وزارة التربية والتعليم العالي
Palestinian Ministry of Education and Higher Education

دراسة تقييمية
لمشروع صحة المراهقة ومرشد المعلم في الصحة الإنجابية

اعداد

الفا العالمية للابحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي

تم بدعم من: صندوق الأمم المتحدة للسكان

كلمة شكر

تنتهز وزارة التربية والتعليم العالي الفرصة لتقدم شكرها لصندوق الأمم المتحدة للسكان لدعمه المتواصل لمشروعي صحة المراهقة ومرشد المعلم في الصحة الإنجابية، وإعطاء الفرصة لتنفيذ هذه الدراسة التقييمية التي تمت من خلال الإدارة العامة للإرشاد والتربية الخاصة والإدارة العامة للصحة المدرسية في الوزارة ممثلة:

- السيدة ريما زيد الكيلاني/ مدير عام الإرشاد والتربية الخاصة
- د. محمد الريماوي/ مدير عام الصحة المدرسية
- السيدة لينا سعادة/ منسقة المشروع

كما تشكر وزارة التربية والتعليم العالي فريق مؤسسة ألفا العالمية للابحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي لتنفيذه هذه الدراسة بنجاح وتخص بالذكر:

- د.رند سلمان
- د. فيصل عورتاني
- السيد جمال حسن
- السيد إياد زبداوي
- السيد رضا زوربا
- السيدة هبة بدران

وكذلك تشكر وزارة التربية والتعليم العالي جميع مديريات التربية والتعليم في الضفة الغربية وقطاع غزة على الجهود التي بذلتها لانجاح تنفيذ الدراسة وتشكر الوزارة ايضا الطلبة وذويهم الذين شاركوا في هذه الدراسة.

فهرس المحتويات

قائمة الجداول..... 4

قائمة الاشكال البيانية..... 5

الملخّص التنفيذي..... 6

أهداف الدراسة التقييمية..... 15

الإطار المفاهيمي وتعريف المصطلحات..... 16

منهجية إعداد الدراسة التقييمية..... 20

أولا: مراجعة شاملة للمشروع منذ بدايته..... 20

ثانيا: مراجعة الأدبيات والأنشطة والتقارير المتعلقة بالمشروع..... 20

ثالثا: جمع المعلومات..... 20

رابعا: كتابة التقرير والتوصيات..... 24

الصعوبات التي واجهتها هذه الدراسة التقييمية..... 26

نتائج الدراسة التقييمية..... 27

أولا: نتائج المقابلات المعمقة..... 27

ثانيا: نتائج المجموعات البؤرية المركزة..... 35

رابعا: نتائج دراسة تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية..... 49

الأهداف الخاصة..... 49

الخصائص الديمغرافية لعينة الطلبة..... 50

1. مفاهيم الصحة الإنجابية..... 51

2. العمر المناسب لمعرفة أمور الصحة الإنجابية والجنسية..... 53

3. مواضيع الصحة الإنجابية المطروحة في المدارس..... 54

4. الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية..... 58

5. آراء ومواقف المراهقين بعموميات الصحة الإنجابية..... 67

6. ممارسات الطلبة المراهقين لعموميات الصحة الإنجابية 70

7. المهارات الحياتية 71

8. متطلبات الطلبة لتحسين معلوماتهم حول الصحة الجنسية والإنجابية 73

9. مصادر معلومات الطلبة حول الصحة الإنجابية والجنسية 75

10. برنامج الصحة الإنجابية في المدارس 76

11. دور الأهل في برنامج المدرسة للصحة الإنجابية..... 77

12. القضايا الجنسية التي ينبغي على الأهل مناقشتها مع المراهقين حسب رأي الطلبة..... 78

المؤشرات المقرر قياسها فى الخطة السنوية لبرنامج الصحة الإنجابية 80

المناقشة والاستنتاجات 82

توصيات الدراسة..... 88

الملاحق..... 92

ملحق 1: أسئلة المقابلة المعمقة (وزارة التربية والتعليم ، صندوق الأمم المتحدة للسكان ، مركز المرأة للإرشاد القانوني والإجتماعي) 92

ملحق 2: محاور المجموعات البؤرية..... 93

ملحق 3: استمارة الملاحظة..... 101

ملحق 4: استمارة مسح تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية . 105

ملحق 5: نبذة عن مؤسسة الفا العالمية..... 114

قائمة الجداول

جدول 1: الفئات المستهدفة في التقييم والوسيلة المستخدمة لجمع البيانات من كل فئة 20
جدول 2: العدد الإجمالي للمرشدين المتدربين على دليل صحة المراهقة خلال الفترة 2008 – 2009 30
جدول 3: العدد الإجمالي لمنسقي الصحة المدرسية المتدربين على دليل صحة المراهقة خلال الفترة 2008 – 2009 30
جدول 4: نتائج التقييم الداخلي للمدربين 34
جدول 5: التوزيع النسبي لتعريف الطلبة للصحة الإنجابية حسب الصف والجنس 52
جدول 6: التوزيع النسبي للصفوف التى يرى الطلبة أنه ينبغي على الفتيات معرفة أمور الصحة الإنجابية فيها حسب الصف والمنطقة والجنس..... 53
جدول 7: التوزيع النسبي لسبب اختيار الطلبة للصف الذي ينبغي على الفتيات معرفة أمور الصحة الإنجابية فيه حسب الصف والمنطقة والجنس 53
جدول 8: التوزيع النسبي لمواضيع الصحة الإنجابية المختلفة في المدرسة التي ذكرها الطلبة حسب الصف والمنطقة والجنس 55
جدول 9: التوزيع النسبي لبعض مواضيع الصحة الإنجابية التي طرحت لأول مرة للطلبة حسب الصف..... 56
جدول 10: التوزيع النسبي لمواضيع الصحة الإنجابية حسب المساق الذي طُرحت فيه لأول مرة للطلبة في المدارس 56
جدول 11: التوزيع النسبي لمواضيع صحة المراهقة عند الطلبة الذكور حسب الصف 57
جدول 12: التوزيع النسبي لمواضيع صحة المراهقة عند الطلبة الإناث حسب الصف 57
جدول 13: التوزيع النسبي لمواضيع الصحة الإنجابية حسب من قام بتقديم الموضوع 57
جدول 14: نسبة الطلبة الذين تعرفوا على أساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال من الصف التاسع..... 65
جدول 15: نسبة الطلبة الذين تعرفوا على أساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال من الطلبة الذين ذكروا أنهم تلقوا معلومات حول الموضوع 65
جدول 16: التوزيع النسبي لمواضيع الصحة الإنجابية التي يهتم بها الطلبة حسب الصف والمنطقة والجنس..... 73
جدول 17: التوزيع النسبي للتغيير في سلوكيات الطلبة نتيجة ما تعلموه في المدرسة حسب الصف والمنطقة والجنس 74
جدول 18: التوزيع النسبي لمصدر المعلومات حول الصحة الإنجابية من قبل الطلبة حسب الصف والمنطقة والجنس 75
جدول 19: التوزيع النسبي لمقدمي المساقات في المدرسة القادرين على تقديم شرح واضح حول مواضيع الصحة الجنسية والإنجابية حسب رأي الطلبة حسب الصف والمنطقة والجنس 77
جدول 20: التوزيع النسبي للقضايا الجنسية التى ينبغي على الوالدين مناقشتها مع المراهقين حسب الصف والمنطقة والجنس من وجهة نظر الطلبة 78
جدول 21: المؤشرات المقرر قياسها فى الخطة السنوية لبرنامج الصحة الإنجابية..... 80

قائمة الاشكال البيانية

شكل 1: التوزيع للطلبة حسب الجنس 50

شكل 2: التوزيع للطلبة حسب الصف 50
شكل 3: التوزيع النسبي للطلبة حسب المنطقة 51
شكل 4: التوزيع لتعريف الطلبة للصحة الإنجابية حسب المحافظة 52
شكل 5: التوزيع النسبي لعلامات البلوغ عند الذكور حسب الجنس 58
شكل 6: التوزيع النسبي لعلامات البلوغ عند الإناث حسب الجنس 59
شكل 7: التوزيع النسبي لأنوع الأمراض المنقولة جنسيا التى تم التعرف عليها حسب الجنس 60
شكل 8: التوزيع النسبي لأنوع الأمراض المنقولة جنسيا التى تم التعرف عليها حسب الصف 60
شكل 9: أنوع الأمراض المنقولة جنسيا التى تم التعرف عليها حسب المنطقة 61
شكل 10: التوزيع النسبي لطرق الوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسياً التى تمت معرفتها من قبل الطلبة حسب الجنس 62
شكل 11: التوزيع النسبي لطرق الوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسياً التى تمت معرفتها من قبل الطلبة حسب الصف 62
شكل 12: طرق الوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسياً التى تمت معرفتها من قبل الطلبة حسب المنطقة 63
شكل 13: التوزيع النسبي لأساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال حسب المنطقة..... 64
شكل 14: التوزيع النسبي لأساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال حسب الصف 64
شكل 15: التوزيع النسبي لأنواع العنف الجنسي المعروفة لدى الطلبة 66
شكل 16: تعريف النوع الاجتماعي لدى الطلبة 68
شكل 17: التوزيع النسبي لرأي الطلبة بعمل المرأة حسب الجنس 68
شكل 18: رأي المراهقين في أوزانهم حسب الجنس 69
شكل 19: التوزيع النسبي لطرق الاتصال المستخدمة لدى الطلبة حسب الجنس 72

الملخّص التنفيذي

لقد تم إعداد هذه الدراسة التقييمية وفقا لمنهجية علمية اعتمدت أدوات البحث الكمية والنوعية أساسا لهذه الدراسة، حيث تمت مراجعة الأدبيات، وعمل الاستبيان، وعقد المجموعات البؤرية، واجراء المقابلات المعمقة للوصول إلى كافة الفئات المستهدفة في الدراسة (الطلبة، المرشدين التربويين، طاقم الصحة المدرسية، المعلمين، مدراء المدارس, الأهل) للحصول على المعلومات والبيانات المتعلقة بمشروع (دليل صحة المراهقة) وأثره عليهم. وتهدف الدراسة التقييمية إلى معرفة مدى استفادة الطلبة من برنامج صحة المراهقة في تحقيق التغيير في النواحي السلوكية والمعرفية والمهارات الحياتية، ومدى تطبيق برامج وأنشطة مشروع دليل صحة المراهقة والذي يتمّ من خلال: تقييم أداء المدربين من حيث تحقيق التدريب لاحتياجات المدرّب بهدف تحسين أدائه وتوفير المهارات لديه لتطبيق الأنشطة، ومعرفة مدى تمكّنه من إيصال المعلومة إلى المتدرب وبالتالي إيصالها للطلبة، ومعرفة مدى تقبل الأهل لمواضيع الدليل.

وبشكلٍ عام، كان من الصعب تحديد مدى تحّقق أهداف المشروع، بالمقارنة مع الأهداف المخططة له، بسبب غياب دراسة قاعدية تساعد على معرفة وتقييم مدى استفادة الفئة المستهدفة الرئيسية وهي الطلبة من كلا الجنسين منه، وغياب المؤشرات الواضحة والكافية لرصد عمليتي المتابعة والتقييم للمشروع.

وعلى الرغم من تحقيق التدريب لأهدافه، كونه كان مناسباً لتوقعات المتدربين وملبياً لاحتياجاتهم، واستُخدمت فيه الوسائل التدريبية المناسبة لتقديم وعرض المادة التدريبية، إلا أنه ما زالت هناك حاجة لتقوية القناعات والمواقف والتوجهات للمرشدين والمعلمين ومنسقي الصحة المدرسية والمدراء، مع التركيز على تقوية طرق الاتصال والتواصل لرفع الحواجز التي تقف في طريق حرية السؤال والتعبير فى مواضيع الصحة الإنجابية. بالإضافة إلى ذلك، كان واضحاً لفريق التقييم عدم وضوح مفهوم برنامج صحة المراهقة لدى معظم مدراء المدارس، مما شكّل عائقاً فى تنفيذ البرنامج بشكل عام، ومن هنا تأتي أهمية إشراك المدراء فى التدريب.

وبيّنت الدراسة، أن مفهوم الصحة الإنجابية والجنسية غير واضح لدى الطلبة بمعناه الشامل والذي يتضمن تكامل الجوانب الجسدية والانفعالية والعقلية والاجتماعية، حيث كانت هناك نسبة تغطية عالية لبعض مواضيع صحة المراهقة مقارنة بغيرها مثل مرحلة المراهقة، الحيض، التغذية، العنف، الزواج، الزواج المبكر والنظافة الشخصية من جهة، بينما تمّ طرح مواضيع النوع الاجتماعي والعادة السرية عند المراهقين بشكل أقل، من جهة أخرى. وعلى الرغم من ذلك فإن بعض المواضيع المهمة كمواضيع الجهاز التناسلي الذكري والأنثوي وعلامات البلوغ عند الجنسين تمت مناقشتها في الصفين الثامن والتاسع، الأمر الذي يعتبر متأخراً نوعاً ما. كما تبين أن هناك ضعفاً معلوماتياً ملحوظاً لدى الطلبة، بعلامات البلوغ والتغيرات الجسمية التي تحدث عند الجنس الاخر والأمراض التى تنتقل من خلال الاتصال الجنسي وطرق الوقاية منها وأساليب تنظيم الأسرة وأنواع العنف الجنسي والأنيميا. كما وبيّن الطلبة أنهم بحاجة إلى أن تُشرح لهم المعلومات بشكل أوضح وأشمل في المدرسة حول مواضيع المراهقة وعلامات البلوغ عند الجنسين والزواج المبكر والإنجاب والخصوبة ووسائل تنظيم الأسرة.

وبالرغم من أن مرض الإيدز كان من أكثر الأمراض الجنسية معرفة وشهرة عند الطلبة مع معرفة محدودة جداً عن بقية الأمراض، إلاّ أن معرفتهم بطرق الإصابة بالإيدز كانت منقوصة، حيث أجاب 73.9% بأنه ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي و24.7% عن طريق نقل دم ملوث بالمرض و16.1% عن طريق الإبر الملوثة بالمرض.

وتُظهِر نتائج الدراسة، الدور الرئيسي الذى يلعبه كلٌ من المعلم والمرشد التربوي والوالدين فى مجال الصحة الإنجابية والجنسية، حيث احتل المعلم المصدر الرئيسي للمعلومات حول الصحة الإنجابية والجنسية عند الغالبية العظمى من الطلبة، تلاه المرشد التربوي والأم، وخاصة عند الإناث من الطلبة. لذلك يجب انتهاز الفرصة والعمل على تدعيم دور كل من المعلم والمرشد التربوي والوالدين مع التركيز على معلمي/معلمات الاقتصاد المنزلي والصحة والبيئة باعتبارهم الأقدر على تقديم شروحات واضحة حول القضايا الحساسة المتعلقة بالصحة الإنجابية، وذلك من خلال دعم معلوماتهم ومهاراتهم وتأهيلهم للتعامل مع مشاكل وقضايا المراهقين خاصة وأن حوالي نصف الطلبة ما زالوا لا يشعرون بالحرية لسؤال المعلم أو المعلمة حول الصحة الإنجابية والجنسية، بسب الشعور بالحرج والخوف والقلق من ردود فعلهم.

وتُظهر نتائج الدراسة أيضا أن لمشروع صحة المراهقة تأثيرات إيجابية من وجهة نظر الطلبة، حيث تعتقد الغالبية العظمى من الطلبة، بأن أخلاقهم وشخصياتهم وآراءهم، من حيث زيادة الثقة في النفس والهدوء واحترام الآخرين وكيفية التعامل معهم والعمل بروح الجماعة والمشاركة وحب الغير، قد تحسّنت جميعها نتيجةً لما تعلموه في المدرسة من مواضيع مختلفة حول الصحة الإنجابية والجنسية.

لكن البرنامج لم يستطع استقطاب وإشراك الأهل، مع أنهم جزء أساسي في المشروع، وبالتالي لم يتم توفير أية معلومات لتوعيتهم حول صحة المراهقة، أو لتقوية قدراتهم على الاتصال والتواصل مع أبنائهم. وكانت مشاركاتهم تتم بطريقة غير مباشرة من خلال تجارب المؤسسات و/أو الاجتهادات الفردية لبعض المرشدين.

ومن أهم نقاط القوة في مشروع صحة المراهقة: التزام وزارة التربية والتعليم العالي على جميع المستويات بمفهوم الصحة الإنجابية الشامل والإيمان والقناعة بأهدافه وبرامجه، الأمر الذي يمثل قوّة محرّكة للمشروع في الوزارة، بالإضافة إلى توفر الدعم والالتزام بالتمويل المناسب من صندوق الأمم المتحدة للسكان، وتطبيق البرنامج من قبل وزارة التربية بوعي وبطريقة تدريجية لحساسية الموضوع، والتعلم من الدروس المُستَفادة حول الطرق المثلى للتطبيق والتعديل عند الحاجة، وتوفر عناصر الإستمرارية في المشروع ومن أهمها تدريب بعض الكوادر التعليمية على تطبيق دليل صحة المراهقة ضمن إطار المفهوم الجديد للصحة الإنجابية والجنسية، حيث تم إعداد مجموعة من المرشدين المدربين في كافة المديريات، وأيضا مرشدين متدربين قادرين على تنفيذه وتطبيقه في المدارس.

أما أهم نقاط الضعف فهى: غياب المشاركة في التخطيط من قبل الفئات المستهدفة (المعلم، المرشد، الطالب، والأهل) بحيث يكون أكثر عمقا وشمولية، وعدم إشراك الأهل فى البرنامج وغياب دراسة قاعدية تساعد على تحديد مدى استفادة الطلبة من كلا الجنسين من تطبيق البرنامج، والنقص في المرشدين التربويين المدربين فى جميع المدارس في موضوع الصحة الإنجابية، كذلك النقص في الوسائل والأدوات والمؤشرات للتعرف على درجة تأثير المشروع على الطلبة لتشكل آلية لنقاش مستقبلي لتطوير المشروع، وعدم توفر آلية لمتابعة تنفيذ وتطبيق المشروع في المدارس، وعدم دمج المدارس الخاصة ومدارس الوكالة فى البرنامج خاصة في غزة، بالإضافة إلى عدم توفير دليل صحة المراهقة في غزة مما أدى إلى ضعف في تنفيذ النشاطات فى مدارسها، وعدم استهداف مدراء المدارس في المشروع .

ومن أهم توصيات الدراسة: ضرورة إعداد خطة إستراتيجية شاملة ومعمقة للمشروع، بحيث تتضمن مؤشرات منهجية محددة لاستخدامها فى المتابعة والرقابة والتقييم، وكذلك خطة عمل لمواصلة تطبيق مشروع صحة المراهقة للطلبة للوصول للنتائج المرجوة، وتطبيق نظام التحويل، والتواصل مع الأهل وإنتاج مواد تثقيفية حديثة ملائمة للطلبة، وتشكيل فريق عمل موسع في الوزارة يضم (دائرة الصحة المدرسية، دائرة الإرشاد التربوي منسقة المشروع وصندق الأمم المتحدة للسكان) لتحديد المنهجية والخطة للمرحلة القادمة بناء على نتائج التقييم و استهداف الطلبة بطريقة منهجية لإشراكهم في عملية التخطيط وتحديد الأولويات، وتفعيل دور الأهل في عملية التخطيط وتوفير منهجية واضحة للعمل بذلك من خلال عقد لقاءات دورية مع الطلبة والأهالي. كذلك اتت التوصيات على أهمية توسيع الفئة المستهدفة من الطلبة بحيث تشمل صفوف في سن مبكرة كالصف السادس و الصفوف الثانوية المتقدمة (العاشر، الحادي عشر، الثاني عشر) مع ضرورة تحديد مواضيع أساسية محددة فى الصحة الإنجابية بحيث تكون إلزامية و يتم تطبيقها في جميع المدارس للمراحل الدراسية المختلفة مع الإبقاء على مواضيع أخرى اختيارية حسب الحاجة .

وكذلك ركزت التوصيات على أهمية العمل على استهداف فئات مهمة كرجال الدين والإعلام ومقدمي الخدمات الصحية لتدعم البرنامج و للعمل على توحيد الجهود لإحداث تغيير ملموس فى معلومات ومواقف وسلوكيات الطلبة المراهقين بالنسبة للصحة الإنجابية. بالإضافة الى ذلك أتت الوصيات على ضرورة إعادة النظر في دليل صحة المراهقة وتقييم مدى قدرة النشاطات على إيصال المعلومة والرسالة للطلبة وإغنائه بالجانب الديني والإجتماعي والعمل على إصدار دليل مساعد للهيئة التدريسية يهدف الى توفير معلومات وأمثلة على كيفية إدارة الحوار ومناقشة الأهل وإقناعهم بأهمية موضوع الصحة الإنجابية بالنسبة للمراهق. كما اوصت الدراسة بأهمية إعداد نظام فعال للرقابة والمتابعة والتقييم والذى يشمل قياس مدى أثر تطبيق النشاطات بطريقة منهجية ومدروسة على الطلبة في تحسين معلوماتهم ومعتقداتهم وسلوكياتهم.

المقدمة

تمثل مرحلة المراهقة نقطة تحوّل رئيسية في حياة الإنسان باعتبارها مرحلة إنتقالية من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الشباب والنضج، والتي يشهد خلالها تغيرات حيوية ومهمة في مسار حياته من كافة الجوانب الجسدية والنفسية والحياتية، الأمر الذي يتطلب مساعدته لعبور هذه المرحلة بأمان.

ويواجه الشباب، خاصة في مرحلة المراهقة، مشاكل عديدة نتيجة لنقص الوعي وغياب الرقابة الأسرية والمجتمعية، والقيود التي تفرضها العادات والتقاليد، وأيضا نتيجةً لغياب الدور الفاعل للمؤسسات والهيئات المختصة في الاهتمام بهذا الجانب على الصعيدين الحكومي والأهلي، مما ينعكس سلباً على مواقفهم السلوكية والحياتية والثقافية والصحية، ويؤدي إلى مرورهم في مرحلة اضطراب وعدم توازن إجتماعي ونفسي.

وهنالك اعتقاد سائد بأن فئة الشباب هي الفئة الأكثر تمتعاً بالصحة والأقل معاناة من المشاكل الصحية بشكل عام، غير أن هذا الاعتقاد قد لا يكون صحيحاً في الأمور المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية لدى هذه الفئة، خاصة في منطقة الشرق الأوسط.

غير أن معظم المؤسسات والمنظمات الدولية والجمعيات الأهلية المحلية والعالمية والحكومات عامة، تعتبر أن فئة الشباب هي شريحة مهمة من المجتمع يجب ان تتمتع باهتمام خاص على كافة الأصعدة (الاجتماعية، الصحية، التربوية والتنموية)، وما تزال المؤشرات تؤكد عدم الاستجابة لحاجات هذه الفئة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية لدى الإناث والذكور في منطقتنا.

لذلك يُعتبر الاهتمام بالشباب في المجتمع الفلسطيني ضرورة ملحة لكافة الأطراف، نتيجة لطبيعة الظروف التي يمرون بها على كافة الأصعدة السياسية والاجتماعية والثقافية، الأمر الذي دفع العديد من الجهات الدولية والحكومية والأهلية لإعداد برامج وسياسات ومشاريع تساهم في توفير بيئة مناسبة قادرة على منح الشباب دوراً حيوياً وفعالاً في المجتمع الفلسطيني.

وتسعى وزارة التربية والتعليم العالي، إلى تكوين الشخصية المتكاملة للطالب الفلسطيني بحيث تمكنه من الانخراط والتفاعل مع الحياة اليومية، من خلال توظيف المهارات التي يكتسبها في مختلف مراحله الدراسية، وعدم اقتصار خبراته على مجموعة من المعارف والمعلومات. كما تضمن هذه الشخصية إنسانًا فلسطينياً قادراً على تحمّل المسؤولية مستقبلاً تجاه نفسه وأسرته، مقدّراً ومحترماً للدور الذي يلعبه كلا الجنسين في الحياة.

وانطلاقاً من هذا الفهم، جاء اهتمام الوزارة بالصحة الإنجابية وجعلها مكوّنا بالغ الأهمية من مكونات العملية التربوية في إكساب الطلبة المهارات الحياتية ، اعتماداً على تعريف الصحة الإنجابية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية للعام 1995 بالقاهرة، بأنها "حالة من السلامة البدنية والذهنية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز في كافة الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه ومجرياته".

ولعبتْ وزارةُ التربية والتعليم العالي وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، دورا مركزياً في الدورة البرامجية الثالثة 2006 – 2010، من خلال مشروع صحة الإنجابية – صديقة الشباب، حيث تم استهداف فئة المراهقين في المدارس الحكومية في صفوف السابع والثامن والتاسع، من خلال تنفيذ عدة أنشطة أهمها إصدار دليل صحة المراهقة للمرشدين التربويين وإصدار مرشد المعلم للصحة الإنجابية وتوفير المعلومات اللازمة حول مواضيع الصحة الإنجابية. هذا، بالإضافة إلى تدريب وتأهيل المرشدين ومنسقي الصحة المدرسية على تطبيق الدليل في المدارس وتدريب المعلمين وإكسابهم المهارات اللازمة للتجاوب مع استفسارات الطلبة حول الصحة الإنجابية داخل الصفوف.

علماً بأن إنجاز المرحلتين الأولى والثانية تم بالتعاون مع مركز المرأة للإرشاد القانوني والإجتماعي، حيث لعبت دورا هاماً في إعداد دليل صحة المراهقة، والتعاون مع وزارة التربية والتعليم على تطبيقه في المدارس.

علاقة البرنامج مع سياسات وزارة التربية والتعليم

وقد جاء مشروع صحة المراهقة منسجما مع الخطة الخمسية التطويرية الإستراتيجية لوزارة التربية والتعليم 2008 – 2012، حيث بيّنت الخطة أن نسبة كبيرة من المدارس والطلبة (حوالي النصف) لا يتم دعمها بخدمات الصحة المدرسية، الإرشاد التربوي والإرشاد المهني. أيضاً، وعلى الرغم من أن الأنشطة الطلابية قد ازدهرت إلا أن العديد من المدارس ما زالت تفتقر إلى الموارد المالية والمادية والبشرية المناسبة لتحسين هذه النشاطات.

وتضمنت الخطة الخمسية لوزارة التربية والتعليم العالي سياسات تربوية عامة للإرشاد التربوي أهمها:

- التوجّه نحو الحدّ من العنف في المدارس.
- تبني سياسة لتقييم الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة (موهوب، معاق، متفوق).
- اعتماد سياسة الدمج للطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة وفق معايير محددة ومناسبة.
- إقرار نظام إشراف مهني في الإرشاد والتربية الخاصة.
- التوسع في توفير الخدمات والمصادر المساندة للإرشاد والتربية الخاصة.
- اعتماد أنظمة تحويل للطلبة من المدارس إلى مؤسسات متخصصة وفق معايير محددة (موهوب، معاق، حالة صحية، حالة نفسية...الخ).

أما السياسات المتعلقة في إدارة الصحة المدرسية فتتمثل بما يلي:

- التوجه لتقديم خدمات تغذوية وصحية مناسبة.
- بناء سياسة للحد من العنف.
- رفد الطلبة والمعلمين بالمعلومات والسلوكيات الصحية السليمة.
- بناء سياسة تغذية مدرسية.
- اعتماد نظام للإشراف الصحي على المدارس.
- تسهيل استخدام مرافق المدرسة للأنشطة الصحية والبيئية بعد انتهاء الدوام المدرسي وفق معايير محددة.
- تأهيل البيئة المدرسية والمرافق الصحية في المدرسة.
- تفعيل المجتمع المحلي ودمجه في الحياة اليومية للمدرسة.

وتسعى وزارة التربية والتعليم العالي إلى تقديم خدمات نوعية من خلال برامج توعوية تهدف إلى تعزيز صحة الطلبة عبر رفدهم بالمعارف والمهارات التي تمكنهم من التعامل بفعالية وإبداع مع متطلبات نموهم وحياتهم اليومية، وذلك من خلال تطبيق برامج وأنشطة تتعلق بدليل صحة المراهقة، حيث يطبق الدليل في المدارس الفلسطينية منذ عام 1998 وحتى الآن، من خلال مرشدين تربويين ومنسقي لجان صحية مدرسية. ويتضمن الدليل عدة مواضيع: صحية، إجتماعية ونفسية، تُنفذ عن طريق فعاليات وأنشطة الدليل. كذلك يتم إعداد مرشد المعلم فى الصحة الإنجابية وهو خاص بالمعلم و يتضمن قضايا حساسة تهم مرحلة المراهقة لتمكن المعلم من امتلاك المهارة والمعلومة للإجابة على الأسئلة الحرجة للطلبة وتصحيح معلوماتهم حول قضايا تتعلق بالصحة الإنجابية.

ولقد وضعت الوزارة منذ البداية خطة كاملة لتنفيذ المشروع شملت تحديد الأهداف والأنشطة والجدول الزمني، وحدّدتْ المرشدين المستفيدين والتوزيع الجغرافي والتكاليف المالية (الموازنة) والتجهيزات الفنية المطلوبة ومواضيع التدريب ونماذج تقارير سير العمل في المديريات، وتمّ تطبيق المشروع بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان باعتباره أحد برامج وأهداف الصندوق من حيث الاهتمام بمواضيع النوع الإجتماعي والصحة الإنجابية.

خلفية الدراسة

يُقدّر عدد سكان الأراضي الفلسطينية المحتلّة في منتصف عام 2009 بحوالي 3.9 مليون فرد يتوزعون بواقع 62.2% في الضفة الغربية و 37.8 % في قطاع غزة. ويبيّن الهرم السكاني أن المجتمع الفلسطيني المقيم في الأراضي الفلسطينية مجتمع فتي، حيث تتسع قاعدة الهرم السكاني المتمثلة بالأفراد صغار السن دون الخامسة عشرة من العمر والذين يشكّلون نسبة مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى. إذ قُدّرت نسبة الأفراد في الفئة العمرية 0–14 سنة منتصف العام 2009 بحوالي 41.9 % من مجمل السكان في الأراضي الفلسطينية، وُيلاحظ انخفاض نسبة الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة فأكثر) حيث قُدّرت هذه النسبة منتصف عام 2009 بحوالي 3.0% فقط و يشكّل الشباب في جيل 15–24 عاما نسبة 27% من عدد السكان (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2009).

وتم تحديد فئة الشباب من قبل إحصائيات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني على أنهم الأفراد في الفئة العمرية (10–24) سنة، وهي بذلك تتضمن فئة المراهقين (10–19) سنة والبالغين (20–24) سنة. أما الأمم المتحدة فتعرف الشباب بأنهم الأفراد (15–24) سنة. أما المراهقون فهم الأفراد من (12–19) سنة، وجزء من هذه الفئات هم من الأطفال أقل من 18 سنة. وبالتالي فان مرحلة الشباب تمثل مرحلة انتقال الفرد من الطفولة إلى المراهقة ثم إلى البلوغ والنضج التام وتحمل المسؤولية للوالدين. وهي فترة حاسمة في حياة الإنسان، وتمثل فترة الإعداد الأساسية للمستقبل، وفيها يتحقق التحصيل العلمي واكتمال النمو الجسمي واكتساب الخبرات اللازمة للمستقبل.

وأشارت إحصائيات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني من خلال نتائج مسح الشباب للعام 2003، أن متوسط العمر للزواج الأول للشاب في فلسطين 24 سنة، ومن جانب آخر يرى الشباب أن متوسط العمر المفضل عند الزواج الأول للشاب 24 سنة، مقابل 20 سنة للفتاة. ورأى ما نسبته 59.5% من الشباب أن الطريقة المفضلة لاختيار شريك المستقبل يجب أن تكون بشكل شخصي، في حين يفضل 37.6% أن تكون بواسطة أحد أفراد الأسرة أو المقربين منها.

وبيّنت نتائج مسح الشباب للعام 2003 أن 75% من الذكور و 87.1% من الفتيات (12–19 سنة) يعرفون ثلاثة تغيرات على الأقل تحدث لهم في فترة البلوغ و14.1% من الذكور مقارنة ب 5.3% من الفتيات لم يعرفوا أياً من هذه التغيرات. وكذلك بيّنت النتائج أن أكثر من نصف الشباب بقليل (51.8%) من الذكور في الفئة العمرية (12–19) سنة يعرفون ثلاثة تغيرات تحدث للإناث في فترة البلوغ، في حين أفادت 65.6% من الإناث أنهن يعرفن ثلاثة تغيرات تحدث للذكور خلال فترة البلوغ.

وأما عن مصادر المعرفة لديهم فقد كانت الأم المصدر الرئيسي للإناث (84.5%) ثم الكتب (55.5%) ، أما الذكور فقد شكّل الصديق (79.1%) المصدر الرئيسي ثم الكتب 67.8% .

وقد أظهرت بيانات دراسة الشباب للعام 2003 أيضاً أن 51.8% من الشباب قد سمعوا بوسائل تنظيم الأسرة وبنسبة أعلى بين الإناث (61%) مقارنة بالذكور (43.1%)، أما وسائل تنظيم الأسرة الأكثر معرفة فقد كانت الحبوب 84%

يليها اللولب 73.9% . وأظهرت النتائج أيضا أن 83.7% من الشباب من الفئة العمرية (10–24) سنة في الأراضي الفلسطينية قد سبق لهم وأن سمعوا عن مرض الإيدز (87.2% في الضفة الغربية و77.8% في قطاع غزة). وتزيد المعرفة بمرض الإيدز لدى الشباب مع تقدمهم في العمر إذ بلغت 50.7% للفئة العمرية (10–11) سنة مقابل 96.6% للفئة العمرية (20–24) سنة. بالمقابل أظهرت النتائج أن 29.3% فقط استطاعوا معرفة طريقتين صحيحتين للوقاية من مرض الإيدز (32.2% في الضفة الغربية و23.8% في قطاع غزة). أما فيما يتعلق بوسائل الوقاية من الإيدز فقد أشار 54.4% إلى استخدام الواقي الذكري و 79.1% اقتصار ممارسة الجنس مع الزوجة (مسح الشباب 2004).

ومن الناحية البحثية أظهرت نتائج مسح 2003 بأن 61.8% قد سبق وأن سمعوا بالأمراض الجنسية المعدية وأن 39.1% من الشباب ليست لديهم معلومات كافية عن الأمراض المنقولة جنسياً و 40% منهم يفتقرون لأية معلومة. وكان الإيدز الأعلى من ناحية المعرفة بنسبة 92.9% يليه الزهري بنسبة 25,9% ثم الفطريات 13.9%.

وفى المقابل تشير بيانات مسح الشباب (2006) بأن حوالي 8% من الشباب من الفئة العمرية 15–29 سنة يعرفون على الأقل ثلاثة أمراض تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ودون تفاوت ملحوظ بين الذكور والإناث. كما أظهر مسح الشباب (2006) أن معرفة الشباب في طرق الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي تتباين من حيث الطريقة، ففي الوقت الذي أفاد أكثر من ثلاثة أرباع الشباب أنهم يعرفون أن الاتصال الجنسي الآمن هو أحد طرق الوقاية من الإصابة بمثل هذه الأمراض، أفاد 13% من هؤلاء الشباب أن استخدام الواقي الذكري من شأنه الحد من الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً.

وأظهرت نتائج مسح 2003 أن 14.5 % من الشباب من الفئة العمرية (10–24) سنة في الأراضي الفلسطينية يمارسون عادة التدخين بواقع 26.2% ذكور و2.3% إناث. وتتفاوت النسب بين الضفة الغربية وقطاع غزة، إذ ترتفع في الضفة الغربية حيث بلغت 17.5% بالمقارنة مع قطاع غزة الذي بلغت فيه النسبة 9.4%. وتتفاوت نسب المدخنين بين الفئات العمرية، إذ بلغت نسبة المدخنين في الفئة العمرية (10–11) سنة 1.5% مقابل 2.5% في الفئة العمرية (12–14) سنة وترتفع إلى 33.8% في الفئة العمرية (20–24) سنة. ومن ناحية أخرى أفاد 11.8% من الشباب الفلسطيني من الفئة العمرية (10–24) سنة إلى تعرّضهم للعنف الجسدي دون وجود تفاوتات جوهرية بين الضفة الغربية وقطاع غزة أو بين الذكور والإناث. ويزيد تعرّض الشباب للعنف الجسدي كلما صغر في السن. وبيّنت دراسة قامت بها جامعة بيرزيت أُجريت خلال عام 2008، أن ربع الطلاب من صفوف السابع للعاشر يدخنون السجائر أو النارجيلة بينما يدخن 10% من الطلاب كلا من السجائر والنارجيله وكانت نسبة التدخين بين الذكور 39% بينما بلغت النسبة 8% عند الإناث.

أهداف الدراسة التقييمية

تهدف الدراسة التقييمية إلى معرفة مدى تطبيق برامج وأنشطة مشروع دليل صحة المراهقة من خلال:

1. تقييم أداء المدرب من حيث:
   - تحقيق التدريب لاحتياجات المدرب لتحسين الأداء وتوفير المهارة لتطبيق الأنشطة.
   - معرفة مدى تمكن المدرب من إيصال المعلومة للمتدرب وبالتالي للطلبة.
2. تقييم دور الهيئة التدريسية في تعزيز مفاهيم صحة المراهقة
3. معرفة مدى استفادة الطلبة من البرنامج في تحقيق التغيير في النواحي السلوكية والمعرفية والمهارات
4. معرفة مدى تقبل الأهل لمواضيع الدليل.
5. تقديم التوصيات والمقترحات لتطوير المشروع مستقبلا من قبل الجهات المستفيدة، لوضع الخطط والبرامج والسياسات التي تحقق الأهداف المرجوة.
6. تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والمعوقات للمشروع.

ومن مؤشرات قياس التقييم :

مدى تحقيق أهداف الدليل العامة والخاصة

مدى ملائمة المادة النظرية مع الأهداف المتوقع تحقيقها

فعالية ودقة التخطيط للأنشطة والخطط

دور المواد التثقيفية للوصول للهدف

مدى ملاءمة إحتياجات الطلبة من المعلومات مع مواضيع الدليل التى يتلقاها

تحقيق تدريب المرشدين التربويين ومنسقي لجان الصحة المدرسية لأهدافه

ولقد قامت وزارة التربية والتعليم بالتعاقد مع مؤسسة ألفا العالمية لإجراء هذه الدراسة التقييمية لمشروع صحة المراهقة حيث تضمنت محاور رئيسية منها عرض لنتائج المقابلات المعمقة والمجموعات البؤرية وتقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية، واثر البرنامج على الفئات المستهدفة.

الإطار المفاهيمي وتعريف المصطلحات

الصحة الإنجابية

تم تعريف الصحة الإنجابية ضمن أعمال برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في الفقرة 207 على أنها " حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست فقط السلامة من المرض أو الإعاقة ". وهذا المفهوم يعكس تضمين دور مشاركة الرجل في تحقيق هذه الحالة من الرفاه الكامل، إذ أن الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته تشمل الحمل وتنظيم الإنجاب والأمراض المنقولة جنسياً وهي جميعها أمور يشارك فيها الرجل بالطبع مشاركة فعلية. إن الصحة الإنجابية ليست مجرد شاغل من شواغل المرأة فقط، خلال ما يسمى بسنوات الإنجاب (15 – 45)، بل هي شاغل يستمر طوال الحياة للرجل والمرأة على حدّ سواء، من الطفولة المبكرة إلى الشيخوخة.

أما عناصر الصحة الإنجابية، فهي مجموعة من المؤشرات والعناصر التي حددها المؤتمر الدولي للسكان الذي عقد في القاهرة، والتي تتضمن تنظيم الأسرة وصحة النساء والأمومة والأمراض المنقولة جنسيا بما في ذلك فيروس المناعة المكتسب /الايدز، ووفيات الاطفال وصحتهم، والمراهقين والشباب والأفراد ذوي الإعاقات والمسنين.

الصحة الجنسية

" التكامل بين الجوانب البدنية والانفعالية والاجتماعية للحياة الجنسية بشكل يعزز وينمي الهوية الذاتية والتواصل والحب" ، لذلك فإن الصحة الجنسية تشمل تقدير الذات وفهم الإنسان لجسده وكيفية استعماله ، ولدوره في العلاقات الاجتماعية وأيضا كيفية تعامله مع علاقاته بالاخرين (منظمة الصحة العالمية، 1998).

المراهقة

" هي فترة انتقال الفرد من جيل الطفولة إلى مرحلة البلوغ والنضج وتتحدد بداية هذه المرحلة بعدة عوامل أساسية مختلفة وهي العامل الجسمي والاجتماعي والاقتصادي والنفسي". وتمتد عادة من سن الثانية عشر إلى التاسعة عشر تقريبا أو قبل ذلك بعام أو عامين. وهي مرحلة عادية من عمر الإنسان إلا أن لها بعض الخصائص، وتشمل التغيرات في النمو الجسمي والعقلي والنفسي والجنسي. ويترك النمو الجسمي أثرا نفسياً على المراهق أو المراهقة فيشتد اهتمامهما بمظهرهما وصحة أجسامهما ورشاقتهما ومحاولة جذب انتباه الآخرين إليهما.

تبدأ مرحلة المراهقة المبكرة عندما تبدأ مظاهر المراهقة الأولية بالظهور في عمر 11 سنة وتستمر حتى عمر 14 سنة، ويقابل هذه المرحلة في النمو من الناحية الدراسية صفوف المرحلة الأساسية العليا (7،8،9). ومن خصائص هذه المرحلة التغيرات الجسمانية السريعة، والتي تربك المراهقين وتقلقهم.

التغيرات الجسمية في مرحلة المراهقة

تطرأ التغيرات الجسمية التي تصاحب فترة البلوغ بفضل نضج عدد من الغدد الصماء وزيادة إفرازها للهرمونات في الجسم مما يسرّع نمو الهيكل العظمي والأعضاء التناسلية وحدوث التغييرات الأخرى. وتختلف كمية وتركيز هذه الهرمونات بين جسم الذكر والأنثى وهذا هو السبب الأساسي للاختلاف في نوعية وحجم التغيرات الفسيولوجية التي تحدث لهما خصوصاً في العضلات، والعظام والجلد والشعر وتوزيعه والصوت والصدر.

و تختلف المراهقة من مجتمع إلى آخر، ففي بعض المجتمعات تكون قصيرة، وفي بعضها الآخر تكون طويلة، ولذلك فقد قسمها العلماء إلى ثلاث مراحل، هي:

1- مرحلة المراهقة الأولى (11-14 عاما)، وتتميز بتغيرات بيولوجية سريعة.

2- مرحلة المراهقة الوسطي (14-17 عاما)، وهي مرحلة اكتمال التغيرات البيولوجية.

3- مرحلة المراهقة المتأخرة (17-21)، حيث يصبح الشاب أو الفتاة إنساناً راشداً بالمظهر والتصرفات.[1]

نمط الحياة الصحي

هي مجموعة من السلوكيات الصحية التي تساعد على المحافظة على الصحة والوقاية من العديد من الأمراض باتباع سلوك سليم في مختلف جوانب الحياة وتضم: النظافة الشخصية، النظافة العامة، التغذية السليمة، النشاط البدني والرياضة والترفيه وتجنب التدخين وغيره من السلوكيات الضارة.

