



جامعة الدول العربية
إدارة السياسات السكانية والهجرة / القطاع الاجتماعي

الشباب العربي: الصحة الإيجابية والتواصل الأسري

إن الآراء الواردة في هذه الوثيقة لا تمثل بالضرورة رأي جامعة الدول العربية أو الدول الأعضاء

إدارة السياسات السكانية والهجرة / القطاع الاجتماعي - جامعة الدول العربية
22 شارع طه حسين الزمالك - جمهورية مصر العربية
هاتف : 2027354306 فاكس : 2027351422
email : youth@poplas.org www.poplas.org
رقم الإيداع: م 06 / دوري 01 (2008) / 03 د (0331)

فهرس المحتويات:

تقديم

الفصل الأول: الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية للشباب في البلدان العربية

1

1

. في الخلفية والأهداف .

5

. بعض المؤشرات عن الصحة الإنجابية والجنسية .

13

. علاقة المراهقين بالأسرة والمجتمع المحيط بهم .

14

. بعض المقترحات الخاصة بالسياسات والبرامج للشباب .

17

فهرس الجداول

26

فهرس الأشكال

29

ملحق (1)

30

ملحق (2)

32

الهوامش

الفصل الثاني: الشباب العربي والتواصل الأسري: من التقييم إلى التفعيل

35

. ظواهر ترسم واقع الأوضاع الراهنة للأسرة .

36

. أزمة أسرة أو مأزق الأسرة أم نهاية الأسرة ؟

37

. أدوات مفاهيمية وتحليلية لدراسة التواصل الأسري

40

. علاقة الشباب بالأسرة التقليدية .

40

. علاقات الأبناء الشباب بالأسرة المتحولة .

41

. علاقات الأبناء الشباب بالأسرة الحديثة .

41

. عوامل مؤثرة على الأسرة وعلى العلاقات الأسرية .

42

. جدول العوامل المؤثرة الأساسية على الأسرة وانعكاساتها على علاقات الأهل بالشباب .

44

. تمسك الأهل بالعلاقات التقليدية مع أبنائهم في عالم متغير .

45

. المواجهة الشبابية: أشكال ردود الفعل على تدخل الأهل .

47

الهوامش

منذ أن طرح مفهوم الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية منذ مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية عام 1994، لم يعد مجرد مفهوم حول الصحة بمعناها الشامل-النفسي والجسمي والجنسي والاجتماعي- بل أضحت مقارنة تنموية، ذلك لأن تحسن الصحة أحد أهم أركان التنمية البشرية، وأحد أهم مؤشراتنا في الوقت نفسه .

فالصحة ثروة Health is Wealth كما تؤكد الأدبيات والمشروعات التنموية التي حققت إنجازات ملموسة، ولهذا يعد الارتقاء بالصحة من أهم مقاربات مواجهة الفقر والتخفيف من حدته. فالأجراء في الأرياف والحواسر، عندما ينقطعون عن عملهم بسبب المرض، فإن هذا الانقطاع يؤثر على نحو مباشر في دخل الأسرة، وفي إشباع حاجاتها الأساسية .

ولم تأت اهتمامات إدارة السياسات السكانية والهجرة/جامعة الدول العربية بالاهتمام بالصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية للشباب، من أهمية هذا البعد من أبعاد تمكين الشباب وحسب، وإنما أيضا لان الاستطلاع التقييمي الذي أجرته الإدارة للمنتج البحثي حول الشباب العربي، أكد أن الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية من أبرز التحديات التي تواجه الشباب، خاصة في ظل ضعف المعارف بأبعاد الصحة الإنجابية وتأخر سن الزواج والانفتاح على ثقافات وقيم متنوعة، ولقد عكس هذا نفسه من خلال نتائج البحوث، التي ذهبت إلى اختلاط وضبابية معارف الشباب حول الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، وأن الشباب أضحت أكثر تعرضا للإتيان بسلك خطر في كثير من أبعاد صحته بما في ذلك أنماطه الغذائية وشغل أوقات الفراغ وتزايد احتمالات التعرض للإصابة بالامراض المنقولة جنسيا .

وتشتمل الصفحات التي يحويها العمل الراهن على دراستين تنتميان إلى حقل واحد، هو الحقل العائلي أو الأسري . فالصحة الإنجابية أكثر ارتباطا بدورة الحياة الأسرية، أما التواصل الأسري، فإن كان فعالا أو أقل فاعلية فإنه يؤثر على الصحة الإنجابية لأعضاء الأسرة ، سواء من حيث المعارف أم القيم أم الممارسات .

ومن خلال ما توصل إليه التقرير من نتائج حول واقع الشباب فيما يتعلق بالصحة والصحة الإنجابية والعلاقة التي تربطه بالأسرة، يوصي التقرير الحكومات العربية بزيادة الاستثمارات الموجهة إلى صحة وتنمية الشباب، وكذلك رسم السياسات التي تتعامل مع احتياجاتهم بطريقة مباشرة، كما يدعو الآباء إلى فتح باب للحوار مع الشباب حول موضوعات الصحة والصحة الإنجابية والجنسية. فمن أبرز المؤشرات التي أفرزتها الدراسة نذكر:

* تقل المعرفة بالامراض المنقولة جنسيا بين الشباب عن 50% على الصعيد العربي ككل، وتصل إلى مستويات منخفضة جدا بين الشباب الذكور في كل من الجزائر 14%، وسوريا 19%، ومصر 4%، وبين الإناث 8% في سوريا، و5% في مصر .

* ارتفاع نسبة المدخنين بين الشباب الذكور (37% في الجزائر، 28% في سوريا، 11% في مصر، 21% في الإمارات. في حين تنخفض النبية بين الفتيات (4% في سوريا، 0.3% في مصر، 11% في الإمارات). وتأتي الرغبة في تقليد الأصدقاء والتجربة وحب الاستطلاع في مقدمة الأسباب التي تدفع الشباب منال جنسين للتدخين.

* ارتفاع متوسط سن الزواج الأول لدى الإناث في معظم البلدان العربية، فقد بلغ حوالي 29 سنة في كل من الجزائر والتونس ولبنان، و28 في المغرب، 26 في قطر وسوريا، 25 في الأردن والكويت، بينما بلغ 20 سنة في مصر، 18 سنة في كل من اليمن وفلسطين.

وإذا كانت نتائج الدراساتين تحمل رسائل إلى كل المهتمين بالشأن الأسري، حيث بينت أهم التغيرات التي طرأت على الواقع المباشر المحيط بالشباب، وتداعياته المختلفة، خاصة على علاقاتهم بالأصل والأقارب، وعلى ما يجمله هذا الواقع من مخاطر تهديد لصحة الشباب، فإنها بجانب هذا تلح على المزيد من الدراسات الكيفية، لتعمق الموضوعات التي طرحتها الدراسات .

وإذ نقدم هذا العمل للقارئ العربي، فإننا نخص الشباب والباحثين والمخططين والتنفيذيين للمواجهة العملية، لبعض الأمراض التي يمكن أن يتجاوز تأثيرها صحة المراهقين والشباب، إلى صحة المجتمع كله . ونرجو أن يكون في هذا الجهد ما يوحى بأفكار وموضوعات بحثية مستقبلية، وأن تكون به استخلاصات للاسترشاد بها واستخلاص دروس في ضوءها لتعميق الاهتمام بالصحة الإيجابية للشباب ومنذ الفترات الأولى من مرحلة الطفولة .

خالد الوحيشي

مدير إدارة السياسات السكانية والهجرة

جامعة الدول العربية

الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية للشباب في البلدان العربية

- في الخلفية والاهداف:

أشارت المؤتمرات الدولية المتعاقبة، وخاصة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1994 إلى أهمية الاهتمام باحتياجات المراهقين والشباب لتدعيم أوضاعهم الصحية والتعليمية، وأعدادهم بشكل جيد للمساهمة بدور ايجابي في تخطيط وتنفيذ برامج التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وتأتى أهمية هذا التوجه في ضوء تعرض الشباب إلى تأثيرات عديدة للعولمة الاقتصادية والثقافية، والتي نتج عنها اختصار المسافات بين بلدان العالم، وتعمق الفوارق بينها، والتعرض للتقدم الهائل في تكنولوجيا الاتصالات، وارتفاع مستويات التعليم.

وقد ركز المؤتمر الدولي للسكان والتنمية كذلك على أهمية تدعيم الصحة الإنجابية بمفهومها الشامل، الذي لا يشتمل فقط على السلام من المرض أو الإعاقة، وإنما يشير إلى الصحة البدنية والعقلية عبر مراحل الحياة، من خلال توفر ظروف اجتماعية وبيئية مساندة، مع الاهتمام أيضا بالحقوق الإنجابية التي تشتمل على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة¹، كذلك تدعيم القدرة على الإنجاب، والحرية في تقرير الإنجاب في الوقت الذي يفضلونه وكذا العدد المرغوب، وما يترتب على ذلك من حقوق الجنسين في الحصول على المعلومات الضرورية وكذا الخدمات الصحية اللازمة (ملحق رقم (1)).

ورغم الفوارق الواضحة التي تميز الشباب عن جيل آبائهم، والتي تتميز بالتمتع بصحة أفضل وعمراً أطول، والحصول على مستويات أفضل من

التعليم والاستفادة من التقدم الهائل في الاتصالات عبر دول العالم مما أتاح فرصة أكثر من العلم والدراية بالثقافات والمعلومات إلا أنهم يواجهون في نفس الوقت مشاكل أكثر عن جيل آبائهم، وبصفة خاصة تلك المتعلقة بالظروف التنافسية القوية للعولمة، والتباعد المتزايد بين دول الشمال والجنوب، وانخفاض فرص العمل المتاحة لهم وتزايد معدلات البطالة، وانعكاسات ذلك على زيادة الاعتماد على أسرهم في العيش في كنفهم لفترات أطول، والاتجاه إلى تأخير سن الزواج وكذا القيام بمسئولياتهم في تأسيس الأسر الخاصة بهم².

وبالإضافة إلى تعرض الشباب لمخاطر الفقر والتهميش بشكل متزايد، فإنهم أكثر عرضه للأمراض المنقولة جنسيا - وخاصة مرض الإيدز، وكذلك مخاطر بعض السلوك الخطر كالتدخين، وتعاطى المخدرات وغيرها، وقد ساعد على زيادة هذه المخاطر افتقار الشباب للمعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية، حيث تخلو المقررات الدراسية من مناهج قصيرة عن تعليم المهارات الحياتية والمعلومات الصحية الهامة للشباب، وعلاوه على ذلك فإن الخدمات الصحية الحكومية ليست معدة بحيث توفر السبل المناسبة لتوفير هذه المعلومات والخدمات للشباب، ولا المناخ المناسب للترحيب بهم وتقديم هذه الخدمات لهم في بيئة داعمة صديقة للشباب.

ونتيجة لتطور المستويات التعليمية للشباب، مع سرعة تعرضهم للثقافات وشبكات المعلومات الدولية، مع بقاء السلطة في يد جيل الآباء - الذي يتجه

بالإضافة إلى تعرض الشباب لمخاطر الفقر والتهميش بشكل متزايد، فإنهم أكثر عرضه للأمراض المنقولة جنسيا - وخاصة مرض الإيدز، وكذلك مخاطر بعض السلوك الخطر كالتدخين، وتعاطى المخدرات وغيرها، وقد ساعد على زيادة هذه المخاطر افتقار الشباب للمعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية.

ليلى نوار، مستشار البحوث بالمركز الديمغرافي بالقاهرة، وخبير دولي حر

والحقوق السياسية الممنوحة، وينطبق ذلك على الشباب الذين قد لا يجدون مسارات لهم للمشاركة في صنع السياسات التي تؤثر على حياتهم في الحاضر والمستقبل².

وبطبيعة الحال فإن الأوضاع والظروف الاجتماعية تتأثر أيضاً في دول المنطقة بمعطيات الأوضاع والظروف السياسية، وينعكس ذلك على الأجواء والكيفية التي يتم بها التعامل مع الموضوعات ذات الحساسية الخاصة في إطار الصحة الإنجابية، وخاصة تلك المرتبطة بالعلاقات الجنسية والتشويه البدني للإناث والتمييز ضد الفتيات، كما تنعكس تلك الظروف أيضاً في موقف مؤسسات المجتمع المدني في دول المنطقة والمساحة التي تشغلها والتأثير الذي يمكن أن تقوم به، حيث تواجه المؤسسات التي تعمل في مجال تقدير مدى انتشار الأمراض المنقولة جنسياً، وخاصة الإيدز - والعمل على مكافحة هذه الأمراض وتقديم المعلومات والاستشارات اللازمة في هذا المجال صعوبات جمه وبعض المخاطر أحياناً، كما أنها قد تضطر إلى تقليص مجال عملها أو المنطقة الجغرافية التي يمتد إليها نشاطها في بعض الأحيان الأخرى³.

وفي هذا السياق، فإنه يجب النظر إلى شريحة الشباب على أنها مصدر أصول قيمة بدلا من كونها شريحة ترتبط بوجود مشاكل، ويجب النظر إلى الشباب على أنهم فاعلين ومشاركين أساسيين وليس مجرد مستفيدين أو مجموعات مستهدفة، حيث أن معرفتهم للفرص المتاحة لهم وكذا العقبات التي تواجههم تعطى لهم فرصاً حقيقية لاقتراح السياسات والتدخلات الملائمة لهم.

وقد شهد مؤخراً مجال العمل في قطاع الشباب تطوراً ملموساً فيما يتعلق بالنظرة والفلسفة التي يتم النظر بها إلى هذا القطاع، فبدلاً من اتباع هدف أساسي يتمثل في العمل على محاربة كل السلبيات والمشاكل التي يُعتقد أنه يجب حماية الشباب منها مثل المرض والمخدرات وعدم الانتماء والعلاقات الجنسية غير المشروعة والحمل غير المرغوب فيه، يجب اتباع مبدأ أن عدم وجود أي سلبيات أو مشاكل لا يعنى

الآن إلى العيش عمراً أطول - ويفتقر إلى المعلومات الصحيحة في هذا المجال، بل ويتجنب مناقشتها مع الأبناء، فقد حدث فجوة بين الأجيال، تحرم الجيل الجديد من الشباب من عملية التواصل مع الجيل القديم، الذي كان يمثل له مصدراً للوعود والتأييد، وحيث ان المعرفة تعتبر خطوه أولى لإتباع السلوكيات الآمنة، كما ان لها دوراً أساسياً في توفير الخيارات الصحيحة واتخاذ القرارات المناسبة المتعلقة بالصحة الإنجابية، فإن فئة الشباب أصبحت معرضة بشكل غير مسبوق لمشاكل الصحة الإنجابية والجنسية في غياب المعلومات الضرورية التي يحتاجون إليها.

وقد أدى غياب البيئة الداعمة للصحة الإنجابية والجنسية للشباب في العالم العربي، ونقص جهود الدول في انتهاج السياسات المناسبة التي تدعم الظروف الصحية والتنموية للشباب، وتركيز وسائل الإعلام المختلفة على المخاطر التي يتعرض لها الشباب في مجال الصحة الإنجابية والجنسية - دون النظر لهذه المرحلة بشكل إيجابي - إلى غياب السياسات والبرامج التي تقابل احتياجات وطموحات الشباب بشكل متكامل والتي تعمل على الاستفادة من هذه القوة الكبيرة في التخطيط لمستقبل أفضل للدول العربية، وفي هذا السياق، فقد أشار تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2002 إلى المشاركة الإيجابية الممكنة للشباب في صنع مستقبل أفضل للدول العربية، والفرص الضائعة الناجمة عن عدم التعامل مع احتياجاتهم الفعلية بشكل أكثر إيجابية، وأشار إلى نتائج دراسة تم إعدادها لهذا التقرير والتي أفادت إلى وجود رغبة كبيرة بين الشباب في الاقليم العربي للهجرة إلى الخارج - مما يعكس الإحباط الذي يشعر به الشباب إزاء الظروف الاجتماعية والاقتصادية في بلدان المنطقة وبالإضافة إلى ذلك فقد أشار تقرير البنك الدولي إلى ان إقليم العالم العربي يفقد في المتوسط 1% من معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي (GDP) سنوياً نتيجة لهذه الأسباب³.

هذا وقد أشارت بعض الدراسات الحديثة أيضاً إلى رغبة الشعوب، في مزيد من فرص الممارسات السياسية في المنطقة، والتي تختلف حسب ظروف دول المنطقة من حيث النظم السياسية المتبعة

يجب النظر إلى شريحة الشباب على أنها مصدر أصول قيمة بدلا من كونها شريحة ترتبط بوجود مشاكل. ويجب النظر إلى الشباب على أنهم فاعلين ومشاركين أساسيين وليس مجرد مستفيدين أو مجموعات مستهدفة.

وتبناها الوزراء العنيون بالشباب (لييسون، أغسطس 1998)، وقد تلى ذلك اعلان داكار حول استراتيجية تمكين الشباب (داكار 2001)، ثم اجتماع الأمم المتحدة الخاص بالشباب (تحت مسمى عام جديد للشباب) عام 2002⁴، كما تم التأكيد على ضرورة دعم حقوق الشباب فيما يتعلق بالصحة الإنجابية فى المنطقة خلال فعاليات منتديات البرلمانين العرب التى تم عقدها فى القاهرة والرباط عام 2003.

وقد اتخذت البلدان العربية منذ مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية لعام 1994 وصدور إعلان الرباط 2003 عدة تدابير متنوعة لتفعيل أهداف هذه المؤتمرات، وبصفة خاصة فى مجال دعم خدمات الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية للشباب.

وفى إطار انعقاد المنتدى العربى للسكان فى بيروت فى نوفمبر 2004 تم عرض نتائج استبيان تم إعداده لمتابعة التقدم المحرز فى تحقيق أهداف مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية وقد استوفى هذا الاستبيان 17 دولة عربية وتناول التدابير والسياسات والانجازات التى حققتها هذه الدول، بالإضافة إلى المعوقات والتحديات.

وقد أظهرت نتائج هذا الاستبيان مواقف مختلفة للبلدان العربية، حيث اتخذت 11 دولة فقط تدابير قوية لتلبية احتياجات الشباب والمراهقين وحقوقهم المتعلقة بالصحة الإنجابية، وقد استحدثت بعض الدول سياسات وتشريعات تواجه وضع الشباب واحتياجاته، كما تم إنشاء لجان وطنية للشباب، وبناء شركات وتعاون مع منظمات وطنية ودولية وهيئات غير حكومية، وقد تم تصميم برامج صحية تهتم بالصحة الإنجابية للشباب والمراهقين وتقديم المشورة لهم، كما اتخذت العديد من بلدان المنطقة تدابير لتوفير معلومات للشباب عن الصحة الإنجابية والاهتمام بدعم مهاراتهم الحياتية.

