



صندوق الأمم المتحدة
للسكان UNFPA



وزارة الصحة
الفلسطينية



الجهاز المركزي للإحصاء
الفلسطيني

دراسة حول
احتياجات الشباب من الخدمات الصحية الصديقة للشباب
في الضفة الغربية، 2011
النتائج الرئيسية

أيار/ مايو، 2012

تم إعداد هذا التقرير حسب الإجراءات المعيارية المحددة في ميثاق الممارسات
للإحصاءات الرسمية الفلسطينية 2006

© جمادى الآخرة، 1433هـ - أيار، 2012.

جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. دراسة حول احتياجات الشباب من الخدمات الصحية الصديقة للشباب في
الضفة الغربية 2011، النتائج الرئيسية. رام الله - فلسطين.

جميع المراسلات توجه إلى:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

ص.ب. 1647، رام الله - فلسطين

هاتف: 2 2982700 (970/972)

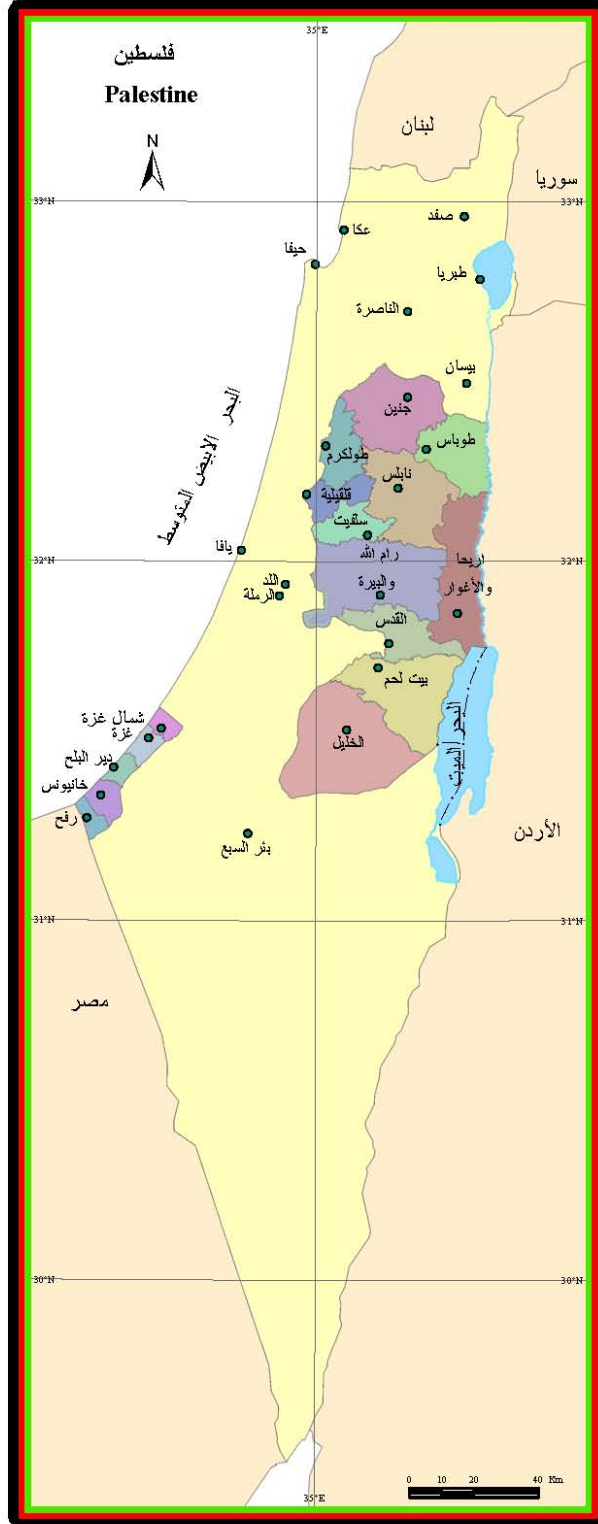
فاكس: 2 2982710 (970/972)

الرقم المجاني: 1800300300

بريد إلكتروني: diwan@pcbs.gov.ps

صفحة إلكترونية: http://www.pcbs.gov.ps

خارطة فلسطين



شكر وتقدير

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والتقدير إلى كل أسرة فلسطينية ساهمت في إنجاح جمع بيانات المسح، وإلى جميع العاملين في هذه الدراسة لما أبدوه من حرص منقطع النظير أثناء تأدية واجبهم.

لقد تم تخطيط وتنفيذ هذه الدراسة حول احتياجات الشباب من الخدمات الصحية الصديقة للشباب 2011، في الضفة الغربية الفلسطينية بقيادة فريق فني من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة، وبدعم مالي وفني من صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA).

فريق العمل

- **اللجنة الفنية**
 - محمد دريدي
 - إسراء سمودي
 - ليلي غنام
 - محمد الصيرفي
 - زياد قلالوة
 - **إعداد التقرير**
 - محمد دريدي
 - ايمن عبد المجيد
 - **اللجنة الاستشارية للمشروع**
 - د. علي الشعار
 - محمد دريدي
 - لبنى صوالحة صدر
 - رشا أبو شنب
 - **المراجعة الأولية**
 - محمد دريدي
 - جواد الصالح
 - **المراجعة النهائية**
 - محمود جرادات
 - **الأشراف العام**
 - علا عوض
 - د. اسعد رملوي
 - باربرا بياترا جورجي
- رئيس اللجنة
- مستشار الدراسة النوعية
- صندوق الأمم المتحدة للسكان
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
وزارة الصحة
صندوق الأمم المتحدة للسكان
- صندوق الأمم المتحدة للسكان
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
وزارة الصحة
صندوق الأمم المتحدة للسكان

تنويه للمستخدمين

- يمكن أن يلاحظ بعض الاختلافات الطفيفة بين مفردات المتغير والمجموع الكلي والتي نجمت عن التقريب.
- الإشارة 0.0: تعني أن النسبة صفر أو تقترب من الصفر، أي أنها أقل من 0.05%.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
13	ملخص تنفيذي
17	المقدمة
19	الفصل الأول: المنهجية والجودة
27	الفصل الثاني: نتائج الدراسة الكمية
35	الفصل الثالث: نتائج الدراسة النوعية
53	الفصل الرابع: المفاهيم والمصطلحات
55	الملاحق

ملخص تنفيذي

نفذ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالتنسيق والتعاون وبشراكة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان ووزارة الصحة الفلسطينية دراسة حول احتياجات الشباب من الخدمات الصحية الصديقة للشباب 2011 في الضفة الغربية. بهدف دراسة الخدمات الصحية المقدمة للشباب واحتياجاتهم وأولوياتهم من تلك الخدمات من وجهة نظر الشباب ومقدمي الخدمة والمختصين في هذا المجال، ودراسة وتقييم المجتمع المحلي فيما يتعلق بصحة المراهقين والشباب والخدمات المقدمة لهم، وكيف يمكن تكييف الخدمات الصحية لتلبية احتياجات الشباب، وذلك من خلال قياس مجموعة من المؤشرات الخاصة بالخدمات الصحية المقدمة للشباب.

استندت هذه الدراسة على الأسلوبين الكمي والنوعي لدراسة احتياجات الشباب من الخدمات الصحية الصديقة للشباب، مما ساهم بشكل كبير بالإحاطة بجميع جوانب الدراسة، ففي الجانب النوعي تم تنفيذ 8 مجموعات بؤرية وقد روعي في تنفيذ هذه المجموعات التوزيع الجغرافي للضفة الغربية وجنس المبحوثين، كما تم عقد لقاءات مع مقدمي الخدمة الصحية في مختلف مناطق الضفة الغربية، كما عقدت 10 لقاءات مباشرة مع شخصيات ومؤسسات ذات علاقة مباشرة بقضايا الشباب

ففي الجانب الكمي تم تنفيذ مسح ميداني خاص لدراسة احتياجات الشباب من الخدمات الصحية من وجهة نظرهم حيث تم استيفاء بيانات 4,004 شابا وشابة في الفئة العمرية 15-24 سنة، وفيما يلي أبرز نتائج الدراسة:

- يرى الشباب ان اهم القضايا الصحية التي يعاني منها الشباب في الضفة الغربية جاءت الامراض الناتجة عن السلوكيات غير السليمة (كالتدخين والادمان..الخ) ومن ثم المشاكل النفسية والامراض المزمنة بواقع 41.9%، و25.9% و17.0% على التوالي.
- احتلت الخدمات الصحية النفسية المرتبة الأولى من بين الخدمات الصحية التي يرى الشباب في الضفة الغربية انهم بحاجة إليها حيث رأى 40.4% من الشباب في الضفة الغربية انها اهم خدمة صحية يحتاجها الشباب، في حين رأى نحو ربع الشباب (24.1%) ان اهم خدمة صحية يحتاجها الشباب هي الخدمات الصحية الجسمية، ثم الخدمات الصحية التغذوية بواقع 19.0% من إجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية، في حين بلغت نسبة الشباب الذين يرون انهم بحاجة إلى خدمات صحية جلدية وخدمات صحية جنسية وإيجابية 7.2% و4.6% على التوالي.
- يعتقد نصف الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية ان الخدمات الصحية المتوفرة لا تلبي احتياجات الشباب، وحول اسباب اعتقاد الشباب بان الخدمات الصحية الموجودة في الضفة الغربية لا تلبي احتياجاتهم كان السبب الاهم هو عدم توفر تلك الخدمات أو ندرتها بنسبة 30.5%، وعدم الاهتمام والتفهم لاحتياجات الشباب بنسبة 15.7%، ثم الاهمال وكثرة الاخطاء الطبية لنحو 15.3% وذلك من إجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية.

وقد تم دراسة آراء الشباب فيما قد تعني لهم خدمات صحية صديقة للشباب من خلال دراسة مواصفات الخدمات الصحية التي تلبي احتياجاتهم، حيث تبين ما يلي:

- يفضل الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية ان يكون موقع مركز الخدمات الصحية الخاص بهم قريب من مكان السكن وبنسبة بلغت 87.2% من إجمالي الشباب، مع ارتفاع واضح في نسبة الإناث اللواتي يفضلن ان يكون المركز قريب من اماكن سكناهن وبنسبة 90.0% مقابل 84.6% للشباب الذكور.
- وحول طبيعة هذه المراكز الصحية الصديقة للشباب فضل نحو 40% من الشباب ان يكون مركز صحي مدمج مع خدمات صحية أخرى، فكانت بين الشابات 46.6% وبين الذكور الشباب نحو الثلث (33.2%)، في حين فضل نحو 23% من الشباب ان تكون هذه الخدمة الصحية على شكل عيادة أو مركز صحي مستقلة للشباب، وبدون فروق واضحة بين الشباب الذكور والإناث، كما فضل نحو 18% ان تلقى الشباب الخدمة الصحية الصديقة للشباب ضمن مركز أو نادي رياضي مع فرق واضح ما بين الإناث والذكور فبلغت هذه النسبة نحو 24% للذكور مقارنة بحوالي 13% للإناث.
- انقسم الشباب حول المكان المفضل لتلقي الخدمة الصحية فإشار نحو 47% منهم انهم يفضلون تلقيها في مركز صحي خاص، في حين فضل نحو 41% تلقيها في مركز صحي حكومي ومن الملاحظ ارتفاع نسبة الشابات اللواتي يفضلن تلقي الخدمة الصحية في المراكز الصحية الخاصة مقارنة بالشباب الذكور فبلغت هذه النسبة نحو 44% للذكور مقابل نحو 49% للإناث.
- كما اعتبر نحو 76.5% من الشباب في الضفة الغربية ان موضوع السرية مهم عند حصولهم على الخدمة الصحية الخاصة بهم، فكان موضوع السرية كما هو متوقع اكثر اهتماما من قبل الإناث الشابات مقارنة بالذكور فبلغت 79.6% للإناث مقارنة 73.6% للذكور، كما تفضل الإناث تلقي الخدمة الصحية بشكل منفصل للشباب والشابات بواقع 70.2% من إجمالي الشابات، في حين فضل ذلك من بين الذكور الشباب 61.1%.
- وحول الجنس المناسب لمقدم الخدمة الصحية التي يفضلها الشباب اجاب نحو 52.6% منهم انه لا يهم جنس مقدم الخدمة، 56.3% للشباب الذكور و48.7% للشابات الإناث، في حين فضل ما نسبته 37.4% من الذكور ان يكون مقدم الخدمة ذكرا، وفضلت 47.4% من الشابات الإناث ان يكون مقدم الخدمة انثى.

وفي الجانب النوعي فقد حاولت الدراسة التوقف عند التحديات والإشكاليات التي يتعاطى بها النظام الصحي الفلسطيني فيما يتعلق باحتياجات الشباب والشابات من ناحية الخدمات والمعلومات المرتبطة بصحتهم وجودة حياتهم، كما هدفت الدراسة إلى الوقوف على مختلف العوامل والظروف والتحديات التي يواجهها الشباب وتؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على واقعهم الصحي، ضمن الوضع العام الفلسطيني، والظروف الاقتصادية والاجتماعية وصولا إلى محاولة الخروج بتوجهات عامة ضمن توجهات الأطراف المختلفة لرسم رؤية مستقبلية يتم على اساسها بلورة منظومة خدمات صحية صديقة للشباب، وقد خرجت الدراسة بعدد من الاستنتاجات ابرزها:

- يواجه الشباب والشابات الكثير من المشكلات والتحديات والتي تؤثر سلبا على ظروفهم وحياتهم الصحية، فالتحديات المنوطة بالسياق العام الفلسطيني ارتبطت بالكثير، سواء صعوبة الظروف الاقتصادية، وضيق الحيز المكاني، والصعوبات في الحركة نتيجة ممارسات الاحتلال سواء من خلال فصل المناطق أو الجدار، أضف إلى

ذلك وقت الفراغ المهدور لدى الشباب والذي يزداد معه الآثار السلبية في ظل غياب المؤسسات التي تهتم بالشباب.

- مع شح المؤسسات والنشاطات ذات العلاقة التي تفعل دور الشباب في الحياة العامة، ينحو الشباب نحو ممارسة نشاطات سلوكية ضارة والتوجه نحو قضاء وقت الفراغ على الانترنت والتدخين والسهر... الخ. وفيما يتعلق بتأثيرات هذا السياق ضمن علاقات النوع تختلف بالنسبة للشابات ضمن الواقع الاجتماعي حيث تبقى الشابات حبيسات الحيز الخاص مع التلفاز والانترنت أو في اللاشيء.
- تشكل قضايا الصحة النفسية، الجسمية والجنسية اهم محاور اهتمام الشباب وبالتالي المحاور التي يجب ان تشكل محاور منظومة الخدمات. هذا بالاضافة الى قضية أساسية وهي الوقاية، على اعتبار أن التوعية تؤسس لواقع صحي حساس للشباب خاصة مع انكشافهم لعوامل عدة، وبالاخص فيما يتعلق بصحتهم الجنسية والنفسية.
- ان نظام الصحة في فلسطين لا يؤمن للشباب حيزا للحصول على خدمات تتلاءم مع احتياجاتهم المتنامية والمتأثرة بشكل كبير بالبيئة السياسية والاجتماعية التي يمرون بها. وفي حال استخدام اي من الخدمات الصحية الحالية بشكلها ومحتواها الموجود، فان تجربة هذه الخدمات لم تكن بمستوى توقعات الشباب من حيث الجودة.
- إن تعاطي المؤسسات الصحية والفاعلة مع احتياجات الشباب الصحية تتم من منظور فردي وليست على أساس أنها قضية مجتمعية شمولية، وهي نتاج سياسات فردية وليست نتاج للواقع الاجتماعي والصحي والثقافي، وعلى أنها قضية خدماتية وليس قضية حقوقية بالدرجة الأولى.
- لا يمكن من خلال الدراسة الوصول الى المؤسسة الافضل لاحتضان الخدمات الصحية الصديقة للشباب، ولكن من المرجح ان نظام الرعاية الصحية بشكله الحالي (اي عدم احتواءه على خدمات مخصصة للشباب) يستلزم استثمارا جديا في البنية التحتية والكوادر لبناء نموذج عملي يستقطب المنتفعين من الشباب
- كما تم التركيز على دور المجتمع المحلي وأهميته، حيث تم الإشارة إلى أن دور المجتمع المحلي محدود، مع غياب الخطط والبرامج بشكل عام، كما أفادوا بأن أولويات المجتمع المحلي غير واردة على أجندتها قضايا الشباب، حيث يرتبط بذلك غياب الوعي لدى المجتمع المحلي، مع التأكيد على أهمية دور المجتمع المحلي وفاعلية دوره المستقبلي في دعم وصول الشباب إلى الخدمات الصحية، مع التنويه أيضا إلى أهمية دور الهيئات والمجالس المحلية في فتح قنوات لتعبير الشباب عن تطلعاتهم واحتياجاتهم الصحية.

المقدمة

تعتمد عمليات التخطيط ورسم السياسات في مختلف النواحي الاجتماعية والاقتصادية والسياسية أساساً على البيانات والمعطيات الإحصائية الموثوقة والدقيقة. تشكل فئة الشباب شريحة هامة وحيوية في كافة المجتمعات نظراً للقوة والعطاء المتميز في هذه الفئة العمرية، كما يشكلون عنصر التنمية والعطاء والتخطيط والقيادة المستقبلية بالإضافة إلى تمثيلها نسبة عالية من إجمالي السكان خاصة في الحالة الفلسطينية، إذ بلغ عدد الشباب في الفئة العمرية 15-24 سنة حوالي 927 الف شاب يشكلون ما نسبته نحو 22% من اجمال سكان الأراضي الفلسطينية في نهاية عام 2011. كما تعتبر فئة الشباب من الفئات الأكثر حساسية وتأثرها بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئة المحيطة، ذلك لتداخل وتشابك عدة مراحل عمرية مختلفة فسيولوجيا واجتماعيا ونفسيا بالإضافة للإهمال والتقصير من قبل الشباب أنفسهم بالاهتمام بصحتهم انطلاقاً من تمتعهم بالقوة الجسدية والحيوية.

ضمن خطة صندوق الأمم المتحدة للسكان للسنوات القادمة دعم وزارة الصحة الفلسطينية وغيرها من الشركاء الوطنيين لوضع نموذج وطني خاص بالخدمات الصحية الملائمة للشباب ضمن نظام الخدمات الصحية العامة. حيث سيتم العمل على تحديد مجموعة من الخدمات الأنسب للحالة الفلسطينية والتي تستجيب لاحتياجات الشباب وتطلعاتهم، من خلال إجراء الدراسات الميدانية اللازمة لتقييم الاحتياجات والتصورات المتعلقة بالخدمات الصحية المقدمة للشباب واستكشاف العوامل التي من شأنها أن تؤثر على مدى الوصول والاستفادة من هذه الخدمات المتاحة داخل نظام الرعاية الصحية.

يستعرض هذا التقرير نتائج الدراستين النوعية والكمية اللتين نفذتا لدراسة احتياجات الشباب من الخدمات الصحية الصديقة للشباب، حيث يأمل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والشركاء أن يوفر هذا المشروع معلومات أساسية لمساعدة متخذي القرارات في رسم ومتابعة وتقييم السياسات المتعلقة باحتياجات الشباب من الخدمات الصحية، و تحديد سلة من الخدمات الصحية الصديقة للشباب وبالتالي وضع برامج لتقوية قدرات مقدمي الخدمات الصحية لضمان توفر الخدمة بجودة عالية و زيادة الوعي المجتمعي بضرورة توجه الشباب و استخدامهم لهذه الخدمات.

الفصل الأول

المنهجية والجودة

أهداف الدراسة

نفذ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالتنسيق والتعاون وبشراكة فنية ومالية مع صندوق الأمم المتحدة للسكان ووزارة الصحة الفلسطينية دراسة حول احتياجات الشباب من الخدمات الصحية الصديقة للشباب 2011. بهدف دراسة الخدمات الصحية المقدمة للشباب واحتياجاتهم وأولوياتهم من تلك الخدمات من وجهة نظر الشباب ومقدمي الخدمة والمختصين في هذا المجال، ودراسة وتقييم المجتمع المحلي فيما يتعلق بصحة المراهقين والشباب والخدمات المقدمة لهم، وكيف يمكن تكيف الخدمات الصحية لتلبية احتياجات الشباب، وذلك من خلال قياس مجموعة من المؤشرات الخاصة بالخدمات الصحية المقدمة للشباب.

المنهجية

استندت هذه الدراسة على الأسلوبين الكمي والنوعي لدراسة احتياجات الشباب من الخدمات الصحية الصديقة للشباب، مما ساهم بشكل كبير بالإحاطة بجميع جوانب الدراسة، ففي الجانب النوعي تم تنفيذ 8 مجموعات بؤرية (اثنتين للشباب أنفسهم، وأربع مجموعات بؤرية للآباء ومجموعتين للمعلمين)، وقد روعي في تنفيذ هذه المجموعات التوزيع الجغرافي للضفة الغربية وجنس المبحوثين، إذ عقدت أربع مجموعات بؤرية للذكور ومثلها للإناث.

كما تم عقد لقاءات مع مقدمي الخدمة الصحية في مختلف مناطق الضفة الغربية، كما عقدت 10 لقاءات مباشرة مع شخصيات ومؤسسات ذات علاقة مباشرة بقضايا الشباب وهم:

د. اسعد رملوي والسيدة لبنى الصدر من وزارة الصحة الفلسطينية، د. أمية خماس UNRWA، السيدة أمينة ستفريديس جمعية تنظيم الأسرة الفلسطينية، د. محمد الريماوي ووزارة التربية والتعليم، سحر برغوثي وزارة الشؤون الاجتماعية، السيد وليد عطاطرة الشباب والرياضة، د. خديجة جرار من الإغاثة الطبية، د. علي الشعار من صندوق الأمم المتحدة للسكان، د. سمر مسمار جامعة النجاح الوطنية.

وفي الجانب الكمي فقد تم تنفيذ مسح ميداني خاص لدراسة احتياجات الشباب من الخدمات الصحية من وجهة نظرهم أنفسهم وفق المعطيات التالية:

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد الفلسطينيين المقيمين بصفة اعتيادية مع أسرهم في الضفة الغربية في العام 2011 من الفئة العمرية 15-24 سنة.

إطار المعاينة

يتكون إطار المعاينة من قائمة مناطق عد من تعداد السكان والمساكن والمنشآت 2007 وهي مناطق جغرافية متقاربة الحجم في معظمها (متوسط عدد الأسر فيها 124 أسرة)، وهي عبارة عن مناطق العد المستخدمة في التعداد، وقد تم استخدام هذه المناطق كوحدات معاينة أولية (PSUs) في المرحلة الأولى من عملية اختيار العينة.

حجم العينة

بلغ حجم العينة الاجمالي للمسح 5,912 أسرة.

تصميم ونوع العينة

العينة هي عينة طبقية عشوائية منتظمة ذات ثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: اختيار عينة مناطق عد بطريقة عشوائية منتظمة بلغ عددها 154 منطقة عد.

المرحلة الثانية: اختيار عينة مساحية من 26 أسرة من كل منطقة عد تم اختيارها في المرحلة الأولى بطريقة عشوائية منتظمة.

المرحلة الثالثة: اختيار فرد ذكر أو أنثى من كل أسرة تم اختيارها في المرحلة الثانية من الأفراد 15-24 سنة باستخدام جداول كش من الأسر التي لديها أكثر من فرد من هذه الفئة ويتم اختيار فرد ذكر من الأسرة التي رقمها فردي في منطقة العد واختيار فرد أنثى من الأسر التي رقمها زوجي في منطقة العد لضمان تمثيل الذكور والإناث بنسبة 50%. وسيتم استثناء الأسر التي لا يوجد لديها أفراد من الفئة المطلوبة.

طبقات العينة:

تم تقسيم المجتمع إلى طبقات كما يلي:

1. المحافظة (11 محافظة في الضفة الغربية والقدس j1).
2. نوع التجمع (حضر، ريف، مخيم).

توزيع العينة

تم توزيع العينة بطريقة التوزيع المتناسب مع حجم الطبقات.

مستوى النشر :

- 1 -المنطقة (شمال، وسط وجنوب الضفة الغربية)
- 2 -الجنس (ذكر، أنثى)
- 3 -الفئة العمرية (15-17 سنة، 18-24 سنة)

حساب الأوزان

يعرف وزن الوحدة الإحصائية (وحدة المعاينة) في العينة بأنه المقلوب الرياضي لاحتمال اختيار الوحدة، وعينة مسح تقييم الخدمات الصحية المقدمة للشباب هي عينة طبقية عشوائية ذات ثلاث مراحل، حيث يتم في المرحلة الأولى حساب وزن مناطق العد بالاعتماد على احتمال اختيار كل منطقة عد، ثم في المرحلة الثانية يتم حساب وزن الأسرة من كل منطقة عد، ثم نجد حاصل ضرب وزن المرحلة الأولى في وزن المرحلة الثانية فنحصل على وزن الأسر الأولى، ثم نقوم بتعديل هذه الأوزان بالاعتماد على تقديرات الأسر منتصف 2011 وتكون فئة التعديل هي الطبقة (محافظة، نوع التجمع) وبالتالي نحصل على وزن الأسر النهائي.