تنظيم الأسرة

هو القرار الطوعي الذي يتخذه الزوجان لاختيار حجم الأسرة وتوقيت الإنجاب باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، ويعرف بأنه التخطيط لتوقيت الإنجاب بحيث تكون هناك فترة زمنية بين كل طفل وآخر بهدف المباعدة بين الولادات. والمقصود من ذلك هو المباعدة بين حمل وآخر وإنجاب العدد المرغوب به من الأطفال دون إكراه، بحيث يكون قرار الزوجين مبنياً على المعلومات الصحيحة التي تضمن صحة الأم والجنين.

أما وسائل تنظيم الأسرة فهي الوسائل التي تستخدم في تنظيم حدوث الحمل في التوقيت المرغوب به بحيث يكون إنجاب الأطفال في الوقت المناسب لظروف الزوجين الصحية والاقتصادية. وتُستخدم هذه الوسائل إما من قبل المرأة مثل الحبوب أو اللولب وغيرها، وإما من قبل الرجل كالواقي الذكري. ويمكن تصنيف وسائل تنظيم الأسرة إلى **وسائل طبيعية** منها: فترة الأمان أو وسيلة العدّ، الرضاعة الطبيعية وطريقة العزل. **ووسائل مؤقتة** وهي: الواقي الذكري، الواقي أوالحاجز النسائي، اللولب, **والوسائل الكيماوية** ومنها: حبوب منع الحمل والحقن، **والوسائل الدائمة** ومنها التعقيم الدائمي للرجال أو النساء بعمليات جراحية، وتتمثل في قطع القنوات المنوية عند الرجل وربط الأنابيب عند المرأة.

[1] دليل تدريبي في صحة المراهقة- وزارة التربية والتعليم العالي (صفحة 326)

الأمراض المنقولة جنسياً

هي الأمراض التي يكون الاتصال الجنسي هو أحد طرق انتقالها. وهناك ما يصيب الجهاز التناسلي الذكري والأنثوي مثل الزهري والكلاميديا والالتهاب المهبلي البكتيري، وهناك أنواع أخرى تصيب أعضاء أخرى من جسم الإنسان مثل التهاب الكبد الفيروسي ومرض الإيدز.

ومن أهم طرق الوقاية من الأمراض الجنسية، استعمال الواقي الذكري وعدم استخدام الإبر المستعملة والملوثة وخاصة ما بين متعاطي المخدرات والامتناع عن الاتصال الجنسي غير المشروع والشّاذ وإجراء الفحوصات الدورية للأمراض المنقولة جنسياً، وزيادة التوعية بين الشباب حول مخاطر هذه الأمراض والتوجيه السليم منذ الصغر. ومن الأمراض المنقولة جنسياً: مرض السيلان, الزهري, الهربس, مرض فقدان المناعة (الإيدز), الثواليل التناسلية, المرض الرخوي المعد , الترايكومونس , قمل العانة والفطريات العنقودية .

النو ع الاجتماعي (الجندر)

النوع الاجتماعي هو مصطلح للتعبيرعن العلاقة الاجتماعية بين الرجال والنساء والأدوار الاجتماعية لكل منهما. وتعتبر القيم والعادات والتقاليد الاجتماعية والأوضاع الاقتصادية والسياسية عناصرأساسية في تحديد هذه الأدوار، وعليه تختلف من مجتمع لآخر. كما أن التنشئة الاجتماعية إلى جانب التكوين البيولوجي يساهمان في تكوين السلوك الإجتماعي للإنسان ومن ثم تبدل هذه الأدوار واختلافها من مجتمع لآخر أو من زمن لآخر.

فقر الدم (الأنيميا)

ومعناه أن نسبة الحديد في الدم غير كافية لإنتاج أو صنع الهيموجلوبين الذي يقوم بتوصيل الأكسجين إلى أنسجة الجسم ويولّد الطاقة في الخلايا ليعمل الجسم بكفاءة. وتعرّف منظمة الصحة العالمية فقر الدم (الأنيميا) بأنها الهيموجلوبين الأقل من 11 ملغم/ دل عند النساء الحوامل والأطفال والهيموجلوبين الأقل من 12 ملغم/ دل عند النساء غير الحوامل والهيموجلوبين الأقل من 13 ملغم/ دل عند الرجال.

سنّ الزواج المناسب

ما زال سن الزواج المقرر قانوناً حسب الشريعة الإسلامية (15) سنة للفتاة و(17) سنة شمسية للشاب، وفي المسيحية (17) سنة شمسية للفتاة و(18) سنة للشاب. ويختلف سنّ الزواج من منطقة إلى أخرى ومن الريف إلى المدينة أو المخيم. ولكن هناك مخاطر للزواج في سن صغيرة لكلا الجنسين، لأن من الأساسيات الاعتقاد بأن الزواج يحتاج إلى نضج انفعالي واجتماعي وإدراكي وسلوكي واستعداد اقتصادي وليس فقط نضوج جسمي، كذلك من المعروف أن الزواج المبكر يحرم الشباب من التعليم ويمنع إمكانية المساهمة الفاعلة في العمل وبناء المجتمع.

ولما كان التعليم يُكسب الفتاة الخبرة والمعرفة بالقضايا الاجتماعية، نجد أن الفتاة في حال الزواج المبكر تكون أقل قدرة على التكيّف مع الحياة الجديدة ومتطلباتها، مما قد يؤدي إلى ممارسة سلوكات اجتماعية غير ناضجة في التعامل مع المواقف اليومية، الأمر الذي يؤثر سلباً على علاقتها مع المحيطين بها، سواء كان الزوج أو أسرته.. إن بدء الحياة الزوجية بالمشاكل ستؤدي إلى تطوير اتجاهات سلبية تجاه العائلة الجديدة، غير أن الأم المتعلمة والأكثر نضجاً تكون أفضل وعياً بأهمية المساهمة في إعداد الظروف الملائمة لأفراد الأسرة، وتنشئة الأطفال، بالإضافة إلى تمكنها من أن

تكون القدوة والنموذج السليم لهم Kكما أنها أقدر على المشاركة في تنظيم الإنجاب يحيث يكون لها دور أساسي وفاعل في القرار.

العنف

هو أي عمل مقصود أو غير مقصود يؤدي إلى معاناة نفسية أو جسدية أو جنسية .ويتضمن كافة أشكال الإيذاء والتهديد والإجبار والاستغلال والتمييز والحرمان من الحرية في الأماكن العامة والأماكن الخاصة[2].

ويعتبر العنف مشكلة عالمية لا تقتصر على مجتمع دون آخر .وقد حازت هذه المشكلة الاجتماعية على اهتمام كبير في العالم. فمن واجب المجتمع العمل على رعاية الفئات الخاصة والمستضعفة، كالأطفال والنساء والمعاقين والمسنيين، لأن العنف انتهاك لحق الإنسان في العيش بكرامة وفيه إنكار لحق الإنسان في اتخاذ القرارات والحصول على الفرص المناسبة. ومن أشكال العنف : العنف الجسدي وهوالضرب والإيذاء البدني و العنف النفسي وهو توجيه الإهانات والتهديدات والاعتداءات اللفظية والحطّ من شأن الآخرين وكذلك العنف الجنسي وهو الاعتداءات والتحرشات الجنسية، سواء اللفظية أو البدنية.

الإتصال

هو تبادل مزدوج للمعلومات والأفكار والعواطف والمشاعر بين شخصين أو أكثر بما يحقق هدفاً مشتركًا، ولا يعني حتمية الاتفاق بينهم. ويُعتبر الاتصال من الحاجات الاجتماعية والنفسية الأساسية المهمة التي لا يستطيع الإنسان الاستغناء عنها، ويعني الإتصال توافر إمكانيات الحياة والتطور والتقدم والتفاعل مع الآخرين، والعيش معهم بتفاهم ومحاولة مشاركتهم في الأفكار والآمال، ويعني الفشل بالقيام بالاستقبال القلق والكآبة والانعزال والابتعاد عن الآخرين.

[2] دليل تدريبي في صحة المراهقة– وزارة التربية والتعليم العالي (صفحة 135)

منهجية إعداد الدراسة التقييمية

مرّت الدراسة خلال إعدادها بمراحل أساسية، تتلخص بالمراحل التالية:

أولا: مراجعة شاملة للمشروع منذ بدايته

قام فريق مؤسسة ألفا بمراجعة مراحل تنفيذ المشروع ومقابلة المشرفين على المشروع لدى الجهات التي أشرفت على تنفيذ المشروع، للحصول على معلومات وبيانات حول خطط المشروع والأسس والآليات التي تم اعتمادها في تنفيذ المشروع في الجوانب الإدارية والفنية.

ثانيا: مراجعة الأدبيات والأنشطة والتقارير المتعلقة بالمشروع

كما قام فريق المؤسسة بمراجعة ودراسة الأنشطة والتقارير والأدبيات المتعلقة بالمشروع، للاطلاع على سير العمل بالمشروع ومدى تطابقه مع الخطط الموضوعة، وتحقيق الأهداف المرجوة.

ثالثا: جمع المعلومات

نظراً لاختلاف طبيعة المستهدفين في الدراسة لتقييم دليل صحة المراهقة ومرشد المعلم، فقد تنوعت وسائل جمع المعلومات تبعا لهذا الاختلاف في الفئات المستهدفة. ويوضّح الجدول التالي الفئات التي استهدفت في الدراسة التقييمية والوسيلة التي استخدمت لجمع المعلومات لكل فئة:

جدول 1: الفئات المستهدفة في التقييم والوسيلة المستخدمة لجمع البيانات من كل فئة

الفئة المستهدفة في التقييم	وسيلة جمع المعلومات
الصحة المدرسية في وزارة ومديريات التربية والتعليم	مقابلة معمقة
الإرشاد التربوي في وزارة التربية والتعليم	مقابلة معمقة
صندوق الامم المتحدة للسكان (UNFPA)	مقابلة معمقة
المدربون الذين قاموا بتدريب المرشدين والمعلمين على دليل صحة المراهقة ومرشد المعلم	مقابلة معمقة
الهيئة التدريسية	مجموعات بؤرية مركزة
المرشدون التربويون	مجموعات بؤرية مركزة
منسقو الصحة المدرسية	مجموعات بؤرية مركزة
آباء وأمهات طلبة الصف السابع الثامن والتاسع	مجموعات بؤرية مركزة
طلبة الصف السابع و الثامن والتاسع	استمارة

وقد مرت مرحلة جمع المعلومات بالمراحل التالية:

1. تصميم أدوات الدراسة (أدوات جمع المعلومات)

كما هو موضح في الجدول السابق تم استخدام ثلاثة أنواع مختلفة من أدوات جمع المعلومات من الفئات المستهدفة في الدراسة، وهي: المقابلة المعمقة والمجموعات البؤرية المركزة والاستمارة. وقد احتوت الأدوات على أسئلة ومؤشرات اختلفت حسب الفئة المستهدفة. وفيما يلي ملخص لمحتويات كل اداة:

- **المقابلة المعمقة:** احتوت أداة المقابلة المعمقة على أسئلة تتعلق بمراحل المشروع الرئيسية، وهي **مرحلة التخطيط:** باعتبارها المرحلة الاولى من المشروع، حيث تضمنت أسئلة عن تحديد الاحتياجات والأهداف والفئات المستهدفة، وكذلك تحديد الموارد المالية والبشرية والفنية، أما **مرحلة التنفيذ** وهي المرحلة الثانية من المشروع، فتناولت الأسئلة التنسيق مع الجهات المعنية وأنشطة التدريب وتطوير دليل صحة المراهقة وإعداد مرشد المعلم والمشاكل والصعوبات التي واجهت تنفيذ المشروع، وفيما يتعلق **بمرحلة الرقابة والمتابعة والتقييم:** وهي المرحلة الثالثة من المشروع حيث كانت هناك اسئلة تتعلق بأساليب المتابعة ونتائجها وأثر تنفيذ المشروع على الطلبة وعلى الجهات المستفيدة.

- **المجموعات البؤرية المركزة:** اختلفت المواضيع التي تضمنتها المجموعات البؤرية المركزة باختلاف الفئة المستهدفة، ففي المجموعات التي استهدفت المرشدين ومنسقي الصحة المدرسية تم النقاش حول مواضيع تتعلق بالإعداد والتخطيط والتنفيذ والرقابة والمتابعة والتقييم للتدريب وتطبيق دليل صحة المراهقة في المدارس، أما في المجموعات التي استهدفت المعلمين (الهيئة التدريسية) فقد كان النقاش حول مواضيع تتعلق باهتمام الطلبة بمواضيع الصحة الإنجابية وكيفية التعامل مع الطلبة والتطبيق لدليل مرشد المعلم في المدارس، وفي المجموعات التي استهدفت الأهل (اباء وأمهات الطلبة) تم النقاش حول مواضيع تتعلق بالمعرفة بدليل صحة المراهقة ودور الأهل في إرشاد أبنائهم الطلبة وتقييم الأهل للتغييرات ونتائج تطبيق برنامج صحة المراهقة على أبنائهم الطلبة.

- **إستمارة الملاحظة:** عمل فريق ألفا على مراقبة أداء المرشدين التربويين في المدارس خلال تنفيذ أنشطة الدليل، بهدف التعرف على مدى إلتزامهم بإدارة الأنشطة وفقا للدورات التدريبية من جهة والتزامهم بالإرشادات الواردة في الدليل من جهة أخرى. وتم تطبيق هذه الإستمارة على أربع مدارس في نابلس ورام الله والخليل .

- **استمارة تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية:** قام طاقم ألفا بإجراء دراسة ميدانية للفئات المستهدفة من الطلبة ضمن منهجية علمية، بحيث كانت العينة الممثلة 499 طالباً وطالبة، وكان توزيع الطلبة بين الصفوف الثلاثة (160 من الصف السابع، و179 من الصف الثامن، 160 من الصف التاسع). وتهدف هذه الدراسة إلى تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبه المراهقين في المراحل التعليمية الثلاث (السابع, الثامن والتاسع) في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية. إن نتائج هذه

الدراسة ستساعد على معرفة مدى استفادة الطلبة من البرنامج والتغبير في النواحي السلوكية والمعرفية والمهارات. وتهدف هذه الدراسة الميدانية إلى تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبه المراهقين في المراحل التعليمية الثلاث في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية. إن نتائج هذه الدراسة ستساعد على معرفة مدة استفادة الطلبة من البرنامج والتغيّر في النواحي السلوكية والمعرفية والمهارات.

وقد احتوى الاستبيان على المعلومات والمواضيع التي تم تبنيها بالدليل التدريبي في صحة المراهقة المعتمد من قبل وزارة التربية والتعليم العالي بدعم من صندوق الامم المتحدة للسكان. وقد احتوى الاستبيان على أسئلة حول الصحة الإنجابية والجنسية وبالأخص المتعلقة بمظاهر البلوغ عند الجنسين، ووسائل تنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسياً والوقاية منها بما فيها مرض الإيدز. كذلك اشتملت الدراسة على مواضيع حول نمط الحياة الصحي بما فيها التغذية والنشاط البدني والتدخين بالإضافة إلى المهارات الحياتية مثل الاتصال، ضغط الأقران، تنظيم الوقت وحل المشاكل. أيضاً، تم سؤال الطلبة حول مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية والإنطباعات والمواقف العامة من قبل الطلبه بالنسبة لدور المدرسة والأهل بخصوص الصحة الإنجابية والجنسية، بالإضافة الى المعلومات الديمغرافية للطلبة من حيث جنس وعمر وصفّ الطالب/ة وكذلك شمل اسئلة تتعلق بعمر وتعليم ومهنة الأبوين.

2. الدراسة التجريبية

بعد أن صُممت استمارة الطلبة بصورتها شبه النهائية من خلال النقاش والتشاور مع مختلف أصحاب العلاقة (وزارة التربية وصندوق الأمم المتحدة للسكان) ، تم إخضاعها إلى دراسة تجريبية على عينة من مجتمع الدراسة حجمها 10 طالبا/ة. وقد هدفت الدراسة التجريبية إلى تحديد البنود التي قد تكون سبباً في خفض مستوى صدق أداة البحث، إما بسبب غموض لغوي أو مفهومي أو غير ذلك. كما هدفت إلى استكشاف مدى وضوح تعليمات تعبئة الاستمارة، ومدى ملاءمة الفترة الزمنية المحددة لذلك. وبعد الانتهاء من الدراسة التجريبية تم تعديل الاستمارة وتنقيحها، وإعدادها بشكلها النهائي واعتمادها كأداة للدراسة المسحية.

3. مجتمع وعينة الدراسة

تنوع مجتمع الدراسة تبعاً لتنوع الجهات التي شاركت في برنامج صحة المراهقة ومرشد المعلم من حيث التخطيط والتنفيذ والاستفادة. فقد تم إجراء 4 مقابلات (2 في الضفة الغربية و 2 في قطاع غزة) مع مدراء دوائر الصحة المدرسية والإرشاد التربوي في وزارة التربية والتعليم، ومقابلة مع مسؤول من صندوق الامم المتحدة للسكان، وثلاث مقابلات مع رؤساء أقسام الصحة المدرسية والإرشاد التربوي في المديريات، ومقابلة مع مستشارة البرنامج التي أشرفت على إعداد دليل برنامج صحة المراهقة.

وقد تم عقد مجموعتان بؤريتان في الضفة وغزة للهيئة التدريسية، ومجموعتان للمرشدين التربويين في الضفة وغزة، ومجموعة واحدة في الضفة لمنسقي الصحة المدرسية، ومجموعتان في الضفة وغزة مع أمهات وآباء الطلبة.

وأخيرا تم تطبيق استمارة على عينة من طلبة المدارس في الضفة وغزة من الصفوف السابع والثامن والتاسع، وقد تم اختيارهم من المدارس التي يوجد بها صفوف سابع وثامن وتاسع في الوقت نفسه، وهي المدارس التي تم تطبيق البرنامج فيها، حيث بلغ حجم العينة 499 طالباً وطالبة وكان هذا الحجم من العينة كافياً لتقدير المؤشرات بدرجة مقبولة من الدقة، بحيث لم يتجاوز خطأ المعاينة (5%) بناء على النظريات الإحصائية العلمية لتحديد حجم العينة.

4. تدريب فريق العمل الميداني

تم تنظيم حلقتي تدريب للباحثين واحدة في الضفة الغربية، وشارك فيها كافة الباحثين الميدانيين لمحافظات الضفة الغربية، والثانية في غزة وشارك فيها كافة الباحثين الميدانيين لمحافظات غزة. وقد تم في الحلقات التدريبية شرح أهداف الدراسة، وتوضيح معنى المصطلحات والمؤشرات واستعراض كافة الأسئلة التي تضمنتها الدراسة. كما قام فريق "ألفا العالمية" باستعراض معايير الجودة والدقة التي تلتزم بها "ألفا العالمية" في بحوثها المسحية، وعمل فريق ألفا على شرح المحددات المنهجية واللوجستية والإدارية والمالية للعمل الميداني، كما بين الأهمية القصوى لعدم المساومة على جودة عملية جمع البيانات تحت كل الظروف.

5. آلية العمل الميداني:

تم تعيين منسق خاص للعمل الميداني في الضفة الغربية وآخر في قطاع غزة. وقد ضم فريق العمل الميداني نخبة من الباحثين الميدانيين الذين يتمتعون بالخبرة والمصداقية والمقدرة على التعامل مع أية ظروف صعبة وبلغ عددهم 20 شخصاً، وقد تم جمع المعلومات من مختلف الفئات المستهدفة بالدراسة باستخدام التفاعل المباشر مع المبحوثين (وجها لوجه)، الأمر الذي يزيد من مصداقية المعلومات وفعاليتها في تقييم الواقع.

6. العمل الميداني وجمع المعلومات

تم جمع المعلومات من كافة الفئات المستهدفة من الدراسة في الفترة ما بين 2010/2/28 وحتى 2010/5/3.

7. تدقيق المعلومات (البيانات) وترميزها

خضعت كافة الاستمارات والبيانات إلى عدة مراحل من المراجعة والتدقيق تمشياً مع معايير الجودة التي تعتمدها "ألفا العالمية" في جمع البيانات. وتمثلت هذه المراحل بما يلي:

- **التدقيق الميداني:** وتقع مسئولية التدقيق الميداني على عاتق منسقي ومشرفي المناطق، حيث يقوم المشرفون المنسقون بتدقيق ومراجعة مجموعة من الاستمارات يتم اختيارها بشكل عشوائي قبل إرسالها إلى المكتب الرئيسي.
- **التدقيق المكتبي:** تخضع جميع الاستمارات في هذه المرحلة للتدقيق من قبل فريق البحث، حيث يقوم الفريق بمراجعة كافة الاستمارات من حيث المصداقية ومنطقية الإجابات.
- **ترميز الاستمارات:** بعد الانتهاء من عملية التدقيق، تم ترميز الاستمارات، بالرجوع إلى أدلة الترميز المعدّة مسبقاً، حيث يتم تجهيز الاستمارة بشكلها النهائي من أجل إدخال بياناتها.
- **التدقيق أثناء الإدخال:** ويتم ذلك من خلال برنامج الإدخال، حيث تم تجهيز البرنامج بقواعد منطقية احترازية لا تسمح بإدخال بيانات خاطئة، بالإضافة إلى مراعاة الانتقالات في الاستمارة التي يقوم بها البرنامج تلقائياً.
- **تنظيف البيانات:** بعد الانتهاء من عملية إدخال البيانات تم استخراج جداول تكرارية أولية لمؤشرات الدراسة، وتمت مراجعتها من قبل الفريق الإحصائي للتأكد من سلامة البيانات المدخلة وعدم وجود حالات طرفية لافتة للنظر، و في حالة وجود أخطاء كانت تتم عملية إدخال الاستمارة مرة أخرى.

8. ادخال البيانات

لقد تم تصميم برنامج إدخال البيانات باستخدام (**Access 2007**). ويتمتع برنامج الإدخال بالخواص التالية:

- إمكانية التعامل مع نسخة مطابقة للأصل (باللغة العربية) على شاشة الحاسوب.
- المحافظة على الحد الأدنى من الخطأ لمدخلي البيانات الرقمية أو خطأ العمل الميداني.
- سهولة عرض البيانات المختلفة لأقسام الاستمارة المختلفة.
- القدرة على فحص التسلسل المنطقي في بيانات الاستمارة.
- القدرة على التدقيق الداخلي.
- سهولة الاستخدام (user-friendly).
-

9. التحليل الاحصائي للبيانات

تم بعد الانتهاء من عملية الإدخال والتأكد من سلامتها وجاهزيتها للتحليل واستخراج النتائج، تم تحويل البيانات من (**Access2007**) إلى الرزمة الإحصائية (SPSS) باستخدام برنامج (StatTransfare)، الذي يضمن عملية تحويل البيانات من قاعدة بيانات إلى أخرى مع المحافظة على نفس السمات التي تحظى بها البيانات. وقد تم تحليل النتائج باستخدام الرزمة الإحصائية (SPSS). كما تم استخراج الجداول التكرارية والجداول التقاطعية حسب الجنس والمنطقة والصف.

رابعا: كتابة التقرير والتوصيات

بعد جمع البيانات والمعلومات، تم إعداد تقرير يحتوي على منهجية الدراسة وتحليل نتائجها حسب الفئات المستهدفة والتوصيات التي خرجت بها الدراسة.

المعايير الأخلاقية للدراسة

لقد تمت دراسة الأسئلة التى استخدمت في دراسة تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية من قِبَل وزارة التربية والتعليم العالي، للتأكد من ملاءمة الأسئلة المطروحة للمستوى المعرفي المتوقع من الطلبة وللتأكد بأن الأسئلة المطروحة مقبولة اجتماعياً من قِبل المجتمع الفلسطيني وتلائم طبيعة جمهورها. وبعد الانتهاء من مراجعة الأسئلة والموافقة على الاستبيان، تم الإيعاز والتنسيق مع مختلف مديريات وزارة التربية والتعليم لإجراء دراسة تجريبية على الفئة المستهدفة والتي تهدف الى التأكد بأن طريقة طرح الأسئلة واضحه ومفهومه ومقبولة اجتماعياً من قِبَل الطلبه. هذا وقد تم إعلام وأخذ موافقة الأهل قبل تطبيق البحث على الطلبه تجنباً لإساءة الفهم من غرض الدراسة من قبل الأهالى.

هذا و قد قام فريق العمل الميداني بشرح أهداف الدراسة للطلبة والطالبات وتم التأكيد على أن للطالب/ة حرية المشاركة أو عدمها. كما تم التوضيح مسبَقاً للطلبة بأنه لن يُطلب منهم تمييز أنفسهم لضمان السرية وكي يشعروا بالراحة لإعطاء الأجوبة دون الإحساس بالخوف أو الحَرَج. هذا وقد تم سؤال كل طالب طالبة عن موافقتهم على الإشتراك فى الدراسة بشكل منفرد لضمان قبولهم الإشتراك فيها دون التعرض للضغط أو التأثير الخارجى. بالإضافة الى ذلك، تم تدريب الفريق الميدانى على ضرورة عدم إظهار أي انفعال أو استغراب لأى جواب وعدم مناقشة أي حالة بصورة شخصية مع الآخرين.

الصعوبات التي واجهتها هذه الدراسة التقييمية

في مرحلة التجربة القَبلية للاستبيان الذى تم إعداده ليستخدم فى تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية للطلبة، واجه العمل الميداني رفضاً لتطبيق الدراسة من قبل مدرسة إناث في محافظة رام الله خشية من رد فعل غير متوقع تجاه الموضوع من قِبَل أهالي الطلبة. ولكن الفريق تمكّن من إقناع مديرة المدرسة بالموافقة، بعد الاتصال مع مديرية التربية والتعليم وتوضيح أن الاستبيان المستخدم قد تمت دراسة محتواه من قِبَل الوزارة وأن الأسئلة الموجودة تعكس المعلومات الموجودة في منهاج صحة المراهقة الذي تم تبنّيه من قِبَل وزارة التربية والتعليم العالي.

بالإضافة الى ذلك، واجة الفريق الميدانى عند تطبيق الاستبيان فى المدارس رفضاً من قبل بعض مدراء المدارس، نتيجة عدم التنسيق بينهم وبين رؤساء أقسام الإرشاد التربوي في المديريات حول الدراسة ومواعيد زيارات الفريق للمدراس وتم التغلب عليها بفضل تعاون مننسقة المشروع التى كانت متعاونة وداعمة طوال فترة الدراسة التقييمية. وقد استغرق انجاز استمارات بعض المدارس يومين أو أكثر بسبب عدم تواجد كامل الطلبة لاشتراكهم في رحلات مدرسية أو انشطة خارج المدرسة .

ولقد كان من الصعب تحديد أثر دليل صحة المراهقة على الطلبة من حيت التغيير بالمعرفة والمواقف والممارسات للطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية، وذلك لأنه كان من الصعب حصر أو تحديد مصدر المعلومة لتعددها وتنوعها مثل التلفزيون والراديو والمجلات والإنترنت وغيرها، ولأن وزارة التربية والتعليم عملت على دمج منهاج الصحة الإنجابية بالمناهج الدراسية للمراحل العمرية المختلفة، مما جعل من الصعب على الطالب تحديد ما إذا كان مصدر المعلومه حول الصحة الإنجابية هو دليل المراهقة أم غيره.

بالإضافة إلى ذلك، كان من الصعب تحديد تحقق أهداف المشروع بالمقارنة مع الأهداف المخططة بسبب غياب دراسة قاعدية تساعد على معرفة وتقييم مدى استفادة الفئة المستهدفة الرئيسية وهي الطلبة من كلا الجنسين و لغياب وجود المؤشرات الواضحة والكافية لرصد عملية المتابعة والتقييم للمشروع.

نتائج الدراسة التقييمية

أولا: نتائج المقابلات المعمقة

يتناول هذا القسم عرض لنتائج المقابلات المعمقة مع المشرفين على المشروع في وزارة التربية والتعليم العالي وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومركز المرأة للإرشاد القانوني والإجتماعي، إضافة إلى رؤساء أقسام الصحة المدرسية في نابلس ورام الله وغزة، والمدربين في رام الله وغزة. وتتطرق النتائج إلى جميع مراحل مشروع تطبيق دليل صحة المراهقة ومرشد المعلم في الصحة الإنجابية، من حيث التخطيط والتنفيذ والرقابة والمتابعة والتطبيق في المدارس وأثر تنفيذ ذلك على الطلبة. وكذلك تتناول نقاط القوة ونقاط الضعف والمشاكل والمعوقات التي واجهت المشروع، والإنجازات التي تم تحقيقها، والإقتراحات لتطوير المشروع في المستقبل.

1. مرحلة التخطيط

وضعت الوزارة منذ البداية خطة كاملة لتنفيذ المشروع شملت تحديد الأهداف والأنشطة والجدول الزمني وحددت المرشدين المستفيدين والتوزيع الجغرافي والتكاليف المالية (الموازنة) وتوفير التجهيزات الفنية ومواضيع التدريب ونماذج لتقارير سير العمل في المديريات.

ولقد قامت الوزارة بتحديد إحتياجات المشروع للفئات المستهدفة وخاصة الطلبة المراهقين، والتي جاءت إستنادا إلى نتائج دراسات وابحاث أجرتها مؤسسات متخصصة مثل (تقرير مسح الشباب) الذي أصدره الجهاز المركزي للإحصاء عام 2003. بالإضافة الى تقارير المرشدين في المدارس والملاحظات الميدانية حول سلوك المراهقين، وانتشار استخدام الإنترنت فى المجتمع الفلسطينى وأثره على الطلبة، وضعف رقابة الأهل وعدم إلمامهم بالمفاهيم العلمية حول الصحة الإنجابية وصحة المراهقة.

وتم تطبيق المشروع بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان باعتباره أحد برامج وأهداف الصندوق من حيث الاهتمام بمواضيع النوع الإجتماعي والصحة الإنجابية. وبناء على ذلك تم تحديد الإحتياجات من قبل الإدارة العليا في وزارة التربية والتعليم العالى دون مشاركة مباشرة من رؤساء الأقسام في الإرشاد التربوي والصحة المدرسية في المديريات المختلفة.

وتم الإتفاق على أن هناك نقص في المعلومات والمعرفة في الثقافة الجنسية والإنجابية لدى الطلبة مما يؤثر على مسلكيات الطلبة مواقفهم وتوجهاتهم الحياتية. كما تبين أيضا توفر الحاجة إلى تأهيل المرشدين التربويين للتعامل مع مشاكل وقضايا الطلبة في مواضيع صحة المراهقة باعتبارهم الفئة الرئيسية المستهدفة بالمشروع إضافة إلى وجود نقص في المعلومات لديهم حول الصحة الإنجابية و ضعف مهاراتهم في الرد على استفسارات الطلبة.

هذا ولم تكن معايير الجودة والنوعية محددة منذ البدايه ضمن خطة المشروع ولكن بدأ التفكير بها خلال التطبيق ومن أهم ما تم الاهتمام به: درجة الدقة والعمق في المعلومات، وتقبّل الأهل للمشروع، وكذلك استخدام وسائل الإتصال

المناسبة لإيصال المعلومة وأيضا استخدام أسلوب التعلّم النشط وليس التعليم التلقيني، واعتماد لغة مناسبة فى الدليل, وترتيب موضوعاته حسب المرحلة الصفية وملائمة المعلومات مع المنهاج المدرسي الرسمي.

و لقد تم تحديد موارد المشروع بحيث تنسجم مع أنشطة المشروع المختلفة، مع دراسة إمكانية توفيرها، حيث تمثّلت الموارد فيما يلي :

- **الموارد البشرية:** حيث تم تعيين منسقة للمشروع فى الضفة لتقوم بمتابعة تنفيذ أنشطة المشروع. بالإضافة إلى ذلك، تم الإعتماد على إعداد المدربين الأساسيين من المرشدين التربويين في مختلف المديريات والمناطق، وبالتالي توفير مرجعيات في كل منطقة، تمارس التدريب وبناء القدرات في مواضيع الدليل.
- **الموارد المالية:** تم تمويل المشروع بالكامل من صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA باعتبار المشروع أحد برامجه للدورة الحالية، أما المصاريف الإدارية فقد ساهمت فيها الوزارة (إستخدام قاعات، سيارات، مرافق، الإتصالات، .....).
- **الموارد الفنية:** تم تمويل مشاركة الوزارة بمؤتمرات دولية وزيارات خارجية للعديد من الدول للاطلاع على تجاربهم في مجال الصحة الإنجابية من صندوق الأمم المتحدة للسكان، إضافة إلى توفير خبراء من الخارج في المرحلة الأولى لتدريب المدربين. كما تم تزويد الوزارة بالأجهزة والمعدات اللازمة للمشروع (كمبيوترات، طابعات، كاميرات رقمية، ...).

2. مرحلة التنفيذ

تطلّب تنفيذ المشروع في المرحلة الأولى منه التنسيق الحثيث بين الجهات الأساسية : وزارة التربية والتعليم العالي، صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومركز المرأة للإرشاد القانوني والإجتماعي, لغايات التدريب من جهة، ولتقييم ومراجعة الدليل من جهة أخرى. أما خلال الفترة من عام 2006 – 2010 فإن التنسيق بين الوزارة وصندوق السكان تضمن كافة المجالات الإدارية والمالية والرقابية.

وواجه تنفيذ المشروع في المرحلة الأولى بعض العقبات في تنفيذه بالمدارس من المدراء باعتباره ليس منهاجاً مقرراً، إلا أن الوزارة تدخلت واعتبرته جزءا من الأنشطة المدرسية ومن متطلبات عمل المرشدين، وعملت على إدراجه في التقويم المدرسي.

2.1. تطوير دليل صحة المراهقة و إعداد مرشد المعلم للصحة الإنجابية

تمت في هذه المرحلة, مراجعة دليل صحة المراهقة من قبل وزارة التربية للمرحلة 2006 – 2010، للصفوف (السابع، الثامن، التاسع) بهدف توفير أداة مساعدة للمثقفين والمرشدين التربويين في المدارس، لتنفيذ لقاءات توعية منتظمة مع جيل المراهقة ضمن برنامج مدرسي واضح مرافق للمناهج التعليمية. وتضمن الدليل عدة أهداف خاصة أهمها :

- تعريف الطلبة عل مفهوم البلوغ الجنسي والنفسي والإجتماعي وعلى التغيرات المرافقة له.
- إكساب الطلبة للمهارات الحياتية الأساسية.
- تعزيز ممارسات ومفاهيم نمط الحياة الصحي(التغذية، النشاط البدني، النظافة الشخصية،...)
- تعريف الطلبة بأمراض العصر(السكري، السرطان، القلب، طرق الوقاية منها).

- تعرّف الطلبة على النوع الإجتماعي وتمييزه عن النوع البيولوجي.
- التعرف على الصحة الإنجابية، مثل الزواج والعلاقات الزوجية وتنظيم الأسرة.
- مناقشة المشاكل الشائعة التي يتعرض لها جيل المراهقة.

ولقد تم إصدار دليل صحة المراهقة بصورته النهائية عام 2008، بحيث يتضمن وحدات رئيسية وهى مرحلة المراهقة, المهارات الحياتية (مهارات تقوية الذات) , نمط الحياة الصحي, التربية الجنسية, الأسرة والعلاقات الأسرية والعلاقات الاجتماعية في مرحلة المراهقة للصف السابع والثامن والتاسع ، مع إضافة وحدة الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً للصف التاسع، والتطرق إلى مواضيع مختلفة حسب الصف. ويتم استخدام الدليل في لقاءات إرشادية بمعدل مرة أسبوعيا، لمدة 45 دقيقة. وتتم الاستعانه في تطبيقه مع المعلمين/ات، أو باستضافة خبراء خارجيين.

كما تم إعداد مرشد المعلم للصحة الإنجابية (عام 2009 للصفوف من السابع إلى الثاني عشر) بهدف توفير مادة علمية للمعلم تمكنه من الإجابة على أسئلة الطلبة المتعلقة في مواضيع الصحة الإنجابية، بغض النظر عن تخصصه. ويهدف المرشد بشكل خاص الى تزويد المعلم بالمهارات والمعلومات في كيفية مواجهة المواقف المتعلقة باستفسارات الطلبة عن الصحة الإنجابية وضبطها بأسلوب تربوي وتعزيز دوره كمصدر للمعلومات، لدفع الطلبة للتعامل مع قضايا الصحة الإنجابية بوعي ومعرفة و كيفية التعامل مع المواقف الإستفزازية للطلبة، بردود فعل هادئة ومتزنة تحوّل الموقف الإستفزازي إلى موقف تعليمي.

وضمن برنامج صحة الشباب، تم إعداد دليل الطواقم المدرسية للتعامل مع مشكلات الطلبة الصحية 2008(نظام التحويل) وبدعم من UNFPA بهدف توفير مادة مرجعية لاستخدام الطواقم التعليمية والصحية والإرشادية في المدارس للتعامل مع المشكلات الشائعة التي يواجهها الطلبة. و يهدف الدليل بشكل خاص إلى تزويد المعلمين ومنسقي اللجان الصحية والمرشدين التربويين بمعلومات أساسية عن المشكلات الشائعة التي تعيق نمو الطلبة وتطورهم النفسي والجسدي والإجتماعي والإنفعالي وتعيقهم عن التحصيل الأكاديمي. ومن ثم التدخل في نطاق المدرسة لمعالجة هذه المشكلات وتحديد الحالات والمستويات التي تتطلب التحويل إلى خارج نطاق المدرسة للتعامل مع المشكلة التي تم الكشف عنها.

2.2. التدريب و زيادة القدرات على تطبيق أنشطة الدليل على الطلبة المستهدفين

لقد تم تأهيل وتدريب 53 مدربا مركزيا فى الضفة وغزة بحيث تضمن ذلك 39 من المرشدين التربويين (25 في الضفة، 14 في غزة) و14 مدربا من منسقي الصحة المدرسية (8 في الضفة، 6 في قطاع غزة) بهدف التزوّد بمفاهيم ومهارات متقدمة في مجال تدريب المدربين، وكذلك توظيف واستخدام دليل صحة المراهقة للتدريب والإرشاد في تطبيقه.

ومن ثم قام المدربون المركزيون بتدريب المرشدين التربويين ومنسقي الصحة المدرسية بهدف تأهيلهم للتعامل مع مشاكل المراهقين من خلال تزويدهم بالمعلومات والمعرفة حول صحة المراهقة والصحة الإنجابية وإكسابهم المهارات اللازمة لتطبيق الدليل وفق أسلوب التعلم النشط وليس كمواضيع تعليمية، والعمل على بناء توجهات وقناعات لديهم حول التعامل مع مواضيع صحة المراهقة بطرق علمية ومهنية.

وقد استطاع البرنامج تدريب 535 مرشدا تربويا في مختلف المديريات على استخدام دليل صحة المراهقة (392 في الضفة و 143 في قطاع غزة) علماً بأن العدد الإجمالي للمرشدين التربويين في مختلف المحافظات يبلغ 903 مرشدا (629 في الضفة، 274 في قطاع غزة. في حين تم تدريب 266 منسقاً للصحة المدرسية على دليل صحة المراهقة (132 في الضفة، 134 في غزة) ودمجهم في الدورة البرامجية الثالثة عام 2008 بعد إدراك المديريات لأهمية التعاون والتكامل مع الصحة المدرسية.علما بأن العدد الإجمالي لمنسقي الصحة المدرسية يبلغ 1646 منسق (1293 في الضفة، 353 في قطاع غزة).

جدول 2: العدد الإجمالي للمرشدين المتدربين على دليل صحة المراهقة خلال الفترة 2008 – 2009

المنطقة	العدد الإجمالي للمرشدين التربويين فى الوزارة	عدد المرشدين المتدربين	عدد المرشدين المدربين المركزيين
ضفة	629	392	25
غزة	274	143	14
المجموع	**903**	**535**	**39**

جدول 3: العدد الإجمالي لمنسقي الصحة المدرسية المتدربين على دليل صحة المراهقة خلال الفترة 2008 – 2009

المنطقة	العدد الإجمالي لمنسقي الصحة المدرسية	عدد المنسقين المتدربين	عدد المنسقين المدربين
ضفة	1293	132	8
غزة	353	134	6
المجموع	**1646**	**266**	**14**

وفيما يتعلق بتحديد الاحتياجات التدريبية، فقد تمت بناءا على نتائج ورشات عمل واجتماعات نظمتها الوزارة حيث ناقش خلالها المدربون المواضيع بما ينسجم مع إحتياجات الطلبة، وتضمنت مواضيع حول صحة المراهقة، التربية الجنسية، مشاكل المراهقة، الأمراض المنقولة جنسيا، مهارات الإتصال والتواصل. وقد أفاد بعض المدربين بأنهم شاركوا فقط في إعداد مواضيع تدريب المدربين ولكنهم لم يشاركوا في تحديد مواضيع الدليل.

أما على صعيد التدريب، فقد تم وضع برنامج تدريبي للمرشدين والمعلمين خلال الإجازات الصيفية، إلا أن المرشدين أبدوا تذمرا باعتبار أن توقيت التدريب كان غير مناسب في فصل الصيف مما أدى إلى غياب عدد من المتدربين، وصعوبة إقناعهم بالمشاركة في التدريب، وكذلك عدم توفر الحوافز المادية والمعنوية لهم للمشاركة، إلا أن الوزارة تعتبر أن الإجازة خلال الصيف للطلبة وليست للهيئات التدريسية والإدارية، وبالتالي أن عليهم الإستجابة لمتطلبات العمل حتى في فصل الصيف.

وفي غزة، تم التركيز على بعض المواضيع خلال تنفيذ التدريب، وبخاصة على مواضيع صحة المراهقة والأمراض المنقولة جنسياً، والتغيرات الجسدية التي تحدث في سن المراهقة، وربط المواضيع التدريبية مع الآيات القرآنية، ومن

جانب آخر لم يتم التركيز على موضوع النظافة الشخصية بحجة أن الطلبة أصبحت لديهم الخبرة الكافية فيه. بينما لم تتم تغطية عدد من المواضيع كتأثير الأقران. و لقد كان أسلوب المدربين واضحاً وتمكنوا من توصيل المعلومات للمتدربين بشكل بسيط وعبر وسائل مختلفة ومتنوعة.

وفيما يتعلق بالجوانب الإدارية للتدريب، أظهرت نتائج التقييم الداخلي أن معدل الرضى أقل من المتوسط بشكل عام، فقد بلغ معدل الرضا عن مكان التدريب 48% أما عن أيام التدريب وتتابعها فقد بلغ المعدل 68%، وفيما يتعلق بكفاية أيام التدريب فبلغ المعدل 48%. أما معدل الرضا عن ساعات التدريب فبلغ 66.6%، في حين بلغ معدل الرضا عن ملاءمة الضيافة 65%، والوقت المحدد للإستراحة 50%، أما عن إشراف المسؤولين فبلغ معدل الرضا 75.8%.

