كثيرة ومنها تعاطي المخدرات بأنواعها مثل الحبوب والإبر وشرب الكحول، والتدخين والشيشة، والانترنت، وممارسة العادة السرية، والانطواء والبعد عن الآخرين.

أما أسباب الإدمان فعزوها إلى عدة عوامل، منها الهروب من ظروف نفسية قاسية فيتخذ من الإدمان وسيلة للهروب من واقع معقد لا يحتمله. والبعض أجاب بأنه نتيجة للوقوع في فخ رفاق السوء فإن الشخص يدمن على المخدرات دون أن يشعر، فيما رأى البعض الآخر بأن توفر المال الزائد أحياناً بيد المراهقين يجعلهم يشتركون المخدرات والدخان ويدمنون عليه، خصوصاً إذا ما ترافق ذلك مع إهمال الأسرة وعدم الانتباه للأبناء ومتابعتهم والتي تعتبر عوامل خطر موازية للفقر والبطالة في ذلك.

ومن جهة أخرى أكد جميعهم أن التدخين بالذات مشكلة كبيرة لدى الشباب في جميع مراكز التأهيل النهارية فجلهم من المدخنين علماً بأنه يمنع منعاً باتاً التدخين داخل المراكز من منظور وقائي. أما للشباب النزلاء في مراكز الأحداث فالتعاطي مع الموضوع يأخذ شكلاً آخر بهدف ضبطه والسيطرة عليه. حيث صرح المشاركون بأنهم يقومون بأنفسهم بتوزيع السجائر وبأوقات معينة وعدد محدود على الشباب النزلاء. هذا مع إقرارهم ومعرفتهم بأن التدخين مضر بالصحة ويسبب أمراض كثيرة منها الأمراض الرئوية والسرطان والضعف الجنسي ويؤثر على اللياقة البدنية ويؤدي إلى ترهل الجسم سواء عند الرجل أو المرأة ، زد على ذلك مضارة الاقتصادية.

### 11.1.7 العنف وأنواعه ومصادره

في تعريفهم للعنف أجاب بعض المشاركين بأن العنف "هو ممارسة القوة المؤذية من شخص إلى آخر موجه من الأقوياء ضد الضعفاء" ، والبعض أجاب بأنه الإساءة الموجهة للآخرين سواء كانوا أطفال أو نساء. ولفريق ثالث فإن العنف يكون من الأسرة اتجاه الأبناء أو من الزوج تجاه زوجته وهو أسوأ أنواع العنف، وكذلك فهناك العنف السياسي الموجه من الدول اتجاه الشعوب أو الدول الأخرى كما في الاحتلال وما يسببه من ضغوطات نفسية واجتماعية واقتصادية.

أما تصنيفهم لأنواع العنف، فالبعض أجاب بأنها تتضمن العنف اللفظي والنفسي بالكلمة السيئة والشتم والتحقير والعنف الجسدي بالضرب والقتل والعنف الجنسي بالاعتداء الجنسي بكافة مستوياته بما في ذلك ذلك الذي يحدث داخل الأسرة. ومنهم من أضاف وخاصة الذين يعملون في مراكز الأحداث بأن العنف يختلف بمستوياته وأسوأها بالنسبة لهم القتل والعنف الجسدي الشديد حيث عبر عن أحدهم قائلاً؛ "...

وهذا ما نتعامل معه يومياً ، فأحياناً نخاف على انفسنا من ان يغيرنا احد الشباب كأن يطعن أحدنا بسكين من الخلف مثلاً...".

أما من يعملون بمراكز التأهيل النهارية فقد قالوا بأنه لا يوجد عنف حقيقي في المراكز، العنف مؤقت وبسيط أي "طوشة صغيرة" خلال النشاطات المهنية أو اللعب والرياضة والطلاب دائماً تحت رقابة المعلمين لسلوكياتهم ويتوجهون إليهم كل حسب مشكلته. وبالنسبة لمصادر العنف فقد أتت الإجابات مختلطة حيث أنها ضمت الفقر والجهل، وقلة الوعي والادراك، والإحتلال الاسرائيلي والحصار، والتعصب والعزوة ، والتسلط ، والنظرة الحزبية والفئوية والسياسية، والتعصب القبلي ، والبعد عن الدين.

## 2.7 مجموعات النقاش البؤرية التي عقدت مع الشباب (شبان وشابات)

لقد تم جمع المعلومات من خلال عقد جلسات النقاش مع 14 مجموعة بؤرية ضمت 123 من الشباب المنتسبين إلى مراكز التأهيل ودور الرعاية التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بما في ذلك الرعاية النهارية والنزلاء في مراكز الاحداث وذلك في كافة المحافظات الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة. أما ما تم تناوله في مجموعات النقاش البؤرية مع الشباب فقد اشتمل على التالي؛

- كيفية قضاء وقت الفراغ والهدف من الالتحاق بالمركز
- ماهية وطبيعة العلاقة بين الشباب والعاملين في المركز
- المسائل والمشكلات التي يعجز/ يرفض الشباب طرحها مع الأساتذة والمرشدين
- مفهوم المهارات الحياتية
- مفهوم علاقات النوع الاجتماعي (الجندر)
- الإدمان وأسبابه وأنواعه
- العنف وأنواعه ومصادره
- الخدمات الصحية المقدمة للشباب في المراكز ومدى تلبيتها لاحتياجاتهم
- مدى تضمين المواضيع ذات العلاقة بالصحة الجنسية والانجابية في البرامج التأهيلية التي يتلقاها الشباب في المراكز
- مفهوم الصحة الإيجابية والصحة الجنسية
- المعرفة بالصحة الانجابية والجنسية وفق عناصرها (موضوعاتها المفاهيمية)

في جميع الجلسات مع الشباب بدأ الحوار بدرشة عامة لكسر الجليد وتحقيق بعض الارتياح ومن ثم التدرج إلى أسباب وجودهم في المركز والتي كان متوقعا أن يكون من الصعب عليهم التصريح بها للدلالات السلبية التي قد تحملها تلك الأسباب، ومع ذلك فقد امتلك البعض الجرأة والصراحة في الحديث عن مشاكلهم فيما كان البعض الآخر متحفظا ومحرجا بينما وجدت قلة قليلة صعوبة في الإفصاح عن السبب وكانت شديدة الانطواء ولم تتفاعل إلا بشكل محدود جداً في جلسات النقاش.

### 1.2.8 كيفية قضاء وقت الفراغ والهدف من الالتحاق بالمركز

أظهرت الإجابات تباينا في الإجابات التي وردت من الملتحقين بمراكز التأهيل النهارية مقارنة بأولئك النزلاء في دور الرعاية. فبالنسبة للمجموعة الأولى أجابت الأغلبية بأنهم في المركز للتعلم وتغيير السلوك، وازدادوا بأنهم يمضون الوقت في نشاطات مختلفة منها؛ جلسات تفرغ وجلسات ارشادية مع المرشدين، ممارسة الرياضة واللعب بالكرة، مشاهدة التلفاز وترفيهه وغناء، عمل أشغال يدوية وتطريز،

وأخذ حصص باللغة العربية والرياضيات والدين، وكذلك فقد أجابوا بأنهم في المركز لتعلم مهنة يستفيدون منها في المستقبل مثل الخياطة أو التصوير أو التجميل أو النجارة أو الألمنيوم أو الكمبيوتر. أما بالنسبة للشباب في دور رعاية الأحداث فقد أجاب أغلبيتهم بأنهم موجودون في هذه المراكز لتلقي التعليم والتدريب على مهنة تنفعهم بالمستقبل كالحداثة والنجارة وتجليس السيارات وغيرها.

وحول كيفية تفضية أوقات الفراغ تراوحت الأجوبة ما بين السلبية والايجابية حيث أجاب أكثرهم بأنهم يقضون وقت الفراغ في النوم أو "في الشارع لعمل مشاكل أو اللعب مع الأصحاب"، أو الذهاب الى البحر (شباب غزة) او في مراكز الانترنت أو المقاهي ولعب البلياردو. فيما عبر بعض الشباب عن إرادتهم في تحقيق النجاح في حياتهم العملية حيث قال أحدهم؛ "أريد أن أكون شخصا مهما في الحياة حتى ولو لم أكمل تعليمي"، لذا هناك من يمضون جل وقتهم في العمل في بعض الورشات لتعلم مهن مثل الحداثة والنجارة، والبعض الآخر يعمل في مجال بيع الخضار على البسطات.