وفي المرحلة الثالثة تقوم بحساب وزن كل فرد بالاعتماد على وزن اسرته والالية كالتالي، الأسرة التي تم اختيار فرد ذكر منها يتم ضرب وزن هذه الأسرة بعدد الأفراد الذكور في هذه الأسرة من الفئة العمرية 15-24، والأسرة التي تم اختيار فرد أنثى منها يتم ضرب وزن هذه الأسرة بعدد الأفراد الإناث في هذه الأسرة من الفئة العمرية 15-24 وبالتالي نحصل على وزن الفرد الأولي، ثم نقوم بتعديل هذه الأوزان بالاعتماد على تقديرات الأفراد من الفئة العمرية (15-24) لمنتصف العام 2011 لاستخراج الأوزان النهائية للأفراد.

العمليات الميدانية

تمثل العمليات الميدانية العمل الفعلي للمسح في الحصول على البيانات المطلوبة من الأسرة. لذلك فإن ضمان وجود مقومات النجاح في هذه المرحلة هو من القضايا الأساسية التي تم العمل عليها بشكل تفصيلي.

وقد اشتمل ذلك على توفير كل المستلزمات الفنية والإدارية بما في ذلك عمليات التدريب وتوفير المستلزمات المادية اللازمة لأداء العمل بأفضل صورة.

التدريب والتعيين

لقد تم تدريب الباحثين الميدانيين لمدة ثلاث أيام من 2011/11/21 إلى 2011/11/23 على العمليات الميدانية المختلفة وذلك قبل بداية تنفيذ المسح. لقد اشتمل تدريب الباحثين الميدانيين على عمليات جمع البيانات وأدبيات العمل الميداني بما في ذلك طرح الأسئلة وتسجيل الإجابات وأدبيات إجراء المقابلات، بالإضافة إلى تدريب خاص تركز على خصوصيات المسح بما في ذلك استمارة المسح والأسئلة الخاصة بالفئة المستهدفة والمصطلحات والمفاهيم المستخدمة في المسح. وقد تم إجراء عمليات التدريب في رام الله للباحثين الميدانيين الذين عملوا في شمال ووسط وجنوب الضفة الغربية.

وقد اشتمل برنامج التدريب على القضايا الأساسية الآتية:

- التعريف بمسح احتياجات الشباب وأهدافه.
- تعريف المصطلحات المستخدمة في الاستمارة.
- آلية استيفاء الاستمارة.

وقد اشتمل التدريب على محاضرات نظرية بالإضافة إلى تطبيق تمارين عملية بهدف إكساب الباحثين المهارات اللازمة لجمع البيانات.

جمع البيانات

تمت عملية استيفاء الاستمارات عن طريق المقابلة الشخصية للشباب/الذين تبلغ أعمارهم من 15-24 سنة باستخدام جداول كش من الأسر التي لديها أكثر من فرد من هذه الفئة. وقد بدأ العمل الميداني للمشروع في 2011/11/28 في محافظات الضفة الغربية وانتهى بتاريخ 2011/12/19 وقد تم توزيع فريق العمل الميداني في جميع المحافظات حسب حجم العينة لكل محافظة، كما تم تزويد الفريق الميداني بجميع أدوات ولوازم العمل الميداني، وبلغ عدد طاقم العاملين في المشروع (57)، منهم منسق العمل الميداني و(9) مشرفي مناطق و(3) مدققين مكتبين والباقي باحثين.

معالجة البيانات

مرت فترة معالجة البيانات بعدة مراحل منذ بدء التحضير وحتى الانتهاء من تجهيز ملف البيانات، وفق المراحل التالية:

1. مرحلة البرمجة: تم خلال هذه المرحلة إعداد برامج الإدخال باستخدام حزمة ACCESS وتم التعديل على شاشات الإدخال، والعمل على وضع قواعد الإدخال بشكل يضمن إدخال الاستثمارات بشكل جيد، كذلك وضع استعلامات لتنظيف لفحص البيانات بعد إدخالها حيث تعمل هذه الاستعلامات على فحص المتغيرات على مستوى الاستثمار.

2. مرحلة استلام وضبط الاستثمارات: تم في هذه المرحلة استلام الاستثمارات من منسق العمل الميداني ومن خلال النموذج المعد لذلك. حيث يقوم الموظف بضبط الاستثمارات والتأكد من استلامها جميعها وذلك من خلال النموذج المعد لذلك.

3. مرحلة الإدخال: بدأت عملية الإدخال بتاريخ 2011/12/05، تم خلالها تدريب الموظفين على استخدام برنامج الإدخال والتنظيف، وكان الإدخال غير مركزي موزع على 3 محافظات وهي كما يلي:

الشمال: وضم كل من نابلس وجنين وطوباس و طولكرم.

الجنوب: وضم كل من بيت لحم والخليل.

الوسط: وضم كل من رام الله والبيرة وأريحا والقدس و سلفيت.

4. مرحلة تدقيق البيانات: تمت هذه المرحلة عن طريق التسجيل بعد الإدخال، حيث قام بهذه المهمة أشخاص عملوا على مقارنة البيانات المدخلة بالاستثمارات الأصلية لتعديل أخطاء الإدخال إن وجدت ضمن الإجراءات المتبعة وذلك من خلال النموذج المعد لهذه المرحلة ورفع التقارير اليومية عن الإنجاز وعن دقة المدخل للمتابعة الإدارية، تم التدقيق في المكاتب التي تم فيها الإدخال، وتم التدقيق بنسبة 20%.

5. مرحلة التنظيف: تم وضع قواعد تنظيف آلية شاملة بين الأسئلة على مستوى الاستثمارة وذلك لضمان تناسق الأسئلة مع بعض والإجابات التي تكون خارج المدى أو غير المنطقية. ويتم ذلك من خلال برنامج خاص ينفذ بشكل دوري، ثم يقوم طاقم التدقيق بمراجعة رسائل الخطأ وتعديل الأخطاء بناء على التعديلات أو إعادة الاستثمارة للميدان. وتكون الآلية المتبعة في التنظيف معدة من قبل إدارة المشروع وتم عكسها على برنامج الإدخال من خلال المبرمج حيث يتم فيها وضع الفحوصات التي تراها إدارة المشروع ضرورية ومناسبة عند إجراء التنظيف بحيث تكون شاملة لجميع الأسئلة في الاستثمارة، حيث يتم سحب الاستثمارات من القوائم المستخرجة وتدقيقها آلياً وتصحيحها وتعديلها على الحاسوب، بعد ذلك يتم استخراج كشف ثاني لنفس الاستثمارات حتى نتأكد من أن التعديل كان صحيحاً وأنه تم تعديل جميع الاستثمارات. بالإضافة إلى كشف أخرى تأتي من إدارة المشروع بعد فحص البيانات المدخلة وتظهر بيانات غير منطقية يتم التأكد منها عن طريق إرسال الكشوف إلى الإدخال ويتم فحصها والتعليق على الكشف وإعادة إرساله للإدارة المشروع بعد تصحيح الأخطاء.

6. مرحلة تسليم الاستثمارات: وهي المرحلة الأخيرة، تمت بعد إنهاء جميع المراحل السابقة حيث تم فرز الاستثمارات على مستوى التجمع، وتسجيلها ضمن النماذج المخصصة والمعتمدة لذلك وترسلها للحفظ النهائي، وكانت نهاية المسح بتاريخ 2012/01/05.

جودة البيانات

يشمل مفهوم جودة البيانات جوانب متعددة، بدءاً بالتخطيط الأولي للمسح وانتهاءً بكيفية النشر وفهم البيانات والاستفادة منها. وهناك سبعة أبعاد للجودة الإحصائية: الصلة بالواقع، الدقة، الوقتية، إمكانية الوصول، القابلية للمقارنة، الاتساق، الاكتمال.

دقة البيانات

أخطاء المعاينة

إن بيانات هذا المسح يتأثر بأخطاء المعاينة نتيجة لاستخدام عينة وليس حصراً شاملاً لوحدات مجتمع الدراسة، ولذلك من المؤكد ظهور فروق عن القيم الحقيقية التي نتوقع الحصول عليها من خلال التعدادات وقد تم احتساب التباين لأهم المؤشرات، كما أن جدول حسابات التباين موجود ومرفق مع التقرير، ولا يوجد إشكالية في مستويات النشر للتقديرات المذكورة في التقرير على مستوى المنطقة (شمال الضفة الغربية، وسط الضفة الغربية، جنوب الضفة الغربية).

ملخص حساب التباين لأبرز مؤشرات المسح

فئة الثقة 95%		الخطأ النسبي %	الخطأ المعياري	قيمة التقدير	المؤشر
الحد الأعلى	الحد الأدنى				
50.6%	44.4%	.033	1.6%	47.5%	نسبة الأسر التي تمتلك اشتراك انترنت في الضفة الغربية 2011
55.6%	49.4%	.030	1.6%	52.5%	نسبة الاسر التي لا تمتلك اشتراك انترنت في الضفة الغربية 2011
25.8%	22.4%	.037	0.9%	24.1%	نسبة الشباب الذين يحصلون على المعلومات الصحية من الانترنت لكلا الجنسين
28.7%	23.4%	.051	1.3%	26.0%	نسبة الشباب الذين يحصلون على المعلومات الصحية من العيادات او المراكز الصحية لكلا الجنسين
3.6%	2.1%	.138	0.4%	2.7%	نسبة الشباب الذين يحصلون على المعلومات الصحية من الأصدقاء لكلا الجنسين
37.1%	32.3%	.035	1.2%	34.7%	نسبة الشباب الذين يحصلون على المعلومات الصحية من الأهل (أب، أم، أخ، أخت) لكلا الجنسين
3.5%	2.2%	.114	0.3%	2.8%	نسبة الشباب الذين يحصلون على المعلومات الصحية من المجلات والكتب لكلا الجنسين
1.6%	0.9%	.139	0.2%	1.2%	نسبة الشباب الذين يحصلون على المعلومات الصحية من وسائل الإعلام (صحف، راديو، تلفزيون) لكلا الجنسين
9.3%	6.8%	.079	0.6%	8.0%	نسبة الشباب الذين يحصلون على المعلومات الصحية من مرشد أو طبيب أو ممرض المدرسة/الجامعة لكلا الجنسين
1.3%	0.2%	.470	0.2%	0.5%	نسبة الشباب الذين يحصلون على المعلومات الصحية من طرق أخرى لكلا الجنسين

أخطاء غير المعاينة

أما أخطاء غير المعاينة فهي ممكنة الحدوث في كل مراحل تنفيذ المشروع، خلال جمع البيانات أو إدخالها والتي يمكن إجمالها بأخطاء عدم الاستجابة، وأخطاء الاستجابة (المبحوث)، وأخطاء المقابلة (الباحث) وأخطاء إدخال البيانات. ولنفاذي الأخطاء والحد من تأثيرها فقد بذلت جهود كبيرة من خلال تدريب الباحثين تدريباً مكثفاً، وتدريبهم على كيفية إجراء

المقابلات، والأمور التي يجب إتباعها أثناء إجراء المقابلة، والأمور التي يجب تجنبها، وتم إجراء بعض التمارين العملية والنظرية خلال الدورة التدريبية، بالإضافة إلى تزويدهم بكتيب دليل الباحث الميداني والذي يحتوي على مفتاح خاص بأسئلة الاستمارة وآلية استيفائها وأساليب التعامل مع المبحوثين لضمان تقليل معدلات الرفض والإدلاء بالبيانات الصحيحة وغير المنحازة، كما تم تدريب مدخلي البيانات على برنامج الإدخال، وتم فحص برنامج الإدخال قبل البدء بعملية إدخال البيانات.

أما بخصوص العمل المكتبي فقد تم تدريب طاقم خاص لتدقيق الاستمارات والكشف عن الأخطاء الميدانية، مما يقلل إلى حد كبير معدلات الأخطاء التي يمكن أن تحصل أثناء العمل الميداني. ومن أجل خفض نسبة الأخطاء التي يمكن أن تحصل أثناء إدخال الاستمارة إلى الحاسوب، فقد تم تصميم برنامج إدخال بحيث لا يسمح بأي أخطاء تناسقية يمكن أن تحصل أثناء عملية الإدخال ويحتوي على العديد من الشروط المنطقية، وقد أدت هذه العملية إلى كشف معظم الأخطاء التي لم يتم العثور عليها في المراحل السابقة من العمل، حيث تم تصحيح كافة الأخطاء التي تم اكتشافها. وبعد الانتهاء من عمليات التدقيق سألنا الذكر، تم فحص تناسق البيانات بواسطة الحاسوب باستخدام الجداول التكرارية والنقاطية، وقد تبين أنها كانت متناسقة تماماً، ولم يتم اكتشاف أخطاء ذات تأثير على نوعية البيانات. وهذا بدوره أعطى انطباعاً جيداً للقائمين على المسح بأنه يمكن الاعتماد على هذه البيانات واستخراج مؤشرات إحصائية موثوقة وذات دلالة عالية حول موضوع الدراسة.

معدلات الإجابة

تم اختيار (5912) أسرة ممثلة للضفة الغربية، حيث بلغ عدد الأسر المكتملة (4004) أسرة، وقد جرى تعديل الأوزان على مستوى طبقات التصميم لتعديل تأثير نسب حالات الرفض وعدم الاستجابة، وبلغت نسبة الاستجابة في الضفة الغربية 92%.

عدد الحالات	حالات عدم الاستجابة
4,004	الاسر الاسر المكتملة
43	الاسر المسافرة
191	لا احد في البيت
190	رفض التعاون
19	لم يتوفر معلومات
78	وحدة غير مأهولة
1,377	لا يوجد لدى الأسرة أفراد 15-24 سنة
10	اخرى
5,912	المجموع

معادلات التجاوب وعدم التجاوب:

$$\text{نسبة أخطاء زيادة الشمول} = \frac{\text{مجموع حالات زيادة الشمول}}{\text{عدد حالات العينة الأصلية}} \times 100\%$$

وتساوي = 1%

$$\text{نسبة عدم الاستجابة} = \frac{\text{مجموع حالات عدم الاستجابة}}{\text{العينة الصافية}} \times 100\%$$

وتساوي = 8%

$$\text{العينة الصافية} = \text{العينة الأصلية} - (\text{حالات زيادة الشمول})$$

نسبة الاستجابة = 100% - نسبة عدم الاستجابة.

وتساوي = 92%

معالجة حالات عدم الاستجابة بتعديل الأوزان:

$$fg = \frac{\sum_{ng} wi - \sum_{o.c} wi}{\sum_{rg} wi}$$

حيث أن

wi : الوزن الأولي قبل التعديل للأسرة i .

g : فئة التعديل حسب المحافظة و نوع التجمع.

fg : معامل تعديل الوزن حسب الفئة g .

$\sum_{ng} wi$: مجموع الأوزان في الفئة g

$\sum_{o.cg} wi$: مجموع أوزان حالات زيادة شمول

$\sum_{rg} wi$: مجموع أوزان حالات الاستجابة

يتم إيجاد fg لكل فئة وفي النهاية نحصل على الوزن النهائي للأسرة ($w'i$) باستخدام المعادلة التالية:

$$w'i = wi * fgi$$

إجراءات ضبط الجودة

خلال المراحل المختلفة للعمل تم اتخاذ العديد من الإجراءات لضمان ضبط الجودة، حيث تم تدريب مدخلي البيانات على برنامج الإدخال، وتم فحص برنامج الإدخال قبل البدء بعملية إدخال البيانات. ومن أجل الإطلاع على صورة الوضع والحد من أية إشكاليات، كان هناك اتصال دائم مع طاقم العمل الميداني من خلال الزيارات الميدانية المستمرة للاضطلاع على سير العمل الميداني للمشروع، وتم عقد اجتماعات دورية مع الفريق الميداني خلال الزيارات الميدانية المختلفة، كذلك تم التطرق بشكل مستمر إلى المشاكل التي واجهها الباحثين أثناء العمل الميداني ووضع الحلول المناسبة لها من خلال إصدار التعليمات في حال عدم وضوح مفهوم معين أو في حال ظهور حالات في الميدان بحاجة إلى مزيد من التوضيح.

الملاحظات الفنية على البيانات

ويمكن تلخيص مصادر بعض الأخطاء غير الإحصائية التي برزت أثناء تنفيذ المسح بما يلي:

- عدم القدرة على استيفاء البيانات في بعض الاستمارات بسبب حالات عدم الاستجابة مثل: عدم وجود أحد في البيت، الأسرة مسافرة وهناك أسر لم يستطع الباحث مقابلتها لأنها رفضت.
- أخطاء ناجمة عن طريقة طرح السؤال من قبل الباحث الميداني.
- سوء فهم المبحوث للسؤال والإجابة بناء على فهمه لذلك.

الفصل الثاني

نتائج الدراسة الكمية

الشباب وممارسة الرياضة

اظهرت النتائج ان نحو ثلث الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية يمارسون الرياضة بانتظام بواقع 32.6% من إجمالي الشباب في الضفة الغربية، كما اظهرت البيانات ان الشباب الذكور اكثر ممارسة للرياضة بواقع 41.1% للذكور مقارنة 23.6% فقط للإناث، ومن الملاحظ ان الشباب في الفئة العمرية 15-17 سنة اكثر ممارسة للرياضة من الشباب في الفئة العمرية 18-24 سنة، وذلك مرتبط بمكان ممارسة الرياضة، فالقوة العمرية 15-17 سنة تمارس الرياضة في المدرسة بشكل رئيسي في حين تتخفف هذه النسبة عند الفئة العمرية 18-24 سنة، كما يلاحظ ارتفاع نسبة ممارسة الرياضة في البيت لدى الاناث ونسبة ممارسة الرياضة في النوادي لدى الذكور، وهذا يشير إلى مدى انخفاض استخدام النوادي الرياضية من قبل الإناث.

وحول أسباب عدم ممارسة الشباب للرياضة أشار الشباب الى ان عدم توفر وقت الفراغ للشباب لذلك هو اهم سبب لعدم ممارسة الرياضة لحوالي 54% من إجمالي الشباب الذين لا يمارسون الرياضة (حوالي 60% للشباب الذكور مقابل 49% للإناث)، في حين كان احساس الشباب بعدم الحاجة لذلك كان السبب الثاني لعدم ممارسة الشباب للرياضة لحوالي 17% من إجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية الذين لا يمارسون الرياضة.

مفهوم الصحة

اشارت البيانات ان نحو ثلث الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية عرفوا مفهوم الصحة تعريفاً صحيحاً وهي الحالة المثلى للسلامة النفسية والجسدية والاجتماعية وليس فقط الخلو من الأمراض، ومن الملاحظ ان نحو 45% من الشباب عرفها على انها الخلو من الامراض الجسدية، وقد كانت الاناث الشابا اكثر معرفة بالتعريف الصحيح بنحو 38% للشابات مقابل 32% للذكور الشباب، وكما كان متوقفاً فقد ارتفعت نسبة الذين عرفوا الصحة بمفهومها الصحيح لدى الشباب 18-24 سنة مقارنة بالأفراد في الفئة العمرية 15-17 سنة، فبلغت النسبة 36.5% و 31.1% على التوالي، كما اشارت البيانات الى ارتفاع نسبة الذين عرفوا الصحة بمفهومها الصحيح لدى الشباب الذين لديهم مؤهل علمي ثانوي فاكثر مقابل من يحملون مؤهلاً علمياً دون ثانوي فبلغت 43.0% لحملة مؤهل العلمي ثانوي فاعلى و 28% لمن يحملون مؤهلاً اقل من ثانوي من بين الشباب في الفئة العمرية 15-24 سنة في الضفة الغربية.

المعلومات الصحية لدى الشباب

قيم ما نسبته 91.3% من الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية معلوماتهم الصحية ما بين جيدة وممتازة، في حين قيمها 1.5% فقط من الشباب بأنها سيئة جداً، وقد اختلف هذا التقييم للشباب على مستوى الجنس فقط اشار 88.6% من الشباب الذكور ان معلوماتهم الصحية جيدة فاكثر في حين كانت للإناث 94.0%، في حين قيمها 1.7% من الشباب الذكور فقط بأنها سيئة جداً، مقابل 1.3% من الاناث الشابا، ومن الملاحظ عدم اختلاف هذا التقييم على مستوى العمر فقط اشار 91.1% من الشباب في الفئة العمرية 15-17 سنة ان معلوماتهم الصحية جيدة فاكثر، وكانت 91.3% للأفراد في الفئة

العمرية 18-24 سنة، في حين قيمها 1.2% فقط من الافراد 15-17 بأنها سيئة جدا، مقابل 1.6% من الافراد 18-24 سنة في الضفة الغربية.

كما اشارت البيانات الى ارتفاع نسبة الشباب الذين قيموا معلوماتهم الصحية ما بين جيدة وممتازة من بين الذين لديهم مؤهل علمي ثانوي فاكثر مقابل من يحملون مؤهلا علمي دون ثانوي فبلغت 94.7% لحملة مؤهل علمي ثانوي فاعلى و 88.5% لمن يحملون مؤهلا اقل من ثانوي من بين الشباب في الفئة العمرية 15-24 سنة، في حين قيمها 0.6% فقط من الافراد الذين يحملون مؤهلا ثانوي فاكثر بأنها سيئة جدا، مقابل 2.2% من بين الافراد الذين لديهم مؤهل علمي اقل من ثانوي من بين الشباب 15-24 سنة، ومن الملاحظ ارتفاع نسبة الاناث المتعلمات (ثانوي فاكثر) اللواتي قيمن معلوماتهن الصحية بجيدة فاكثر لتصل الى نحو 96.5% من اجمالي الاناث في هذه الفئة.

من الملاحظ ان النتائج حول تقييم الشباب لمستوى معلوماتهم الصحية لم تأت متناغمة مع البيانات النوعية (كما سيظهر في الجزء المتعلق بنتائج الدراسة النوعية) التي اظهرت مستوى متدني للمعلومات الصحية كما ورد من خلال الجلسات مع الشباب وافراد المجتمع. ولعل هذا التعارض في البيانات، اضافة الى حقيقة ان التعريف السليم للصحة قد ورد فقط في حوالي ثلث الاجابات يبين الفجوة المعلوماتية خاصة فيما يتعلق بعمق المعلومة، اذ ابرزت المسوح الخاصة بالشباب والتي نفذها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ان معرفة الشباب حول الابدن مثلا مرتفعة حول المرض، ولكنها بينت مستوى منخفض جدا لدى دراسة عمق المعلومة وانعكاسها على المعرفة المرتبطة بالوقاية، المواقف والوصمة.

ومن الملاحظ ان المصدر الرئيسي للمعلومة الصحية للشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية كانت من الاهل ونسبة بلغت 34.7% من اجمالي الشباب في هذه الفئة، يليها العيادات والمراكز الصحية بنسبة 26.0% وكان الانترنت المصدر الرئيسي لربع الشباب (24.1%)، ولم يختلف هذا الترتيب على مستوى الجنس والعمر أيضا، ومن الملاحظ ايضا ان مصدر المعلومات حول الصحة قد اختلف في الترتيب ما بين البيانات الكمية والنوعية حيث ان الاهل اندرجوا في المرتبة الرابعة بعد الانترنت، التلفزيون والمجلات، والاصدقاء كمصدر للمعلومة. على العموم، فان برامج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات هي مصدر مهم للمعلومة اضافة الى المحيطين او المؤثرين في حياة الشاب مثل الاصدقاء والاهل. ولعل من المناسب القول ان المدرسة أو الجامعة لم تحتل مرتبة عالية كمصدر للمعلومة الصحية في كل من البيانات الكمية والنوعية على حد سواء.

اهم القضايا الصحية التي يعاني منها الشباب

جاءت الامراض الناتجة عن السلوكيات غير السليمة (كالتدخين والادمان..الخ) ومن ثم المشاكل النفسية والامراض المزمنة اهم القضايا الصحية التي يعاني منها الشباب في الضفة الغربية من وجهة نظرهم بواقع 41.9%، و 25.9% و 17.0% على التوالي، ومن الملاحظ وجود اجماع على هذه القضايا وترتيبها بين الذكور والاناث وبين الأفراد 15-17 سنة والافراد 18-24 سنة على حد سواء، وبين الشباب المقيمين في شمال وجنوب ووسط الضفة الغربية كذلك، مما يعني ضرورة وضع البرامج والخطط اللازمة للتوعية بمخاطر السلوكيات غير السليمة لدى الشباب بشكل خاص وكذلك الارشاد النفسي للشباب.