وقد أشارت نتائج هذا الاستبيان أيضا إلى قيام عدد يعتد به من البلدان العربية بوضع استراتيجيات وبرامج وخطط لتدعيم فرص الشباب فى الحصول على خدمات الصحة الإنجابية (أنظر ملحق رقم (2)⁵).

بالضرورة أن الشباب أصبحوا مؤهلين للاضطلاع بدورهم ومسئولياتهم فى المستقبل كأفراد على قدر من المسئولية وحسن التصرف، ويعتمد هذا المبدأ الجديد على بناء القدرات والمهارات للشباب، وهو ما يعرف بمنهج التنمية الإيجابية للشباب "Positive Youth Development" ويعتمد هذا المنهج على مبادئ أساسية، تتضمن توجيه الاهتمام الكافى للشباب للحصول على التعليم والتدريب وفرص العمل المناسبة وبعض المهارات الحياتية والقيم المشروعة وبناء علاقات اجتماعية Social Networks وكذا المهارات الخاصة باتخاذ القرارات السليمة والقدرة على تنفيذها والشعور بالكرامة والفخر والانتماء إلى ثقافة وحضاره البلد الذى يعيشون فيه.

كذلك يعتمد هذا المنهج على الاهتمام ببناء القدرات للشباب على مستوى المجتمع المحلى كجزء مكمل للإطار السياسى والاجتماعى الشامل الذى يدعم تنمية الشباب وتوظيف قدراتهم ومشاركتهم الفعالة فى البرامج التنموية والصحية التى تدعم حاضرهم ومستقبلهم^{3 و4}.

الاهتمام الدولى والإقليمى المتزايد بقضايا الشباب

عنيت العديد من المؤتمرات الدولية والإقليمية بقضايا الشباب، انطلاقاً من الارتباط الوثيق بين هذه القضايا وبين التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة فى بلدان العالم، وقد ركز كل من هذه المؤتمرات على بعد أو أكثر من أبعاد ادماج قضايا الشباب فى العمليات التنموية وقد استند هذا الاهتمام على العديد من المؤتمرات والمحافل الدولية التى عقدت فى أوائل التسعينات، مثل القمة العالمية حول الطفولة (نيويورك 1990) ومؤتمر البيئة والتنمية (ريودى جانيرو 1992)، والمؤتمر العالى لحقوق الإنسان (فيينا 1993) والقمة الاجتماعية (كوبنهاجن 1995) والمؤتمر الدولى الرابع للمرأة (بكين 1995).

ثم حدث تحول فى الاهتمام العالمى بالشباب تمثل فى مشاركة الحكومات والأمم المتحدة فى صياغة وتبنى خطة عمل دولية للشباب لما بعد عام 2000، أقرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1996

اتخذت 11 دولة فقط تدابير قوية لتلبية احتياجات الشباب والمراهقين وحقوقهم المتعلقة بالصحة الإنجابية.

البيانات والمؤشرات المستخدمة في الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على أحدث البيانات والمؤشرات المتاحة من كل من مسح صحة الأسرة التي أجريت في بعض الدول العربية، وكذا المسوح الديموجرافية الصحية لدول الخليج العربي بالإضافة إلى المسح الديموجرافي الصحي الفلسطيني، هذا، وقد تم إعداد تبيويات خاصة لبيانات الاستبيان الخاص بالشباب والذي تم إضافته إلى مسح صحة الأسرة، ورغم جمع البيانات الخاصة بهذا الاستبيان، إلا أن معظم البيانات لم يتم نشرها في الدول التي قامت بإضافة هذا الاستبيان ضمن البيانات التي يتم جمعها في مسح صحة الأسرة (تونس والجزائر وسوريا وجيبوتي)، وفي معظم الحالات أمكن إضافة البيانات المقارنة الخاصة بمصر والتي تم جمعها من خلال المسح الديموجرافي الصحي على فترات متتالية وكذا من خلال الدراسات الوطنية الأخرى التي أجريت في مصر عن المراهقين والشباب. وسوف يتم توضيح المؤشرات عن الصحة الإنجابية لكل من الذكور والإناث على حده، مع بيان حدود السن حسب التحليلات المستخدمة.

وتجدر الإشارة إلى الصعوبات الجمة نتيجة لعدم توفر البيانات اللازمة في كثير من الأحوال، وخاصة تلك التي تتعلق ببعض عناصر الصحة الإنجابية التي تتسم بحساسية كبيرة مثل مدى شيوع الأمراض المنقولة جنسياً، وقد اقتصر عرض بعض المؤشرات في بعض الأحيان على بعض البلدان العربية دون الأخرى لعدم توفر البيانات المطلوبة في بعض الدول الأخرى.

كما تجدر الإشارة إلى ان الدراسة سوف تعتمد أيضا في بعض الحالات على نتائج بعض الدراسات الكيفية (Qualitative) وذلك لإضفاء مزيد من التعمق في شرح وتفسير دلالات هامة لبعض أوضاع المراهقين.

وقد تم الاستعانة أيضا بالمؤشرات المتاحة على الشبكات الدولية عن الإحصاءات الدولية والإقليمية، مثل أحدث تقارير التنمية الانسانية التي يصدرها صندوق الأمم المتحدة الانمائي UNDP بالإضافة إلى التقارير الأخرى للهيئات الدولية الأخرى، والتي

ورغم الجهود المختلفة التي تم القيام بها لتدعيم الصحة الإنجابية والجنسية للشباب في بلدان المنطقة، فإن المؤشرات الحديثة التي تم مراجعتها عن الصحة الإنجابية والجنسية مازالت تشير إلى ان الإنجاز الذي تم تحقيقه ما يزال أقل من المأمول، وأن على الدول العربية بذل مزيد من الجهود الجادة لمقابلة احتياجات الشباب وإعداده بشكل جيد للاضطلاع بمسئولياته في المشاركة في صنع مستقبل بلدان المنطقة، كما ستيتم عرضه بالتفصيل لاحقا في الأقسام التالية.

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة بوجه عام إلى مراجعة الوضع الحالي للصحة الإنجابية للشباب في بلدان المنطقة العربية من خلال تقييم بعض المؤشرات الأساسية، ورصد المعوقات التي تحول دون تحقيق الأوضاع المأمولة في هذا المجال، واستنادا على هذه المراجعة لأوضاع الصحة الإنجابية والجنسية للشباب، سوف يتم اقتراح بعض البدائل والمجالات التي تدعم تمكين ومشاركة الشباب في وضع السياسات وتصميم البرامج التي تهدف إلى تحسين أوضاعهم وتنميتهم، وتدعيم صحتهم بوجه عام - وخاصة صحتهم الإنجابية، وبناء على ما تقدم، فإن أهداف الدراسة تتمثل فيما يلي :

- رصد بعض المؤشرات الحديثة التي تعكس الأوضاع الحالية للصحة الإنجابية والجنسية للشباب في بلدان المنطقة العربية.
- تحديد المعوقات التي تحول دون تحقيق الأوضاع المأمولة للشباب فيما يتعلق بتحقيق التنمية الشاملة لهم، بما في ذلك الصحة الإنجابية والجنسية.
- اقتراح مناهج وسياسات بديلة تأخذ في اعتبارها المستجدات في مفاهيم الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية للشباب، بحيث يمكن مقابلة احتياجات الشباب بشكل أكثر فاعلية واستدامة، وذلك من خلال تفعيل مشاركة الشباب وتمكينهم من الاضطلاع بأدوار أساسيه في صنع مستقبلهم، بدلاً من كونهم مجرد متلقين للمعلومات والخدمات.

تشير المؤشرات

الحديثة إلى ان الإنجاز الذي تم تحقيقه لتدعيم الصحة الإنجابية والجنسية للشباب يزال أقل من المأمول، وأن على الدول العربية بذل مزيد من الجهود الجادة لمقابلة احتياجات الشباب وإعداده بشكل جيد للاضطلاع بمسئولياته في المشاركة في صنع مستقبل بلدان المنطقة.

تتميز بتوفير البيانات عن معظم الدول العربية. كذلك تعتمد الدراسة على البيانات التي توفرت من بعض الدراسات الخاصة الأخرى والتي أجريت في بعض البلاد العربية والتي استهدفت إلقاء مزيد من الضوء على شرائح عمرية أو جغرافية أو اجتماعية معينة أو التركيز بمزيد من التفصيل على دراسة بعض مكونات الصحة الإنجابية.

- بعض المؤشرات عن الصحة الإنجابية والجنسية في البلدان العربية السن عند الزواج

يميل متوسط السن لدى الزواج الأول للإناث إلى الاتجاه للارتفاع بوجه عام في معظم دول المنطقة، حيث يبلغ حوالي 29 سنة في كل من تونس والجزائر ولبنان، و28 في المغرب، 26 سنة في قطر وسوريا، 25 سنة في الأردن والكويت، بينما يبلغ 20 سنة في مصر، 18 سنة في كل من اليمن والأراضي الفلسطينية المحتلة (جدول رقم (1))⁶.

وقد أدى ارتفاع سن الزواج بين الفتيات إلى ارتفاع كبير في نسبة الإناث اللاتي لم يسبق لهن الزواج في الفئة العمرية 20 - 24 بشكل غير مسبق، حيث بلغ في تونس والجزائر 83 - 85%، وفي جيبوتي 74%، كما تراوحت بين 66 - 69% في كل من الأردن وقطر والبحرين، في حين يلاحظ انخفاض هذه النسبة إلى 40 - 46% في الأراضي الفلسطينية المحتلة ومصر، وتصل إلى 27% فقط في اليمن (جدول رقم (2))⁶.

ويمثل الاتجاه إلى سن أعلى نسبياً للزواج سمة إيجابية بالنسبة للصحة الإنجابية للإناث، حيث أن ذلك يمثل مصدر حماية لهن من أخطار الحمل في سن مبكرة، حيث أن وفيات الأطفال ووفيات الأمومة واحتمالات فقدان الأجنة ترتفع مع انخفاض سن الأم لمستويات منخفضة (أقل من 18 سنة)، وقد ارتفع أيضاً سن الزواج بين الذكور في معظم البلدان العربية، حيث يبلغ على سبيل المثال في تونس 32.5، وفي لبنان 31 سنة⁷، وتشير بعض الدراسات إلى أن تأخير سن الزواج يمثل بدرجة كبيرة تأخير قسري نابع عن الظروف الاقتصادية

والاجتماعية، وعن بعض العادات الاجتماعية التي تتمثل - جزئياً - في متطلبات مادية مبالغ فيها^{8,7}، فقد أشارت مثلاً دراسة حديثة في مصر عن الشباب بين الجنسين في فئة العمر 18 - 29 ممن لم يسبق لهم الزواج أن ما يقرب من 30% فقط من الذكور، لديهم بعض المدخرات للزواج (مقابل 70% بين الإناث)، وأن 73% من الذكور أشاروا إلى أن المتطلبات المادية للزواج تؤدي إلى تأخير الزواج بالنسبة لهم (مقابل 37% بين الإناث)⁸ ولا يخفى تأثير الارتفاع الكبير في سن الزواج على الصحة الجسدية والجنسية والنفسية للشباب، وانعكاساته على الأوضاع الاجتماعية وممارسة السلوكيات الخطرة بين الشباب.

ورغم اتجاه سن الزواج للإناث إلى الارتفاع، فإن نسب يعتد بها من الفتيات مازالت تتزوج في سن مبكرة - رغم تشريع قوانين تحدد السن الأدنى للزواج في معظم الدول (جدول رقم (3))، فمثلاً تشير الإحصاءات إلى أن حوالي 29% من النساء المتزوجات في سلطنة عمان تزوجن قبل سن الخامسة عشر، وأن 44% من النساء في السودان وحوالي 50% من النساء في مصر تزوجن قبل سن العشرين¹.

والزواج المبكر يؤدي إلى الحمل المبكر للفتيات، ويترتب عليه العديد من المشاكل والآثار السلبية على صحة الأم والطفل وتشير الإحصاءات إلى أن 16% من النساء المتزوجات في موريتانيا واليمن أمهات بالفعل أو حوامل وقت المسح، وتبلغ هذه النسبة في مصر وسوريا حوالي 8% والمغرب حوالي 7% (أرقام غير موضحة في جداول بالدراسة)^{9,10,11,12,13}.

مستويات الإنجاب للشابات المتزوجات

يوضح الجدول رقم (4) معدلات الخصوبة العمرية للنساء السابق لهن الزواج في الفئات العمرية 15 - 19، 20 - 24 في بلدان المنطقة العربية، وتعكس الأرقام مستويات متفاوتة في هذه المعدلات بين بلدان المنطقة، وتوجد أعلى المعدلات في الأراضي الفلسطينية المحتلة (311) مولود لكل ألف من النساء في الفئة العمرية 20 - 24 واليمن (279) وعمان (270) والسعودية (201)، بينما

رغم اتجاه سن الزواج للإناث إلى الارتفاع، فإن نسب يعتد بها من الفتيات مازالت تتزوج في سن مبكرة - رغم تشريع قوانين تحدد السن الأدنى للزواج في معظم الدول.

الفعلية في كل من الجزائر والبحرين والإمارات وعمان وقطر والسودان وسوريا والكويت، هذا وقد تمارس هذه التباينات بعض التأثيرات على اتجاهات الخصوبة في المستقبل في بلدان المنطقة العربية.

استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين الشباب

يعرض الجدول رقم (6) بيانات عن نسبة الشباب السابق لهم الزواج اللاتي تستخدمن أى وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة (الحديثة والتقليدية)، وكما هو متوقفاً، فإن الشباب الأكبر سناً نسبياً (20 - 24) أكثر استخداماً لوسائل تنظيم الأسرة عن الشباب الأصغر نسبياً (15 - 19)، وفي نفس الوقت فإن معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين الشباب في سن 15-24 سنة تقل عن تلك المعدلات السائدة بين اجمالي السيدات حيث أن هذه المجموعة تشمل نساء في المراحل المتأخرة من الفترة الإنجابية اللاتي أنجن العدد المرغوب فيه من الأطفال وتستخدمن لذلك الوسائل لإنهاء الإنجاب.

وتعكس الأرقام مستويات منخفضة للاستخدام بين الشباب في فئة العمر (20 - 24) في كل من موريتانيا (7%) واليمن (19%) والإمارات (20%)، بينما ترتفع نسبياً معدلات الاستخدام بين الشباب في نفس الفئة العمرية في كل من سوريا (32%)، والسعودية (29%) وقطر (34%)، والكويت (38%)، وتصل إلى معدلات أعلى بين الشباب في مصر (48%) والجزائر (41%) والأردن (42%) وتونس (49%) والبحرين (50%) والمغرب (58%).

وبالنسبة لإجمالي النساء السابق لهم الزواج (15 - 49) فإن أعلى المعدلات تشاهد في مصر (60%) وتونس (63%) والبحرين (62%).

ويوضح الجدول رقم (6) أيضاً الوسائل الأساسية التي تعتمد عليها الشباب السابق لهم الزواج في فئات السن الصغيرة الموضح بالجدول لتجنب الحمل، (وهي موضحة بترتيب نسبة الشباب التي تستخدم الوسيلة - النسبة العليا تأتي أولاً)، ويتضح من ذلك أن الشباب يستخدمون في كثير من الأحيان وسائل

توجد أقل المعدلات في تونس (66) والجزائر (59)، ويوضح العمود التالي في جدول رقم (4) أعلى المستويات التي وصلت إليها معدلات الخصوبة العمرية لكل دولة من دول (الذروة) مع بيان الفئة العمرية التي وصلت عندها معدلات الخصوبة العمرية إلى الذروة، وتوضح الأرقام أن أعلى مستويات الخصوبة العمرية لعدد كبير من البلدان قد تحقق خلال الفئة العمرية (25 - 29)، ويشمل ذلك البحرين ومصر والإمارات العربية المتحدة والأردن والكويت وموريتانيا وعمان وقطر والسعودية وسوريا واليمن، وترتبط مستويات الخصوبة العمرية بعدة مؤثرات، منها السن عند الزواج الأول، ومدى المباشرة بين الأطفال، وتوقيت إنجاب الطفل الأول، ومستويات الخصوبة بوجه عام.

وتشير اتجاهات الخصوبة في بلدان المنطقة (جدول رقم (5)) إلى حدوث انخفاض كبير في مستوى معدل الخصوبة الإجمالية (Total Fertility Rate) فيما بين الفترة (70 - 1975)، والفترة (2000 - 2005) في بعض بلدان المنطقة، حيث انخفض هذا المعدل بنسبة النصف أو أكثر في كل من الجزائر والكويت والإمارات العربية المتحدة والأردن ولبنان وليبيا والمغرب وقطر وتونس بينما لم يتحقق هذا المستوى من الانخفاض في باقي البلدان العربية.

وجدير بالذكر أن أقل مستويات لمعدل الخصوبة الكلية خلال الفترة (2000 - 2005) والتي بلغت 2.0 - 2.5 قد تحققت في كل من تونس والجزائر والبحرين ولبنان والإمارات العربية المتحدة⁶. ويوضح الجدول رقم (5) أيضاً متوسط عدد الأطفال الأمثل للنساء السابق لهم الزواج في فئات السن (15 - 19)، (20 - 24) وتعكس الأرقام بعض الأنماط المتباينة فيما يتعلق بالعلاقة بين مستويات الخصوبة الفعلية السائدة في بلدان المنطقة ومستويات الخصوبة المفضلة لدى هؤلاء الشباب السابق لهم الزواج، حيث تنخفض مستويات الخصوبة المفضلة لدى الشباب عن الخصوبة الفعلية للنساء السابق لهم الزواج 15 - 49 في كل من مصر وموريتانيا والمغرب والأراضي الفلسطينية المحتلة واليمن، بينما ترتفع مستويات الخصوبة المفضلة عن الخصوبة

تشير اتجاهات الخصوبة في بلدان المنطقة إلى حدوث انخفاض كبير في مستوى معدل الخصوبة الإجمالية فيما بين الفترة (70 - 1975)، والفترة (2000 - 2005) في بعض بلدان المنطقة.