كما تم أيضا اعتماد أعضاء الهيئات التدريسية (المدراء والمعلمين) كمصادر للمعلومات في مفاهيم الصحة الإنجابية، وذلك بتزويد المعلم بالمهارات والمعلومات في كيفية مواجهة المواقف المتعلقة باستفسارات الطلبة عن الصحة الإنجابية وضبطها بأسلوب تربوي، وتعزيز دوره كمصدر للمعلومات، لدفع الطلبة للتعامل مع قضايا الصحة الإنجابية بوعي ومعرفة. وقد تم خلال فترة المشروع تدريب 936 معلما على إستخدام مرشد المعلم للصحة الإنجابية (758 في الضفة، 178 في غزة) بالإضافة الى ورشة تعريفية 169 من مدراء المدارس (103 في الضفة، 66 غزة). هذا ولم تتم متابعة التدريب على مرشد المعلم بعد عام 2007.

2.3. تطبيق الدليل في المدارس

لعبتْ المديريات دوراً رئيسياً في تنفيذ وتطبيق (دليل صحة المراهقة) من خلال التنسيق الدائم والمستمر بين الوزارة والمديريات، ومن خلال وضع الخطط التنفيذية في المدارس محدّدة بجدول زمني بالإضافة الى دور أساسى فى المتابعة الميدانية، وإعداد التقارير عن سير عمل المشروع.
أما على صعيد دائرة الصحة المدرسية، فإن التنسيق يتم بشكل دوري من خلال اجتماعات وتقارير دورية عن الأنشطة الصحية في المدارس، ومناقشتها مع منسقي الصحة المدرسية.

ويستهدف تنفيذ الدليل في المدارس الفئة الرئيسية المستهدفة من المشروع وهي فئة الطلبة المراهقين، وذلك ليلبي احتياجات الطلبة في المدارس من حيث مساعدتهم على فهم مرحلة المراهقة بشكل أفضل، وتوجيههم نحو التصرف السليم، ولحاجتهم إلى التركيز على موضوعاتها، رغم وجود بعض هذه المواضيع أصلاً في المنهاج المدرسي.

ويُعتبر رؤساء أقسام الإرشاد والصحة المدرسية، المسؤولون عن تنفيذ البرنامج في المديريات، بحيث يتم التنسيق بين الجانبين في تحديد مواضيع الأنشطة والاستفادة من الكوادر البشرية المتوفرة. وقد بدأ التنسق بين الدائرتين فى بداية العام 2008، بعد إدراك المديريات لأهمية دور الصحة المدرسية وخاصة بعد تشكيل الأندية الصحية في المدارس والبالغ عددها حوالي 700 ناد، إلا أن تحديد الإحتياجات والتكاليف لتطبيق نشاطات صحة المراهقة يتم بالتنسيق مع رؤساء أقسام الإرشاد.

وتم وضع خطة لتطبيق الدليل في مديريات نابلس ورام الله من خلال التنسيق بين فريق العمل (المرشد التربوي ومنسق الصحة المدرسية)، بحيث تضمنت خطة العمل مواضيع رئيسية ترتبط بالجانب الصحي للمراهقين أهمها: (التدخين، التغذية، المهارات الحياتية، السلوكيات) وذلك من خلال جدول زمني يتضمن عقد محاضرة واحدة على الأقل أسبوعياً، إضافة إلى اللقاءات الفردية والتوجيه الجامع، وتوفير المواد الثقافية والقرطاسية وأجهزة الكمبيوتر لتطبيق الدليل. وعادة ما يتم ذلك من خلال تبرعات من مؤسسات المجتمع المحلي أو المؤسسات الصحية .

وعلى الرغم من عدم توفر الدليل في المدارس فى غزة، فقد تم تطبيق البرنامج باستخدام المواد التى تدرب عليها المرشدون في 100 مدرسة في قطاع غزة من أصل 200 مدرسة، لعدم توفر الميزانية اللازمة لتغطية كافة المدارس. أما في نابلس فقد تم تطبيق الدليل في 52 مدرسة من أصل 67 مدرسة والتى تضم صفوف السابع والثامن والتاسع. وتم تطبيق الدليل في مديرية رام الله على 50% من مدارس المديرية البالغة 90 مدرسة، حيث يقوم المشرفون بتطبيق نشاطات أسبوعية.

وأفاد المبحوثون بأن التعاون بين مشرفي الصحة المدرسية والمرشدين التربويين في المديريات يتم على مستوى جيد، وذلك بسبب الاهتمام المشترك للطرفين في مواضيع الصحة الإنجابية في كافة المدارس. إلا أن هذه العلاقة يمكن تطويرها أكثر من خلال التنفيذ المشترك للمشروع والعمل بروح الفريق. اما بالنسبة لغزة و بسبب عدم وجود الدليل، فلم يتم تفعيل هذه العلاقة بشكل كافٍ.

أما على المستوى الميداني في المدارس، فإن العلاقة بين المرشد التربوي ومنسق الصحة المدرسية ممتازة، حيث يتم إعداد الخطة من قبل المرشد التربوي ومنسق الصحة المدرسية معاً، ويتم تنسيق الأنشطة بشكل مشترك من خلال التعاون في التنفيذ وتبادل المعلومات، مما يُوفر فرصا كبيرة للنجاح. هذا وقد تم إقتراح عقد إجتماعات دورية للجانبين لمناقشة القضايا المشتركة في المدارس، خاصة وأن معظم مواضيع الخطة تتعلق بالصحة المدرسية.

وبشكل عام، أظهرت المقابلات المعمقة أن مدراء المدارس يقدمون الدعم المطلوب، خاصة بعد إشراكهم في العملية التدريبية، إلا أن بعض الإدارات في المدارس التابعة لمديرية نابلس، لم تتفهم حتى الآن أهمية الصحة الإنجابية في المدرسة.

أما بالنسبة لتثقيف وتوعية الأهل في كيفية الإتصال والتواصل مع أبنائهم حول مفاهيم صحة المراهقة والصحة الإنجابية، فلم يتم إعداد برنامج لتوعية وتثقيف الأهل حول ذلك سواء في الضفة الغربية أو قطاع غزة. وفى بعض المدارس تمت دعوة الأهل لحضور إجتماعات وندوات، وتقبل المعظم ذلك من أعضاء التدريس وليس من ضيوف خارجيين. إلا أنه بشكل عام، لم يتم العمل على استقطاب الأهل بشكل منهجى.

2.4. مشاكل ومعوقات خلال مرحلة التنفيذ:

وتعرّض المشروع خلال تنفيذه إلى صعوبات ومعوقات من أهمها ما يلى:

- إضراب المعلمين حيث أثر ذلك على الجدول الزمني لتنفيذ المشروع.
- تغيير طاقم التدريب المركزي في الصيف، إلا ان ذلك ساعد فى المقابل على اكتشاف كفاءات جديدة.
- وجود نقص في المرشدين في المدارس وتنقلهم من مدرسة إلى أخرى مما أدى إلى عدم التطبيق الكافى والكامل للدليل في كافة المدارس، فكل مدرسة يوجد بها منسق للصحة المدرسية، ولكن ليس لكل مدرسة مرشد تربوي.

- عدم القدرة على متابعة الأنشطة في غزة، نتيجة للوضع السياسي، فرغم تنفيذ الأنشطة هناك، إلا انه لم يتم التمكن من متابعتها وقياس جودتها.
- عدم وجود منهجية منتظمة للتواصل بين الوزارة والمديريات لمتابعة تطبيق البرنامج.

3. الرقابة والمتابعة والتقييم

اعتمدتْ الوزارة في متابعتها ورقابتها على المشروع عدة أساليب، أهمها:

- التقارير الواردة عن مكونات الأنشطة (الطلبة، عنوان النشاط، الأهداف، الأساليب المستخدمة، الوسائل).
- الزيارات الميدانية على الرغم أنه لم تكن هناك متابعة ميدانية كافية.
- لاستفادة من نظام الإشراف الميداني للمدارس على المرشدين: حيث يقوم المشرف بمتابعة 12 مرشداً مهنياً وفنياً، ويقوم بمناقشتهم ويطّلع على سير العمل في تنفيذ الخطة، ويناقش المشاكل والمعوقات التي تواجههم، وتأثيرها على المرشد.
- رفع تقريرين عن أداء المرشدين: الأول، إداري من مدير المدرسة، والثاني فني من قسم الإرشاد التربوي.
- عقد اجتماعات فصلية، لمناقشة التقارير وإبداء الملاحظات والتوجيهات، إلا أن ذلك يتم فى بعض الأحيان من خلال الاتصال الهاتفي فقط.
- اللقاءات الدورية على مستوى الوزارة (بين الإدارتين المشرفتين على المشروع) من جهة والداعمين للمشروع (صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA) ، من جهة أخرى.

وبناءً على نتائج المتابعة، عملت الوزارة على إجراء بعض التعديلات على بعض خطط العمل بالإضافة الى تغيير بعض المرشدين التربويين نتيجة لأدائهم غير المرضِ في المدارس، كذلك تم إجراء تعديلات على الجدول الزمني نتيجية إضرابات المدرسين/ات، وعلى بند المواصلات في الموازنة بحيث تم اعتماد التكلفة الرسمية بدلاً من التكلفة الفعلية، مما أدى إلى توفير في تكاليف المشروع، كما تمت إضافة محاور جديدة للمشروع كمرشد المعلم في الصحة الإنجابية ومشروع نظم المعلومات للصحة المدرسية.

أما صندوق الأمم المتحدة للسكان، فقد اعتمد على المتابعة المالية من خلال التقارير الدورية الواردة من الدائرة المالية في الوزارة بناء على خطة العمل، بحيث تمت مقارنة ما تم تنفيذه بالمقرر فى الخطة، وتم صرف المبالغ المالية بعد التنفيذ وفقاً لتقرير المتابعة والتقارير الدورية السنوية. بالإضافة الى ذلك، تم عقد إجتماعات دورية للمتابعة ومناقشة الصعوبات وإيجاد الحلول لها، والقيام ببعض الزيارات الميدانية لمتابعة تنفيذ الأنشطة، ورفع تقارير تتضمن ملاحظات عن الزيارة. كما تم التدقيق على بنود الخطة المالية والإدارية من الصندوق، إضافة إلى شركة تدقيق خارجي.

أما بالنسبة لرؤساء الأقسام في مديريات الضفة، فقد قاموا بمتابعة ورقابة تطبيق الخطط لاستخدام دليل المراهقة في المدارس، خاصة للمشرفين، إلا أن ذلك لم يتم في غزة، لأن الدليل لم يطبق أصلاً هناك إلا بشكل محدود، لعدم توفره. كما تتم المتابعة والرقابة من قبل رؤساء الأقسام في مديريات الضفة للتأكد من تطبيق الخطة من خلال عدة وسائل وأساليب أهمها: الزيارات الميدانية للرقابة على تنفيذ الأنشطة، والتقارير الدورية الأسبوعية أو الشهرية للمشرفين الميدانيين حول سير العمل. كذلك تتم متابعة المدارس التي لم تقدم التقارير الدورية للتعرف على سبب عدم تنفيذ

الأنشطة. ونتيجة للمتابعة، يتم فى بعض الأحيان تعديل الجدول الزمني أو إضافة مواضيع وأنشطة جديدة أو إعادة ترتيب المواضيع حسب أهميتها للطلبة في المدارس.

4. أثر تنفيذ المشروع على الطلبة

وفقا لاجتهادات المدربين من رؤساء الأقسام الصحية فى غزة, فإن المشروع لم يترك أثرا كبيراً على الطلبة في قطاع غزة بسبب عدم توفر الدليل وعدم تطبيق المشروع بشكل منهجى. بينما كان رأى المدربين من رؤساء الأقسام الصحية في مديريات نابلس ورام الله، أن تطبيق المشروع ترك الكثير من الآثار الإيجابية بالإضافة الى بعض السلبيات. أما بالنسبة للأثر الإيجابي فقد لاحظوا تحسناً في سلوك الطلبة في مواضيع التغذية وطريقةِ التعامل مع الطلاب خاصة في العمل الجماعي، وبشكل ملحوظ في مدارس الإناث. كما أدى المشروع إلى تطور العلاقة بين المعلمين والطلبة بسبب مشاركتهم بالنشاطات النفسية.

وكانت هناك زيادة ملحوظة فى قدرة الطلبة على طرح مشكلاتهم والإنفتاح والجرأة في طرح الأسئلة حول صحة الإنجابية والمراهقة وخاصة حول مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً. كما أدى إلى تشكيل لجان طلابية مفعّلة في بعض المدارس، مكونة من المرشد التربوي ومنسق الصحة المدرسية والطلبة. أما بالنسبة الى الأثر السلبي فقد أصبحت بعض السلوكيات الخاطئة مبررة لدى الطلبة، بحجة أنهم مراهقين.

ويتم في بعض مدارس الضفة تقييم اللقاءات الجماعية من خلال سؤال الطلبة أو استخدام استبان لمعرفة مدى الاستفادة من النشاط ولكن بصورة غير منظمة وعشوائية.

وقد تم إجراء تقييم داخلي (لدورة تنشيطية عام 2008) لبرامج التدريب والأنشطة الصحية، حيث تضمن التقييم العناصر التالية: محتوى البرنامج، تحقيق التدريب لأهدافه، الدورة قدمت معلومات مفيدة، الحصول على معلومات جديدة، تعلم مهارات جديدة، **طرق التدريب متنوعة**، المواد التدريبية ساعدت في عملية التعلم، نشاطات ومجموعات العمل، المشاركة في النقاش بطريقة فعالة، أسلوب التدريب كان فعالا وتمكّن المدرب من توصيل المعلومات، حيث أظهرت النتائج التالية:

جدول 4: نتائج التقييم الداخلي للمدربين

الموضوع	معدل الرضا
محتوى البرنامج يتناسب مع الإحتياجات	**%61**
اللقاء حقق أهدافه	**%77.5**
الدورة قدمت معلومات مفيدة	**%92**
الدورة قدمت معلومات جديدة	**%76.6**
تعلمت مهارات جديدة	**%83.3**
طرق التدريب متنوعة	**%78.3**
المواد التدريبية ساعدت في عملية التعلم	**%66.6**

نشاطات ومجموعات العمل	**%80**
المشاركة في النقاش بطريقة فعالة	**%98**
أسلوب التدريب كان فعالا	**%78.3**
تمكن المدرب من توصيل المعلومات	**%85**

وبناء على التقييم، تمت إضافة ملحق ومطبوعات جديدة وأنشطة، كذلك تم إصدار الدليل على إسطوانة (CD) وتنزيله على الموقع الإلكتروني للوزارة وتوزيعه على المؤسسات والوزارات المتخصصة. الا أن التقييم الداخلى لم يقس مدى تأثير الدليل على الطلبة.

ثانيا: نتائج المجموعات البؤرية المركزة

نظم فريق المؤسسة 7 مجموعات بؤرية في محافظات نابلس ورام الله والخليل وغزة وكانت الفئة المستهدفة: المرشدين التربويين، منسقي الصحة المدرسية في المدارس، الهيئات التدريسية.

نتائج المجموعات البؤرية للمرشدين التربويين

يتناول هذا الجزء من الدراسة نتائج المجموعة البؤرية للمرشدين التربويين حول تطبيق دليل صحة المراهقة في المدارس، حيث تضمن المراحل الرئيسية المرتبطة بالمؤشرات المتعلقة بالتدريب وفعاليته للمرشدين التربويين وأهمها: مرحلة الإعداد والتخطيط للتدريب، مرحلة التطبيق والتنفيذ في المدارس، مرحلة المتابعة والرقابة ومرحلة الرقابة.

1. مرحلة الإعداد والتخطيط للتدريب

يتضمن هذا القسم من الدراسة قياس المؤشرات المتعلقة بمرحلة التخطيط للبرامج التدريبية من حيث تحديد الإحتياجات والأهداف والمواد التدريبية وأداء المدرب.

أجمع الحضور على أنهم لم يشاركوا في مرحلة الإعداد والتخطيط لبرنامج صحة المراهقة أو في تحديد الإحتياجات التدريبية، حيث كانت المواضيع الواردة في الدليل محددة مسبقاً، ولم يشاركوا في اختيارها أو إعدادها. وعلى الرغم من إجماع المشاركين على أن المواضيع تلبي احتياجات الطلبة بشكل ممتاز، لكن ذلك يتطلب مواكبة التطورات في سلوكيات الطلبة، وأيضا في ملاءمتها للفئة العمرية. واعتبر المرشدون مواضيع الدليل وترتيبه من إحدى نقاط قوة البرنامج، الا أنه كان هناك تأكيد على أهمية الأخذ بمقترحات المرشدين حول إضافة بعض المواضيع حين تم اقتراحها أثناء التدريب في غزة، كربط مواضيع الدليل بالجانب الديني والإجتماعي.

وفيما يتعلق بأهم المواضيع الملائمة للطلبة، اعتبر المشاركون أن أهم المواضيع الملائمة للصف السابع هي الثقة بالنفس، مرحلة المراهقة، البلوغ في سن المراهقة، التربية الجنسية والدورة الشهرية. أما بالنسبة للصف الثامن فهي اختيار الأصدقاء، ضغط الأقران، خطر المخدرات، الأمراض المنقولة جنسيا ومرحلة المراهقة، وللصف التاسع فهي التفكير المنطقي، آلية تنظيم الوقت، الثقة بالنفس، مرحلة المراهقة، العلاقات العاطفية، الاتصال والتواصل، التدخين والأمراض المنقولة جنسياً.

2. مرحلة التطبيق والتنفيذ

تمحور النقاش مع المشاركين حول موضوعين أساسيين هما: تدريب المرشدين وتطبيق الدليل في المدارس. وفيما يتعلق بالتدريب، وبحسب المشاركين، كانت أهدافه واضحة بحيث تم التدريب على كيفية تطبيق مواضيع دليل صحة المراهقة بشكل علمي ومهني في المدارس على الطلبة، مما أدى الى زيادة المعلومات والمعرفة في مواضيع الصحة الإنجابية والعلاقات الأسرية والمهارات الحياتية، كما تم التدريب على الأساليب والوسائل المناسبة لتوصيل المعلومات للطلبة. إضافة إلى ذلك، أدى التدريب إلى إكساب المشاركين مهارات في تطبيق الدليل وتغيير مواقفهم وقناعاتهم، كما وفّر أسلوب طرح مواضيع الدليل، الحماية والتشجيع للمرشدين لطرح بعض المواضيع الحساسة كمواضيع صحة المراهقة، وخاصة الصحة الإنجابية.

واعتبر معظم المشاركين أن الأهداف كانت منسجمة إلى درجة كبيرة مع احتياجات الطلبة في هذة المرحلة العمرية. واعتبرالحضور في رام الله، أن التدريب كان إيجابياً حيث ساعدهم على إستخدام إدارة الوقت داخل الصف، وعلى كيفية التواصل مع الطالبات، إضافة إلى أنه عزز القناعات في مواضيع صحة المراهقة والصحة الإنجابية. أما في غزة ، فقد أدى التدريب إلى زيادة معرفتهم وثقافتهم في مواضيع الثقافة الجنسية والأمراض المنقولة جنسياً، وخطر المخدرات، كما أثر على الاستفادة في كيفية البحث عن المعلومات باستخدام الإنترنت والكتب العلمية. أما المهارات، فقد اكتسب المشاركون مهارات استخدام الأساليب التدريبية كلعب الأدوار والعصف الذهني.

وفيما يتعلق بالمادة التدريبية، فقد كانت مناسبة ومنسجمة مع الإحتياجات التدريبية بحيث تساعد المرشدين على تطبيقها في المدارس بشكل منظم، إلا أن التدريب لم يغطّ كافة المواضيع الواردة في الخطة التدريبية، حيث تم انتقاء بعض المواضيع، والمرور على بعضها سريعا كالنظافة الشخصية، مقابل التوسع في شرح مواضيع أخرى كالثقافة الجنسية. ففي غزة، كان الرأي العام بأن الوقت المحدد لتغطية مواضيع التدريب لم يكن كافيا، فالمواضيع الحساسة والحرجة كانت بحاجة إلى وقت أكثر، أما بالنسبة لمواضيع المهارات الحياتية فقد كانت كافية. وبشكل عام اعتبر المشاركون بأن التدريب غير كافٍ.

أما من حيث توقيت تنفيذ التدريب فقد أجمع الحضور أنه كان مزعجاً خاصة وأن الجو كان حاراً. وقد أجمع المشاركون على أن معظم المدربين كانوا على كفاءة عالية، خاصة في أساليب توصيل المعلومات، حيث تم استخدام أساليب ووسائل تدريبية حديثة علما أن هناك نقص بالخبرة لدى بعض المدربين في بعض المواضيع حيث كانوا يفضلون اعتماد أطباء كمدربين خاصة في مواضيع الصحة .

وكان للتدريب من وجهة نظر المشاركين أثر إيجابي على العلاقة بين المرشد والطالب، فقد عزز الثقة لديهم، ورفع الحياء في مناقشة مواضيع الصحة الإنجابية، مع زيادة إدراكهم لمراعاة الفروق الفردية والمحافظة على السرية مما أدى إلى زيادة زيارات الطلبة إلى مكتب المرشد لطلب المشورة في مجال الصحة الإنجابية المختلفة.

وتقدم المشاركون خلال اللقاء بمجموعة من الإقتراحات لمعالجة نقاط الضعف، أهمها: مشاركة المرشد في تحديد الاحتياج التدريبي، توسيع الفئة المستهدفة من المدارس لتشمل مدارس وكالة الغوث خاصة في غزة، وأيضا توسيع الفئة المستهدفة من الطلبة لتشمل الصفوف الثانوية، وكذلك إضافة مواضيع جديدة تتناسب مع الواقع الفلسطيني كموضوع عمالة الأطفال، والتسرب من المدارس والتوسع في موضوع المخدرات، خاصة في غزة.

أما بالنسبة لتطبيق الدليل في المدارس فقد اعتبر المرشدون المشاركون أن التطبيق لم يشكل عبئا عليهم، بل ساعد الدليل على توفير مواضيع تساعدهم على التعامل لمعالجة مشاكل الطلبة المراهقين وتوعيتهم. غير أن الدليل برأيهم لا يطبق في جميع المدارس كذلك لم يتوفر الدليل حتى الآن في مدارس غزة.

وحول وجود خطة تنفيذية لتطبيق الدليل في المدارس، رأى المشاركون أن ذلك صعب للغاية، حيث أن التطبيق يكون على حساب حصص دراسية أو في حال غياب إحدى المعلمين/ ات، ويتطلب الأمر أيضا التنسيق المسبق مع مدير المدرسة، بالإضافة إلى صعوبة تطبيقه على كافة الصفوف المستهدفة في المدرسة الواحدة لعدم وجود الوقت الكافي، خاصة وأن المرشد يعمل في أكثر من مدرسة. لكن بشكل عام، وحسب رأي المشاركين، يتم حاليا تطبيق حصة واحدة أسبوعية على الأقل، حيث يتم إختيار الموضوع بما يتلائم وإحتياجات الطلبة وملاحظات المعلمين حول ظاهرة سلوكية لدى الطلبة.

ويستخدم المرشدون عند تنفيذ النشاط الصفي لمواضيع الدليل، وسائل وأساليب مختلفة: أهمها السبورة، البروجكتر، أوراق العمل وتشكيل مجموعات. إلا أن البعض أوضح أن القاعات في بعض المدارس غير مناسبة لتنفيذ بعض الأنشطة نتيجة لصغر حجمها، مما يجعل النشاط أقرب للأسلوب التلقيني.

وأجمع المشاركون من مديرية رام الله أن تطبيق الدليل يتم في المدارس كافة، إلا ان البعض يطبقه بالكامل والبعض بشكل عشوائي. بينما أجمع المشاركون في غزة، على ان تطبيق الدليل لم يتم في كافة المدارس، ويعود ذلك في رأيهم، إلى عدم توفر الميزانية والمواد والتجهيزات اللازمة للتطبيق من جهة، وعدم توفر مرشدين بشكل كاف في جميع المدارس من جهة أخرى، حيث أن المدارس التي لا يوجد فيها مرشد لا يتم تطبيق الدليل فيها.

وفيما يتعلق بتوفير الإمكانيات اللازمة لتنفيذ الأنشطة، أجمع الحضور في رام الله على أن استخدام الأجهزة والمواد في المدرسة تمت بعد صدور قرار من الوزارة لتسهيل عمل المرشدين، نتيجة معارضة مدراء المدارس في بداية تنفيذ المشروع، أما في غزة، وبحسب رأي المشاركين، فيتم في أغلب الأحيان استخدام السبورة للكتابة وتوزيع قصاصات من الورق عند الضرورة، نتيجة للحصار المفروض على القطاع وعدم توفر الورق، كما تفتقر المدارس لتوفر عدد كاف من الأجهزة، بحيث لا يجد المرشد الأدوات التوضيحية اللازمة لعقد أو اجراء النشاط.

ويقوم المرشدون بالتنسيق مع أعضاء الهيئة التدريسية حول مواضيع التربية المدنية والعلوم والصحة والبيئة بسبب التقاطع مع صحة المراهقة، كذلك يتم التنسيق في المدارس المختلطة حيث يقدم منسق الصحة المدرسية مواضيع الصحة الإنجابية للطلبة الذكور، أما المرشدة فتقدمها للطالبات الإناث. كذلك يتم التنسيق في طريقة عرض الموضوع، حيث يقدم المعلم المادة النظرية العلمية، أما المرشد فيقدم المادة كمادة ثقافية وأنشطة. وفي غزة يتم التعاون مع أساتذة العلوم للتنسيق في مواضيع الصحة، كذلك التعاون مع المرشد الجامع لمعالجة مشاكل الطلبة ذوي الإعاقة والتربية الخاصة.

وحول إشراك الأهالي فى تطبيق الدليل ، أفاد المشاركون أن الدليل لم يتضمن برامج وأنشطة للأهل، رغم محاولة البعض تنظيم لقاءات وبرامج توعوية لهم، إلا أن الاهالي لم يتعاونوا. ولكن توجد هناك بعض الحالات من الطلبة التي يتم التعامل معها نتيجة ملاحظات الأهالي على مسلكيات أبنائهم. كذلك يتم توزيع نشرات ثقافية للأهالي، وتقديم استشارات لهم حول قضايا تتعلق بالمراهقين.

وبرأي المرشدين، فإن المعوقات التي واجهت تطبيق البرنامج في المدارس بشكل عام، هي عمل المرشد على أكثر من برنامج مثل التسرب من المدارس والغياب، التوجيه الفردي، التأخير الصباحي إضافة إلى مشروع التوجهات المهنية لأربعة صفوف، كذلك عمل المرشد في مدرستين في بعض الأحيان مما قد يؤدي إلى عدم القدرة على تطبيق مواضيع الدليل كما ينبغى.

3. الرقابة والمتابعة

وحول قيام المديريات بوضع برنامج للرقابة والمتابعة على تنفيذ دليل صحة المراهقة والذي يعتبر مرحلة هامة من مراحل إدارة المشروع، للتأكد من سير العمل حسب الخطة المحددة، بهدف تحقيق الأهداف المرجوة, فقد أجمع المشاركون على أن ذلك يتم من خلال وضع الخطط والتقارير الشهرية، والزيارات الميدانية للمشرف الإداري والمهني، وتتم المتابعة من خلال الزيارات الميدانية والتقارير الشهرية.

أما على مستوى المتابعة مع رؤساء الأقسام في المديريات، فإن التنسيق يتم مع المشرف المهني(وهو مشرف ل 10 مدارس) ويعتبر حلقة الوصل لنقل المعلومات حول النشاطات إلى المديرية، إضافة إلى زيارات أو إجتماعات مع رئيس قسم الإرشاد لمناقشة الخطة الشهرية.

4. التقييم

وحول التقييم لأنشطة الدليل، أشار المشاركون إلى ان ذلك يتم في بعض الأحيان من خلال استبيان كتابي للطبة أو تقييم شفهي حول رأيهم بالمواضيع المقدمة. وفي غزة، يتم التقييم بالإضافة لذلك باستخدام وسائل الرسم وصندوق الإقتراحات. وحسب رأي المشاركين،"إن المواد الثقافية والتدريبية، قد أثرت إيجابيا على الطلبة، وذلك من خلال انخفاض نسبة العنف في المدارس وأيضا في كسر حاجز الخوف من جيش الإحتلال". كما أشار البعض الى أن أنشطة الدليل أدت الى شعور الطالبات بالأمان في طلب المساعدة من المرشدات. أما في غزة، فقد أشار بعض المشاركين "أن البرنامج قد أثر ذلك على انخفاض نسبة التسرب من المدارس وزيادة الأسئلة والاستفسارات من الطلبة وهو مؤشر على زيادة الاهتمام بمواضيع صحة المراهقة"، هذا مع العلم أنه الصعب من الناحية التقييمية الحكم على انخفاض نسبة التسرب من المدارس وانخفاض نسبة العنف في المدارس مع تطبيق البرنامج لوجود العديد من العوامل المؤثرة على هذه المواضيع.

أما تأثير الدليل على الأهالي، فقد أجمع المشاركون في رام الله وغزة على أن ذلك كان ضعيفا، بسبب غياب التواصل والتعاون معهم حول صحة المراهقة.

وأجمع كافة المشاركين فى الحلقة البؤرية على ضرورة استمرارية المشروع مع مواكبة التطور وتوسيع الفئة المستهدفة لتشمل الصف العاشر والحادي عشر. وفي غزة، أضاف المشاركون ضرورة إعداد غرفة خاصة للمرشد للتعامل مع القضايا التى تحتاج الى خصوصية للطلبة بشكل عام، وأن يكون الدليل في عهدة المرشد وليس المدرسة، حتى يتابع تطبيقه في المدارس التي يعمل بها.

واقترح المشاركون ضرورة استخدام وسائل تعليمية حديثة، وتطوير المدربين، وإدخال مفاهيم جديدة. وذلك بهدف تطوير المشروع في المرحلة المستقبلية. أما في غزة، فقد اقترح المشاركون منح حوافز للطلبة لتنفيذ الأنشطة كتوزيع هدايا وتنظيم رحلات لإزالة التوتر لديهم. واعتماد ثلاث حصص أسبوعية لتطبيق مواضيع المرشد، وإعداد دليل لكل صف بشكل منفصل.

نتائج المجموعة البؤرية لمنسقي الصحة المدرسية

1. التدريب

حول مشاركة منسقي الصحة المدرسية في تحديد الإحتياجات التدريبية، أجاب المعظم بأنهم شاركوا في هذه المرحلة، نتيجة الإحتكاك مع الطلبة، وملاحظة التغيرات النفسية والصحية للطالبات، أما أحد المنسقين، فلم يشارك لأن تعامله مع طلبة الصف الخامس والسادس فقط.

وفيما يتعلق بأهداف التدريب ومدى ملاءمته للإحتياجات، أشار المشاركون إلى أنه تضمن التعامل مع مشاكل الطلبة من النواحي السلوكية، وزيادة المعلومات وتبادل الخبرات عن خصائص وميزات المراهقين وكيفية التعامل معهم وإحداث تغيير في مواقفهم حول كيفية تبادل الحديث مع الطلبة وتوفير حماية تربوية بدلا من العقاب. وأشاد المشاركون بأساليب المدرّب المتنوعة كالحوار والعصف الذهني والألعاب. وقد كانت مدة التدريب مناسبة وكافية، على الرغم من أن التدريب أصبح مضغوطا في مرحلته الأخيرة، وكان وقته في فترة الصيف الحار.

وأجمع المشاركون على أن التدريب أدى إلى زيادة معلوماتهم وثقافتهم حول مواضيع مهمة مثل مهارات التعامل مع الطلبة المراهقين وكيفية التعامل مع التغيرات الفسيولوجية للطلبةو مفاهيم صحة المراهقة والأمراض، والتعامل مع المرحلة وتصنيفها تربويا. أما المهارات التي اكتسبها المشاركون في التدريب، فتتلخص في استخدام الألعاب في التدريب، تبادل الخبرات، إدارة جلسات الحوار، تعديل السلوك بطريقة غير مباشرة، مهارات التحفيز والتعزيز واستنتاج العبر، أساليب التفريغ عند الطالب وتقييم العمل السابق عند بداية أي عمل جديد.

وحسب رأي المشاركين فقد تمثلت نقاط القوة في الأنشطة التدريبية في المادة التدريبية، أسلوب المدرب، خبرة المعلمين وكان مكان عقد التدريب مناسباً كذلك الضيافة. أما نقاط الضعف فقد لخصها المشاركون بتوقيت عقد التدريب في الإجازة الصيفية.

وتضمنت اقتراحات المشاركين لتطوير التدريب توفير مكان مناسب للتدريب من حيث الأثاث والسعة، وأن لا يكون التدريب خلال العطلة الصيفية، وتنويع تخصصات المشاركين للاستفادة من الخبرات وتبادل المعلومات.
واقترحوا أيضا أن يتم التركيز في التدريب على المهارات أكثر من المعرفة لأن معظم الأهداف المتعلقة بالسلوكيات لم يتمكنوا من تطبيقها خلال التدريب.

2. التنفيذ العملي داخل المدارس

تناول هذا القسم، التعرف على دور منسقي الصحة المدرسية في تنفيذ الدليل في المدارس من حيث توفر خطة لتطبيقه فيها مع إعداد جدول زمني لتطبيقه، وعلىمدى ملاءمة المادة التدريبية لاحتياجات الطلبة، وتوفير الوسائل التعليمية لتطبيق الدليل، وتوفير الإمكانات اللازمة للتطبيق، والقدرة على تغطية كافة المدارس.

وبحسب رأي المشاركين، فإن مواضيع ومضمون دليل صحة المراهقة يتلاءم مع احتياجات الطلبة، وقد تمكنوا من استخدام مختلف الأساليب في تنفيذ خطة تطبيق الدليل كالمحاضرات وعرض الأفلام، والمسرحيات ولوحات الحائط

والإذاعة المدرسية، وتنظيم أيام طبية، واستضافة خبراء. وأشاروا الى ضرورة ان يكون هناك مشاركة مجتمعية في مجال توفير الوسائل اللازمة لعقد النشاطات بحيث تتحمل المدرسة القسم الاكبر، وما تبقى يتحمله المجتمع المحلي.

وأجمع المشاركون على أن خطة تطبيق الدليل في المدارس يتم إعدادها وفقاً لاحتياجات الطلبة بالتنسيق مع مشرف من قسم الصحة المدرسية في المديرية، ويتم التعاون في تنفيذها فى بعض الأحيان مع مؤسسات وطنية كالهلال الأحمر والإغاثة الطبية والدفاع المدني. وأجمع المشاركون على أنهم تمكنوا من تطبيق حوالى 50% من الخطة فقط، وذلك بسبب إدخال مواضيع طارئة من قبل الوزارة كموضوع إنفلونزا الطيور. هذا و قد أشار المشاركون بعدم توفر دليل في المدارس التي لا يتواجد فيها مرشد.

أما بخصوص إعداد جدول زمني لتنفيذ الخطة، فقد أجمع المشاركون على أنه رغم وجود جدول زمني لتنفيذها، إلا أنها تختلف باختلاف الأولويات والاحتياجات وحالات الطوارىء، فمثلا النظافة الشخصية نشاطات يومية، والفحص الطبي نشاط شهري، وتنظيف تنكات المياه فصلي أو سنوي.

3. الرقابة والمتابعة

يهدف هذا الجزء إلى التعرف على نظام الرقابة والمتابعة في تنفيذ المشروع وأساليب متابعة الأنشطة وأشكال التنسيق والتعاون مع رؤساء أقسام الصحة المدرسية في المديريات من جهة، وأعضاء الهيئات التدريسية من جهة أخرى. وأكد جميع المشاركين على وجود نظام للرقابة والمتابعة مع المشرفين من أقسام الصحة المدرسية في المديريات المختلفة، وحسب هذا النظام، يتم إستخدام وسائل متعددة أهمها التقارير الفصلية، وتوثيق الأنشطة في ملفات خاصة بالإضافة الى المتابعة مع المديرية، وزيارة المشرفين للمدارس، وعقد إجتماعات ومناقشة الخطة خلال الإجتماعات.

أما فى ما يتعلق بالتنسيق والتعاون بين منسقي الصحة المدرسية ورؤساء الأقسام، فقد أجمع المشاركون على أنه على مستوى جيد وعال بشكل عام، أما التنسيق بين منسقي الصحة المدرسية وأعضاء الهيئة التدرسية، فقد تعددت الآراء حوله، فالأغلبية اعتبرته متوسطا وضعيفاً، وأرجعوا ذلك إلى ضغوط العمل على المعلمين.

وحول تأثير نظام الرقابة والمتابعة على خطة العمل، أجمع المشاركون أن تأثيرها كان أكثر على كيفية تطبيق الأنشطة وليس على الخطة، مع الحاجة فى بعض الأحيان الى إجراء تعديلات في مواضيع الخطة بما ينسجم مع الأحداث وحالات الطوارىء.

4. التقييم

وحول استخدام التقييم الداخلي لاستفادة الطلبة، فقد أجمع الحضور أن ذلك يتم عادة بأسلوب شفهي، ويقوم المعلم بتسجيل الملاحظات وتوثيقها، أما فيما يتعلق بتأثير تطبيق دليل صحة المراهقة على الطلبة، فقد تعددت الآراء حول ذلك، حيث أعرب بعضهم أنه أدى إلى زيادة الوعي لدى الطلبة وحسّن من سلوكهم، والبعض الآخر رأى أن ثقافة الطلبة ومعلوماتهم تحسنت لكن السلوك تحسن بشكل أقل وبشكل ضعيف، وذلك بسبب عدم متابعة الأهالي لأبنائهم. وأكدت الغالبية على أن تعاون الأهل بالنسبة لسلوكيات المراهقين كان بدرجة متوسطة، واعتبر البعض من الحضور أن تعاون وتجاوب الأهل والمجتمع في ذلك ضعيف.

وأجمع الحضور على أن عناصر الإستمرارية في المشروع متوفرة، خاصة تأهيل كوادر المعلمين, وحسب رأيهم فإن المشروع حقق أهدافه بنسبة جيدة، إلا أن البرامج المتعلقة بالأهل تعتبر ضعيفة. واقترح المشاركون أن يتم تنظيم أنشطة للأهالي وبشكل خاص غير المتعلمين منهم مع توسيع دائرة الفئات المستهدفة في التدريب من المعلمين ومدراء المدارس.

نتائج المجموعة البؤرية لمعلمي ومدراء المدارس

يتناول هذا الجزء من الدراسة ثلاثة محاور رئيسية تتعلق باهتمام الطلبة بمواضيع الصحة الإنجابية وكيفية التعامل مع الطلبة والتقييم العام لمرشد المعلم في الصحة الإنجابية.

1. إهتمام الطلبة بمواضيع الصحة الإنجابية

يتضمن هذا الجانب معلومات تتعلق بدرجة اهتمام الطلبة بمواضيع الصحة الإنجابية داخل الصف والتغيير في استفساراتهم حول مواضيع الصحة الإنجابية وأكثر المواضيع التي تتضمنها أسئلة الطلبة، وكيفية طرح الأسئلة من الطلبة.

أجمع الحضور على ان اهتمام الطلبة بمواضيع الصحة الإنجابية داخل الصف، يتفاوت من صف لآخر، فنصف الطلبة في الصف السابع يبدون اهتماما كبيراً بهاً، وترتفع النسبة أكثر في الصف الثامن لحوالي 80% في حين تصل ما يقارب 90% في الصف التاسع. كما أن الطلبة يولون هذه المواضيع جلّ اهتمامهم عند مناقشتها في الصف، وتشعر الطالبات بالخجل خاصة في القرى.

ويرى المشاركون أن زيادة طرأت على استفسارات الطلبة حول مواضيع الصحة الإنجابية، يعزون ذلك الى البرامج التلفزيونية واستخدام الإنترنت ، أما في غزة فإن الاستفسار عن هذه المواضيع زاد بدرجة كبيرة خاصة بعد الحرب نتيجة زيادة ظاهرة الزواج المبكر والتسرب من المدارس، وزادت كذلك زيارات الطلبة الخاصة لمكتب المرشد، بسبب الخجل من طرح الأسئلة الحساسة داخل الصف.

أما فى ما يتعلق بطريقة طرح الأسئلة من قبل الطلبة، فإن معظم الطلبة يطرح السؤال بطريقة علمية ومؤدبة بهدف الإستطلاع والمعرفة وفي بعض الأحيان لإحراج المعلم.

وحول أكثر المواضيع استفسارا من قبل الطلبة، أجمع المشاركون على المواضيع التالية:

- البلوغ وسن المراهقة والتغيرات المرافقة لهذة المرحلة.
- العلاقات الجنسية
- أمور الزواج والخطوبة (مثل: الزواج المبكر, حدود علاقة الخطاب ...)
- الحمل والولادة و طرق منع الحمل .
- الأمراض الوراثية
- العادة الشهرية.

- العادة السرية
- حبوب الترمال واستخدامه (نوع من الأدوية يؤخذ عن طريق الفم لتسكين الألم وله تأثير إدمانى)
- التدخين
- الجوّالات (الهواتف النقاله)

2. كيفية التعامل مع الطلبة

أجمع المشاركون على أن درجة ثقة الطالب بالمعلم لطرح الأسئلة الحساسة، تعتمد بشكل رئيسي على شخصية المعلم وقدرته على الإجابة ودرجة الثقة به، فإذا كانت عالية فيكون هناك مجال واسع لطرح الأسئلة. كما يعتمد على الموضوع، فحسب رأي أحد المعلمين أن الأسئلة الحساسة تتم في المكتب بسبب الخجل. وأجمع المشاركون في الخليل أنه يتم الإعتماد على مرشد المعلم بشكل أساسي في الإجابة على أسئلة الطلبة، أما في غزة فمرشد المعلم غير متوفر حتى الآن.

فيما يتعلق بتعامل المعلم مع الأسئلة الحساسة المطروحة من قبل الطلبة، كان الإجماع بأن التعامل مع هذا النوع من الأسئلة يكون بطريقة علمية ودينية وبما يتناسب مع عمر الطالب بحيث تكون إجابتهم بدون حرج حتى لا يتوجه الطلبة لمصادر معلومات أخرى. ورأى معظم المشاركين أن الإجابات تضيف فى الغالب معلومات جديدة أو تصحح معلومات خاطئة لدى الطلبة. وتتم الإجابة على السؤال في المكتب، إذا كان شخصياً وفردياً، وفى الصف إذا كان عاماً لإفادة جميع الطلبة. وفيما يتعلق بدور المدير في دعم المعلمين بمناقشة مواضيع مرشد المعلم في المدرسة، تباينت الآراء حول ذلك، فالبعض يرى أن المدراء منفتحون ويمنحون حرية للمعلمين ولكن في إطار محدد، والبعض الآخر يرى أن المدير يدعم ولكن عند حدوث مشاكل يتهرب منها.

وبشكل عام لا يوجد اهتمام من الأهل بمشاكل الطلبة، ويعتبرون طرح هذه المواضيع في المدرسة " عيب" وبسبب ضغط العمل عند المعلم يتوجه الأهل إلى المرشد فى الغالب.