وبالمثل أجابت الفتيات بأنهن في المراكز لتعلم مهنة يُستفاد منها في المستقبل مثل الخياطة أو التصوير أو التجميل أو الكمبيوتر أو التدبير المنزلي، كما أنهن يرين أن لهذا أن يساعدهن في تلبية احتياجاتهن الشخصية والمنزلية، حيث قالت أحدهن "....وبفضل المركز وبالتعاون مع المعلمات فصلت لِنفسي طقم طو كثير...". وعن أوقات الفراغ قالت الفتيات بأنهن يمضينها في البيت في مساعدة أمهاتهن في الأشغال المنزلية، وسماع الراديو ومشاهدة التلفاز وأحيانا زيارة الاهل أو الصديقات، والتطريز، والاستماع لندوات في المساجد .

### 2.2.7 ماهية وطبيعة العلاقة بين الشباب (المنتفعين) والعاملين في المركز

وصفت الأغلبية العظمى من الشباب علاقتهم مع الأساتذة والمرشدين بالجيدة فمنهم من قال بأنها احترام متبادل، ومنهم من نعتها بعلاقة الأصحاب والأصدقاء أو الآباء بالأبناء، ومنهم من أجاب بأنها علاقة عادية جداً يعني "علاقة طالب بالأستاذ بعلومنا وبظبطونا، ولكننا تعلمنا منهم الأدب والأخلاق والمعاملة الحسنة"، إلا أن قلة قليلة وصفت العلاقة بأنها "نص على نص" مع رفضهم توضيح معنى ذلك.

أما بالنسبة لمراكز الأحداث فقد وصفت علاقه من قبل النزلاء بدار الامل على أنها جيدة حيث قال الشباب بأنها علاقة أب مع أبناءه، وبأنهم يشعرون كأنهم في البيت وسعداء بالتعرف إلى بعضهم البعض. أما بالنسبة لمركز دار الربيع فقد وصفت العلاقة بالعدائية حينما قالوا "علاقات مش نافعة وبيضرينا وبيعذبونا"، فيما كان الأمر بالنسبة لفتيات دار الرعاية في بيت جالا مختلفا تماما حيث أكدن أنهن يحبن "الدار" ويعتبرن من فيها "بمثابة أمهات لأنهن يتعاملن معنا بلطف وحنان".

### 3.2.7 المسائل والمشكلات التي يعجز/ يرفض الشباب طرحها مع الأساتذة والمرشدين

أجاب معظم الشباب بأنهم لا يستطيعون الحديث مع الأساتذة والمرشدين في العديد من المواضيع بسبب حاجز الخجل، بما في ذلك حول مواضيع شخصية خاصة جداً مثل تغييراتهم الجسدية ومشاعرهم وما يفكرون به، وعلاقتهم بأصدقائهم وعلاقتهم العاطفية مع الجنس الآخر، والمشاكل العائلية خصوصاً عندما يتعرضون للضرب من قبل أهلهم. كما أنهم يعتبرون فارق السن معيقاً لهم في الانفتاح في الحديث مع مرشديهم أو مدرسيهم، بالإضافة إلى عدم ثقتهم بالمرشدين والمدرسين وخوفهم من أن يفشوا أسرارهم لزملائهم أو لأي شخص آخر. لكن فريقاً آخر عبر عن ثقته الكاملة في الحديث مع الأساتذة والمرشدين في كل شيء فقد قال أحدهم؛ "عادي بحكي بكل المواضيع"، وآخر "كل الحاجات بنحكيها وبيعطونا النصيحة".

بالنسبة لمراكز الاحداث فقد أكد اكثر النزلاء بدار الامل على أنهم يستطيعون التعبير عن آرائهم والحديث عن أي موضوع بكل حرية حيث قالوا "تتكلم بأمورنا الخاصة بأريحية وخصوصية مع المرشدين والمدرسين". فيما قال النزلاء بدار الربيع "لا نستطيع الحديث بحاجات كثيرة، حاجات شخصية" حتى أن بعضهم عبر عن حاجته لأبسط حقوق الطفل حيث قال أحدهم "نفسنا نلعب كرة او تنس".

أما الفتيات فقد أجبين بأنهن يطرحن مواضيع مختلفة مع المشرفات لأخذ النصيحة وليتعلموا كيفية مواجهتها وحل مشاكلها ومنها العنف، التمييز بين الولد والبنات (علاقات النوع الاجتماعي)، الحب قبل وبعد الزواج، المواضيع الجنسية، والمشاكل التي تواجهها الفتاة في سن المراهقة، والزواج المبكر. ومع ذلك فبعضهن أشرن إلى أنهن يخجلن من طرح مشاكلهن العائلية ومواضيع الجنس مع أي كان.

أما عن المشكلات التي لا يستطيع الشباب البوح بها للأساتذة والمشرفين، فقد أجاب البعض منهم بأنها الأسرار الخاصة بهم والمشاكل التي يواجهونها مع أهلهم وتعرضهم أحياناً للإهانة والضرب من قبل آباءهم، حيث أن الحديث في تلك الأمور يعتبر إفساء لأسرار العائلية التي يعاقبون عليها بقسوة فيما إذا علم آباءهم بذلك، ثم إن الأمر هو فعلاً كذلك بالنسبة للبعض منهم، فهم ذاتهم لا يحبون أن يفشوا أسرارهم العائلية. ومنهم من انتقد أسلوب الأساتذة والمرشدين حيث قال بعضهم "أصلاً لا يوفرون الجو المناسب لسماعنا أو الحديث معنا" وآخرون قالوا "هم غير مهتمين بالاستماع إلينا ونحن لا نثق بهم ان سمعوا". فمنهم من قال ان معظم الأحيان نحل مشاكلنا بمساعدة أهلنا وأصحابنا أو لوجدنا". أما بالنسبة لمشكلاتهم مع أصدقائهم فان يشكون ويتحدثون إلى أمهاتهم عنها كما قال البعض.

وللفتيات فالتحفظ أكبر حيال الخوض في هذه المسألة، حيث بالنسبة للكثير منهن " ما في مشاكل والحمد لله" ! فيما للبعض الآخر لا يمكن الخوض في المشاكل الخاصة ومنها مواضيع الحب مع أحد. وصرحت الغالبية بأنها تبحث مشاكلها أحيانا مع المديرية، أو الأهل، أو الصديقة الوفية فيما أضافت بعضهن المرشدة الاجتماعية إلى من تلجأ إليهن لحل المشاكل.

#### 4.2.7 مفهوم المهارات الحياتية

من مجمل المجموعات استغرقت ثمانى مجموعات مصطلح المهارات الحياتية وصرحت بأنها لا تعرف عنه شيئا. أما القلة التي اجتهدت من الشبان فقالت أن المفهوم "يعني كيف تبني حياتك" أو "كيف تتعرف على الناس وتبنى علاقات اجتماعية معهم" أو "كيف تمتلك أموال كثيرة"، وأخيرا "كيف تكون ماهراً في اللعب".!

أما الشابات فأجبن بأن المصطلح يعني "أن أكون منيحة مع الناس"، وقللة قالت بأنها " تجديد أعمال أو اختراع اشياء تفيدنا وتفيد المجتمع" واخرييات قلن أنها تعني "وضع هدف والوصول إليه ومنها الأعمال اليومية والروتينية"، فيما لأخريات هي "كل شيء يعمل الإنسان في الحياة، مثل القراءة، تطبيق فكرة ما، وأعمال البيت".

وعند تناول مهارات الاتصال والتواصل تحديدا صرح كثير من الشباب من الجنسين بأنه لم يسبق لهم السماع بها. وأجاب بعض منهم "انهاالتحدث والتفاهم مع بعضنا البعض" وآخرون قالوا إنها "الحديث مع الآخرين من غير خجل، والمناقشة في مشاكل الحياة". وبعض منهم أجاب بأنها "التواصل مع الاصدقاء والاقرباء"، وثمة من كان أكثر دقة بقوله بأنه "إما أن يكون عن طريق ألحكي أو الحركات مثل الضحكة والسلام".