تقليدية ليست فعالة بدرجة كافية للمساعدة على تجنب حدوث الحمل، مثل القذف الخارجى، وإطالة فترة الرضاعة.

وقد أظهرت بعض الدراسات أن الرغبة فى إنجاب مزيد من الأطفال والتخوف من الآثار الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة أو حدوثها بالنسبة للسيدات تمثل أهم الأسباب لعدم الاستمرارية فى استخدام وسائل تنظيم الأسرة أو عدم استخدامها على الإطلاق، وذلك كما فى حالة مصر وسوريا واليمن وليبيا ولبنان^{2,5}.

كما كشفت بعض الدراسات عن وجود فروق كبيرة بين معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء فى الريف والحضر، وكذا بين النساء المتعلقات وغير المتعلقات، فعلى سبيل المثال تبلغ معدلات استخدام الوسائل بين النساء السابق لهن الزواج (15-49) فى سوريا اللاتى يقمن فى الحضر 49% مقابل 27% بين النساء فى الريف، وتبلغ الأرقام المقارنة بالنسبة إلى اليمن 36% مقابل 16%، وفى السعودية 37% مقابل 21%.

كذلك يبلغ معدل استخدام الوسائل بين النساء الحاصلات على المرحلة الإعدادية أو أعلى فى سوريا 54% مقابل 28% فقط للنساء الأميات، وتبلغ الأرقام المقارنة بالنسبة إلى ليبيا 54% مقابل 38%، وبالنسبة لقطر 47% مقابل 26%^{2,5}.

وفيات الأمهات

ترتفع معدلات وفيات الأمهات فى بعض بلدان العالم العربى بدرجة كبيرة، حيث تصل إلى 750 لكل 100.000 مولود حى فى موريتانيا، وينخفض نسبياً هذا المعدل إلى 230، 350، 550 لكل 100.000 مولود حى فى السودان واليمن والمغرب على الترتيب ويصل إلى مستوى أقل نسبياً فى مجموعة من الدول العربية تشمل لبنان (100) ومصر (84) وليبيا (77) وجيبوتى (74) وتونس (69) وسوريا (65) لكل 100,000 مولود حى (شكل رقم (1))⁶.

وهناك ندرة فى البيانات عن وفيات الأمهات فى الفئات العمرية الصغيرة، غير ان الدراسة التى أجريت فى مصر عام 2000 أشارت إلى ان وفيات

الأمهات فى الفئة العمرية 15 - 19 كانت تمثل 5% من اجمالى وفيات الأمهات (بينما تساهم هذه الفئة العمرية بحوالي 11% من اجمالى المواليد طبقاً للمسح الديموجرافى الصحى المصرى 2000)، وبلغت الأرقام المقارنة للفئة العمرية 20 - 24 سنة 19% من وفيات الأمهات (32% من اجمالى المواليد).

وهناك دلائل فى اليمن والسودان (وتحدث فيها أيضاً نسبة عالية جداً من وفيات الأمهات صغيرات السن) على أن الزواج فى سن مبكرة جداً وسوء التغذية - الذى يزيد من فقر الدم أثناء الحمل - قد يشكلان عاملى خطورة كبيرة بالنسبة لوفيات الأمهات¹، وبصفة عامة، فإن سن الزواج للمرأة والسن الذى تنتهى عنده عملية الإنجاب وطول فترات المباشرة بين الأطفال بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التى تعيش فى إطارها النساء تحدد إلى درجة كبيرة مستويات وفيات الأمهات.

الحصول على رعاية صحية أثناء الحمل

يوضح الجدول رقم (7) نسبة الشابات السابق لهن الزواج اللاتى حصلن على رعاية صحية أثناء الحمل فى بلدان المنطقة العربية، ولا تعكس الأرقام نمطاً واحداً بالنسبة إلى الاتجاه للحصول على هذه الرعاية بالنسبة للفئات العمرية 15 - 19، 20 - 34، حيث ترتفع نسبة النساء اللاتى تحصلن على هذه الرعاية أحياناً فى الفئة العمرية الأولى بالنسبة للفئة العمرية الثانية بالنسبة للبلدان الموضحة فى الجدول، كما قد يحدث العكس أحياناً.

وتأتى الأراضى الفلسطينية المحتلة وتونس والأردن والجزائر وجيبوتى فى مقدمة الدول التى تحصل فيها نسب مرتفعة من الشابات السابق لهن الزواج على رعاية صحية أثناء الحمل، بينما تحتل اليمن وموريتانيا المراكز الأخيرة فى القائمة (جدول رقم (7)). وتعكس أرقام بعض الدول مستويات متوسطة بين هاتين المجموعتين، تتراوح بين 50-70%، وتشمل هذه المجموعة الكويت وعمان وقطر والسعودية وسوريا ومصر^{2,4-9}.

وقد أشارت بعض الدراسات التى اهتمت

إن الرغبة فى إنجاب مزيد من الأطفال والتخوف من الآثار الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة أو حدوثها بالنسبة للسيدات تمثل أهم الأسباب لعدم الاستمرارية فى استخدام وسائل تنظيم الأسرة أو عدم استخدامها على الإطلاق.

بالنظر إلى هذه الخدمة الصحية في المناطق الريفية والحضرية في البلدان العربية، إلى أنه في حالة ارتفاع نسبة النساء اللاتي يحصلن على الرعاية الصحية أثناء الحمل بوجه عام في أي دولة فإن الفروق بين مستويات الحصول على الرعاية بين المناطق الريفية والحضرية تميل إلى الانخفاض - أو التلاشي، وعلى العكس من ذلك، تظهر الفروق واضحة بين مستويات الحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل بين المناطق الحضرية والريفية كلما انخفضت مستويات الرعاية أثناء الحمل في دولة ما^{2,5}.

كذلك أشارت نفس الدراسة السابقة^{2,5} إلى بعض أسباب عدم حصول السيدات على رعاية صحية أثناء الحمل، وكان السبب الرئيسي لذلك هو تقرير السيدات أنه لا توجد شكوى من الحمل، وبالتالي لا يوجد سبب لتلقى هذه الرعاية، وقد ذكر هذا السبب 50% من النساء العوامل اللاتي لا يحصلن على رعاية صحية أثناء الحمل في السودان، وقد بلغت الأرقام المقارنة 75% في سوريا، 58% في الجزائر، 59% في لبنان، 80% في ليبيا. وبالإضافة إلى ذلك فإن 24% من النساء اللاتي لا يحصلن على هذه الخدمة في لبنان أشاروا إلى أن السبب في ذلك يرجع إلى ارتفاع تكلفة استخدام هذه الخدمة^{1,3,2,5,3,0,2,9,2,8,2,7}.

المكان الذي يتم فيه الولادات

يوضح الجدول رقم (8) توزيع النساء السابق لهن الزواج من بين الشابات حسب مكان الولادة في بلدان المنطقة العربية، ويعكس الجدول تقارب مستويات الولادة في مركز صحي في الفئات العمرية الموضحة للشابات ما بين (15 - 19)، و(20 - 34) إلى درجة كبيرة بالنسبة لبلدان المنطقة العربية، كما تعكس الأرقام ارتفاعاً كبيراً في نسبة الولادات التي تتم في مراكز صحية في كل من البحرين والإمارات العربية المتحدة والأردن والكويت، والأراضي الفلسطينية المحتلة وقطر والسعودية وعمان، حيث تراوحت هذه النسبة بين 95%، و100%، وترتفع نسبة الولادات في المنازل بين الشابات المتزوجات في كل من اليمن (حوالي 80%) ومصر (حوالي 58%) وموريتانيا (50%) وسوريا (47%).

وقد أشارت إحدى الدراسات إلى بعض العوامل التي تعوق حدوث الولادات في مراكز صحية في بعض بلدان المنطقة، وتشمل تلك العوامل العادات الاجتماعية والتقاليد التي تحبذ الولادة في المنزل لإحساس السيدات بالخصوصية، وكذلك للولادة على أيدي القابلات التقليديات الإناث بدلاً من الأطباء الذكور في المراكز الصحية، كذلك فإن بعض الدول تفتقد إلى وجود مراكز صحية تستقبل الولادات في بعض المناطق النائية في بعض البلدان العربية وقد أفادت حوالي 56% من النساء في الجزائر من بين اللاتي لم تتم ولادتهن في مراكز صحية، وكذا 72% في السودان، 82% في سوريا، 67% في المغرب، 60% في اليمن، 46% في ليبيا أنهن يفضلن الولادة في المنزل^{2,5}.

وقد أشار المسح الديموجرافي الصحي 2000 في مصر أن الاحتمال الغالب للولادات أن تتم في المنازل في حالات معينة، تشمل المواليد في الرتبة السادسة أو أعلى، ومواليد المناطق الريفية في الوجه القبلي، وكذا المواليد لأمهات أميات^{2,5}.

الفجوة بين الجنسين

يمثل التمييز المبني على الجندر خاصة ضد الفتيات أحد الخصائص الواضحة في المنطقة العربية فعلى سبيل المثال يرتفع معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين الذكور 15 سنة فأكثر عن نظيره بين الإناث في كل دول المنطقة العربية، باستثناء الإمارات العربية المتحدة، وتقل الفجوة بين النوعين كلما ارتفعت نسبة الإلمام بالقراءة والكتابة، ويسرى هذا الوضع على كل من البحرين والكويت والأردن ولبنان والأراضي الفلسطينية المحتلة، حيث تتراوح هذه النسبة بين الإناث بين 80 - 87% وبين الذكور 82 - 96% (جدول رقم (9)).

ويأتي في مرحلة تالية ليبيا وسلطنة عمان والمملكة العربية السعودية وتونس وسوريا حيث تتراوح هذه النسبة بين 65 - 75% بين الإناث، إلا أن هذه النسبة تنخفض أكثر بين الإناث في مصر والمغرب وموريتانيا (38 - 43%) وتصل إلى 29% فقط في اليمن.

أشارت إحدى الدراسات إلى بعض العوامل التي تعوق حدوث الولادات في مراكز صحية في بعض بلدان المنطقة. وتشمل تلك العوامل العادات الاجتماعية والتقاليد التي تحبذ الولادة في المنزل لإحساس السيدات بالخصوصية. وكذلك للولادة على أيدي القابلات التقليديات الإناث بدلاً من الأطباء الذكور في المراكز الصحية.

وتشير الإحصاءات إلى تحسن نسبي في وضع الإناث قياساً بالذكور فيما يتعلق بنسبة القيد المدرسي الصافي حتى المستوى الثانوي وذلك خلال العام الدراسي 2003/2002 حيث تقاربت نسبة الالتحاق بالمدارس بين الجنسين، وفاقته نسبة الإناث نسبة الذكور في بعض الدول العربية - وخاصة دول الخليج (حوالي 85% للإناث مقابل 75 - 80% الذكور). إلا أن نسبة القيد المدرسي الصافي حتى المرحلة الثانوية ما تزال أعلى بشكل واضح بين الذكور بالقياس للإناث في بعض الدول العربية، مثل سوريا والجزائر والمغرب والسودان واليمن وموريتانيا وجيبوتي.

وتتضافر الفروق بين الطبقات مع النظرة الدونية للفتاة (تفضيل الذكور) في البلاد العربية لتقليل الفرص المتاحة للفتاة وتزيد من التمييز ضدها. فعلى سبيل المثال، أشارت دراسة أجريت عن النشء في جمهورية مصر العربية خلال العام الدراسي 1996 - 1997، أن نسبة الإناث المسجلات بالمدارس الابتدائية والإعدادية إلى الذكور بلغت بين النشء من الطبقة الاجتماعية المرتفعة الدخل 94 أنثى لكل 100 ذكر، في حين بلغت هذه النسبة بين النشء من الفئة الاجتماعية المنخفضة الدخل 76 أنثى لكل 100 ذكر^{3 3}.

وهناك أيضاً دلائل على أن الشابات الأكثر فقراً والأقل مستوى في التعليم يتزوجن في سن أصغر وتنجن عدداً أكبر من الأطفال، وربما تكون أكثر عرضة لأخطار الأمراض الجنسية حيث تضطربهم الظروف إلى التورط في علاقات جنسية غير مشروعة.

وتعكس التقديرات الحديثة لقيمة مؤشر التنمية البشرية المتصلة بالفروق بين الجنسين من واقع تقرير التنمية الإنسانية 2005 تفاوتات كبيرة بين دول المنطقة، حيث يبلغ 0.80 أو أكثر في كل من الكويت والبحرين والإمارات العربية المتحدة وقطر بينما يتراوح بين 0.76، 0.80 في ثمان دول عربية تشمل سلطنة عمان وليبيا والسعودية والأردن، ويقل إلى 0.65 في كل من مصر والمغرب، وإلى أقل من 0.50 في السودان واليمن وموريتانيا وجيبوتي⁶.

ومما يجدر ذكره أن هذا المؤشر يتم حسابه على أساس الفوارق بين الجنسين من حيث توقع العمر عند الميلاد، ونسبة الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين (15 سنة فأكثر)، ونسبة القيد المدرسي الصافي حتى المرحلة الثانوية وتقديرات الدخل.

وهذا الواقع لا يسهل للفتيات الحصول على المعلومات الصحية اللازمة، وخاصة تلك المتعلقة بالصحة الإنجابية، وتعكس بعض الممارسات الاجتماعية التمييز ضد الفتاة، مثل اختيار الأب أو الأسرة الزوج للفتاة، واستمرار الإنجاب لحين ولادة طفل ذكر، وضرورة الحصول على موافقة الزوج في كافة أمور الزوجة والأسرة.

كذلك يبرر التمييز المبني على الجندر في الأمور المتعلقة بالتمكين والاستقلالية، حيث لا تزال النساء - وخاصة الشابات - يعانين من ارتفاع معدلات البطالة بينهن قياساً بالذكور، وتقدر نسبة عمالة النساء إلى إجمالي العمالة في القطاعات غير الزراعية في إقليم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عام 2000 بحوالي 21% فقط¹.

التشويه البدني للإناث (ختان الإناث)

مازالت عادة ختان الإناث واسعة الانتشار في بعض بلدان المنطقة مثل مصر والسودان وجيبوتي، وتمارس بدرجة أقل في بعض مناطق اليمن، وأشارت المسوح الحديثة أن 97% من الإناث السابق لهم الزواج في الفئة العمرية 15 - 49 في مصر قد اجرين عملية الختان، بينما تبلغ هذه النسبة 89% في السودان، 23% في اليمن، 97% في جيبوتي^{1 3}.

وتقوم جمعيات المجتمع المدني في مصر بنشاط واسع للقضاء على هذه العادة السيئة، متبعة في ذلك استراتيجيات متعددة وذلك بسبب المضاعفات الخطيرة على الصحة الإنجابية، ويشمل ذلك العملية الجنسية، والنزيف الخطر وتعسر الولادة في بعض الحالات، بالإضافة إلى التأثير الضار على الصحة النفسية.

وتشير الإحصاءات إلى استمرار القيام بعملية الختان بين الشابات المتزوجات في مصر في الفئة

تعكس بعض الممارسات الاجتماعية التمييز ضد الفتاة، مثل اختيار الأب أو الأسرة الزوج للفتاة، واستمرار الإنجاب لحين ولادة طفل ذكر، وضرورة الحصول على موافقة الزوج في كافة أمور الزوجة والأسرة.

العمرية 15 - 24 سنة بنفس المعدل (97%)، كما لا يوجد دلائل على انخفاض هذه العملية بين الشابات في السودان واليمن وجيبوتي^{1, 3}.

وبينما تعارض 48% من النساء المتزوجات في اليمن (15-49) سنة استمرار القيام بهذه العملية، تنخفض المعارضة بين النساء في مصر إلى 18%، وإلى 23% في جيبوتي^{3, 4}.

ويشير المسح الديموجرافي الصحي 2003 في مصر إلى وجود اختلافات كبيرة بين نسب النساء اللاتي يعارضن استمرار هذه الممارسة حسب مستوى التعليم وحسب مكان الإقامة، فعلى سبيل المثال بينما تعارض 34% من النساء الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى هذه الممارسة، تنخفض نسبة المعارضة إلى 5% فقط بين النساء الأميات.

كذلك يشير هذا المسح إلى أن 47% من النساء السابق لهن الزواج في فئة السن 15 - 49 قد يعزمن أو أنه تم ختان ابنة لهن على الأقل، ويلعب أيضا مستوى تعليم الأم دوراً كبيراً في إجراء عملية الختان لبناتهن، حيث أشارت نتائج المسح إلى أنه تم ختان 20% من بنات أمهات حصلن على تعليم ثانوي على الأقل، مقابل 67% من بنات أمهات أميات.

ورغم أن نتائج المسح المشار إليه تضمنت بعض النتائج المشجعة التي أشارت إلى انخفاض نسبة الأمهات التي لديها فتاة واحدة على الأقل تم إجراء عملية الختان لها بين فئات العمر الأصغر نسبياً، إلا أن 31% من النساء اللاتي لم يقمن بعد بإجراء عملية الختان لبناتهن قد أشرن إنهن يبنوين ختانهن في المستقبل.

الممارسات الصارة الأخرى

أشارت نتائج مسح صحة الأسرة الذي جرى في بعض البلدان العربية إلى ارتفاع نسبة التدخين بين الشباب الذكور (37% في الجزائر، 28% في سوريا). كما أفاد 38% من الشباب في الجزائر، 48% من الشباب في سوريا أن لديهم أصدقاء يدخنون (جدول رقم (All.))، وتنخفض نسبة التدخين بين الفتيات بالمقارنة بالذكور، حيث أفاد 4% فقط منهن في سوريا، و3% من الفتيات في جيبوتي أنهن يدخن وقت المسح^{1, 14, 16}.

كذلك شملت الدراسة القومية عن المراهقين في مصر بيانات عن التدخين بين المراهقين (15 - 19 سنة)، وأشارت هذه الدراسة إلى أن 11% من الذكور، 0.3% فقط من الإناث يدخنون، كما أفاد 42% من الذكور، و5% من الإناث أن لديهم أصدقاء يدخنون (بين الذكور والإناث على التوالي)^{3, 3}.

وتأتى الرغبة في تقليد الأصدقاء والتجربة وحب الاستطلاع في مقدمة الأسباب التي تدفع الشباب من الجنسين للتدخين، كما ذكر 14% من الذكور في مصر، 8% من الذكور في سوريا أنهم يدخنون تحت تأثير ضغط الأصدقاء، في حين ذكرت 22% من الفتيات المدخنات في مصر أنهم يقلدن الأهل في التدخين.