3. التقييم العام لمرشد المعلم في الصحة الإنجابية

أجمع المشاركون على أن مرشد المعلم وفّر معلومات كافية حول مواضيع الصحة الإنجابية، خاصة في مواضيع النظافة الشخصية، الدورة الشهرية، وعلامالت البلوغ. واقترح المشاركون في غزة إضافة مواضيع مثل استخدام الانترنت وإرشادات عامة فى صحة المراهقة مع وضع الموضوعات على شريط CDلاستخدامه وقت الحاجة من قبل المعلم،. أما المشاركون في الخليل فقد اقترحوا مواضيع العلاقات قبل الزواج، الأمراض الوراثية، فترة المراهقة وزواج الأقارب. واقترح البعض إضافة الرأي الشرعي. وأكد الحضور على أن المعلمين أصبحت لديهم القدرة على إجابة الطلبة دون خجل وبشكل أفضل من ناحية دينية وعلمية واجتماعية، إضافة إلى حل بعض مشاكل الطلبة دون الحاجة للمرشد. وكان هناك إجماع على أهمية تدريس هذه المواضيع لأن المصادر الخارجية أصبحت كثيرة وغير موثوقة ومن الأفضل أن يحصل الطالب على المعلومة من مصادر موثوقة. علماً أنه وبحسب رأي إحدى المعلمات " فإن الطالبات في الصف التاسع لديهن معلومات حول الصحة الإنجابية أكثر من المعلمات".

ووافق جميع المشاركين على أن تعاون الأهل والمرشد يساند بشكل فعال الاستفادة من مرشد المعلم.
وحول المرجعية التي يعتمدها المعلمون للحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية، ففي الأغلب: المدير، معلم آخر، الكتب، الإنترنت ورئيس القسم في المديرية.

ومن أجل تطوير المرشد, اقترح المشاركون تشكيل لجنة لإعادة إصدار مرشد جديد، بطريقة سؤال وجواب وربط المواضيع بالآيات القرآنية مع إضافة موضوع العلاقات الأسرية داخل المنز . ودعى المشاركون الى الإستمرار في عقد دورات تدريبية للمعلمين وتعزيز الإتصال بين المدارس والمديرية والوزارة مع العمل على إشراك الأهل في عملية التوعية والإرشاد. كذلك شددوا على أهمية زيادة عدد المرشدين واستخدام أسلوب التعليم الجامع، و التعاون بين الإرشاد التربوي والصحة المدرسية.

نتائج المجموعة البؤرية للأهل

يتناول هذا الجزء نتائج ثلاثة محاور رئيسية، الأول يتضمن معرفة الأهل بمفهوم صحة المراهقة وبالدليل المطبق من قبل وزارة التربية والتعليم، والثاني يتضمن دور الأهل في إرشاد الطلبة حول مواضيع الصحة الجنسية وصحة المراهقة، والثالث تقييم الأهل للتغيرات والنتائج على الأبناء المراهقين نتيجة تطبيق البرنامج.

1. معرفة الأهل بمفهوم صحة المراهقة

يهدف هذا القسم للتعرف على معرفة الأهل بمفهوم صحة المراهقة، وطرق حصول الأبناء على معلومات حول صحة المراهقة، وقناعات الأهل حول دور المدرسة في توجيه الطلبة المراهقين، ومعرفة الأهل بدليل صحة المراهقة.

تباينت آراء المشاركين حول تحديد مفهوم صحة المراهقة، إلا أنهم أجمعوا على أنها مرحلة انتقال وتغيير على الأبناء. فمنهم من اعتبرها مرحلة تمرد كبير، وآخرون اعتبروها فترة ضغط كبيرة على الأهل لانتقال الإبن من مرحلة الطفولة إلى مرحلة النضج. وفي غزة اعتبرها الآباء أنها مرحلة تكون فيها سيطرة الغرائز أعلى من العقل، يشهد خلالها المراهق تغيراً على المستوى الجسدي والذهني، وتكون مصاحبة لتغييرات جسدية كظهور الشارب عند الشباب والعادة الشهرية عند الإناث. كذلك هي برأيهم فترة استقلالية المراهق و اقترابه من الأصدقاء وإبتعاده عن الأهل، وحب السيطرة على الآخرين خاصة من الذكور.

وحول مصدر المعلومات للطلبة المراهقين حول صحة المراهقة، أجمعت الأمهات المشاركات في رام الله على أن الأهل هم المصدر المشترك لأبنائهم في الحصول على المعلومات، أضاف البعض إلى الأهل، المدرسة والأصدقاء والإنترنت. أما في غزة فقد اعتبر معظم الآباء أن مصدر المعلومات هي المدرسة أولا، ثم الأهل ثم الشارع فالإنترنت.

ورأى معظم المشاركين في رام الله وغزة أن دور المدرسة كبير فيما يتعلق بتوجيه الطلبة المراهقين، وأنه من الضرورى أن يلعب دوراً فعالاً في توجيه وإرشاد الطلبة خاصة من المرشد التربوي باعتبار أن المدرسة هي العائلة الثانية للطالب بعد الأسرة. غير أن بعض الأهالي في رام الله لا يرغبون بطرح مواضيع صحة المراهقة في المدارس المختلطة. وكذلك يجب مراعاة طرح الموضوع حسب الفئة العمرية.

وأجمع الحضور في الضفة وغزة على عدم معرفتهم بدليل صحة المراهقة، وتطبيقه في المدارس ، بما فيهم أعضاء في مجالس أولياء أمور الطلبة في المدارس.

2. دور الأهل في إرشاد الطلبة

تعددت آراء المشاركين حول المواضيع الأكثر أهمية للطلبة في مواضيع صحة المراهقة والصحة الإنجابية، حيث اعتبرها أغلبهم المواضيع التى تهتم بالثقافة الجنسية من الجوانب العلمية، وتوضيح المسلكيات الجنسية الخاطئة، بينما اعتبرها البعض الآخر مواضيع الزواج ودور الدين والعبادة في ضبط المسلكيات الخاطئة بالإضافة الى الأمراض المنقولة جنسياً. وفي غزة أضاف أولياء الأمور مواضيع تاثير رفقاء السوء، وخطر الاختلاط بين الجنسين، وتوجيه الطلبة في الحصول على المعلومات وكيفية التعامل مع الإنترنت.

وفيما يتعلق بالمواضيع التي تتم مناقشتها مع الأبناء في البيت، أجمع المشاركون على أنها حول التغيرات الجسدية، بما فيها الدورة الشهرية، والاغتصاب والسلوكيات الصحيحة، وفي غزة أضاف المشاركون مواضيع وميول الأبناء للجنس الأخر في المدرسة والجامعة، والزواج والعمل، وتنظيم الوقت والأخلاق االإسلامية الحميدة وتطبيقها في الحياة اليومية والعمل. وأجمع المشاركون على أن أبناءهم يشعرون بالخجل والحياء عند مناقشة هذه المواضيع معهم، خاصة إذا كانت بين البنت والأب، والعكس عندما تكون بين الأم وابنها. وفى معظم الحالات يحاول الأبناء الهروب من التحدث في المواضيع الحساسة. واعتبر المشاركون الحوار والنقاش من أهم الوسائل التي يمكن استخدامها في النقاش مع الأبناء حول مواضيع صحة المراهقة، على أن يكون مدعوما بالعلم والثقافة والدين.

ولقد أجمع المشاركون في رام الله وغزة على التفهم والانفتاح والتقبل في حال حصل أبناؤهم على معلومات عن صحة المراهقة من المدرسة مع التجشيع على الاستفادة من المعلومات ومناقتشها مع الطلبة والتوسع في شرحها. وأكد المشاركون أن المشاركة بين المدرسة والأهل معدومة في هذا الجانب، إلا أن البعض شارك في ندوات نظمتها المدارس في غزة حول الزواج المبكر والتدخين .

3. تقييم الأهل للتغيرات والنتائج على الأبناء المراهقين

يهدف هذا الجزء إلى معرفة رأي الأهل بمدى التغيرات والنتائج على الأبناء المراهقين، من حيث المعلومات والمهارت الحيايتة والنواحي السلوكية، نتيجة تطبيق دليل صحة المراهقة. وبما أن الأهل لم تكن لديهم معرفة حول دليل صحة المراهقة فقد أعطوا معلومات حول تأثير المدرسة بشكل عام والمرشدين التربويين بشكل خاص على الأبناء المراهقين.

أجمع الحضور أن مناقشة المدرسة للمواضيع المختلفة كان إيجابياً من النواحي النفسية والسلوكية، حيث أدت إلى زيادة ثقة المراهقين بأنفسهم واإلى تقبل التغيرات التى تحدث لهم فى هذه المرحلة بشكل أفضل. حيث اعتبرت الغالبية أن تأثيرها كان إيجابيا خاصة في مواضيع العمل الجماعي، ومهارات الاتصال والتواصل واختيار الأصدقاء والرياضة وصحة الجسم والمطالعة.

وأجمع الحضور أن للمدرسة دور مؤثر في تنظيم نشاطات حول المهارات الحياتية،، لكن ليس بالقدر الكافي، ومن الضروري تفعيله بشكل أكبر. وفي غزة اعتبر بعض المشاركين أن المدرسة لم تعد بيئة للإبداع، وأصبحت عبئا على الطالب، كذلك فهي ملتزمة بالمنهاج المدرسي دون الأخذ بعين الإعتبار المواهب الموجودة أو الاحتياجات المتغيره.

وتعددت الآراء حول أهم النتائج التي يمكن الوصول إليها من تطبيق برنامج صحة المراهقة في المدارس، حيث اعتبرها البعض بأنها ستكون ايجابية مع ضرورة فتح الباب للأهل كمدخل للحوار، والبعض رأى أن نتائجها لن تظهر الآن ولكن في وقت لاحق. وفي غزة اعتبروا بأن أهم النتائج ستكون في نشر الوعي حول صحة المراهقة، وقضية التسرب من المدارس وكيفية التعامل مع الجنس الآخر دون خجل.

واقترح المشاركون في غزة ضرورة تفعيل الأهل من قبل المرشدين التربويين، من خلال التعاون معهم ومناقشة مشاكل الطلبة، واستضافة خبراء في ندوات علمية وثقافية، والتحلي بالصبر في التعامل مع الطلبة. والتركيز على الممارسات الخطرة في سن المراهقة من خلال بوسترات، وإعطاء معلومات بشكل واضح ووافٍ حتى لا يتوجه الطلبة إلى مصادر غير علمية كمقاهي الشباب أو الإنترنت.

ثالثاً: نتائج استمارة الملاحظة

قام فريق مؤسسة ألفا بزيارة ثلاث مدارس في الضفة الغربية في منطقة نابلس, رام الله والخليل بهدف ملاحظة أداء المرشدين ومنسقي الصحة المدرسية في تطبيق دليل صحة المراهقة، ولم يتم ذلك في غزة، بسبب عقد الامتحانات وضغط البرنامج المدرسي. وتم تطبيق هذه الإستمارة بهدف قياس المؤشرات المتعلقة بأثر التدريب وفاعليته على المرشدين التربويين ومنسقي الصحة المدرسية في تنفيذ أنشطة الدليل.

وتضمنت الإستمارة المحاور الرئيسية التالية: معلومات أساسية للنشاط ومضمون النشاط، والأساليب والوسائل والمواد المتوفرة التي إستخدمها المرشد في تطبيق النشاط، وتقييم النشاط.

النتائج

أظهرت نتائج تقييم أداء المرشدين ومنسقي الصحة المدرسية في تطبيق دليل صحة المراهقة الجوانب التالية:

1. **المكان:** تم تنفيذ الأنشطة في المدارس التي تتوفر فيها قاعة مختبر وهي قاعة كبيرة ومناسبة، أما المدارس التي لم تتوفر فيها قاعات كبيرة، فقد كان المكان ضيقا بالنسبة لعدد الطلبة مما أدى إلى حدوث فوضى.

2. **الوقت:** الوقت الذى استغرقه النشاط كان مناسبا في تنفيذ النشاط في المدارس، لكنه لم يكن كافيا للمناقشة وإبداء الرأي من معظم الطلبة لأن عددهم كبير.

3. **أداء المرشد:** كان أداء المرشدين في المدارس الثلاثة جيدا خلال النشاط، حيث ظهر إلمامهم بمواضيع الأنشطة وتمكنوا من إدارة النقاش مع الطلبة وتفعيلهم وشد إنتباههم، ولكن ظهر الإرتباك على بعضهم خلال طرح الموضوع، إضافة الى أن الأسلوب كان قريباً من أسلوب المحاضرة إلى حد ما مع تقديم أكبر قدر من المعلومات وبسرعة.

4. **الوسائل:** إستخدم المرشدون وسائل عديدة لتوصيل الفكرة للطلبة، حيث تبين أن الوسائل التي تم استخدامها في النشاط كانت كافية لإيصال الأفكار للطلبة، فبعضهم كان موفقاً في عرض فيلم الفيديو حول الموضوع والبعض الآخر استخدم أسلوب المجموعات في تنفيذ الأنشطة باستخدام الورق المقوى الكبير. بالإضافة الى ذلك استخدم المرشدون أساليب مختلفة وكانت مناسبة من حيث الحوار والنقاش والعصف الذهني. والبعض الآخر غلب عليه أسلوبه التلقين مما أدى إلى شعور الطلبة بالملل.

6. **إدارة النشاط:** تمت إدارة الأنشطة في كافة المدارس بفعالية واستخدام الوسائل بكفاءة وبطريقة جيدة وبشكل سلس، إلا أن نقص المواد إدى إلى حدوث فوضى.

7. **تفاعل الطلبة:** جميع الطلبة في المدارس الثلاثة تفاعلوا بشكل كبير مع المواضيع المطروحة.

8. **المواد:** استخدم المرشدون/ات الأقلام والورق الكبير والكرتون واللاصق، لكنها لم تكن كافية في بعض المدارس، وفي مدارس أخرى تم تقديم النشاط على الكمبيوتر وعرض الأفلام.

9. **ملاحظات عامة:**

- هناك حاجة للتحضير للمواضيع بطريقة أفضل ولم تكن هناك نشاطات تطبيقية لإشراك الطلبة.
- أسلوب طرح الموضوع كان قريبا للأسلوب التعليمي وليس لأسلوب الأنشطة.
- استخدم المرشدون التقييم الشفهي الجماعي حول الموضوع، ولكن لم يتم تقييم أدائهم من قبل الطلبة.

رابعا: نتائج دراسة تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين في المراحل التعليمية الثلاث في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية. إن نتائج هذه الدراسة ستساعد في معرفة مدة استفادة الطلبة من البرنامج والتغيير في النواحي السلوكية والمعرفية والمهارات.

الأهداف الخاصة

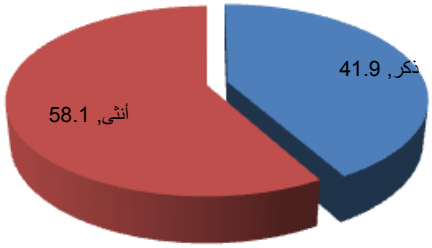
تهدف الدراسة إلى تقييم عدة نواحٍ لمفهوم الصحة الإنجابية والجنسية الشامل وتحديداً:

- الناحية المعرفية للفئة المستهدفة حول مفهوم البلوغ الجسدي عند الجنسين.
- الناحية المعرفية للطلبة المستهدفين بالأمراض المنقولة جنسياً وطرق انتقالها والوقاية منها بما فيها مرض الإيدز.
- الناحية المعرفية للطلبة بأخطار الزواج المبكر والنوع الاجتماعي.
- الناحية المعرفية للطلبة المستهدفين بطرق تنظيم الأسرة والمباعده بين الأحمال المختلفة.
- معرفة مدى تغطية عدة مواضيع أساسية لمفهوم الصحة الإنجابية على مدى المراحل الثلاث التعليمية الأساسية , صفوف السابع والثامن والتاسع.
- معرفة مواقف الطلبة تجاه المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والزواج المبكر وزواج الأقارب.
- معرفة ممارسات الفئة المستهدفة بخصوص نمط الحياة الصحي بما فيها التغذية السليمة، النشاط البدني والتدخين.
- التعرف على ممارسات الطلبة لبعض من المهارات الحياتية الأساسية مثل الاتصال، ضغط الأقران، تنظيم الوقت، العمل الجماعي وحل المشاكل.
- التعرف على وضع الطلبة بالنسبة للعنف والتعنيف الذى يتعرضون له.
- معرفة مصادر المعلومات والمعرفة عن مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية المتواجدة والمفضلة للطلبة.
- معرفة مواقف الطلبة بالنسبة لدور المدرسة والأهل بخصوص موضوع الصحة الإنجابية والجنسية.
- تحديد الاحتياجات للمواضيع التي تحتاج إلى المزيد من المعرفه والاطلاع عند الفئة المستهدفة.

الخصائص الديمغرافية لعينة الطلبة

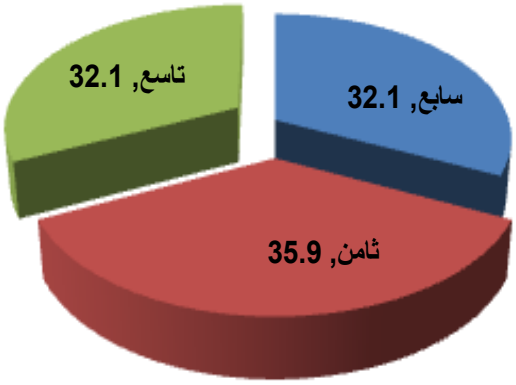
شكلت الإناث 58.1% من العينة بينما شكل الذكور 41.9 % كما هو مبين في الشكل 1.

شكل 1: التوزيع للطلبة حسب الجنس



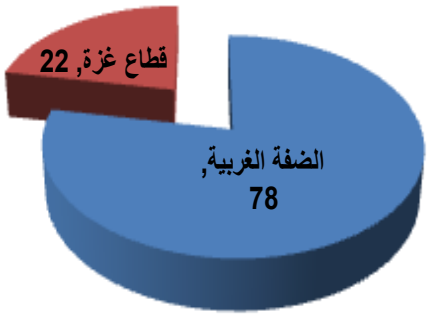
وكان توزيع الطلبة بين الصفوف الثلاثة بنسب شبه متقاربة32.1% في الصف السابع، و35.9% في الصف الثامن و32.1% في الصف التاسع، كما هو مبين في الشكل 2.

شكل 2: التوزيع للطلبة حسب الصف



ويبين الشكل 3 التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية

شكل 3: التوزيع النسبي للطلبة حسب المنطقة



أما بالنسبة للمعلومات الخاصة بالوالدين فكان معظم الأباء في الفئة العمرية (40 – 49) عاماً وكان مستوى التعليم لمعظمهم المرحلة الأساسية حيث بلغت نسبتهم (41.6%) يليها مرحلة التوجيهي 31% . وكان حوالي النصف منهم (55%) يعملون في أعمال حرفية ومهن وكان 6% من آباء الطلبة الذين تمت مقابلتهم لديهم آباء عاطلون عن العمل وغالبيتهم في قطاع غزة(17.3%). أما بالنسبة إلى الأمهات فقد كانت الغالبية تنتمي إلى الفئة العمرية (31–40) عاماً ولديهن تحصيل علمي في مراحل التعليم الأساسي لغاية الصف العاشر (31.3%) ويتبعها التوجيهي 26% وكانت الغالبية العظمى(85.3%) ربات منزل وخاصة في قطاع غزة (92.7%).

ولقد كان عدد أفراد الأسرة في الغالب (60% من العينية) ما بين 7–9 أشخاص بما فيهم الطالب المبحوث وكان من الملاحظ أن عدد أفراد الأسرة للطلبه في غزة أكثر من الضفة حيث أن 24.5% من الطلاب في غزة لديهم عدد أفراد ما بين 10–12 شخص مقابل 2.8% في الضفة. وكان ترتيب معظم الطلبة 57.6% ما بين الطفل الأول والثالث وكان لدى الجميع تقريباً (98.6%) تلفزيون و(94%) لديهم ستالايت و 74.5% لديهم كمبيوتر و43% لديهم انترنت في المنزل.

1. مفاهيم الصحة الإنجابية

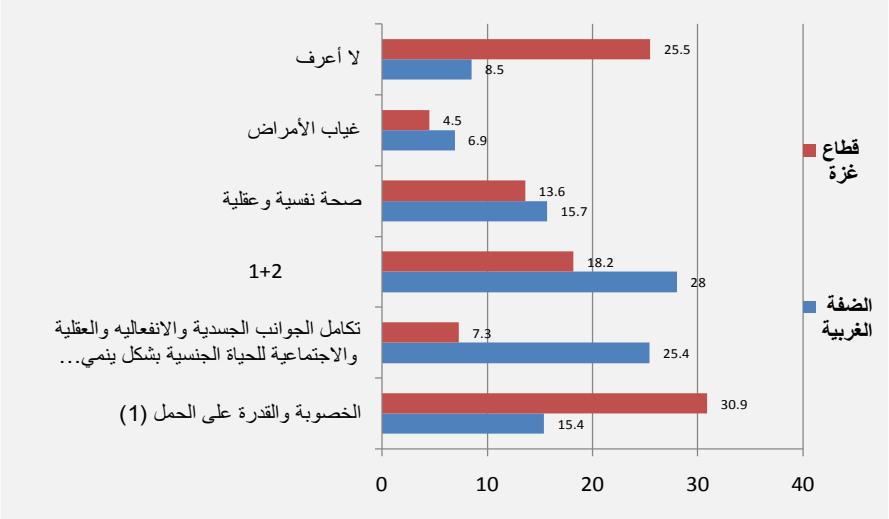
لقد تم سؤال الطلبة حول ماذا تعني لهم الصحة الإنجابية والجنسية مع عرض الخيارات المختلفة وأجاب فقط 21.4% بأنه تكامل الجوانب الجسدية والانفعالية والعقلية والاجتماعية بشكل ينمي الهوية الذاتية والتواصل والحب. بينما أجاب حوالي 19% بأنه يعني فقط الخصوبة والقدرة على الحمل وأجاب 26% بأنه يعني الأمرين معاً.
وكان من الواضح أن نسبة الطلبة الذين استطاعوا الإجابة عن معنى المفهوم الشامل للصحة الإنجابية في غزة متدنية (7.3%) فقط مقارنة ب 25.4% في الضفة وكانت الغالبية في غزة 31% تنظر إلى الصحة الإنجابية بأنها الخصوبة والقدرة على الحمل فقط.

وكان هناك 12.2% من الطلبة صرحوا بأنهم لا يعرفون الإجابه وكان أكثرهم من الصف السابع 17.5%. ولقد كانت هناك بعض الفروقات بين إجابات الإناث والذكور حيث أن 24% من الذكور أجابوا إجابة صائبة مقابل 19.7% من الإناث وكان 16.7% من الذكور لا يعرفون الإجابة مقابل 9% عند الإناث فقط.

جدول 5: التوزيع النسبي لتعريف الطلبة للصحة الإنجابية حسب الصف والجنس

تعريف الصحة الإنجابية	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	ذكر	أنثى
الخصوبة والقدرة على الحمل	**18.8**	20.6	16.2	20.0	20.6	17.6
تكامل الجوانب الجسدية والانفعاليه والعقلية والاجتماعية للحياة الجنسية بشكل ينمي الهوية الذاتية والتواصل والحب	**21.4**	18.8	24.0	21.3	23.9	19.7
2+1	**25.9**	18.8	29.6	28.8	19.6	30.3
صحة نفسية وعقلية	**15.2**	16.9	13.4	15.6	12.9	16.9
غياب الأمراض	**6.4**	7.5	8.4	3.1	6.2	6.6
لا أعرف	**12.2**	17.5	8.4	11.3	16.7	9.0

شكل 4: التوزيع لتعريف الطلبة للصحة الإنجابية حسب المحافظة



2. العمر المناسب لمعرفة أمور الصحة الإنجابية والجنسية

لقد كان رأي الغالبية من الجنسين في الضفة وغزة وفي المراحل التعليمية الثلاث الأساسية أنه ينبغي على الفتيات معرفة أمور الصحة الإنجابية والجنسية في الصف السابع عند 34.3% وفي الصف الثامن عند 17.6% والصف التاسع عند 14.6% والعاشر عند 10%. وكان هناك 7.4% من الطلبة لديهم الاعتقاد بأن الإناث يجب أن يتعلموا مواضيع الصحة الإنجابية مبكرا قبل المراحل التعليمة الثلاث الأساسية وبالأخص الصف السادس (6%).

جدول 6: التوزيع النسبي للصفوف التى يرى الطلبة أنه ينبغي على الفتيات معرفة امور الصحة الإنجابية فيها حسب الصف والمنطقة والجنس

الصف	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	الضفة	غزة	ذكر	أنثى
لا أعرف	**11.4**	15.0	12.3	6.9	6.7	28.2	16.3	7.9
الخامس	**1.4**	1.9	1.1	0.6	1.4	0.9	0.5	1.7
السادس	**6.0**	11.9	2.2	4.4	6.7	3.6	2.4	8.6
السابع	**34.3**	40.0	38.5	23.8	36.8	25.5	22.0	43.1
الثامن	**17.6**	9.4	22.3	20.6	17.0	20.0	23.9	13.1
التاسع	**14.6**	6.9	12.3	25.0	14.7	14.5	17.2	12.8
العاشر	**10.2**	8.1	7.8	15.0	11.6	5.5	13.4	7.9
الحادي عشر	**2.0**	2.5	1.1	2.5	2.3	0.9	0.0	3.4
الثاني عشر	**2.4**	3.8	2.2	1.3	2.8	0.9	3.8	1.4

و كان السبب الرئيسي لهذا الاختيار (47.4%) بأن ذلك يتيح للفتيات التعلم عن هذه المواضيع الهامة قبل أن يبدأ الحيض لديها ولمعرفة ما يجري لجسدها في هذه المرحله (33.8%) ولكي تكون مستعدة لأية تغيرات قد تحدث (28.6%).

جدول 7: التوزيع النسبي لسبب اختيار الطلبة للصف الذي ينبغي على الفتيات معرفة أمور الصحة الإنجابية فيه حسب الصف والمنطقة والجنس

الصف	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	الضفة	غزة	ذكر	أنثى
قبل أن يبدأ الحيض (الدوره الشهرية)	**47.4**	15.0	12.3	6.9	51.1	30.4	49.7	45.9
لمعرفة ما يجري في جسدها	**33.8**	1.9	1.1	0.6	34.5	30.4	24.6	39.8
لتستعد لأي تغيرات	**28.6**	11.9	2.2	4.4	27.6	32.9	23.4	32.0
لا أعرف	**2.9**	40.0	38.5	23.8	3.0	2.5	6.9	0.4
أخرى	**1.4**	9.4	22.3	20.6	0.8	3.8	0.8	3.8

أما بالنسبة لرأي الطلبة حول الصف الذي ينبغي على الفتيان معوفة أمور الصحة الجسدية والإنجابية فيه، فكانت النتائج لديها النمط نفسه، بحيث كانت الغالبية تعتقد أنه الصف السابع 27% ومن ثم الثامن 19.8% ومن ثم التاسع 14.6% والعاشر 9.6%. بالإضافة إلى أن 6% من الطلبة اعتقد بأن الذكور يجب أن يتعلموا في مرحلة مبكرة عن ذلك وخاصة في الصف السادس 4.4%. وذلك ليساعد الفتى أن يستعد لأية تغيرات 32.3% وحتى يدخل بسهولة إلى مرحلة المراهقة 31.8% ولمعرفة ما يجري بجسده من تغيرات 24.4%.

3. مواضيع الصحة الإنجابية المطروحة في المدارس

ولمعرفة المواضيع المختلفة التي تم اعطاءها في المدارس للمراحل الأساسية الثلاث, سابع، ثامن، وتاسع ونسبة تغطيتها, تم سؤال الطلبة عن بعضٍ من مواضيع الصحة الإنجابية الأساسية، عما إذا كانت قد طرحت في المدرسة، واذا كان ذلك الحال تم سؤالهم عن الصف الذي طرح فيه الموضوع أول مرة مع تحديد المساق ومن قام بتقديمه لهم.

وأظهرت نتائج تغطية المواضيع المختلفة الأساسية والتي تم تبنيها من قبل وزارة التربية والتعليم العالي في دليل صحة المراهقة بأن هناك نمط تزايدي في زيادة نسبة تغطية المواضيع مع تزايد مراحل الصفوف. حيث تم طرح موضوع المراهقة لدى 82.5% من الطلبة في الصف السابع مقابل 98.9% في الصف الثامن و96.95 % في الصف التاسع. وكذلك بالنسبة لبقية الموضوعات حسب ماهو مذكور في جدول رقم (8).
ومن الملاحظ أن هناك نسبة تغطيه عالية لبعض المواضيع مثل مرحلة المراهقة والحيض, التغذية, العنف, الزواج, الزواج المبكر والنظافة الشخصية ويليها مواضيع الدورة الشهرية عند الإناث والسمنة والفحص الطبي قبل الزواج، فقر الدم، العلاقات داخل الأسرة والتدخين. وقد كانت مواضيع النوع الاجتماعي والعادة السرية عند المراهقين من أقلها عرضاً وتغطية. ولقد وصلت نسبة تغطية موضوع الأمراض المنقولة جنسياً إلى 59.5%.

جدول 8: التوزيع النسبي لمواضيع الصحة الإنجابية المختلفة في المدرسة التي ذكرها الطلبة حسب الصف والمنطقة والجنس

المواضيع	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	الضفة	غزة	ذكر	أنثى
مرحله المراهقة	**93.0**	82.5	98.9	96.9	93.8	90.0	85.6	98.3
الجهاز التناسلي عند الذكور	**45.5**	40.6	41.3	55.0	44.0	50.9	55.5	38.3
الجهاز التناسلي للإناث	**53.9**	46.3	58.1	56.9	53.0	57.3	45.5	60.0
علامات البلوغ عند الذكور	**74.9**	70.6	74.3	80.0	76.1	70.9	77.5	73.1
علامات البلوغ عند الإناث	**78.6**	69.4	82.7	83.1	77.6	81.8	57.4	93.8
الأمراض المنقولة جنسيا	**59.5**	38.1	62.0	78.1	60.9	54.5	65.6	55.2
الإيدز (HIV)	**61.5**	36.3	67.6	80.0	60.7	64.5	61.2	61.7
الحيض (الدوره الشهرية)	**89.2**	81.3	96.1	89.4	90.7	83.6	77.5	97.6
العادة السرية	**23.6**	10.0	27.4	33.1	22.9	26.4	41.1	11.0
الخصوبة والقدرة على الإنجاب	**77.2**	74.4	76.0	81.3	77.4	76.4	75.6	78.3
تنظيم الأسرة ومباعدة الاحمال	**78.8**	68.8	82.1	85.0	76.6	86.4	73.2	82.8
الزواج	**90.4**	81.3	92.7	96.9	90.5	90.0	84.7	94.5
الزواج المبكر	**94.0**	90.6	93.9	97.5	94.9	90.9	88.5	97.9
الفحص الطبي قبل الزواج	**85.6**	73.1	93.3	89.4	85.6	85.5	79.9	89.7
النوع الاجتماعي	**35.9**	30.6	38.5	38.1	32.9	46.4	34.9	36.6
العنف	**91.0**	83.1	95.0	94.4	91.3	90.0	86.6	94.1
التحرش والاعتداء الجنسي	**57.3**	41.9	63.1	66.3	54.5	67.3	51.7	61.4
العلاقات داخل العائلة	**84.0**	80.6	86.0	85.0	80.5	96.4	74.6	90.7
النظافة الشخصية	**96.6**	98.1	95.0	96.9	95.6	100.0	93.3	99.0
فقر الدم (الأنيميا)	**85.6**	82.5	82.1	92.5	82.5	96.4	84.7	86.2
السمنة	**88.0**	87.5	83.2	93.8	85.6	96.4	81.3	92.8
التدخين	**81.0**	66.9	81.0	95.0	78.7	89.1	83.7	79.0
التغذية	**98.0**	98.1	97.8	98.1	98.2	97.3	97.6	98.3
المخدرات	**53.7**	28.1	46.9	86.9	49.9	67.3	54.5	53.1

ولمعرفة المرة الأولى التي تم فيها طرح مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية المختلفه على الطلاب في المدارس فإن جدول (9) يوضح بأن معظم الطلبة قد تلقوا المعلومات خلال الصف السابع بما فيها موضوع الأمراض المنقولة جنسياً والذي بحسب دليل المراهقة يُعطى للطلبة في الصف التاسع.

جدول 9: التوزيع النسبي لبعض مواضيع الصحة الإنجابية التي طرحت لأول مرة للطلبة حسب الصف

المواضيع	خامس	سادس	سابع	ثامن	تاسع
مرحلة المراهقة	1.3	5.6	78	13.4	1.7
الجهاز التناسلي الذكري	3.1	7	49.3	24.2	16.3
الجهاز التناسلي الأنثوي	2.2	6.7	52	25.7	13.4
علامات البلوغ عند الذكور	0.0	1.9	62.8	27.5	7.8
علامات البلوغ عند الإناث	0.0	3.8	67.2	23	5.4
الأمراض المنقولة جنسياً	1	4.4	43.8	31.6	19.2

وكان مساق الصحة والبيئة ومساق الاقتصاد المنزلي من أكثر المساقات التي تم ذكرها من قِبَل الطلبة والتى تم من خلالها شرح وطرح المواضيع المختلفة المتعلقة بالصحة الإنجابية (جدول 10) ويليها في الذكر الإرشاد التربوي وخاصة لموضوع الأمراض المنقولة جنسياً بالإضافة الى بعض المساقات الأخرى التي تمت مناقشة بعض المواضيع المتعلقة بصحة المراهقة وبخاصة مساق العلوم وبالذات حول موضوع الجهاز التناسلي الذكري والأنثوي يلية مساق التربية الإسلامية.

جدول 10: التوزيع النسبي لمواضيع الصحة الإنجابية حسب المساق الذي طُرحت فيه لأول مرة للطلبة في المدارس

المادة /المواضيع	صحة المراهقة	الجهاز التناسلي الذكري	الجهاز التناسلي الأنثوي	علامات البلوغ عند الذكور	علامات البلوغ عند الإناث	الأمراض الجنسية
الاقتصاد المنزلي	51.9	21.1	30.9	45.6	55.9	25.3
الصحة والبيئة	29.7	33.9	25.7	30	21.9	29.3
المدنية	0.2	0.0	–	0.3	0.3	3.7
العلوم	1.5	23.8	18.2	3.5	2.6	12.1
التربية الإسلامية	3	6.6	4.8	9.4	6.9	5.4
إرشاد تربوي	12.6	13.2	19.3	10.7	12.2	21.9
اجتماعيات	0.2	0.0	0.4	0.5	0.3	2
عربي	0.2	%0.4	0.7	0.0	0.0	0.0
رياضيات	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0
لا أذكر	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0

وعند دراسة توزيع مواضيع صحة المراهقة حسب الصفوف عند الطلبة الذكور (جدول 11)، فإنه من الملاحظ بأن مواضيع الجهاز التناسلي الذكري وعلامات البلوغ عند الذكور قد تمت مناقشتها عند حوالي نصف الطلبة فقط في الصف السابع والبقية تعرضوا إلى هذا الموضوع في الصفين الثامن والتاسع، وهذا يعتبر متأخراً نوعا ما حيث أن من المحتمل أن بعضا من الطلبة الذكور قد أصبحوا بالغين قبل أخذ المعلومات المتعلقة بهذا الموضوع، عندما أصبحوا في مرحلة الصف الثامن والتاسع .

جدول 11: التوزيع النسبي لمواضيع صحة المراهقة عند الطلبة الذكور حسب الصف

المواضيع	خامس	سادس	سابع	ثامن	تاسع
مرحلة المراهقة	1.1	0.0	76	18.4	3.9
الجهاز التناسلي الذكري	0.9	0.9	47.4	25.9	25
الجهاز التناسلي الأنثوي	1.1	1.1	48.4	25.3	24.2
علامات البلوغ عند الذكور	0.0	1.1	51.9	32.7	13.6
علامات البلوغ عند الإناث	0.0	57.5	30.8	10.8	57.5
الأمراض المنقولة جنسياً	0.7	2.2	82.3	26.3	28.5

وعند دراسة توزيع مواضيع الصحة الإنجابية و الجنسية المحددة من قبل البحث عند الطلبة الإناث حسب الصف (جدول 12) فإننا نلاحظ النمط نفسه الموجود عند الطلبة الذكور حيث أن موضوع المراهقة قد تمت مناقشته عند المعظم في الصف السابع بينما تمت مناقشة المواضيع المتعلقة بالجهاز التناسلي الانثوي عند 54% وعلامات البلوغ عند الإناث عند 19.5 % في الصف السابع، والبقية أخذت هذه المواضيع في صفوف متأخرة لأول مرة وتحديدا الصفين الثامن والتاسع حيث كانت الغالبية العظمى من الفتيات قد وصلن إلى سن البلوغ في هذا العمر.

جدول 12: التوزيع النسبي لمواضيع صحة المراهقة عند الطلبة الإناث حسب الصف

المواضيع	خامس	سادس	سابع	ثامن	تاسع
مرحلة المراهقة	1.1	9.1	79.3	10.2	0.4
الجهاز التناسلي الذكري	5.4	13.5	51.4	22.5	7.2
الجهاز التناسلي الأنثوي	2.9	9.8	54	25.9	7.5
علامات البلوغ عند الذكور	0.0	1.9	71.2	23.1	3.8
علامات البلوغ عند الإناث	0.0	5.2	19.5	2.9	72.4
الأمراض المنقولة جنسياً	1.3	6.3	45	36.3	11.3

أما بالنسبة لتقديم المواضيع حول الصحة الإنجابية، فقد احتلت فئة المعلم الغالبية حسب إجابات الطلبة وكان للمرشدين التربويين دور في تقديم المواضيع وبخاصة في موضوع الجهاز التناسلي الأنثوي والأمراض المنقولة جنسياً (جدول رقم 13).

جدول 13: التوزيع النسبي لمواضيع الصحة الإنجابية حسب من قام بتقديم الموضوع

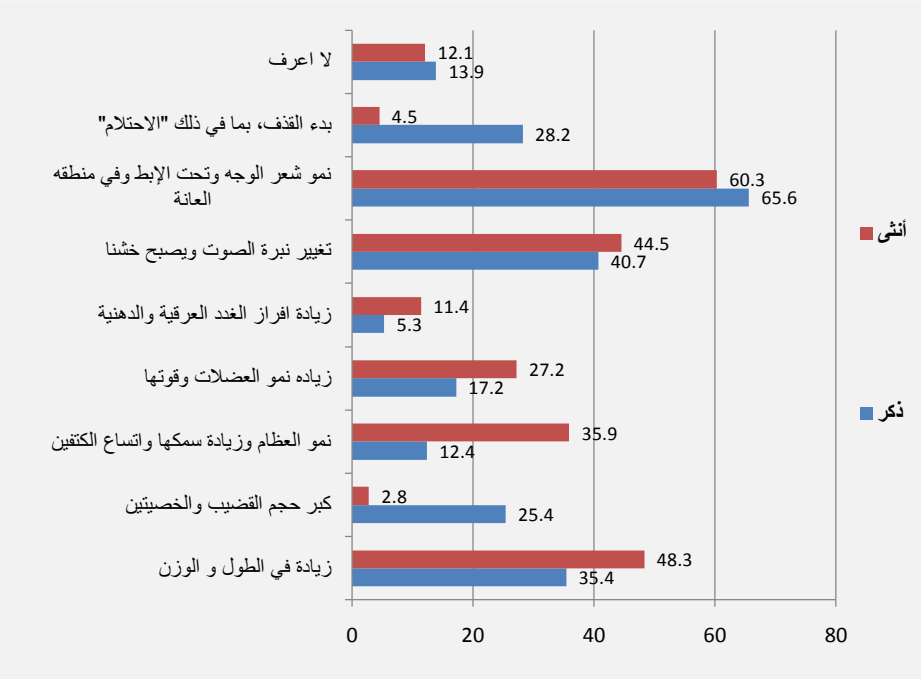
المواضيع	مرشد	معلم	محاضر خارجي
مرحلة المراهقة	13.4	48.7	1.9
الجهاز التناسلي الذكري	13.2	85	1.8
الجهاز التناسلي الأنثوي	20.5	78.4	1.1
علامات البلوغ عند الذكور	12.3	87.2	0.5
علامات البلوغ عند الإناث	13.3	85.7	1
الأمراض المنقولة جنسياً	21.2	76.8	2

4. الناحية المعرفية بعموميات الصحة الإنجابية

- **علامات البلوغ عند الجنسين**

البلوغ الجنسي والتغيرات الجسمية المصاحبة لهذه المرحلة عند الجنسين، من المواضيع الحيوية في عملية الإرشاد حول الصحة الإنجابية والجنسية مع جيل المراهقين، والمقترح تطبيقها في الصف السابع حسب دليل صحة المراهقة. تبين النتائج أن المعرفة بعلامات البلوغ ليست شاملة، حيث أجاب 62.5% فقط بمعرفتهم بنمو شعر الوجه وتحت الإبط ومنطقة العانة والصدر وكانت من أكثر العلامات تعرفاً من قبل الطلبة مقارنة ببقية العلامات. وكانت معرفة الطلبة بزيادة إفراز الغدد العرقية والدهنية وكبر حجم القضيب والخصيتين وبدء القذف من أقل العلامات تعرفاً وخاصة عند الإناث. وكانت نسبة المعرفة لبعض المظاهر البلوغ الأخرى متدنية وتراوحت ما بين (23–43%) عند الطلبة. وكانت هناك نسبة 12.8% من الطلاب لم يستطيعوا التعرف على أي من العلامات وكانوا أغلبيتهم من الصف السابع.

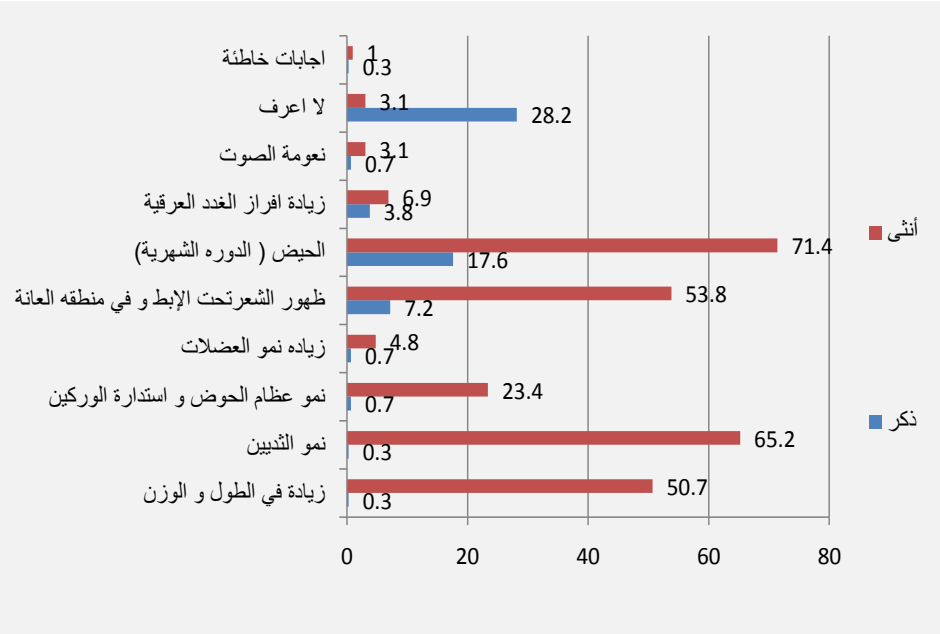
شكل 5: التوزيع النسبي لعلامات البلوغ عند الذكور حسب الجنس



أما بالنسبة لعلامات البلوغ عند الإناث فقد كانت معرفة الطلبة بشكل عام بحدوث الحيض عند 58.9% فقط وقد كانت من أكثر العلامات معرفة عند جميع المراحل متبوعة بنمو الثديين عند الفتيات 55.5% أما نعومة الصوت وزيادة إفراز الغدد العرقية عند الفتيات فقد كانت من أقل علامات البلوغ معرفة.