أما مهارات اتخاذ القرار فقد تلخصت في "أن اعمل ما يناسبني" و "القدرة على أخذ القرار دون الرجوع الى أحد وخاصة في موضوع الدراسة وعلاقات الحب" و "الاعتماد على العقل واليد في الحياة". وفيما عدا ذلك، لم تعرف الأغلبية ماهية هذه المهارات وما تعنيه.

#### 5.2.7 مفهوم علاقات النوع الاجتماعي (الجندر)

بدت كلمة " جندر" لغزا لكافة المشاركين من الشباب الذين لم يضيف تفسيرها لهم على أنها تتحدث عن العلاقات الاجتماعية بين الرجال والنساء الكثير، فلم يسبق لأي منهم أن سمع بهذا الكلام من قبل. أما

التفسيرات التي اجتهدوا بها فشملت تعريفها على أنها "الأحاديث اليومية بين الرجل والمرأة" و "العلاقات العاطفية بين الرجال والنساء" و "المشاكل بين الرجال والنساء" و "حياة مشتركة بين الزوج والزوجة، وتفكير مشترك بين الرجال والنساء".

والمضمونها السطحي، تدل هذه الإجابات مجتمعة على أن هناك جهلا كاملا بمفهوم علاقات النوع الاجتماعي بين صفوف الشباب المستهدفين.

### 6.2.7 الإدمان وأسبابه وأنواعه

لقد كان لافتا أن هذا الموضوع أثار نقاشا ومستوى عالي من الاستجابة بين صفوف الشباب، فمنهم من أجاب بأن الإدمان هو مرض، وأنه يبدأ بالتعود على أخذ شيء ما مثل شرب البيرة والحشيش والدخان والكحول والكوكائين والمخدرات الأخرى وتدرجيا لا يستطيع الشخص تركه نفسياً وجسدياً. أما أسبابه فكانت حسب رأيهم المشاكل مع الأهل، والبيئة غير المستقرة في المنزل، ورفاق السوء والإغواء والملل والغدر والاحتلال والوضع الاقتصادي.

أما عن التدخين تحديدا فقد تبين أن الغالبية العظمى من الشباب على علم بأنه مضر بالصحة ويسبب مرض السرطان، وتضييق شرايين القلب والرئة، والجلطة، والموت. كما أنهم واعون إلى أنه يؤثر على شكل الجسم العام حيث ان المدخن يبدو هزيل ولا قدرة له على المشاركة بعمل يتطلب جهدا مثل لعب الرياضة على سبيل المثال، ولكن احدهم قال "من يدخن نوع واحد معين لا يحصل له أي شيء" بينما قال آخرون أن "التدخين يدخل الشاب في مشاكل عائلية ويدفعه إلى مرافقة أصحاب السوء".

### 7.2.7 العنف وأنواعه ومصادره

وصف البعض العنف بأنه "حالة عصبية تاتي للإنسان وتسبب له مشاكل مع أهله ومن حوله". فيما أجاب البعض الآخر أن العنف هو القوة بينما رأى فريق ثالث أنه "الضرب خاصة ضرب الأب لأبناءه". ومنهم من عرف العنف على أنه القتل، أو عمل شيء دون تفكير، أو الصراخ في وجه الناس، ويمكن أن يكون بالضرب أو بالشتائم ويكون إما من الأستاذ أو الأهل أو بعض الناس في الشارع. هذا وقد لخصوا مسببات العنف بالتالي: الاحتلال ونقل الكلام والنميمة والفساد وعدم التفاهم بين الناس والفقر والكبرياء والفتنة والأحوال الاقتصادية السيئة.

والملاحظ بأنه لمجمل الشباب ليس هناك أية معرفة بأصناف العنف أو مستوياته فهو بالنسبة لهم لا يتخطى العنف الجسدي، وفي أحسن الأحوال، فقد صنفه بعضهم إلى العنف الأسري والعنف الاجتماعي والعنف البشري.

### 8.2.7 الخدمات الصحية المقدمة للشباب في المراكز ومدى تلبيتها لاحتياجاتهم

يقدم مركز الأحداث للشباب عدداً محدوداً جداً من الخدمات الصحية تضم التطعيم والإسعافات الأولية عندما يلزم وأحياناً فحوصات طبية قليلة جداً وتأمين صحي لبعض الشباب فقط. أما إذا تعرض أحدهم لحادث ما أو ضربة قوية فإنه يذهب من حسابه الخاص إلى عيادة خارج المركز، وقد أكدت الشابات على ذلك حيث قالت إحداهن أنه "إذا احتاجت إحدى الفتيات إلى أي خدمة صحية يتم الاتصال بأهلها لأخذها للمعالجة".

وعلى صعيد آخر فقد أكد العديد من الشبان بان "معايير السلامة العامة داخل الورش والنظافة الشخصية والوقاية من الأمراض والتأمين الصحي الذي يوفر العلاجات الأساسية والإسعافات الأولية جميعها أمور يتم التركيز عليها من أجل سلامتنا"، ولكنهم أجمعوا في الوقت ذاته على أن لا وجود لخدمات صحية شاملة، وان كانت، فإنها قليلة جداً ولا تلبى الاحتياجات، ومن هذه الخدمات الإسعافات الأولية والندوات في التنقيف الصحي وهي قليلة جداً ومنهم من قال "فقط مرتين بالسنة" !

## 9.2.7 مدى تضمين المواضيع ذات العلاقة بالصحة الجنسية والإنجابية في البرنامج التأهيلية التي يتلقاها الشباب في المراكز

أكد جميع الشبان والشابات في المراكز بأنه لا يوجد أصلاً برنامج أكاديمي ليتضمن مواضيع ذات علاقة بالصحة الجنسية والإنجابية. البعض أجاب بأنه لم يطرح عليهم ولم يتم الحديث معهم بأي موضوع كان، فيما أجاب بعض الشباب بأن تم إعطاؤهم بعض المعلومات من المرشدين عن سن المراهقة، التدخين، الإدمان ولكنها دورات متقطعة وغير ممنهجة. فقد أجابت بعض الفتيات "المعلمات حكوا لنا بعض الحاجات ذات العلاقة". وفي مركز رفح تحديداً ذكرت إحدى الفتيات بأنه: " كانت تأتي لنا مدرّسة من مركز الرعاية القريب تحكي لنا عن صحة المرأة فقط وكنا نريدها أن تحكي لنا عن التربية الجنسية لكن المرشدة والإدارة لم يوافقوا على ذلك".

## 10.2.7 مفهوم الصحة الإنجابية والصحة الجنسية

عندما سؤل الشبان والشابات عن ماهية مفهوم الصحة الإنجابية وعما يتحدث تبين أن لا دراية لهم به، فقد استغرب معظمهم السؤال وصرحوا بأنهم لا يعرفون أي شيء عن هذا المفهوم. وعند سبر الموضوع أجاب البعض بأن الصحة الإنجابية هي "الخلفة والولادة" فيما قال آخرون بأنها "قدرة المرأة على الانجاب وتحملها آلام الحمل والولادة".

وعن مكوناتها فقد شمل مجمل الإجابات ؛ مراعاة المرأة الحامل وتوفير الظروف النفسية والجسدية المواتية لها بما في ذلك الغذاء الجيد والراحة وتجنبها الإجهاد والإرهاق الشديدين، والانتظام في

الفحوص الروتينية في العيادة. كما تكررت مسألة ضرورة تعاون الزوج مع زوجته الحامل في معظم الجلسات بما في ذلك تلك التي عقدت مع الذكور كما الإناث مما يحمل إشارة إلى حسهم بضرورة وجود دور ما للرجال في هذا الجانب.