وبالإضافة إلى ما تقدم، فقد أشارت دراسة عن المراهقين (13 - 15) سنة أجريت في الإمارات العربية المتحدة أن 21% من الذكور أفادوا أنهم سبق لهم التدخين، مقابل 11% بين الإناث. كما أفاد نحو 14% من الذكور أنهم يدخنون وقت المسح مقابل 3% بين الإناث، وأفادت نتائج الدراسة أن الذكور يبدأون التدخين في سن يقل عن 10 سنوات، وقد حذرت الدراسة من النتائج التي أشارت إلى أن 10% من غير المدخنين الذكور المراهقين، 30% من المدخنين أفادوا أن شركات إنتاج السجائر قد عرضت عليهم عينات مجانية لتجربتها (بيانات لا تظهر في جداول الدراسة)^{3, 5}.

ومما يجدر ذكره أن مصر رفعت قيمة الرسوم على السجائر وفرضت قيوداً على الإعلان عنها في وسائل الإعلام^{3, 3}، كما تم تخصيص أماكن لغير المدخنين في بعض مؤسسات العمل وأماكن الترفيه.

وبالنسبة إلى تعاطي المواد المهدئة، فقد أفادت نسب منخفضة للغاية من السكان في بعض الدول التي اجرت مسح صحة الأسرة أنهم سبق أن تعاطوها (أقل من 2% من الذكور في كل من الجزائر وسوريا، بالإضافة إلى 1% أو أقل بين الإناث في هذه الدول). ومن أهم أسباب تعاطي هذه المواد هي ما جاء في الدراسة: التخلص من التوتر، والتغلب على المشاكل، والإحساس بالسعادة (بيانات لا تظهر في جداول الدراسة)^{1, 2, 14}.

الأمراض المنقولة جنسياً

أدى اتساع الفرق بين سن البلوغ الذي يتجه إلى التناقص نتيجة للتحسن في مستويات الصحة والتغذية، وبن الزواج الذي يتجه إلى الارتفاع إلى تعرض الشباب لأخطار صحية متزايدة، تتمثل في زيادة ممارسة العلاقات الجنسية قبل الزواج، وارتفاع أخطار التعرض للأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك مرض نقص المناعة HIV/AIDS.

وقد ساعد على زيادة هذه الاخطار افتقار الشباب للمعلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية حيث أن المقررات الدراسية قد لا تشمل إلا على مناهج قصيرة وغير وافية عن المعلومات الصحية الهامة للشباب، كما أن المدرسين في الغالب يكونون غير مؤهلين أو غير مدربين لشرح هذه المواد للطلبة الذكور والإناث. وعلاوة على ذلك، فإن المراكز الصحية الحكومية لا توفر هذه الخدمات الخاصة للشباب بشكل مناسب يقابل احتياجاتهم.

ولا يبقى من خيارات لقطاعات الشباب للحصول على هذه المعلومات والخدمات إلا الصيدليات والخدمات الصحية الخاصة، ومع ذلك فهي لا تكون متاحة إلا لمن يستطيع تحمل نفقاتها وتكلفتها، وكذلك الذين بإمكانهم مواجهة وتحمل الوصمة التي ترتبط بهذه الخدمات.

وقد أشارت مسوح صحة الأسرة الحديثة في بعض بلدان المنطقة إلى كون الشباب الذكور يولون أهمية متميزة للجنس بصفة عامة (67% في تونس، 56% في جيبوتي، 51% في الجزائر) (شكل رقم (2))، وأشار ما يزيد عن 75% من الشباب الذكور في هذه الدول عن سهولة التحدث في الأمور الجنسية (شكل رقم (3))، كما أشاروا إلى أن متوسط سن الشباب الذكور عند أول ممارسة جنسية يتراوح بين 17 - 18 سنة (شكل رقم (4)) (16، 24، 14).

ورغم أن الإحصائيات حول الأمراض المنقولة جنسياً قليلة وغير كافية وغير كاملة، إلا أنها تشير إلى إزدياد حالات الإيدز في بعض البلاد العربية، وعلى سبيل المثال فقد ارتفع عدد الحالات المبلغ عنها رسمياً

بين عامي 1990، 1997 من 70 إلى 464 حالة في المغرب، ومن 34 إلى 349 حالة في السعودية ومن 77 إلى 340 حالة في تونس، ومن 27 إلى 168 حالة في مصر (شكل رقم (5)) وهناك اعتقاد كبير أن الحالات الفعلية في معظم الدول تفوق بكثير الأرقام الرسمية، حيث يقدر العدد التراكمي في المنطقة بحوالي 800.000 مع نهاية عام 2003

ويؤدي استقطاب العمالة الأجنبية في بعض دول الخليج، وكذلك اتجاه نسب يعتد بها من السكان إلى السفر للخارج للألتحاق بالمؤسسات التدريبية والتعليمية إلى ارتفاع عدد حالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً بوجه عام.

وقد أشارت مسوحات صحة الأسرة في بعض دول المنطقة، وكذلك بيانات بعض الدراسات الأخرى أن معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً منخفضة، وخاصة فيما يتعلق بمرض السيفيليس بين كل من الذكور والإناث، حيث تقل المعرفة بهذا المرض إلى أقل من 50%، وتصل إلى مستويات منخفضة جداً بين الشباب الذكور في كل من الجزائر (14%) وسوريا (19%)، وبين المراهقين الذكور في مصر (4%)، وكذا بين الإناث في سوريا (8%) ومصر (5%) (جدول رقم (12)) (16، 24، 33، 12، 14).

ويلاحظ ارتفاع مستوى المعرفة بمرض الإيدز بين الشباب من الجنسين في كل من تونس وجيبوتي، وعلى العكس من ذلك، تنخفض المعرفة بهذا المرض بين الشباب من الجنسين في الجزائر إلى حوالي 50%. كذلك أشارت المسوح المشار إليها في بعض دول المنطقة إلى انخفاض مستوى معرفة الشباب بكيفية الإصابة بمرض الإيدز، حيث ذكر 23% فقط من الذكور في الجزائر وكذلك حوالي 50% فقط في تونس وجيبوتي عامل نقل الدم، بينما ذكرت نسب تتراوح بين 30-45% الحقن الملوثة، كذلك ذكرت الإناث من الشباب نسب منخفضة نسبياً للإصابة بهذا المرض عن طريق العلاقات الجنسية (66% في سوريا، 76% في تونس) (جدول رقم (13))، ومما يجدر ذكره أنه عند السؤال عن مصدر المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً فإن الشباب الذكور في كل

التأنيية من الجنسين قد أشارت أيضا إلى ارتفاع مستوى معرفة المراهقين بمرض الإيدز، لكن المعرفة بالأمراض الأخرى المنقولة جنسيا كانت منخفضة، علاوة على أن حوالى ثلث الطلبة يجهلون كافة أو أغلب الطرق التي ينتقل بواسطتها مرض الإيدز^{4, 2}.

وبالإضافة إلى المؤشرات السابق عرضها عن اهتمام الشباب بالأمور الجنسية والشعور بالحرية في مناقشتها، وكذا مستويات المعرفة المنخفضة إلى حد ما في بعض بلدان المنطقة فيما يتعلق بكيفية الإصابة بمرض الإيدز، فإن هناك من الدلائل ما يشير إلى تورط بعض الشباب في علاقات جنسية غير مشروعة قبل الزواج، فعلى سبيل المثال أشارت نتائج مسح صحة الأسرة السابق الإشارة إليها في بعض البلدان العربية، والتي اشتملت على سؤال حول ما إذا كان الشباب الذكور والإناث لديهم أصدقاء غير متزوجين يقيمون علاقات جنسية، فقد أجاب بالإيجاب على هذا السؤال نحو 11% من الشباب الذكور في الجزائر، وكذا 65% في تونس، و57% في جيبوتي، وبلغت الأرقام المقارنة بالنسبة للشابات الإناث 22%، 18%، في كل من الجزائر وتونس وجيبوتي على الترتيب (أرقام لا تظهر في جداول)^{1, 4, 16, 14}.

كما أشارت دراسة كيفية (Qualitative) في تونس تم اجراءها بالاعتماد على مجموعات نقاش بؤرية (Focus Group Discussions) بين الشباب من الجنسين في فئة العمر (10 - 25)، أنه على الرغم من أن معظم الذكور والإناث كانوا على دراية مناسبة بالآثار الخطيرة التي تنجم عن العلاقات الجنسية غير المشروعة، فإن غالبيتهم ليس لديهم معلومات سليمة عن استخدام الواقي الذكرى، حيث أشاروا أنه وسيلة غير فعالة في الحماية من الحمل، كما يعتقدون انه يمكن استخدامه أكثر من مره^{3, 7}.

كذلك أشارت دراسة في لبنان أن حوالى 15% من طلاب الصفوف الثانوية (15- 18) سنة الذين شملتهم الدراسة قد أقاموا علاقة جنسية كاملة على الأقل، وأن حوالى 8% من الذكور نشطين جنسيا¹ بالاشارة إلى^{3, 8}. وأشارت دراسة في جيبوتي أن حوالى

من الجزائر وجيبوتي وسوريا ذكروا التليفزيون والأصدقاء والأقارب، في حين ذكروا في تونس الأصدقاء والمدرسة، أما بالنسبة إلى الإناث، فقد ذكروا التليفزيون والصحف والمجلات في كل من الجزائر وسوريا، في حين ذكروا في جيبوتي التليفزيون والأصدقاء، أما في تونس فقد ذكروا المدرسة والصديقات. وتعكس هذه الإجابات غياب الأب والأم كمصادر للمعلومات للشباب كما تعكس الدور الهام للمدرسة في تونس كمصدر للمعلومات للشباب عن الأمراض المنقولة جنسيا، وهي سمة إيجابية في هذا المجال^{1, 6, 2, 4, 12, 14}.

وباستعراض الدراسات الأخرى التي أجريت في المنطقة عن معلومات الشباب عن الصحة الإنجابية والجنسية، يتضح أيضا أن معلومات الشباب محدودة وغير كافية، بل أنها تكون أحيانا مغلوبة، بالإضافة إلى عدم إدراك خطورة بعض الممارسات الجنسية غير الآمنة، وتؤكد هذه الدراسات حاجة الشباب إلى المزيد من المعلومات حول الصحة الإنجابية، وعلى سبيل المثال، أشارت المعلومات حول مشروع "الخط الساخن" الذي تبنته وزارة الصحة في مصر لتوفير معلومات للشباب عن بعض قضايا الصحة الإنجابية أن 60% من الشباب الذين إتصلوا بهذا "الخط" غير متزوجين، وأن أكثر من 37% منهم طلبوا معلومات مفصلة حول بعض الممارسات الجنسية، وأكثر من 63% سألوا تحديداً عن انتقال عدوى مرض الإيدز والعارض¹ بالاشارة إلى^{3, 9}.

كما أظهرت نتائج مسح الشباب لعام 2000 في الأردن أن 15% من الذكور الشباب 21% من الشابات (15 - 24)، لا يعرفون أى طريقة تقيهم من الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، وقد ذكر ما يقرب من ثلاثة أرباعهم ان الامتناع عن الممارسات الجنسية غير المشروعة هي الطريقة الوحيدة التي توفر لهم الحماية منها، كما اظهر هذا المسح أنه رغم معرفة حوالى 88% من الذكور، 83% من الإناث بمرض الإيدز، إلا أن الغالبية العظمى منهم لا يعرفون الأمراض المنقولة جنسيا الأخرى^{4, 1, 40}.

وجدير بالذكر أن الدراسة التي أجريت في سلطنة عمان عام 2001 على عينة من طلبة المرحلة

56% من الشباب فوق سن الخامسة عشرة يمارسون الجنس بشكل منتظم وأن حوالي 7% يمارسون الجنس مع مومسات وأن غالبيتهم لا يستعملون الواقي الذكري¹.

وتنشط أحياناً بعض مؤسسات المجتمع المدني والهيئات الحكومية في تبنى برامج خاصة للشباب تتمحور حول الصحة الإنجابية والجنسية، بالإضافة إلى إنشاء "خطوط هاتف ساخنة" توفر المعلومات والمشورة في هذه المجالات، بينما تبقى هذه النشاطات محدودة في كثير من دول المنطقة.

- علاقة المراهقين بالأسرة والمجتمع المحيط بهم

تؤدي العلاقات التقليدية الصارمة إلى حد ما بين الآباء والأبناء، والقائمة على توقع الطاعة من الأبناء وعدم مناقشة قرارات الآباء إلى نوع من عدم التواصل والتفاهم بين الآباء والمراهقين وعدم تفهم المرحلة العمرية الحساسة التي يمرون بها وعدم شعورهم بوجود مصدر آمن يمكنهم اللجوء إليه في حالة الرغبة في مناقشة مشكلة معينة يمرون بها أو الحصول على معلومات هامة يحتاجون إليها. ولذلك فالكثير من المراهقين قد يشعرون بالإحباط بسبب عدم قدرتهم إلى إجراء أى مناقشة مفيدة وإيجابية مع الوالدين أو المجتمع المحيط بهم بوجه عام. وتمثل موضوعات الصحة الإنجابية بشكل خاص مشكلة للمراهقين، ولذلك فقد أشاروا إلى أنهم يتعلمون ما يمكنهم التحصل عليه من المعلومات بدون اللجوء إلى آباءهم^{4, 7}.

وقد قامت إحدى الهيئات الدولية بتحليل هذا الوضع من خلال عقد مجموعات نقاش بؤرية مع المراهقين من الجنسين في مصر⁴، وفيما يلي بعض العبارات التي ذكروها:

أولاً: المراهقات:

- "لا يوجد أى ثقة لدى أسرتي في قدراتي، وبصفة خاصة اتخاذ القرار".
- يفرض أبى وأخى قراراتهم على - بما في ذلك شئوني الخاصة (الزواج المبكر)".
- "لا يوجد لدى أى حرية في الخروج".
- "تخشى أسرتي ما سوف يقوله الناس، وهذا يؤثر على قراراتها وبصفة خاصة اشتراكى في

الأنشطة الترويحية".

- "لا أشعر انى جزء من هذه القرية، لأنه يوجد فروق كثيرة بين طريقة تفكيرهم وطريقة تفكيرى".
- "كل شى ممنوع بالنسبة للبنات".

ثانياً: المراهقين:

- "لا يوجد أى فرصة لي لعمل ما أود عمله".
- "والدى ووالدتى لا يهتمان برأى، رغم أن معلوماتهم بسيطة جداً".
- "لا أحد يعرف كيف يتحدث معنا".
- "لا يسمح لي بالتعامل مع الفتيات".
- كثير من الأشياء التي أحب عملها ممنوعة بالنسبة لي".

بعض القيم والاتجاهات الحديثة بين الشباب في مجال الصحة الإنجابية

يعرض الجدول رقم (14) بعض القيم والاتجاهات الحديثة بين الشباب من الجنسين الذين لم يسبق لهم الزواج (18 – 29) سنة في مصر⁸، وتشير الأرقام إلى أن الشباب من الجنسين قد ذكروا سن مفضل للزواج لهم أعلى من السن المفضل للزواج للشباب من الجنسين بوجه عام، فقد ذكر الشباب الذكور مثلاً أن السن المفضل للزواج بالنسبة لهم في المتوسط 26.4 سنة في حين أنهم يرون أن الشباب الذكور يتزوجون في المتوسط في سن 25.7 سنة، كذلك ذكرت الشابات أنهم يفضلن الزواج بالنسبة لهن في المتوسط في سن 24.3 سنة مقارنة بحوالي 22.3 سنة للشابات بوجه عام، وقد تعكس هذه الأرقام شعور الشباب من الجنسين بصعوبة الزواج في سن منخفضة نسبياً في الواقع الفعلي نتيجة لصعوبة الأوضاع الاقتصادية وبالتالي توفير المتطلبات المادية اللازمة للزواج، رغم الرغبة في الزواج في سن أصغر.

وعلى الرغم من أن الدراسات العديدة التي أجريت في مصر قد أشارت إلى الأهمية الكبيرة التي يوليها الشباب من الجنسين للزواج وبناء أسرة جديدة لهم، فإن أرقام جدول رقم (14) تشير إلى بعض الاختلاف عن هذا الاتجاه بين مجموعة من الشباب المبحوثين في مصر، حيث أعطوا أهمية نسبية فقط (وليس أهمية قصوى) إلى الزواج (30% من الذكور، 43% من الإناث)، وقد يعكس ذلك وجود طموحات

أخرى للشباب من الجنسين في المدى القصير بخلاف الزواج، مثل وجود فرص عمل جيدة لهم أو الحصول على تدريب في مجال اهتماماتهم أو غير ذلك (لم تتطرق الدراسة إلى تفسير هذا الاتجاه).

عن السياسات السكانية أن تأجيل الحمل الأول يساعد على إبطاء النمو السكاني السريع في مصر (كعامل ضمن غيره من العوامل الأخرى).

وتعكس أرقام الجدول تقبل نسبة من الشباب لفكرة تأجيل الطفل الأول (حوالي النصف)، وترتفع نسبة الموافقة على تأجيل الحمل الأول بين الشباب الأصغر سناً من الجنسين مما قد يعكس رياح التغيير القادمة وكذلك بين الشباب الذكور قياساً بالإناث.

- بعض المقترحات الخاصة بالسياسات والبرامج للشباب

• يجب على الحكومات زيادة الاستثمارات الموجهة إلى صحة وتنمية الشباب وكذلك رسم السياسات التي تتعامل مع احتياجاتهم بطريقة شاملة :

- على الدول زيادة الاهتمام بالانفاق على الصحة والتعليم والتدريب وتنمية المهارات للشباب، وإعطائه أولوية خاصة، حيث يمثل ذلك استثماراً حقيقياً في تكوين رأس المال البشري، وعملاً لا غنى عنه في استدامة التنمية الاجتماعية والاقتصادية، كما أن الاستثمار في التعليم والصحة للشباب اليوم يمثل نافذة ديموجرافية هامة ممكن أن يترتب عليها فرص توسيع قاعدة الادخار والاستثمار وتكوين رأس المال المادي والبشري في المستقبل⁵.

- على الحكومات العمل على خلق آليات تدعم مساهمة الشباب في تصميم وتنفيذ وتقويم السياسات والبرامج التي تتعامل معهم وتؤثر على حياتهم، ويشمل ذلك قيام وزارات الشباب والتعليم والهيئات الأخرى المرتبطة بها بإنشاء آليات مستديمة تضمن مشاركة الشباب³.