ومن الملاحظ أن هناك تبايناً واضحاً في المعلومات بين الذكور والإناث حيث تم ذكر الحيض عند 71.4% من الفتيات مقابل 17.6% عند الذكور. وبشكل عام كان هناك ضعف ملحوظ لدى الطلبه الذكور في معرفة علامات البلوغ والتغيرات الجسمية التي تحدث عند الفتيات.

شكل 6: التوزيع النسبي لعلامات البلوغ عند الإناث حسب الجنس



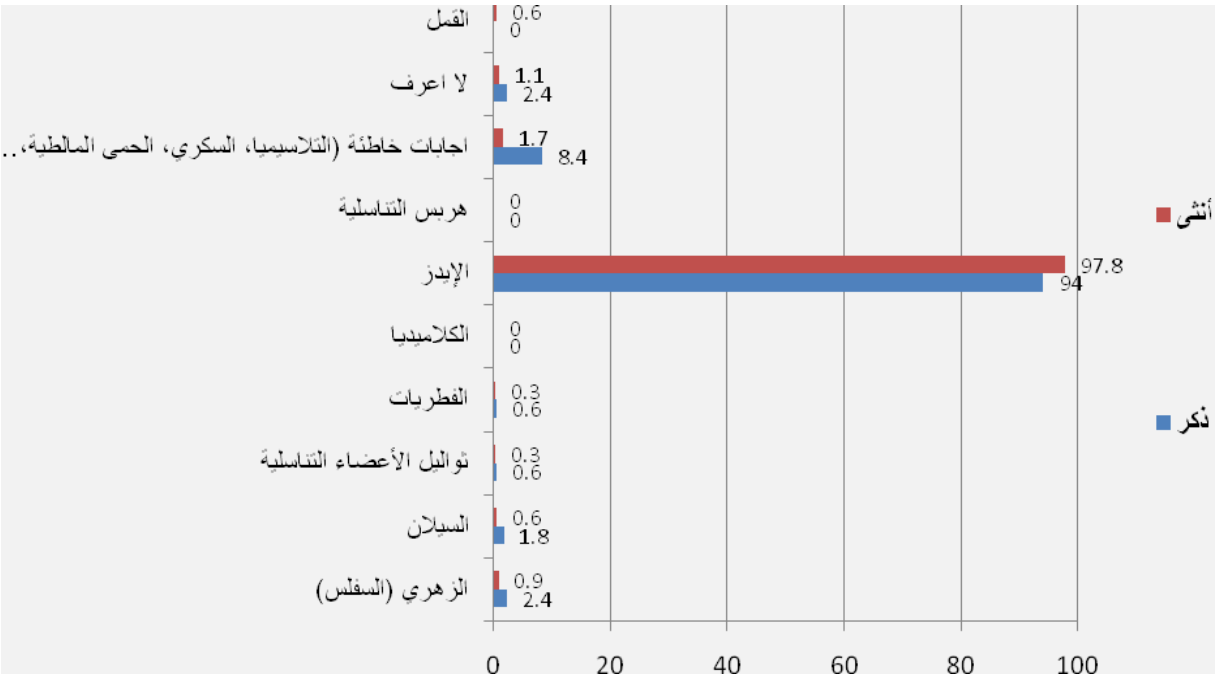
- **الأمراض المنقولة جنسياً**

عند سؤال الطلبة المراهقين عن معرفتهم بالأمراض التى تنتقل من خلال الاتصال الجنسي، أظهرت النتائج بأن 69.1% منهم فقط كان على معرفة بهذا الموضوع وكانت غالبية الطلبة الذين لم يسمعوا عن هذا الموضوع من الصف السابع. وكان الذكور أكثر معرفة من الإناث (79.9% مقارنة بـ 61.4%) وكان هناك تباين ملحوظ أيضاً بين الطلبة في الضفة وغزة حيث كان 74.6% من طلبة الضفة قد سمعوا عن هذا الموضوع مقابل 50% في غزة.

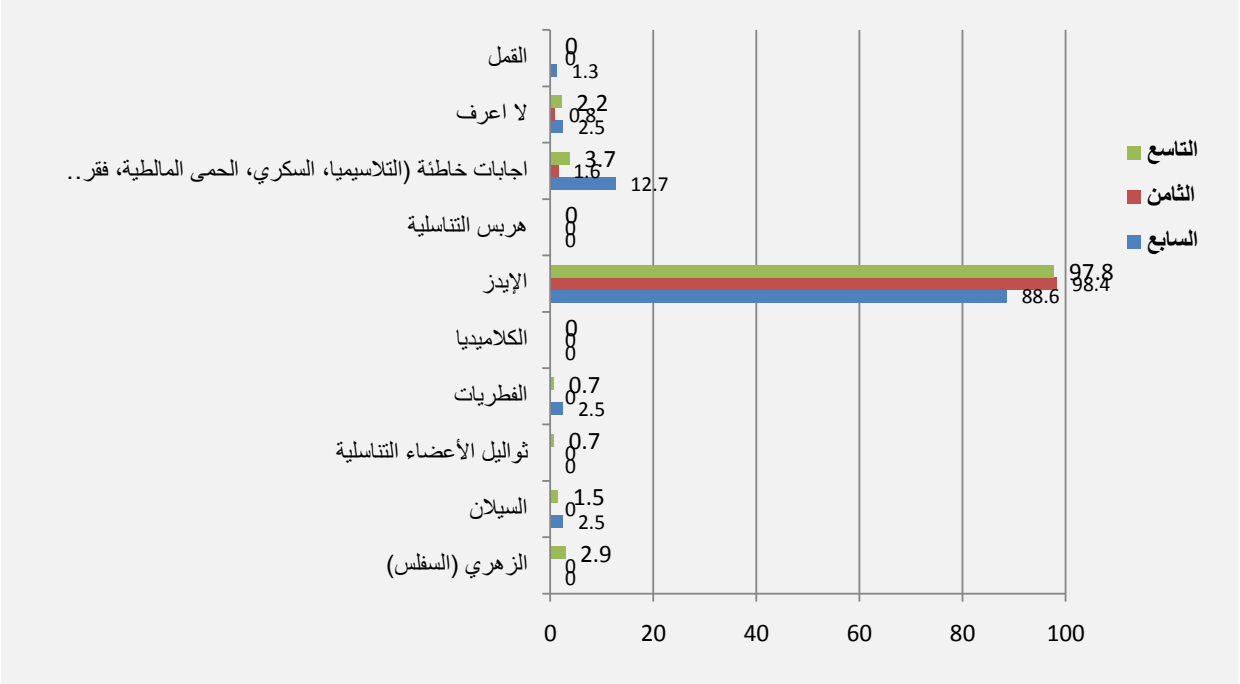
وأما عن أنواع الأمراض التى تنتقل من خلال الاتصال الجنسي, فتبين النتائج أن مرض الإيدز / نقص المناعة المكتسبة من أكثر الأمراض الجنسية معرفة وشهرة عند الطلبة (95.9%) بينما كانت معرفتهم ببقية الأمراض محدودة جداً، في حين لم يتم ذكر بعض الأمراض على الإطلاق مثل الكلاميديا وهربس الأعضاء التناسلية. بالإضافة إلى ذلك كانت هناك إجابات خاطئة من قبل 4.9% من الطلبة حول الأمراض التى تنتقل من خلال الاتصال الجنسي مثل مرض الثلاسيما، السكري، الحمى المالطية، فقر الدم والكوليرا. وكان أكثر هؤلاء من

الصف السابع (12.7%). ولم يستطع 2.5% من الطلبة ذكر أيٍ من الأمراض التى تنتقل من خلال الاتصال الجنسي على الرغم من أنهم ذكروا بداية بأنهم قد سمعوا عن هذا الموضوع.

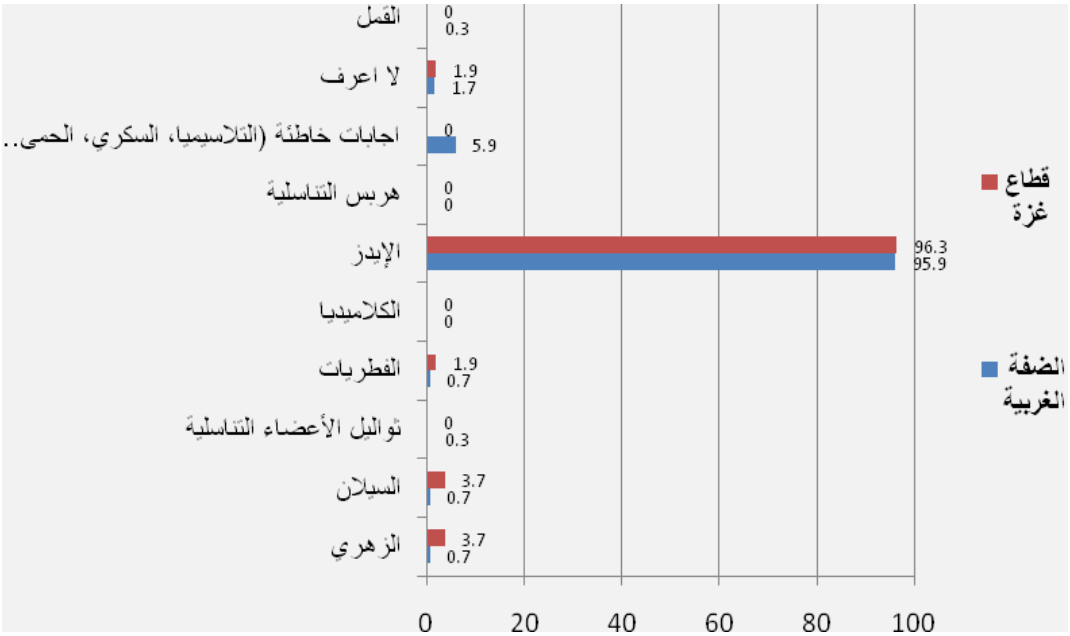
شكل 7: التوزيع النسبي لأنوع الأمراض المنقولة جنسيا التى تم التعرف عليها حسب الجنس



شكل 8: التوزيع النسبي لأنوع الأمراض المنقولة جنسيا التى تم التعرف عليها حسب الصف



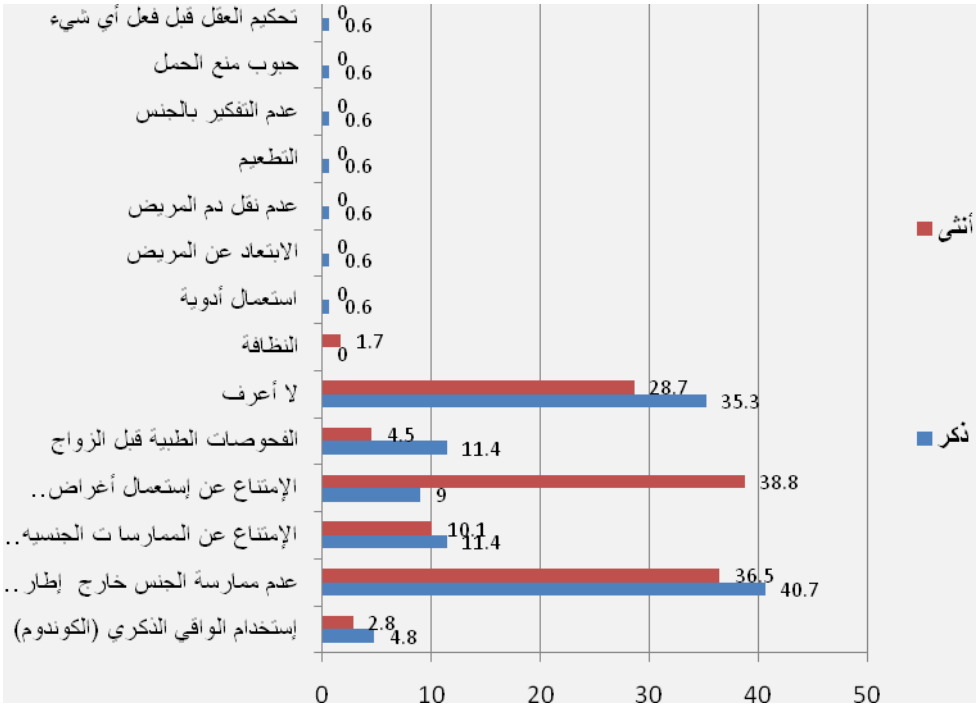
شكل 9: أنوع الأمراض المنقولة جنسيا التى تم التعرف عليها حسب المنطقة



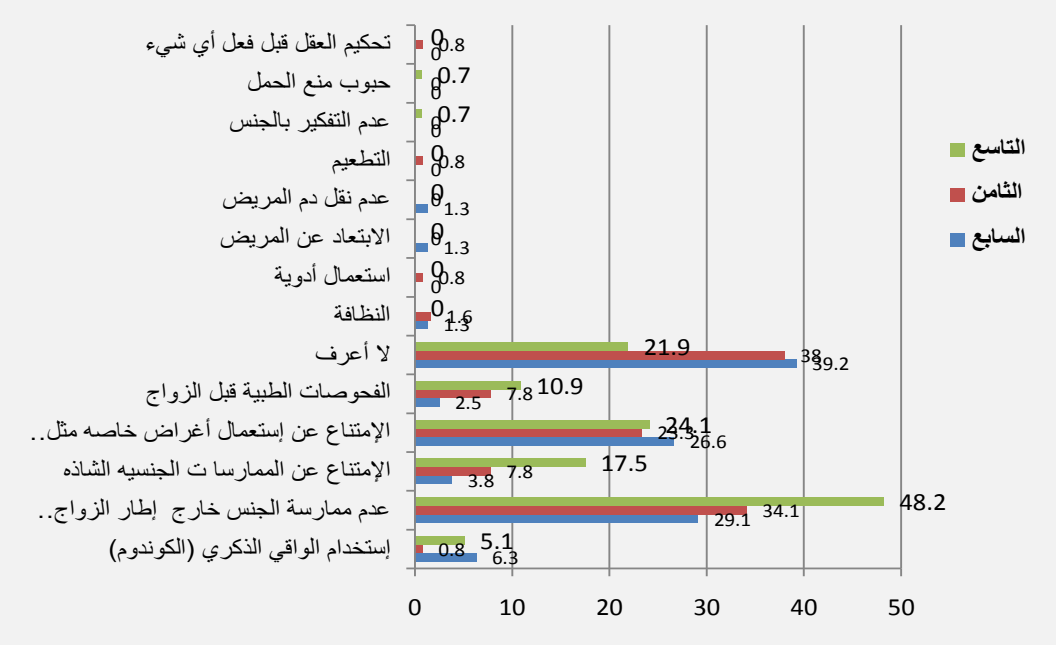
أما بالنسبة لمعرفة الطلبة المراهقين بطرق الوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسياً فقد أظهرت النتائج بأن هناك قصوراً واضحاص في معرفة الطلبة حيث تم ذكر عدم ممارسة الجنس خارج إطار الزواج والالتزام بالدين من قبل 38.65% فقط يليها عدم استخدام أغراض خاصة للآخرين مثل شفرات أو ملابس داخلية 24.3%. وتم ذكر استخدام الواقي الذكري (الكوندوم) عند 3.8% فقط من الطلبة وتتم ذكر هذه الطريقة أكثر من قبل الذكور وفي الضفة مقارنة بالإناث وفي منطقة غزة.

وكان هناك تباين واضح في الاجابات بين غزة والضفة, حيث كانت عدم ممارسة الجنس خارج إطار الزواج والامتناع عن الممارسات الجنسية الشاذة كطرق وقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسيا أكثر شهرة في غزة مقارنة بالامتناع عن استعمال الأغراض الخاصة واستخدام الواقي الذكري والفحوصات الطبية قبل الزواج والتى كانت أكثر معرفة وشهرة في الضفة الغربية. ولم يتمكن 31.9% من الطلبة من ذكر أيٍ من طرق الوقاية المختلفة، في حين أجاب 1.5% إجابات خاطئة مثل الابتعاد نهائياً عن المريض، عدم التفكير بالجنس واستخدام حبوب منع الحمل.

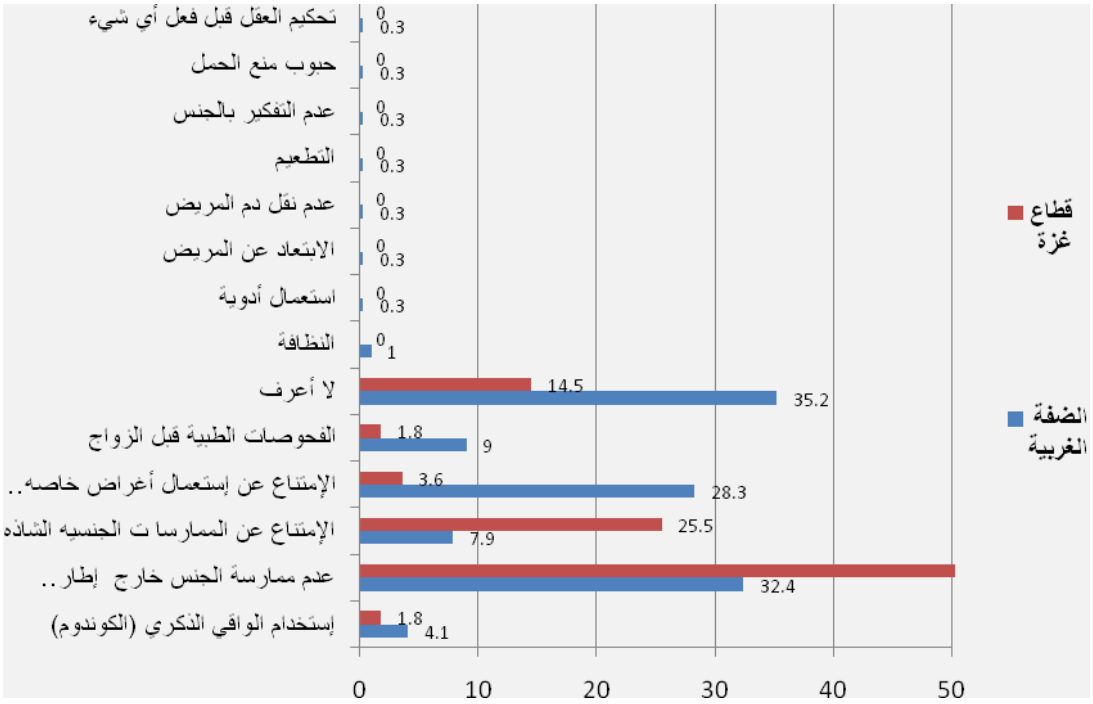
شكل 10: التوزيع النسبي لطرق الوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسياً التى تمت معرفتها من قبل الطلبة حسب الجنس



شكل 11: التوزيع النسبي لطرق الوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسياً التى تمت معرفتها من قبل الطلبة حسب الصف



شكل 12: طرق الوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسياً التى تمت معرفتها من قبل الطلبة حسب المنطقة



- **مرض فقد المناعة المكتسبة / الإيدز**

عند سؤال الطلبة مباشرة عن معرفتهم بمرض الإيدز كان هناك 76.2% من الطلبة على علم به وخاصة الصف التاسع 91.3% مقارنة بالصف السابع والثامن 64.4% و 73.2% على التوالي. وكان هناك فرق بسيط بين الذكور 71.3% والإناث 79.7% وبين الضفة 78.4% وغزة 68.2%.

أما عن طرق الإصابة بالإيدز, فقد أجاب 73.9% بأنه ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي ويليه في المعرفة عن طريق نقل دم ملوث بالمرض 24.7% ومن ثم المشاركة بإبر ملوثة بالمرض (16.1%). وقد اعتقد 5.3% بأن العدوى يمكن أن تنتقل عن طريق اللمس أو استخدام البشكير أو الحديث مع شخص مصاب أوعن طريق العطس أو أكل أطعمة ملوثة أو حتى عن طريق التفكير بالجنس وكانت هذه النسبة في الضفة الغربية فقط. وكانت هناك نسبة 11.3% من الطلبة لم يعرفوا أياً من طرق الإنتقال وكان من بينهم نسبة الإناث أكثر من الذكور 13% مقارنة 8.7% ولم يكن هناك تباين بين الضفة وغزة من حيث عدم المعرفة بطرق الإصابة.

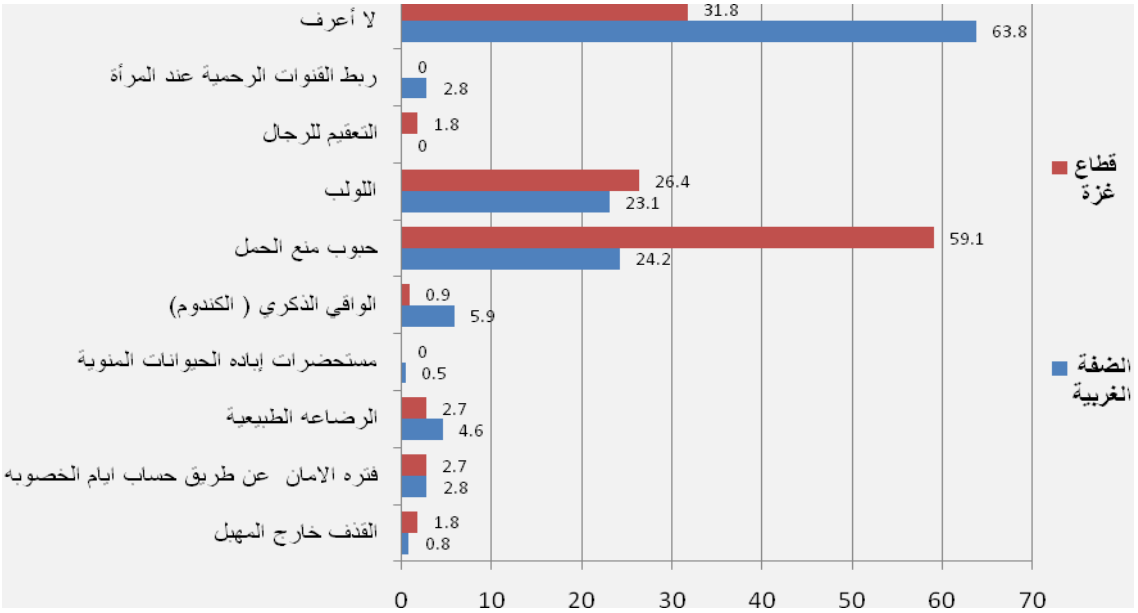
- **تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال**

تبين النتائج بأن أكثر من نصف الطلبة المراهقين (56.7%) ليست لديهم معرفة حول أيٍ من أساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال وكانت النسبة متقاربة نسبياً بين نتيجة الذكور (59.3%) والإناث (54.8%).

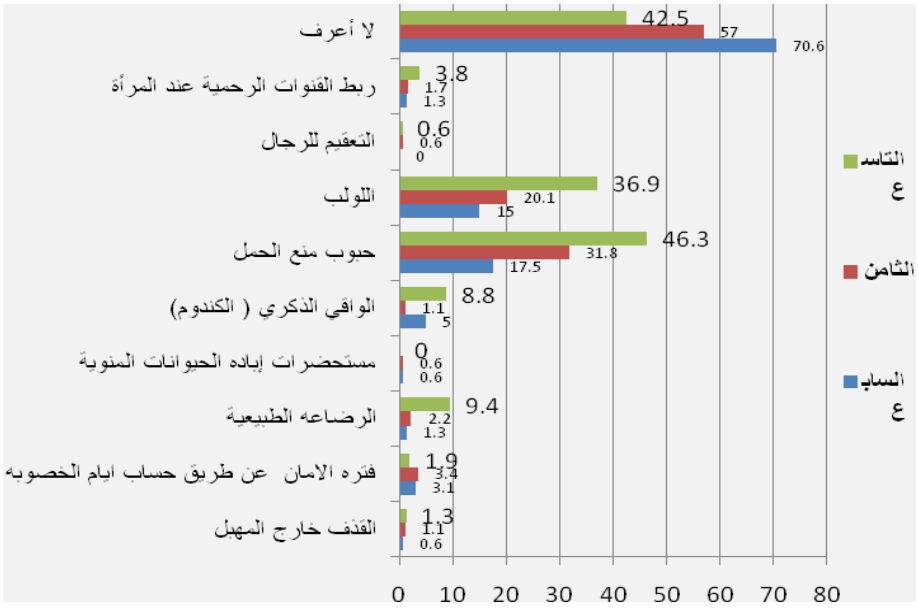
كما كان هناك تباين واضح بين الطلبة في الضفة (63.8%) وغزة (31.8%) وما بين الصفوف السابع (70.6%) والثامن (57%) والتاسع (42.5%). حيث كانت نسبة الطلبة الذين ليست لديهم معرفة حول الموضوع أعلى في الضفة وفي الصف السابع مقارنة بغزة وبالصفوف الأخرى.

وكانت حبوب منع الحمل الأكثر شهرة كوسيلة لتنظيم الأسرة ولمنع الحمل 31.9% عند الطلبة المراهقين وتليها اللولب (23.8%) وكانتا هاتان الوسيلتان الأكثر شهرة ومعرفة عند الطلبة المراهقين الإناث وعند الطلبة في قطاع غزة بشكل عام وعند طلاب الصف التاسع. أما بالنسبة لوسائل تنظيم الأسرة الأخرى فقد كانت نسبة معرفة الطلبة متدنية جدا حيث تراوحت ما بين (4.8–0.4%) وكان العازل الواقي معروفاً لدى نسبة منخفضة جداً 4.8% ولكن بنسبة أعلى عند الذكور 7.7% مقابل 2.8% عند الإناث وفي الضفة (5.9%) مقارنة بقطاع غزة (0.9%).

شكل 13: التوزيع النسبي لأساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال حسب المنطقة



شكل 14: التوزيع النسبي لأساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال حسب الصف



هذا، ومن المهم ذكره أن موضوع تنظيم الأسرة وطرق منع الحمل يأتى ضمن مواضيع دليل صحة المراهقة للصف التاسع فقط. وعند تحليل نسبة معرفة طلاب الصف التاسع بأساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال, فإننا نلاحظ بأن نسبة الطلبة الذين استطاعوا ذكر ثلاثة أساليب كانت 7.5% فقط.

جدول 14: نسبة الطلبة الذين تعرفوا على أساليب تنظيم الأسرة و المباعدة بين الأحمال من الصف التاسع

عدد أساليب تنظيم الأسرة و المباعدة بين الاحمال التي ذكرها الطلبة	النسبة
ليس لديهم معرفة	42.5
طريقة واحدة	26.3
طريقتين	18.1
ثلاث طرق	7.5

وعند مقارنة هذه النسب مع نسب الطلبة الذين ذكروا أنهم تلقوا معلومات حول موضوع تنظيم الأسرة وطرق منع الحمل (جدول) فإننا نلاحظ بأن النسب ما تزال متدنية. ويمكن تفسير هذا التدّنِ بالنسب بأن المعلومات التى حصل عليها الطلبة كانت سطحية وغير كافية، إما بسبب طريقة عرض الموضوع وتقديمه للطلبة، وعلى سبيل المثال قد يكون بسبب شعور المرشد بالحرج للتطرق لمثل هذه المواضيع الحساسة، وإما لأن المادة العلمية الموجودة في دليل صحة المراهقة غير كافية أو شاملة.

جدول 15: نسبة الطلبة الذين تعرفوا على أساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال من الطلبة الذين ذكروا أنهم تلقوا معلومات حول الموضوع

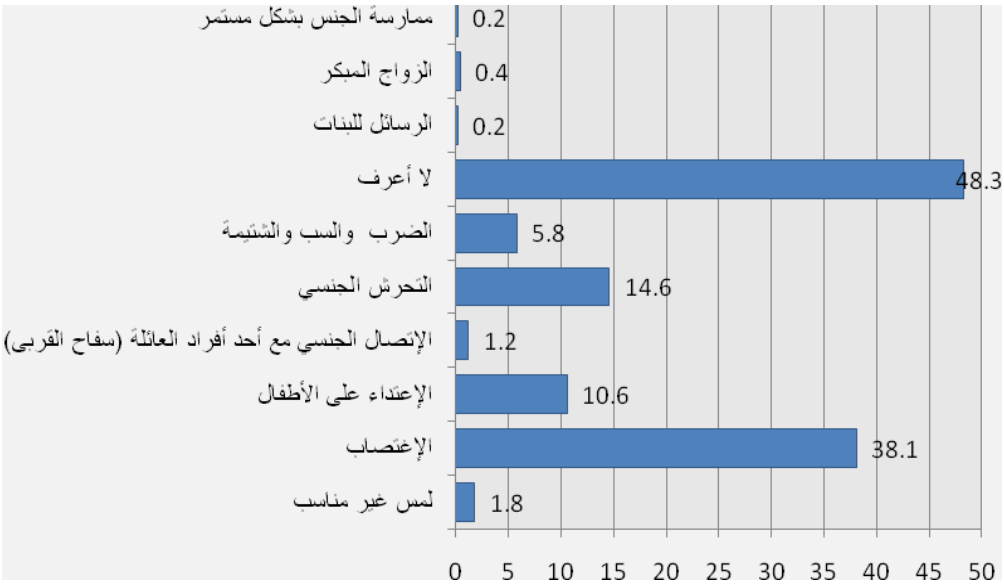
عدد أساليب تنظيم الأسرة و المباعدة بين الاحمال التي ذكرها الطلبة	النسبة
ليست لديهم معرفة	50.4
طريقة واحدة	26.2
طريقتين	16.3
ثلاث طرق	4.3

- **العنف الجنسي**

تم سؤال الطلبة المشاركين حول العنف والاعتداءات الجنسية والذي هو في نطاق محتويات المادة المقترحة للصف الثامن الأساسي في دليل المراهقة، وكان السؤال عن معرفتهم بأنواع العنف والاعتداءات الجنسية وأشكالها المختلفة. وكانت نسبة 48.3% من جميع الطلبة ليست لديها معرفة بأي نوع من أنواع العنف الجنسي وبنسبة متقاربة بين الذكور (49.3%) والإناث (47.6%)، وما بين الضفة الغربية 48.6% وغزة 47.3%. في حين كان هناك فرق واضح في نقص المعرفة عند طلبة الصف السابع (69.4%) والصف التاسع (28.1%). وكان الاغتصاب كنوع من أنواع العنف الجنسي الأكثر معرفة 38.1% يليه التحرش الجنسي 14.6% والاعتداء على الأطفال 10.6%، وهذا يعكس قلة وعي الطلبة بأنواع العنف الجنسي المختلفة.

وبشكل عام، تمكّن الطلبة في غزة من التعرف على بعض أنواع الاعتداءات الجنسية وخاصة الاعتداء على الأطفال (21.8%) والتحرش الجنسي بنسب أعلى (20%) من الضفة (8% و 14.9%) على التوالي، ولم تكن هناك فروقات بين الذكور والإناث في مستوى المعرفة.

شكل 15: التوزيع النسبي لأنواع العنف الجنسي المعروفة لدى الطلبة



- **التغذية وفقر الدم**

تم سؤال الطلبة المراهقين عن تعريف مرض فقر الدم (الأنيميا) وقد أجاب نصف الطلبة المشاركين بأنه ليس لديهم معلومات أو معرفة حول المرض وتفاوتت نسب عدم العرفة وكان أكثرها عند الذكور 62.2% وفي الضفة 51.7% وعند الصف الثامن 62%.

في حين عرّف 16.6% فقط فقر الدم بأنه نقص في خلايا الدم وخضاب الدم ونقص الحديد وكان أكثر الإجابات الصحيحة من قبل الإناث 21.4% ومن قبل طلاب الصف التاسع (30%) ولم يكن هناك فرق بين معرفة الطلاب في الضفة وغزة حول تعريف فقر الدم. وعرّف بقية الطلاب فقر الدم بأنه ضعف الدم بشكل عام أو بذكر أعراضه كالدوخة وشحوب بالوجه عند 29.1% ، كما قام البعض الآخر بتعريف فقر الدم بذكر بعض المسببات له كالثلاسيما والإصابة بالأميبا وحدوث النزف الحاد عند الرجل والمرأة.

وعند سؤال الطلبة الذين قاموا بتعريف فقر الدم عن أسباب الإصابة به كانت النسبة الأكبر من الإجابات (59.8%) بأنه نتيجة قلة إستهلاك اللحوم والأسماك والكبد ويليه قلة إستهلاك الخضار والفواكه المختلفة (52.2%) . وتم ذكر حدوث النزيف بنسبة 7.6% ولكن بنسبة أكبر عند الطلبه الذكور 20.3% وفي المقابل كانت نسبة الإناث أعلى بذكر قلة استهلاك اللحوم والكبد وقلة استهلاك الخضار والفواكه 65.3% و 61.2% على التوالي.

بالإضافة الى ذلك , أجاب 8% من الطلبة إجابات خاطئة حول أسباب فقر الدم مثل قلة استهلاك الحليب أو الاهمال الطبي أو التفكير أو الاصابة بالأمراض المعدية وتناول الأطعمة الحارة وكان غالبيتهم من الذكور (11.4%). في حين ذكر 13.7% من الطلبة بعض الممارسات التغذوية كعدم تناول وجبة الفطور وتناول الشاي والكولا بكثرة كمسبب للإصابة بفقر الدم.

5. آراء ومواقف المراهقين بعموميات الصحة الإنجابية

- **سن الزواج**

كان للمراهقين رأي في السن الأمثل لزواج الإناث والذكور حيث كان المتوسط العمري المفضل لزواج الفتاة حسب آراء الطلبة المراهقين19.9 عاما وللذكر 22.1 أي بفارق 2.2 سنوات. وكانت الفئة العمرية "20–24 عاما" هي الأمثل لزواج الإناث (57.3%) ويتبعها الفئة العمرية" 16–19 عاما" (36.5%). أما بالنسبة لزواج الذكور فكانت الفئة العمرية "أكبر من 25 عاماُ" هي الأكثر شعبية بين المراهقين (35.3%) يليها بفارق بسيط الفئة العمرية "17–20 عاما" (34.7%). ولم يكن هناك فروقات متباينة بين الضفة وغزة حول السن الأمثل لزواج الفتيات ولكن كان هناك فرق في السن الأمثل عند الذكور حيث كانت غالبية الطلبة في غزة 38.2% يفضلون سن زواج الولد في الفئة العمرية 17–20 عاماُ في حين أن الفئة العمرية "أكبر من 25 عاماُ" احتلت المرتبة الأولى في الضفة.

- **الزواج المبكر**

كان للمراهقين رأي ايضا في السن الذي يُعتبر الزواج فيه مبكراً للإناث وللذكور وكان المتوسط العمري للزواج المبكر عند الإناث حسب آراء الطلبة المراهقين 15.5 عاما وللذكور 17.3 عاما أي بفارق 1.8 سنوات. وكانت الغالبية من الطلبة المراهقين (69.5%) ترى أن الزواج في الفئة العمرية "15–18 " عاما هو زواج مبكر للفتاة واعتبر الزواج مبكراُ للذكور عند الغالبية لنفس الفئة العمرية أيضا (66.1%).

وكان 97.4% من الطلبة لا يؤيدون الزواج المبكر بشكل عام ومن وجهة نظرهم أن للزواج المبكر مخاطر عدة وكان أكثرها شهرة, أنه يسبب وضع صحي واجتماعي أقل للأسرة 55.8% ويؤدي إلى تحصيل علمي أقل 19.1% . ولم يستطع 12.6% معرفة أيٍ من مخاطر الزواج المبكر وكان غالبيتهم من الضفة الغربية ومن طلبة الصف السابع ومن الذكور.

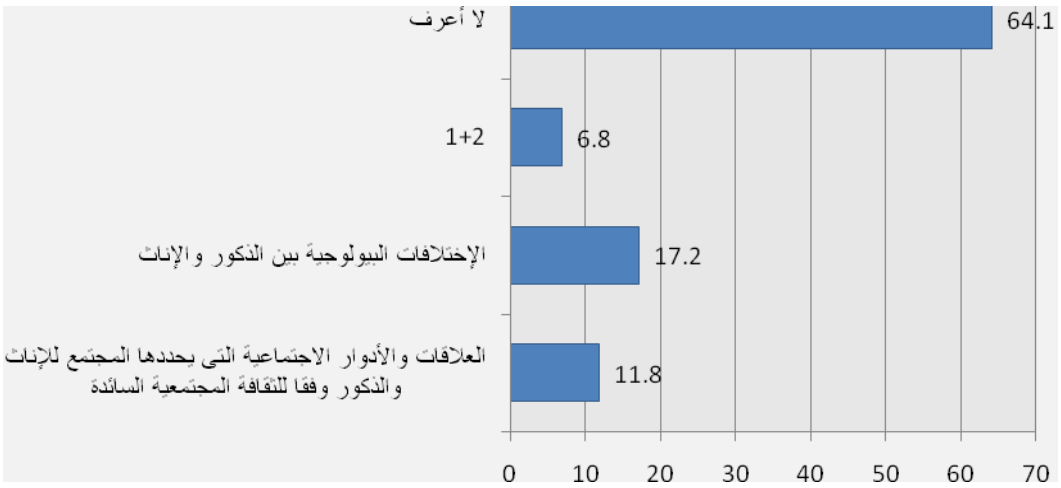
- **زواج الأقارب**

وعن رأي الطلبة المراهقين حول زواج الأقارب, فقد كان 59.1% من الطلبة يفضلون الزواج من خارج نطاق الأقارب في المستقبل مقارنة بـ11.8% ممن يفضلون الزواج من الأقارب وكان حوالي الربع 22.4% لا فرق لديهم بين الزواج من الاقارب أو من الغرباء. وكان معظم من فضل الزواج من الاقارب من الطلبة الذكور (16.3%) ومن قطاع غزة 23.6% مقارنة بالإناث (8.6%) وبالطلبة من الضفة الغربية 8.5%.

- **النوع الاجتماعي (الجندر)**

لم يستطع 64.1% من الطلبة تحديد مفهموم النوع الاجتماعي (الجندر)، بالرغم من ذكر الاختيارات للطالب/ة وكان هناك 11.8% فقط من الطلبة قادرين على تعريف النوع الاجتماعي بانه العلاقات والأدوار الاجتماعية التي يحددها المجتمع للإناث والذكور وفقا للثقافة المجتمعية السائدة. وأجاب 17.2% بأن النوع الاجتماعي هو عبارة عن الاختلافات البيولوجية بين الذكور والإناث. ولم تكن هناك فروقات متباينة بين طلبة الصفوف الثلاثة أو بين الذكور والإناث ولكن كانت نسبة الطلبة في غزة أعلى في تعريف النوع الاجتماعي وكذلك بالاعتقاد بأنه يشير إلى الاختلافات البيولوجية بين الذكور والإناث .

شكل 16: تعريف النوع الاجتماعي لدى الطلبة



- **عمل المرأة**

أظهرت النتائج بأن الغالبية العظمى من الطلبة المراهقين 81.8% يعتبرون بأن عمل المرأة أمر عادي وطبيعي وأن الرجل والمرأة يجب أن يعملا من أجل الأسرة على حد سواء. بينما كان رأي 10.2% من الطلبة بأن عمل المرأة غير مقبول وكان معظمهم من الذكور ومن قطاع غزة. في حين كان رأي 5.4% بأن عمل المرأة غير مهم وكان معظمهم من الذكور ومن طلبة الضفة الغربية وطلاب المرحلتين السابع والثامن.

شكل 17: التوزيع النسبي لرأي الطلبة بعمل المرأة حسب الجنس

- **العنف**

وللتعرف عما إذا كان الطالب المراهق يتعرض للعنف اللفظي والإساءة النفسية ومن أنه قادر على تحديد هذا النوع من الإساءة, فقد تم سؤال الطلبة عن إذا ما كانوا يتعرضون للإساءة بكلام قاسي وجارح. وأظهرت النتائج بأن 18.8% يتعرضون لذلك بشكل دائم حسب رأي الطلبة وخاصة طلاب الصفين السابع والثامن الأساسي وفي منطقة الضفة مقارنة بطلبة الصف التاسع وبطلبة قطاع غزة وأجاب 27.1% بأنهم يتعرضون لذلك أحيانا وخاصة عند الفتيات.

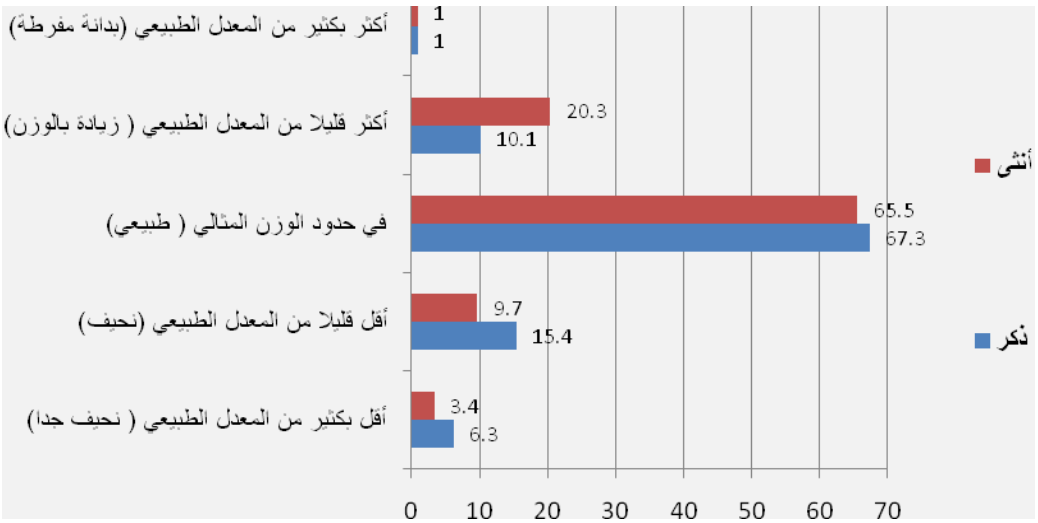
وتم سؤال الذين يتعرضون لهذا النوع من العنف اللفظي سواء كان ذلك بشكل دائم أو متقطع عن الظرف الذي يسبب لهم هذا النوع من الإساءة. وأظهرت النتائج بأن العنف اللفظي داخل الأسرة من قبل الأب والأم والأخوة وزوجة الأب يحتل المرتبة الأعلى بنسبة 59.8% يليه الأصدقاء في الصف بنسبة 50.2% ومن ثم المعلم ومدير المدرسة 15.2% والأقارب 14.4%.

- **الوزن**

من إحدى أهداف دليل صحة المراهقة , مساعدة الطلبة على معرفة مفهوم الوزن الصحي وأهمية الحفاظ على وزن الجسم ضمن الحدود الطبيعية. وقد تم سؤال الطلبة عن رأيهم في أوزانهم والطريقة التي يصفون وزنهم بها. وكانت الغالبية 66.3% تعتقد بأن لديهم وزن في حدود الوزن الطبيعي واعتقد 16.1% بأن لديهم زيادة في الوزن و12% بأنهم نحفاء وأن أوزانهم أقل من المعدل الطبيعي واعتقد 4.6% بأنهم نحفاء جداً و1% فقط بأن لديهم مشكلة البدانة المفرطة.