على الرغم من ان البيانات من الدراسة النوعية جاءت منسجمة مع البيانات الكمية، الا انه من الملاحظ تكرار الحديث عن السلوكيات الادمانية في الدراسة النوعية. لقد اورد الاهالي والشباب على حد سواء مشكلة تعاطي مشروبات الطاقة والمشروبات الكحولية كواحدة من اهم المشاكل التي تواجه الشباب. وقد اتى ذلك متناغما مع التركيز على الاستخدام غير الايجابي لأوقات الفراغ بما في ذلك التسكع وقضاء اوقات طويلة على الانترنت وفي المقاهي. ان التسلسل الذي وردت فيه المشاكل السلوكية الادمان متنوعة بالقضايا النفسية تبين بشكل جدي مدى الفجوة في البرامج المخصصة لاستيعاب طاقات الشباب وتأمين الاحتضان المؤسسي للشباب على مختلف فئاتهم، وعلى الرغم من الاستثمار الكبير الذي حصل على البنى التحتية لبرامج الشباب بالمفهوم الرياضي، الثقافي والمجتمعي، إلا ان غياب المؤسسات الحاضنة للشباب كان المؤشر الاكثر ظهورا لدى جميع الفئات التي شاركت في البحث النوعي. يشكل ذلك علامة خطر حقيقية حيث ان الاستثمار في البرامج الشبابية يخلو من الجودة وبحاجة الى ان يوضع في اطار استراتيجي منهجي

اهم الخدمات الصحية التي يعتقد الشباب انهم بحاجة اليها

واحتلت الخدمات الصحية النفسية المرتبة الأولى من بين الخدمات الصحية التي يرى الشباب في الضفة الغربية انهم بحاجة إليها حيث رأى 40.4% من الشباب في الضفة الغربية انها اهم خدمة صحية يحتاجها الشباب، في حين رأى نحو ربع الشباب (24.1%) ان اهم خدمة صحية يحتاجها الشباب هي الخدمات الصحية الجسمية، ثم الخدمات الصحية التغذوية بواقع 19.0% من إجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية، في حين بلغت نسبة الشباب الذين يرون انهم بحاجة إلى خدمات صحية جلدية وخدمات صحية جنسية وإنجابية 7.2% و 4.6% على التوالي.

ومن الملاحظ أيضا وجود اجماع على هذه الخدمات الصحية وترتيبها بين الذكور والإناث وبين الأفراد 15-17 سنة والأفراد 18-24 سنة على حد سواء، وبين الشباب المقيمين في شمال وجنوب ووسط الضفة الغربية كذلك، مما يعني ضرورة إيلاء الخدمات الصحية النفسية في الدرجة الأولى الاهتمام الاكبر كونها تعتبر اهم الخدمات الصحية التي يحتاجها الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية.

يأتي اختيار اولويات الشباب من الخدمات الصحية كما هو متوقع حيث ان مختلف الدراسات الاخرى مثل دراسة جامعة النجاح (2010) اضافة الى المعلومات المستقاة من الدراسة النوعية التي سترد نتائجها في الفصل اللاحق تبين ان القضايا النفسية هي الاكثر إلحاحا عند الشباب، حيث يجب ان تتضمن ان سلة الخدمات وكما هي معرفة هنا تتفرع لتستجيب الى القضايا الصحية المطروحة من قبل الشباب، فمثلا محور الصحة النفسية سوف يشمل التعامل مع العديد من القضايا المرتبطة بالسلوكيات الادمانية، الاستخدام الخاطيء لاوقات الفراغ اضافة الى الظواهر الجسمية او النفسية. اما في محور الصحة الجنسية، وعلى الرغم ان البيانات الكمية لم تدرج هذا المحور عاليا على سلم اولويات الشباب، الا ان البيانات النوعية اشارت بوضوح الى هذا المحور من خلال مجموعة من العوامل والظواهر المرتبطة مباشرة بالرفاه الجنسي والصحة الانجابية مثل الزواج المبكر والطلاق المبكر، الممارسات الجنسية الخاطئة، استخدام الانترنت للحصول على معلومات جنسية خاطئة الخ من القضايا التي طرحت في مجموعات الالباء والامهات والشباب. اما قضايا الصحة الجسمية، فقد تطرقت الى مختلف الامور التي استرعت انتباه الشباب مثل الامراض الجلدية، الاصابات والامراض الطارئة الموسمية. علما ان مستوى الخدمات، وحسب ما اعتقد الشباب وذويهم فيجب ان يركز على المعلومات، تقديم المشورة، العلاج والتحويل للملائم عند اللزوم.

احتياجات الشباب الفعلية للخدمات الصحية

لقد تم وضع سلة أساسية للخدمات التي اقترحها الباحثون لتشكل الاطار الخدماتي قيد البحث: التغذية/ الصحة الجلدية/ الصحة النفسية/ الصحة الجنسية والانجابية/ الصحة الجسمية. وقد استهدف هذا التقسيم اقتراح مكونات الخدمات في المستقبل ولكن تم احترام التصنيفات او التعريفات الشبابية للخدمات وعليه فقد اشارت النتائج ان نسبة الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية الذين احتاجوا هم او اي من اصدقائهم المقربين الى خدمات صحية تغذوية خلال العام 2011 قد بلغت 21.4% من اجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية، في حين بلغت نسبة الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية الذين احتاجوا هم او اي من اصدقائهم المقربين الى خدمات صحية جلدية خلال العام 2011 (29.4%) من اجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية.

وبلغت نسبة الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية الذين احتاجوا هم أو أي من اصدقائهم المقربين الى خدمات صحية نفسية خلال العام 2011 (21.5%) من اجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية، وكانت نسبة الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية الذين احتاجوا هم او اي من اصدقائهم المقربين الى خدمات صحية جنسية وانجابية خلال العام 2011 (11.7%) من اجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية، واخيرا بلغت نسبة الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية الذين احتاجوا هم أو أي من اصدقائهم المقربين الى خدمات صحية جسمية خلال العام 2011 حوالي النصف تقريبا (47.5%) من اجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية.

وكما هو متوقع كانت نسبة الاناث الشبابات اكثر حاجة للخدمات الصحية المشار اليها سابقا مقارنة بالشباب الذكور وفي جميع الخدمات الصحية بدون استثناء وقد يعود ذلك لاهتمامهن وشعورهن بالحاجة للرعاية الصحية اكثر من اقرانهن من الذكور، كما كان للشباب في الفئة العمرية 15-24 سنة اكثر حاجة للخدمات الصحية بجميع انواعها مقارنة بالأفراد 15-17، وقد يعود ذلك ايضا لزيادة وعي هذه الفئة للحاجة للخدمة الصحية خاصة في مرحلة المراهقة والنضوج.

اماكن التوجه لتلقي الخدمة الصحية

افاد 42.6% من الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية والذي احتاجوا إلى خدمات صحية بغض النظر عن نوعها خلال عام 2011 انهم توجهوا إلى عيادات صحية خاصة في حين توجه 21.5% منهم إلى عيادات صحية حكومية، ويلاحظ انخفاض نسبة الشباب الذين توجهوا لعيادات تابعة لوكالة الغوث، إذ بلغت نحو 4.5% فقط، وقد يعود ذلك إلى ان هذه الخدمات تتركز في المخيمات فقط وان نسبة سكان المخيمات في الضفة الغربية حوالي 5% فقط، في حين بلغت نسبة الشباب 15-24 سنة الذين احتاجوا إلى خدمة صحية خلال عام 2011 لم يتوجهوا إلى عيادة أو مركز صحي اكثر من خمس الشباب الذين احتاجوا إلى خدمة صحية في ذلك العام، ومن الملاحظ ان الاناث أكثر توجه للمراكز الصحية لتلقي الخدمة التي احتجن إليها كما يشير الجدول ادناه.

نسبة الشباب 15-24 سنة في الأراضي الفلسطينية الذين احتاجوا أو أحد اصدقائهم المقربين إلى خدمات صحية حسب نوع الخدمة الصحية ونسبة التوجه إلى مراكز صحية لتلقي الخدمة المطلوبة

نوع الخدمة	احتياج الشباب لهذه الخدمة خلال 2011		نسبة التوجه الى المراكز الصحية لتلقي الخدمة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
خدمات صحية تغذوية	15.2	27.8	75.3	77.7
خدمات صحية جلدية	24.9	34.1	81.4	90.7
خدمات صحية نفسية	20.8	22.3	48.8	58.6
خدمات صحية جنسية وإنجابية	6.8	16.9	84.8	92.4
خدمات صحية جسمية	46.8	47.8	87.5	94.7

من خلال مجموعات النقاش فقد تم إثارة موضوع عدم قناعة الشباب بالخدمات الصحية العامة من حيث الامان والجودة والاحترام للخصوصية، اضافة الى حقيقة انه لا توجد خدمات صحية مخصصة لقطاع الشباب، فانه من الواضح توجه الشباب نحو القطاع الخاص وذلك بغرض التداوي عند وجود مشكلة صحية. من الملاحظ ايضا في بيانات المسح ان نسبة عالية ممن احتاجوا خدمات صحية لم يتوجهوا اطلاقا لأي مقدم خدمة. وحول أسباب عدم التوجه الشباب الذين احتاجوا إلى خدمة صحية لتلقي الخدمة الصحية في العيادات والمركز الصحية كانت الأسباب المتعلقة بثقافة المجتمع (عدم تقبل الاهل والمجتمع، الشعور بالخوف والخجل، عدم الشعور بوجود التوجه للحصول على الخدمة الصحية) اكبر عائق وراء عدم توجههم لتلقي الخدمة وبنسبة 63.5% من إجمالي الشباب الذين لم يتوجهوا لتلقي الخدمة الصحية، ثم أسباب تتعلق بعدم توفر الخدمة الصحية المطلوبة (عدم توفر الخدمة الصحية أو ندرتها، عدم توفر العلاجات والاجهزة الطبية المناسبة، عدم توفر الكادر المؤهل) من وجهة نظر الشباب انفسهم في الضفة الغربية وبنسبة 14.5%، ويبدو ان الاسباب المذكورة حول عدم التوجه للخدمات الصحية تبين بشكل واضح عدم احساس الشباب بان الخدمات الصحية المتاحة لهم تتسجم مع توقعاتهم او احتياجاتهم.

الرضى عن جودة الخدمة الصحية

افاد نحو 70% من الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية الذين توجهوا هم أو أحد اصدقائهم انهم يشعرون برضى عن جودة الخدمة الصحية المقدمة، ومن الملاحظ ان الذكور كانوا اكثر رضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من الإناث، كما كان الأفراد 15-17 سنة أيضا اكثر رضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم مقارنة بالأفراد 18-24 سنة، وحول اسباب عدم رضى الشباب عن جودة الخدمة الصحية المقدمة افاد اكثر من نصف الشباب (55.3%) انه يعود الى عدم كفاءة العاملين في المرتبة الأولى ثم التكلفة المرتفعة وبنسبة 14.0%.

ان هذا التقييم ليس بالضرورة تقييما لخدمات الصحة المقدمة للشباب، حيث انه لا توجد اصلا خدمات مخصصة للشباب داخل النظام الصحي. ان هذا التقييم يعكس انطباعات الشباب حول الرعاية الصحية من خلال التجربة الشخصية او التجارب التي يسمع عنها. اضافة الى ذلك، فان التقييم يعتمد لدرجة كبيرة على مستوى التوقع اصلا من الخدمة بحيث يكون في العادة الرضى اعلى عندما يكون التوقع متدني والعكس صحيح. في المحصلة، فان جودة الرعاية الصحية من خلال كفاءة العاملين جاءت لتشكّل الجانب الاكبر المحدد للرضى. ايضا وكما هو مبين في الجزء اللاحق، فان كفاءة العاملين تقاس لدى الشباب بقدرة هؤلاء العاملين التعامل بايجابية مع الشباب وتفهم احتياجاتهم.

الحاجة الى خدمات صحية صديقة للشباب

يعتقد نصف الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية ان الخدمات الصحية المتوفرة لا تلبي احتياجات الشباب، مع فرق بسيط بين الذكور والاناث 47.0% و 53.1% على التوالي، ويزداد هذا الاعتقاد لدى الأفراد 18-24 سنة بواقع 52.5%، مقابل 45.0% للأفراد 15-17 سنة. وعن أسباب اعتقاد الشباب بان الخدمات الصحية الموجودة في الضفة الغربية لا تلبي احتياجاتهم كان السبب الاهم هو عدم توفر تلك الخدمات أو ندرتها بنسبة 30.5%، وعدم الاهتمام والتفهم لاحتياجات الشباب بنسبة 15.7%، ثم الاهمال وكثرة الاخطاء الطبية لنحو 15.3% وذلك من إجمالي الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية.

وحول الجنس المناسب لمقدم الخدمة الصحية التي يفضلها الشباب اجاب نحو 52.6% منهم انه لا يهم جنس مقدم الخدمة، 56.3% للشباب الذكور و 48.7% للإناث، في حين فضل ما نسبته 37.4% من الذكور ان يكون مقدم الخدمة ذكراً، وفضلت 47.4% من الشابات الإناث ان يكون مقدم الخدمة انثى. على الرغم من ان نصف الشباب والشابات تقريبا قد التزموا بما هو متوقع ثقافياً حول جنس مقدم الخدمة، إلا انه يلاحظ ان هنالك هامشاً عريضاً للحيادية أي عدم الاهتمام حول جنس مقدم الخدمة. وعند التحليل بعمق، نجد ان جنس المقدم للخدمة كان على مستوى اقل من الاهمية لدى الشباب المقيمين في محافظات وسط الضفة الغربية، حيث نمط الحياة يبدو اكثر انفتاحاً في حين ان الشباب في باقي المناطق كانوا اكثر تحفظاً حول جنس مقدم الخدمات مما يشكل مشاهدة برامجية مهمة.

ويفضل الشباب 15-24 سنة في الضفة الغربية ان يكون موقع مركز الخدمات الصحية الخاص بهم قريب من مكان السكن وبنسبة بلغت 87.2% من إجمالي الشباب، مع ارتفاع واضح في نسبة الإناث اللواتي يفضلن ان يكون المركز قريب من اماكن سكناهن وبنسبة 90.0% مقابل 84.6% للشباب الذكور.

وحول طبيعة هذه المراكز الصحية الصديقة للشباب فضل نحو 40% من الشباب ان يكون مركز صحي مدمج مع خدمات صحية أخرى، فكانت بين الشابات 46.6% وبين الذكور الشباب نحو الثلث (33.2%)، في حين فضل نحو 23% من الشباب ان تكون هذه الخدمة الصحية على شكل عيادة أو مركز صحي مستقلة للشباب، وبدون فروق واضحة بين الشباب الذكور والاناث، كما فضل نحو 18% ان تلقى الشباب الخدمة الصحية الصديقة للشباب ضمن مركز أو نادي رياضي مع فرق واضح ما بين الاناث والذكور فبلغت هذه النسبة نحو 24% للذكور مقارنة بحوالي 13% للإناث. ومن الملاحظ ارتفاع نسبة الشباب المقيمين في محافظات وسط الضفة الغربية الذين يفضلون ان يكون مركز صحي مدمج مع خدمات صحية أخرى اذ بلغت هذه النسبة حوالي 49.3%، مقارنة مع حوالي 40% للمقيمين في محافظات شمال الضفة الغربية وحوالي 30% للمقيمين في جنوب الضفة الغربية.

كما يفضل 46.5% من الشباب ان تقدم الخدمات الصحية الصديقة للشباب من خلال مراكز صحية خاصة، مع ملاحظة ارتفاع نسبة الإناث اللواتي يفضلن ذلك مقارنة بالشباب الذكور فبلغت 49.4% للإناث مقارنة بـ 43.7% للشباب الذكور، كما اعتبر نحو 76.5% من الشباب في الضفة الغربية ان موضوع السرية مهم عند حصولهم على الخدمة الصحية الخاصة بهم، فكان موضوع السرية كما هو متوقع اكثر اهتماماً من قبل الإناث الشابات مقارنة بالذكور فبلغت 79.6% للإناث مقارنة 73.6% للذكور، كما تفضل الإناث تلقي الخدمة الصحية بشكل منفصل للشباب والشابات بواقع 70.2% من إجمالي الشابات، في حين فضل ذلك من بين الذكور الشباب 61.1%.

وحول اعتقاد الشباب بان وجود مقابل مالي للخدمة الصحية يشكل عائقا امام التوجه للحصول على الخدمة الصحية المقدمة للشباب، انقسم الشباب ما بين مؤيد ومعارض حول ذلك حيث أشار نحو 41% من الشباب انه يشكل عائقا للتوجه الشباب نحو الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأشار نحو 37% باعتقادهم بأنه لا يشكل عائقا لذلك، في حين رأى نحو 22% من الشباب انه قد يشكل أحيانا عائقا امام التوجه للحصول على الخدمة الصحية المقدمة للشباب، وبدون فروق واضحة على مستوى جنس الشاب.

كما انقسم الشباب أيضا حول المكان المفضل لتلقي الخدمة الصحية فأشار نحو 47% منهم انهم يفضلون تلقيها في مركز صحي خاص، في حين فضل نحو 41% تلقيها في مركز صحي حكومي ومن الملاحظ ارتفاع نسبة الشابات اللواتي يفضلن تلقي الخدمة الصحية في المراكز الصحية الخاصة مقارنة بالشباب الذكور فبلغت هذه النسبة نحو 44% للذكور مقابل نحو 49% للإناث.

الفصل الثالث

نتائج الدراسة النوعية

تهدف الدراسة النوعية الى دراسة الخدمات الصحية المقدمة للشباب واحتياجاتهم وأولوياتهم من وجهة مقدمي الخدمة والمختصين في هذا المجال، بالإضافة الى المجتمع المحلي فيما يتعلق بصحة المراهقين والشباب والخدمات المقدمة لهم، وكيف يمكن تكيف الخدمات الصحية لتلبية احتياجات الشباب.

تم تنفيذ 8 مجموعات بؤرية (اثنتين للشباب أنفسهم، وأربع مجموعات بؤرية للآباء ومجموعتين للمعلمين)، وقد روعي في تنفيذ هذه المجموعات التوزيع الجغرافي للضفة الغربية وجنس الباحثين، إذ عقدت أربع مجموعات بؤرية للذكور ومثلها للإناث. كما تم عقد لقاءات مع مقدمي الخدمة الصحية في مختلف مناطق الضفة الغربية، كما عقدت 10 لقاءات مباشرة مع شخصيات ومؤسسات ذات علاقة مباشرة بقضايا الشباب.

أولاً: التحديات والمشكلات التي تواجه الشباب حسب الأطراف المختلفة

يرتبط واقع الشباب في الأراضي الفلسطينية بالكثير من المشكلات والتحديات التي تؤثر سلباً على ظروفهم وحياتهم الصحية، فالتحديات المنوطة بهم في الوضع العام الفلسطيني ارتبطت بالكثير من المتغيرات، سواء في ضيق الحيز المكاني، أو الصعوبات في الحركة نتيجة ممارسات الاحتلال من خلال فصل المناطق أو الجدار، إلى الواقع الاقتصادي والبطالة الحالية نتيجة الأزمة التي تعيشها الأراضي الفلسطينية، أضف إلى ذلك وقت الفراغ المهودر لدى الشباب، والذي تزداد معه الآثار السلبية في ظل غياب المؤسسات التي تهتم بهم.

مشكلات الوضع العام الفلسطيني حسب توجهات المجتمع المحلي

بشكل عام، أجمع المشاركون والمشاركات في ورشة العمل أن الشباب والشابات في الأراضي الفلسطينية يواجهون ظروفًا وأوضاعًا اقتصادية واجتماعية وثقافية ونفسية صعبة، بحيث تؤثر تلك الظروف بطرق مباشرة وغير مباشرة على أوضاع الشباب والشابات الصحية.

ترى الأمهات أن الوضع العام للشابات والشباب ليس مستقرًا، فهناك عوامل تؤثر سلباً على الشباب وعوامل أخرى تؤثر على الشابات. بشكل عام يتأثر الشباب الذكور بغياب فرص العمل، وتعتبر هذه هي المشكلة الرئيسية خاصة مع الوضع الاقتصادي العام الذي تمر به الأراضي الفلسطينية المحتلة.

"الأولاد بمضوهم دايرين في الشوارع أو بضلوا في الدار وكل يوم مشكلة ، في نفس الوقت ما فش حدا بدير بالو عليهم لا سلطة ولا مجتمع ولا حدا ، صحيح أنا ام بعطيه اللي بدو اياه بس مش كل اشي بعطيه اياه".

كما نوهت الأمهات إلى صعوبات الحياة الاقتصادية التي ينتج عنها صعوبات في الوصول إلى الخدمات الصحية للشباب وللأسكان عموماً *"الحياة الاقتصادية صعبة للناس اليوم وما بتقدر تقوم بأولادك يعني بدهم دكتور، مستشفى، الله اعلم كيف الواحد بدير حاله".*

تحدثت الأمهات في ذات الورشة عن مقارنات للأوضاع ما بينهن وبين أبنائهن وإن أوضاعهن العامة والصحية كانت أفضل، حتى في ظل التكنولوجيا والتطور الموجود، فالتكنولوجيا تؤثر سلباً على حياتهم وأوضاعهم، وهي سلاح ذو حدين سواء سلباً أو إيجاباً. "زمن كانت ظروفنا أحسن من ظروف أولادنا بشكل كبير خاصة في ظل انتشار التكنولوجيا اليوم، بس هذا التطور سلاح ذو حدين يعني أنا بكون خايفة كثير على بناتي لما يكونوا على الفيس والنت والفضائيات، يعني صار فيها كثير تطور وزى ما فيها إيجابيات برضو فيها سلبيات".

في حين تعددت المشاكل والتحديات التي تواجه الشباب والشابات حسب توجهات الأمهات في مخيم بلاطة، واللواتي ركزن على قضية الثقافة المحلية وتأثيراتها السلبية على صحة الشباب. وكان التركيز على الثقافة مرتبط مع تعاطي الأسرة مع الأبناء ضمن محاذير وممنوعات "العيب".

"غياب الثقافة وخاصة في القضايا الجنسية، وغياب الثقافة الجنسية يولد ممارسات جنسية خاطئة تؤدي إلى مشكلات صحية مختلفة، فهناك ثقافة العيب وهذه مشكلة صحية رئيسية يقع شبابنا فيها في المخيم، وتواصل الأهل يتم أيضاً من قبل الأهالي مع الاحتياجات في القضايا الصحية وخاصة الجنسية تتم بطرق غير صحيحة منها ثقافة العيب أو الحذر" (أمهات من مخيم بلاطة).

كما نوهت الأمهات في ذات الورشة إلى المفاهيم الصحية والمعرفية التي يتلقاها الشباب من مصادر تعمق من حجم الإشكالية، مثل الانترنت والتلفزيون، خصوصاً أن هذه المصادر غير مراقبة ومتاحة بشكل كبير للشباب خاصة الذكور. "الشباب يتلقوا المفاهيم الصحية عبر وسائل إضافية وأهمها الانترنت والتلفزيون، والمشكلة في الانترنت في المخيم إنها محلات غير خاضعة للرقابة وغير مرخصة، والبيئة هاي تؤثر على الشباب وتؤدي بالتأكيد إلى مشاكل صحية في بيئة غير صحية". (أمهات من مخيم بلاطة).

ومع غياب النشاطات المختلفة وغياب المؤسسات التي تفعل دور الشباب، ينحو الشباب نحو ممارسة نشاطات سلوكية ضارة مثل التدخين، والتوجه نحو قضاء وقت الفراغ على الانترنت وغيرها. ولكن بالنسبة للشابات وضمن الواقع الاجتماعي والثقافي خاصة في ريف بيت لحم فتبقى الشابات حبيسات البيوت وحركتهن مرتبطة فقط بالحاجة، مثل الوصول إلى المؤسسات التعليمية أو الوصول إلى حالات ضرورية أو البقاء في البيت.

في حين استطرد الآباء في سياق حديثهم فيما يتعلق بالتحديات التي تواجه الشباب "من خلال تجاربهم كأباء" في غياب الهوية وتحديد دورهم المجتمعي، وعكس ذلك نفسه جلياً في ضبابية وعدم وضوح المستقبل ولعل غياب الأمل يضيق باستمرار من نظرهم للمستقبل، كما نوه الآباء إلى عدم فعالية وفجوة التواصل ما بين الآباء والأبناء فالأبناء يقضون أوقات فراغهم إما مع الأصدقاء أو مشاهدة التلفاز أو استخدام الانترنت أو الألعاب على الكمبيوتر، وقضاء وقت الفراغ هذا في حيز ضيق خاص بهم يساهم بشكل رئيسي في غياب التواصل.