- على الحكومات توجيه أولوية كبيرة إلى توفير المعلومات والتعليم والخدمات للشباب الخاصة بصحتهم بما في ذلك الصحة الإنجابية التي تتسم بحساسية معينة والتي ابدت فيها بعض الحكومات بعض التحفظات.

- عدم التمييز ضد مجموعات سكانية معينة على أساس النوع أو الوضع القانوني أو العجز أو اللغة أو الطبقة الاجتماعية أو المجموعات السياسية مع توفير البيئة الداعمة لهم.

ويوضح جدول رقم (14) كذلك أن معظم الشباب من الجنسين مازال يعتقد أن الأسرة يجب أن يكون لها دوراً كبيراً في اختيار شريك الحياة للفتاة (مع إشراك الفتاه في الاختيار)، وفي نفس الوقت فإن الشباب من الجنسين يرون أيضاً أن للأسرة دوراً أقل في اختيار شريكة الحياة للشباب الذكور، وهو ما يمثل تحولاً بدرجة نسبية عن الأنماط السابقة التي كانت تفترض دوراً أكبر للأسرة في اختيار شريكة الحياة للشباب الذكور أيضاً.

ومن سمات التحول في أنماط الزواج أيضاً حدوث تغير في تفضيل زواج الأقارب، وبصفة خاصة ابن العم / بنت العم بالنسبة للشباب، فقد عكست البيانات في جدول رقم (14) أن أكثر من نصف الذكور وحوالي ثلثي الإناث لا يفضلون زواج الأقارب، بعد أن ظل سمة تميز نسبة كبيرة من الزيجات في مصر، وخاصة الوجه القبلي حيث كانت تقدر نسبة زواج الأقارب بأكثر من 40%، في حين يرى خمس الذكور وحوالي ثلث الإناث انه لا يوجد فرق بين زواج الأقارب أو غير الأقارب.

وقد استطلعت الدراسة رأى الشباب من الجنسين نحو فكرة تأجيل الحمل الأول بعد الزواج، ومن المعروف أن المتزوجين حديثاً في مصر (وكذا في البلدان العربية) يتجهون إلى إنجاب الطفل الأول بعد الزواج مباشرة ليس فقط تحت تأثير ضغوط عائلتي الزوجين، ولكن أيضاً لرغبة الزوجين في إنجاب الطفل الأول مباشرة بعد الزواج وتأكيد قدرتهما على الإنجاب، ويرى البعض أن تأجيل الحمل يمكن ان يساعد على توفير فرص للزوجين لتحسين المستوى الاقتصادي للأسرة الجديدة، أو المستوى التعليمي للزوجة، أو تأهيل الزوجة (وخاصة الصغيرة في السن) لتحمل مسؤوليات الأسرة الجديدة والقيام بدور الزوجة بشكل أفضل، ومن جانب آخر يرى المسئولون

- ضرورة العمل على تبني إطار عام للصحة الإنجابية وتنمية الشباب قائم على مشاركة الشباب
- تصميم برامج شاملة للشباب تعتمد على مشاركة قطاعات متعددة، بحيث تضمن توفير وتدعيم العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تهدف إلى حماية صحة الشباب، ويشمل ذلك تدعيم فرص التعليم والعمالة والحصول على المعلومات وبناء القدرات.
- بناء قدرات كل من المجتمعات المحلية والأولياء من خلال تشجيع اللامركزية في تطوير المجتمعات المحلية حتى يمكنهم المشاركة في تنفيذ برامج الشباب على المستوى المحلي.
- إتاحة فرص حقيقية للشباب للتعامل مع المجموعات الهامة التي توفر لهم الدعم والحماية وتساعد على تواصل الأجيال مثل الابوين ومنظمات المجتمع المدني ومقدمى الخدمات الصحية والتعليمية وصانعى الرسائل الإعلامية.
- توجيه اهتمام خاص بالرسائل الإعلامية للشباب، بحيث تكون على مستوى مناسب من التفكير والنضوج الثقافى والتغيرات العالمية، مع الأخذ في الاعتبار قنوات الاتصال المناسبة وتنوع الرسائل الإعلامية الموجهة للشباب داخل وخارج المدارس.
- مراجعة البرامج التربوية فى المدارس ومناهج الصحة الإنجابية والجنسية بناء على دراسات معمقة حول احتياجات الشباب من المعلومات فى هذا المجال، واستحداث وتطوير برامج تثقيف خاصة بالشباب خارج المدارس قائمة على استخدام طرق تواصل حديثة¹.
- يجب العمل على أن تكون السياسات والبرامج الخاصة بالشباب تستند على معطيات فعلية عن واقع الشباب واحتياجاته وطموحاته
- ويتطلب ذلك الاعتماد على بيانات ومعلومات فعلية عن الظروف التي يعيش فيها الشباب، والمعوقات وكذا السياق السياسى والاجتماعى.
- دراسة البرامج الناجحة فى الدول العربية الأخرى والاستعانة بالدروس المستفادة لتصميم برامج للشباب فى البلدان والمجتمعات العربية الأخرى.
- القيام بأنشطة فعالة لمتابعة وتقييم مشروعات الشباب وتعديل مسارها كلما لزم الأمر لضمان فعاليتها ومقابلتها للاحتياجات الفعلية للشباب،
- ويتطلب ذلك العمل على تحسين القدرات الفنية والتقنية للمؤسسات الحكومية والأكاديمية والأهلية التي تضطلع بهذه الأنشطة.
- العمل على بناء اتجاهات ايجابية فى المجتمعات المحلية نحو توفير أماكن عامة آمنة للفتيات للتعليم وممارسة الرياضة والترفية وتعلم بعض الأعمال والحرف المفيدة. ويجب ان يتم إعداد مناهج للتربية تسمح بالتدخل والمناقشة من قبل البالغين والشباب بحيث يتم مناقشة بعض الموضوعات التي يهتمهم معرفتها، ويتطلب ذلك أيضا بناء قدرات المدرسين والأطباء والموجهين التثقيبيين الذين يتعاملون مباشرة مع المراهقين والشباب حتى يتم إعدادهم بشكل جيد وفى نفس الوقت يجب أن يتم ذلك فى بيئة صديقة للشباب - تقابل احتياجاتهم وتوقعاتهم ويشعرون بالأمان والراحة فيها⁴.
- تدريب المراهقين والشباب على القدرة على اتخاذ القرارات والتخطيط للمستقبل بشكل واعى، وكذا التعبير عن رأيهم والثقة بالنفس والقدرة على إقامة روابط اجتماعية آمنة وتحديد الأولويات الهامة التي تؤثر على حياتهم ومستقبلهم.
- توجيه اهتمام خاص إلى الأوضاع القانونية المتعلقة بالشباب
- ضرورة تعبئة الجهود لحث المسؤولين على التوقيع على الاتفاقيات المتعلقة بحقوق الإنسان والشباب التي لم يتم التوقيع عليها فى بعض الدول، ويجب كذلك مراجعة تحفظات الدول على بعض بنود الاتفاقيات التي تخص الشباب حيثما وجدت، وذلك لدفع التقدم فى تأمين صحة الشباب وتنميتهم.
- استحداث قوانين تؤمن حقوق الشباب فى الصحة الإنجابية والجنسية، وبصفة خاصة حقهم فى الحصول على المعلومات وكذا حقهم فى الحصول على الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية.
- ضمان تنفيذ القوانين والتشريعات المعنية بتمكين الشباب من المعرفة والمؤسسات المتعلقة بمختلف أبعاد الصحة الإنجابية .
- تشجيع الدول على مراجعة وتعديل القوانين المتعلقة بحقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين
- حث الدول على انشاء آليه قانونية تدعم مشاركة الشباب فى المناقشات والتحوارات على

- مستوى السياسات ورسم البرامج الموجه للشباب.
- الحيلوية دون التحايل على تطبيق القانون الذى يحدد السن الأدنى للزواج واتخاذ الاجراءات الكفيلة بتفعيله وكذا اتخاذ الاجراءات القانونية الكفيلة بمنع ختان الإناث ومتابعة تنفيذها بشكل فعال.
- ادخال التعديلات القانونية اللازمة وكذلك سد الثغرات القانونية أينما وجدت فيما يتعلق بالعنف ضد الفتاه والمرأة وكذلك الاستغلال الجنسى والبدنى للأطفال لحماية حقوق الضحايا فى هذه المجالات.
- حث الدول على إباحة الاجهاض فى الحالات التى تتعلق بتعرض صحة وحياة الأم للخطر، وكذا فى حالات الإغتصاب وبصفة خاصة الاغتصاب من المحارم.
- تدعيم القدرات فى مجال جمع البيانات واجراء البحوث لدعم مستوى المعرفة بالأوضاع الصحية والممارسات الخطرة للشباب
- تشجيع الدول على القيام بدراسات تقييميه لبرامج الشباب لاستنباط الدروس المستفادة واستخدامها فى تنفيذ برامج أكثر فعالية للشباب³.
- توفير البيانات والمعلومات عن مدى شيوع الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض غير الآمن ووفيات الأمومة والمرضه فى مجال الصحة الإنجابية وكذا مدى شيوع الأمراض المنقولة جنسيا وخاصة الايدز بين الشباب، مع ضمان الشفافية والوضوح فى إعلان النتائج وتوفير معلومات عن الأسباب الطبية والسلوكية المؤدية لهذه الأمراض، وكيفية تجنب الإصابة بها.
- تحسين المناخ وتبسيط الإجراءات وتوفير الموارد المالية الضرورية للقيام بالبحوث وكذلك تدعيم المساندة السياسية والمؤسسية لإجراء البحوث فى مجال الصحة الإنجابية والجنسية للشباب³.
- تشجيع نشر نتائج البحوث بشكل مبسط بحيث يقابل احتياجات كل من صانعى القرار وواضعى السياسات وكذا ترسيخ أسلوب ومنهجية التعاون الفعال بين الجهات البحثية والجهات المستفيدة من نتائج وتوصيات الدراسات⁴.
- تسهيل حصول الباحثين والقائمين على برامج الشباب على شرائط البيانات التى تم جمعها عن الأوضاع الصحية للشباب لإجراء التحليلات البحثية المناسبة.

جدول رقم (1)

متوسط السن عند الزواج الأول في البلدان العربية

متوسط العمر عند الزواج	الدول	متوسط العمر عند الزواج	الدول
25	المملكة الاردنية الهاشمية	30	الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية
24	المملكة العربية السعودية	29	دولة تونس
24	دولة الإمارات العربية المتحدة	28	دولة جيبوتي
22	سلطنة عمان	28	المملكة المغربية
20	جمهورية مصر العربية*	27	مملكة البحرين
18	الجمهورية اليمنية	26	دولة قطر
18	فلسطين	26	الجمهورية العربية السورية
17	موريتانيا	25	دولة الكويت

* للسيدات في الفئة العمرية 25-49 سنة

المصدر: 6

جدول رقم (2)

الإناث اللاتي لم يسبق لهن الزواج في الفئة العمرية (20-24)

الدول	%	الدول	%
دولة تونس	85	دولة الكويت	58
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية	83	دولة الإمارات العربية المتحدة	58
دولة جيبوتي	74	الجمهورية العربية السورية	57
مملكة البحرين	69	جمهورية مصر العربية	46
دولة قطر	67	فلسطين	40
المملكة الاردنية الهاشمية	66	سلطنة عمان	39
المملكة المغربية	62	الجمهورية اليمنية	27
الجمهورية السودانية	60		

المصدر: 6

جدول رقم (3)

الحد الأدنى القانوني لسن الزواج للإناث في البلدان العربية

الدولة	السن الأدنى للزواج
الجمهورية السودانية	عند البلوغ
غزة	9 سنوات
الكويت - الجمهورية اليمنية - الضفة الغربية	15 سنة
جمهورية مصر العربية	16 سنة
الجمهورية العربية السورية - تونس	17 سنة
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية - جيبوتي - العراق - المملكة الاردنية الهاشمية - الجمهورية اللبنانية - المملكة المغربية	18 سنة
الجمهورية العربية الليبية	20
مملكة البحرين - سلطنة عمان - قطر - المملكة العربية السعودية - الإمارات العربية المتحدة	لا يوجد سن قانوني

المصدر: 3

الجدول رقم (4)

معدلات الخصوبة العمرية للنساء السابق لهن الزواج فى الفئات العمرية 15 - 19 سنة، 20 - 24 سنة

أعلى معدل (الفئة العمرية)	معدلات الخصوبة العمرية		الدول
	24-20	19-15	
134 (34-30)	59	6	الجزائر
168 (29-25)	117	19	البحرين ⁽¹⁾
211 (34-30)	114	27	جيبوتى
190 (29-25)	185	47	مصر
249 (29-25)	183	41	الإمارات ⁽¹⁾
202 (29-25)	150	28	الأردن
223 (29-25)	174	28	الكويت ⁽¹⁾
-	-	-	لبنان
-	-	-	ليبيا
215 (29-25)	150	83	موريتانيا
125 (34-30)	104	32	المغرب
332 (29-25)	270	86	عمان ⁽¹⁾
311 (24-20)	311	77	الأراضي الفلسطينية المحتلة
206 (29-25)	147	23	قطر ⁽¹⁾
270 (29-25)	201	50	المملكة العربية السعودية ⁽¹⁾
-	-	-	السودان
189 (29-25)	165	58	سوريا
126 (34-30)	66	7	تونس
301 (29-25)	279	105	اليمن

(1) الثلاث سنوات الأخيرة السابقة للمسح

المصادر: 9- 24

الجدول رقم (5) معدلات الخصوبة الكلية (عدد المواليد لكل سيدة 15-49) ومتوسط عدد الاطفال الامثل للنساء السابق لهن الزواج في الفئات العمرية (15 - 19) سنة، (20 - 24) سنة

الدول	متوسط العدد الأمثل من الأطفال ²		معدل الخصوبة الكلية ¹	
	24 - 20	19 - 15	2005 - 2000	1975 - 1970
الجزائر	3.3	3.0	2.5	7.4
البحرين	4.3	3.7	2.5	5.9
جيبوتي	-	5.8*	5.1	7.2
مصر	2.6	2.6	3.3	5.7
الإمارات	4.7	4.5	2.5	6.4
الأردن	4.0	3.6	3.5	7.8
الكويت	5.3	5.0	2.4	6.9
لبنان	-	-	2.3	4.8
ليبيا	-	-	3.0	7.6
موريتانيا	5.5	5.1	5.8	6.5
المغرب	2.7	2.5	2.8	6.9
عمان	5.0	4.5	3.8	7.2
الأراضي الفلسطينية المحتلة	4.4	4.3	5.6	7.7
قطر	5.5	5.4	3.0	6.8
المملكة العربية السعودية ³	5.5	5.1	4.4	6.7
السودان	-	-	4.4	6.7
سوريا	4.1	4.0	3.5	7.5
تونس	-	-	2.0	6.2
اليمن	4.1	3.9	6.2	8.5

(1) المصدر: 6

(2) المصدر: 9 - 24

♦ للفئة العمرية 15 - 24

-- بيانات غير متوفرة

جدول رقم (6) النساء السابق لهن الزواج اللاتي تستخدمن حالياً أى وسيلة لتنظيم الانسرة والوسائل الانسائية المستخدمة

الدول	تستخدم حالياً أى وسيلة %			الوسائل الأساسية المستخدمة	
	19-15 سنة	24-20 سنة	جميع النساء سنة 15-49	سنة 15-19	سنة 20-24
الجزائر	26	41	57	الحبوب - القذف الخارجى	الحبوب - القذف الخارجى
البحرين	33	50	62	اللقذف الخارجى - اللولب	اللقذف الخارجى - اللولب
جيبوتى	-	-	9	-	-
مصر	25	48	60	اللولب - الحبوب	اللولب - الحبوب
الإمارات	10	20	28	الحبوب - اللولب	الحبوب - اللولب
الأردن	21	42	56	اللولب - القذف الخارجى	اللولب - القذف الخارجى
الكويت	21	38	50	الحبوب - اللولب	الحبوب - اللولب
لبنان	-	-	-	-	-
ليبيا	-	-	-	-	-
موريتانيا	5	7	8	إطالة فترة الرضاعة - الحبوب	إطالة فترة الرضاعة - الحبوب
المغرب	38	58	63	الحبوب - اللولب	الحبوب - اللولب
عمان	15	21	24	الحبوب - الحقن	الحبوب - الحقن
الأراضي الفلسطينية المحتلة	16	41	51	-	-
قطر	9	34	43	الحبوب - اللولب	الحبوب - اللولب
المملكة العربية السعودية	17	29	32	الحبوب - اللولب	الحبوب - اللولب
السودان	-	-	-	-	-
سوريا	14	32	47	الحبوب - اللولب	الحبوب - اللولب
تونس	37	49	63	الحبوب • اللولب	-
اليمن	9	19	21	إطالة فترة الرضاعة - الحبوب	إطالة فترة الرضاعة - الحبوب

المصدر: 9 - 24
-- بيانات غير متوفرة

جدول رقم (7)

نسبة النساء السابق لهن الزواج في فئات السن الشابة اللاتي حصلن على رعاية صحية أثناء الحمل

سنة 34-20	سنة 19-15	الدول
63	84	الجزائر
68	65	السجرين ⁽¹⁾
78	84	حبيوتى
57 ⁽¹⁾	52	مصر
74	75	الامارات ⁽¹⁾
94	90	الاردن
70	67	الكويت ⁽¹⁾
--	--	لبنان
--	--	ليبيا
10	8 ⁽²⁾	موريتانيا
33	29 ⁽²⁾	المغرب
74	70	عمان ⁽¹⁾
97 ⁽¹⁾	98 ⁽²⁾	الاراضى الفلسطينية المحتلة
64	50	قطر ⁽¹⁾
68	64	المملكة العربية السعودية ⁽¹⁾
--	--	السودان
66	72	سوريا
--	92♦	تونس
12	13 ⁽²⁾	اليمن