أما عن الصحة الجنسية فقد حملت الإجابات نكتما أو جهلا شديدا أو الإثتين معا. فباستثناء جلسة الشابات في مركز رفح والشبان في غزة، اقتصرت الإجابات على التصريح بعدم معرفة أي شيء عن هذا الموضوع. وبالطبع لا يمكن لهذا أن يكون صحيحا بالمطلق مهما تدنى مستوى المعرفة، بل إنه عائد إلى ثقافة الصمت والتكتم حيال كل ما يتعلق بموضوع الجنس وتوابعه. وهذا ما يؤكد تصريح إحدى المجموعات حيث قالت إحدهن "نحن لا نستطيع الحديث بهذا الموضوع". أما في رفح فقد عرفت الشابات الصحة الجنسية على أنها تفسر كيفية حدوث الحمل والولادة ومقدرة كل من الرجال والنساء على الممارسة الجنسية وأخيرا مستوى النضوج الجنسي.

فيما عرفها الشباب في غزة على أنها تتضمن القدرة على ممارسة الجنس والفحص الطبي قبل الزواج للكشف عن الأمراض المعدية مثل الايدز والثلاسيميا!.

## 11.2.7 المعرفة بالصحة الانجابية والجنسية وفق عناصرها (موضوعاتها المفاهيمية)

### 1.11.2.7 صحة المراهقة

في حين لم يعرف البعض القليل ماهية صحة المراهقة أجاب أحدهم بأنها تعنى بالأفراد من سن 14-20 سنة وفي جلسة أخرى قال آخرون أنها الفترة الواقعة في الفئة العمرية 13 - 18 حيث يحدث بعض التغيرات الجسدية والنفسية فيتغير صوت المراهق ويختلف سلوكه وتصرفاته في المجتمع، وينتقل الإنسان من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الشباب ويكون بأمس الحاجة إلى مراعاة الصحة النفسية لكلا الجنسين لأنه يصبح عصبي ومتقلب المزاج.

وقد كان ملحوظا أن إجابات الشابات كانت أكثر اقتضابا من الشبان وكانت متمحورة حول التغيرات البيولوجية وتحديد موضوع الدورة الشهرية كعلامة فارقة في دخول الفتاة مرحلة المراهقة، فيما تمحورت إجابات الشبان حول ممارسة العادة السرية وتأثيراتها على المراهق من حيث كونها عملية تفرغ للطاقة مع أنها غير مفيدة وذات صفة إدمانية، حسب قولهم.

ومن جهة ثانية فقد تطرق العديد من الشبان إلى نواحي نفسية واجتماعية لصحة المراهقة، حيث عرفها البعض على أنها "معاكسة الفتيات" و"طلب الزواج" و"اللبس وجمال المهر" و"الرومانسية والحب". وقد كان الفهم السلوكي حاضرا أيضا في ذهن الشباب عند تناول هذا الموضوع، فثمة من لفت إلى أهمية التوعية والإرشاد والتوجيه والمتابعة في هذه المرحلة، وبالذات المراقبة الدائمة للرفاق لأنهم كثيرا ما يكونون مصدر الخطر الأكبر للمراهق، خصوصا وأن الكذب على الأهل في هذا المرحلة هو سمة أساسية، كما قال أحدهم.

### 2.11.2.7 صحة المرأة الأمومية (الحمل والولادة والنفاس).

حملت إجابات الشباب هنا دلالات مشابهة لتلك التي وردت من الكوادر المهنية من حيث غياب موضوع صحة المرأة بعد الولادة ( في النفاس) عن أذهانهم والتركيز على الرؤية الإيجابية البيولوجية لمفهوم صحة المرأة، مما يؤكد البعد الاجتماعي الجمعي لهذه النظرة وهذا الفهم.

تمركزت الإجابات التي وردت من مجموعات الشبان حول صحة المرأة الأمومية في نطاق الحمل ومتطلباته البيولوجية والنفسية والتي خرجت مذهلة - بالنظر إلى المجيبين- بالتفاصيل التي شملتها خصوصا في الإجابات الواردة من مجموعات القطاع كما يتضح في الردود التالية:

- "يجب على المرأة أن تشرب الحليب وتأكل الفواكه طوال فترة الحمل بينما عليها أن تمتنع عن شرب القهوة والشاي والدخان بالكامل" (مجموعة شبان من القطاع).
- "يجب تلبية رغبات المرأة الحامل في حالة الوحام ، ومراعاة صحتها النفسية بعدم استفزاز زوجها لها، وتجنبيها ظروف الخوف والإرهاق، وعدم التدخين ، والحرص على الراحة وعمل الفحوصات وأخذ التطعيم اللازم" . (مجموعة أخرى من الشبان في القطاع).
- " من الضروري جدا مراعاة نفسية المرأة الحامل إذا كان جنس الجنين غير المرغوب فيه وذلك للمحافظة على صحتها وصحة الوليد" (مجموعة ثالثة من القطاع).
- " هناك مزيج من التعب والفرح في أول الحمل . ثم على المرأة أن تحرص على أخذ الأدوية الصحيحة والراحة وشرب كميات من الحليب وتناول الغذاء الجيد، وتواظب على عمل الفحوصات الروتينية، والمشى عند اقتراب موعد الولادة وفحص الطفل عند الولادة للتأكد من سلامته واكتماله وتغذيته بالرضاعة الطبيعية" (مجموعة فتيات غزة).
- " الاهتمام بالجنين من حيث الفحوصات الدورية ومتابعته ، ومراعاة الأم لنفسها من خلال التطعيم والتغذية السليمة والنظافة الشخصية والعامة ، الإرشاد ، الولادة في أماكن آمنة ، الرضاعة الطبيعية ، كيفية تربية الابناء، الذهاب للمراكز الطبية ( فتيات رفح)

### 3.11.2.7 تنظيم الأسرة

برزت هنا فجوات معرفية كبيرة بين صفوف المشاركين حيث تبين أن قلة قليلة منهم فقط على دراية بالمعنى الإصطلاحي لتنظيم الأسرة، وقد ذكر هؤلاء بأن تنظيم الأسرة يعني مبدئيا التحكم بعدد أفراد الأسرة إما عن طريق تحديد النسل أو بواسطة التباعد بين الأحمال، مع ملاحظة أن الفهم الأدق قد ورد من مجموعة فتيات رفح حيث اتفقن على أن تنظيم الأسرة هو التباعد بين كل حمل وآخر لراحة المرأة والطفل وصحتها ومراعاة للظروف الاقتصادية والسياسية. أما الأغلبية الساحقة فقد ذهبت إلى

تعريفات وتفسيرات بعيدة، كأن قال أحدهم؛ "إنها التربية السليمة وتعليم الأبناء وحقوق المرأة والرجل في الأسرة ومشاركة كل منهما للآخر أفراحه وأحزانه"  
فيما رأت أخريات بأنها النظافة والمحافظة على شئون البيت والأسرة نفسها وإتباع السلوكيات الصحيحة وتوفر فرصة عمل جيدة (فتيات غزة).  
بينما اتفقت إحدى مجموعات الشبان على الاعتقاد بأنها " التامين الصحي أو بطاقة المؤمن عند الولادة". وبالطبع فإن إجابات كهذه تدل على مدى الحاجة لرأب الفجوات المعرفية هنا بواسطة برامج التدريب المدروسة في استهداف هؤلاء الشباب.

#### 4.11.2.7 المشورة في الصحة الإيجابية والجنسية

فاقت الفجوة المعرفية هنا حجم سابقتها، فلم تعرف الأغلبية الساحقة من المشاركين في مجموعات النقاش البورية أي شيء يذكر عن مسألة المشورة باستثناء أن ذكر أحدهم بأنه عبارة عن فحص الثلاثيميا قبل الزواج بينما قال آخر عمل فحوصات للزوج ولم يحدد ماهية هذه الفحوصات.

#### 5.11.2.7 الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الإيدز

سمّى المشاركون العديد من الأمراض على اعتبار أنها من الأمراض المنقولة جنسيا بما في ذلك الثلاثيميا والسرطان والجديري و الانفلونزا والحصبية والتهاب الكبد الوبائي والاعاقة والفشل الكلوي. أما الغالبية العظمى فقد سمعت فقط عن مرض الأيدز ولا تعرف عنه سوى أنه مرض جنسي معد.