"أهم مشكلة الهوية، ما الذي يريدون وتحديد دورهم في المجتمع وتنمية المجتمع وهذا يقود إلى موضوعة الشباب واقعين تحت تأثير جملة من العناصر مثل النت والتلفزيون والمواقع الاجتماعية التي تؤثر على خياراتهم وتؤثر على موضوعية قدرتهم على تحديد هويتهم.....عدم وضوح المستقبل ولعل غياب الأمل يضيق من أفق نظرهم للمستقبل... وهذا يقلل من التواصل الاجتماعي بين الآباء والأبناء معدوم بالعموم من خلال قضاء وقت فراغهم بشكل عام على الألعاب والكمبيوتر".

اتفقت المعلمات بالعموم مع ما طرح سابقاً، وركزن أيضاً على جوانب أخرى تمس حياة الطالبات، حيث تواجه الطالبات على وجه الخصوص حسب وجهة نظرهن مشاكل عدة وفي عدة مستويات مشاكل اجتماعية واقتصادية وتعليمية وبيئية وجنسية، هذه المشكلات ترتبط بشكل رئيسي بقضايا إضافية مثل الزواج المبكر والطلاق، ناهيك عن المشاكل البيئية التي تفرضها ممارسات الاحتلال على منطقتهم. كما أضافت المعلمات في ذات الورشة أن التطور التكنولوجي وشبكات التواصل الاجتماعي من خلال الانترنت والتلفاز تؤثر كثيراً على واقع الفتيات وتعاطيهم مع واقعهم الاجتماعي والذي يولد بالنهاية انفتاح في حيز ضيق يؤثر على صحتهم من خلال ممارسات مختلفة.

"جيل الشباب الجديد في ظاهرة تحدي وصراع فيه انفتاح مثلاً الانترنت والمسلسلات التركية تؤدي الى انفتاح على قضايا تؤثر على صحتهم سلباً وخاصة مع فترة المراهقة والتغيرات وطريقة التغيرات الجسمية خاصة بحرج من الدورة الشهرية عشان وما بتعترف لاهلهم فيها وعشان هيك اسهل شي فوط غير صحية وفيه منهن اهلهم بوخذهن على الدكتور على اعتبار الدورة اتاخرت ويكتشفوا بس من الحرج والخجل انهم ما بحكوا لاهلهم".

وبخصوص الزواج المبكر نوهت المعلمات بقوة إلى قضايا الزواج المبكر "أنا عندي طالبة حامل وعندي طالبة خاطبة، والطالبة الخاطبة شاطرة كثير وبتحكلي إنها ما بدها تقدم توجيهي لأنها بدها تتزوج".

كما أشارت المعلمات إلى أن معضلة الزواج المبكر تشكل مشكلة رئيسية تواجه الفتيات في هذه المنطقة، وأن للزواج المبكر تبعات متعلقة بالواقع الاجتماعي والصحي والاقتصادي. "الموضوع المهم الزواج المبكر كمان احنا عندنا زواج مبكر كثير الأولاد بتسربوا عشان يشتغلوا وعندنا وضع مدارس الذكور كثير صعبة والعلامات كثير مندنية والنجاح في الخمسينات وفش اهتمام بالتعليم لسه البنات وضعهن احسن، بس برضوا فيه زواج مبكر".

وفي ذات السياق نوهت المعلمات إلى انعكاس الواقع الاجتماعي للأسر على الواقع النفسي الصحي للفتيات خاصة مع انتشار ظاهرة الطلاق والمشاكل داخل الأسرة على الفتيات. "كمان مهم كيف الوضع الصحي للطالبات بيبكون صعب من البيت فيه طالبات كثير بيجين من بيوتهن مضغوطات وفيه طالبات بحكوا مرة تنتين انهم مخنوقات ومش قادرات يظلمين في الحصة، وبعد حوار ونقاش طويل معهن اعرفنا انه فيه مشاكل في الاسرة وحدة احكثلي انه أبوها طلق أمها وحدة ثانية احكثلي انه امها حردانة، واحنا عنا في منطقتنا نسبة الطلاق عاليه كثير وهذا كله أثره الأول على الشباب والبنات وعلى الوضع الصحي والنفسي الهن".

ثانياً: العوامل التي تساهم في الحياة الصحية

هناك عوامل عدة حسب الشباب والشابات تساهم في خلق واقع صحي غير سليم، حيث تم ربط المؤثرات بالمفاهيم الصحية وتحدثت الشباب والشباب بتنوع عنها سواء تلك التي ترتبط بممارسات على أنها صحية وتكون نتائجها سيئة مثل الرجيم أو التغذية لتقوية الجسم، أو المخدرات، وعوامل خارجية مثل الاحتلال الإسرائيلي وعدم توفر الأمان والبيئة والتلوث.

كما نوهت المعلمات أيضاً إلى ممارسات يكون لها نتائج مباشرة وغير مباشرة على صحتهم، هذه الأمور مرتبطة بالتغذية وبعض الممارسات السلوكية. "أمور التغذية عند البنات مشكلة بعتمدن على الشيبس والمشروبات الغازية والطاقة وكلها هاي بتعمل تغيرات هرمونية تؤثر على صحتهم وكمان قلة الاكل البنات ما بتيجي الحصة الثالثة الا الوحدة تعبانة على

الآخر.....كمان فيه السهر الكثير وهذا بيأثر اكيد على صحتهم، وكمان زي ما احكينا عدم وعي بعض الطالبات واهاليهن للدورة الشهرية باستخداموا فوط غير صحية بتأثر عليهن".

فيما تحدث المعلمون عن التحديات التي تواجه الشباب أيضا، ومن أهمها انسداد الآفاق المستقبلية أمام الشباب مثل سوق العمل والبطالة والتعليم، والتحدي الآخر يتمثل في ضيق الحيز المكاني نتيجة الجدار الذي يخلق آفاقا كثيرة أمام الشباب خاصة في بعض المناطق المعزولة، بجانب غياب وجود المؤسسات وعدم وجود مراكز تدريبية تاهيلية، إضافة إلى المشاكل الاجتماعية والثقافية سواء داخل الأسر أو إمكانية بناء علاقات عاطفية مع الآخر، بجانب التهميش المضاعف للشباب ضمن الثقافة السائدة.

"انسداد الآفاق أمام الشباب مثل سوق العمل البطالة والتعليم وغيرها من الأمور....عدم وجود مراكز ومؤسسات تهدف إلى تنمية قدرات الشباب واستغلال طاقاتهم .وعدم وجود مراكز تأهيلية للشباب....المشاكل العاطفية والعلاقات مع الجنس الآخر....المخططات الهيكلية للقرى في المناطق ج والجدار".

وقت فراغ غير مستثمر يعزز من مسلكيات سلبية في ظل غياب المؤسسات

كما تأثر الشباب والشابات بالبنى العامة انعكس هذا التأثير أيضا بشكل جلي في الآليات والقضايا التي يشغل به الشباب والشابات أوقات فراغهم. فمع غياب المؤسسات التي تحتضن الشباب والشابات وغياب البرامج، تبقى المساحات المتاحة أمام الشباب والشابات في ممارسات سلبية تؤثر عليهم بشكل سلبي نفسيا وصحيا كما طرحت ذلك من قبل الفئات المختلفة من المجتمع المحلي.

فقد نوهت الأمهات إلى حساسية واقع الشباب والشابات في مراحل عمرية كفترة المراهقة، وكيف يساهم وقت الفراغ في جنوح الشباب نحو ممارسات خطيرة تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على واقعهم الصحي، فهناك فترات عمرية خطيرة تمر بالشباب مثل مرحلة المراهقة، حيث يندفع الشباب في هذه المرحلة إلى ممارسات خطيرة على صحتهم مثل التدخين والسهر وقضاء وقتهم في الشوارع بدون أي فائدة، مع التأكيد أيضا على غياب المؤسسات ودورها.

"عن سن المراهقة أنا بدي احكي ، طبعا سن 18-20 سن حرج جدا بتلاحظ إنهم مدفوعين اكثر اشبي للدخان مش لاشي مفيد، فش مراكز إنها تضمهم مراكز تنمي قدراتهم وأفكارهم يعني عندي ابن ما شاء الله عليه عنده 19 سنة بس فش عندنا مراكز تحتضنه كثير عندهم قدرات بصرفوها على السهر والدخان وما شابه بنتمنى وجو هيك مراكز حتى تحفظهم من الضياع خصوصا في ظل هاي الأوضاع الاقتصادية".

وانعكس ذلك جليا في طرق قضاء وقت الفراغ لدى الشباب والشابات من وجهة نظر الأمهات، فالشبان يقضون وقت الفراغ في الشوارع أو على الكمبيوتر، أو أحيانا في لعب الرياضة. ولكن الشابات يقين حبيسات البيت، وأحيانا يقضين وقتهن في التطريز، خاصة في الريف.

وضمن الواقع الأشد صعوبة الذي يعيشه شباب المخيم (بلاطة)، يبقى وقت الفراغ معضلة رئيسية تواجهه شباب وشابات المخيم، وينعكس ذلك تلقائيا من خلال ممارسات صحية ترتبط بغياب البرامج والمؤسسات التي من الممكن أن تحد من المشكلات المختلفة بما فيها القضايا الصحية، ويرتبط بهذين الواقعين الثقافة المجتمعية ودورها حول الاهتمامات المجتمعية وأولوياتها خاصة الاهتمامات والأولويات الصحية.

"وقت الفراغ سمة بدن وهو المشكلة الرئيسية لأولادنا ما في شغل ولا أماكن يروحوا عليها والانترنت "صار سمة بدن" الشباب والشابات يستخدموه لتحريك غرائزهم"، وفيه غياب للمؤسسات وامكانية الوصول لها ويغيب مصادر التوعية، والثقافة القائمة فش فيها اهتمامات والقضايا الصحية".

وفي الجانب الآخر، تنتشر بعض الممارسات جراء هذا الوضع القائم والذي يعكس نفسه تلقائياً على واقع الشباب والشابات الصحي، ومنها انتشار المواد المخدرة والمشروبات الكحولية ومشروبات الطاقة، وتأتي في ذات السياق مشاكل أخرى مثل الزواج المبكر وعمالة الأطفال والتسرب، كلها مجتمعة تشكل بؤرة هامة تؤسس باتجاه واقع صحي غير سليم للشباب والشابات.

"انتشار ظواهر جديدة بين بعض الشباب الذكور في المخيم خاصة المواد المخدرة والمشروبات الكحولية وهذا يؤدي إلى ممارسات صحية خاطئة،....تسرب البنات من المدارس يؤدي إلى زواج مبكر وهذا يترافق مع مشاكل صحية وتسرب الأولاد يؤدي إلى عمالة الأطفال وهذا أيضا يؤدي إلى مشاكل صحية".

وقد أكد خبراء من المجتمع المحلي (مخيم بلاطة كمثال) على ذات الموضوع مضيفين لذلك أن هذه الممارسات الناتجة عن وقت الفراغ وطريقة التعاطي معه يؤدي إلى ممارسات شتى كما أسلفت الأمهات بجانب الممارسات الجنسية الخاطئة وهذا الواقع يؤدي إلى مشاكل صحية جسدية ونفسية وذهنية.

وقد أكد الآباء في ورشة أخرى على واقع وقت الفراغ ارتباطا بالغياب المؤسسي في هذه المنطقة، فالى جانب غياب المؤسسات المختلفة التي توفر مساحات لقضاء وقت الفراغ والقيام ببرامج توعية، وان قضاء وقت الفراغ يتم في أماكن عامة دون أي برامج مؤسسية بالنسبة للشباب، ومع ضيق هذا الحيز بالنسبة للشابات كل هذا ولد صعوبة في الوصول للخدمات المجتمعية والصحية منها. وعليه تنشأ ممارسات غير صحية للشباب للتفرغ عن واقعهم مثل التدخين شرب الكحول والإدمان على الانترنت.

ضيق الحيز

يرتبط أيضا بقضاء وقت الفراغ ضيق الحيز والمساحة المتاحة خاصة للشابات للتعامل مع واقعهن وحياتهن، حيث تبقى معظم الفتيات حبيسات في الحيز المحدود خاصة في الريف، ففيما يتعلق بالشابات وضيق الحيز المكاني، الخاص والعام، في القرية تبقى طموحاتهن محدودة، فالحيز ضيق أمام الفتيات خاصة في الريف كما نوهت سابقا أمهات محافظة من ريف بيت لحم وأضفن أيضا، "الصبايا بشكل عام أنا بحكي كقرية عندنا في نسبة صبايا عندنا بنتمنى او نقدر نفتح لهم اهم اشئ يشتغلوه لانو الوضع الاقتصادي بشكل عام سيئ، وللبنات بشكل خاص، أنا عندي إطلاع على عدة عائلات وضعهم داخل البيت بتلاقي 4 أو 5 صبايا بدون شغل، يعني هدول الصبايا بدهم مصروف مش بس الشباب بدهم مصروف يدخن ويطلع كمان الصبايا لهم مصروفاتهم الخاصة في حال اشتغلوا هدول الصبايا بصيروا معتمدات على حالهم بدل ما يضلن محجمات انو انتي بنت ولازم تظلي بالبيت".

كما يتأثر واقع المخيمات (مخيم بلاطة كمثال) نتيجة البيئة الاجتماعية والبيئية بإضافة وتراكم مشاكل صحية لدى الشباب والشابات، فعلى سبيل المثال يعيش المخيم في بيئة غير صحية مثل الازدحام وقلة التهوية وكثافة المشاكل والازدحام السكاني داخلها، ما يعزز من السطوة الاجتماعية للكبار ومن الذكور مثل مشاكل العنف والتحرش الجنسي.

"هناك ظروف صحية سيئة تواجه الشباب فيما يتعلق بالخصوصية سواء من ناحية صحية وتهوية ولا يوجد خصوصية الفردية فالخاص عام ككل فالكل يسمع بعضه والكل يرى ما يفعله الآخر".

وأضافت أمهات أخريات من مخيم بلاطة إلى ذات القضية بقولهن: "واقع أبنائنا في المخيم محصورة والحياة محصورة وفيه تمييز بحرية الشابات لانا بنخاف كثير على بناتنا. وهناك سطوة من الكبار على الصغار خاصة في مواضيع مثل التحرش الجنسي".

وتتشابك الأمور والقضايا ببعضها البعض ضمن الوضع العام حسب الآباء، حيث انعكس ذلك جليا على واقع الشباب الصحي من خلال الصحة النفسية والصحة الجسدية بشكل رئيسي، فعلى الصعيد النفسي تتحدد علاقات الشباب والشابات في حيز ضيق، هذا من جهة ومن جهة أخرى، تلك النشاطات ليس لها ضوابط تربوية أو فكرية وإنما تعزز ممارسات عنفية، بجانب أن السهر والجلوس لساعات طويلة دون حركة أو ممارسة أي نشاطات أو احتياجات تؤثر صحيا بشكل مباشر وغير مباشر على الشباب والشابات.

وقد ساهم ضيق الحيز، حسب المعلمين أيضا، على أشكال قضاء وقت الفراغ للطلبة، من خلال مساحات معينة كالتسلية مع الأصدقاء مثل لعب الشدة أو على المقاهي أو تجمعات تساهم في بلورة سلوكيات مختلفة مثل التدخين والارجيلية، أو قضاء وقت الفراغ على الانترنت والكمبيوتر والتلفاز.

وقد نوه خبراء في وزارة الصحة إلى البعد المفاهيمي، بأن الصحة هي نتيجة، ارتباطا بما له من دلالات مجتمعية. "الصحة هي بالأساس نتيجة (outcome) فالتعليم له ارتباط بالصحة، وضرورة لمنع المرض، والبيئة لها علاقة من خلال التلوث فالصحة باختصار قضية مجتمعية وهناك تدابير اجتماعية ضرورية لتحسين الوضع الصحي وزواج الأقارب، ان قضية الصحة الشبابية هي قضية مجتمعية سياسية، وهناك غياب للوعي، وعليه نحن بحاجة الى برنامج صديق لصحة الشباب" (د.أسعد رملوي).

ثالثا: آراء المجتمع المحلي نحو مدى كفاءة وكفاية الخدمات الصحية للشباب

لم تلمس النتائج أي نوع من الرضا لدى المجموعات المجتمعية المختلفة حول الخدمات الصحية القائمة، حيث نوهت الأطراف المختلفة أن هناك تحديات تواجه هذه الخدمات في جانبين ذات أهمية سواء من حيث كفايتها: فهناك نقص في الخدمات سواء في بعض الأنواع أو من حيث عدالة توزيعها الجغرافي. والجانب الآخر مرتبط بكفاءة الخدمات الموجودة حيث أفادة المؤشرات الواردة في اللقاءات أن هذه الخدمات غير كفؤة وغير جيدة من حيث الجودة والكفاءة.

ففي هذا الجانب تحدثت الشابات على أن هناك شح وعدم وضوح في المعلومات العامة والثقافة الصحية بالعموم لدى الشابات، وعندما تتوفر معلومات فهي غير كافية. وأضافت الشابات أن مصدر معلوماتهن بالمقام الأول يأتي عبر الانترنت والتلفزيون وبعض البرامج التخصصية بجانب الوالدين كمصدر أيضا "المعلومات الصحية غير كافية ويمكن الحصول عليها من خلال المصادر أهمها الانترنت والتلفزيون خاصة البرامج الصحية المتخصصة بذلك، ومن الأم والأب" (الأهل).

ولكن فيما يتعلق بالمعلومات الصحية الجنسية فقد اشار بعض الشباب الى ان مصادرها تبقى من الزميلات والصديقات ومن خلال الإطلاع على الانترنت والكتب والمجلات. "الصبايا بالعادة يفضلوا أن يأخذوا مثل هاي المعلومات من الصديقات ومن خلال الإطلاع على الانترنت والكتب والمجلات".

ولم تختلف المصادر للمعلومات الصحية كثيرا عنها لدى الشباب مقارنة بالشابات، فقد ذكروا كما ذكرت الشابات، الأهل والانترنت ووسائل الإعلام والأصدقاء، "هناك إجماع على أن المعلومات الصحية لديهم غير كافية ويمكن الحصول عليها من خلال المصادر أهمها الانترنت والتلفزيون ووسائل الإعلام المختلفة، ومن الأم والأب (الأهل) والأصدقاء، نشرات التوعية، النت، وسائل الإعلام، الأصدقاء.. الخ".

وارتباطا بالموضوع نفسه، وبشكل عام لا يوجد رضا عند الشابات و الشباب -حسب نتائج ورش العمل - عن الخدمات الصحية المتوفرة وينظرن لها بنوع من التشكيك وعدم الجودة، ويرتبط ذلك حسب وجهة نظرهم إما لعدم توفر الخدمة الصحية التي تسعى الشابات للحصول عليها أو لقلة الجودة في حال توفر الخدمات الصحية، والأسباب ترتبط بقلة خبرة الأطباء وكثرة الأخطاء الطبية، وقلّة المراكز الصحية .

ولم تختلف النتائج التي تقدمت بها الأمهات عن ذلك كثيرا، من خلال النظر بقدرة الخدمات وشموليتها وبأن هناك محدودية في تلك الخدمات وهي تنصب بشكل رئيسي في التوعية والإرشاد وخدمات تنظيم الأسر، وليس لتلك الخدمات أي علاقة باحتياجات الشباب.

"ما فش خدمات صحية، المرشدة الاجتماعية بالمدرسة بكون على عاتقها تشوف حالة الطالبات والمشاكل اللي بتعرضو إليها، لا فش خدمات حكومية عندنا بالمرّة، الخدمات الصحية المقدمة ما إليها علاقة باحتياجات الشباب".

وفي الاتجاه نفسه، أشارت الأمهات في مخيم بلاطة عن خصوصية واقع الخدمات في المخيم من حيث غياب الخدمات بشكل رئيسي، وبأن الخدمات المتوفرة نتيجة الاكتظاظ تغيب عنها الخصوصية. هذا الواقع يؤثر بدوره على التوجه لتلقى خدمات صحية ضرورية خاصة للشباب سواء لغياب الخدمة أو غياب النوعية والخصوصية في ذات الوقت.

كما أشار خبراء محليون في المخيم إلى غياب المؤسسات، والتأكيد على وجود فراغ مؤسساتي كبير، خاصة في المؤسسات الصحية القائمة، مع التنويه أن الخدمات الصحية المتاحة ينقصها الكفاءة والفاعلية والتخصص.

"الخدمات المتوفرة المركزية المتاحة بشكل مستمر للحوامل والأمراض المزمنة، ولكن العيادة المركزية التابعة للوكالة بتفتح من الساعة الثامنة للساعة ثنتين، وبالمجمل تعالج ما لا يقل عن 1000 حالة، وهنا مهم التنويه أن هذه المراكز لا توفر الخصوصية أثناء العلاج وهذا يؤثر على توجه الشباب والشابات لتلقي الخدمات الصحية داخل هذه المراكز خاصة إذا كانت المشكلة متعلقة بالفضايا الجنسية. والمكان بشكل عام غير مؤهل وظروفه غير مناسبة لتوفير الخصوصية، وبشكل عام الفقراء والناس المضطربين هم إلي بتوجهوا لهذه المراكز".

كما تم التنويه أيضا من قبل خبراء محليين آخرين في مخيم بلاطة إلى غياب الإرشاد والتوعية الصحية بشكل عام وغياب للطاقم القادر على التعامل مع خصوصيات الشباب "المرشدة دائما غير متوفرة والطاقم الموجود غير كافي وأحيانا الطاقم المتوفر غير مؤهل للتعاوي مع خصوصيات الشباب والشابات".

ولم يختلف الحال في إفادات الآباء من دورا - الخليل، (البلدة ذات الحجم السكاني الكبير) في موضوع غياب الخدمات الصحية، وان الخدمات المتوفرة غير شاملة، وهناك غياب رئيسي حسب الآباء للخدمات الصحية الثانوية واقتصار الخدمات بشكل رئيسي على الرعاية الأولية سواء الحكومية والوكالة أو الخاصة أو الأهلية. كما يواجه مجتمع دورا غياب التواصل في توفر الخدمات فبرغم العدد الكبير لسكان هذه المنطقة، إلا أن هناك عيادة واحدة فقط تداوم على مدار اليوم وينقصها الكثير من التجهيزات والكوادر، ومع هذا النقص في الخدمات يتأثر بهذا الواقع بطرق شتى أيضا الشباب والشابات.

وأشار الحضور في دورا إلى عدم كفاءة وكفاية الخدمات الصحية المقدمة مثلهم مثل باقي الشرائح والفئات المجتمعية، مع أهمية التنويه بأن هذه الخدمات المتوفرة لا تتجاوب مع احتياجات الشباب والشابات. "الخدمات الصحية غير كافية والخدمات المقدمة مثلهم كممثل المجتمع المحلي بشكل عام وما بتتجاوب مع احتياجات الشباب، لأنه العجلة الصحية غير متطورة ولا يوجد خدمات صحية مقدمة أصلا لهم، ولا يوجد قطاع صحي يهتم بفئة الشاب كشباب والخدمات العامة هي بالأصل ضعيفة وقليلة".

كما تنظر المعلمات إلى محدودية الخدمات الصحية المجتمعية بشكل عام، حيث تعاني منطقة إقامة المعلمات (قرى شمال غرب القدس) من محدودية في الخدمات، والخدمات المقدمة بشكل رئيسي تقدم من قبل مؤسسات المجتمع الأهلي. " بالنسبة للخدمات الصحية بالعموم فش خدمات للسكان والخدمات محدودة من خلال بعض المراكز الصحية في المنطقة وإذا الواحد بمرض بخاف يروح على الدكتور فيه إهمال وخوف. بالعموم..... فيه برامج الأمومة والطفولة، عندنا أهم المراكز الإغاثة الطبية من زمان بشتغلوا عنا، وفيه مركز الهلال الأحمر والوكالة ".

وتحدثت المعلمات عن توفر بعض الخدمات الصحية داخل المراكز، سواء من خلال نشاطات بعض المؤسسات الأهلية في برامج توعية للطالبات والمعلمات أو من خلال تنفيذ نشاطات خاصة بالكشف الصحي على الطالبات، كما يتوفر متابعة داخل المدارس من خلال نظام البطاقة التراكمية والتي تشمل ملف الطالبة الصحي للمتابعة والتواصل مع الأهالي، يشار إلى أن بعض المدارس يتوفر فيها منسقة صحية لمتابعة النظافة والبيئة الصحية العامة.