⁽¹⁾ الثلاث سنوات الأخيرة السابقة للمسح

⁽²⁾ توزيع المواليد

♦ لفئة السن 15 • 29 سنة

-- البيانات غير متاحة

المصدر: 9 - 24

جدول رقم (8) توزيع النساء السابق لهن الزواج في الأعمار الشابة حسب مكان الولادة

مكان الولادة						الدول
سنة 20-34			سنة 15-19			
أخرى	مركز صحي	المنزل (منزل السيدة / أخرى)	أخرى	مركز صحي	المنزل (منزل السيدة / أخرى)	
1	91	8	0	94	6	الجزائر
0	99	1 ⁽²⁾	0	100	0	البحرين ¹
1	74	25	0	78	22	جيبوتي
-	-	59	-	-	57 ⁽¹⁾	مصر
0	100	0 ⁽²⁾	0	99	1	الامارات ¹
0	97	3	0	97	3 ⁽¹⁾	الأردن
2	98	0 ⁽²⁾	2	98	0	الكويت ¹
-	-	-	-	-	-	لبنان
-	-	-	-	-	-	ليبيا
0	50	50	0	49	51 ⁽¹⁾	موريتانيا
0	61	39	0.5	65	35 ⁽¹⁾	المغرب
3	91	6 ⁽²⁾	5	91	4	عمان ¹
-	95	5	-	99	1	الأراضي الفلسطينية المحتلة
2	98	0 ⁽²⁾	6	94	0	قطر ¹
2	93	5 ⁽²⁾	3	93	4	المملكة العربية السعودية ¹
-	-	-	-	-	-	السودان
0	56	44	0	53	47	سوريا
-	-	-	0	94	6♦	تونس
0	15	85	0	21	79 ⁽¹⁾	اليمن

1 الثلاث سنوات الأخيرة السابقة للمسح

(1) توزيع المواليد

(2) بالنسبة لفئة العمر 20 - 24 سنة

■ تشمل المراكز الخاصة والحكومية

♦ بالنسبة لفئة العمر 15 - 29

-- البيانات غير متاحة

المصدر: 9 - 24

بعض المؤشرات عن الفجوة بين الجنسين في البلدان العربية

نسبة القيد المدرسي الصافي حتى الثانوية (%) 2003/2002		معدل الألام بالقراءة والكتابة بين الكبار % (15 سنة فأكثر) 2003		قيمة مؤشر التنمية البشرية المتصلة بالفروق بين الجنسين 2003	الدول
إناث	ذكور	إناث	ذكور		
I بلدان التنمية البشرية العالية					
85	77	83	93	0.837	مملكة البحرين
85	75	81	85	0.843	الكويت
84	80	-	-	♦0.794	قطر
79	69	81	76	♦0.802	الإمارات العربية المتحدة
II بلدان التنمية البشرية المتوسطة					
100	93	71	92	♦0.753	الجمهورية العربية الليبية
63	63	65	82	0.759	سلطنة عمان
57	58	69	87	0.749	المملكة العربية السعودية
80	77	81	92	0.745	لبنان
79	77	85	95	0.740	المملكة الأردنية الهاشمية
76	73	65	83	0.742	تونس
81	78	87	96	-	الأراضي الفلسطينية المحتلة
60	65	74	91	0.702	الجمهورية العربية السورية
72	76	60	80	0.706	الجزائر
-	-	44	67	♦0.634	جمهورية مصر العربية
54	62	38	63	0.616	المملكة المغربية
35	41	50	69	0.495	السودان
III بلدان التنمية البشرية المنخفضة					
41	69	29	70	0.448	الجمهورية اليمنية
43	47	43	60	0.471	موريتانيا
23	31	-	-	♦0.452	جيبوتي
					الصومال

قيمة هذه المؤشرات خاصة بعام 2002

المصدر: 6

جدول رقم (10)

نسبة شيوع الختان ما بين السيدات السابق لهن الزواج

جيبوتي	الجمهورية اليمنية	الجمهورية السودانية	جمهورية مصر العربية	البلد
97.0	22.6	89.2	97.0	% اجرت عملية الختان للسيدات السابق لهن الزواج (49-15) سنة
-	19.3	86.8	96.8	% اجرت عملية الختان للسيدات (19-15) سنة
-	22.2	89.7	97.4	% اجرت عملية الختان للسيدات (24-20) سنة
23.0	48.0	-	18.0	% تعارض الاستمرار في الختان
دراسة حالة عن الامومة - 2003	المسح الديموجرافي الصحي - 1997	المسح الديموجرافي الصحي - 1990	المسح الديموجرافي الصحي - 2003	المصدر

مصادر أخرى: 34.3

جدول رقم (A11.) استهلاك الدخان في بعض البلدان العربية

نسبة استهلاك الدخان %						الدول
إناث			ذكور			
العمر عند التدخين للمرة الأولى	لديهم أصدقاء يدخنون	يدخنون وقت المسح	العمر عند التدخين للمرة الأولى	لديهم أصدقاء يدخنون	يدخنون وقت المسح	
16	4	-	18	38	37	الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية*
16	10	4	15	48	28	الجمهورية العربية السورية**
16	5	0.3	17	42	11	جمهورية مصر العربية**
-	2	3	19	8	8	جيبوتي*

المصادر : 12, 14, 16, 33

جدول رقم (B11.) أسباب استهلاك التدخين

إناث			ذكور			أسباب التدخين
الجمهورية العربية السورية	جمهورية مصر العربية	الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية	الجمهورية العربية السورية	جمهورية مصر العربية	الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية	
14	-	33	30	41	40	تقليد الأصدقاء
30	42	17	18	26	19	للتجربة / حب الاستطلاع
5	2	-	8	14	5	ضغط من الأصدقاء
5	22	-	5	4	1	يتناولها الأهل
-	-	-	3	4	6	من علامات الرجولة
10	34	-	8	11	4	أخرى / لا أعرف

المصادر : 12, 14, 33

جدول رقم (12) معرفة الشباب (والمراهقين) بالأمراض المنقولة جنسيا

جيبوتي	تونس	جمهورية مصر العربية	الجمهورية العربية السورية	الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية	
ذكور					
--	1	20	1	14	لا يعرف
39	36	4	19	14	مرض السيفيليس
98	100	76	76	51	السيدا (الايذز)
إناث					
--	1	30	1	86	لا يعرف
34	29	5	8	56	مرض السيفيليس
92	100	67	65	49	السيدا (الايذز)

جدول رقم (13) المعرفة بكيفية تجنب الإصابة بمرض السيدا (الايدز) من بين الذين يعرفون هذا المرض

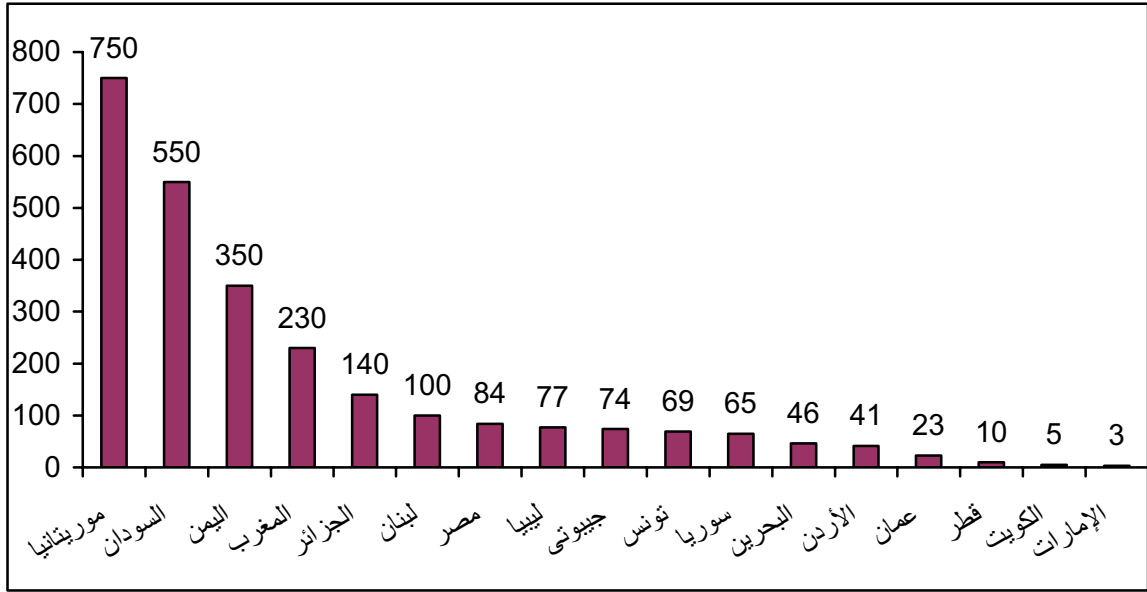
جيبوتي	تونس	الجمهورية العربية السورية	الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية	
ذكور				
90	84	82	91	العلاقات الجنسية
49	--	--	8	عدم استخدام الواقي الذكري
46	55	52	23	نقل الدم
33	45	34	23	الحقن
2	2	8	48	لسعات الناموس
10	5	6	40	أخرى / لا أعرف
إناث				
86	76	66	88	العلاقات الجنسية
28	--	--	8	عدم استخدام الواقي الذكري
67	46	51	46	نقل الدم
21	35	32	45	الحقن
1	1	6	52	لسعات الناموس
7	10	7	76	أخرى / لا أعرف

جدول رقم (14) بعض القيم والاتجاهات الحديثة بين الشباب الذين لم يسبق لهم الزواج (18 - 29) سنة في مصر

إناث	ذكور	
		• السن المفضل للزواج (متوسط)
24.3	26.4	- بالنسبة لك
22.3	20.9	- بالنسبة للإناث
27.1	25.7	- بالنسبة للذكور
		• القيمة والاهمية التي تعزى للزواج
		- ما أهمية الزواج بالنسبة لك؟
46	61	- مهم جدا (%)
43	30	- مهم نسبياً
		• الاتجاهات نحو اختيار شريك الحياة (%) بالنسبة إلى الإناث :
27	36	- تختاره بنفسها
5	3	- الأسرة
68	61	- هي والأس
		• الاتجاهات نحو اختيار شريك الحياة (%) بالنسبة إلى الذكور :
56	59	- يختارها بنفسه
2	1	- الأسرة
42	40	- هو والأس
		• هل تفضل زواج الأقارب (ولاد العم / أخرى)؟ (%)
5	5	- نعم
63	53	- لا
32	42	- لا يوجد ف
		• هل توافق على تأجيل الحمل الأول بعد الزواج؟ (%) نعم
51	60	- أقل 20 سنة
50	55	- 20 - 24 سنة
47	48	- 25 - 29 س

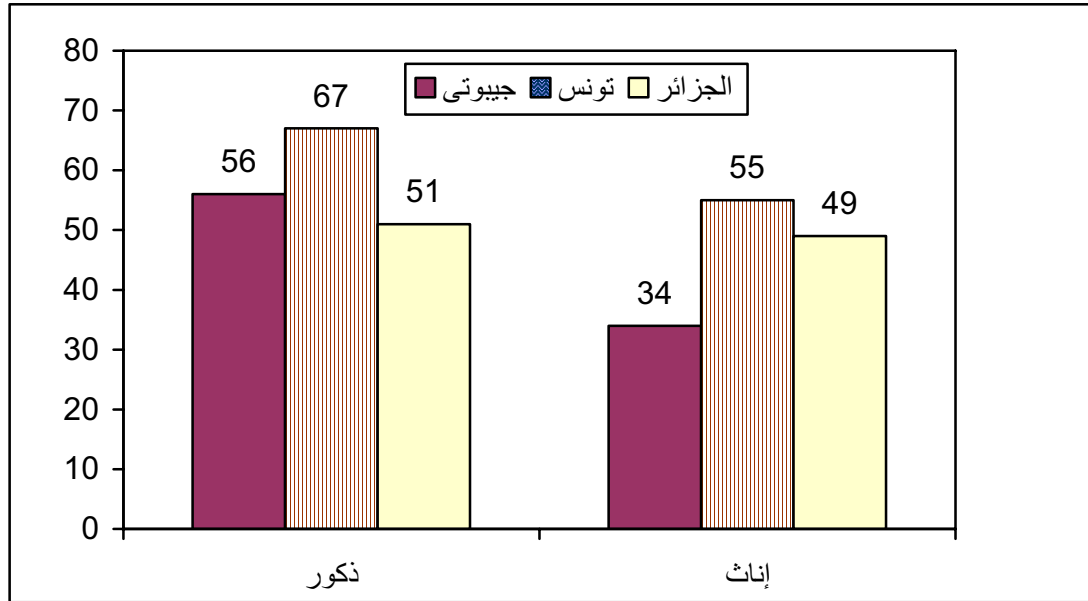
المصدر: 8

شكل رقم (1) معدل وفيات الامهات لكل 100.000 مولود حي في بلدان المنطقة العربية في الفترة 1985 - 2003



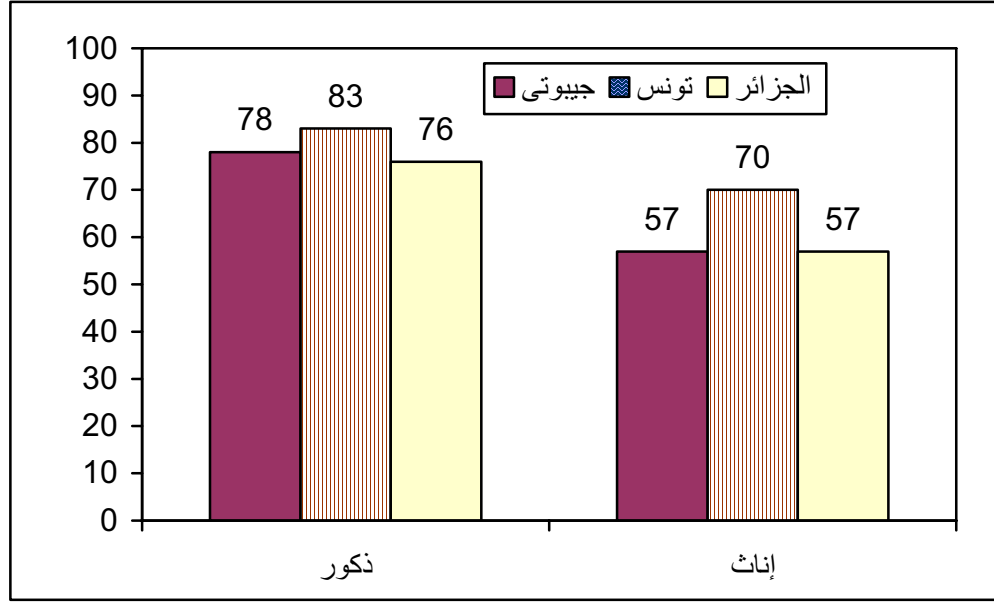
المصدر: 6

شكل رقم (2) الالهية التي يوليها الشباب للجنس بصفة عامة (%)



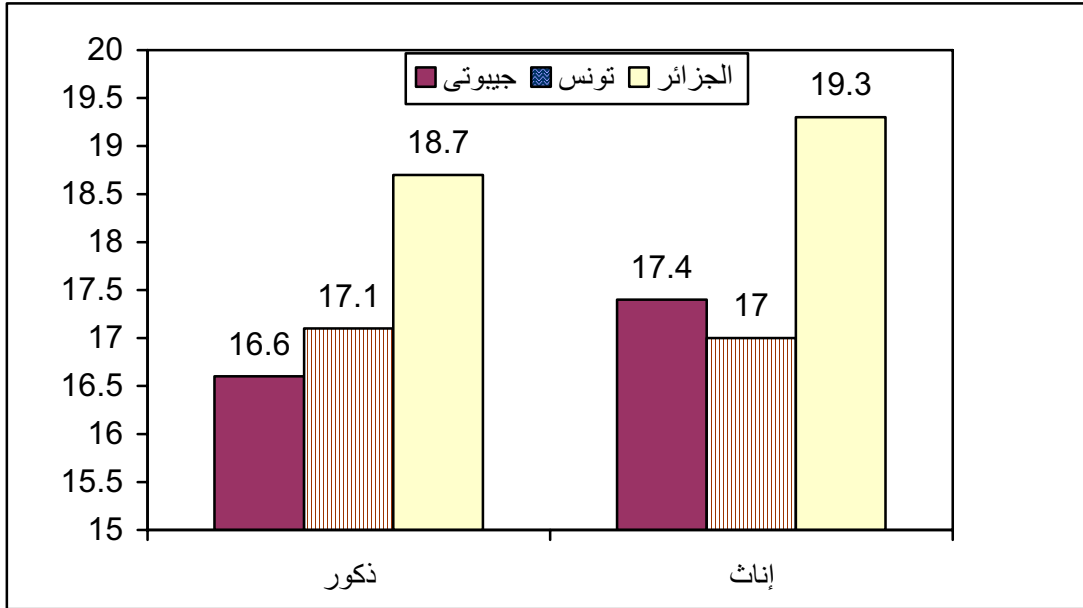
المصدر: 24.16.14

شكل رقم (3) سهولة تحدث الشباب عن المسائل الجنسية (%)



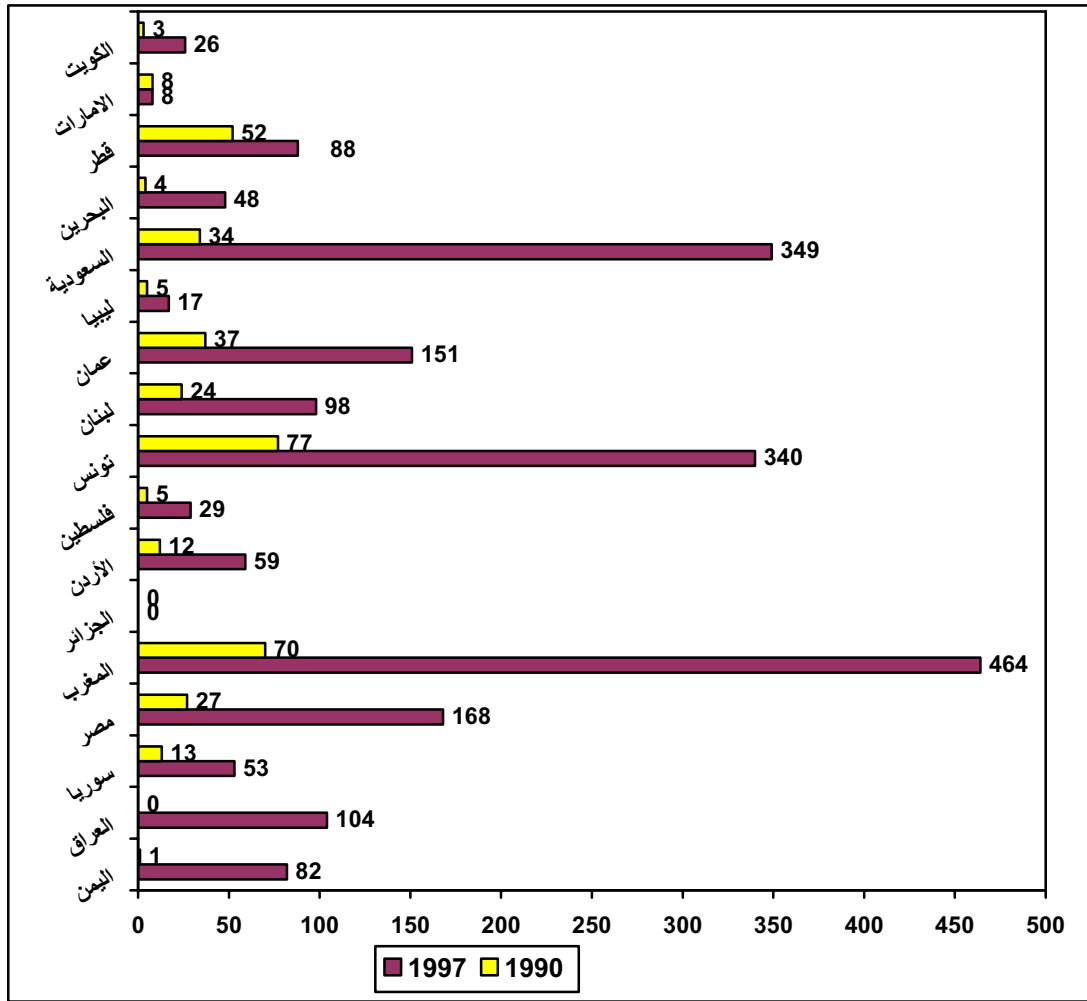
المصدر: 24.16.14

شكل رقم (4) متوسط عمر الشباب عند أول ممارسة جنسية (%)



المصدر: 24.16.14

شكل رقم (5) عدد حالات الإيدز في البلاد العربية بين عام 1990، 1997



المصدر : 25 بالاشارة إلى 36

ملحق رقم (1)

"الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعنى الصحة الإنجابية قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمناً على حق الرجل والمرأة في معرفة وإستخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون والشريعة، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تتجاوز بامان فترة الحمل والولادة وتتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة"، وتماشياً مع هذا التعريف، تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها "مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الأنجابية وحلها، وهي تشمل ايضا الصحة الجنسية التي ترمى إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالإنجاب والأمراض الجنسية.