#### 6.11.2.7 العقم

باستثناء مجموعات ثلاث فلم يعرف أي من المشاركين في بقية المجموعات شيئا عن العقم. ومن بين المجموعات الثلاث فقد قصرته مجموعة فتيات نابلس على المرأة فقط بتعريفه على أنه عدم القدرة على الإنجاب بسبب ضعف في البويضات أو التهاب بالرحم أو المبايض، فيما انعكست الصورة لدى مجموعة رفح التي عزت عدم القدرة على الإنجاب لعدم وجود حيوانات منوية عند الرجل، بينما تجد الأخيرة أن أسباب عدم القدرة على الإنجاب قد يكون عند أي من الزوجين أو احدهما وقد عبر بعض المشاركين في هذه المجموعة عن وعيهم بان هذه المسألة لم تعد مشكلة الآن بعد أن بات من الممكن أن تتم الزراعة عن طريق المتخصصين.

#### 7.11.2.7 دور الرجل في الصحة الإيجابية

في حين كان هذا أشبه بلغز بالنسبة لأغلبية المشاركين عبر البعض عن فهمها متقدما ذا بعد حقوقي لدور الرجل ولصالح المرأة في مجال الصحة الإنجابية، فقد وصفه البعض بأنه يتمثل بعدم الإصرار على مجامعة المرأة أثناء الحمل وتوفيرها بعض الشيء أثناء تلك المرحلة، بمعنى "التخفيف من طلباته" كما عبرت عنه إحداهن.

وبالنسبة لشبان خانيونس فإن دور الرجل هنا يتلخص بالحفاظ على جسده خالي من الأمراض المعدية والتي تعيق الإنجاب خصوصا، وعدم التدخين، ومراعاة نفسية المرأة وتوفير العيش الكريم للزوجة والأولاد من خلال الكسب الحلال.

أما شباب غزة فقد شددوا أن أهم ما على الرجل القيام به لتلبية متطلبات هذا الدور هو الحفاظ على جسده وعدم تفريغ طاقاته في العمل الزائد أو العادة السرية. ودائما حملت فتيات رفح الرأي الأكثر طموحا، فقد ارتأين أنه في إطار هذا الدور على الرجل مرافقة زوجته لعيادة الطبيب لمتابعة الحمل حتى تشعر بمساندته ودعمه لها.

#### 8.11.2.7 الحقوق الجنسية والإنجابية

باستثناء مجموعتي نقاش فقط لم يكن لأي من المشاركين أية معرفة أو دراية بماهية الحقوق الجنسية والإنجابية. وقد ركزت مجموعة من الشابات في نقاشها على الحق في قرار الإنجاب للطرفين وشددت أن على الرجل إعطاء الحق في اتخاذ مثل هذا القرار للزوجة كما هو حق مُعطى حق له، واعتبرن أن رفض الزوج الاستجابة لرغبة زوجته في ذلك بسبب الظروف الاقتصادية هو هدر لحق أساسي من حقوق المرأة، والأمر ذاته ينطبق على الرجل الذي يقرر الإنجاب من زوجة دون أخرى في حالة كونه متزوج من أكثر من واحدة.

وقد فرقت المجموعة الثانية بين الحقوق الجنسية والإنجابية واتفقت على أن الأولى توفر الثقافة الجنسية للجنسين وتعنى بتسيخ مفاهيم التواصل الجنسي السليم فيما تتلخص الثانية في الحق بالإنجاب وتنظيم الأسرة والمحافظة على صحة المرأة في الإنجاب.

#### 9.11.2.7 العنف الجنسي

وجد المشاركون صعوبة جلية في الخوض في هذا الموضوع بالذات. الأمر الذي من السهل تفهمه إذا ما أخذ بعين الاعتبار وضع الفئة المستهدفة كفئة مهمشة منتمية لأسر مفككة حالها غاية في الصعوبة والانكشاف، مما له أن يزيد من فرصة تعرض الشباب المستهدفين انفسهم للاستغلال بكافة أشكاله ومستوياته بما في ذلك العنف الجنسي.

بداية لم يجب المعظم على هذا السؤال على اعتبار أنهم يجهلون به. وبعد أسئلة السير استطاع البعض أن يتحلل من القيود النفسية والاجتماعية المحيطة بالموضوع، فقالت إحداهن إنه "محاولة لمس الاعضاء التناسلية للبنت أو صدرها غصبا عنها، أي أنه اعتداء".

فيما قال عديدون انه يمتد ما بين النظرة، والغمزة، والهمسة، واللمسة، والاشارة، والكلام، والمعاكسة بالهاتف وصولا إلى الاغتصاب بدرجاته المختلفة بما في ذلك الكامل منه، كما اعتبر بعض الشباب من الجنسين الزواج القصري في عداد العنف الجنسي أيضا، وقد كان ذلك جدا لفت ومتقدما، ثم أنهم قد أضافوا بأن المعتد قد يكون بنت تجاه أخرى من جنسها أو شاب تجاه آخر أو بنت تجاه شاب أو شاب تجاه بنت، إلا أنهم رجحوا حدوث العنف الجنسي في الأغلب بين الشبان الذكور تحديدا. وقد سمّت مجموعة نابلس بشكل خاص الإعتداء الجنسي على القاصرات أو على الأخت أو غيرها من القريبات كأحد أبشع أشكال العنف الجنسي.

أما عن مرتكبيه، فهو من وجهة نظر المشاركين يضم المراهقين والمنحرفين والمدمنين ومتعاطي المخدرات ومن يعانون من ظروف صعبة تحرمهم من الزواج ومتابعي القنوات الأجنبية التي تبث الأفلام المثيرة والرخيصة، وفوق كل هؤلاء الأصدقاء أيضا.

أما عن الوقاية والحماية منه فقد اعتبرت الأغلبية الساحقة من المشاركين في مختلف الجلسات بأن توفير الثقافة الجنسية للجنسين هو مفتاح الحماية، كما اعتبروا أن التحلي بالأخلاق الحميدة والمراقبة وال ضبط والتوجيه الدائم من قبل الأسرة والحد من الاختلاط بين الجنسين والتربية الدينية واحتشام الفتيات بالمظهر واللباس أدوات حماية جوهرية هنا. وأخيرا فقد كانت الشرطه وخدمات الخط الساخن أو الدافئ التابعة للعديد من المؤسسات مصادر حماية حاضرة في وعي بعض المجموعات.

### 10.11.2.7 الزواج المبكر وزواج الأقارب

عرّف المشاركون الزواج المبكر بأنه ذلك الذي يحدث قبل اكتمال النضج الجسماني وذلك قبل عمر 18 سنة دون تحديد الجنس وذلك في جلسيتين مختلفتين. وتأرجحوا بين مؤيد ومعارض للمسألتين. فمن ناحية، بدوا أنهم مدركين لمضار هذا النمط من الزواج في كلا الحالتين بالذات على صحة المرأة والطفل، ومن ناحية أخرى لم يكن بمقدورهم النأي عما تطرحه الثقافة السائدة من تأييد لهاتين الممارستين، فمثلا رأى البعض أن الزواج المبكر هو تعجيل في الزواج لا ضرورة له كما انه مذلة للبننت وظلم للذكر والأنثى على حد سواء. فالفتاة بالذات حينما تزج في الزواج المبكر تصبح عرضة للمشاكل الصحية والجنسية كتأخر الحمل والأمراض التي قد تصاب بها عندما تحمل وهي ما زالت في سن صغيرة وامكانية إنجابها لأطفال معاقين. وكذلك فقد تطرقوا إلى المشاكل العائلية والاجتماعية التي قد تتجم عن عدم الوعي وغياب القدرة على التفاهم مع الزوج وأفراد أسرته، بالإضافة إلى عدم قدرتها على

تربية ابنائها التربية السليمة. ومن ناحية أخرى رأيت مجموعة فتيات رفح أن الشاب الذي يزج به في زواج مبكر هو إنسان غير واع ولا قادر على تحمل المسؤولية، في حين أن زواج الأقارب من وجهة نظر فتيات دار الرعاية في بيت جالا هو "مصنع للمعوقين والمشوهين" ومع ذلك فقد برر الشبان زواج الأقارب ودافعوا عنه بشكل واضح، حيث أجاب بعضهم بأنه "من الأفضل أن يتزوج الشخص ابنة عمه أحسن من الغريب" والبعض الآخر أجاب أن "زواج الأقارب هو سترة بنت العم/ ابن العم أولى/ القريبة أولى من الغريبة"، إلا أن المجموعة ذاتها أشارت إلى الأمراض الوراثية الناجمة عن زواج الأقارب وخصوصاً مرض الثلاسيميا . كما أن العديد منهم يعتبر زواج الأقارب خطأً لأنه يؤدي إلى إنجاب أطفال مشوهين ومعاقين بسبب نقل الأمراض الوراثية مما يتأتى عنه مشاكل عائلية وقتال في الأسرة . وثمة من استشهد بكرهه زواج الأقارب بالحديث النبوي الشريف "غربوا النكاح لا تزواوا" وتساءل عن السبب وراء عدم أخذ التعليمات الواردة في الحديث على محمل الجد من قبل المسلمين.