"بشكل عام في المدارس أحنا كمعلمات وطالبات بنوخذ دورات تثقيف صحي من خلال مؤسسات أهلية حول المراهقة والإسعافات الأولية والقضايا الصحية الإيجابية.... وكمان فيه منسقة صحية في المدرسة بتابع حالة النظافة العامة وحالات الطالبات الصحية وفيه مرشدة كمان معنية بالوضع النفسي للطالبات.... وعندنا نظام البطاقة التراكمية إلى كل طالبة إليها ملف خاص عن أوضاعها العامة وأوضاعها الصحية".

وبخصوص الزيارات الطبية تمت الإشارة إلى أن الزيارات الطبية مقتصرة فقط على طبيب صحة وعيون وهي زيارات عامة غير مرتبطة بالواقع الصحي العام، مع التنويه أن التواصل مع الأهالي يتم في حدود الأسر التي تعاني بناتهم من مشاكل معينة، وان تتجاوب الأسر محدود.

توجهات الخبراء

لم تختلف كثيرا توجهات الفاعلين والخبراء في القطاع الصحي عما أشارت إليه مختلف فئات المجتمع المحلي، حيث أكدوا وبصيغ مختلفة أن هناك شح و/أو غياب لخدمات صحية تلبي احتياجات الشباب والشابات في المجتمع الفلسطيني، كما أكدوا أن السياسات الصحية العامة لديها توجهات ضمن الإطار العام، على سبيل المثال، صحة المراهقة والخدمات الصحية الإنجابية والجنسية وترتبط معظم هذه السياسات بمشاريع تمويلية تنتهي مع انتهاء المشروع. "رغم المحاولات المتفرقة لاحترام حاجات الشباب وتقديم خدمة أو أخرى، إلا أنها معزولة وبقيت مرتبطة بتوفير تمويل وحصرت بموضوع الصحة الإنجابية والجنسية (د. علي الشعار، الأمم المتحدة للسكان).

الخدمات الصحية المتوفرة حاليا لا تراعي احتياجات الشباب، وغير مهيئة لتوفير حاجاتهم، هناك خدمات مجتمعية وتوعوية لكن لا يوجد خدمات صحية (د. سمر شنار، نابلس).

لا يوجد سياسات مصاغة بطريقة صحيحة، والإستراتيجية تتحدث بالإطار العام مثل برامج صحة المراهقة-الصحة الإنجابية، نظام التوعية الصحية، نظام الخلية الداخلية في المدارس، آليات التحويل الداخلي والخارجي، وهنا تحدث د. محمد الريماوي عن أن دورهم الرئيسي توعوي مرتبط في سياق مسؤولياتهم بجانب بعض البرامج على مستوى المدارس، وهذا يجب أن يرتبط بمقدم الخدمة الرئيسية، وزارة الصحة.

- "يوجد نقص في الخدمات لا يوجد خصوصية ولا تتعاطى العيادات القائمة مع احتياجات الشباب، يوجد خلل من طرح هذه المواضيع لغياب الخصوصية". (محمد الريماوي، وزارة التربية والتعليم)
- "الخدمات الحالية لا تلبي الاحتياجات ولا يتم تقديم سوى بعض الارشادات والبرامج التوعية للشباب مثل الإيدز".
- "مش موجودة، رغم المحاولات المتفرقة لاحترام حاجات الشباب وتقديم خدمة أو أخرى، إلا أنها معزولة وبقيت مرتبطة بتوفير تمويل وحصرت بموضوع الصحة الإنجابية والجنسية".

فيما ذهب البعض منهم إلى الحديث عن أن هذه المشاريع والبرامج لا ترتقي إلى مستوى القضية المركزية المرتبطة بتوفير خدمات صحية للشباب، وإنما تكمن الأهمية بدرجة المعرفة والوصول المرتبطة بشكل مركزي بقضايا الحقوق، فالقضية الصحية قضية حقوقية وليست خدماتية بالأساس.

"المهم التركيز على نوعية الخدمات وليس حجمها، وعليه يرتبط بذلك المواقف والمعلومات والممارسات الصحية، فالقضية ليست بحجم المشاريع والبرامج، وإنما بدرجة المعرفة والوصول لمعرفة هموم الشباب وتوفير المعلومة لديهم عن الخدمات الصحية. من الأهمية أيضا الحديث عن قضايا الصحة العامة للشباب في إطار الحقوق الصحية، فهناك فجوة برامجية خاصة في القضايا الحقوقية، وهذا يعكس نفسه بالتأكيد على نوعية الخدمات المقدمة وتعامل القطاع الصحي مع الشباب والممارسات للكادر الصحي مع الشباب عند التوجه لتلقي الخدمة الصحية. وعليه لا بد من سياسات صحية للشباب تتعلق بالحقوق لا يوجد نظام صحي متكامل فيما يخص الشباب بالعكس فهناك بعض المشاريع ولا يوجد ممارسات سياساتية واضحة في الإطار القائم اتجاه الشباب (د. خديجة جرار، الإغاثة الطبية)

أما فيما يخص آراء العاملين في مديريات وزارة الصحة الفلسطينية فقد أشاروا إلى وجود و بشكل جزئي خدمات الصحة الإنجابية واستشارات ما قبل الزواج و هناك تنوع في مقدمي الخدمة الصحية للشباب وأحيانا تتكامل هذه الجهود مثل وزارة

الصحة والوكالة والمؤسسات الأهلية. و قد اشاروا أنه لا يوجد خدمات صحية لطلاب ما بعد الصف السادس، والخدمات الصحية المدرسية مقتصرة على فحص النظر والتطعيم. ايضا اشاروا الى ضرورة وجود نظام تحفيز وحماية لدى القائمين على الخدمة لان هذه الخدمات حساسة يجب أن يحمى مقدم الخدمة وكذلك التدريب والتأهيل للكوادر. ايضا يجب الاستفادة من الشباب أنفسهم ومن قدراتهم، فهم لديهم القدرة في أن يساعدوا في ذلك، في كل مؤسسة هناك دائرة للتطوع يمكن الاستفادة من تجاربهم وخبراتهم.

رابعاً: ما بين الوعي الصحي والاحتياجات

ما زالت قضية الوعي الصحي موضع شك لدى الشباب والشابات، فالمؤشرات التي بينتها النتائج بينت إن الوعي ما زال محدوداً لديهم، ويبرز ذلك جلياً من خلال ممارساتهم التي تضر صحتهم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. وانعكس ذلك أيضاً في تحديد الاحتياجات من حيث النوعية التي يطمحون لها فبدت موضع شك، لان التركيز بدي مرتبط بالكفاية أكثر منه بالكفاءة.

تحدثت الشابات والشباب على حد سواء عن محدودية الوعي الصحي لديهم/م، وارتبط ذلك من خلال غياب الاهتمام والبرامج التوعوية، وإذا تجذر الوعي يكون هناك غياب للمتابعة خاصة من خلال الإعلام الذي يبرز سلوكيات خاطئة تمس حياة الشباب والشابات من خلال الدعايات كمشروبات الطاقة للشباب أو طرق الحفاظ على الجمال للشابات. "الوعي الصحي لدى الشباب متوسط، لا يوجد توعية لهم والشابات تهتم بصحتهن أفضل من الذكور، وأحياناً الوعي موجود لكن لا يوجد متابعة ومساندة للسلوكيات الصحية ومحاربة للسلوكيات السيئة وللإعلام دور حيث يصور الشاب الصحي وال جذاب بذلك الشاب الذي يدخن سيجارة معينة، أو يشرب مشروب غازي أو مشروب طاقة معين فيتم التقليد رغم المعرفة بالمخاطر الصحية لذلك. والصبايا من خلال دعايات عن الجمال والكريمات والعمليات إلي بضر وغيرها والمشروبات الغازية والطبيخ".

وأضاف الشباب أن هناك أيضاً ما يحد من تلقي الخدمات الصحية في البلد أيضاً والتي ترتبط بالتكلفة المادية المرتفعة، واللامبالاة والإهمال لدى مقدمي الخدمات الصحية.

"والذي يمنع الشباب من تلقي الخدمة الصحية مثل الكلفة المادية، الخجل والغرور، اللامبالاة والإهمال" (الشباب).

أما حول الاحتياجات للخدمات الصحية، فتنوعت الاحتياجات التي تحدث عنها الشباب من منظور شمولي بعيداً عن التعريف التقليدي للصحة، فقد تحدث الشباب والشابات عن الخدمات الصحية النفسية والجسمية والتغذوية والجنسية، وان معرفة الاحتياجات والفجوة في تلقيها مرتبط بالأصل بغيابها وعدم توفرها أو ارتفاع كلفتها، خاصة من القطاع الصحي الخاص، أو عدم إعطاء الأولوية للبرامج الصحية للشباب.

"الخدمات الصحية التي يحتاجها الشباب متنوعة وتشمل خدمات صحية نفسية وجسمية وتغذوية و جنسية والذي يمنع الشباب من تلقي الخدمة الصحية عدم المعرفة بها وتوفرها وعدم وجود المعالج المناسب، واستهجان الناس من تلك الخدمات".

وحول احتياجات الشباب في ظل غياب الخدمات المقدمة لهم، تحدثت الأمهات عن برامج وقائية بشكل رئيسي، تلك البرامج المرتبطة بالحد من تعاطي المخدرات، والتوعية في القضايا الصحية الجنسية خاصة المرتبطة بالمرافقة والتحرش الجنسي وغيرها.

كما أكد الآباء أن الخدمات الصحية القائمة حالياً لا تتعاطى وتتجاوب مع احتياجات الشباب ضمن فئاتهم العمرية المختلفة والجنس، كما أن الإمكانيات المادية والبشرية لا تتعاطى مع احتياجات المجتمع بشكل عام والشباب بشكل خاص.

وحول توجهات الأمهات للخدمات المتوفرة التي يحتاجها الأبناء والبنات، نوهت الأمهات إلى غياب تلك الخدمات، وان الاعتماد على بعض الخدمات وخاصة الإرشاد النفسي فهي متوفرة من مؤسسات قاعدية في بعض التجمعات السكانية. وتم التأكيد مرة أخرى على غياب المؤسسات بشكل ملحوظ.

وفيما يتعلق بالسياسات الصحية أكد الحضور في ورشة (الآباء) أن السياسات معدومة بالعموم، وهناك غياب للسياسات الوطنية الرسمية التي تهتم وتتعاوى مع احتياجات الشباب.

وفيما يتعلق بواقع التعليم والسياسات وعلاقته بصحة الشباب نوهت المعلمات في هذا الباب إلى قضيتين رئيسيتين:

- القضية الأولى المنهاج ودوره: هناك مناهج مقر مرتبط بالصحة البيئية والوعي الصحي، ولكن هناك مسألتين ترتبطان في عدم وجود خبرات في الطاقم المدرسي ليقوم بواجبه، إضافة إلى أن الطاقم التدريسي الحالي ليس لديه الوقت والاهتمام لإعطاء قدر كافي لتلك المادة ذات الأهمية.

- القضية الثانية، علاقات الطالبات مع المرشدة والمعلمات: أشارت المعلمات إلى غياب الثقة وانتزاعها ما بين الطالبات والمرشدة، ومع غياب الثقة تبقى الطالبات وحيدات في مواجهة واقعهن الصحي.

وأكد الخبراء أيضاً على غياب السياسات الخاصة بالشباب، ومن الأهمية بمكان عند وضع السياسات الوقوف على المجرى العام لحياة الشباب وأولوياتهم لأن لذلك انعكاس واضح على التعاطي مع أولويات الخدمات الصحية. "لا يوجد نظام صحي متكامل فيما يخص الشباب بالعموم فهناك بعض المشاريع ولا يوجد ممارسات سياسية واضحة في هذا السياق القائم اتجاه الشباب. ومن الأهمية بمكان الوقوف على السياق العام للشباب والوضع العام من بطالة وفقير وظروف سياسية يتأثر بها الشباب وهذا يعكس نفسه على الخدمات والتحفيز والاولويات، فالشباب يذهبون إلى الأحوال المعيشية كأولوية، ويصبح هناك مسلكيات مثل التدخين والمخدرات مرتبطة بالسلوكيات".

فيما ذهب بعض الخبراء إلى الحديث على أن السياسات القائمة حالياً تلبي بعض أو جزء مما يحتاجه الشباب، وهناك أهمية لبلورة سياسات صحية باتجاهات عدة:

- سياسات لسلة الخدمات الصحية.
- هناك سياسات متعلقة بالشباب وهناك اهتمام من السلطة بالشباب وهناك برامج لتعزيز رفاهية الشباب لكن لا يوجد سياسات لسلة الخدمات الصحية التي يجب ان تقدم للشباب، وهناك انطباع لعدم حاجة الشباب لهذه الخدمات".
- الاحتياجات بحاجة إلى ما هو أعمق من الحالي باتجاه مركز وفضاء مجتمعي للشباب.

"فاحتياجات الشباب مختلفة سواء كانت الأمراض الجنسية أو المخدرات أو التدخين أو المشاكل الأسرية والحاجة النفسية والإحباط المهني الدراسي والأمراض والأسئلة المجهولة غير الحاملة لإجابات عند الشباب فالاحتياجات هذه بحاجة إلى مركز وفضاء مجتمعي للشباب".

• الحراك القائم لا يرتقي لوضع سياسة داعمة لاحتياجات الشباب برؤية شمولية. "هناك بعض الحراك مؤخرا لوضع سياسات تقوده بعض الجهات الدولية والمؤسسات الوطنية والاهلية، لكن لا يرتقي لوضع سياسة داعمة لخدمات واحتياجات الشباب يعني هناك مبادرات فردية من قبل مؤسسات".

خامسا: المجتمع المحلي بين واقع صحة الشباب ودوره المستقبلي

دور المجتمع المحلي في خدمات صديقة للشباب

ركز المشاركون والمشاركات في ورش العمل المختلفة على أهمية دور المجتمع المحلي بالرغم من محدودية دوره القائم، ونوهت الفئات المختلفة المشاركة الى التعاطي بشمولية مع القضايا الصحية للشباب والشابات والانطلاق بالعمل المؤسساتي سواء للمؤسسات المحلية أو الاسرة أو المجتمع بالعموم، فقد أشار المشاركون والمشاركات في ورش العمل إلى أدوار مختلفة للمجتمع المحلي يبدأ بالأسرة ويمتد إلى باقي مؤسسات المجتمع المحلي. فقد أوضحت الأمهات على سبيل المثال عن أهمية دور الأسرة: "الأسرة لها دور أساسي في تطوير وتوعية الأبناء تجاه واقعهم الصحي، والمدرسة لها دور كبير أيضا مهم في التوعية".

كما نوهت الأمهات إلى أهمية دور المؤسسات في المجتمع لرفع درجة الوعي لديهم ويتم ذلك من خلال مشاركة كل من النساء والرجال داخل الأسرة "أهمية مشاركة كل من الرجال والنساء للتعامل مع الاحتياجات الصحية للأبناء وعلى المستويات المختلفة، وهنا مهم برامج التوعية للأسرة والأهالي والأمهات والآباء تجاه الممارسات الصحية والتوعية فيما يتعلق بالتقلبات الجنسية للأبناء لأنه يترافق مع ذلك متطلبات صحية".

وأشارت الأمهات أيضا إلى أهمية تعاطي المؤسسات مع المفهوم الشمولي للصحة للشباب والشابات "الصحة الجسدية والعقلية والنفسية والجنسية"، وعليه أن تكون البرامج شمولية وليست موسمية وأن يتم التخطيط للصحة بشكل شمولي "الشباب شريحة مهمة وصحتهم تؤثر بصحة المجتمع ومفهوم الصحة شامل صحة نفسية وجسدية وعقلية.

كما نوهت الأمهات إلى أهمية الدور المجتمعي في مناهضة الوساطة والمحسوبة والتي تؤثر بطريقة مباشرة وغير مباشرة على متلقي الخدمة "مكافحة الوساطة ووجود العلاقات للحصول على الخدمات الشخصية الصحية وخاصة انه الأولويات ترتبط بالأحزاب والعشيرة".

فيما ذهب الآباء إلى دور أبعد من ذلك للمجتمع المحلي من خلال تقديم الدعم المباشر لتعزيز وصول الشباب إلى الخدمات الصحية، كالتبرعات المادية المباشرة وغير المباشرة.

"يساهم المجتمع في قطعة ارض ليتم بناء مستشفى أو مركز صحي عليها، ممكن ان يتم جمع تبرعات من الناس لبناء مركز صحي للمجتمع ككل، المشاركة في دورات تثقيفية وورش عمل تتعلق بالقطاع الصحي لدعم وضع الشباب الصحي، ممكن التوجه إلى أصحاب رؤوس الأموال وطلب الدعم منهم".

وأشار المعلمون إلى أهمية دور المجتمع المحلي بالعموم المحدود في دعم الخدمات الصحية الشبابية، مع أن تطلعات المجتمع المحلي إلى خدمات شمولية يحول الواقع الاقتصادي دون تلبيةها.

"التوجهات محدودة، وذلك لأن أي سياسات أو خطط تحتاج إلى دعم مادي في زمن عز فيه المال، يوجد مساعدات محدودة للدور المجتمع المحلي، ولكن يحتاج إلى اهتمام أكبر، يتطلع المجتمع إلى خدمة الشباب في كافة المجالات الصحية، ولكن هناك حائل دون تلبية رغبات المجتمع وهو المال، المجتمع المحلي مشغول في توفير لقمة العيش لأفراده، فإذا لم يكن هناك قرار مدعوم من الدولة، لا يكون هناك أي تبني للخدمات أو مساعدة ومساندة من المجتمع المحلي".

وأشار معلمون آخرون إلى أن دور المجتمع المحلي ذو أهمية عالية خاصة في مجال التنسيق وتضافر الجهود وتقديم دعم معنوي ومادي لتعزيز الخدمات الصحية للشباب.

"تنسيق ما بين المجتمع المحلي والرعاية الصحية من أجل تقديم رعاية صحية داعمة للشباب، وتضافر الجهود تجاه الخدمات الصحية للشباب، من خلال فتح مراكز صحية وتثقيفية وتوعوية وتطوعية للشباب، ومن خلال الدعم المادي والمعنوي".

وكان الرأي الغالب بأن هناك غياب لدور المجتمع المحلي لدى آباء رام الله، حيث نوهوا إلى أن دور المجتمع المحلي محدود، مع غياب الخطط والبرامج بشكل عام، كما أفادوا بأن أولويات المجتمع المحلي غير واردة على أجندتها قضايا الشباب، حيث يرتبط بذلك غياب الوعي لدى المجتمع المحلي.

"الخدمات بالأساس معدومة ودور المجتمع المحلي محدود، ولا يوجد لديه خطة أو إمكانيات لتحسين هذا النوع من الخدمات الضرورية للشباب. وللأسف لا نشعر بان هنالك أي توجه مستقبلي بهذا الاتجاه، والمجتمع المحلي غير واع بشكل كافٍ لاستيعاب هذه المشاكل وطرق التعاطي مع خدمات صحية لعلها، كما أن أولويات المجتمع المحلي للاهتمام بالشباب غير واردة عموماً، فهوم المجتمع المحلي تتركز في توفير القضايا الاقتصادية وقضايا البنية التحتية أما في فيما يتعلق بموضوع الصحة للشباب فهي غير واردة وهذا واضح من سياسية البلديات، حيث لا يوجد مثل هذه التوجهات، والعبء الأكبر تتحمله منظمات المجتمع المدني وهي غير قادرة على سد الفجوة لغياب الميزانيات والكوادر".

وبالعموم نوه الآباء إلى أن القضايا الصحية للشباب يتم تناولها سواء في إطار السياسات أو العمل ضمن منظور فردي، ولا يتم التعاطي معها كقضية مجتمعية شمولية بحاجة إلى شراكة مجتمعية ورؤية وفلسفة جماعية. كما تم التنويه أن مؤسسات المجتمع المحلي تعمل مع الشباب بالعموم بعيداً عن الاهتمامات الصحية، مع الاستثناء لبعض المؤسسات التي تعمل في مشاريع صحية مبتورة وليس برؤية شمولية.

ونوه الآباء في ذات الورشة أيضاً إلى أهمية دور المجتمع المحلي وفاعلية دوره في دعم وصول الشباب إلى الخدمات الصحية في التخطيط للمستقبل، خاصة من خلال دعم برامج صحية يمكن معها وصول الشباب إلى تلك الخدمات بغض النظر عن أعمارهم ومكان إقامتهم وجنسهم. ومع هذا الغياب، أشار الآباء إلى دور الهيئات والمجالس المحلية في فتح قنوات لتعبير الشباب عن تطلعاتهم واحتياجاتهم الصحية.

"يجب أن يكون هناك دور فعال وواعٍ للمجتمع المحلي في دعم وصول الشباب للخدمات الصحية من خلال حملات توعوية شعبية تشمل جميع قطاعات المجتمع وخاصة شباب الأسر الفقيرة والمناطق النائية البعيدة عن مركز الخدمات، من خلال توفير ودعم مراكز صحية قادرة على الوصول إلى فئات الشباب كافة، من مختلف الأعمار والمناطق والجنس".

كما نوهت المعلومات إلى أن المجتمع المحلي بعيد جدا عن هكذا رؤية أو دور، ويرتبط ذلك حسب إفادتهن بغياب الوعي المجتمعي.

"وبالنسبة لدور المجتمع المحلي حول الخدمات الصحية ورؤيته المجتمعية بعيد كثير عن هيكل موضوع وما له دور وزي ما احكينا وهذا مرتبط اصلا بأنه بعض الأسر ما عندها وعي للقضايا الصحية للشابات". بينما أكد الخبراء على أهمية دور المجتمع المحلي، وأن المجتمع المحلي يتعاطى ويتعاون مع البرامج الصحية بالعموم، وبأن لديه الوعي لهذه الاحتياجات الخاصة بالشباب.

سادسا: رؤية للخدمات الصحية الصديقة للشباب

نوه المشاركون والمشاركات إلى قضايا عدة ترتبط ببناء مؤسسات خدمات صحية صديقة للشباب ترتبط بالوعي وبناء مراكز خدماتية تلبي احتياجاتهم، كما تم التنويه إلى أهمية الإرشاد النفسي والمجتمعي، حيث تشكل تلك المؤشرات صياغة أساس لبناء خدمات صحية للشباب، حيث أفادت الأمهات في ورشة بيت لحم بضرورة التعاطي مع قضايا الشباب الصحية في إطار وقائي من خلال وجود رقابة على الشبكة الالكترونية، مع أهمية وجود مراكز خاصة بالشباب بعيدا عن أي أهداف خاصة لتلك المراكز لا تتلاءم مع موضوع صحة الشباب، وأن تكون أهداف تلك المراكز متناسبة مع مصالح واهتمامات الشباب والشابات.

كما أكد الآباء في ورشهم على القضايا الوقائية بالأساس، مثل أهمية ورشات التوعية والتغذية، وتجهيز مراكز رياضية خاصة بالشباب، ودورات تتعلق بالصحة العامة والإسعاف الأولي، بجانب توفير مراكز إرشاد وتوعية مرتبطة بالممارسات السلبية بشكل خاص مثل شرب الكحول والتدخين وتعاطي المخدرات.

وركز الآباء أيضا على أهمية الإرشاد النفسي والتوعية وأهمية الخدمات الصحية بالعموم والخدمات الجنسية بشكل خاص. وركز الآباء في ذات الورشة على أهمية الوقاية كعلاج للواقع الصحي للشباب، مع تأكيدهم على أهمية إنشاء مراكز خاصة في الإرشاد النفسي والاجتماعي والجنسي، وأن يكون هذا الدور في إطار مجتمعي شمولي يكون للأطراف المختلفة دور به.

وأكد الآباء أن أهم مكونات الخدمات الصحية التي يجب توفرها والعمل عليها هي خدمات الصحة النفسية كمكون رئيسي للصحة العامة، وأن الانطلاق المهني في هذا النوع من الخدمات يتطلب مهنية عالية وبرامج توعية وتسليط الضوء على القضايا الجنسية.

"الخدمات الصحية النفسية والصحة النفسية من أهم الخدمات كمكون رئيسي للصحة العامة والحاجة هنا للتعامل معها من منطلق مهني وهذا يتطلب برامج توعوية وبرامج تستهدف الشباب، مع تسليط الضوء أيضا على الأمراض الجنسية من أجل زيادة معرفتهم وفهمهم له كوقاية".

وأشاروا أيضا إلى أهمية توفير خدمات للشباب في الإرشاد النفسي والجنسي، مع أهمية توفير فرص وإمكانيات الوصول إلى الخدمات الصحية النوعية.