المصدر: 2,1

ملحق رقم (2) إجراءات / تدابير الحكومات تجاه الصحة الإيجابية والجنسية للشباب والمراهقين

الدولة	حقوق واحتياجات المراهقين في مجال الصحة الإيجابية ⁽¹⁾		إدخال التنقيف الجنسي في المناهج التعليمية ⁽²⁾		توفير معلومات الصحة الإيجابية ⁽³⁾		تسهيل حصول المراهقين علي خدمات الصحة الإيجابية ⁽⁴⁾	
	قوية	محدودة	تدابير	لا تدابير	قوية	محدودة	تدابير	لا تدابير
فلسطين	1		1		1		1	
الصومال		1		1				1
اليمن	1		1		1		1	
جزر القمر		1	1					1
السودان	1		1		1		1	
موريتانيا	1		1		1		1	
جيبوتي		1		1				1
سوريا	1		1		1		1	
مصر	1		1			1		1
المغرب	1		1			1		
الأردن	1		1			1		1
لبنان	1		1		1			1
دخل الفرد الأجمالي ≥ 6000 دولار أمريكي	8	4	10	2	8	2	7	4
الجزائر	1		1		1		1	
تونس	1		1		1		1	
عمان	1		1		1		1	
السعودية		1		1		1		1
البحرين		1		1		1		1
دخل الفرد الأجمالي ≤ 6000 دولار أمريكي	3	2	5	0	4	0	5	0
المجموع	11	6	15	2	12	2	12	4

(1) استحداث/تطبيق قوانين/تشريعات/سياسات ، حملات المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة، الخطط/البرامج/الاستراتيجيات، استحداث لجان وطنية للشباب واتفاقيات مصدقة للأمم المتحدة، تنفيذ برنامج عمل الأمم المتحدة، شراكات مع منظمات غير حكومية وطنية/دولية، برنامج رعاية صحية وطني يشمل الصحة الإيجابية للمراهقين، تمويل الحكومة لخدمات الشباب ، تقديم المشورة للمراهقين، إدماج تعليم الصحة الإيجابية والجنسية في المناهج الدراسي، البحوث عن احتياجات المراهقين، الترويج الاجتماعي، تدريب العاملين مع المراهقين

(2) مناهج دراسي/أنشطة لامنهجية تتضمن الصحة الإيجابية/او المهارات الحياتية، برامج التعليم بالنظير، برامج/أو عيادات للشباب خارج المدرسة، التدريب الخاص بالصحة الإيجابية للمعلمين والطواقم التعليمي، حملات المعلومات والتعليم والاتصال/ الدعوة، استخدام وسائل الإعلام متضمنة التلفاز، المذياع، الإنترنت، خطوط البث الساخنة، الكتيبات التدريبية المتوفرة، تعليم الصحة الإيجابية/المهارات الحياتية لطلبة التعليم الاساسي وتوسعة نطاقها لتشمل مدارس/مراحل تعليمية أكثر، استحداث مشاريع رائدة

(3) خطط/برنامج/استراتيجيات تعليمية وطنية، نظم معلومات إدارية وطنية، وسائل الإعلام متضمنة التلفاز، المذياع، تقديم المشورة، خطوط البث الساخنة، المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة، استحداث اتحاد/منظمات للشباب وخدمات صديقة للشباب، منظمات غير حكومية تختص بالشباب، برامج التعليم بالنظير

(4) الخطط/البرامج/الإستراتيجيات، نظم المعلومات الإدارية، الإعلام، المشورة المقدمة بخصوص الصحة الإيجابية، الخطوط الساخنة، المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة وفيما يخص خدمات الصحة الإيجابية للمراهقين : توفير الإرشادات والمعايير الخاصة، استحداث خدمات صحة إيجابية رفيقة، سن القوانين/التشريعات، وضع السياسات الخاصة بتقديم الخدمة

إجراءات / تدابير الحكومات تجاه الصحة الإنجابية والجنسية للشباب والمراهقين (تابع)

مشاركة الشباب في وضع السياسات والبرامج ⁽³⁾		التقدم في مساندة الشباب في الحصول علي سبل العيش والمهارات الحياتية ⁽²⁾		وجود مقاربة خاصة لمواجهة احتياجات الشباب من الصحة الجنسية والإنجابية ⁽¹⁾		الدولة
محدودة	متنوعة	محدودة	متنوعة	محدودة	متنوعة	
1			1	1		فلسطين
	1		1			الصومال
1			1	1		اليمن
1		1		1		جزر القمر
1		1		1		السودان
1		1			1	موريتانيا
1		1				جيبوتي
1			1		1	سوريا
1			1		1	مصر
1			1			المغرب
		1			1	الأردن
1			1	1		لبنان
10	1	5	7	5	4	دخل الفرد الأجمالي \geq 6000 دولار أمريكي
1			1		1	الجزائر
	1		1		1	تونس
1			1	1		عمان
1			1			السعودية
	1		1	1		البحرين
3	2	0	5	2	2	دخل الفرد الأجمالي \leq 6000 دولار أمريكي
13	2	5	15	7	6	المجموع

(1) تقدير الاحتياجات/احتياجات مجموعات بعينها من الشباب، حملات الترويج الاجتماعي، خدمات للزوجين، استهداف الجهود لبعيدة المنال لمجموعات الشباب تعزيز حقوق بديلة للشباب، تقديم المنظمات غير الحكومية برامج للشباب الغير مقيدون في المدارس، تصميم و/او تعديل برامج، مدارس تتضمن خدمات الصحة الإنجابية والتعليم الصحي

(2) مهارات مهنية/صناعية في النظام التعليمي، تعليم صناعي/مهني للشباب خارج المدارس، التدريب الصناعي للشباب من قبل منظمات غير حكومية، تدريب محلي للشابات، تقديم الحكومة وظائف للشباب، برامج تثقيفية تشمل سكان البلد الأصليين

(3) منظمات للشباب تعمل علي : صياغة/تطوير/تنفيذ خطط/برامج/استراتيجيات، وضع سياسات، وتعمل كحلقة وصل علي الصعيد المحلي، مشاركة الشباب في المؤتمرات الدولية، منتديات للشباب لأستنباط المعلومات

المصدر : 5

المراجع باللغة العربية (ورقم الإشارة لها في الورقة)

- (1) راضي اليسار: واقع واقتراحات حول الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية للشباب في المنطقة العربية ، المنتدى الإقليمي العربي للسكان ، بيروت ، 19 - 21 نوفمبر 2004 .
- (5) عبد العزيز فرح وآخرون: التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في المنطقة العربية ، ورقة خلفية للمنتدى الإقليمي العربي للسكان ، بيروت 19 - 21 نوفمبر 2004 .
- (7) الفتاة العربية المراهقة: الواقع والآفاق، تقرير لتنمية المرأة العربية، مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث، 2003.
- (26) ليلى يونس: واقع الصحة الإنجابية والجنسية للشباب في الإقليم العربي-المؤشرات والسياسات ، إدارة السياسات السكانية والهجرة، القطاع الاجتماعي، جامعة الدول العربية، 2005 .
- (35) مجلة إضافات سكانية، إدارة السياسات السكانية والهجرة، الجامعة العربية، يونيو 2004 .
- (37) المعرفة والمواقف والممارسات للشباب: دراسة كيفية-حالة تونس، إدارة السياسات السكانية والهجرة، جامعة الدول العربية 2002 .
- (40) لمحات عن الشباب الأردني (الصحة الإنجابية - التخطيط للمستقبل - التعليم - العمل) ، اللجنة الوطنية للسكان - الأردن ، نيسان 2001 .
- (42) السكان والتنمية (العدد السابع) ، الندوة الوطنية التوجيهية حول صحة الشباب وأنماط الحياة المعززة للصحة، الأمانة العامة للجنة الوطنية للسكان في الأردن ، 2001 .
- (42) مسح معارف واتجاهات وممارسات طلبة المدارس الثانوية في مجالات الصحة العامة والصحة الإنجابية بالاستمارة المدارة ذاتياً (التقرير الرئيسي) ، دائرة صحة الأسرة والمجتمع - المديرية العامة للشئون الصحية - وزارة الصحة - سلطنة عمان ، إبريل 2001 .
- (43) ليلى نوار، ومجدي ابراهيم، وعبد الغني محمد عبد الغني: مدى إنتفاع واضعي السياسات وصانعي القرار ومقدمي الخدمة بنتائج البحوث والدراسات، المركز الديموجرافي بالقاهرة، نوفمبر 2005 .

المراجع باللغة الإنجليزية (ورقم الإشارة إليها في الورقة)

- (2) UNFPA, Programme of Action, adopted at the International Conference and Development, Cairo, 5-13 September 1994, 2004.
- (3) Dejong, Jocelyn L, Bonnie. Shepard and others, “Breaking the Silence and Saving Lives: Young People’s Sexual and Reproductive Health in the Arab States and Iran”. Final report, June 2005.
- (4) Masons, Krista, “Situation Analysis of Egyptian Adolescents”. Save the Children/Egypt . Unpublished report, October 2003.
- (6) UNDP, Human Development Report, 2005 (downloaded from the site www.undp.org) on January 25, 2006.
- (8) Nawar, Laila “Youth in Egypt: emerging new values and lifestyles”, paper presented to the IUSSP XXV International Population Conference, Tours, France, July 18-23, 2005.
- (9) Mauritania Population and Health Survey, 2001-02.
- (10) Central Statistical Organization (CSO) {Yemen}. 1997. Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997. Calverton, Maryland : CSO and MI.
- (11) Egypt Demographic and Health Survey, 2003.
- (12) Syrian Family Health Survey, 2002.

- (13) Morocco Population and Health Survey 2002 – 03.
- (14) Algerian Family Health Survey, 2002.
- (15) Bahrain Gulf Family Health Survey, 1995.
- (16) Djibouti Family Health Survey, 2003.
- (17) United Arab Emirates Gulf Family Health Survey, 1995.
- (18) Department of Statistics (DOS) {Jordan} and Macro International Inc. (MI). 2002. Jordan Population and Family Health Survey 2002. Calverton, Maryland : DOS and MI.
- (19) Kuwaiti Gulf Family Health Survey, 1996.
- (20) Omani Gulf Family Health Survey, 1995.
- (21) Palestinian Health Survey, 2000.
- (22) Qatar Gulf Family Health Survey, 1998.
- (23) Saudia Gulf Family Health Survey, 1996.
- (24) Tunisia Family Health Survey, 2002.
- (25) Nawar, Laila Reproductive Health and Reproductive Rights In The Arab Region, Regional Arab Population Forum, Beirut, 19-21 November, 2004.
- (27) MOHP, Algerian Maternal and Child Health Survey, 1994.
- (28) Federal Ministry of Health, Sudanese Maternal and Child Health Survey, 1992.
- (29) Central Statistical Office, Syrian Maternal and Child Health Survey, 1993.
- (30) Ministry of Public Health, Lebanese Maternal and Child Health Survey, 1996.
- (31) General National Committee for Health and Social Insurance, Libyan Maternal and Child Health Survey, 1995.
- (32) El-Zanaty Fatma and Ann Way “Egypt Demographic and Health Survey 2000, Calverton, Maryland (USA), MOHP (Egypt), National Population Council and ORC Macro, 2001.
- (33) The Population Council, “Transition to Adulthood, A National Survey of Egyptian Adolescents”, Cairo, 1999.
- (34) UNICEF, Egypt, Sudan, Yemen, Mauritania FGM/C country profile, February 2005.
- (36) The World Bank, Atsuko Aoyama “Reproductive Health in the Middle East and North Africa, July 2001.
- (37) Population Research and Studies Unit, League of Arab States, “Knowledge, Attitudes and Practices of Youth : A qualitative study, The case of Tunisia 2002.
- (38) A. Sibai and N. Kanaan, Youth Health Risk Behaviour Survey Among Secondary School Students in Lebanon : Prevalence and clustering of Risk Behaviours. Beirut February 1999.
- (39) National AIDS Control Program. Amal AIDS hotline report - Ministry of Health, Egypt 2000.

الشباب العربي والتواصل الأسري من التقييم إلى التفعيل

- ظواهر ترسم واقع الأوضاع الراهنة للأسرة¹

- إن تتبّع أوضاع الأسرة العربية اليوم ورصد تفاصيلها توصل إلى تسجيل المشاهد التالية:
- تتحمل تبعات رعاية أفرادها من الأصحاء - مادياً واقتصادياً واجتماعياً ونفسياً - قدر استطاعتها، دون أن تجد - في أغلب الأوقات - مساعدة كافية فعلية تعينها على تأمين التلبّيات المنتظرة لاحتياجاتهم.
- تنوء بأعباء توفير مستلزمات الرعاية الخاصة للفئات الضعيفة من أفرادها، من معوقين وعجزة وأرامل وأيتام ومصابين بأمراض مزمنة ومنحرفين، فتحضنهم في غياب أو ندرة الأماكن في المؤسسات الاجتماعية الحكومية أو الأهلية، ملتجئة إلى استخدام معظم الأساليب لتأمين تكاليفها.
- ترسخ ظاهرة البطالة في مختلف الفئات الاجتماعية القريية وارتفاع معدلاتها ضمن الفئتين الوسطى والدنيا، بحيث إن نسبتها بين أرباب الأسر تراوح ما بين 13.4% و40% تبعاً للإحصاءات الرسمية في الدول العربية.
- تزايد البطالة بين فئات العمر 15-29 سنة، أي بين الشبان المتخرجين حديثاً من الثانويات والجامعات، فهي تصل إلى ثلث أعدادهم المطلقة.
- تنامي ظاهرة الهجرة من البلدان العربية عموماً، وهجرة الأدمغة من الشباب الجامعيين على وجه الخصوص، قاصدين دولاً يجدون فيها فرص عمل ودخلاً كريماً.
- تأخر السن عند الزواج إلى ما يتجاوز 27 سنة عند الإناث و30 سنة عند الذكور.

د. زهير الحطّاب، أستاذ في الجامعة اللبنانية، معهد العلوم الاجتماعية، استشاري وباحث في قضايا الأسرة والتنمية والتربية.

من الفئات الوسطى والفقيرة، بعد أن كانت معظم الدول العربية قد خطت خطوات هامة للقضاء عليها لأسباب متنوعة.

- تفاقم العلاقات بين عناصر الأسرة الواحدة، سواء بين الأبوين أنفسهما، أو بينهما وبين أولادهما، فيما بين الأولاد من الجنسين ومن أعمار مختلفة. فكل عنصر منها له معاناته العلائقية الخاصة ضمن الأسرة، وأبرزها هو الخلاف المفتوح الدائم بين الوالدين، وتحديد الأب، وبين من وصل إلى مرحلة الشباب من أبنائه ويتابع حياته في منزل الأسرة.

انفجار خلافات تصل إلى الصدام العنفي أو الدموي بين أفراد الأسرة الواحدة، لتناقض واختلاف التوقعات والانتظارات من جانب كل منهم نحو الآخر، وهو ما يفكك الأسرة، ويعرض أفرادها لأفدح المخاطر والأضرار النفسية والاجتماعية والتربوية².

- تفشي ظواهر العنف المنزلي والأسري، وتزايد حالات الهروب والانهيارات العصبية بين الزوجات، مما يزيد المخاوف من أن تفضي هذه الظواهر إلى إشاعة أجواء الاضطراب والقلق بين أفرادها. وهكذا، تبدو صورة مؤسسة الزواج والأسرة في أوساط الشباب سوداوية، تدفعهم إلى العزوف عنه إرادياً تبعاً لما ورد في التحقيقات الاجتماعية عن الأسرة³.