## 8 المناقشة والإستنتاجات والتوصيات

عود على بدء، لا بد من التذكير بأن الأرضية المعرفية التي إستندت إليها هذه الدراسة قامت على فهم لموضوع الصحة الإنجابية والجنسية للشباب المهمشين من الجنسين ضمن محيطه وفضاءه وسياقه الإجتماعي والقانوني والثقافي والسياسي كجزء لا يتجزأ من الأجندة التنموية الإنسانية الوطنية، والذي لا يمكن لأي إنجاز أيا كان حجمه أن يُستدام بدون أخذه في الحسبان. انطلاقاً من هذا الفهم فإن

الصفحات القليلة اللاحقة تستخلص وتوصي ما يخدم هذه النظرة بالاستناد إلى المعلومات التي تم جمعها سواءً من خلال جلسات النقاش أو الملاحظات والمشاهدات الميدانية لفريق البحث.

أول ما أمكن استنباطه من الخبرة الميدانية هذه هو أن مراكز التأهيل ودور الرعاية بمظهرها ووضعها المتواضع جدا تحمل صبغة العمل الخيري وتعاني من حالة إنكشاف ووصم بحكم فئاتها المستهدفة تحديدا، الأمر الذي له أن يضعف معنويات وشخصيات الشباب بدلا من تقويتهم وتعزيز ثققتهم بأنفسهم، ويبقيهم في نفس دائرة الإضعاف والإستغلال والتهميش. لذا فإن هناك حاجة ماسة لبرامج توعية جماهيرية تتضمن أوسع دائرة مجتمعية ومؤسسية ممكنة للعمل على تغيير المفاهيم والنظرة المجتمعية لدور الرعاية ومراكز الأحداث والقضاء على النظرة التي تتعاطى مع المراكز وكأنها معتقلات، ما له أن ينزع الوصمة عن الشباب المنتفع منها ويوسع من فرصه بالعمل والحياة الكريمة ويحسن توجهاته نحو المجتمع الذي يعيش فيه.

إلى ذلك أفاد العاملون في مراكز الأحداث تحديدا بأن الطريقة التي يتم فيها إنفاذ القانون تجاه الأحداث هي طريقة سلبية ومدمرة للفرد والمجتمع على حد سواء ، وهي أيضا تعزز من نظرة المجتمع إلى دور الرعاية كمتعقل، فقد أفادوا بأنه في الوقت الذي يجري التعامل مع الحدث على اعتبار أنه ضحية المجتمع التي هي بأمس الحاجة للرعاية والحماية والمساندة وهذا ما يجرى العمل عليه داخل المراكز، نجد أنه إذا ما أتم الحدث عامه الثامن عشر قبل انقضاء محكوميته تأتي الشرطة وتأخذه عنوة على طريقة " إلقاء القبض على المجرمين" واضعة القيود في معصمية لتزج به في السجن مع البالغين، ما يهدر جميع ما تم إحرازه من إصلاح في دار الرعاية ويدمر الحدث إلى الأبد، خصوصا مع سنه الحرج هذا، لذا لا بد من المطالبة بمراجعة وتعديل قانون إصلاح الأحداث والتدابير المتبعة في تنفيذ عقوبتهم.

وعلى صعيد آخر تسهم الوزارة نفسها بالإبقاء على هذه الصورة النمطية لمراكز التأهيل ودور الرعاية، فقد اشتكى العاملون من ضعف التواصل والتعاون بين المراكز والوزارة، ومنهم من قال بأن الوزارة نفسها واقعة في حلقة النمطية تلك، فهي نفسها تهمش المهمشين في المجتمع، فلا ترميم ولا تحديث ولا تطوير في البناء نفسه ولا في المرافق في معظم المراكز ولا أي نشاط تفاعلي تشاركي مع المجتمع لتعريفه بالمراكز وماهية دورها، ولا دورات تدريبية وتأهيل لرفع كفاءة الكوادر العاملة فيها ولا نشاط ترفيهي أو اجتماعي من أي نوع. لا بد وأن تعمل الوزارة على تصحيح ذلك ما أمكن لأن تكون المراكز أكثر جدوى وتحقق الهدف المرجو من قيامها.

وحول الصحة الإيجابية والصحة الجنسية تحديدا فإن من الجدير ذكره انه خلافا لما هو متوقع فكثير من الشباب في المراكز ودور الرعاية يملكون بعض المعلومات الخاصة بقضايا الصحة الإيجابية وقليل من

المعلومات حول الصحة الجنسية، وهم معنيون جدا بفحص صحتها وبالمزيد منها أيضا، كما أن لهم رأي ووجهة نظر في الكثير من موضوعاتها، مما يشير إلى وجود هامش مهم للاستثمار في هؤلاء الشباب وتنويرهم بالحقائق المعرفية والمشورة المتصلة بموضوع الصحة الإنجابية والجنسية، ومع ذلك لا بد من الإشارة إلى أن المشاركة في الجلسات كانت دوماً مقتصرة على عدد محدود من الحضور. وهذا مرده إما الجهل المطبق عند البعض أو الإنكفاء على الذات والإحباط عن البعض الآخر. ما يلفت إلى ضرورة تضمين وحدة مهارات تمكينية لتعزيز الثقة بالذات وبناء القدرات في أي رزمة تدريبية موجهة إلى هؤلاء الشباب أيا كان موضوعها.

هذا وقد كان لافتا أن مجموعات غزة أعطت دوماً إجابات أفضل بالمقارنة مع نظيراتها من الشباب من الجنسين في الضفة. ولعل هذا مرتبط بالكهائل من المشاريع التوعوية التي تم ضخها في القطاع في مجال الصحة الإنجابية في السنوات الأخيرة سواء من قبل وكالة الغوث الدولية أو القطاع الحكومي أو الأهلي، والتي يبدو أن الشباب المهمشين قد انتفعوا بها ضمن الآخرين. وعلية فمن الضروري أخذ الفروقات المنطقية بالحسبان عند تنفيذ البرامج التدريبية المستقبلية.

وعن توفر الخدمات الصحية اللازمة لتلبية احتياجات الشباب فقد أضحى افتقار المراكز الشديدة إلى الحد الأدنى من الخدمات الصحية الضرورية كالإسعافات الأولية على سبيل المثال والمعلومات الصحية الأساسية التي تحتاجها هذه الفئة العمرية الأقل حظاً، فليس هناك أي جلسات ولا برامج تدريبية لا دورية ولا موسمية في أي موضوع صحي بما في ذلك فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية

والمفارقة هنا هي أنه في الوقت الذي تعتبر هذه الفئة العمرية من الفئات الأشد انشغالا بالمواضيع الجنسية والأكثر عرضة للاستغلال وبالذات الجنسي منه لا يتاح لها الحصول على المعلومات الجنسية التي تقيها هذا الشكل من أشكال الاستغلال الذي قد يكون التجربة الأسوأ في حياة الكثيرين منهم. فمثلا ورد ذكر ممارسة العادة السرية والتحرش الجنسي والشذوذ الجنسي والأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك مرض الأيدز في معظم جلسات النقاش مع الشباب إن لم يكن جميعها، كما أن الشباب عبروا بصراحة عن حاجتهم لكثير من المعلومات حول هذه الأمور وغيرها، بل إن عدد من المرشدين صرح بوجود مثل هذه الممارسات بين الشباب في المراكز، وأضافوا أنهم يحاولون التعاطي مع هذه المسائل بطريقتهم وبالحد الأدنى من التأهيل الذي يملكونه في هذا المجال. فيما يفتقر العديدون منهم إلى جرأة ومهارة الخوض في مثل هذه المواضيع مع الشباب أصلاً سيما وأنهم لا يملكون المعلومات الصحيحة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. كما تطرق بعضهم إلى عدم تعاون الأسر معهم لحل مشاكل أولادهم. ومنهم من أشار إلى المعوقات الثقافية المرتبطة بهذه المواضيع وتخوفهم من ردة فعل الأهالي إزاء تناولهم أي منها مع الشباب، وعلى أية حال اتفق معظم العاملين الذين تمت مشاركتهم على أن هناك حاجة

لإشراك الأهالي في أي عملية توعوية أو تدريبية في هذا المجال، أو على الأقل أخذ موافقتهم الخطية على طرحها مع أبناءهم وبناتهم الشباب المتحقيين في المراكز، فيما عدا ذلك فإن النتائج ستعكس سلبا على المراكز والعاملين فيها والشباب أنفسهم.