"من خلال إنشاء مراكز صحية حكومية متخصصة للشباب في الإرشاد النفسي والجنسي والاجتماعي، مع توفير عيادات تتعاطى مع احتياجات الشباب ومشاكلهم الصحية والنفسية والاجتماعية، توفير فرص وإمكانيات الوصول إلى الخدمة الصحية النوعية سواء كانت أولية أو ثانوية (تخصصية) للشباب سواء كان ذلك من خلال التأمين الصحية أو تأمينات خاصة بالشباب".

سابعاً: احتضان الخدمات الصحية الصديقة للشباب

اختلفت وجهات النظر حول الرؤية للخدمات الصحية التي تراها الأطراف صديقة للشباب ويجب العمل عليها، فعلى سبيل المثال اختلفت الآراء في ورشة الآباء في رام الله، فهناك ثلاث آراء بين من يراها أن تكون مدمجة مع الخدمات الصحية العامة ومن يراها أن تكون منفصلة، ومن يرى أنها بالإمكان أن تكون في كلا الحالين.

ورشة الآباء في رام الله

- "ممكن أن تكون مدمجة لأنه لا يوجد مشكلة في دمجها مع الخدمات الصحية الأخرى، ويمكن أن تكون منفصلة على أن تقدم الخدمات الصحية الشاملة بما فيها النفسية والاجتماعية والجسمية والجنسية لتفي باحتياجات الجيل الشاب".
- "يجب أن تكون مدمجة بشكل عام، لأن الشباب جزء من المجتمع وفصلهم عن المجتمع في موضوع الخدمات الصحية سيعزز من حالة الاغتراب عندهم، فعلى الشباب التوجه لخدمات صحية تخدم كل الجمهور يطلعوا على جزء من تحديات المجتمع ويعطيهم فرصة للاحتكاك مع الجمهور. ويجب أن تكون مدمجة لأن احتياجات الشباب الصحية احتياجات إنسانية خاصة لو ازدادت بعض الأمراض الخاصة بهم".
- "المفترض أن تكون منفصلة ممكن أن تكون حاجاتهم تختلف عن كبار السن ولهم متطلبات خاصة كفئة عمرية وبحاجة لخصوصيات في بعض الجوانب الصحية وبحاجة الى نوع من التركيز والاهتمام".

بينما يرى آباء دورا الموضوع من زاوية مختلفة، وهي المهم في توفر الخدمات بغض النظر إن كانت منفصلة أو مدمجة، ولكن تبقى المهنية والإنسانية وعدم التفريق بين المواطنين هي الأساس في هذه الخدمات.

في حين ذهبت الأمهات في بيت لحم إلى أبعد من ذلك، من خلال التنويه إلى قضية الفصل عن الخدمات العامة أو دمجها، وان أن يكون الفصل على أساس الجنس، في حين رأت أمهات أخريات في ذات الورشة إلى أهمية الدمج بين الجنسين فالشباب والشابات موجودين في مجتمعات مختلطة، على سبيل المثال في الجامعات.

ورأت الأمهات في ذات الورشة أهمية وجود مراكز صحية صديقة للشباب، على أن يكون هنالك دور حيوي للأهالي في تفعيل هذه المراكز من خلال دعم مشاركة وتوجه الأبناء والبنات لتلك المراكز. وان يتم مشاركة الشباب من خلال هذه المراكز في نشاطات ثقافية وترفيهية.

فيما قدمت معلمات شمال غرب القدس رأيان لفكرة الخدمات الصديقة للشباب: رأي يرى أهمية التركيز على الخصوصية خاصة للشابات، والرأي الآخر يرى ضرورة الاندماج حتى تزول انكشافية تلك المراكز أمام المجتمع المحلي.

الرأي الأول: "أفضل للبننت تذهب بأريحية وتضمن خصوصيتها في هذه المراكز المدمجة لا تراعي الخصوصية وفيه أزمة والبننت بتخجل تروح على هيكل مراكز وهاي المراكز بتتفرع حالة الخجل والحرج عند الشابات....."
الرأي الثاني: "مراكز مدمجة هذا بيبيد انكشاف المراكز الخصوصية وانه هاي البننت رايحة على المركز الخاص اكيد عندها مشكلة عشان هيكل ما بتروح لأنها بتكون منكشفة في المجتمع الي الكل بييعرف بعض عشان هيكل المراكز المدمجة بتبعد الحرج وبيكون فيه انفتاح على العامة الكل رايح ويعطي نتائج أفضل".

ونوه المعلمون في ورشهم إلى أهمية دور المؤسسات المختلفة في المراكز الصحية الصديقة للشباب سواء المؤسسات الحكومية أو الأهلية، ويصل حد المسؤولية من وجهة نظر المعلمين إلى وزارات معينة كالرياضة والشباب، والصحة، والثقافة، والتربية والتعليم، والشؤون الاجتماعية والبيئة"، والمدارس والمؤسسات الرياضية والأندية والجمعيات المحلية بجانب أهمية وسائل الإعلام مثل الراديوهاو والتلفزيونات.

وانقسم المعلمون في ذلك إلى فئتين احدها يرغب في دمج الخدمات الصحية مع الخدمات صحية الأخرى، والفئة الأخرى ترغب في أن تكون خدمات الشباب منفصلة ويعود ذلك للأسباب التالي حسب وجهات النظر التالية:
 "يجب أن تكون مدمجة مع المجتمع المحلي و الخدمات الصحية الأخرى، لان احتياجات الشباب ليست في معزل عن احتياجات باقي أفراد المجتمع الأخرى في مجال الصحة يجب أن تكون منفصلة لأن فئة الشباب فئة حساسة وتحتاج إلى خدمات صحية وعناية خاصة كفئة حساسة".

ونوه الآباء في ورشة رام الله إلى الأبعاد المجتمعية المختلفة لتلك المراكز من حيث المسؤوليات والواجبات، وفي قدرة المجتمع المحلي على توليد رؤية وتوعية ورسالة من خلال هذه المراكز، على أن يكون الأساس في تلك الرؤية المؤسسات الرسمية متمثلا في وزارة الصحة الفلسطينية والمجلس الأعلى للشباب. كما نوهوا إلى دور المجتمع المحلي في حمل الرسالة والتخطيط والتوعية.

- "الأساس أن يكون هذا دور المؤسسات الرسمية وزارة الصحة والآن المجلس الأعلى للشباب هم المفروض أن يلبعوا هذا الدور وبالدرجة الثانية مؤسسات المجتمع المدني والمؤسسات الأهلية. فدورها محدود وإمكانياتها محدودة وكادرها محدود والاهم أن هذه المؤسسات غير منوط بها وضع سياسات وطنية صحية للشباب وإنما تكون مشاركة ومسؤوليات القطاع الرسمي بالأساس. ولا شك أن أننا قطعنا شوط كبير في توفير الخدمات الإرشادية وحتى على صعيد الرسمي مع قيام السلطة، ولكن هذا غير كافي.
- "توفير برنامج الإرشاد في المدارس شي ايجابي ولكن ما زال هذا البرنامج يعاني من كم هائل من المشاكل منها غياب القانون وبالتالي غياب الحماية عن العاملين في مجال الإرشاد، وعدم توفر البيئة التحتية للإرشاد نفسه".
- "غرفة خاصة بالمرشد توفر السرية والأمان للشباب والشابات. وهنا يوجد قصور هائل".
- "وهذا لا يلغي دور المؤسسات الأهلية التي تعمل في القطاع الصحي والمؤسسات الحكومية والأهلية التي تعمل في قطاع الشباب من خلال برامج صحية خاصة بالشباب".

وفيما يتعلق بتوجهات الخبراء من المجتمع المحلي الفلسطيني تعددت الآراء، ولكن بالعموم كان التوجه الأبرز هو التعلم من التجربة المغربية، فهي تجربة ريادية من خلال رؤيتها وطرحها للفضاء الشبابي، على اعتبار أن قضية الصحة قضية مجتمعية، على أن يدار هذا الفضاء من خلال الشباب أنفسهم وإن يكون مجتمع الشباب هو صاحب القرار، وهذا يترتب عليه القيام بنشاطات تدريبية بالأساس لمقدمي الخدمة لرفع درجة الوعي لديهم، مع أهمية الوعي المجتمعي سواء الأسرة أو المؤسسات التعليمية أو الأخرى، على اعتبار أن الصحة هي نتيجة كما بينا سابقا، وعليه يجب أن يكون هناك أدوار مختلفة لذوي العلاقة.

وأشار البعض إلى أهمية أن تكون هذه المرحلة تجريبية من خلال وضع مؤشرات لقياس الاستقبال وتباينت الآراء فيما يجب وأن تكون هذه المراكز مدمجة أو منفصلة.

الاستنتاجات والتوصيات الرئيسية

حاولت هذه الدراسة التوقف عند التحديات والإشكاليات التي يتعاطى بها النظام الصحي الفلسطيني فيما يتعلق باحتياجات الشباب والشابات من ناحية الخدمات والمعلومات المرتبطة بصحتهم وجودة حياتهم، كما هدفت الدراسة إلى الوقوف على مختلف العوامل والظروف والتحديات التي يواجهها الشباب وتؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على واقعهم الصحي، ضمن الوضع العام الفلسطيني، والظروف الاقتصادية والاجتماعية وصولا إلى محاولة الخروج بتوجهات عامة ضمن توجهات الأطراف المختلفة لرسم رؤية مستقبلية يتم على أساسها بلورة منظومة خدمات صحية صديقة للشباب.

الاستنتاجات الرئيسية

- 1 - يواجه الشباب والشابات الكثير من المشكلات والتحديات والتي تؤثر سلبا على ظروفهم وحياتهم الصحية، فالتحديات المنوطة بالسياق العام الفلسطيني ارتبطت بالكثير، سواء صعوبة الظروف الاقتصادية، وضيق الحيز المكاني، والصعوبات في الحركة نتيجة ممارسات الاحتلال سواء من خلال فصل المناطق أو الجدار، أضف إلى ذلك وقت الفراغ المهودور لدى الشباب والذي يزداد معه الآثار السلبية في ظل غياب المؤسسات التي تهتم بالشباب.
- 2 - ومع شح المؤسسات والنشاطات ذات العلاقة التي تفعل دور الشباب في الحياة العامة، ينحو الشباب نحو ممارسة نشاطات سلوكية ضارة والتوجه نحو قضاء وقت الفراغ على الانترنت والتدخين والسهر..... وغيرها. وفيما يتعلق بتأثيرات هذا السياق ضمن علاقات النوع تختلف بالنسبة للشابات ضمن الواقع الاجتماعي حيث تبقى الشابات حبيسات الحيز الخاص مع التلفاز والانترنت أو في اللاشيء.
- 3 - تشكل قضايا الصحة النفسية، الجسمية والجنسية اهم محاور اهتمام الشباب وبالتالي المحاور التي يجب ان تشكل محاور منظومة الخدمات. هذا بالإضافة الى قضية أساسية وهي الوقاية، على اعتبار أن التوعية تؤسس لواقع صحي حساس للشباب خاصة مع انكشافهم لعوامل عدة، وبالأخص فيما يتعلق بصحتهم الجنسية والنفسية.
- 4 - ان نظام الصحة في فلسطين لا يؤمن للشباب حيزا للحصول على خدمات تتلاءم مع احتياجاتهم المتنامية والمتأثرة بشكل كبير بالبيئة السياسية والاجتماعية التي يمرون بها. وفي حال استخدام اي من الخدمات الصحية الحالية بشكلها ومحتواها الموجود، فان تجربة هذه الخدمات لم تكن بمستوى توقعات الشباب من حيث الجودة.

- 5- من المكان بأهمية التنويه في بداية الاستنتاجات أن تعاطي المؤسسات الصحية والفاعلة مع احتياجات الشباب الصحية تتم من منظور فردي وليست على أساس أنها قضية مجتمعية شمولية، وهي نتاج سياسات فردية وليست نتاج للواقع الاجتماعي والصحي والثقافي، وعلى أنها قضية خدماتية وليس قضية حقوقية بالدرجة الأولى.
- 6- لا يمكن من خلال الدراسة الوصول الى المؤسسة الافضل لاحتضان الخدمات الصحية الصديقة للشباب، ولكن من المرجح ان نظام الرعاية الصحية بشكله الحالي (اي عدم احتواءه على خدمات مخصصة للشباب) يستلزم استثمارا جديا في البنية التحتية والكوادر لبناء نموذج عملي يستقطب المنتفعين من الشباب
- 7- على الرغم ان الغالبية من اليافيين والشباب قيد الدراسة يتواجدون ضمن مؤسسة التعليم المدرسي او الجامعي، الا ان تأثير هذه المؤسسة ودورها كمقدم للخدمة او المعلومة الصحية لم يكن واضحا
- 8- كما تم التركيز على دور المجتمع المحلي وأهميته، حيث تم الإشارة إلى أن دور المجتمع المحلي محدود، مع غياب الخطط والبرامج بشكل عام، كما أفادوا بأن أولويات المجتمع المحلي غير واردة على أجندتها قضايا الشباب، حيث يرتبط بذلك غياب الوعي لدى المجتمع المحلي، مع التأكيد على أهمية دور المجتمع المحلي وفاعلية دوره المستقبلي في دعم وصول الشباب إلى الخدمات الصحية، خاصة من خلال دعم برامج صحية يكون معها الإمكانية لوصول الشباب إلى تلك الخدمات بغض النظر عن عمرهم ومكان إقامتهم وجنسهم، مع التنويه أيضا إلى أهمية دور الهيئات والمجالس المحلية في فتح قنوات لتعبير الشباب عن تطلعاتهم واحتياجاتهم الصحية.
- 9- يلاحظ الدور المتناقص للعائلة كحاضنة وحامية لليافعين والشباب، ويمكن ارجاع ذلك لتنامي المؤثرات البيئية على اليافيين والشباب من ناحية، وعلى الاباء من ناحية اخرى و تضائل التواصل البناء بين الاجيال

توصيات عامة:

1. تطوير نموذج خدمات صحية تستهدف المحاور الاساسية للصحة حسب احتياجات الشباب وبما يتلاءم مع التوازن بين الوقاية، العلاج والتحويل. علما ان جودة هذه الخدمات من ناحية الكفاءة، المكان، التوقيت يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار لضمان الاستخدام الامثل.
2. تجربة النموذج من خلال القطاعات الصحية المختلفة (حكومة، وكالة، غير حكومي وجامعة) وضمن التوزيع الجغرافي والاجتماعي للشباب بحيث يصل النموذج الى اوسع قطاع شبابي ممكن
3. التكامل والترابط بين المؤسسة التعليمية والصحية يجب ان يقوى على اساس منهجية. ان نظام التحويل الذي تم تطويره من خلال العمل المشترك بين الوزارتين يمكن ان يخدم كالية لهذا الترابط المؤسساتي
4. تعزيز التواصل بين قطاع الخدمات الصحية والاجتماعية بما يؤمن انتقال سهل للشباب بين مستويات الخدمة واشكالها
5. تقوية دور المؤسسات الشبابية في مجال التوعية الصحية وخاصة فيما يتعلق بقضايا الصحة النفسية، الجنسية والمهارات الحياتية وربط هذه المؤسسات بعلاقة تحويل مع النموذج الخدماتي المقترح
6. العمل مع المجتمعات المحلية ومن خلال المؤثرين على تقوية التأثير الايجابي للعائلة والمجتمع المحلي على صحة الشباب

الفصل الرابع

المفاهيم والمصطلحات

حالة اللجوء:

حالة اللجوء خاصة بالفلسطينيين الذين هجروا من الأراضي الفلسطينية التي احتلتها إسرائيل عام 1948 وتشمل أبناء الذكور منهم وأحفادهم.

الصحة:

هي حالة رفاه كامل من الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية وليس فقط الخلو من الأمراض أو الإعاقة.

الصحة الجسدية:

الخلو من الأمراض والإعاقات الجسدية.

الصحة النفسية:

مفهوم السعادة النفسية بما فيها الرضى عن النفس وحب الحياة.

الرفاهية الاجتماعية:

المساهمة في بناء مجتمع سليم يعترف ويحقق العدالة الاجتماعية، المساواة، والاستقرار السياسي والاقتصادي.

الصحة الإنجابية:

حالة رفاه كامل من الناحية الجسدية والعقلية والاجتماعية وليست السلامة من المرض أو الإعاقة في جميع الأمور والمتعلقة بالجهاز التناسلي لكل من الذكر والأنثى ووظائفه. وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية فان الصحة الإنجابية تتضمن مقدرة الفرد على اتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق بالإنجاب في الوقت والطريقة التي يريدها، وله الحق سواء كان ذكراً أم أنثى في الحصول على الوسائل المناسبة والمقبولة من وسائل تنظيم الأسرة وفقاً لاختيارهم، وحق المرأة في الحصول على الخدمات الصحية المناسبة والتي تمكنها من الحصول على الرعاية الصحية الآمنة خلال فترة الحمل والولادة.

المرض المزمن:

المرض الذي يصاحب الفرد بصفة مزمنة ولا يمكن شفاؤه منه، ويكون مشخص من قبل طبيب مختص ويتناول له علاج بشكل مستمر مثل مرض السكري وضغط الدم..الخ.

المشاكل النفسية

الاعراض او الظواهر التي ترتبط بالصحة النفسية مثل الشعور السلبي، الاحباط، القلق، الخوف، التوتر، قلة الاهتمام او قلة النوم (الارق)....الى اخره من القضايا الشعورية التي لا تعكس ظاهرة عضوية مشخصة.

الامراض الناتجة عن سلوكيات:

وجود اي من السلوكيات التالية او ما شابهها يصنف ضمن هذه القائمة: التدخين (سجائر او النرجيلة)، تعاطي الخمر، تعاطي المخدر، الحبوب منشطة او هرمونات بناء الاجسام، مشروبات الطاقة.

الامراض الجلدية:

تشمل الظواهر التالية: حب الشباب، الصدفية، الاكزيما، الحساسية، او ما يتم الابلاغ عنه على انه ظاهرة جلدية متعلقة بالناحية الجمالية للجلد، الاظافر او الشعر.

قضايا الصحة الانجابية والجنسية:

هي تلك القضايا التي ترتبط بظاهرة او عرض في الجهاز او الوظائف الجنسية (نمو الاعضاء والصفات التناسلية، اعراض مرتبطة بفترة النمو مثل الاحتلام، العادة السرية، رغبات غير معتاد عليها) او اعراض مرتبطة بامراض جنسية واضحة مثل الافرازات غير الطبيعية، الام في الاعضاء التناسلية، اعراض جلدية في الجهاز التناسلي.

مشاكل التغذية

هي تلك القضايا التي تنتج عن اختلال في كمية وجودة الغذاء مثل النحافة الشديدة، السمنة، فقر الدم، الافراط في تناول اغذية معينة.

الملاحق

Annexes

جدول 1: التوزيع النسبي للأسر التي لديها اشتراك انترنت في الضفة الغربية، 2011

Table 1: Percentage distribution of households that have internet subscription in the West Bank, 2011

Internet Subscription	Percentage	النسبة	اشترك الأسرة بالانترنت
Have Internet Subscription	47.5		مشتركة بشبكة الانترنت
Don't have Internet Subscription	52.5		غير مشتركة بشبكة الانترنت
Total	100		المجموع

جدول 2: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب استخدام الانترنت والجنس والعمر، 2011

Table 2: Percentage distribution of youth in the West Bank according to use of internet by Sex and Age, 2011

Using Internet/ Age	Sex			استخدم الانترنت / العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
5 hours and more weekly	29.2	24.3	33.9	5 ساعات فأكثر أسبوعيا
Less than 5 hours weekly	33.2	33.1	33.3	اقل من 5 ساعات أسبوعيا
Don't use the internet	37.6	42.7	32.8	لا استخدم الانترنت
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
5 hours and more weekly	38.5	31.2	45.5	5 ساعات فأكثر أسبوعيا
Less than 5 hours weekly	31.6	35.4	27.9	اقل من 5 ساعات أسبوعيا
Don't use the internet	29.9	33.4	26.6	لا استخدم الانترنت
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
5 hours and more weekly	35.4	28.9	41.7	5 ساعات فأكثر أسبوعيا
Less than 5 hours weekly	32.1	34.6	29.7	اقل من 5 ساعات أسبوعيا
Don't use the internet	32.5	36.5	28.6	لا استخدم الانترنت
Total	100	100	100	المجموع

جدول 3: نسبة الشباب في الضفة الغربية حسب ممارسة الرياضة والجنس والعمر، 2011

Table 3: Percentage of youth in the West Bank exercising sport by Sex and Age, 2011

Sex	Age			الجنس
	المجموع Total	24-18	17-15	
Males	41.1	33.1	57.2	ذكور
Females	23.6	18.2	34.6	إناث
Total	32.6	25.8	46.2	المجموع

جدول 4: التوزيع النسبي للشباب الذين يمارسون الرياضة في الضفة الغربية حسب عدد مرات ممارسة الرياضة أسبوعيا والجنس والعمر، 2011

Table 4: Percentage distribution of youth exercising sport in the West Bank by numbers of time of exercise and Sex and Age, 2011

Number of Times/ Age	Sex			عدد المرات/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Less than 3	44.4	52.5	39.8	أقل من 3 مرات
3 and more	55.6	47.5	60.2	3 مرات فأكثر
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Less than 3	40.3	37.8	41.6	أقل من 3 مرات
3 and more	59.7	62.2	58.4	3 مرات فأكثر
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Less than 3	42.2	44.9	40.7	أقل من 3 مرات
3 and more	57.8	55.1	59.3	3 مرات فأكثر
Total	100	100	100	المجموع

جدول 5: التوزيع النسبي للشباب الذين يمارسون الرياضة في الضفة الغربية حسب نوع النشاط الرياضي والجنس والعمر، 2011

Table 5: Percentage distribution of youth in the West Bank who exercise sport by type of Sports Activity, Age and Sex, 2011

Type of exercise Activity/ Age	Sex			نوع النشاط الرياضي/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Walking or Running	17.4	39.1	4.9	المشي أو الجري
Swimming	1.1	0.3	1.6	السباحة
Team sport	66.1	31.9	85.8	الالعاب الجماعية
Exersicing	12.5	22.9	6.5	تمارين رياضية
Other*	3.0	5.8	1.3	اخرى*
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Walking or Running	24.4	54.0	9.0	المشي أو الجري
Swimming	2.2	1.1	2.8	السباحة
Team sport	42.5	7.8	60.6	الالعاب الجماعية
Exercising	24.2	28.8	21.8	تمارين رياضية
Other*	6.6	8.2	5.8	اخرى*
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Walking or Running	21.1	46.8	7.1	المشي أو الجري
Swimming	1.7	0.7	2.2	السباحة
Team sport	53.6	19.5	72.2	الالعاب الجماعية
Exersicing	18.7	25.9	14.8	تمارين رياضية
Other*	4.9	7.0	3.7	اخرى*
Total	100	100	100	المجموع

*: Includes Martial arts, Dancing, hard work

*: تشمل فنون قتالية، الرقص، أعمال شاقة

جدول 6: التوزيع النسبي للشباب الذين يمارسون الرياضة في الضفة الغربية حسب نوع النشاط الرياضي ومكان الإقامة، 2011

Table 6: Percentage of youth who exercise sport in the West Bank by type of sports activity and Place of Residence, 2011

Type of sports activity	Place of Residence			نوع النشاط الرياضي
	جنوب South	وسط Middle	شمال North	
Walking or Running	26.0	21.8	17.2	المشي أو الجري
Swimming	1.1	3.4	0.4	السباحة
Team sport	50.9	51.5	57.4	الالعاب الجماعية
Exersicing	19.3	18.0	19.0	تمارين رياضية
Other*	2.7	5.3	6.0	اخرى*
Total	100	100	100	المجموع

*: Includes Martial arts, Dancing, hard work

*: تشمل فنون قتالية، الرقص، أعمال شاقة

جدول 7: التوزيع النسبي للشباب الذين يمارسون الرياضة في الضفة الغربية حسب المكان الذي يمارسون فيه النشاط الرياضي والجنس والعمر، 2011

Table 7: Percentage of youth who exercise in the West Bank by Place of sports activity and Sex and Age, 2011

Place/ Age	Sex			المكان/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Club	17.8	10.0	22.3	النادي
Home	13.3	22.6	8.0	البيت
Street	10.1	3.6	13.9	الشارع
School or University	57.9	63.2	54.9	المدرسة أو الجامعة
Other	0.8	0.6	1.0	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Club	36.6	12.8	49.1	النادي
Home	31.1	65.9	12.8	البيت
Street	12.9	13.6	12.5	الشارع
School or University	18.1	7.1	23.8	المدرسة أو الجامعة
Other	1.3	0.6	1.7	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Club	27.8	11.4	36.7	النادي
Home	22.7	44.9	10.6	البيت
Street	11.6	8.8	13.1	الشارع
School or University	36.8	34.3	38.2	المدرسة أو الجامعة
Other	1.1	0.6	1.4	اخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 8: التوزيع النسبي للشباب الذين لا يمارسون الرياضة في الضفة الغربية حسب الأسباب والجنس والعمر، 2011