وكانت نسبة الطلبة الإناث اللاتي يعتقدن بأن لديهن مشكلة زيادة في الوزن 20.3% وهي ضعف نسبة الطلبة الذكور 10.1% وفي المقابل كانت نسبة الطلبة الذكور الذين يعتقدون بانهم نحفاء 15.4% أعلى من الإناث 9.7%.

شكل 18: رأي المراهقين في أوزانهم حسب الجنس



6. ممارسات الطلبة المراهقين لعموميات الصحة الإنجابية

- **الممارسات الغذائية**

وفيما يخص بعض الممارسات الغذائية عند الطلبة المراهقين والتي تركز على أهمية الحصول على توازن صحي في التغذية بالإلتزام بأخذ حاجات الجسم الأساسية اليومية من خلال الوجبات الغذائية الرئيسية الثلاث, فقد تم سؤال الطلبة عما اذا كانوا يهملون عادة أيا من هذه الوجبات الثلاثة. وأقر حوالي نصف الطلبة 52.1% بأنهم يهملون عادة واحدة من الوجبات, وكانت غالبيتهم من الإناث 62.15 مقارنة بالذكور 38.3% وبنسبة أعلى في منطقة الضفة الغربية 57.8% مقارنة بقطاع غزة 31.8%.

وكانت وجبة الفطور هي الوجبة الأكثر إهمالا عند 53.1% من هؤلاء الذي يهملون إحدى الوجبات الغذائية الثلاث ويليها وجبة العشاء حيث ان 41.9% من هؤلا ء الطلبة لا يتناولون عشائهم في العادة.

- **ممارسة الرياضة**

أظهرت نتائج الدراسة أن 59.5% من الطلاب يمارسون بشكل منتظم نوعاً من أنواع الرياضة التي تنشط عضلة القلب كممارسة كرة القدم أو السلة أو الجري او السباحة أو ركوب الدراجات لمدة لا تقل عن عشرين دقيقة وبنسبة أعلى عند الطلبة الذكور 89% مقارنة بالإناث 38.3%.

ويمارس 26.5% من الطلبة الرياضة بشكل متقطع وبنسب أعلى عند الفتيات 40% مقابل 7.7% عند الذكور. وكان هناك 14% من الطلبة لا يمارسون الرياضة على الإطلاق وبنسبة أعلى عند الإناث 21.7% مقارنة ب 3.3% عند الذكور.

وكان معدل ممارسة الرياضة عند الطلبة بشكل عام 4 أيام في الأسبوع في حين كان معدل ممارسة الرياضة عند الطلبة الذكور 4.6 أيام وعند الطلبة الإناث 3.3 أيام. ويمارس 35.3% الرياضة بمعدل مرة إلى مرتين في الأسبوع و 24.8% يمارس الرياضة كل أيام الاسبوع.

- **التدخين**

أظهرت النتائج بأن 18.6% من الطلبة قد جربوا التدخين وكانت النسبة أعلى عند طلبة الصف الثامن والتاسع 20% وعند الذكور 26.8% مقارنة بالطلبة الإناث 12.8% وأعلى في الضفة الغربية 23.1% مقارنة بقطاع غزة 2.7%.

ومن ثم تم سؤال الطلبة الذين جربوا التدخين عما إذا كانوا يدخنون حاليا فأجاب 14% بأنهم مدخنون في الوقت الحالي بحيث كان هناك 6.5% يدخنون بشكل دائم و 7.5% يدخنون أحياناً وكانت نسبة المدخنين بشكل دائم أعلى في الصف التاسع وعند الطلبة الذكور بينما كانت نسبة الإناث اللاتي يدخنّ أحياناُ 10.8% أعلى من نسبة الذكور 5.4% .

ولمعرفة موقف الطلبة الذين لم يجربوا التدخين على الإطلاق في حالة عُرض عليهم تدخين سيجارة من قبل صديق أو صديقه, وكانت النتيجة بأن 92.8% من هؤلاء الطلبة سيكون موقفهم الرفض الصارم والشديد بعدم التدخين مقارنة بـ 6.6% من الطلبة الذين كان موقفهم بأنهم سيجربون التدخين إما خوفاً من أن يُظن بأنهم جبناء أو من باب التجربة والفضول أولاعتقادهم بأن التدخين قد يخفف الضغط النفسي. وهذا يبين أهمية تأثير ضغط

الأقران السلبي على المراهق والذي قد يؤدي أحياناً إلى ممارسة تصرفات خاطئة وضارة لإرضاء الأقران دون أن تكون لديهم قناعة بأهمية الممارسة.

7. المهارات الحياتية

- **إدارة تنظيم الوقت**

تضمنت الدراسة سؤالاً حول مدى استعداد الطالب وجاهزيته في العادة عندما يقترب موعد تسليم واجب أو تقرير مدرسي لمعرفة مهارة تنظيم الوقت عند الطالب وقدرته على برمجة الوقت ليتمكن من الالتزام بالعمل المطلوب في الوقت المحدد.

وكان رأي 37.3% بأنهم في العاده ينجزون العمل المطلوب في الوقت المحدد، بينما كان هناك 33.3% من الطلبة لديهم الاعتقاد بأن لديهم القدرة على برمجة أوقاتهم لإتمام الفرائض المطلوبة قبل الموعد المحدد.

وفي المقابل كان هناك 16.6% يقومون بإلغاء جميع نشاطاتهم في اليوم قبل الموعد المحدد لكي يتمكنوا من إنهاء واجباتهم حتى لو احتاجوا إلى السهر لإنجاز وظائفهم. وأقر 7.2% بأنهم في العاده يطلبون تمديد المهلة لتسليم التقرير وبينما كان 5.6% غير متأكدين بأنهم سينجزون العمل في الوقت المحدد.

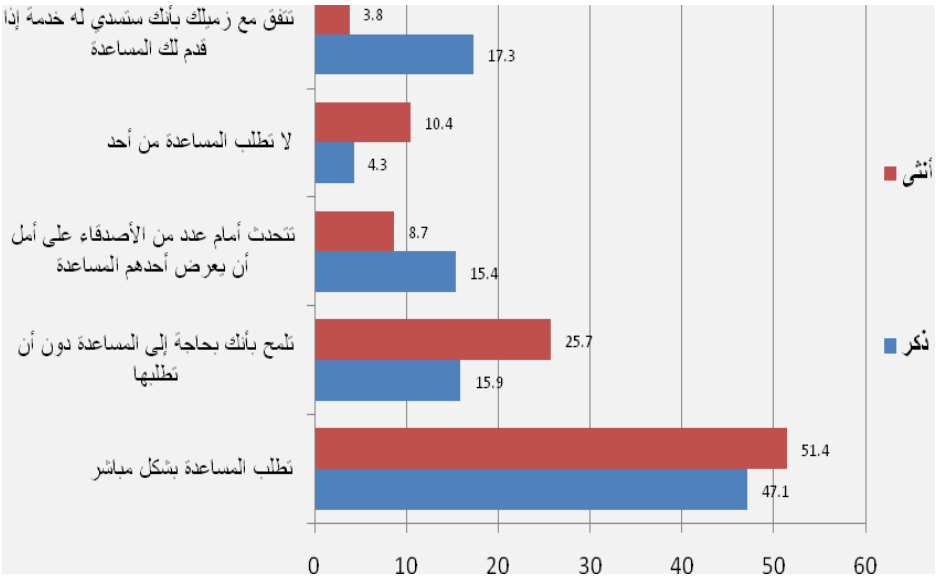
إن هذه الإجابات المختلفة تعكس قدرة الطلبة على إدارة الوقت ووضع الأولويات للاهتمام بالأمور الأكثر أهمية وإعطائها الوقت اللازم بحيث لا تسبب للطالب مشاكل وتضارب في الوقت وضغوط نفسية والتي قد تؤدي إلى عدم إنجاز المهام المطلوبة.

- **الاتصال وطلب الدعم والمساندة**

يحتاج الطالب إلى تعلم مهارة طلب الدعم والمساندة باعتبارها خطوة شجاعة وبحاجة إلى مبادرة ومعرفة بالجهات التي يمكن التوجه اليها وبالاضافة إلى ذلك تحتاج إلى مهارة الاتصال لكي يستطيع الطالب أن يتبادل المعلومات، ومن ان يتمكن من توصيل الرسالة المطلوبة. وقد تم استخدام سؤال في هذ الدراسة عن الطريقة التي يتصرف بها الطالب المراهق في العادة في حالة اذا ما احتاج إلى مساعدة من صديق.

وكان حوالى نصف الطلبة 49.6% يستخدمون في العادة الأسلوب المباشر في طلب المساعدة والدعم بينما يستخدم 21.6% من الطلبة أسلوب التلميح غير المباشر آملين بن يفهم الصديق بأنهم يحتاجون إلى العون ويستخدم 11.5% أسلوب التحدث أمام مجموعة من الأصدقاء عن العبء الذي يشعرون به آملين أن يفهم أحد الأصدقاء أنهم يحتاجون إلى يد المساعدة والعون وكان 7.9% من الطلبة يرفضون طلب المساعدة من أحد أو التعبير عن حاجتهم للمساندة والدعم. وكانت نسبة الفتيات اللاتي يستخدمن الأسلوب غير المباشر والإيحاء 25.7% أعلى من نسبة الذكور 15.9%.

شكل 19: التوزيع النسبي لطرق الاتصال المستخدمة لدى الطلبة حسب الجنس



- **الصراع وحل المشكلات**

إن تعامل الطلبة المراهقين مع الغضب وأساليب حل المشكلات هي احدى المهارات الحياتية المهمة والتي تؤثر على فعالية أداء الشخص في جوانب الحياتية المختلفة. ولقد تم سؤال الطلبة عن الطريقة التي يتصرفون بها عادة عندما يكونون غاضبين من شيء ما, وأجاب 39.1% بأنهم يلجأون إلى الصراخ والانفعال للتعبير عن غضبهم وانزعاجهم وبينما كان لدي 36.5% مهارة التحكم في الغضب والقدرة على الانتظار حتى يهدأ ومن ثم مناقشة ما أزعجه وأغضبه، كانت هناك نسبة 24.4% لديها روح الإنسحاب وتجاهل المشاكل ومحاولة نسيان الأمور المغضبة والمزعجة دون مناقشتها ومحاولة نسيانها. وكانت الفتيات لديهن نسبة أعلى في التحكم بالغضب والانتظار حتى يهدأن 43.1% مقارنة بالطلبة الذكور 27.3%.

ولقد تم سؤال الطلبة أيضا عن موقفهم والطريقة التي يستخدمونها لحل المشكلات عندما يستمعون إلى أصدقائهم يتحدثون حول مشكلة ما. وأظهرت النتائج بأن هناك نسبة 32.9% يميلون إلى استخدام الأسلوب التعاطفي من خلال الإصغاء لوجهات النظر المختلفة بحيث يضعون أنفسهم مكان كل واحد له علاقة في القضية حتى يستطيعوا فهم وجهة نظرهم ووضع حل للمشلكة. وأبدى 47.9% من الطلبة استخدام الأسلوب الموضوعي من حيث تحليل ومعرفة أسباب المشلكة مع إبداء الرأي بصراحة وموضوعية حول الحلول الممكنة. وأبدى 10.8% من الطلبة استخدامهم الأسلوب المسيطر من خلال فرض الرأي والحلول على الآخرين بعد تحليل المشكلة من وجهة نظرهم وكان هناك 8.7% من الطلبة يستخدمون الاسلوب الانسحابي لتجنب المواجهة وحل المشكلات.
وكانت نسبة الفتيات اللاتي يستخدم الاسلوب التعاطفي 36.2% أعلى من الذكور 28.2% اللذين كانت نسبتهم أعلى في استخدام الاسلوب المسيطر 14.4%، ولم يكن هناك فرق بين الذكور والإناث في استخدام الاسلوب الموضوعي. وكانت هناك فروقات بين الضفة وغزة حيث يستخدم الأسلوب المسيطر 13.1% في الضفة مقارنة ب 2.7% في غزة.

- **العمل الجماعي**

مهارة العمل الجماعي هي احدى المهارات الحياتية الضرورية للإنسان ككائن اجتماعي. ولقد تم سؤال الطلبة المراهقين عن الطريقة التي يحددون فيها أدوارهم داخل المجموعات والطريقة التي تنفذ فيها الأعمال الجماعية بشكل مشترك. وأجاب 46.7% من الطلبة بأنهم يفكرون في نقاط قوتهم ويتشاورون مع فريقهم حول ذلك مدركين الدور والقدر الذي يمكن ان يساهموا فيه لإنجاح عمل المجموعة. وكانت نسبة 31.9% من الاجابات من الطلبة بانهم يأخذون دوراً قيادياً في المجموعة ويقومون بعمل خطة للفريق بحيث يقسمون الأدوار والمسؤوليات داخل المجموعة لكل فرد بدون الإشارة إلى مشاركة المجموعة في أخذ القرار حول تقييم الأدوار. وكان هناك نسبة 16.8% ممن يقررون أدوارهم حسب قدراتهم الشخصية ويبلغون المجموعة بذلك لكي تستفيد المجموعة من جوانب القوة لديهم. ورفض 4.6% العمل من خلال مجموعة وبروح الفريق وكانوا يفضلون العمل منفرداً.

وكانت نسبة الطلبة الإناث اللاتي يملن للتشاور مع الفريق 53.4% أعلى من نسبة الذكور 37.3%.

8. متطلبات الطلبة لتحسين معلوماتهم حول الصحة الجنسية والإنجابية

وبخصوص متطلبات الطلبة المراهقين فإن الجدول (14) يبين أن 28.7% من الطلبة المراهقين يهتمون ان يشرح لهم في المدرسة موضوع المراهقة وعلامات البلوغ عند الجنسين ويود 14.8% أن يتلقوا معلومات في المدرسة حول الزواج المبكر ومخاطره. وكانت نسبة 12.2% لديهم الرغبة في معرفة معلومات حول الإنجاب والخصوبة ووسائل تنظيم الأسرة، و 3% يحتاجون إلى معلومات تشرح لهم في المدرسة حول الأمراض الجنسية بما فيها مرض الإيدز وطرق الوقاية منها. ولم يستطع 28.3% من الطلبة تحديد موضوع محدد حول الصحة الإنجابية والجنسية ويُحتاج أن يشرح لهم في المدرسة وكانت غالبيتهم من الذكور.

وكانت لدى طلاب الصف التاسع نسبة أعلى بالرغبة في معرفة مواضيع الزواج المبكر والجماع الجنسي والزواج والعلاقات الأسرية مقارنة بالصف السابع. وكانت الإناث من الطلبة يهتمون بنسبة أعلى بمعرفة مواضيع تتعلق بالزواج المبكر وعلامات البلوغ والعنف الجنسي والزواج مقارنة بالطلبة الذكور.

جدول 16: التوزيع النسبي لمواضيع الصحة الإنجابية التي يهتم بها الطلبة حسب الصف والمنطقة والجنس

المواضيع	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	الضفة	غزة	ذكر	أنثى

لا أعرف	**28.3**	31.9	27.4	25.6	27.5	30.9	44.0	16.9
الزواج المبكر ومخاطره	**14.8**	6.3	19.6	18.1	15.2	13.6	5.3	21.7
المراهقة وعلامات البلوغ	**28.7**	30.6	28.5	26.9	29.3	26.4	20.1	34.8
العنف الجنسي والاغتصاب	**3.4**	4.4	1.7	4.4	3.3	3.6	1.4	4.8
الجماع	**3.6**	1.3	1.1	8.8	3.1	5.5	6.2	1.7
الإنجاب والخصوبة، وتنظيم النسل	**12.2**	13.8	12.8	10.0	13.6	7.3	12.9	11.7
العلاقات العاطفية مع الجنس الآخر والابتعاد عن التحرش	**1.8**	1.9	1.1	2.5	2.1	0.9	2.4	1.4
الأمراض الجنسية والايدز	**3.0**	3.1	3.4	2.5	3.1	2.7	3.8	2.4
النظافة الشخصية	**2.4**	3.8	2.8	0.6	1.3	6.4	1.0	3.4
الغذاء المتوازن	**1.2**	3.1	0.6	0.0	1.5	0.0	0.5	1.7
الزواج و العلاقات الأسرية	**4.2**	2.5	7.4	5.6	4.6	2.9	3.4	5.2
التدخين	0.2	0.0	0.6	0.0	0.3	0.0	0.0	0.3

ويعتقد 57.3% من الطلبة بأن المعلومات والمهارات التي تعلموها في المدرسة قد أحدثت تغييرا ملموسا في سلوكهم، وكانت هناك نسبة أعلى عند الطلبة الإناث 64.8% مقارنة بالذكور 46.9%. ونسبة أعلى في الضفة 59.1% مقارنة بغزة 50.9% و بالصف الثامن 63.1% مقارنة بالصفين السابع 51.9% والتاسع 56.3%.

وكانت الغالبية العظمى من الطلبة (77.3%) تعتقد بأن أخلاقهم وشخصيتهم تحسنت من ناحية زيادة الثقة في النفس والهدوء واحترام الآخرين وآرائهم وكيفية التعامل مع الآخرين والعمل بروح الجماعة والمشاركة وحب الغير. وذكر الطلبة أيضا أن ممارساتهم المتعلقة بالنظافة الشخصية قد تغيرت عند 7% كذلك ذكر 5.6% انهم ابتعدوا عن العنف نتيجة ما تعملوه في المدرسة وتوقف 2.1% عن ممارسة العادة السرية وتغيرت نوعية العلاقات العاطفية وابتعدوا 2.4% من الطلبة عن التحرش، وممارسة 2.1% من الطلبة للطرق الصحيحة للوقاية من الأمراض، وممارسة 1% لأساليب التغذية السليمة وذلك نتيجة ما تعملوه في المدرسة من مواضيع مختلفة حول الصحة الإنجابية والجنسية. ولم يستطع 5.6% من الطلبة تحديد أي سلوك تغير لديهم نتيجة ما تعلموه في المدرسة وكانت غالبتهم من الصف السابع بنسبة 9.6% ومن الطلبة الإناث 10.1% مقارنة بالذكور 3.8%.

جدول 17: التوزيع النسبي للتغيير في سلوكيات الطلبة نتيجة ما تعلموه في المدرسة حسب الصف والمنطقة والجنس

السلوكيات	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	الضفة	غزة	ذكر	أنثى

النظافة الشخصية	**7.0**	3.6	9.7	6.7	4.3	17.9	6.1	7.4
تحسين الأخلاق واالشخصية	**77.3**	77.1	76.1	78.9	77.4	76.8	70.4	80.9
الابتعاد عن العنف	**5.6**	4.8	5.3	6.7	7.0	0.0	3.1	6.9
عدم القيام بالعادة السرية	**2.1**	0.0	2.7	3.3	2.6	0.0	6.1	0.0
العلاقات العاطفية مع الجنس الآخر	**2.4**	2.4	1.8	3.3	2.2	3.6	4.1	1.6
الوقاية والابتعاد عن الأمراض، الاهتمام بالصحة	**2.1**	2.4	2.7	1.1	1.3	5.4	2.0	2.1
التغذية السليمة	**1.0**	1.2	1.8	0.0	1.3	0.0	0.0	1.6
لا أعرف	**5.9**	9.6	6.2	2.2	6.1	5.4	10.1	3.8

9. مصادر معلومات الطلبة حول الصحة الإنجابية والجنسية

يعتقد 69.3% من الطلبة بأن لديهم القدرة للوصول إلى معلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية في المدارس وكانت نسبة الطلبة في الضفة أعلى 73.8% من قطاع غزة 53.6% ونسبة الإناث 75.2% اعلى من نسبة الطلاب الذكور 61.2%. وكان المعلم المصدر الرئيسي للمعلومات عند حوالي ثلاثة أرباع المشاركين 74.5% يليه المرشد التربوي 49.9% والأم 49.7% وخاصة عند الطلبة الإناث. واحتل الاصدقاء نسبة 24.8% كمصدر للمعلومات، وخاصة عند طلاب الصف التاسع ويتبع ذلك الأخوة والأب والكتب والمجلات.

ومن الملاحظ أن الانترنت كمصدر للمعلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية قد احتلت نسبة ضئيلة 3.6% على الرغم من ان 43% من الطلبة لديهم انترنت في البيت. ومن الملاحظ أيضا ان مقدمي الخدمات الصحية لديهم دور محدود جدا في هذا الجانب بنسبة 1.6%.

جدول 18: التوزيع النسبي لمصدر المعلومات حول الصحة الإنجابية من قبل الطلبة حسب الصف والمنطقة والجنس

مصدر المعلومات	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	الضفة	غزة	ذكر	أنثى

أصدقاء	**24.8**	18.1	63.1	26.3	85.5	30.0	73.8	23.7	78.1	29.1	61.8	36.4	75.1	16.6	74.1
المعلم	**74.5**	63.1	7.5	5.6	15.0	10.3	5.5	8.1	10.0	27.3	58.8	39.7	52.5	17.7	73.1
كتب , مجلات, نشرات تثقيفية	**9.2**	7.5	3.1	0.6	1.3	1.3	2.7	1.4	1.7	2.7	6.3	3.9	0.6	4.8	2.8
مرشد المدرسة	**49.9**	52.5	57.5	46.9	45.0	51.7	42.7	11.5	77.2	10.0	9.0	12.3	9.4	18.7	2.4
مقدمو الرعاية الصحية	**1.6**	3.1	0.6	1.3	1.3	0.5	2.7	2.4	0.0	7.3	10.8	11.7	11.3	4.8	13.8
الإنترنت	**3.6**	0.6	3.9	3.9	6.3	3.9	2.7	4.8	2.8	5.5	7.2	5.6	4.4	5.3	7.9
الأم	**49.7**	57.5	46.9	46.9	45.0	51.7	42.7	11.5	77.2	0.9	0.0	0.0	0.6	0.0	0.3
الأب	**9.2**	9.4	12.3	5.6	9.0	10.0	18.7	2.4	1.7	0.9	1.5	1.1	1.3	1.0	1.7
الأخوة	**10.0**	11.3	11.7	6.9	10.8	7.3	4.8	13.8	0.0	2.7	0.8	0.0	3.8	2.9	0.0
رجال الدين والواعظات	**1.0**	0.0	0.0	3.1	0.5	2.7	2.4	0.0	0.7	1.8	1.3	0.6	2.2	1.3	1.4
التلفزيون	**6.8**	4.4	5.6	10.6	7.2	5.5	5.3	7.9							
الراديو	**0.2**	0.6	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.3							
الزملاء	**1.4**	1.3	1.1	1.9	1.5	0.9	1.0	1.7							
لا أعرف	**1.2**	3.8	0.0	0.0	0.8	2.7	2.9	0.0							
الأقارب	**1.4**	1.3	2.2	0.6	1.3	1.8	2.4	0.7							

اما بالنسبة لمصدر المعلومات المفضل بغض النظر عن مصدر معلوماتهم الحالى, فاحتلت الأم المرتبة الأولى 35.9% وبخاصة عند الطلبة الإناث 77.2% , يليها المعلم بنسبة 27.1% ومن ثم مرشد المدرسة والأصدقاء بنسبة 11.8% وتدنت نسبة الانترنت إلى 0.6% كوسيلة مفضلة للطلبة.

وكان السبب الرئيسي لتفضيل المصدر هو الشعور بالأمان للتكلم بحرية 51.1% بالاضافة إلى ان المصدر المفضل لديه معلومات كافية حول الموضوع 34.7% ويحفظ الاسرار عند 24.8%.

10. برنامج الصحة الإنجابية في المدارس

يعتقد حوالي النصف فقط من الطلبة 47.9% بأن لديهم الحرية بسؤال المعلم أو المعلمة ما يريد حول الصحة الإنجابية والجنسية. وكان السبب الرئيسي لعدم الشعور بالحرية عند الذين اجابوا بالنفي هو الشعور بالحرج 81.3% وخاصة عند الإناث ويليه الخوف والقلق من ردة فعل المعلم أو المعلمة عند 12.5% وخاصة عند الذكور.

وقد أظهرت الدراسة أن معلم /معلمة الاقتصاد المنزلي يحتل المرتبة الأولى عند الطلبة بنسبة 36.1% بمقدرته على تقديم شرح واضح حول القضايا الحساسة المتعلقة بالصحة الإنجابية وخاصة عند الإناث 60.7% مقارنة 1.9% عند الذكور. ويليه معلم / معلمة الصحة والبيئة بنسبة 25.5% وخاصة عند الذكور 56% مقارنة بـ 3.4% عند الإناث. واحتل معلم / معلمة التربية الإسلامية المرتبة الثالثة بنسبة 15.8% و خاصة في غزة 27.3% مقارنة بالضفة الغربية 12.6% وكانت نسبة الذكور اعلى ايضا 23.4% من نسبة الإناث 10.3%. وأتى بالمرتبة الرابعة المرشد /

المرشده التربوي بنسبة 13.6% وبنسبة عالية في الضفة 16.5% مقارنة بقطاع غزة 3.6% وعند الإناث 19.7% مقارنة بـ 5.3% عند الذكور.

جدول 19: التوزيع النسبي لمقدمي المساقات في المدرسة القادرين على تقديم شرح واضح حول مواضيع الصحة الجنسية والإنجابية حسب رأي الطلبة حسب الصف والمنطقة والجنس

مقدم المساق	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	الضفة	غزة	ذكر	أنثى
الصحة والبيئة	**25.5**	25.6	20.7	30.6	25.4	25.5	56.0	3.4
الاقتصاد المنزلي	**36.1**	40.0	38.0	30.0	36.5	34.5	1.9	60.7
المدنية	**0.4**	0.0	1.1	0.0	0.5	0.0	0.5	0.3
التربية الاسلامية	**15.8**	9.4	22.3	15.0	12.6	27.3	23.4	10.3
علوم	**3.4**	3.8	3.9	2.5	2.6	6.4	5.3	2.1
الإرشاد	**13.6**	14.4	8.9	18.1	16.5	3.6	5.3	19.7
اللغة العربية	**1.2**	2.5	0.0	1.3	1.5	0.0	1.9	0.7
التكنولوجيا	**0.2**	0.0	0.6	0.0	0.3	0.0	0.0	0.3
الاجتماعيات	**1.8**	1.9	2.2	1.3	1.8	1.8	1.9	1.7
اللغة الانجليزية	**0.4**	0.0	0.6	0.6	0.5	0.0	1.0	0.0
الرياضيات	**0.4**	0.0	1.1	0.0	0.5	0.0	1.0	0.0
لا يوجد	**1.2**	2.5	0.6	0.6	1.3	0.9	1.9	0.7

وأفصح 44.9% من الطلبة عن الشعور بالخجل من مناقشة مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية مع الأصدقاء وخاصة عند الإناث 50.3% مقارنة بـ 37.3% عند الذكور. ويعتقد 47.1% من الطلبة بأن زملاءهم يترددون في طرح الأسئلة حول الصحة الإنجابية في المدرسة وخاصة من قبل الطلبة الإناث، وكان الشعور بالحرج والخجل السبب الرئيسي لذلك عند 92.8%. وكانت المحاضرة الوسيلة المفضلة لدى الطلبة 37.9% لتلقي معلومات حساسة حول الصحة الإنجابية في المدرسة ويليها بفارق بسيط الجلسة الفردية 36.5% ومن ثم النشاط الجماعي 34.3% في حين احتلت المسرحيات والأغاني المرتبة الأخيرة بنسبة 10.8%.

وقد كان النشاط الجماعي الطريقة المفضلة للصف السابع مقارنة بالمحاضرة كطريقة مفضلة لدى طلاب الصفين الثامن والتاسع في حين كان اللقاء الفردي الطريقة الأكثر تفضيلاً لدى الإناث مقارنة بالمحاضرة والنشاط الجماعي اللتين كانتا الطريقتين المفضلتين لدى الذكور. أما بالنسبة للمنطقة فكان اللقاء الفردي الطريقة المفضلة في غزة مقارنة بالمحاضرة عند طلاب الضفة الغربية.

11. دور الأهل في برنامج المدرسة للصحة الإنجابية

أعرب حوالي نصف الطلبة 51.3% بأنهم قد تحدثوا مع والديهم حول مواضيع الصحة الإنجابية التي تعلموها في المدرسة. أما الذي لم يتحدثوا مع والديهم فكان الشعور بالحرج السبب الرئيسي لذلك عند 69.1% من الطلبة وخاصة عند الطلبة في الضفة الغربية وعند الذكور وطلاب الصف التاسع وأشار 6.6% من الطلبة انه لا يوجد حوار مع الأهالي ليسمح لهم بمشاركة المواضيع. وكان رأي 29.2% من الطلبة بأن الأهل قد يقلقوا اذا ما علموا ان ابنهم أو ابنتهم تتلقى معلومات في المدرسة حول الصحة الإنجابية والجنسية وخاصة في قطاع غزة من قبل الطلبة الإناث وطلاب الصف السابع.

وذكر الطلبة عدة طرق تعمل على تسهيل التحدث مع الأهل حول قضايا الصحة الإنجابية و الحساسة ومن أهمها بدء الأهل بالمناقشة 49.9% ومتابعة الأهل مع المدرسة حول هذه القضايا 38.9% وترتيب جلسة خاصة من قبل الوالدين مع ابنهم أو ابنتهم 32.1%.
وكان رأي 37.5% من الطلبة بأن شعور والديهم لم يتغير حول دخولهم مرحلة المراهقة في حين اعتبر 22.2% أن الأهل شعروا بالقلق و 27.9% شعروا بزيادة الحماية من اهلهم.

12. القضايا الجنسية التي ينبغي على الأهل مناقشتها مع المراهقين حسب رأي الطلبة

احتل موضوع المراهقة وسن البلوغ والتغيرات الجسدية والنفسية التي تحدث في تلك المرحلة المرتبة الأولى كموضوع يجب على الأهل مناقشته مع المراهقين بنسبة 42.1% وخاصة عند الطلبة بالإناث. واحتلت بعد ذلك مواضيع كالاتصال الجنسي والعنف الجنسي والعلاقات العاطفية بين الجنسين وتوجيهات الأهل حول السلوك السوي والتمسك بالأخلاق. ومن الملاحظ بأن 31.3% من الطلبة لم يستطيعوا تحديد أي موضوع من قضايا الصحة الجنسية لمناقشته مع الأهل وكانت غالبيتهم من الذكور 50.7% ومن الصف السابع 38.1%.

جدول 20: التوزيع النسبي للقضايا الجنسية التى ينبغي على الوالدين مناقشتها مع المراهقين حسب الصف والمنطقة والجنس من وجهة نظر الطلبة

القضايا الجنسية	المجموع	السابع	الثامن	التاسع	الضفة	غزة	ذكر	أنثى

لا أعرف	**31.3**	38.1	30.2	25.6	31.4	30.9	50.7	17.2
المراهقة وتغيرات البلوغ	**42.1**	41.9	41.9	42.5	42.2	41.8	21.5	56.9
الاتصال الجنسي	**9.0**	6.9	7.8	12.5	8.7	10.0	12.0	6.9
الزواج المبكر	**6.4**	1.9	7.8	9.4	5.7	9.1	4.8	7.6
التدخين	**0.8**	0.0	1.7	0.6	0.3	2.7	1.0	0.7
الإنجاب والخصوبة	**4.8**	5.0	4.5	5.0	5.1	3.6	4.8	4.8
الشذوذ الجنسي	**2.4**	0.0	2.8	4.4	1.8	4.5	3.8	1.4
العنف الجنسي	**8.0**	5.6	8.4	10.0	9.0	4.5	1.0	13.1
السمنة والغذاء	**1.4**	3.8	0.6	0.0	1.3	1.8	1.4	1.4
النظافة الشخصية	**2.2**	1.9	3.4	1.3	2.6	0.9	2.4	2.1
العلاقات العاطفيه بين الجنسين	**8.2**	5.0	8.4	11.3	9.0	5.5	2.9	12.1
الأخلاق والالتزام والسلوك	**7.0**	5.6	6.1	9.4	7.5	5.5	9.1	5.5
المخدرات	**0.4**	0.6	0.6	0.0	0.3	0.9	0.5	0.3
الأمراض الجنسية، الايدز	**1.4**	0.0	1.7	2.5	1.3	1.8	2.4	0.7

المؤشرات المقرر قياسها فى الخطة السنوية لبرنامج الصحة الإنجابية

لقد تم الاتفاق بين وزارة التربية والتعليم العالي وصندوق الأمم المتحدة للسكان على تحديد بعض المؤشرات التي تساعد على تقييم برنامج صحة المراهقة ولمعرفة مدى نجاعة البرنامج. وقد أظهرت الدراسة أن نتائج هذه المؤشرات كما يلي :

جدول 21: المؤشرات المقرر قياسها فى الخطة السنوية لبرنامج الصحة الإنجابية

المؤشرات	النسبة
نسبة الطلبة من المراحل المدرسية (سابع , ثامن , تاسع) الذين ذكروا ثلاث طرق للاصابة بالإيدز	**3.8**
نسبة الطلبة من المراحل المدرسية (سابع , ثامن , تاسع) الذين ذكروا ثلاث طرق للوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها استخدام الواقي الذكري (الكوندوم)	**0.2**
نسبة الطلبة من المراحل المدرسية (سابع , ثامن , تاسع) الذين ذكروا على الأقل ثلاث من الأمراض المنقولة جنسيا	**0.4**
نسبة الطلبة من المراحل المدرسية (سابع , ثامن , تاسع) الذين عكسوا موقف إيجابى حول النوع الاجتماعي من ناحية المساواة بين أهمية عمل الرجل والمرأة	**81.8**

ومن الواضح أن هناك نقصاً في المعلومات بين الطلبة المراهقين في موضوع الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً، فنسبة الطلبة الذين يعرفوا عن ثلاث أمراض –على الأقل– تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي تعتبر متدنية جدا وكذلك الحال بالنسبة لمعرفتهم بثلاث طرق للاصابة بالإيدز وثلاث طرق للوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها استخدام الواقي الذكري. وهذا يعني أن موضوع التوعية والتثقيف في هذا المجال ما زال ضعيفاً ويتطلب بذل المزيد من الجهد من أجل نشر الثقافة والتوعية المرتبطة بهذا الموضوع وأهميته وتبيان مخاطر مثل هذه الأمراض.

أما بالنسبة لموقف الطلبة حول النوع الاجتماعي من ناحية المساواة بين أهمية عمل الرجل والمرأة، فقد كان إيجابيا بنسبة عالية وهذا يعكس تغييراً ملموساً فى معتقدات الشباب الفاسطينى بالنسبة لتمكين المرأة ومساواتها بالرجل فى مجال العمل. ولكن من الصعب ان نعزى هذا الموقف الإيجابى الى هذا البرنامج فقط، حيث أن هناك الكثير من البرامج الوطنية التى تمت وما زالت تعالج مواضيع النوع الاجتماعي والمساواة بين الجنسين .

وعند دراسة هذه المؤشرات من خلال الطلبة الذين ذكروا أنهم تلقوا معلومات حول الموضوع , جدول (20) **نجد أن النسب ماتزال متدنية.**

جدول 20: المؤشرات المقرر قياسها حسب الذين ذكروا انهم تلقوا معلومات حول الموضوع

المؤشرات	النسبة
نسبة الطلبة الذين ذكروا ثلاث طرق للإصابة بالايدز من الذين ذكروا انهم تلقوا معلومات حول الإيدز	4.6
نسبة الطلبة الذين ذكروا ثلاث طرق للوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها استخدام الواقي الذكري (الكوندوم) من الطلبة الذين ذكروا انهم تلقوا معلومات حول الأمراض المنقولة جنسيا	0.3
نسبة الطلبة الذين ذكروا على الأقل ثلاث من الأمراض المنقولة جنسيا من الطلبة الذين ذكروا انهم تلقوا معلومات حول الأمراض المنقولة جنسيا	7.0

وبما أن هذه المؤشرات لا تستطيع أن تعكس حقيقة الوضع، لأن دمج المراحل المدرسية الثلاث (سابع, ثامن, تاسع) كمؤشر لقياس معرفة الطلبة حول مواضيع الأمراض المنقولة جنسيا والأيدز والذى هو ضمن مواضيع صحة المراهقة للصف التاسع فقط, تمت دراسة هذة المؤشرات عند طلبة الصف التاسع فقط (جدول 21) ومع ذلك نجد أن النسب ما تزال متدنية.

ويمكن تفسيرهذا التدنى بالنسب بأن المعلومات التى حصل عليها الطلبة كانت غير كافية نتيجة أن طريقة الشرح لم تكن على المستوى المطلوب، وقد يكون ذلك بسب شعور المرشد بالحرج للتطرق لمثل هذه المواضيع الحساسة وقد يكون بسبب أن المادة العلمية الموجودة في دليل صحة المراهقة حول هذا الموضوع غير كافية أو واضحة. فعلى سبيل المثال تم التركيز فى المادة العلمية في الدليل حول الإيدز ولم تتم الإشارة الى بقية الأمراض المنقولة جنسيا بشكل كافٍ. هذا بالإضافة الى أن ترك الحرية لإعطاء هذه المواضيع من قبل المرشدين وعدم تحديدها بأنها يجب أن تعطى بشكل أساسى قد يعطى الإنطباع بعدم أهمية التركيزعلى الموضوع.

جدول 21: المؤشرات المقرر قياسها فى الخطة السنوية لبرنامج الصحة الإنجابية للصف التاسع فقط

المؤشرات	النسبة
نسبة الطلبة من المرحلة المدرسية (تاسع) الذين ذكروا ثلاث طرق للاصابة بالإيدز	8.1
نسبة الطلبة من المرحلة المدرسية (تاسع) الذين ذكروا ثلاث طرق للوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها استخدام الواقي الذكري (الكوندوم)	0.6
نسبة المرحلة المدرسية (تاسع)الذين ذكروا على الأقل ثلاث من الأمراض المنقولة جنسيا	0.6

المناقشة والاستنتاجات

تستمد أهمية هذه الدراسة من الحاجة لتقييم مشروع صحة المراهقة في هذه المرحلة، باعتباره برنامجا وطنيا وعلى درجة عالية من الأهمية، حيث تساعد على رصد انجازات المشروع ومدى دقة و شمولية الأداة المنهجية التى تم إعتمادها فى تخطيط وتطبيق ومتابعة وتقييم المشروع حتى الآن، ومدى تلبيته للأهداف التى أُنشأ من أجلها والنشاطات التى تم تطبيقها، بالتالى تقديم تصورات عما ينبغى أن يكون عليه المشروع بالإضافة إلى تحديد نقاط القوة والضعف في المشروع بهدف تعزيز قدرة المشروع على التطوير مستقبلا، ومعالجة المعوقات والصعوبات في كافة مراحله.

و بشكل عام، كان من الصعب تحديد تحقق أهداف المشروع بالمقارنة مع الأهداف المخططة بسبب غياب دراسة قاعدية تساعد على معرفة وتقييم مدى استفادة الفئة المستهدفة الرئسية وهي الطلبة من كلا الجنسين، ولغياب وجود المؤشرات الواضحة والكافية لرصد عملية المتابعة والتقييم للمشروع.

وعلى الرغم من تحقيق التدريب لأهدافه وكونه كان مناسبا لتوقعات المتدربين وملبيا لإحتياجاتهم واستخدام الوسائل التدريبية المناسبة لتقديم وعرض المادة التدريبية, إلا أنه مازال هناك حاجة لتقوية القناعات والمواقف والتوجهات للمرشدين والمعلمين ومنسقي الصحة المدرسية والمدراء ومساعدتهم على كيفية تحديد مشاكل الطلبة والتعامل معها مع التركيز على تقوية طرق الاتصال والتواصل لرفع الحواجز التي تقف في طريق حرية السؤال والتعبير فى مواضيع الصحة الإنجابية. بالإضافة الى ذلك كان واضحا لفريق التققيم عدم وضوح مفهموم برنامج صحة المراهقة لمدراء المدارس مما يشكل عائقا فى تنفيذ البرنامج بشكل عام، ومن هنا تأتى أهمية إشراكهم فى التدريب.

ولقد بينت الدراسة أن مفهوم الصحة الإنجابية والجنسية غير واضح لدى الطلبة بمعناه الشامل والذي يتضمن تكامل الجوانب البدنية الانفعالية والفكرية والاجتماعية للحياة الجنسية، بشكل يعزز وينمي الهوية الذاتية والتواصل والحب. وقد كانت هناك نسبة تغطيه عالية لبعض مواضيع صحة المراهق مقارنة بغيرها مثل مرحلة المراهقة والحيض، التغذية, العنف, الزواج, الزواج المبكر, والنظافة الشخصية. وقد تم طرح مواضيع النوع الاجتماعي والعادة السرية عند المراهقين بشكل أقل. وعلى الرغم من ذلك فإن بعض المواضيع المهمة كمواضيع الجهاز التناسلي الذكري والأنثوي وعلامات البلوغ عند الجنسين تمت مناقشتها في الصفين الثامن والتاسع والذي يعتبر متأخر نوعا ما. وكذلك هناك ضعف معلوماتى ملحوظ لدى الطلبه بعلامات البلوغ والتغيرات الجسمية التي تحدث عند الجنس الآخر والأمراض التى تنتقل من خلال الاتصال الجنسي وطرق الوقاية منها وأساليب تنظيم الأسرة وأنواع العنف الجنسي والأنيميا. كما وأن الطلبة بينوا أنهم فى حاجة الى أن تشرح لهم معلومات بشكل أوضح وأشمل في المدرسة حول مواضيع المراهقة وعلامات البلوغ عند الجنسين والزواج المبكر والإنجاب والخصوبة ووسائل تنظيم الأسرة .

و بالرغم من أن مرض الإيدز كان من أكثر الأمراض الجنسية معرفة وشهرة عند الطلبة، مع معرفة محدودة جداً لبقية الأمراض، الا ان معرفتهم كانت منقوصة بطرق الإصابة بالإيدز حيث أجاب 73.9% بأنه ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي و24.7% عن طريق نقل دم ملوث بالمرض و16.1% عن طريق الإبر الملوثة بالمرض.

ولقد كانت هناك اتجاهات إيجابية من قبل الغالبية العظمى من الطلبة المراهقين حول عمل المرأة حيث يعتبرونه أمراً عادياً وطبيعياً، وأن الرجل والمرأة يجب أن يعملا من أجل الأسرة على حد سواء. وهذا يعكس النجاح في إقناع هذه الفئة العمرية بأهمية تمكين المرأة ودورها، إلاّ أن معرفة الطلبة بمفهموم النوع الاجتماعي (الجندر) والذى يقصد به العلاقات والأدوار الاجتماعية التي يحددها المجتمع للإناث والذكور وفقا للثقافة المجتمعية السائدة، كانت ضعيفة، حيث كان مفهوم معظمهم بأنه الفروق البيولوجية أو النوع البيولوجي. وعلى الرغم من أن الغالبية العظمى من الطلبة لا يؤيدون الزواج المبكر للجنسين إلاّ أن اعتبار أن السن الذي يُعتبر الزواج فيه مبكراً هو 15.5عاما للإناث و17.3 عاما للذكور يعتبر مبكراً أيضا، وكذلك المتوسط العمري المفضل لزواج الفتاة للطلبة المراهقين والذى هو 19.9 عاما للإناث و22.1 عاما للذكور حسب رأى الطلبة.