بناء على ذلك، فيما يلي أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة من أجل تحسين واقع الشباب المهمشين من الجنسين (شبان وشابات) والمنتهقين من مراكز التأهيل والرعاية، والتي روعي فيها تحقيق انسجام وتكامل بين التدريب الذي يتلقاه كل من الطاقم بمهنييه وحرفييه من جهة والشباب من جهة أخرى، هذا بالإضافة إلى تحسين وتطوير المحيط البيئي المادي والإنساني والإجتماعي داخل المركز وخارجه.

• **بناء قدرات الطواقم المهنية والحرفية العاملة في المراكز النهارية ودور الرعاية لتمكينها من تقديم الخدمات المتكاملة وعالية الجودة للشباب المنتفعين من هذه المراكز.** حيث من الضروري وضع الكوادر الحرفية (مدربي النجارة/الحدادة/ التصوير/قص الشعر/والخياطة) جنبا إلى جنب مع الكوادر المهنية على الأجنده التدريبية للكوادر العاملة في المراكز النهارية ودور رعاية الأحداث لأنهم الأقرب إلى الطلاب في كثير من الأحيان والأكثر اطلاعاً على سلوكياتهم بحكم اتساع الرقعة الزمنية التي يتواصلون معهم فيها يوميا مما يتيح لهم فرصة أكبر لمساعدة الشباب لو توفرت لديهم المهارات والمعلومات اللازمة، علاوة على أنهم بذلك يرفدون عمل الطاقم المنهي ويساندونه.

• **تعزيز الموارد الإنسانية العاملة في المراكز لتمكينها من تقديم خدمات أكثر تكاملا وشمولية.**

1. رفد المراكز بمهنيين متخصصين تضم أخصائي/ة نفسي/ة وممرض/ة أو طبيب/ة لتوفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية للشباب ومنها الإسعافات الأولية والتنظيف والتوعية الصحية. و كذلك هناك حاجة إلى تعزيز وبناء كفاءة الكوادر الموجودة حاليا. وضم الواعظة/ة الديني (رجل الدين) إلى هؤلاء حتى وإن كان في إطار وظيفة جزئية لمساعدة الشباب المنتفع من المراكز وخاصة الأحداث، وتكمن أهمية هذا الأمر في أنه يوضح مدى شرعية الكثير من الممارسات التي أقر العاملون بوجودها وطرحها الشباب مرارا وتكرار في الجلسات مثل موضوعة العادة السرية والجنسية المثلية (الشذوذ الجنسي) على سبيل المثال والتي من المؤكد أن الكثير من الشباب يعيشون عقدة الذنب بسبب ممارستهم لها، ثم أن توفير الوعي الديني يساند ويساعد في تقويم السلوك بالإضافة إلى أنه يلبي الاحتياجات الروحية للشباب التي لا بد لها أن تبث فيهم شيئا من الراحة والطمأنينة وتسهل استجابتهم على المستوى السلوكي.

2. كما أن هناك حاجة لأن يتلقى أفراد الطاقم العامل في مراكز التأهيل ودور الرعاية جلسات تفريغ نفسي بشكل دوري، فهم بحكم تعاطيهم اليومي مع المشكلات المعقدة لهذه

الفئة الصعبة من الشباب يصبحون في وضع نفسي ضاغط، وبشكل استثنائي وتراكمي فإن لهذا الكم المتنامي من التوتر والضغط أن يلحق بهم الضرر النفسي والمعنوي ويفقدون القدرة على الاستمرار في للعاطي البناء مع الشباب المنتفعين، وهذا أمر لا بد وان ينظر له بمنتهى الجدية خصوصا وان هبوط معنويات العاملين وشعورهم بالإحباط الشديد كان ملحوظا أحيانا وتم التعبير عنه بوضوح أحيانا أخرى.

• **تطوير البنى التحتية المادية لمراكز التأهيل برفدها بالموارد اللازمة.** فلقد كانت هناك مطالبات واضحة من العاملين والشباب على حد سواء بتحسين الوضع العام بالمراكز من النواحي اللوجستية والترفيهية والصحية مثل تأهيل ملاعب الكرة الموجودة وعمل ملاعب في الأماكن غير الموجودة بها ذلك بالإضافة إلى الرحلات والمخيمات، ما أمكن، لأن ينخرط الشباب في النشاطات اللامنهجية التي تساعدهم على تفريغ طاقتهم بالإتجاه السليم.

وفي نفس السياق، فهناك حاجة لتوفير بعض الكتب والمواد العلمية والنشرات والكتيبات وكذلك وسائل الإيضاح وأجهزة سمعية ومرئية مثل المسجل والتلفزيون والعاكس لأن يتسنى للعاملين في المراكز استخدامها في تقديم الخدمات التوعوية والتثقيفية للطلاب الرجوع إليها لتحصيل المعلومات التي قد يحتاجونها.

• **الإحتياجات التدريبية والتوعوية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية للطاقم العامل (مهنيين وحرفيين ) أولا وللشباب ( شبانا وشابات) المنتفعين من المراكز ثانيا.**

يشتمل البرنامج التدريبي لفائدة هذه الفئة على رزمتين تدريبيتين. الأولى تستهدف الطاقم المهني والحرفي العامل في المراكز والثانية تستهدف الشباب من الجنسين. ومن ثم فكل رزمة تشتمل على وحدتين اثنتين أيضا مصنفتين كما هو موضح أدناه، علما بان كل وحدة تشتمل على الموضوعات التي طالب بها الطاقم أو الشباب أو كليهما ؛

1. الأولى تمكينية لتعزيز الثقة بالذات وبناء القدرات وتعنى **بالمهارات الحياتية** والمواضيع السلوكية ذات الصلة مع تركيز خاص على؛ مهارات الاتصال والتواصل والاستماع ، والمهارات اليبينشخصية ، ومهارات اتخاذ القرار وحل المشكلات، ومفهوم النوع الإجتماعي (الجندر)، بالإضافة إلى قضايا مجتمعية سلوكية بما في ذلك الإدمان والعنف.

2. الثانية معرفية توعوية في مجال **الصحة الإنجابية والصحة الجنسية** متضمنة وليست مقتصرة على؛ صحة المراهقة والحقوق الجنسية والإنجابية للشباب وتنظيم الأسرة والمشورة قبل الزواج والتحرش والعنف الجنسي والعادة السرية والأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الأيدز والتهايب الكبد الوبائي والمثلية الجنسية (السحاق واللواط) والتزويج المبكر وزواج

الأقارب. ولا بأس في إضافة جزئية حول الاسعافات الأولية كحاجة متقاطعة مع كل قضايا الصحة خصوصا وأن الجميع شدد على الحاجة اليها داخل المراكز.