Table 8: Percentage of youth who do not exercise in the West Bank by Reasons, Sex and Age, 2011

Reasons/ Age	Sex			الأسباب / العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
The lack of suitable centers and clubs	13.4	14.5	11.8	عدم وجود مراكز وأندية مناسبة
Lack of movement	3.2	2.2	4.7	عدم سهولة الحركة والتنقل
Lack of free time	53.1	56.1	48.8	عدم توفر أوقات فراغ
Feeling lazy	10.2	10.6	9.5	الشعور بالكسل
Not needed	18.4	15.7	22.3	عدم الحاجة
Other	1.7	0.9	2.8	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
The lack of suitable centers and clubs	11.2	13.0	9.0	عدم وجود مراكز وأندية مناسبة
Lack of movement	2.3	2.5	2.1	عدم سهولة الحركة والتنقل
Lack of free time	54.1	46.3	63.3	عدم توفر أوقات فراغ
Feeling lazy	13.5	16.9	9.6	الشعور بالكسل
Not needed	16.8	19.0	14.3	عدم الحاجة
Other	2.1	2.4	1.7	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
The lack of suitable centers and clubs	11.8	13.4	9.7	عدم وجود مراكز وأندية مناسبة
Lack of movement	2.5	2.4	2.7	عدم سهولة الحركة والتنقل
Lack of free time	53.9	49.1	59.8	عدم توفر أوقات فراغ
Feeling lazy	12.6	15.1	9.6	الشعور بالكسل
Not needed	17.2	18.1	16.2	عدم الحاجة
Other	2.0	1.9	2.0	اخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 9: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب تعريفهم لمفهوم الصحة حسب العمر والجنس، 2011

Table 9: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their knowledge of the concept of health by Sex and Age, 2011

Concept/ Age	Sex / الجنس			التعريف / العمر
	كلا الجنسين	إناث	ذكور	
	Both Sexes	Females	Males	
15-17				17-15
Having no physical disease	47.1	43.7	50.4	الخلو من الامراض الجسدية
The optimal state of mental, physical and social safety, and not only being free from diseases	31.1	34.3	28.1	الحالة المثلى للسلامة النفسية والجسدية والاجتماعية وليس فقط الخلو من الامراض
Other	18.7	19.0	18.5	اخرى
Don't know	3.0	3.0	3.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Having no physical disease	43.6	41.9	45.3	الخلو من الامراض الجسدية
The optimal state of mental, physical and social safety, and not only being free from diseases	36.5	39.7	33.5	الحالة المثلى للسلامة النفسية والجسدية والاجتماعية وليس فقط الخلو من الامراض
Other	17.6	16.7	18.3	اخرى
Don't know	2.3	1.6	2.9	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Having no physical disease	44.8	42.5	47.0	الخلو من الامراض الجسدية
The optimal state of mental, physical and social safety, and not only being free from diseases	34.7	37.9	31.7	الحالة المثلى للسلامة النفسية والجسدية والاجتماعية وليس فقط الخلو من الامراض
Other	18.0	17.5	18.4	اخرى
Don't know	2.5	2.1	3.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 10: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب تعريفهم لمفهوم الصحة والمستوى التعليمي، 2011

Table 10: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their knowledge of the concept of health and Education Level, 2011

Concept	Education Level / المستوى التعليمي			التعريف
	المجموع	ثانوي فأكثر	أقل من ثانوي	
	Total	Secondary and above	Less than secondary	
Having no physical disease	44.8	39.1	49.4	الخلو من الامراض الجسدية
The optimal state of mental, physical and social safety, and not only being free from diseases	34.7	43.0	28.0	الحالة المثلى للسلامة النفسية والجسدية والاجتماعية وليس فقط الخلو من الامراض
Other	18.0	16.5	19.1	اخرى
Don't know	2.5	1.4	3.4	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 11: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب تقييمهم لوضعهم الصحي والجنس والعمر، 2011

Table 11: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their assessment of the health status and Sex and Age , 2011

Assessment/ Sex	العمر			التقييم/ الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Excellent	55.9	54.0	59.8	ممتاز
Good	42.5	44.2	39.1	جيد
Bad	1.4	1.6	1.0	سيء
Very Bad	0.1	0.2	0.0	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Excellent	55.9	55.0	57.7	ممتاز
Good	42.5	43.0	41.5	جيد
Bad	1.4	1.8	0.5	سيء
Very Bad	0.2	0.2	0.2	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Excellent	55.9	54.5	58.8	ممتاز
Good	42.5	43.6	40.3	جيد
Bad	1.4	1.7	0.8	سيء
Very Bad	0.1	0.2	0.1	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع

جدول 12: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب تقييمهم لمستوى معلوماتهم الصحية والجنس والعمر، 2011

Table 12: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their assessment of their level of health information and Sex and Age , 2011

Assessment/ Sex	Age			التقييم/ الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Excellent	16.3	16.1	16.7	ممتاز
Good	72.3	72.5	71.9	جيد
Bad	9.7	9.5	10.3	سيء
Very Bad	1.7	1.9	1.2	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Excellent	16.8	16.0	18.5	ممتاز
Good	77.2	78.2	75.3	جيد
Bad	4.6	4.5	4.8	سيء
Very Bad	1.3	1.3	1.3	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Excellent	16.6	16.0	17.6	ممتاز
Good	74.7	75.3	73.5	جيد
Bad	7.2	7.1	7.6	سيء
Very Bad	1.5	1.6	1.2	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع

جدول 13: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب تقييمهم لمستوى معلوماتهم الصحية والمستوى التعليمي والجنس، 2011

Table 13: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their assessment of their level of health information and Education Level and sex, 2011

Assessment/ Sex	Education Level		المستوى التعليمي	التقييم/ الجنس
	المجموع Total	ثانوي فأكثر Secondary and above	أقل من ثانوي Less than secondary	
Males				ذكور
Excellent	16.3	20.0	14.0	ممتاز
Good	72.3	72.4	72.2	جيد
Bad	9.7	7.3	11.3	سيء
Very Bad	1.7	0.4	2.5	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Excellent	16.8	18.3	15.3	ممتاز
Good	77.2	78.2	76.2	جيد
Bad	4.6	2.7	6.6	سيء
Very Bad	1.3	0.8	1.9	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Excellent	16.6	19.0	14.6	ممتاز
Good	74.7	75.7	73.9	جيد
Bad	7.2	4.7	9.2	سيء
Very Bad	1.5	0.6	2.2	سيء جدا
Total	100	100	100	المجموع

جدول 14: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب اهم القضايا الصحية التي يعاني منها الشباب من وجهة نظرهم والجنس والعمر، 2011

Table 14: Percentage distribution of youth in the West Bank by the health issues faced the youth from their point of view, Sex and Age, 2011

Health issues/ Age	Sex			القضايا الصحية/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Chronic diseases	15.9	16.7	15.0	الامراض المزمنة
Psychological problems	22.8	28.1	17.7	المشاكل النفسية
Diseases caused by unsafe behaviors	42.8	32.4	52.8	الامراض الناتجة عن السلوكيات غير السليمة
Skin diseases	7.6	8.9	6.4	الامراض الجلدية
Reproductive and sexual health Issues	1.3	1.7	1.0	قضايا الصحة الانجابية والجنسية
Problems of nutrition and obesity	5.4	8.2	2.8	مشاكل التغذية والسمنة
Other	0.9	0.9	0.9	أخرى
Not Stated	3.3	3.1	3.4	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Chronic diseases	17.6	19.0	16.3	الامراض المزمنة
Psychological problems	27.5	29.1	26.0	المشاكل النفسية
Diseases caused by unsafe behaviors	41.5	36.2	46.6	الامراض الناتجة عن السلوكيات غير السليمة
Skin diseases	4.7	4.8	4.7	الامراض الجلدية
Reproductive and sexual health Issues	1.5	1.6	1.3	قضايا الصحة الانجابية والجنسية
Problems of nutrition and obesity	3.9	6.9	1.0	مشاكل التغذية والسمنة
Other	0.8	0.7	0.8	أخرى
Not Stated	2.5	1.8	3.2	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Chronic diseases	17.0	18.3	15.9	الامراض المزمنة
Psychological problems	25.9	28.8	23.3	المشاكل النفسية
Diseases caused by unsafe behaviors	41.9	34.9	48.6	الامراض الناتجة عن السلوكيات غير السليمة
Skin diseases	5.7	6.1	5.3	الامراض الجلدية
Reproductive and sexual health Issues	1.4	1.6	1.2	قضايا الصحة الانجابية والجنسية
Problems of nutrition and obesity	4.4	7.3	1.6	مشاكل التغذية والسمنة
Other	0.8	0.8	0.8	أخرى
Not Stated	2.8	2.2	3.3	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 15: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب اهم القضايا الصحية التي يعاني منها الشباب من وجهة نظرهم والعمر ومكان

الإقامة، 2011

Table 15: Percentage distribution of youth in the West Bank by the health issues faced the youth from their point of view, Age and Place of Residence, 2011

Health issues/ Age	Place of Residence			القضايا الصحية/ العمر
	جنوب South	وسط Middle	شمال North	
15-17				17-15
Chronic diseases	15.9	11.9	18.9	الامراض المزمنة
Psychological problems	23.9	18.3	25.5	المشاكل النفسية
Diseases caused by unsafe behaviors	46.1	49.4	35.5	الامراض الناتجة عن السلوكيات غير السليمة
Skin diseases	5.0	6.8	10.0	الامراض الجلدية
Reproductive and sexual health Issues	2.4	0.7	1.1	قضايا الصحة الانجابية والجنسية
Problems of nutrition and obesity	2.4	9.0	4.7	مشاكل التغذية والسمنة
Other	0.2	0.7	1.6	أخرى
Not Stated	4.0	3.2	2.8	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Chronic diseases	18.9	16.3	17.6	الامراض المزمنة
Psychological problems	28.7	22.7	30.1	المشاكل النفسية
Diseases caused by unsafe behaviors	39.7	50.1	36.7	الامراض الناتجة عن السلوكيات غير السليمة
Skin diseases	3.6	4.3	5.9	الامراض الجلدية
Reproductive and sexual health Issues	2.2	1.7	0.7	قضايا الصحة الانجابية والجنسية
Problems of nutrition and obesity	3.6	2.9	4.8	مشاكل التغذية والسمنة
Other		0.4	1.6	أخرى
Not Stated	3.3	1.7	2.5	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Chronic diseases	17.9	14.8	18.0	الامراض المزمنة
Psychological problems	27.2	21.1	28.6	المشاكل النفسية
Diseases caused by unsafe behaviors	41.7	49.8	36.3	الامراض الناتجة عن السلوكيات غير السليمة
Skin diseases	4.0	5.2	7.3	الامراض الجلدية
Reproductive and sexual health Issues	2.3	1.4	0.8	قضايا الصحة الانجابية والجنسية
Problems of nutrition and obesity	3.2	5.0	4.8	مشاكل التغذية والسمنة
Other	0.1	0.5	1.6	أخرى
Not Stated	3.5	2.2	2.6	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 16: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب وسيلة حصولهم على المعلومات الصحية والجنس والعمر، 2011

Table 16: Percentage distribution of youth in the West Bank by methods of access to health information and Sex and Age 2011

Methods/ Age	Sex			الوسيلة/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Internet	19.5	18.7	20.2	الانترنت
Health centre and Clinic	20.0	16.7	23.1	العيادات او المراكز الصحية
Friends	1.8	1.6	2.0	الاصدقاء
Parents(father, mother, brother, sister)	42.1	44.5	39.9	الاهل (اب، ام، اخ، اخت)
Magazines, Books	2.6	3.7	1.6	المجلات، والكتب
Media (newspaper, radio, TV)	0.6	0.7	0.5	وسائل الاعلام (صحف، راديو، تلفزيون)
counselor or a doctor or nurse school /	12.7	14.2	11.2	مرشد او طبيب أو ممرض
Other	0.7	0.0	1.4	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Internet	26.3	26.6	26.1	الانترنت
Health centre and Clinic	28.9	25.1	32.6	العيادات او المراكز الصحية
Friends	3.2	1.6	4.7	الاصدقاء
Parents(father, mother, brother, sister)	31.0	35.1	27.1	الاهل (اب، ام، اخ، اخت)
Magazines, Books	2.9	4.7	1.1	المجلات، والكتب
Media (newspaper, radio, TV)	1.5	2.3	0.9	وسائل الاعلام (صحف، راديو، تلفزيون)
counselor or a doctor or nurse school /	5.7	4.4	6.9	مرشد او طبيب أو ممرض
Other	0.4	0.3	0.6	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Internet	24.1	23.9	24.2	الانترنت
Health centre and Clinic	26.0	22.3	29.4	العيادات او المراكز الصحية
Friends	2.7	1.6	3.8	الاصدقاء
Parents(father, mother, brother, sister)	34.7	38.2	31.4	الاهل (اب، ام، اخ، اخت)
Magazines, Books	2.8	4.4	1.3	المجلات، والكتب
Media (newspaper, radio, TV)	1.2	1.8	0.7	وسائل الاعلام (صحف، راديو، تلفزيون)
counselor or a doctor or nurse school /	8.0	7.6	8.3	مرشد او طبيب أو ممرض
Other	0.5	0.2	0.8	اخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 17: نسبة الشباب الذين احتاجوا أو أي من اصدقائهم المقربين الى الخدمات الصحية خلال السنة الحالية في الضفة الغربية حسب الجنس، 2011

Table 17: Percent of youth who themselves or any of their close friends needed any of the health services during the current year in the West Bank by Sex, 2011

Services	Sex			الخدمات
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				15-17
Nutritional Health Services	20.4	26.0	15.1	خدمات صحية تغذوية
Skin Health Services	27.9	31.7	24.2	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	20.8	23.5	18.2	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	6.0	6.6	5.3	خدمات صحية جنسية وانجابية
Physical Health Services	45.2	45.8	44.7	خدمات صحية جسمية
18-24				18-19
Nutritional Health Services	21.8	28.7	15.2	خدمات صحية تغذوية
Skin Health Services	30.2	35.3	25.3	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	21.9	21.7	22.0	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	14.6	22.0	7.5	خدمات صحية جنسية وانجابية
Physical Health Services	48.3	48.9	47.8	خدمات صحية جسمية
15-24				المجموع
Nutritional Health Services	21.4	27.8	15.2	خدمات صحية تغذوية
Skin Health Services	29.4	34.1	24.9	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	21.5	22.3	20.8	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	11.7	16.9	6.8	خدمات صحية جنسية وانجابية
Physical Health Services	47.3	47.8	46.8	خدمات صحية جسمية

جدول 18: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب اهم الخدمات الصحية التي يحتاج اليها الشباب والعمر ومكان الإقامة، 2011

Table 18: Percentage distribution of youth in the West Bank by the health Services needed by youth, Age and Place of Residence, 2011

Health service/ Age	Place of Residence			الخدمات الصحية/ العمر
	جنوب South	وسط Middle	شمال North	
15-17				17-15
Nutritional Health Services	17.5	29.2	17.3	خدمات صحية تغذوية
Physical Health Services	24.3	21.3	24.0	خدمات صحية جسمية
Skin Health Services	8.4	11.3	8.5	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	39.5	29.6	44.9	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	3.8	2.3	3.3	خدمات صحية جنسية وانجابية
Other	0.2	0.8	0.1	أخرى
Not Stated	6.2	5.5	2.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Nutritional Health Services	16.1	20.7	17.3	خدمات صحية تغذوية
Physical Health Services	23.4	27.4	23.2	خدمات صحية جسمية
Skin Health Services	6.3	6.9	5.5	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	39.4	35.5	47.1	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	8.7	4.4	3.5	خدمات صحية جنسية وانجابية
Other	0.0	0.2	0.2	أخرى
Not Stated	6.2	4.8	3.2	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Nutritional Health Services	16.5	23.7	17.3	خدمات صحية تغذوية
Physical Health Services	23.7	25.3	23.4	خدمات صحية جسمية
Skin Health Services	6.9	8.5	6.5	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	39.4	33.4	46.4	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	7.2	3.7	3.4	خدمات صحية جنسية وانجابية
Other	0.1	0.4	0.2	أخرى
Not Stated	6.2	5.1	2.8	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 19: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب اهم الخدمات الصحية التي يحتاج اليها الشباب والجنس والعمر، 2011

Table 19: Percentage distribution of youth in the West Bank by the health Services needed by youth, Sex and Age, 2011

Health service/ Age	Sex			الخدمات الصحية/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Nutritional Health Services	21.1	21.4	20.9	خدمات صحية تغذوية
Physical Health Services	23.2	19.6	26.7	خدمات صحية جسمية
Skin Health Services	9.4	9.2	9.5	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	38.6	44.0	33.4	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	3.1	2.2	4.0	خدمات صحية جنسية وانجابية
Other	0.4	0.1	0.6	أخرى
Not Stated	4.2	3.5	5.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Nutritional Health Services	17.9	18.3	17.6	خدمات صحية تغذوية
Physical Health Services	24.5	20.6	28.1	خدمات صحية جسمية
Skin Health Services	6.2	7.0	5.4	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	41.4	44.1	38.8	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	5.3	5.8	4.9	خدمات صحية جنسية وانجابية
Other	0.1	0.1	0.1	أخرى
Not Stated	4.6	4.1	5.1	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Nutritional Health Services	19.0	19.3	18.7	خدمات صحية تغذوية
Physical Health Services	24.1	20.3	27.7	خدمات صحية جسمية
Skin Health Services	7.2	7.7	6.7	خدمات صحية جلدية
Psychological Health Services	40.4	44.1	37.0	خدمات صحية نفسية
Sexual and Reproductive Health Services	4.6	4.6	4.6	خدمات صحية جنسية وانجابية
Other	0.2	0.1	0.3	أخرى
Not Stated	4.5	3.9	5.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 20: التوزيع النسبي للشباب الذين احتاجوا الى خدمات صحية في الضفة الغربية حسب مكان التوجه والجنس، 2011

Table 20: Percentage distribution of youth who needed health services in the West Bank by Place of receiving the service and Sex, 2011

place	Sex			المكان
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
Private Health Clinic	42.6	46.1	38.7	عيادة صحية خاصة
Government Health Clinic	21.5	21.5	21.4	عيادة صحية حكومية
School/ University Doctor	1.0	0.9	1.2	طبيب المدرسة / الجامعة
School counselor	3.9	5.3	2.3	مرشد المدرسة
UNRWA Health clinic	4.5	4.3	4.7	عيادة تابعة لوكالة الغوث
NGOs Health clinic	1.5	1.4	1.6	مركز صحي تابع لمؤسسة غير
Hospital	4.0	3.7	4.3	مستشفى
Pharmacy	2.3	1.7	3.0	صيدليه
Parents/ friends	10.3	8.7	12.0	الاهل أو الاصدقاء
Internet or book or magazine	1.0	1.0	1.0	الانترنت أو الكتب والمجلات
Did not go to any place or person	7.1	5.1	9.3	لم توجه الى اي مكان او شخص
Other	0.4	0.2	0.5	أخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 21: التوزيع النسبي للشباب الذين احتاجوا الى خدمات صحية تغذوية في الضفة الغربية حسب مكان التوجه والجنس والعمر، 2011

Table 21: Percentage distribution of youth people who needed nutritional health services in the West Bank by Place of receiving the service, Sex and Age, 2011

place/ Age	Sex			المكان/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Private Health Clinic	25.2	33.1	14.5	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	38.3	39.5	36.7	عيادة صحية حكومية
School Health System	5.5	5.8	5.1	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	4.1	3.5	4.9	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	2.4	1.5	3.7	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	5.1	0.0	12.2	مستشفى
Other*	19.3	16.6	22.9	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	103	59	44	عدد المشاهدات
18-24				24-18
Private Health Clinic	40.8	42.5	38.3	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	16.3	16.0	16.7	عيادة صحية حكومية
School Health System	2.7	4.6	0.0	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	2.1	1.8	2.4	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	7.2	4.4	11.2	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	5.2	5.0	5.4	مستشفى
Other*	25.8	25.8	26.0	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	163	97	66	عدد المشاهدات
15-24				24-15
Private Health Clinic	34.8	38.9	28.8	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	24.8	24.9	24.7	عيادة صحية حكومية
School Health System	3.8	5.1	2.0	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	2.8	2.5	3.4	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	5.3	3.3	8.2	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	5.2	3.1	8.1	مستشفى
Other*	23.3	22.3	24.7	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	266	156	110	عدد المشاهدات

*: تشمل صيدلية، الاصدقاء، الانترنت او الكتب، أو عدم التوجه إلى أي مكان أو شخص

*: Includes Pharmacy, Friends, Internet or Books, or didn't go for any place or persons

جدول 22: التوزيع النسبي للشباب الذين احتاجوا الى خدمات صحية جسمية في الضفة الغربية حسب مكان التوجه والجنس والعمر، 2011

Table 22: Percentage distribution of youth who needed physical health services in the West Bank by Place of receiving the service, Sex and Age, 2011

place/ Age	Sex			المكان/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Private Health Clinic	38.1	50.9	30.2	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	30.8	24.4	34.7	عيادة صحية حكومية
School Health System	0.9	0.0	1.4	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	10.1	8.2	11.2	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	1.5	2.2	1.1	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	8.9	7.2	9.9	مستشفى
Other*	9.9	7.1	11.5	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	235	89	145	عدد المشاهدات
18-24				24-18
Private Health Clinic	37.0	33.6	39.4	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	36.2	42.1	32.1	عيادة صحية حكومية
School Health System	3.0	4.0	2.3	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	6.5	5.2	7.3	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	1.5	1.7	1.4	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	6.2	8.9	4.4	مستشفى
Other*	9.6	4.5	13.1	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	456	187	269	عدد المشاهدات
15-24				24-15
Private Health Clinic	37.4	39.2	36.2	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	34.4	36.4	33.0	عيادة صحية حكومية
School Health System	2.3	2.7	2.0	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	7.7	6.2	8.7	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	1.5	1.8	1.3	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	7.1	8.3	6.3	مستشفى
Other*	9.7	5.3	12.5	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	690	276	414	عدد المشاهدات

*: تشمل صيدلية، الاصدقاء، الانترنت او الكتب، أو عدم التوجه إلى أي مكان أو شخص

*: Includes Pharmacy, Friends, Internet or Books, or didn't go for any place or persons

جدول 23: التوزيع النسبي للشباب الذين احتاجوا الى خدمات صحية جلدية في الضفة الغربية حسب مكان التوجه والجنس والعمر، 2011

Table 23: Percentage distribution of youth people who needed skin health services in the West Bank by Place of receiving the service, Sex and Age, 2011

place/ Age	Sex			المكان/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Private Health Clinic	53.3	65.5	39.7	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	21.8	14.4	30.1	عيادة صحية حكومية
School Health System	1.3	2.4	0.0	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	5.6	6.8	4.3	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	2.5	2.7	2.2	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	1.5	0.6	2.5	مستشفى
Other*	14.0	7.6	21.1	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	210	111	99	عدد المشاهدات
18-24				24-18
Private Health Clinic	62.1	66.6	56.9	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	15.8	17.8	13.5	عيادة صحية حكومية
School Health System	0.2	0.0	0.5	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	5.6	5.5	5.8	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	0.7	0.0	1.6	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	2.0	0.0	4.4	مستشفى
Other*	13.4	10.1	17.4	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	443	241	202	عدد المشاهدات
15-24				24-15
Private Health Clinic	59.3	66.2	51.2	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	17.7	16.7	18.9	عيادة صحية حكومية
School Health System	0.6	0.7	0.3	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	5.6	5.9	5.3	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	1.3	0.9	1.8	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	1.9	0.2	3.8	مستشفى
Other*	13.6	9.3	18.6	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	653	351	301	عدد المشاهدات

*: تشمل صيدلية، الاصدقاء، الانترنت او الكتب، أو عدم التوجه إلى أي مكان أو شخص

*: Includes Pharmacy, Friends, Internet or Books, or didn't go for any place or persons

جدول 24: التوزيع النسبي للشباب الذين احتاجوا الى خدمات صحية نفسية في الضفة الغربية حسب مكان التوجه والجنس والعمر، 2011