ومن الواضح الدور الرئيسى الذى يلعبه المعلم والمرشد التربوي والوالدين فى مجال الصحة الإنجابية والجنسية، حيث احتل المعلم المصدر الرئيسي للمعلومات عند الغالبية العظمى ويليه المرشد التربوي والأم وخاصة عند الطلبة الإناث كمصدر للمعلومات حول الصحة الإنجابية والجنسية. لذلك، يجب انتهاز الفرصة والعمل على تدعيم دور المعلم والمرشد التربوي والوالدين مع التركيز على معلم /معلمة الاقتصاد المنزلي والصحة والبيئة باعتبارهم الأقدر على تقديم شرح واضح حول القضايا الحساسة المتعلقة بالصحة الإنجابية وذلك من خلال دعم معلوماتهم ومهاراتهم وتأهيلهم للتعامل مع مشاكل وقضايا المراهقين خاصة وأن حوالى نصف الطلبة ما زالوا لا يشعرون بالحرية من سؤال المعلم أو المعلمة حول الصحة الإنجابية والجنسية بسب الشعور بالحرج والخوف والقلق من ردة فعلهم .
ومن الواضح ايضا أن لمشروع صحة المراهقة تأثيرات إيجابية من وجهة نظر الطلبة حيث يعتقد الغالبية العظمي بانه نتيجة ما تعملوه في المدرسة من مواضيع مختلفة حول الصحة الإنجابية والجنسية, قد تحسنت أخلاقهم وشخصياتهم من ناحية زيادة الثقة في النفس والهدوء واحترام الآخرين وآرائهم وكيفية التعامل معهم والعمل بروح الجماعة والمشاركة وحب الغير.

ولم يستطع البرنامج استقطاب وإشراك الأهل مع انهم جزء اساسي في المشروع، ولم يتم توفير معلومات لتوعيتهم حول صحة المراهقة، أوتقوية قدراتهم على الاتصال والتواصل مع أبنائهم ولم يتم وضع خطة عمل منهجية للتواصل مع الأهالي وعلى كافة المستويات (الوزارة، المديريات، المدرسة). وكانت مشاركاتهم تتم بطريقة غير مباشرة من خلال تجارب المؤسسات ومن خلال اجتهادات فردية لبعض المرشدين مع الاعتماد على الأسلوب والنمط التقليدي للاتصال مع الأهل من خلال توجيه دعوة لاجتماع، أو عرض مشكلة لأحد الطلبة مع الأهل. ويعتبر الأهل مصدر هام وموثوق للمعلومات عند المراهقين.

وبهدف الاستفادة في تعزيز قدرة المشروع على التطوير مستقبلا، ومعالجة نقاط الضعف لمعالجة المعوقات والصعوبات في كافة مراحله, يمكن تلخيص تحليل البيئة الخارجية والداخلية (SWOT analysis) كما يلى:

نقاط القوة في مشروع صحة المراهقة

- التزام وزارة التربية و التعليم العالى على جميع المستويات بمفهوم الصحة الإنجابية الشامل والإيمان والقناعة بأهدافه وبرامجه، الأمر الذي يمثل قوة محركة للمشروع في الوزارة.

- توفر الدعم والإلتزام بالتمويل المناسب من صندوق الأمم المتحدة للسكان.
- تطبيق البرنامج بوعى وبطريقة تدريجية لحساسية الموضوع وللتعلم من الدروس حول الطرق المثلى للتطبيق والتعديل عند الحاجة.
- تلبية المشروع للاحتياج المستمر والمتطور لشريحة كبيرة من المجتمع وهم الشباب المراهقين.
- توفر عناصر الاستمرارية في المشروع ومن أهمها تدريب بعض الكوادر التعليمية على المفهوم الجديد للصحة الإنجابية و الجنسية، بحيث تم إعداد مجموعة من المدربين من المرشدين و منسقى الصحة المدرسية في كافة المديريات، وأيضا مرشدين متدربين قادرين على تنفيذه وتطبيقه في المدارس.
- دمج منسقي الصحة المدرسية بالمشروع وتدريبهم في المديريات، وإعداد وتنفيذ خطة الصحة المدرسية بمشاركة كافة أعضاء لجنة الصحة المدرسية.
- التنسيق الفعال بين الإدارة العامة للإرشاد التربوى والصحة المدرسية في الوزارة والتعاون بين موظفي قسم الصحة المدرسية والمشرفين الميدانيين.
- رضى الطلاب وإقبالهم بحماس على الأنشطة حيث وفر المشروع لهم فرصة للتجاوب مع اسئلتهم.
- إعداد دليل صحة المراهقه والصحة الإنجابية للمعلم مع التنوع والوضوح في مواضيع صحة المراهقة، وملاءمتها لإحتياجات الطلبة.
- وجود منسقة متفرغة للمشروع نظرا لحجم وتعقيدات تطبيق المشروع على الصعيد الوطنى.

أما نقاط الضعف فهى على النحو التالي:

- غياب المشاركة في التخطيط من قبل المعلم، المرشد، الطالب، والأهل بحيث يكون أكثر عمقا وشمولية.
- عدم إشراك الأهل فى البرنامج ، مع انهم جزء اساسي في المشروع ، وعدم توفير معلومات لتوعيتهم حول صحة المراهقة، وتقوية قدراتهم على الاتصال والتواصل مع أبنائهم.
- غياب دراسة قاعدية تساعد على تحديد مدى استفادة الطلبة من كلا الجنسين من تطبيق البرنامج
- عدم وجود مرشدين تربويين فى جميع المدارس مدربين في موضوع الصحة الإنجابية. بالإضافة الى ضغط الوقت والعمل على المرشدين الموجودين، بسبب كثرة المواضيع والبرامج من جهة وعملهم فى أكثر من مدرسة من جهة أخرى.
- نقص في الوسائل والأدوات والمؤشرات للتعرف على درجة تأثير المشروع على الطلبة لتشكل آلية لنقاش مستقبلي لتطوير المشروع.
- عدم إشراك المدارس الخاصة ومدارس وكالة الغوث فى البرنامج.

- عدم وجود آلية لمتابعة تنفيذ وتطبيق المشروع في المدارس والتأكد من ذلك مع مناقشة الإنجازات والتحديات.

- قصور التفاعل مع المعلمين والمرشدين لقياس أدائهم ومدى تأثرهم وتأثيرهم بالمشروع والذى يحتاج الى متابعة منهجية واستخدام أدوات ومؤشرات للمتابعة والتقييم.

- ضعف تنفيذ النشاطات فى المدارس غزة و غياب مفهوم موحد للتدريب وعدم وجود منسقة مساعدة للمشروع لمتابعة تنفيذ النشاطات المختلفة.

- نقص في المهارات الشخصية للمرشدين.(مهارات الاتصال، فريق العمل، المهارات القيادية، إدارة الوقت، التعامل مع ضغط العمل)
- عدم استهداف مدراء المدارس في المشروع حيث أن البعض قد يكون عائقا في التطبيق لعدم معرفتهم بالمشروع أو لعدم قناعتهم به.
- عدم توفر الظروف المناسبة لتطبيق دليل صحة المراهق في بعض المدارس مثل المكان المناسب ووجود القرطاسبة للتمكن من تقديم النشاطات المختلفة لصحة المراهقة. بالإضافة الى عدم توفير الوسائل التدريبية الكافية مثل النشرات والبوسترات والأفلام الوثائقية العلمية والتربوية، وعدم توزيع نسخ كافية من دليل صحة المراهقة على جميع المدارس وخاصة فى غزة.

- عدم إشراك المعلم بصورة فعالة.

أما عن تهديدات البرنامج فهي:

- إن الصحة الإنجابية تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والثقافية والاقتصادية كالأمية والبطالة، وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه. كما تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها، وبالتالى من الصعب ملاحظة تغيير فى المعتقدات أو السلوكيات بتطبيق برنامج يستهدف الطلبة المراهقين دون الاهتمام بالعوامل الأخرى.

- الإضرابات والإغلاقات وسياسة الحصار فى الوطن.

- مكونات الصحة الإنجابية تشمل قطاعات ووزارات متعددة يصعب تجميعها في كيان واحد والتنسيق في الخدمات يبقى الخيار الضروى والعملي بين القطاعات المختلفة لتقديم خدمة عالية المستوى فى هذا المجال.

- سوء الفهم والضبابية حول مفهوم صحة المراهقة لدى المجتمع المحلي، ومعارضة بعض رجال الدين المتطرفين مثل المعارضة التى حدثت فى المراحل الأولى للمشروع.

- عدم إكتمال الأدوار والمهمات مع الوزارات والمؤسسات الأخرى.
- قلة التجارب في هذا الإطار في الدول العربية والإسلامية المجاورة.
- تغيير الطاقم المركزي للتدريب و إجراءات النقل بين المديريات
- القدرة على تطبيق ومتابعة الأنشطة في غزة، نتيجة الإنقسام السياسى.

فرص البرنامج:

- ثقة الأهل بدور المدرسة فى مجال الصحة الإنجابية
- وجود دليل صحة المراهقة و مرشد المعلم
- وجود منسق صحة مدرسية في كل مدرسة حيث من الممكن تعزيز التنسيق مع المرشد لتغطية مواضيع أساسية والزامية في الصحة الإنجابية خاصة وأنه لا يوجد مرشد تربوي فى كل مدرسة.
- الاستفادة من المعلم وقدراته

واخيراً, من المهم التذكير بأن موضوع الصحة الجنسية والإنجابية ليس مسئولية وزارة التربية والتعليم العالى فحسب, بل هو مسئولية وطنية مشتركة مع وزارات اخرى كوزارة الصحة والإعلام والرياضة والشباب، بالإضافة الى المؤسسات الأهلية والمجتمع المدنى والأهل. ومن المهم العمل بتكاملية ومنهجية لتجنيب المراهقين والشباب السلوكيات الضارة التي قد تؤدي لأخطار تهدد صحتهم الحالية والمستقبلية ولرفع الوعي لديهم ليجهزوا أنفسهم للمستقبل ويتحملوا مسؤولياتهم تجاه صحتهم والأسر التي سيشكلونها.

استمرارية البرنامج:

إن من إحدى أهم نقاط القوة فى البرنامج هو توفر عناصر الإستمرارية فيه، ومن أهمها:

- التزام وزارة التربية و لتعليم العالى بالبرنامج وادراج تطبيق صحة المراهقة ضمن مسؤليات المرشدين التربويين, الأمر الذي يضمن توفر المصادر الإدارية والمالية اللازمة لتطبيق البرنامج ضمن الهيكلية الأساسية للوزارة.
- الضرورة الملحة لمواضيع الصحة الإنجابية للشباب في المجتمع الفلسطيني، نتيجة لطبيعة الظروف التي يمرون بها على كافة الأصعدة السياسية والاجتماعية والثقافية.
- توفر بعض الكوادر التعليمية المدربة على المفهوم الجديد للصحة الإنجابية، بحيث تم إعداد مجموعة من المدربين من المرشدين ومنسقى الصحة المدرسية في كافة المديريات، وأيضا مرشدين متدربين قادرين على تنفيذه وتطبيقه في المدارس وقادرين على تدريب بقية الكوادر التعليمية.
- إعداد دليل صحة المراهقه والصحة الإنجابية للمعلم واللذان يحتويان على المواضيع المتنوعة في مجال صحة المراهقة، وملاءمتها لاحتياجات الطلبة.

ولكن من المهم ان يتم تدريب بقية الكوادر التعليمية وخاصة مدراء المدارس للتأكد من اقتناعهم بأهمية مواضيع الصحة الإنجابية للعمل على دعم وتسهيل واستمرارية تطبيق البرنامج فى المدارس، مع التركيز على أهمية توفر الظروف المناسبة لتطبيق دليل صحة المراهق في المدارس مثل المكان المناسب ووجود القرطاسية للتمكن من تقديم النشاطات المختلفة لدليل صحة المراهقة.

توصيات الدراسة

1. مرحلة التخطيط

- أهمية إعداد خطة إستراتيجية شاملة ومعمقة للمشروع بحيث تتضمن مؤشرات منهجيه محددة لاستخدامها فى المتابعة والرقابة والتقييم، وتشمل خطة لمواصلة تطبيق مشروع صحة المراهقة للطلبة للوصول للنتائج المرجوة، مع تطبيق نظام التحويل، والتواصل مع الأهل، وإنتاج مواد تثقيفية حديثة ملائمة للطلبة.

- تشكيل فريق عمل موسع في الوزارة يضم (دائرة الصحة المدرسية، دائرة الإرشاد التربوي، منسقة المشروع صندق الأمم المتحدة للسكان) لتحديد المنهجية الخطة للمرحلة القادمة بناء على نتائج التقييم.

- التنسيق والعمل بتكاملية بين قسم الإرشاد المدرسي التربوي والصحة المدرسية ومنسقي الصحة المدرسية للنظر في جميع البرامج المطبقة ودراسة العبء الوظيفي لكلا الطرفين وتواجدهم في مختلف المدارس بحيث يتم تطبيق كافة البرامج الإرشادية والصحية بسلاسة ودون أن يتأثر برنامج بسبب تطبيق الآخر.

- استهداف الطلبة بطريقة منهجية لإشراكهم في عملية التخطيط وتحديد الأولويات والتقييم الدوري حول مواضيع الصحة الإنجابية.

- تفعيل دور الأهل في عملية التخطيط بوجود منهجية واضحة للعمل بذلك من خلال عقد لقاءات دورية مع الطلبة والأهالى.

- أهمية إشراك مقدمي المساقات والمواد في برنامج صحة المراهقة كمدرس الاقتصاد المنزلي والصحة والبيئة والتربية الإسلامية.

- تعيين منسقة مساعدة للمشروع فى غزة لمتابعة تطبيق البرنامج هناك، حيث أن منسقة واحدة فى الضفة غير كاف لتغطية ومتابعة النشاطات المختلفه في جميع المحافظات لمشروع بمثل هذا الحد من التطبيق على الصعيد الوطنى.

- توسيع الفئة المستهدفة من الطلبة بحيث تشمل صفوفاً في سن مبكرة كالصف السادس والصفوف الثانوية المتقدمة (عاشر، حادي عشر، والثاني عشر) ليستفيدوا من تطبيق دليل صحة المراهقة أيضاَ.

- العمل على استهداف فئات مهمة كرجال الدين والإعلام ومقدمى الخدمات الصحية لتدعم البرنامج و للعمل على توحيد الجهود لإحداث تغيير ملموس فى معلومات ومواقف وسلوكيات الطلبة المراهقين بالنسبة للصحة الإنجابية.

- العمل على التشبيك مع الوزارات كوزارة الصحة لتطبيق نظام التحويل ووزارة الإعلام ووزارة الرياضة والشباب، والمؤسسات المتخصصة في التعامل مع المشاكل النفسية والاجتماعية.
- ضرورة تحديد مواضيع أساسية محددة فى الصحة الإنجابية بحيث تكون إلزامية ويتم تطبيقها في جميع المدارس للمراحل الدراسية المختلفة مع الإبقاء على مواضيع أخرى اختيارية حسب الحاجة.

- أهمية مشاركة الوزارة وفريق التخطيط بمؤتمرات دولية وزيارات خارجية للعديد من الدول للاطلاع على تجاربهم في مجال الصحة الإنجابية.

2. التدريب

- تعزيز دور المعلم والمرشد التربوي وطاقم الصحة المدرسية كمصدر رئيسي للمعلومات حول الصحة الإنجابية من خلال تقديم التدريب العلمي والعملي اللازم.
- عقد دورات تدريبية لكافة طواقم الصحة المدرسية في المدارس، وأيضا مواصلة تدريب المعلمين القدامى والجدد وفئات أخرى من المعلمين مثل الاقتصاد المنزلي والصحة والبيئة والتربية الإسلامية .
- إعداد برنامج تدريبي متخصص للمرشدين التربويين وطواقم اللجان الصحية والهيئة التدريسية في المهارات الإدارية والاتصال والتواصل لرفع الحواجز التي تقف في طريق حرية السؤال والتعبير فى مواضيع الصحة الإنجابية.
- أهمية تدريب مدراء المدارس على مواضيع الصحة الإنجابية للتأكد من اقتناعهم بأهمية مواضيع الصحة الإنجابية.
- إجراء اختبار للمتدربين قبلى وبعدى خلال التدريب بالإضافة الى العمل على فحص معتقدات المرشدين والمعلمين لاكتشاف قناعاتهم الشخصية والعمل على تغييرها عند الحاجة لذلك.
- أهمية تدريب الكوادر التدريسية والمرشدين وطواقم الصحة المدرسية على كيفية التواصل مع الأهل فى مواضيع الصحة الإنجابية.

3. المواد العلمية و التثقيفية المستخدمة فى البرنامج

- إعادة النظر في دليل صحة المراهقة وتقييم مدى قدرة النشاطات على إيصال المعلومة و الرسالة للطلبة وإغناءه بالجانب الديني والإجتماعي مع مواصلة دمج منهاج الإقتصاد المنزلي والصحة والبيئة .
- تعيين مسؤول متخصص في المدرسة للصحة المدرسية، أو معلم/ة من الهيئة التدريسية ولكن بحمل تعليمى أقل ليستطيع تقديم مساهمة أكثر فى مواضيع الصحة المدرسية.
- العمل على إصدار دليل مساعد للهيئة التدريسية ويهدف الى اعطاء المعلومات والأمثلة على كيفية إدارة الحوار ومناقشة الأهل وإقناعهم بأهمية موضوع الصحة الإنجابية بالنسبة للمراهق.
- إعادة تقييم المادة العلمية لموضوع الأمراض المنقولة جنسيا بحيث يتم التطرق الى أنواع الأمراض المختلفة وليس فقط مرض الإيدز بالإضافة الى إعادة تقييم موضوع تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال.
- إعداد مواد تثقيفية وتعليمية كافية للطلبة حول المواضيع المختلفة للصحة الإنجابية
- مراجعة وتقييم مواضيع دليل صحة المراهقة بشكل دوري للتأكد من علاقة المواضيع و أهميتها لجيل المراهقين وأولياتهم.

4. التطبيق الميدانى

- عند تطبيق دليل صحة المراهقة، يجب الأخذ بعين الاعتبار جنس الطالب والصف والمنطقة التي يعيش فيها، حيث ان هناك فوارق واضحة في الحجة للمواضيع المختلفة حسب هذه المتغيرات. لذلك يجب إجراء دراسة استكشافية سريعة وعلى نطاق مصغر لوضع الأولويات في صحة المراهقة حسب المتغيرات المذكورة.

- يجب إجراء بحث سريع لمعرفة الطريقة المفضلة عند الطلبة المستهدفين لإيصال المعلومة حسب الموضوع الذي سيتم طرحه.

- العمل على رأب الفجوة المعلوماتية عند الطلبة المراهقين بخصوص مواضيع مهمة كالأمراض المنقولة جنسيا والزواج المبكر، والعنف الجنسي، والعادة السرية والعلاقة الجنسية ووسائل تنظيم الأسرة.

- العمل بشكل مكثف من قبل برنامج صحة المراهقة على توضيح مفهوم الصحة الإنجابية الشامل للطلبة وأهميته لهم والحقوق المترتبة عليه.

- إعادة تقييم الموضوع الخاص بالنوع الاجتماعي والمساواة فى دليل صحة المراهقة حيث عكست النتائج قصور واضح عند الطلبة بخصوص مفهوم النوع الاجتماعي.

- الاستجابة لحاجة الطلبة المعلوماتية للشرح المفصل والوافي حول مواضيع سن البلوغ والتغييرات الجسمية والنفسية التي تحدث في هذه المرحلة.

- التركيز على مواضيع التغذية وأهميتها للمراهقين مع التركيز على الممارسات الغذائية ومعرفة النتائج السلبية على الصحة في حالة اختلال توازن التغذية عند المراهق.

- استغلال جاهزية الطالب المراهق لتطوير مهاراته الحياتية وتطوير شخصيته الخاصة مثل حل المشاكل والصراع وتنظيم الوقت.

- أهمية إعداد الظروف المناسبة لتطبيق دليل صحة المراهقة في المدارس مثل المكان المناسب وتوزيع الدليل على المرشدين التربويين ووجود القرطاسية للتمكن من تقديم النشاطات المختلفة لصحة المراهقة. بالإضافة إلى توفير الوسائل التدريبية المختلفة مثل النشرات والبوسترات والأفلام الوثائقية العلمية والتربوية وتوزيع الدليل على جميع المدارس وخاصة فى غزة.

- أهمية تنفيذ البرنامج في المدارس الخاصة والوكالة وبقية مدارس الحكومة فى الضفة وغزة.

- التعاون على تفعيل دور الأهل وإشراكهم في مواضيع صحة المراهقة الصحة الإنجابية وتقديم برامج تثقيفية وتوعوية للأهل تساعدهم على معرفة مهارة مناقشة المراهق والتعامل معه وإدارة الحوار لبناء جسور ثقة بين الأهل والأبناء وخاصة أن الأم تعتبر المصدر المفضل للمعلومات وخاصة عند الإناث.

- ضرورة مشاركة المجتمعات المحلية والجمعيات الأهلية في تنظيم الفعاليات وتطويرها وتنفيذها

- التعاون مع مؤسسات أخرى وفعاليات محلية لتنظيم لقاءات مع الأهالي .

- تخصيص ميزانية لتطوير إبداعات الطلبة في الأنشطة والبرامج والمواد الثقافية خلال تطبيق الدليل.
- تنظيم لقاء للمدربين كل 6 شهور لتبادل الخبرات حول ملاحظات المرشدين في الميدان ولتطوير وتحسين الخطط والمواد التدريبية والوسائل والأساليب، ودعم الإبتكار لدى المدربين وتعميمه ودعمه ماديا ومعنويا.

5. الرقابة والمتابعة والتقييم

- إعداد نظام فعال للرقابة والمتابعة والتقييم والذى يشمل قياس مدى أثر تطبيق النشاطات بطريقة منهجية ومدروسة على الطلبة في تحسين معلوماتهم ومعتقداتهم وسلوكياتهم.
- عقد لقاءات دورية للمدربين لمناقشة الملاحظات الميدانية للمرشدين ولتبادل الخبرات وتطوير وتحسين الخطط والمواد التدريبية، والتعرف على إبداعات المدربين وتعميمها.
- تقوية نظام الرقابة الميدانية من خلال الزيارات الإشرافية نماذج وتقارير شهرية بالإضافة الى تقييم المشروع بانتظام في نهاية كل سنة دراسية لإجراء التعديلات والتطويرات اللازمة.
- من الضروري إشراك المرشدين التربويين وطواقم الصحة المدرسية في عملية التقييم حول مدى جاهزية الدليل لتغطية المواضيع التى يحتاجها المرشد في المدرسة.
- أهمية إجراء بحوث متخصصة حول العنف اللفظي والجنسي عند الطلبة المراهقين وتطبيق برامج تهدف إلى العمل على الحد من هذه الظواهر الخطيرة.

الملاحق

ملحق 1: أسئلة المقابلة المعمقة (وزارة التربية والتعليم ، صندوق الأمم المتحدة للسكان ، مركز المرأة للإرشاد القانوني والإجتماعي)

- **مرحلة التخطيط وتحديد الإحتياجات:**

س1: كيف جاءت فكرة المشروع؟
س2: هل هي ضمن أولويات مشاريعكم؟
س3: هل الموازنة المقترحة للمشروع كانت ملائمة ، وهل تم تمويلها بالكامل؟
س4: كيف تم تحديد الإحتياجات للفئات المستهدفة؟
س5: من هي هذه الفئات؟
س6: عند اعداد الخطة ، ما هي الأسس التي تم اعتمادها في التخطيط، وهل تم تغطية كافة جوانب المشروع؟
س7: كيف تم تحديد مواضيع التدريب في الدليل؟
س8: ما هي الأهداف التي تم تحديدها في خطة المشروع ؟
س9: ما هي معايير الجودة التي تضمنتها الخطة؟
س10: كيف تم تحديد الموارد اللازمة للمشروع في الخطة؟
س11: ما هي المعايير التي تضمنتها الخطة

- **مرحلة تنفيذ المشروع:**

- ما هو دور مؤسستكم في تنفيذ المشروع ؟
- من خلال تنفيذ المشروع ، ما هي الأهداف التي تحققت ، وما هي الأهداف التي لم تتحقق؟
- ما هو الجدول الزمني لتنفيذ المشروع ، وهل كان ملائما للخطة؟
- ما هو طبيعة وشكل التعاون بينكم وبين الجهات التنفيذية في المديريات والمدارس في المشروع؟
- ما هي أساليب التعاون بين المديرية ومنسق الصحة المدرسية والطلبة ، وبين المديرية والأهل؟
- ما هي المعوقات والصعوبات التي واجهتكم خلال مرحلة التنفيذ؟ وكيف تعاملتم معها؟

- **مرحلة الرقابة والمتابعة:**

- هل تم إعتماد نظام وبرنامج المتابعة؟
- ما هو هذا النظام؟
- هل الرقابة كانت شاملة لكافة الجوانب : المالية ، التنفيذية ، ...

- ما هي وسائل المتابعة على المشروع؟
- ما هي انعكاسات عملية المتابعة على المشروع ؟ (تعديل الجداول الزمنية ، تعديل الأهداف، الموازنة ...)
- بشكل عام ، كيف تقيم نتائج المتابعة وأثرها على الأهداف و الخطط والأنشطة في المشروع؟

- **<u>مرحلة تقييم المشروع:</u>**

- هل تم إجراء تقييم داخلي للمشروع من الأطراف ذات العلاقة؟
- ما هي نتائج التقييم الداخلي ؟
- ما هي مصادر القوة في المشروع؟ وكيف تم الإستفادة منها؟
- ما هي أسباب الضعف في المشروع؟ وكيف تم معالجتها؟
- ماهي أهم المعوقات والمشاكل الداخلية التي واجهت المشروع ، وكيف تم التغلب عليها؟
- ما هي أهم المعوقات والمشاكل الخارجية التي واجهت المشروع ، وكيف تم التغلب عليها؟
- برأيك ، هل تحققت أهداف المشروع بالمقارنة مع الأهداف المرجوة؟
- ما هي الخطط المستقبلية لتطوير المشروع ؟ وكيف ؟ هل يمكن أن إعتماد صحة المراهقة والصحة الإنجابية منهجا علميا في المدارس؟
- برأيك، ما إمكانية إستمرارية المشروع ؟ وهل تتوفر عناصر استمراريته حتى لو توقف التمويل؟

ملحق 2: محاور المجموعات البؤرية

المجموعات البؤرية للمرشدين التربويين (دليل صحة المراهقة)

المضمون:

أولا: التدريب :

هل شاركت في تحديد الإحتياجات ، وكيف؟

ما رأيك بالبرامج التدريبية من حيث: الأهداف، المادة التدريبية، المدرب وأساليبه، وقت الرنامج.

ما هو أثر التدريب على معرفتك ومهاراتك وقناعاتك في مواضيع صحة المراهقة؟ وما هي أكثر المجالات التي تأثرت بها؟ (لمدير الجلسة: هل زادت المعلومات، هل اكتسبت مهارات جديدة، هل مواقفك تغيرت اتجاه مواضيع صحة المراهقة والصحة الإنجابية)؟

ما هي نقاط القوة والضعف في البرامج التدريبية ؟ (المادة التدريبية ، المدرب ، الوسائل والأساليب، توقيت التدريب ،الإجراءات)، وما هي اقتراحاتك لمعالجتها؟

بشكل عام ، هل تحققت الأهداف المرجوة من البرامج التدريبية؟

ثانيا: التنفيذ العملي في المدارس:

ما هي رؤيتك للبرنامج: كيف يمكن أن يكون البرنامج جزءا من المهام المطلوبة؟ هل البرنامج يشكل عبء على مهامك الأساسية الأخرى ؟ما نسبة تطبيقه في المدارس؟

هل تم وضع خطط تنفيذية لتطبيق الدليل في المدارس؟ أم أن تطبيق الدليل يتم وفق الحالات ؟

هل المواد التي تضمنها البرنامج تلبي إحتياجات الطلبة؟

ما هي الوسائل التعليمية التي تم إستخدامها في الأنشطة؟

هل تم إضافة أنشطة لم تكن متوفرة في البرنامج؟

هل تم توفير الإمكانيات اللازمة لتنفيذ الأنشطة الواردة في البرنامج؟

ما هو الجدول الزمني لتنفيذ الخطة (أسبوعيا ، كل أسبوعين ، شهريا ، حسب الحالة)؟

هل تم تطبيق الدليل في كافة المدارس التابعة للمديرية؟

هل تضمن البرنامج انشطة للأهل؟ وما هي هذه الأنشطة؟

ما هي المعوقات التي واجهتكم خلال تطبيق البرنامج ؟ وكيف تم التعامل معها؟

ثالثا: الرقابة والمتابعة:

هل تم إعداد برنامج للمتابعة من المديريات على تنفيذ الخطط التنفيذية والأنشطة لمشروع صحة المراهقة؟

ما هي أساليب المتابعة المعتمدة لتنفيذ الأنشطة ؟ (إجتماعات ، تقارير، زيارات، ....)؟

ما شكل وطبيعة التعاون مع الهيئة التدريسية في تطبيق وتنفيذ البرنامج؟

ما هو شكل التنسيق والتعاون بين رؤساء أقسام الإرشاد والتربية الخاصة في المديريات والمرشدين التربويين في الميدان؟

هل يوجد تعاون وتنسيق بين المرشدين والأهل؟ وما شكل هذا التعاون، وكيف يتم؟

هل تم إجراء تعديلات على الخطط والأنشطة نتيجة للرقابة والمتابعة ؟ وما هي هذه التعديلات (الجدول الزمني ، الأنشطة ، الوسائل والأساليب ، ....)

رابعا: التقييم:

ما هي وسائل وأساليب التقييم الداخلي للأنشطة بعد تنفيذها؟ وكيف تعاملتم مع نتائجها؟

هل المواضيع التي تضمنها البرنامج مناسبا للفئة المستهدفة من الطلبة؟

ما مدى إنعكاس المواد التدريبية في التثقيف الصحي على الطلبة؟ وما أثر التدريب على إحداث تغيير في سلوك الطلبة؟

ما مدى إنعكاس المواد التدريبية في التثقيف الصحي للأهل؟

ما هي نقاط القوة والضعف في تطبيق البرنامج؟

هل ترى أهمية للإستمرارية في تنفيذ المشروع ؟ ما هي إقتراحاتكم لذلك؟

ما هي إقتراحاتكم لتطوير تطبيق البرنامج؟

بشكل عام ، هل تحققت الأهداف المرجوة من البرنامج؟

ما هي الدروس المستفادة من البرنامج؟

المجموعة البؤرية لمنسقي الصحة المدرسية في المدارس:

التدريب :

هل شاركت في تحديد الإحتياجات ، وكيف؟

ما هي الأهداف التي تم تحديدها في البرامج التدريبية؟ وهل هذه الأهداف تتلائم مع إحتياجاتك؟

هل المادة التدريبية كانت متناسبة مع أهداف البرنامج ؟

هل غطت المادة التدريبية كافة المواضيع الواردة في الخطة التدريبية.

هل تمكن المدرب من إيصال المعلومات بشكل واضح وسهل.

هل كان الوقت المحدد للبرامج التدريبية كافيا لتغطية مواضيع البرامج.

هل أدت البرامج التدريبية إلى زيادة معرفتك وثقافتك بموضوع صحة المراهقة؟ ما هي المواضيع التي زادت فيها معلوماتك وثقافتك؟

هل أدى التدريب إلى إكسابك مهارات جديدة ؟ ما هي هذه المهارات ؟

كيف أدى التدريب إلى تحسين أدائك ؟

ما هي نقاط القوة والضعف في البرامج التدريبية ؟ (المادة التثقيفية ، المدرب ، الوسائل والأساليب، الإجراءات)

ما هي إقتراحاتك لمعالجة المشاكل ونقاط الضعف في البرامج التدريبية؟

ما هي إقتراحاتك لتطوير التدريب مستقبلا؟

بشكل عام ، هل تحققت الأهداف المرجوة من البرامج التدريبية؟

التنفيذ العملي في المدارس:

هل تم دمج مواضيع الدليل في خطتك ؟ وهل تم إعداد خطة تطبيقية للدليل في المدرسة؟ وكيف تم ذلك ؟ وما نسبة تطبيقها في المدرسة؟

هل المواد التي يتضمنها الدليل تلبي إحتياجات الطلبة ؟

ما هي الوسائل التعليمية التي تم إستخدامها في الأنشطة؟

ما هو الجدول الزمني لتنفيذ الخطة (أسبوعيا ، كل أسبوعين ، شهريا ، حسب الحالة)؟

هل تم توفير كافة الإمكانيات اللازمة لتنفيذ الأنشطة الواردة في الدليل؟

هل تم تطبيق الدليل في كافة المدارس التابعة للمديرية؟

الرقابة والمتابعة:

هل تم إعداد برنامج للمتابعة من المديريات على تنفيذ الخطط التنفيذية والأنشطة؟

ما هي أساليب المتابعة المعتمدة لتنفيذ الأنشطة ؟ (إجتماعات ، تقارير، زيارات، ....)؟

ما هو شكل وطبيعة التنسيق والتعاون بين مسؤولي رؤساء الأقسام الصحة في المديريات وبين منسقي الصحة في المدارس؟

ما هو شكل التنسيق والتعاون بين المنسيقن والهيئة التدرسية؟

هل تم إجراء تعديلات على الخطط والأنشطة نتيجة للرقابة والمتابعة ؟ وما هي هذه التعديلات (الجدول الزمني ، الأنشطة ، الوسائل والأساليب ، ....)

التقييم:

ما هي وسائل وأساليب التقييم الداخلي للأنشطة بعد تنفيذها؟ وكيف تعاملتم مع نتائجها؟

ما مدى لإنعكاس المواد التدريبية في التثقيف الصحي على الطلبة؟ (الثقافة ، المعرفة ، الوعي الصحي)

هل كان للمواضيع التي تناولها التدريب أثر على إحداث تغيير في سلوك الطلبة؟
ما مدى إنعكاس المواد التدريبية في التثقيف الصحي على الأهل؟
ما هي نقاط القوة والضعف في تطبيق البرنامج؟
هل ترى أهمية للإستمرارية في تنفيذ المشروع ؟ ما هي اقتراحاتكم لذلك؟
بشكل عام ، هل تحققت الأهداف المرجوة من الدليل؟
ما هي الدروس المستفادة من ذلك؟

المجموعة البؤرية للهيئة التدريسية / مدراء مدارس ومعلمين (مرشد المعلم في الصحة الإنجابية)

الأهداف:

1. حصول الطلبة على أجوبة لتساؤلاتهم حول قضايا حساسة داخل الصف
2- تمكن المعلم من امتلاك المهارة والمعلومة للإجابة على الأسئلة الحرجة للطلبة داخل غرفة الصف
3. تمكن المعلم من تصحيح معلومات الطلبة حول قضايا حساسة تتعلق بالصحة الإنجابية

المضمون:

إهتمام الطلبة بمواضيع الصحة الإنجابية:

ما هي درجة إهتمام الطلبة بمواضيع الصحة الإنجابية داخل الصف؟

خلال هذه السنة ، هل زادت استفسارات الطلبة في مواضيع الصحة الإنجابية أكثر من السنوات السابقة؟

ما هي اكثر المواضيع التي تتضمنها أسئلة الطلبة في مواضيع الصحة الإنجابية؟

ماهي طريقة طرح الأسئلة من الطلبة ، هل هي استفزازية أم تعليمية؟

التعامل مع الطلبة:

ما هي درجة ثقة الطالب بالمعلم لطرح الأسئلة الحساسة (في الصف ، مكتب المعلم) ؟

ما مدى إعتمادك على مرشد المعلم في الإجابة على أسئلة الطلبة؟

كيف تتعامل مع الأسئلة الحساسة المطروحة من الطلبة ؟

هل تتم الإجابة على جميع الأسئلة المطروحة في الصف دون حرج ؟

هل إجابتك على أسئلة الطلبة كاملة وتتضمن معلومات جديدة للطلبة؟

هل تفضل أن تتم الأسئلة في الصف أمام الطلبة أم في المكتب؟

ما مدى دعم مدير المدرسة للمعلمين في مناقشة مواضيع مرشد المعلم في المدرسة؟ وايضا في دعم المعلم في تفاعله مع الأهل ؟

هل يتم التعاون مع الأهل في توعية الطلبة في مواضيع الصحة الإنجابية؟

التقييم العام:

هل وفر لك مرشد المعلم معلومات كافية حول مواضيع الصحة الإنجابية ؟ وما هي هذه المعلومات؟ وما هي المواضيع التي تقترح إضافتها ، الرجاء تحديدها؟

هل تم تناول المواضيع الحساسة بشكل مقنع؟ وهل تعتبرها حساسة؟

هل أصبحت مؤهلا وقادرا على التعامل مع أسئلة الطلبة في المواضيع الحساسة داخل الصف بالمقارنة مع زملائك في الهيئة التدريسية؟

ما مدى التغيير في المعلومات والتوجهات لديك حول مواضيع المرشد؟

ما هو تقييمك للمتابعة والرقابة من مدير المدرسة في مناقشة مواضيع الصحة الإنجابية مع الطلبة؟

هل تحقق الهدف من توفير المرشد للمعلم؟

ما هي نقاط القوة والضعف التي يتضمنها المرشد؟

ما هي إقتراحاتك لمعالجة المشاكل ونقاط الضعف؟

في حال تعرضك لأسئلة لا تتوفر إجابتها في المرشد ، ما هي المرجعية التي تعتمدها للحصول على معلومات؟

ما هي إقتراحاتك لتطوير المرشد وطرق إستخدامه؟

المجموعة البؤرية للأهل

أولا: المعرفة:

عندما نقول سن المراهقة ، ماذا يتبادر إلى ذهنك ؟ وماذا يعني هذا المفهوم؟

برأيك ، كيف يحصل أبناؤك ممن هم في سن المراهقة على معلومات حول صحة المراهقة والصحة الإنجابية؟ وما هي أكثر المصادر التي يعتمدونها في الحصول على المعلومات؟

برأيك ما هو دور المدرسة في توجيه وإرشاد الطلبة في سن المراهقة؟

تقوم وزارة التربية والتعليم بتطبيق دليل صحة المراهقة على الطلبة في الصفوف من السابع إلى التاسع؟ هل عرفت بهذا الدليل، إذا كانت الإجابة نعم كيف عرفت به؟

دور الأهل في إرشاد الطلبة:

ما هي المواضيع الأكثر أهمية لتوفيرها لأبنائك حول صحة المراهقة والصحة الإنجابية؟

ما هي المواضيع التي يتم النقاش فيها بينكم وبين أبناؤكم ممن هم في سن المراهقة؟

كيف تتصرف مع أبناؤك إذا علمت أنه حصل على معلومات عن صحة المراهقة في المدرسة؟

برأيك ما هي طبيعة العلاقة بين المدرسة والأهل في هذا الجانب؟

ما هو شعور أبناؤك عندما تناقش هذه المواضيع معهم؟

برأيك ما هي أهم الوسائل التي يمكن استخدامها مع الأبناء لمناقشة مواضيع تتعلق بصحة المراهقة؟

التغيرات والنتائج:

ما هو تأثير المعلومات المتعلقة بصحة المراهقة على أبنائك؟

ما هي التغيرات التي حدثت على سلوك أبنائك نتيجة هذه المعلومات؟

ما هي المهارات الحياتية التي برأيك على المراهقين إكتسابها وتعلمها في هذه المرحلة؟ (مهارات الإتصال ، مهارة اتخاذ القرار ، مهارة العمل بروح الفريق ، ضغط الأقران / تأثير الأصدقاء)

برأيك ماهو دور المدرسة في ذلك ، وهل المدرسة تنظم نشاطات في المهارات الحياتية للطلبة؟

ما هي برأيك أهم النتائج التي يمكن الوصول إليها من تطبيق برنامج صحة المراهقة في المدارس؟

ما هي اقتراحاتك لتعريف المرشدين والمنسقين الصحيين بموضوع صحة المراهقة لأبنائكم في المدارس؟

ملحق 3: استمارة الملاحظة

Tel: 02/ 2987278
Fax: 02/ 2988690
E-mail: alpha@alpha.ps

ألفا العالمية للأبحاث و المعلوماتية و استطلاعات الرأي

استمارة الملاحظة

	رقم الاستمارة (يترك للاستخدام المكتبي): .....
☐	المديرية: .....
☐	اسم المدرسة: .....
☐	اسم المرشد التربوي: .....
	تاريخ الزيارة: ...../...../.....
التدقيق المكتبي	
	تاريخ استلام الاستمارة: ...../...../.....
	تاريخ تدقيق الاستمارة من قبل المشرف: ...../...../.....
	نتيجة الاستمارة: 1. اكتملت 2. لم تكتمل السبب : .....
	توقيع المشرف: .....

معلومات أساسية للنشاط			
	B1: الصف:		
	B2: عدد طلاب الصف:		
	B3: تاريخ النشاط : ...../...../.....		
	B4: مدة النشاط:		
	B5: فترة النشاط: من الساعة..... إلى الساعة		
	B6: مكان عقد النشاط: 1. داخل الصف 2. في قاعة المدرسة 3. في الساحة الخارجية		
مضمون النشاط			
	Q1: أهداف النشاط: 1. ..... 2. ..... 3.		
	Q2: محتويات النشاط: 1. ..... 2. ..... 3.		
الأساليب والوسائل والمواد المستخدمة من قبل المرشد			
Q3: من <u>الأساليب</u> التي استخدمها المرشد:			
	Q3_1: اسلوب المحاضرة	1. نعم	2. لا
	Q3_2: الحوار والنقاش	1. نعم	2. لا
	Q3_3: العصف الذهني	1. نعم	2. لا
	Q3_4: تمثيل الأدوار	1. نعم	2. لا
	Q3_5: عرض أفلام	1. نعم	2. لا
	Q3_6: توزيع مطبوعات (دوسية ، برشور،....)	1. نعم	2. لا
	Q3_7: ألعاب ذهنية	1. نعم	2. لا

☐	Q3_8: عمل جماعي	1. نعم	2. لا
Q4: من الوسائل التي استخدمها المرشد:			
☐	Q4_1: السبورة	1. نعم	2. لا
☐	Q4_2: اللوح المتحرك (Flipchart)	1. نعم	2. لا
☐	Q4_3: الكمبيوتر المحمول (Laptop)	1. نعم	2. لا
☐	Q4_4: كمبيوتر	1. نعم	2. لا
☐	Q4_5: فيديو	1. نعم	2. لا
☐	Q4_6: مسجل	1. نعم	2. لا
Q5: من المواد التي استخدمها المرشد:			
☐	Q5_1: أقلام	1. نعم	2. لا
☐	Q5_2: طباشير	1. نعم	2. لا
☐	Q5_3: ورق: عادي، كبير، ورق ألوان.	1. نعم	2. لا
☐	Q5_4: مقصات	1. نعم	2. لا
☐	Q5_5: مواد لاصقة	1. نعم	2. لا
☐	Q5_6: ألوان	1. نعم	2. لا
☐	Q5_7: كرتون	1. نعم	2. لا
Q6: تقييم النشاط:			
☐	Q6_1: تقييم شفهي	1. نعم	2. لا
☐	Q6_2: تقييم باستخدام نموذج	1. نعم	2. لا
☐	Q6_3: تقييم المرشد	1. نعم	2. لا

ملاحظات الباحث
☐ Q7: تقييم المكان: .....
☐ .....
.....