• **مأسسة التوعية الإيجابية والجنسية بتضمينها في البرنامج الرسمي المعتمد والمعمول به في المراكز، وذلك لاحقا للبرنامج التدريبي الموصوف أعلاه، بحيث يتم ذلك بشكل منتظم ولو بواقع حصة واحدة في الأسبوع على الأقل بإتباع منهاج ودليل تدريبي موحد يستعمل في جميع المراكز على أن متاحا للشباب الإطلاع عليه والانتفاع من المعلومات الواردة فيه في أي وقت.**

• **التشبيك مع المؤسسات والجهات المعنية للمطالبة بتعديل قانون إصلاح الأحداث والمؤسسات العقابية أولا بتوحيد الأوضاع التشريعية المتباينة بين الضفة والقطاع حول تشريع إصلاح الأحداث يضاف إلى هذا بأن التشريعين الساري المفعول في كل من المنطقتين يفقدان أخذ التطورات المعاصرة والمفهوم النظري للمجرم والجريمة والعقاب والتدابير الاحترازية بالإضافة إلى تنظيم قضاء الأحداث وإنشاء المؤسسات العقابية المهنية والحرفية الملائمة التي يمضي فيها الأحداث الجانحين كامل مدة عقوبتهم. كل ذلك بات يستدعي إصدار قانون خاص بهذا الصدد، وهذا ما سبق وأن تناوله عودة وأبو فاشة (2004) في قراءتهم للتشريعات التي تعنى بالشباب في القانون الفلسطيني.**

## 9 قائمة المراجع العربية

أديب، عبد السلام (2002). أبعاد التنمية المستدامة. مجلة الحوار المتمدن. العدد 333. في الشبكة على العنوان: <http://www.rezgar.com/debat/show.art.asp?code=arabic&aid=4305> فتح يوم 2006/8/6.

الأسكوا (2002). مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة. جوهانسبيرغ. آثار عدم المساواة الإجتماعية- الإقتصادية على التنمية المستدامة في منطقة الاسكوا. أوراق موجزة:17. الأمم المتحدة.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2001). شباب فلسطين: واقع وأرقام. رام الله: فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2004). مسح الشباب، 2003- النتائج الأساسية. رام الله: فلسطين

الرفاعي، عائشة (2004). الصحة الإنجابية للمرأة الفلسطينية: مراجعة في الأدبيات. المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية- مفتاح. رام الله: فلسطين.

العفيفي، رياض (2003). دراسة تحليلية لبعض الدراسات المتعلقة بمشاكل الشباب في الفئة العمرية (15-25) سنة واحتياجاتهم في المعرفة ولإرشاد في قضايا الصحة الإنجابية والجنسية في فلسطين. إدارة التنقيف والتعزيز الصحي. وزارة الصحة الفلسطينية. نابلس: فلسطين.

العفيفي، محمد والعفيفي، رياض. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2005). مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد، سلسلة الدراسات التحليلية المعمقة (05). واقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية. رام الله: فلسطين.

الأحمدات، أمجد (2006). آراء وتوجهات المجتمع المحلي الفلسطيني في محافظة رام الله تجاه الفحص الطبي قبل الزواج. أطروحة ماجستير في الصحة العامة. عمادة الدراسات العليا. جامعة القدس: فلسطين

أنجلز، ناديا (2001). إقتراح حول سياسة عامة خاصة بقطاع الشباب في محافظة رام الله والبيرة. مركز بيسان للبحوث والإنماء. رام الله: فلسطين.  
جامعة بيرزيت- برنامج دراسات التنمية و اليونيسيف. (غير مؤرخ). التحديات والأولويات من منظور الشباب الفلسطيني. رام الله: فلسطين

جمعية أصدقاء الثلاثين (2006). مرض فقر البحر المتوسط في فلسطين. في الشبكة العنكبوتية على العنوان: <http://www.tpfs.org> فتح يوم 2006/8/2

شبكة الأردن للتنمية (2003). مقدمة في مفهوم التنمية البشرية المستدامة. في الشبكة العنكبوتية على العنوان: <http://www.jordandevnet.org/shd/introa.htm> فتح يوم 2006/8/2.

راضي، أليسار (2004). ورقة عمل المنتدى العربي للسكان. "واقع واقتراحات حول الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية للشباب في المنطقة العربية".

رزق، محمد عيسى (2004). توجهات ومعرفة الشبيبة الفلسطينية بقضايا الصحة الإنجابية في الضفة الغربية. أطروحة ماجستير في الصحة العامة. عمادة الدراسات العليا. جامعة القدس: فلسطين

سالم، وليد وآخرون (2002). ملف الشباب في فلسطين: آفاق وسياسات مقترحة. منتدى شارك الشبابي. رام الله: فلسطين.

عمرو، زياد وأبو فاشة وسيم وجبران، شهنار (2004). مراجعة للسياسات الوطنية للشباب وعلاقتها بالمجموعات المهمشة. برنامج دراسات التنمية. جامعة بيرزيت. بيرزيت: فلسطين.

عودة، محمد وأبو فاشة وسيم (2004). الشباب في التشريعات والقوانين الفلسطينية. برنامج دراسات التنمية. جامعة بيرزيت. بيرزيت: فلسطين.

مصلح رشا، والقريناوي صابرين (2003): وعي الشباب الجامعي بالفحص الطبي قبل الزواج. في الشبكة العنكبوتية على العنوان: [www.mohp.gov.eg/sec/heducation/advises.asp](http://www.mohp.gov.eg/sec/heducation/advises.asp) فتح يوم 2006/8/2.

معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني . ماس (2000). المراقب الإجتماعي. عدد رقم 3. رام الله- فلسطين.

وزارة الصحة الفلسطينية(2003). التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية، وزارة الصحة الفلسطينية، نابلس: فلسطين

- English References

United Nations Population Fund (2003) *Features and particularities of Populations in the Arab World: an introduction to the African Arab parliamentarians meeting*. The African Arab parliamentarians meeting Cairo: Egypt

World Health Organization (1998). *DALYs and Reproductive Health: a Report of an Informal consultation*. Geneva: Switzerland.

10 ملحق رقم (1)

برنامج العمل للمجموعات البورية / الضفة الغربية

مجموعة الشباب (النتفعين/ات)		مجموعة الكوادر المهنية والحرفية		المكان	الساعة	التاريخ واليوم
<b>منطقة الوسط</b>						
اناث	ذكور	اناث	ذكور			
			♂	دار الامل / رام الله	11-9	2006/6/27/الثلاثاء
	♂			دار الامل / رام الله	-11.30 1.30	
			♂	مركز تأهيل الشبيبة/البيرة	11-9	2006/6/29/الخميس
<b>منطقة الشمال</b>						
		♀		مركز تأهيل الفتيات / نابلس	-9.30 11.30	2006 /7/3 /الاثنين

♀				مركز تأهيل الشبيبة / نابلس	2-12	
			♂	مركز تأهيل الشبيبة بطولكرم وقلقيلية (طولكرم)	-9.30 11.30	2006/7/6 / الخميس
	♂			مركز تأهيل الشبيبة بطولكرم وقلقيلية (طولكرم)	2-12	
	♂			مركز تأهيل الشبيبة/ جنين	12-10	2006/7/10 / الاثنين
				<b>منطقة الجنوب</b>		
		♀		دار رعاية الفتيات / بيت جالا	11-9	2006/7/5 / الاربعاء
♀				دار رعاية الفتيات / بيت جالا	-11.30 1.30	
	♂			مركز تأهيل الشبيبة/ الخليل	12-10	2006/7/10 / الاثنين

خطة العمل للمجموعات البؤرية / قطاع غزة

مجموعة الشباب (المنتفعين/ات)		مجموعة الكوادر المهنية والحرفية		المكان	الساعة	التاريخ واليوم
اناث	ذكور	اناث	ذكور			
	♂	♀		مركز تأهيل الشبيبة/ غزة وبيت لاهيا	11-9	2006/6/27 الثلاثاء
♀			♂	مركز تأهيل الشبيبة/ غزة وبيت لاهيا	1.30-11.30	
	♂	♀		مركز تأهيل الشبيبة/ دير البلح	11-9	2006 /7/3 الاثنين

♀			♂	مركز تأهيل الشبيبة/دير البلح	1.30-11.30	
	♂	♀		مركز تأهيل الشبيبة/رفح وخانيونس	11-9 1.30-11.30	2006/7/6 الخميس
♀				مركز تأهيل الشبيبة/رفح وخانيونس	11-9	2006/7/10 الاثنين
	♂		♂	مركز تأهيل الشبيبة/ رفح وخانيونس	11-9 1.30-11.30	2006/7/12 الأربعاء
	♂		♂	مركز دار الربيع/غزة	11-9 1.30-11.30	2006/7/15 السبت