Table 24: Percentage distribution of youth people who needed psychological health services in the West Bank by Place of receiving the service, Sex and Age, 2011

place/ Age	Sex			المكان/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Private Health Clinic	21.6	17.4	27.1	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	9.8	8.7	11.1	عيادة صحية حكومية
School Health System	22.1	28.4	14.0	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	4.4	5.4	3.0	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	1.0	1.4	0.5	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	1.4	0.6	2.5	مستشفى
Other*	39.7	38.1	41.7	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	245	137	108	عدد المشاهدات
18-24				24-18
Private Health Clinic	26.3	24.6	27.6	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	10.9	13.3	9.2	عيادة صحية حكومية
School Health System	9.2	14.2	5.6	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	0.8	1.6	0.2	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	0.8	1.6	0.2	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	1.4	0.9	1.8	مستشفى
Other*	50.5	43.9	55.3	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	431	181	250	عدد المشاهدات
15-24				24-15
Private Health Clinic	24.6	21.5	27.4	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	10.5	11.3	9.8	عيادة صحية حكومية
School Health System	13.9	20.3	8.2	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	2.1	3.2	1.1	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	0.9	1.5	0.3	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	1.4	0.7	2.0	مستشفى
Other*	46.6	41.4	51.2	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	676	318	358	عدد المشاهدات

*: تشمل صيدلية، الاصدقاء، الانترنت او الكتب، أو عدم التوجه إلى أي مكان أو شخص

*: Includes Pharmacy, Friends, Internet or Books, or didn't go for any place or persons

جدول 25: التوزيع النسبي للشباب الذين احتاجوا الى خدمات صحية جنسية وانجابية في الضفة الغربية حسب مكان التوجه والجنس والعمر، 2011

Table 25: Percentage distribution of youth people who needed sexual and reproductive health services in the West Bank by Place of receiving the service, Sex and Age, 2011

place/ Age	Sex			المكان/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Private Health Clinic	53.8	58.7	47.5	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	25.5	22.2	29.6	عيادة صحية حكومية
School Health System	6.5	10.1	2.1	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	0.8	1.4	0.0	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	0.6	0.0	1.4	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	0.7	0.0	1.5	مستشفى
Other*	12.1	7.6	17.9	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	71	40	32	عدد المشاهدات
18-24				24-18
Private Health Clinic	58.9	58.1	61.4	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	20.8	22.3	16.1	عيادة صحية حكومية
School Health System	1.4	0.5	3.9	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	2.7	3.0	1.7	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	0.6	0.8	0.0	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	6.4	7.7	2.5	مستشفى
Other*	9.3	7.6	14.3	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	377	281	96	عدد المشاهدات
15-24				24-15
Private Health Clinic	58.1	58.1	58.0	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	21.5	22.3	19.4	عيادة صحية حكومية
School Health System	2.2	1.7	3.4	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	2.4	2.8	1.3	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	0.6	0.7	0.4	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	5.5	6.7	2.3	مستشفى
Other*	9.8	7.6	15.2	أخرى*
Total	100	100	100	المجموع
No. of Observations	449	321	128	عدد المشاهدات

*: تشمل صيدلية، الاصدقاء، الانترنت او الكتب، أو عدم التوجه إلى أي مكان أو شخص

*: Includes Pharmacy, Friends, Internet or Books, or didn't go for any place or persons

جدول 26: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب أسباب عدم توجه الشباب للمراكز الصحية لتلقي خدمات صحية والجنس والعمر، 2011

Table 26: Percentage distribution of youth in the West Bank according to reasons for not going to health centers to receive Health Services by Sex and Age, 2011

Reasons/ Age	Sex			الأسباب/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Reasons related to availability	10.5	8.8	11.9	اسباب تتعلق بعدم توفر الخدمة
Reasons related to Access to services	10.7	12.1	9.7	اسباب تتعلق بالوصول للخدمة
Reasons related to Quality service	9.6	10.9	8.4	اسباب تتعلق بجودة الخدمة
Reasons related to the culture	64.5	62.1	66.4	اسباب تتعلق بثقافة المجتمع المحلي
Other	1.6	2.9	0.5	اخرى
Don't know	3.2	3.2	3.1	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Reasons related to availability	16.3	16.1	16.4	اسباب تتعلق بعدم توفر الخدمة
Reasons related to Access to services	8.6	6.7	9.8	اسباب تتعلق بالوصول للخدمة
Reasons related to Quality service	9.2	5.9	11.4	اسباب تتعلق بجودة الخدمة
Reasons related to the culture	63.1	69.0	59.2	اسباب تتعلق بثقافة المجتمع المحلي
Other	0.3	0.7	0.0	اخرى
Don't know	2.5	1.6	3.2	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Reasons related to availability	14.5	13.6	15.1	اسباب تتعلق بعدم توفر الخدمة
Reasons related to Access to services	9.3	8.5	9.8	اسباب تتعلق بالوصول للخدمة
Reasons related to Quality service	9.3	7.6	10.6	اسباب تتعلق بجودة الخدمة
Reasons related to the culture	63.5	66.7	61.3	اسباب تتعلق بثقافة المجتمع المحلي
Other	0.7	1.5	0.2	اخرى
Don't know	2.7	2.1	3.1	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 27: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب شعورهم او اصدقائهم بالرضى عن جودة الخدمات التي تلقوها والجنس والعمر، 2011

Table 27: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their satisfaction about the quality of services they received by Sex and Age, 2011

Satisfaction / Sex	العمر			الشعور بالرضا/ الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Yes	70.4	69.8	71.6	نعم
To some extent	14.7	15.1	13.9	الى حد ما
No	14.8	15.0	14.5	لا
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Yes	68.0	65.3	74.2	نعم
To some extent	17.4	18.5	14.7	الى حد ما
No	14.6	16.2	11.1	لا
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Yes	69.1	67.3	72.9	نعم
To some extent	16.2	17.0	14.3	الى حد ما
No	14.7	15.7	12.7	لا
Total	100	100	100	المجموع

جدول 28: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية الذين لا يشعرون بالرضا عن جودة الخدمة التي تلقوها حسب مكان التوجه والجنس والعمر، 2011

Table 28: Percentage distribution of youth who feel unsatisfied with received health services according to place of service by and Sex and Age 2011

place/ Age	المكان							المكان/ العمر
	Place							
	المجموع Total	مستشفى Hospital	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية NGOs Health clinic	عياده وكالة غوث UNRWA Health clinic	نظام الخدمة الصحية المدرسية School Health System	عيادة صحية حكومية Government Health Clinic	عياده صحية خاصة Private Health Clinic	
Males								ذكور
Inefficient workers	53.6	37.6	19.7	72.0	58.2	53.3	54.2	عدم كفاءة العاملين
Difficulty of access to the	7.6	3.1	0.0	5.6	0.0	15.4	3.0	صعوبة الوصول الى الخدمة
Not friendly Service Provider	11.8	18.7	0.0	5.5	16.4	12.4	11.0	عدم ودية مقدم الخدمة
Lack of privacy and	2.3	0.0	0.0	4.9	14.8	0.9	2.9	عدم توفر الخصوصية والسرية
High Cost	14.0	14.5	0.0	8.6	10.6	11.1	17.4	التكلفة المرتفعة
Other	6.9	13.3	80.3	3.3	0.0	1.9	9.2	أخرى
Not stated	3.9	12.8	0.0	0.0	0.0	4.9	2.4	غير مبين
Total	100	100	100	100	100	100	100	المجموع
Females								إناث
Inefficient workers	56.5	58.9	23.3	44.4	49.2	57.3	59.0	عدم كفاءة العاملين
Difficulty of access to the	4.6	2.8	0.0	12.8	0.0	4.8	3.9	صعوبة الوصول الى الخدمة
Not friendly Service Provider	10.3	38.3	0.0	7.6	4.4	11.8	8.2	عدم ودية مقدم الخدمة
Lack of privacy and	3.9	0.0	0.0	0.0	46.3	5.4	0.1	عدم توفر الخصوصية والسرية
High Cost	14.1	0.0	0.0	16.1	0.0	11.1	18.1	التكلفة المرتفعة
Other	7.7	0.0	76.7	9.2	0.0	5.7	8.8	أخرى
Not stated	2.9	0.0	0.0	9.9	0.0	3.8	1.9	غير مبين
Total	100	100	100	100	100	100	100	المجموع
Both Sexes								كلا الجنسين
Inefficient workers	55.3	46.5	21.8	55.5	51.4	55.4	57.1	عدم كفاءة العاملين
Difficulty of access to the	5.9	3.0	0.0	9.9	0.0	10.0	3.6	صعوبة الوصول الى الخدمة
Not friendly Service Provider	10.9	26.9	0.0	6.7	7.3	12.1	9.3	عدم ودية مقدم الخدمة
Lack of privacy and	3.2	0.0	0.0	2.0	38.8	3.2	1.2	عدم توفر الخصوصية والسرية
High Cost	14.0	8.4	0.0	13.1	2.5	11.1	17.8	التكلفة المرتفعة
Other	7.3	7.7	78.2	6.9	0.0	3.9	8.9	أخرى
Not stated	3.3	7.4	0.0	5.9	0.0	4.4	2.1	غير مبين
Total	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

جدول 29: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية الذين يشعرون بالرضا عن جودة الخدمة التي تلقوها حسب مكان التوجه والجنس والعمر، 2011

Table 29: Percentage distribution of youth who feel satisfied with received health services according to place of service by Age and Sex, 2011

place/ Age	Sex			المكان/ العمر
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Private Health Clinic	48.6	53.8	42.9	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	27.1	20.6	34.3	عيادة صحية حكومية
School Health System	12.8	17.5	7.5	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	5.0	4.3	5.8	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	2.6	2.7	2.5	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	3.9	1.1	7.0	مستشفى
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Private Health Clinic	59.4	58.0	61.0	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	24.1	26.2	21.6	عيادة صحية حكومية
School Health System	4.5	4.3	4.8	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	4.7	3.6	6.0	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	2.3	1.9	2.9	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	5.0	6.0	3.7	مستشفى
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Private Health Clinic	55.8	56.6	54.8	عياده صحيه خاصة
Government Health Clinic	25.1	24.4	25.9	عيادة صحية حكومية
School Health System	7.3	8.6	5.7	نظام الخدمة الصحية المدرسية
UNRWA Health clinic	4.8	3.8	5.9	عياده وكالة غوث
NGOs Health clinic	2.4	2.1	2.8	مركز صحي لمؤسسة غير حكومية
Hospital	4.6	4.4	4.9	مستشفى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 30: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب اعتقادهم بمدى تلبية الخدمات الصحية المتوفرة لاحتياجاتهم والجنس والعمر، 2011

Table 30: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their perception that the current health services meet youth needs by Sex and Age, 2011

Indicator	Age			المؤشر
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Yes	53.0	49.1	60.8	نعم
No	47.0	50.9	39.2	لا
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Yes	46.9	45.9	48.9	نعم
No	53.1	54.1	51.1	لا
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Yes	50.0	47.5	55.0	نعم
No	50.0	52.5	45.0	لا
Total	100	100	100	المجموع

جدول 31: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب أسباب اعتقادهم بأن الخدمات الصحية الموجودة في الضفة الغربية لا تلبى احتياجاتهم والجنس، 2011

Table 31: Percentage distribution of youth in the West Bank who do not perceive the current health services meet youth needs according to reasons by Sex, 2011

Reasons	Sex			الأسباب
	كلا الجنسين	إناث	ذكور	
	Both Sexes	Females	Males	
The lack of these services	30.5	30.4	30.6	عدم توفر تلك الخدمات أو ندرتها
Lack of quality health services	9.5	9.8	9.1	عدم جودة الخدمات الصحية
Neglect and the large number of medical errors	15.3	15.8	14.7	الاهمال وكثرة الاخطاء الطبية
Treatments or the lack of appropriate medical devices	11.8	10.9	12.8	عدم توفر العلاجات او الاجهزة الطبية المناسبة
Lack of qualified medical staff	9.1	7.5	10.9	عدم توفر الكادر الطبي المؤهل
Lack of interest and understanding of the needs of youth	15.7	15.8	15.5	عدم الاهتمام والتفهم لاحتياجات الشباب
High Cost	7.9	9.2	6.4	التكلفة المرتفعة
Other	0.2	0.4	0.0	اخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 32: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب رأيهم بالوقت الذي لا يفضلو فيه الذهاب الى المركز الصحي لتلقي الخدمة والجنس والعمر، 2011

Table 32: Percentage distribution of youth in the West Bank according to the time during which they prefer not to go to the health center to receive service by Sex and Age , 2011

Time / Sex	العمر			الوقت / الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Morning	52.8	51.7	54.8	صباحا
Afternoon	16.8	16.3	17.8	ظهرا
Evening	28.2	29.3	25.8	مساء
Don't know	2.2	2.6	1.6	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Morning	44.5	44.0	45.6	صباحا
Afternoon	16.5	15.9	17.8	ظهرا
Evening	37.3	38.5	35.0	مساء
Don't know	1.6	1.6	1.6	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Morning	48.7	48.0	50.3	صباحا
Afternoon	16.7	16.1	17.8	ظهرا
Evening	32.6	33.8	30.3	مساء
Don't know	1.9	2.1	1.6	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 33: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب رأيهم بالوقت الذي لا يفضلون فيه الذهاب الى المركز الصحي لتلقي الخدمة والجنس ومكان الإقامة، 2011

Table 33: Percentage distribution of youth in the West Bank according to the time during which they prefer not to go to the health center to receive service by Sex and Place of Residence , 2011

Time / Sex	Place of residence			الوقت / الجنس
	جنوب South	وسط Middle	شمال North	
Males				ذكور
Morning	44.9	54.8	57.2	صباحا
Afternoon	16.6	17.1	16.8	ظهرا
Evening	35.5	25.5	24.6	مساء
Don't know	3.0	2.6	1.4	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Morning	37.7	49.4	45.7	صباحا
Afternoon	15.2	16.8	17.3	ظهرا
Evening	45.2	32.8	35.2	مساء
Don't know	1.9	0.9	1.9	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Morning	41.5	52.1	51.5	صباحا
Afternoon	15.9	17.0	17.0	ظهرا
Evening	40.1	29.1	29.8	مساء
Don't know	2.5	1.8	1.6	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 34: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب الجنس المناسب لمقدم الخدمة الصحية والجنس والعمر، 2011

Table 34: Percentage distribution of youth in the West Bank by gender appropriate health care provider and Sex and Age, 2011

Sex of service provider/ Sex	العمر			جنس مقدم الخدمة/ الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Male	37.4	35.9	40.4	ذكر
Female	6.0	6.3	5.3	انثى
Do not mind	56.3	57.3	54.3	ايهما
Don't know	0.3	0.4	0.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Male	3.8	3.9	3.7	ذكر
Female	47.4	46.3	49.7	انثى
Do not mind	48.7	49.8	46.4	ايهما
Don't know	0.1		0.2	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Male	21.0	20.3	22.5	ذكر
Female	26.2	25.8	26.9	انثى
Do not mind	52.6	53.7	50.5	ايهما
Don't know	0.2	0.2	0.1	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 35: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب الجنس المناسب لمقدم الخدمة الصحية والجنس ومكان الإقامة، 2011

Table 35: Percentage distribution of youth in the West Bank by Gender appropriate health care provider, Sex and Place of Residence, 2011

Sex of service provider/ Sex	مكان الإقامة			جنس مقدم الخدمة/ الجنس
	جنوب South	وسط Middle	شمال North	
Males				ذكور
Male	43.0	30.1	38.6	ذكر
Female	5.9	6.1	5.9	انثى
Do not mind	50.5	63.5	55.4	ايهما
Don't know	0.6	0.4	0.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Male	4.6	4.4	2.8	ذكر
Female	55.7	39.0	47.8	انثى
Do not mind	39.7	56.4	49.4	ايهما
Don't know	0.0	0.2	0.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Male	24.7	17.4	21.0	ذكر
Female	29.6	22.4	26.5	انثى
Do not mind	45.4	60.0	52.4	ايهما
Don't know	0.3	0.3	0.0	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 36: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب تفضيلهم لموقع مركز خدمات صحية صديقة للشباب والعمر والجنس، 2011

Table 36: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their preferred location of the youth friendly health service center, Age and Sex, 2011

Place/ Sex	العمر			المكان/ الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Faraway from place of residence	12.1	13.5	9.0	بعيد عن منطقة السكن
Near to place of residence	84.6	83.9	86.1	قريب من منطقة السكن
Other	3.3	2.6	4.9	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Faraway from place of residence	8.1	7.9	8.5	بعيد عن منطقة السكن
Near to place of residence	90.0	90.1	89.8	قريب من منطقة السكن
Other	1.9	2.0	1.6	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Faraway from place of residence	10.1	10.8	8.8	بعيد عن منطقة السكن
Near to place of residence	87.2	86.9	87.9	قريب من منطقة السكن
Other	2.6	2.3	3.3	اخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 37: نسبة الشباب في الضفة الغربية حسب تفضيلهم لموقع مركز خدمات صحية صديقة للشباب ومكان الإقامة والجنس، 2011

Table 37: Percentage Distribution of youth in the West Bank according to their preferred location of the youth friendly health service center and Place of Residence and Sex, 2011

Place/ Sex	مكان الإقامة			المكان/ الجنس
	جنوب South	وسط Middle	شمال North	
Males				ذكور
Faraway from place of residence	11.5	18.6	7.7	بعيد عن منطقة السكن
Near to place of residence	83.1	77.7	90.8	قريب من منطقة السكن
Other	5.4	3.7	1.5	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Faraway from place of residence	9.0	10.8	5.4	بعيد عن منطقة السكن
Near to place of residence	89.1	86.7	93.1	قريب من منطقة السكن
Other	1.9	2.5	1.5	اخرى
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Faraway from living area	10.3	14.7	6.6	بعيد عن منطقة السكن
Faraway from place of residence	85.9	82.2	91.9	قريب من منطقة السكن
Near to place of residence	3.7	3.1	1.5	اخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 38: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية الذين يفضلون تلقي خدمات صحية صديقة للشباب في مركز مرتبط بأي من المراكز حسب الجنس، 2011

Table 38: Percentage distribution of youth in the West Bank who prefer to receive youth friendly health services at a center linked to any of the the following centers by Sex, 2011

Centers	Sex			المراكز
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
Independent center for youth activities	17.1	15.8	18.2	مركز مستقل خاص بالنشاطات الشبابية
Sport Center or sport club	18.4	12.6	23.9	مركز رياضي او نادي رياضي
Center with Integrated services	39.7	46.6	33.2	مركز مدمج مع خدمات صحية اخرى
independent Center or health clinic for young	22.7	23.2	22.2	مركز او عيادة صحية مستقلة للشباب
Don't know	2.1	1.8	2.4	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 39: توزيع الشباب في الضفة الغربية الذين يفضلون تلقي خدمات صحية صديقة للشباب في مركز مرتبط بأي من المراكز حسب مكان الإقامة، 2011

Table 39: Percentage distribution of youth in the West Bank who prefer to receive youth friendly health services at a center linked to any of the the following centers by Place of Residence, 2011

Centers	Place of Residence			المراكز
	جنوب South	وسط Middle	شمال North	
Independent center for youth activities	19.2	14.4	17.5	مركز مستقل خاص بالنشاطات الشبابية
Sport Center or sport club	20.2	14.7	19.8	مركز رياضي او نادي رياضي
Center with Integrated services	30.3	49.3	39.5	مركز مدمج مع خدمات صحية اخرى
independent Center or health clinic for young	26.0	19.9	22.4	مركز او عيادة صحية مستقلة للشباب
Don't know	4.4	1.8	0.8	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 40: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب المكان الذي يفضلوا فيه تلقي خدمات صحية صديقة للشباب والجنس والعمر، 2011

Table 40: Percentage distribution of youth in the West Bank according to the preferred place to get youth friendly health services by Sex and Age, 2011

place	Sex			المكان
	كلا الجنسين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
15-17				17-15
Government Health center	40.0	35.6	44.2	مركز صحي حكومي
Private Health center	43.5	46.3	40.9	مركز صحي خاص
NGOs Health center	1.7	2.0	1.4	مركز صحي تابع لمؤسسة غير
UNRWA Health center	6.7	5.9	7.5	مركز تابع لوكالة الغوث
School/ University center	7.7	10.0	5.5	مركز في الجامعة / المدرسة
Other	0.4	0.2	0.5	أخرى
Total	100	100	100	المجموع
18-24				24-18
Government Health center	41.7	39.1	44.2	مركز صحي حكومي
Private Health center	48.0	50.9	45.1	مركز صحي خاص
NGOs Health center	1.1	0.7	1.5	مركز صحي تابع لمؤسسة غير
UNRWA Health center	5.8	5.5	6.1	مركز تابع لوكالة الغوث
School/ University center	3.1	3.6	2.6	مركز في الجامعة / المدرسة
Other	0.3	0.1	0.4	أخرى
Total	100	100	100	المجموع
15-24				24-15
Government Health center	41.2	37.9	44.2	مركز صحي حكومي
Private Health center	46.5	49.4	43.7	مركز صحي خاص
NGOs Health center	1.3	1.1	1.5	مركز صحي تابع لمؤسسة غير
UNRWA Health center	6.1	5.6	6.6	مركز تابع لوكالة الغوث
School/ University center	4.6	5.7	3.6	مركز في الجامعة / المدرسة
Other	0.3	0.2	0.4	أخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 41: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب المكان الذي يفضلوا فيه تلقي خدمات صحية صديقة للشباب والجنس ومكان الإقامة، 2011

Table 41: Percentage distribution of youth in the West Bank according to the preferred place to get youth friendly health services by Sex and Place of Residence, 2011

place	Place of residence			المكان
	جنوب South	وسط Middle	شمال North	
Government Health center	39.3	47.9	37.5	مركز صحي حكومي
Private Health center	50.4	42.5	46.6	مركز صحي خاص
NGOs Health center	1.8	0.9	1.2	مركز صحي تابع لمؤسسة
UNRWA Health center	3.1	6.4	8.0	مركز تابع لوكالة الغوث
School/ University center	4.8	2.2	6.4	مركز في الجامعة / المدرسة
Other	0.6	0.1	0.2	أخرى
Total	100	100	100	المجموع

جدول 42: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية الذين يعتبرون أن موضوع السرية مهم عند الحصول أو البحث عن خدمة صحية خاصة بهم حسب الجنس والعمر، 2011

Table 42: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their opinion on the importance of confidentiality in receiving youth health service by Sex and Age, 2011

Confidentiality	Age			موضوع السرية/الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				نكور
Yes	73.6	75.1	70.4	نعم
No	16.8	14.6	21.3	لا
Sometime	9.4	10.1	8.1	احيانا
Don't know	0.2	0.2	0.2	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Yes	79.6	81.4	75.9	نعم
No	10.9	10.2	12.5	لا
Sometime	9.3	8.2	11.5	احيانا
Don't know	0.2	0.3	0.1	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Yes	76.5	78.2	73.1	نعم
No	14.0	12.4	17.0	لا
Sometime	9.3	9.2	9.7	احيانا
Don't know	0.2	0.2	0.1	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 43: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية الذين يعتقدون أن وجود مقابل مالي للخدمة يشكل عائقا أمام التوجه للحصول على الخدمة حسب الجنس والعمر، 2011

Table 43: Percentage distribution of youth in the West Bank who believe that the existence of a financial return constitute as an obstacle to obtain the health service by Sex and Age, 2011

constitute as an obstacle/ Sex	Age			يشكل عائق/الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Yes	41.5	43.7	37.0	نعم
No	37.4	33.9	44.6	لا
Sometime	20.6	21.9	17.8	احيانا
Don't know	0.5	0.5	0.6	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Yes	41.3	42.8	38.2	نعم
No	35.9	34.2	39.4	لا
Sometime	22.7	23.0	21.9	احيانا
Don't know	0.2	0.0	0.5	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Yes	41.4	43.3	37.6	نعم
No	36.7	34.0	42.0	لا
Sometime	21.6	22.5	19.8	احيانا
Don't know	0.3	0.2	0.5	لا اعرف
Total	100	100	100	المجموع

جدول 44: التوزيع النسبي للشباب في الضفة الغربية حسب تفضيلهم ساعات تلقي الخدمة منفصلة للفتيات والفتية والجنس والعمر، 2011

Table 44: Percentage distribution of youth in the West Bank according to their time preference of receiving youth friendly health services separately for girls and boys by Sex and Age, 2011

Preference /Sex	Age			التفضيل/الجنس
	24-15	24-18	17-15	
Males				ذكور
Prefer	61.1	59.9	63.4	يفضل
Don't prefer	38.9	40.1	36.6	لا يفضل
Total	100	100	100	المجموع
Females				إناث
Prefer	70.2	68.8	72.9	يفضل
Don't prefer	29.8	31.2	27.1	لا يفضل
Total	100	100	100	المجموع
Both Sexes				كلا الجنسين
Prefer	65.5	64.3	68.0	يفضل
Don't prefer	34.5	35.7	32.0	لا يفضل
Total	100	100	100	المجموع