Q8: تقييم الوقت:	☐ ☐
Q9: تقييم المرشد:	☐ ☐
Q10: الوسائل:	☐ ☐
Q11: الأساليب:	☐ ☐
Q12: إدارة النشاط:	☐ ☐
Q13: تفاعل الطلبة:	☐ ☐
Q14: المواد:	☐ ☐
Q15: ملاحظات:	☐ ☐

ملحق 4: استمارة مسح تقييم معرفة ومواقف وممارسات الطلبة المراهقين حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية

Tel: 02/ 2987278
Fax: 02/ 2988690
E-mail:

ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي

الاستمارة الخاصة بطلبة الصف السابع والثامن والتاسع

البيانات التعريفية	
☐	**اسم المدرسة:** .....
☐	**جنس المدرسة:** 1. ذكور 2. اناث 3. مختلطة
☐	**اسم الموقع الذي تقع فيه المدرسة:** .....
☐	**نوع الموقع الذي تقع فيه المدرسة:** 1. مدينة 2. قرية
☐	**المديرية:** 1. جنين 2. طولكرم 3. نابلس 4. جنوب نابلس 5. قلقيلية 6. سلفيت 7. رام الله 8. القدس 9. ضواحي القدس 10. بيت لحم 11. الخليل 12. شمال الخليل 13. جنوب الخليل 14. شمال غزة 15. شرق غزة 16. غرب غزة 17. خان يونس 18. رفح
☐	**اسم مجري المقابلة** .....
...../...../2010	**تاريخ إجراء المقابلة** ...../...../ 2010

المعلومات الديمغرافية للطالب/ة			
☐☐	☐☐	☐☐☐☐	B1: تاريخ الميلاد: ...../...../..... **0. لا أعرف**
☐	B2: العمر بالسنوات الكاملة: ..... **0. لا أعرف**		
☐	B3: الجنس: **1. ذكر** **2. أنثى**		
☐	B4: الصف: **1. سابع** **2. ثامن** **3. تاسع**		
☐	B5: عمر الاب: ..... **0. لا أعرف**		
☐	**B6: المستوى التعليمي للأب:** 1. أمي (لا يقرأ ولا يكتب) 2. مرحلة اساسية (1 – 10) 3. مرحلة ثانوية (توجيهي) **4. دبلوم** **5. بكالوريوس** **6. ماجستير فأعلى** **7. لا أعرف**		
☐	B7: مهنة الأب: ..... **0. لا أعرف**		
☐	B8: عمر الأم: ..... **0. لا أعرف**		
☐	B9: المستوى التعليمي للأم: 1. أمي (لا يقرأ ولا يكتب) 2. مرحلة اساسية (1 – 10) 3. مرحلة ثانوية (توجيهي) 4. دبلوم 5. بكالوريوس 6. ماجستير فأعلى 7. لا أعرف		
☐	B10: مهنة الأم: ..... **0. لا أعرف**		
☐	B11: عدد أفراد الأسرة بما فيهم انت:		
☐	B12: ترتيب الطالب/ة بين الأشقاء والشقيقات:		
B13: هل يوجد في منزلك:			
☐	**B13_1: تلفزيون** 1. نعم 2. لا		
☐	**B13_2: ستالايت** 1. نعم 2. لا		
☐	**B13_3: كمبيوتر** 1. نعم 2. لا		
☐	**B13_4: إنترنت** 1. نعم 2. لا		

	الصحة الانجابية: المعرفة والمواقف والممارسة
☐	**Q1: ماذا تعني الصحة الإنجابية بالنسبة لك؟ (إذكرالخيارات) (ضع دائرة على الخيار المناسب)** 1. الخصوبة والقدرة على الحمل 2. تكامل الجوانب الجسدية والانفعاليه والعقلية والاجتماعية للحياة الجنسية بشكل ينمي الهوية الذاتية والتواصل والحب 3. 1+2 4. صحة نفسية وعقلية 5.غياب الأمراض 6.غير ذلك، حدد/ي: ..... 7. لا أعرف
☐	**Q2: برأيك، في أي صف ينبغي على الفتيات معرفة امور الصحة الجنسية و الإنجابية؟** الصف ..... 0. لا أعرف **(انتقل إلى Q4)**
☐	**Q3: لماذا اخترت هذا الصف بالتحديد؟ (لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. قبل أن يبدأ الحيض (الدوره الشهرية) 2. لمعرفة ما يجري في جسدها 3. لتستعد لأي تغيرات 4. غير ذلك، حدد/ي: .....
☐	**Q4: برأيك، في أي صف ينبغي على الفتيان معرفة أمور الصحة الجنسية و الإنجابية ؟** الصف ..... 0. لا أعرف **(انتقل إلى Q6)**
☐	**Q5: لماذا اخترت هذا الصف بالتحديد؟ (لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. لمعرفة ما يجري في جسده 2. ليستعد لأي تغيرات 3. حتى يدخل بسهوله الى مرحلة المراهقة 4. غير ذلك، حدد/ي: .....

Q6: أود أن أطرح عليك مجموعة من مواضيع الصحة الإنجابية التي قد تكون طرحت في صفك:

	الموضوع	**في أي صف طرح لك الموضوع أول مرة**	**ما هي المادة أو المساق (المبحث)**	**حدد من قام بتقديم الموضوع:** 1. مرشد 2. معلم 3. محاضر خارجي
☐	**Q6_1: مرحله المراهقة** 1. نعم 2. لا	☐	☐	☐
☐	**Q6_2: الجهاز التناسلي الذكري** 1. نعم 2. لا	☐	☐	☐
☐	**Q6_3: الجهاز التناسلي للإناث** 1. نعم 2. لا	☐	☐	☐
☐	**Q6_4: علامات البلوغ عند الذكور** 1. نعم 2. لا	☐	☐	☐
☐	**Q6_5: علامات البلوغ عند الإناث** 1. نعم 2. لا	☐	☐	☐
☐	**Q6_6: الأمراض المنقولة جنسيا** 1. نعم 2. لا	☐	☐	☐

أود أن أطرح عليك مجموعة من مواضيع الصحة الإنجابية التي قد تكون طرحت في صفك أرجو الإجابة بنعم أو لا:

☐	**Q6_7: الإيدز (HIV)** 1. نعم 2. لا

☐	**Q6_8: الحيض (الدوره الشهرية)**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_9: العادة السرية**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_10: الخصوبة والقدرة على الإنجاب**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_11: تنظيم الأسرة ومباعدة الاحمال**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_12: الزواج**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_13: الزواج المبكر**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_14: الفحص الطبي قبل الزواج**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_15: النوع الاجتماعي**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_16: العنف**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_17: التحرش والاعتداء الجنسي**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_18: العلاقات داخل العائلة**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_19: النظافة الشخصية**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_20: فقر الدم (الأنيميا)**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_21: السمنة**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_22: التدخين**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_23: التغذية**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_24: المخدرات**	1. نعم	2. لا
☐	**Q6_25: أخرى، حدد/ي:**		

	Q7: عندما يدخل الفتى فترة البلوغ، يحدث تغيرات في جسده، هل يمكنك تحديدها؟ **(لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. زيادة في الطول و الوزن 2. كبر حجم القضيب والخصيتين 3. نمو العظام وزيادة سمكها واتساع الكتفين 4. زياده نمو العضلات وقوتها 5. زيادة افراز الغدد العرقية والدهنية 6. تغيير نبرة الصوت ويصبح خشنا 7. نمو الشعر الوجه وتحت الإبط وفي منطقه العانة وعلى الصدر والوجه 8. بدء القذف، بما في ذلك "الاحتلام" 9. غير ذلك، حدد/ي: ..... 10. لا اعرف
	Q8: عندما تدخل الفتاه فترة البلوغ، يحدث تغيرات في جسدها، هل يمكنك تحديدها؟ **(لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. زياده في الطول و الوزن 2. نمو الثديين 3. نمو عظام الحوض و استدارة الوركين 4. زياده نمو العضلات 5. ظهور الشعرتحت الإبط و في منطقه العانة 6. الحيض (الدوره الشهرية) 7. زيادة افراز الغدد العرقية 8. غير ذلك، حدد/ي: ..... 9. لا أعرف
	Q9: هل سمعت عن أي مرض ينتقل من خلال الاتصال الجنسي؟ 1. نعم 2. لا **(انتقل إلى Q12)**
	Q10: ما هي الأمراض المنقولة جنسيا التي تعرفها؟ (لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. الزهري (السفلس) 2. السيلان 3. ثواليل الأعضاء التناسلية 4. الفطريات 5. الكلاميديا 6. الإيدز 7. هربس التناسلية 8. غير ذلك، حدد/ي ..... 9. لا أعرف
	Q11: ماهي طرق الوقاية من العدوى من الأمراض المنقولة جنسيا؟ **(لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. إستخدام الواقي الذكري (الكوندوم) 2. عدم ممارسة الجنس خارج إطار الزواج 3. الإمتناع عن الممارسا ت الجنسيه الشاذه 4. الإمتناع عن إستعمال أغراض خاصه مثل ملابس داخلية للاخرين أو الشفرات 5. غير ذلك، حدد/ي ..... 6. لا أعرف
	Q12: هل تعرف ما هو الايدز؟ 1. نعم 2. لا **(انتقل إلى Q14)**
	Q13: كيف تحدث الإصابة بالأيدز؟ (لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. الاتصال الجنسي 2. المشاركة بإبر ملوثة بالمرض 3. نقل دم ملوث بالمرض 4. من الأم المصابة إلى جنينها 5. عن طريق الرضاعة من أم مصابة 6. لا أعرف 7. غير ذلك، حدد/ي .....
	Q14: ما هي أساليب تنظيم الأسرة و المباعدة بين الاحمال التي تعرفها؟ **(لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. القذف خارج المهبل 2. فتره الامان عن طريق حساب ايام الخصوبه 3. الرضاعه الطبيعية 4. مستحضرات إباده الحيوانات المنوية 5. الواقي الذكري (الكندوم) 6. حبوب منع الحمل 7. اللولب 8. التعقيم للرجال 9. ربط القنوات الرحمية عند المرأة 10.غير ذلك، حدد/ي..... 11. لا أعرف

	Q15: إذكر أنواع العنف الجنسي التي تعرف عنها؟ (لا تذكرالخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. لمس غير مناسب 2. الإغتصاب 3. الإعتداء على الأطفال 4. الإتصال الجنسي مع أحد أفراد العائلة (سفاح القربى) 5. التحرش الجنسي 6. غير ذلك، حدد/ي:..... 7. لا أعرف
	Q16: ما هو مرض فقر الدم (الأنيميا) ؟ 0. لاأعرف **(انتقل إلى Q18)** ....
	Q17: برأيك ما هو سبب **مرض فقر الدم؟ (لا تذكرالخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. قلة استهلاك اللحوم والأسماك والكبد 2. قلة استهلاك الخضار والفواكه 3. النزيف 4. الحيض الشديد 5. الأمراض المعدية 6. غير ذلك، حدد: ..... 7. لا أعرف
	Q18: كيف تصف وزنك؟ (إذكرالخيارات) 1. أقل بكثير من المعدل الطبيعي (نحيف جدا) 2. أقل قليلا من المعدل الطبيعي (نحيف) 3. في حدود الوزن المثالي (طبيعي) 4. أكثر قليلا من المعدل الطبيعي (زيادة بالوزن) 5. أكثر بكثير من المعدل الطبيعي (بدانة مفرطة) 6. لا أعرف
	Q19: برأيك ما هوأفضل سن زواج للإناث ؟ العمر بالسنوات..... 0. لا اعرف
	Q20: برأيك ما هو أفضل سن زواج للذكور ؟ العمر بالسنوات..... 0. لا أعرف
	Q21: حسب رأيك تحت أي سن تعتبر الزواج مبكراً للإناث ؟ العمر بالسنوات ..... 0. لا اعرف
	Q22: حسب رأيك تحت أي سن تعتبر الزواج مبكراً للذكور ؟ العمر بالسنوات ..... 0. لا اعرف
	Q23: هل تؤيد الزواج المبكر؟ 1. نعم **(انتقل إلى Q25)** 2. لا
	Q24: ما مخاطرالزواج المبكر من وجهة نظرك ؟ **(لا تذكر الخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. فقدان حرية مبكر 2. عائق أمام نجاح الزواج 3. وضع صحي واجتماعي أقل للاسرة 4. وضع نفسي متوتر للأسرة 5. تحصيل علمى أقل 6. زيادة في نسبة الطلاق 7. غير ذلك، حدد/ي: ..... 8. لا اعرف
	Q25: في حالة الزواج في المستقبل، هل تفضل الزواج من أقاربك أم من خارج نطاق الأقارب؟ 1. من الأقارب 2. من الغرباء 3. لافرق بين الإثنين 4. غير متأكد / لا أعرف

	Q26: ماذا يعني لك النوع الاجتماعي (الجندر)؟ (إذكرالخيارات) 1. العلاقات والأدوار الاجتماعية التى يحددها المجتمع للإناث والذكور وفقا للثقافة المجتمعية السائدة 2. الإختلافات البيولوجية بين الذكور والإناث 3. 1+2 4. لا أعرف 4. غير ذلك, حدد .....
	Q27: ما هو رأيك بعمل المرأه للحصول على المال للاسرة؟ (أذكر الخيارات) 1. غير مقبول 2. أمر عادي 3. الرجل والمرأة يجب أن يعملا من أجل الاسره علي حد سواء 4. عمل المرأه غير مهم 5. لا أعرف
	Q28: هل تتعرض للإساءة بكلام قاس وجارح؟ 1. نعم 2. أحيانا 3. لا **(انتقل إلى Q30)** 4. لا أعرف **(انتقل إلى Q30)**
	Q29: اذا كان الجواب نعم ، من قبل من؟ (لا تذكرالخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. الأب 2. الأم 3. المعلم 4. الأخوة 5. الأصدقاء في الصف 6. الأقارب 7.غير ذلك، حدد/ي:.....
	Q30: هل جربت التدخين؟ 1. نعم 2. لا **(انتقل إلى Q32)**
	Q31: هل أنت مدخن حاليا ؟ 1. نعم **(انتقل إلى Q33)** 2. . أحيانا **(انتقل إلى Q33)** 3.لا
	Q32 إذا كان الجواب لا، إذا عرض عليك صديق/ة أن تدخن سيجارة ، ماذا يكون موقفك ؟ **(إذكرالخيارات)** 1. أرفض بشدة 2. أقبل أن أدخن نفخة واحدة حتى لايظن أنني جبان 3. أدخن لأني متوتر 4. أقبل أن أدخن من باب التجربة والفضول 5. لا أعرف 6.غيرذلك, حدد/ي.....
	Q33: عندما يقترب موعد تسليم واجب أو تقرير مدرسي في العادة: (أقرأ الخيارات وحدد الخيار الأقرب للطالب) تكون متأكداً بأنك ستنجز العمل المطلوب في الوقت المحدد تلغى جميع نشاطاتك في اليوم قبل الموعد المحدد مباشرة لتتمكن من إنهاء التقرير حتى لو إحتجت الى السهر لإنجازه تبرمج وقتك لإتمام التقرير قبل الموعد المحدد لا تدري كيف تبدأ لأنك تشعر بأنك لن تستطيع أن تنجز العمل المطلوب في الوقت المحدد تطلب تمديد المهلة لتسليم التقرير
	Q34: عندما تكون غاضبا من شيء ما في العادة هل : (أقرأ الخيارات وحدد الخيار الأقرب للطالب) 1. تنفعل بسرعة و تصرخ عاليا وتفرغ غضبك و تتحدث عما يزعجك 2. تتنفس بعمق وتنتظر حتى تهدأ لتتحدث عما يغضبك 3. تعتقد أنه من الأفضل تجاهل ونسيان مايزعجك والمضي قدما 4. أخرى , حدد/ي.....
	Q35: عندماُ تسأل بأن تكون جزءا من فريق عمل حول مشروع ما فإنك: (أقرأ الخيارات وحدد الخيار الأقرب للطالب) 1. تفكر بنقاط قوتك وتتشاور مع الفريق في ذلك 2. تقرر لوحدك الجزء الذي تتقنه وتبلغ الفريق بقرارك 3. تقوم بعمل خطة للفريق وتحدد مسؤليات كل عضو 4. ترفض أن تعمل مع الفريق و تطلب بأن تقوم بالعمل لوحدك
	Q36:عادة عند الحاجه لمساعدة من صديق، هل: (أقرأ الخيارات وحدد الخيار الأقرب للطالب) 1. تطلب المساعدة بشكل مباشر 2. تلمح بأنك بحاجة إلى المساعدة دون أن تطلبها

	3. تتحدث أمام عدد من الأصدقاء على أمل أن يعرض أحدهم المساعدة 4. لا تطلب المساعدة من أحد 5. تتفق مع زميلك بأنك ستسدي له خدمة إذا قدم لك المساعدة
☐	**Q37:عادة عندما يتحدث أصدقاؤك حول مشكلة ما: (أقرأ الخيارات وحدد الخيار الأقرب للطالب)** 1. تسمع جيدا إلى وجهات النظر المختلفة وتحاول أن تضع نفسك مكان كل واحد منهم 2. تحلل المشكلة وتبدي رأيك بصراحة فيها 3. تحلل المشكلة وتحاول أن تجد لها حلا وتفرض رأيك على الأخرين 4. لا تهتم وتبتعد عن النقاش 5. تحلل المشكلة ولاتتدخل في النقاش
☐	**Q38: هل تهمل عادة أيا من الوجبات الغذائية الثلاثة اليومية؟** 1. نعم 2. لا **(انتقل إلى Q39_1)**
☐	**Q39: اذا كان الجواب نعم، حدد أي من هذه الوجبات؟** 1. الفطور 2. الغداء 3. العشاء
☐	**Q39_1: هل تمارس عادة الرياضة مثل كرة القدم أوالسلة أوالجري أوالسباحة أوركوب الدراجات أو ما شابه ذلك من أنشطة رياضية لمدة لا تقل عن عشرين دقيقة ؟** 1. نعم 2. أحيانا 3. لا **(انتقل إلى Q40)**
☐	**Q39_2: كم يوما فى الاسبوع؟** .....
☐	**Q40 ما هو الموضوع المتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية والذي تود أن يشرح لك في المدرسة سواء كان موضوعا جديدا أو موضوعا تم عرضه من قبل؟** .....
☐	**Q41: هل أحدثت المعلومات والمهارات التي تعلمتها في المدرسة تغييرا في سلوكك؟** 1 .نعم 2. لا **(انتقل إلى Q43)** 3 . لا أذكر/لا أعرف **(انتقل إلى Q43)**
☐ ☐	**Q42: إذا كان الجواب نعم, ماهو هذا السلوك؟** ....
برنامج الصحة الانجابية في المدارس	
☐	**Q43: بشكل عام، هل تعتقد أن لديك القدرة إلى الوصول إلى معلومات حول الثقافة الجنسية والإنجابية في مدرستك؟** 1. نعم 2. لا 3. لا أعرف
☐ ☐ ☐ ☐	**Q44: بشكل عام، ما هو مصدر معلوماتك حول الصحة الانجابية والجنسية؟** **(لا تذكرالخيارات) (** ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. أصدقاء 2. المعلم 3. كتب , مجلات, نشرات تثقيفية 4. مرشد المدرسة 5. مقدمي الرعاية الصحية (طبيب , ممرضه ...الخ) 6. الإنترنت 7. الأم 8. الأب 9.الأخوه 10. رجال الدين والواعظات 11. التلفزيون 12. الراديو 13. الزملاء 14. غير ذلك، حدد/ي:.....
☐ ☐ ☐	**Q45:** بغض النظر عن **مصدر معلوماتك, أريد أن أعرف من أين تفضل أن تحصل على معلوماتك حول الصحة الانجابية والجنسية ؟ حدد حسب الأولوية إذا كان أكثر من مصدر** 1..... 2. ..... 3. ..... 4. .....

	Q46: لماذا هذا المصدر هو المفضل لديك؟ (لا تذكرالخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. يحفظ الأسرار 2. سهل الوصول إليه /إليها 3. لديه/ها معلومات كافية 4. أشعر بالأمان للتكلم بحرية معه / معها 5. غير ذلك، حدد/ي: .....
	Q47: بشكل عام، هل تشعر بأنه لديك الحرية أن تسأل معلمك أو معلمتك ما تريد حول الصحة الانجابية والجنسية؟ 1. نعم **(انتقل إلى Q49)** 2. لا 3. لا أعلم **(انتقل إلى Q49)**
	Q48: اذا كان جوابك لا، ماالمانع أن تتحدث مع معلميك أو معلماتك عن الصحة الانجابية والجنسية؟ **(لا تذكرالخيارات) (** ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. أقلق من ردة فعلهم 2. أشعر بالحرج 3. لا أعرف كيفية فتح الموضوع 4. ليس لديهم معلومات كافية 5. غير ذلك، حدد/ي: .....
	Q49: من هو اكثر معلماة (المقصود تخصص المعلم وليس اسمه) قادر على تقديم شرح واضح حول القضايا الحساسة المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية لك؟ حدد حسب الأولوية إذا كان أكثر من معلم مادة ..... 2. .....
	Q50: هل تشعر بالخجل أن تناقش مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية مع أصدقائك؟ 1. نعم 2. لا 3. لا أعرف
	Q51: هل ترى أن زملاءك يترددون في طرح الأسئلة حول الصحة الإنجابية والجنسية في المدرسة؟ 1. نعم 2. لا **(انتقل إلى Q53)** 3. لا أعرف **(انتقل إلى Q53)**
	Q52: اذا كان جوابك نعم، لماذا؟ ....
	Q53: ما **هو النهج او الطريقة المفضلة لديك لتلقي معلومات حساسة عن الصحة الإنجابية والجنسية في <u>المدرسة</u>؟** **(إذكرالخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق)** 1. محاضرة 2. نشاط جماعي 3. المسرحيات والأغاني 4. جلسه فردية (لقاء فردي) 5. غير ذلك، حدد/ي: .....
	دور الأهل في برنامج المدرسة للصحة الانجابية
	Q54: هل تحدثت إلى والديك حول مواضيع الصحة الانجابية التي تعلمتها في المدرسة؟ 1. نعم **(انتقل إلى Q56)** 2.لا
	Q55: اذا كان جوابك لا، لماذا؟ (لا تذكرالخيارات) (ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1 .اقلق من ردة فعلهم 2. أشعر بالحرج 3. لا أعرف كيفية فتح الموضوع 4. لا اعتقد ان لديهم معلومات كافية 5. غير ذلك، حدد/ي: .....
	Q56: هل تعتقد أن والديك سيقلقان إذا ماعلما أنك تتلقى معلومات في المدرسة حول الصحة الإنجابية والجنسية؟ 1. نعم 2. لا 3. لا اعرف
	Q57: اذكرالأشياء التي تسهل عليك التحدث مع الأهل حول قضايا الصحة الإنجابية والجنسية؟ **(إذكرالخيارات) (** ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. يتوجب على الأهل توعية أبنائهم في سن مبكر 2. يتوجب على الأهل المبادره بالمناقشة عند وصولهم فترة المراهقة 3. يتوجب على الأهل المتابعة مع المدرسة حول

	هذه القضايا 4. يتوجب على الأهل تعلم كيفية إدارة الحوار وعدم التوتر 5. يتوجب على الأهل تثقيف أنفسهم جيدا حول هذا الموضوع 6. يتوجب على الأهل الإستعانة بنشرات تثقيفيه عند النقاش مع أبنائهم 7. ترتيب جلسة خاصة من قبل أحد الولدين مع أبنهم أو أبنتهم 8. غير ذلك، حدد/ي: .....
	Q58: كيف كان شعور والديك حول دخولك مرحلة المراهقة؟ **(إذكرالخيارات) (** ضع دائرة على كل ما ينطبق) 1. بالقلق 2. بالحماية 3. بالفخر 4. بالارتباك 5. لا يعرفا كيفية التعامل مع الموضوع 6. لم يتغير شيىء 7. غير ذلك، حدد: .....
	Q59: ما هي القضايا الجنسية التى ينبغي على الوالدين مناقشتها مع المراهقين؟ ....

– انتهت المقابلة –

أشكر الطالب/ة على حسن تعاونه/ا

ملحق 5: نبذة عن مؤسسة الفا العالمية

مقدمة:

يشهد عالمنا المعاصر تقدماً علمياً في مختلف المجالات. هذا التقدم يستلزم من المؤسسات والشركات والحكومات، القيام بالدراسات والتحليلات اللازمة في عملية التخطيط، في نواحي الحياة المختلفة، سواء كانت اقتصادية، او اجتماعية، او سياسية،

او صناعية، او زراعية...الخ، واصبح علم الاحصاء المعين الذي يزودنا بالاساليب التي تساعد على ادارة الفعاليات المختلفة في المجالات السالفة الذكر، و الوصول الى قرارات كفؤة وموثوقة، حيث اصبحت هذه القرارات تعتمد في جزء كبير منها على استخدام النماذج الاحصائية المتقدمة التي تبحث في العلاقة بين المتغيرات وحساب تاثيراتها وفي بناء التقديرات والتنبؤات، كما ادى هذا التقدم العلمي في استخدام علم الاحصاء الى زيادة عملية التنظيم الاداري والفني خلال العقود الاخيرة.

من نحن:

الفا العالمية للابحاث و المعلوماتية و استطلاعات الرأي هي مؤسسة متخصصة في مجال الابحاث والدراسات الاحصائية. ويشمل نطاق عملها المجالات التالية:

- ادارة البيانات.
- تطوير انظمة المعلومات.
- المسوحات واستطلاع الرأي.
- البحوث والدراسات في الاقتصاد، التعليم، الصحة.
- تحليل وتنبؤ التوجهات.
- قياس رضى الجمهور عن الخدمات التي تقدمها مؤسسات القطاع الخاص والقطاع العام.
- دراسات تقييم المشاريع ومدى تحقيقها لاهدافها سواء كانت تتعلق بالقطاع العام او القطاع الخاص.

خبرة مؤسسة الفا

منذ تأسيسها عام 2001 ولغاية الان، قامت مؤسسة الفا باجراء ما يزيد عن 170 بحثا ودراسة في مجالات مختلفة من اهمها: أبحاث السوق لشركات القطاع الخاص، تقييم المشاريع وخاصة المشاريع الممولة من الدول المانحة، ابحاث ودراسات في الصحة والخدمات الصحية المقدمة من الحكومة والقطاع الخاص والمؤسسات الاهلية، واستطلاعات الراي السياسية والاقتصادية.

رسالة مؤسسة الفا

تحفيز السعي للحصول على البيانات التي تقوم على اسس علمية من قبل جميع الفعاليات المنخرطة في عملية بناء المجتمع وتطوير ادارة تلك البيانات والاستفادة الفاعلة منها.

أهداف مؤسسة الفا

توفير المؤشرات الموثوقة التي تستخدم كمدخلات مبوبة في تخطيط المشاريع وتصميمها وترشيد القرار وأولويات مناحي التطوير في الخدمات وعليه بناء المجتمع وتطويره على ادارة تلك البيانات والاستفادة الفاعلة منها.

للاتصال بنا

رام الله – شارع القدس– بجانب مؤسسة المواصفات
والمقاييس الفلسطينية– عمارة مصيطف – الطابق الاول

هاتف :78 72 298 972 +

فاكس: 8690 298 972 +

بريد الكتروني: alpha@alpha.ps

الموقع على الانترنت: www.alpha.ps

SUMMARY OF THE EVALUATION STUDY FOR ADOLESCENCE HEALTH AND TEACHER'S GUIDE IN REPRODUCTIVE HEALTH PROGRAM

PREPARED BY

ALPHA INTERNATIONAL FOR RESEARCH, POLLING AND INFORMATICS

SUBMITTED TO
MINISTRY OF EDUCATION AND HIGHER EDUCATION

*The study was funded by UNFPA

Table of Content

Acknowledgments **120**

Introduction **121**

Background **123**

Executive Summary **125**

Recommendations **127**

Acknowledgments

The Ministry of Education and Higher Education would like to seize this opportunity to thank the United Nations Population Fund for its continuous support during the project and its role in making the implementation of this evaluation study possible. The study was carried out through the Directorate General for Special Education And Counseling as well as the General Directorate of School Health in the Ministry represented by:

- Ms. Rima Zayd al-Kilani / General Manager of guidance and special education
- Dr. Mohammed Rimawi / General Manager of School Health
- HE Ms. Lena / Project Coordinator

The Ministry of Education and Higher Education expresses its deep thanks to Alpha International team for the successful implementation of this study, mentioning in particular:

- Dr. Rand Salman
- Dr. Faisal Awartani
- Mr. Jamal Hasan
- Mr. Iyad Zbadawi
- Mr. Reda Zorba
- Ms. Hiba Badran

The Ministry of Education and Higher Education also extends its thanks to all directorates of education in the West Bank and Gaza Strip for all the efforts they made to facilitate a successful implementation of the study. Moreover, the Ministry would like to thank all the students and their families who participated in this study.

Introduction

The Adolescence Health and Teacher's Guide in Reproductive Health Program is a continuation of the Ministry of Education and Higher Education's efforts in providing quality services through an awareness raising programs that aim to strengthen students' health by supplying them with knowledge and skills to empower them for effectively and creatively with the requirements of their growth and their daily life through applying programs and activities that are contained in the Adolescence Health Manual. The Guide has been applied in Palestinian schools since 1998 until now by educational counselors and the Teacher's Guide Coordinators in Reproductive Health which is for the Teacher's use and it contains sensitive issues that pertain to the Adolescence phase to enable the teacher in professing the skill and the knowledge that responds to the embarrassing questions of the students and correcting their information about the reproductive health issues.

From the beginning, the Ministry has set up a comprehensive executive plan for the program that encompassed goal setting, activities, timeline, identification of the beneficiary Counselors/ Guides, geographical distribution, the budget, providing the technical equipments, training topics, and forms of work progress in the directorates. The program was implemented with the support of the UNFPA as one of the goals and programs of the organization and arising from its interest in matters of gender and reproductive health.

The Adolescence Health Program constitutes an integral part of the Ministry of Education's policies. The program on Adolescence Health has happened in harmony with the Ministry of Education Five-Year Development Strategy Plan 2008-2012. The Plan showed that a large percentage of schools and students (about half of them) are not supported by school health services, educational counseling, and professional counseling. Furthermore, even though there have been prosperous students activities, many of the schools are still lacking in adequate financial, material and human resources to improve these activities. The Five-Year Ministry of Education Plan has included general educational policies / guidelines for educational counseling among which are:

- Move toward reducing violence in schools
- Adopt a policy to evaluate the students with special needs (gifted, handicapped, outstanding).
- Adopt a policy of integration for students with special needs according to specific criteria and appropriate
- Adoption of a professional supervision system in counseling and special education
- Expand the provision of support services and sources of guidance and special education.
- Adoption of regulations for the transfer of students from schools to specialized institutions according to specific criteria (gifted, handicapped, health, psychological state, etc)

As for the policies related to the management of school health, they are as follows:

- Move toward providing proper health and nutritional services
- Adopt a policy to reduce violence in schools
- Support students and teachers with sound health behaviors and information
- Forming a school nutrition policy
- Adopt a health supervision system in schools
- Facilitating the use of school facilities for health and environmental activities according to specific standards and during the after-school hours.
- Activating local society and incorporating it into the daily school life

Background

Adolescence period is considered a very critical stage in humans' life as it is marked by the transition from childhood to adulthood and its accompanying physical, psychological and life changes. The need to pay attention to this category of people by helping them to cross safely to the second stage is therefore crucial. Yet this phase is marred with various problems either because of the lack of awareness, the absence of parental and societal supervision, the restrictions imposed by customs and traditions, and finally due to the absent role of active institutions and specialized entities in paying attention to this aspect at the governmental and non-governmental levels. All these elements combine to reflect negatively on the adolescents' behavior and health attitudes, which puts them though a phase of confusion, and psychological and social imbalance.

The widespread conception is that the youth category is the one that mostly enjoys health, and the one suffering the least from health problems in general. Yet this belief belies the situation of youth in the Middle East especially in matters of sexual and reproductive health.

Most of the international and local governmental and non-governmental organizations in general accounts for the importance of paying attention to youth at the social, health, educational, and developmental levels. In light of this attention, the indictors verified that there is no response to the need of this category in the spheres of sexual and reproductive health affecting males and females in our region.

Attention to youth in the Palestinian society is therefore a crucial need for all those involved, particularly because of the circumstances they live at the political, social, and cultural levels. This has propelled many of the international, government and non-governmental bodies to set up programs, policies, and programs that contribute to providing an adequate environment capable of giving them a vital and active role in the Palestinian society.

Furthermore, the Ministry of Education and Higher education aims to shape the coherent personality for the Palestinian student whereby it allows him to engage and interact with the daily life through the employing of acquired skills throughout his school life and not confining his experience on general knowledge. Furthermore, it aims to shape the Palestinian man who is responsible in the future toward himself and his family, appreciative and respectful the role that both sexes play in life.

Out of this realization came the interest by the Ministry in reproductive health, which has become a crucial component of the educational process goal in giving the students life skills based on the Reproductive Health Definition presented at the International Conference on Population and Development 1995 in Cairo, "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes."

Furthermore, the Ministry of Education and Higher Education with the support of the United Nations Fund for Population, played a central role in the third program cycle 2006 - 2010, through the Adolescence Health Program - youth-friendly, where it targeted the group of adolescents in public schools in 7^{th}, 8^{th}, and 9^{th} grades, through the implementation of several activities the most important of which were the Adolescence Health Guide for Educational Counselors and the publication of a Teacher

Guide on Reproductive Health and provide the necessary information about reproductive health issues.

In addition to training and rehabilitation counselors, and school health coordinators on implementing the Guide in the schools and training the teachers on the necessary skills to respond to the questions of students about reproductive health in the classrooms. Finally, it is noteworthy to mention that the program consisted of two phases. The completion of phases I and II of the program occurred with the collaboration of the Women's Center for Legal Aid and Counseling, which has played an important role in the preparation of the Adolescence Health Guide and in cooperating with the Ministry of Education and implementing in the schools.

Executive Summary

This is an evaluation study that was conducted according to scientific research techniques that relied on quantitative and qualitative methods. Performing this study relied on literature reviews, quantitative survey using a structured questionnaire, and qualitative study by conducting focus groups and in- depth interviews in order to reach out to the targeted groups including students, educational counselors, the school health team, teachers, school headmasters, and parents. These measures were taken in order to assess the information and data that is related to the program and its impact on them.

The evaluation study aims to assess the benefit that the students gained due to the implementation of the program and it is impact in terms of changing students', knowledge, attitude, and behavioral -related to aspect related to adolescent health and the implementation of the Adolescent Health Guide . In addition, the evaluation study aimed at assessing the program activities by evaluating the trainers' performances in regard to meeting the needs of the trainers to improve their performance, provide the needed skill to conduct the activities and to find out about the ability of the trainer to convey the information to the trainees and to the students and finally to assess the extent of parents' acceptance to the topics in the Adolescent Health Guide.

In General, it was difficult to determine the extent to which the program met its goals against the planned goals. This was primarily due to the absence of a baseline study that helps to assess and evaluate the extent of the benefit among the targeted group and due to the absence of specific and adequate indicators to monitor and evaluation of the program.

Although the training achieved its objectives and met the expectations of the trainees and their needs, and despite the use of adequate training tools for the training, there is still a need to deal with the attitudes and way of thinking of school counselors, teachers, and school health coordinators and more importantly school principals. In addition to this, it was clear to the evaluation team that the concept of Adolescent Health was unclear to most schoolmasters, which presents a main obstacle in executing the program in general. Therefore, it is important to include them to benefit from the training activities In addition; the study showed that there is need to strengthen their communication skills to be able to overcome the obstacles that might hinder students' abilities to express their thoughts and question in the topics of the reproductive health

The study showed also that the concept of reproductive and sexual health is not very clear to the students in its holistic meaning in its integration of physical, emotional, mental and social aspects. In addition, there was a large coverage for some of the Adolescence Health topics compared to other equally important ones. For example, there was a focus on adolescent phase, menstruation, nutrition, violence, marriage, early marriage, and personal hygiene on the one hand, and on the other hand, the topics of gender and masturbation among teenagers were discussed less. In spite of this, some important topics like the topic of the male and female reproductive system and the signs of male and female puberty were discussed in the 8th and 9th grade class, which is considered somewhat late. Moreover, there also was a noticeable lack of knowledge among the students with regard to the signs and symptoms of puberty and the physical changes that happen to the other sex as well as about the different sexually transmitted diseases and how to prevent them, family planning and child spacing methods, and the

types of sexual violence. The response of the students also showed that they need to receive in-depth information about the signs of puberty in sexes, early marriage, reproduction, and fertility

AIDS constituted the most well known sexually transmitted disease among the students and they registered a very limited knowledge about other sexually transmitted diseases. Yet their knowledge about the ways that the AIDS is transmitted was lacking where 73.9% of students answered that it is transmitted via sexual contact, 24.7% said it is contracted through contaminated blood transfusion, and 16.1% said it is contracted through disease-contaminated needles.

The results of the evaluation study show the main role that the teacher, the educational counselor, and the parents play in regard to reproductive and sexual health. The teacher constituted the main source of information on reproductive and sexual health among the vast majority of students, followed by the educational counselor and the mother, especially among female students. The opportunity is therefore ripe for supporting the role of the teacher and the educational counselor and the parents, with an additional focus on Home Economy teachers, and Health and Environment teachers as they are more able to explain clearly the sensitive issues relevant to Adolescent reproductive health. This is especially true because half of the students do not feel free to ask their teachers (male and female) about sexual and reproductive health issues due to feelings of embarrassment, fear, and anxiety about the teachers' reaction.

The study has also shown that the students see the impact of Adolescence Health program in a positive light. The vast majorities think that due to what they have learned at school, from different subjects on reproductive and sexual health, their morals and their personalities have improved especially with an increase in self-confidence, calmness, respecting others and their opinions and how to deal with them, and group work spirits, sharing and love to others.

However, the program was not able to attract and involve the parents even though they make up a main component of the program. They were not provided with information to raise their awareness about Adolescence Health, or to strengthen their abilities on contact and communication with their children. They were involved indirectly through their participation with other institutions and through some individual / personal initiatives of some school educational counselors.

The most important strength points in the Adolescence Health Program are the commitment of the Ministry of Education and Higher Education at all levels to the concept of holistic reproductive health, and conviction in its programs and goals, which constitutes a driving force to the program in the Ministry. In addition, the program benefited from the support, commitment and the adequate funding from the UN Population Fund. In addition, the and the implementation of the program by the Ministry of Education in consciousness and in a gradual way due to the sensitivity of the topic, learning from lessons on implementing an Adolescence Health Guide in the framework of the new concept of reproductive and sexual health where a group of trained counselors in all directorates was convened, and having trained counselors who are able to execute it and apply it in the schools.

The most important points of weakness are the absence of participation in planning process by the targeted groups (teacher, counselor, student, and parents) to make the program more holistic and serve the emerging needs. The non-participation of parents in the program, as well as the absence of a baseline study to identify the level of

improvement in the students' knowledge, attitude and practices as a result of the implementation the program are also considered points of program weakness. In addition to not having enough trained educational counselors in all schools, lack of the process and the indicators to assess the degree of the program's impact on students in order to form a future discussion mechanism to improve and modify the program accompanied by the absence of mechanisms to monitor systematically the execution and implementation of the program in schools as well as the non-involvement of private and UNRWA's schools in the program. In addition to the non-availability of an Adolescence Health Guide especially in Gaza, which led to the jeopardizing the executing activities in its schools, and not targeting the schoolmasters in the program.

Recommendations

The study concludes with the following recommendations: The importance of forming a comprehensive strategy for the program, which includes methodical indicators to be used in the monitoring, and evaluation process to measure the achieved achieve and the desired results. In addition, there is a need to apply the referral system to the identified cases as well the importance of including in a systematic manner parents and the production of new educational materials suitable for the students. The study also concluded that there is a need to form expanded work team in the Ministry of the Education that includes School Health division , Educational counseling division, Project Coordinator, and the UNFPA (United Nations Population Fund) to determine the methodology and the plan for the next phase based on the results of the evaluation and to engage students in the processes of planning , determination of the priorities, and to activate the role of parents in the process of planning and provide a systematic methodology to include them on regular bases .. The recommendations also highlighted the importance of expanding the targeted group of students so that it includes lower classes such as 6^{th} graders and the advanced secondary classes (10^{th}, 11^{th}, 12^{th} graders). There are also needs to identify the main topics in reproductive health to make it compulsory and apply it in all levels of schools while keeping the other topics elective according to the needs.

The recommendations also focused on the importance of involving other decision makers to influence the targeted groups such as religious leaders, Media and Health Service Provides to support the program and to work on unifying efforts to effect tangible changes in the information and attitudes and behaviors of teenage students toward reproductive health. The recommendations also emphasized the importance of reviewing the Adolescence Health Guide, re-evaluating the ability of the activities of certain topics to convey the needed information and the messages to the students as well as enriching it with the religious and social aspects. It is also very crucial to develop a Helping Guide for the teachers and counselors in order to provide information and examples on how to moderate the dialogue, discuss the topics with parents and convince important reproductive health information and messages for the teenager. The study also recommended setting up an effective system for monitoring, following up and evaluation which includes measuring the impact of activities to capture in a methodical and empirical way students' improvement in their information, attitudes and behaviors.

About Alpha International

Alpha International since 2001 has been consistently and continuously providing the highest quality of reliable services, aiming at helping decision–makers from government, business and civil society organizations as well as individuals make effective use of data, information and modern statistical analysis tools in making sound decisions for present and future planning.

Alpha International offers complete quantitative and qualitative research services, excelling in the design of customized surveys and research approaches to meet specific client needs. Over the many years, Alpha International has become skillful at understanding the unique needs and issues of the broad spectrum of the industries it assists.

There are many fields that Alpha International has worked on such as surveys, polling, performance evaluation, research studies, capacity building, trend analysis and forecasting, outsourcing and specialized technical assistance. Alpha has conducted over 150 projects including market research study, public opinion poll, surveys related to areas of Health, Education, Monitoring and evaluation, Customer satisfaction, Feasibility studies, and Mystery shopping.

Our successful track record is built upon a combination of diligence, flexibility, and accuracy, all of which provides a thorough understanding our clients' needs. Our high-quality services, coupled with our extensive database of qualified personnel, combine to make Alpha International the right choice for your needs.

Our ability to continuously deliver exceptional services results directly from our strong quality assurance process. Alpha's Team is committed to providing excellent quality in all its data products and services. Alpha's deliverance is distinguished with professionalism, credibility, and commitment to quality and excellence.

Our Vision

We offer the best value and strive to be number one in our industry. Our employees have the desire, talent, dedication, and integrity to do so.

Our Mission

Our mission is meeting our clients' needs with professionalism and expertise as well as supporting our clients' decision making by providing the best quality and reliable research information and meeting the highest professional standards.

For more information:
Tel: 00972 2 298 7278
Fax: 00972 2 298 8690