- أزمة أسرة أو مازق الأسرة أو نهاية الأسرة؟

هذه العينة من الظواهر ذات المضمون السلبي دفعت بعدد من الباحثين إلى طرح تساؤلات لافتة تتصل بأحوال مؤسسة الأسرة ومستقبلها:

هل تعبر هذه الظواهر وتناميها عن عجز الأسرة عن معالجتها واحتوائها، رغم أنها كانت تقوم بهذه المهام مع صعوبات نسبية في الماضي القريب؟

هل يفسر ما تواجهه من قصور وفشل أحياناً بالتباس متفاقم يطاول دورها المجتمعي الراهن؟

هل أن الإخفاقات المجتمعية المتعاطمة، والمتغيرات المتسارعة على صعيد النظام الاقتصادي العالمي وعدم نجاح البلدان في مواجهة ظاهرة الفقر لديها، يجعل من الأسرة الضحية الأولى التي تحمّل مسؤوليات

هذا الإخفاق بحجة أنها تفضل في أداء المهام والوظائف والأدوار التي أناطها المجتمع بها منذ آمام بعيدة؟

هل صحيح أن عصر الزواج قد ولى، وأن مؤسسة الأسرة قد ماتت، كما تشير إلى ذلك بعض الكتابات الغربية⁴؟

برهنت الأسرة - كمؤسسة منبثقة عن النظام الاجتماعي البطريركي - على أنها قادرة على أن تمارس أدوارها بنجاح، مستخدمة السلطة الأبوية التي أتاحت للأب السيطرة والتنشئة وتوزيع المهام على أفراد أسرته ضمن إطار من التراتب والطاعة. واليوم وبعد أن تسارعت عمليات تطبيق مبادئ حقوق الإنسان وتحويلها إلى معاهدات أصبحت الأساس القانوني في العلاقات الدولية الملزمة، فقد أتيج للفرد التمتع بالمساواة وعدم التمييز ضده، وممارسة الحرية وإبداء الرأي والمشاركة النشطة في كل المجالات التي تتصل بشئونه وبذلك يكون النظام الأبوي والسلطة الأبوية، المعتمدة عماد النظام الاجتماعي القديم قد انهارت، وآل ما اعتادت عليه الأسرة التقليدية من صلاحيات ومهام وأدوار إلى التراجع والضمور⁵.

- قبل عهد تأسيس الدولة الحديثة، كانت العائلة الوسيط الأساسي بين السلطة الحاكمة والأفراد، وعن طريقها يمكن للأفراد من أبنائها أن يحصلوا على العاطفة والرعاية والتكافل والتعاون للتغلب على ظرف المعيشة والحياة تحت راية الأب وسلطته وتوجيهه. ومع ظهور الدولة الحديثة باشرت في بناء مؤسساتها الخاصة التي أخذت توفر المساعدات وتقديم الخدمات التي يطلبها أبناء الأسر. ونظرت إلى ما ينشأ من ارتباطات بينهم وبين المؤسسات على أنه تجسيد لمهام وأدوار الرعاية التي يجب أن تتحملها الدولة وتوفرها للجميع، وأن تطلب منهم تأدية واجباتهم كي تستوفي شروط المواطنة.

- فهل أن ما وصلت إليه أوضاع الأسرة من تعقيد وتعذر حصول أبنائها على ما يليب احتياجاتهم الأساسية هو تعبير عن تقاعس الدولة عن القيام بواجباتها لاكتساب شرعية امتلاكها للسلطة الاجتماعية، أم أن الأمر يتجاوز ذلك إلى انتفاء الحاجة إلى الأسرة كمؤسسة وسيطة⁶؟

- وينظر بعض الباحثين إلى الظواهر التي عُرضت على أنها مجرد عشرات ناجمة عن سوء إدارة شئون الأسرة العربية سواء من قبل القيمين الرسميين أو من الأفراد المعنيين، نظراً لتقصيرهم في معالجة شروط تكيفها الجديد مع المتغيرات الطارئة، وأنها ليست سوى مرحلة انتقالية ستنتهي إلى تأمين التكيف والاستقرار، وسيعود كل عنصر في الأسرة ليحتل مكانه الصحيح، ويمارس أدواره فيها.

نسارع - هنا - إلى التأكيد على استحالة تعميم حصول الظواهر المشار إليها في جميع البلدان العربية، أو إلى أن مواجهتها قد تمت بالأسلوب نفسه، فهناك اختلافات في خصائصها، وفي نسبتها، وفي انتشارها، ترتبط بعدد من العوامل المتصلة بالإمكانات الاقتصادية لكل بلد، ونوع نمط الأسرة السائد فيه، وطبيعة الأجواء الثقافية والحضارية والدينية المسيطرة فيه.

من المهم الإشارة إلى أن هذه الورقة لن تتمكن من معالجة جميع النقاط التي أثارها حولها التساؤلات، إنما ستكتفي - في ضوء هذه المناسبة - بتسليط الضوء على طبيعة علاقات الأسرة بالشباب من أبنائها، وتبيان مدى استمرار قدرتها على تلبية احتياجاتهم من جهة ورغبتهم في المحافظة على تواصلهم معها تبعاً لما بقي من أدوار ووظائف من جهة أخرى. ودراسة العوامل الضاغطة التي تؤثر عليها فتوجهها وجهات معينة تُضعف من الصلات والارتباطات القائمة فيما بينهما أو تعززها وتقويها.

كما تبحث الورقة في كيفية تعزيز قدرات الأسرة العربية لتحريرها من الضغوطات والمعوقات المحيطة بها، كي تترسخ مجالاً خاصاً لنمو أبنائها وتفتحهم، وممارستهم لمواطنيتهم ولحقوقهم وحيرياتهم الفردية والاجتماعية.

- أدوات مفاهيمية وتحليلية لدراسة التواصل الأسري

مفهوم العلاقات الأسرية وعناصرها.

بداية ما أن يتأسس الزواج حتى تنشأ مجموعة من الالتزامات والحقوق المتبادلة بين الزوجين، عليهما القبول بها، وممارستها أو مراعاتها من حيث المبدأ

دون أية اعتبارات خاصة.

كانت الأسرة مدعوة لتنشئة أفرادها ضمن التزامات تغطي دائرة الحياة الخاصة للأسرة (الخصوصيات)، ودائرة الحياة المنزلية المعيشية، ودائرة الحياة القربانية العائلية. ومع الوقت تجاوزت هذه العلاقات مرتكزاتها ومعانيها القانونية الملزمة الأصلية لتكتسي معاني التبادل المعنوي، وتقاسم المشاعر والأحاسيس والعواطف، وهذا الأمر هو ما يدفع بعناصر الأسرة إلى الرغبة في نسج مزيد من الروابط والصلات بينهم، ومشاركة الجميع بالتجمع والتوحد حول الأسرة، أو على الأقل خلق حيز اهتمام مشترك، يلتقون فيه، ويبدلون الجهد من أجل تطويره وإغنائه، وهذا الحيز هو أسرته المشتركة⁷.

هكذا تطورت العلاقات من صلات مادية ومعنوية متبادلة بين أفراد الأسرة، إلى المتابعة المشتركة لشأن خارج عن كيانها، كبناء ارتباطات وشراكات ومشاريع ومصالح وأحلام مشتركة، تحقق هدفاً واحداً للآثنين معاً، وبالتالي فإن هذا الهدف هو الذي يطور العلاقات ويعمقها.

لقد اتخذت هذه العلاقات أشكالاً مختلفة عبر تاريخ البشرية الطويل، واغتنت بمعطيات التجارب العديدة التي مرّت بها. والأسرة في المجتمع العربي لا تشدّ عن القاعدة، حيث استندت هي الأخرى إلى نظام لبنائها، احتوى على مبادئ وضوابط وقواعد استمدت معظمها من تعاليم الدين الإسلامي ونظام أحواله الشخصية، وجعلها تتحكم بالعلاقات المتبادلة بين أفرادها، مستهدفاً - من وراء ذلك كله - تحقيق الاستقرار والتماسك لهذه المؤسسة ولعناصرها.

مصطلح الشبان والأسرة.

يكثر الحديث عن "الشباب" مصاحباً بكثير من الالتباس والغموض، فالشباب هو مرحلة عمرية، والشبان هم ذكورها، والشابات هن إناثها. وعمر الثامنة عشر يمثل الحد الأدنى لهذه الفئة العمرية، والرابعة والعشرون حدّها الأعلى.

هذه المؤشرات تساهم في ضبط الحديث عن التواصل الأسري، وعن وظائف الأسرة وأدوارها إزاء الفئة المذكورة.

بداية نشر إلى أن الإحصاءات الرسمية العربية لتوزع السكان حسب فئات العمر في الدول العربية توردان 46.7% من السكان هم دون 18 سنة، وأن 35% منهم هم دون اثنتي عشرة سنة من العمر، وتقدر حجم الفئة 18-24 سنة ما بين 12 إلى 15%⁸ من حجم السكان.

ومن أبرز خصائص أفراد هذه الفئة أن أغلبهم قد أنهى فترة تحصيله العلمي، واكمل نضوجه الجسدي والفيزيولوجي والذهني، واكتسب أهليته القانونية، وأنه يدعى لممارسة مواظنيته والإيفاء بالتزاماتها...

كما أن عدداً لا بأس به من أبناء هذه الفئة لم ينجح في الحصول على عمل، بالرغم من حصولهم على إعداد جامعي أو مهني معين (يلاحظ عدم توافق شروط الإعداد مع شروط العمل في السوق)، ولم يتمكنوا من الإقدام على الزواج وتأسيس أسرة، كما أنهم مترددون في الانتماء إلى جماعة ثانوية من جماعات المجتمع المدني، ويعجزون عن الحصول على أدنى الحقوق التي كفلتها لهم شرعة حقوق الإنسان، رغم كل الخطابات والدعاوى التي تعتبر أن الشبان والشابات هم أصحاب المستقبل، وأن ما يجري ويُعد هو لمصلحتهم، وتصورهم كفئة صاحبة إرادة حرة وديناميكية، وأنها تمتلك اختيارات متنوعة تستطيع من خلالها أن تمسك زمامها بأيديها. كما ويتم تصوير هذه الفئة العمرية بأنها قد توافرت لها شروط الإعداد والتأهيل لتحقيق الذات، وبأنها تحظى بحماية الأسر التي تنتمي إليها ودعمها كي تنجز عملية انخراطها الاجتماعي، وتصير هذه الأسر على احتواء أبنائهم الشبان حتى سن متقدمة وتأمين إعادتهم.

هذا على مستوى الخصائص المبدئية، فما أوضاع هذه الفئة على المستوى الواقعي والواقعي؟ (مع التنبيه إلى التفاوت النسبي فيها والاختلاف الملحوظ بين بلد عربي وآخر).

يؤدي امتداد وتوسع فترة التحصيل الجامعي إلى نهاية عمر الأربعة وعشرين عاماً بالنسبة إلى أغلب الشبان والشابات إلى البقاء دون عمل أو دخل، وبالتالي فهم يستمرون تحت مظلة الأسرة وحمايتها وإنفاقها. وبكلام آخر، يعيشون مضطرين إلى مراعاتها والأخذ بتوجيهاتها، ما يعني التخلي عن وجهات نظرهم

الخاصة واختياراتهم ومواقفهم إذا اصطدمت بوجود ما يخالفها عند الأهل. فالشباب مرحلة تقع تحت رحمة الأسرة وظروفها وخصائص ممارستها لأدوارها ووظائفها.

ومن الملفت للانتباه أن تزايد الأعباء الاقتصادية والاجتماعية الملقاة على عاتق السلطات العامة لمواجهة الاحتياجات العامة الأساسية المتنوعة للسكان - لا سيما أصحاب الفئات العمرية الفتية والشابة - قد حملها على تخفيض مخصصات الإنفاق الاجتماعي، وتجميد مشاريع الدعم الموجه للأسر المحتاجة أو لبرامج التمكين التي ترعى انتقال الفئات السكانية الضعيفة إلى الاعتماد على جهودها الذاتية لتأمين احتياجاتها، والنتيجة أن ضغطاً إضافياً يمارس على الأسر لتحل محل السلطات العامة في الاستجابة لمتطلبات الشباب.

تنوء الأسرة في الأساس وتقصر وتعجز عن القيام بوظائفها الأساسية، فتتأزم العلاقات المتبادلة بين الأسر والشباب، وتتجه نحو مواجهة شاملة تحمل كل طرف إلى إعادة النظر بصلاته وارتباطه بالطرف الآخر، مما يدخل الجميع في مرحلة جديدة يسودها الخلل والاضطراب والتفكك. غير أن التدقيق في التفاصيل يبين أن المظاهر التي تنتج عن هذه المواجهة ليست موحدة، لا في أشكالها، ولا في أدواتها، ولا في الردود التي تولدها. إنها بمجموعها محضلة لعدد من العوامل والمعطيات المتشابكة الداخلة في المواجهة، ومنها نمط البنية الأسرية التي تؤكد الدراسات الميدانية وجود ثلاثة منها هي: الأسرة التقليدية المحافظة، الأسرة المتحولة المتجهة نحو التغيير، والأسرة الحديثة المتغيرة، ومنها أيضاً حدة ومستوى الأزمة المعيشية في البلاد، وملاءمة الإعداد التعليمي والمهني للشروط الجديدة لسوق الأعمال وأسره. إن بعض هذه العوامل يزيد العلاقات توتراً، ويؤدي إلى انقطاعها عندما يُصر الأهل على ممارسة علاقات السلطة والاستتباع والوصاية وتهميش الشاب، على الرغم من بلوغهم سن الرشد والمسئولية كما قد تؤدي هذه المتغيرات إلى تخفيض التوتر وتحسين العلاقات وتعزيزها عندما يفسح الأهل في المجال أمام أبنائهم لتحقيق ذواتهم، والتعبير عن أفكارهم، ومشاركاتهم

في صنع القرارات المتصلة بشئون الأسرة وشؤونهم، مما يجعل من المواجهة حلقة تدريب على الانخراط في المجتمع، بما يصاحبه من تجاذب وصد وممانعة.

مفهوم الاتصال والتواصل ضمن الأسر بين الأبناء الشبان والوالدين

التواصل⁹ هو النتيجة الرئيسية لعملية الاتصال الذي من دونه لا يمكن حصول تواصل، ومن خلاله يتم نقل المعلومات أو الأفكار أو العواطف أو التوجهات من طرف إلى طرف ثان بواسطة رموز ووسائل متنوعة، من أجل التقارب ولخلق مساحة مشتركة تحلو للطرفين، فإذا نجحت يكون الاتصال قد مهد لإطلاق عملية تفاعل اجتماعي، يمكن من اطلاع الآخرين على معارفهم وقناعاتهم ومواقفهم بغية الحصول على تفهمهم ومشاركتهم للعيش معاً في ونام.

وحيث يتجاوز الأفراد المشار إليهم كونهم أكثر من مجرد أشخاص ويرتبطون فيما بينهم بروابط القرابة أو بروابط الانتماء المشترك إلى كيانات ثانوية لا تعود عملية الاتصال بهم أو التواصل معهم ضيقة أو محصورة، لأنها تطال فعلياً كل ما يجري تحت سقف منزل الأسرة.

فالتواصل ليس عملية ميكانيكية تتحقق في جميع الأسر، بل يقتصر حدودها ضمن أطر الأسر المتحولة والحديثة التي أخذت تعترف بفردية أفرادها الشباب وبإمكان تصرفه المستقل.

إذا اعتبرنا الأسرة خلية قاعدية للمجتمع، فإن ما يجري ضمنها من مخالطة وتفاعل وتعاون وتضامن يشكل عمليات اتصال متنوعة الأشكال: مادية، ونفسانية، واجتماعية، وفكرية. وحين تفضي هذه العمليات إلى بلورة المشاعر، ونسج الصلات، وتبادل العلاقات العميقة بين أفراد الأسرة يكون التواصل قد حقق أهدافه.

ذلك أن عمليات الاتصال المتعددة الأبعاد - المشار إليها - التي تجري تحت سقف الأسرة، تبني حيزاً مشتركاً أو مجالاً حيويًا ينتج قناعات جديدة مشتركة، يتقاسمها أفراد الأسرة فيما بينهم لاحقاً.

فإذا وهنت عملية الاتصال وفقدت القدرة على تغطية الأبعاد المذكورة، فإنها تعجز عن إتمام التواصل،

وبالتالي تفشل الأسرة في تحقيق وظائفها المجتمعية على صعيد وجودها نفسه، أو على صعيد تنشئة أبنائها الذين يتعرضون عندئذ لتجاذبات خارجية متعددة المصادر، تعيقهم عن النضج والتفتح والاستقلالية.

أهمية التواصل بين الأهل والشباب¹⁰

يرسي التواصل داخل الأسرة غير التقليدية أسس الصحة النفسية لدى أبنائها، ويؤمن توازناتها الانفعالية والعاطفية بطرق سوية. ويتمثل شرط نجاح هذا التواصل بإشاعة أجواء المحبة، وتخلي بعض الأوليات عن الاعتماد على آليات سلطتهم العاطفية وعلى استعمالهم المبالغ فيه لأنظمة المنوع والمسموح وتوزيع الأوامر والنواهي، مما يحول علاقات المحبة المفترضة إلى علاقات سلطة، ويعيدها كما كانت في الأسرة التقليدية، وينتصب حاجز يحد، وقد يلغي أحياناً، من تفاعل أفراد الأسرة وتواصلهم.

إن العلاقات الديمقراطية التي تشجع الأسرة الحديثة على تبادلها داخلها تعمق مناخات الصراحة والحميمية، وتشجع على التعبير الحر وانفتاح السلوك الفردي ضمن الإطار الاجتماعي الحميم المشترك للأسرة، ويؤدي ذلك إلى إشاعة الطمأنينة والاستقرار والاكتفاء في نفوس أبنائها، فإذا كانوا صغاراً ترعرعوا في أجواء السكينة، ونمت مشاعرهم تجاه الأسرة وأفرادها، وإذا كانوا شباناً تعززت فرص الاتصال فيما بينهم، وبالتالي زادت من حرارة التواصل ضمنها.

والنقاش حين يدور ضمن أجيال الأسرة، بين الآباء والأهل والأبناء يساعد الشبان - على وجه الخصوص - على طرح تجربتهم الانفعالية العاطفية، والانتقال بها من داخل الأسرة إلى خارجها بالتدريب، أي الانتقال من أطر الدائرة الضيقة ومداهم الخاص إلى الدوائر الأخرى ذات المدى المشترك العام، فينجحون في إطلاق تفاعلهم التدريجي الأرحب مع الأصدقاء والمواطنين، وفي عقد الصلات المناسبة فيما بينهم على أساس التضامن والمشاعر المتقاسمة وعضويتهم المشتركة في المجتمع نفسه. من خلال هذه الحركية الاتصالية والتواصلية يكتشف الشبان ذواتهم ويدركون قدراتهم، ويبنون ردود أفعالهم، ويطورون أساليب

استجابتهم وتعاملهم ضمن دائرة صلاتهم الحميمة أولاً، ومن ثم ضمن دائرة علاقاتهم الاجتماعية في مرحلة لاحقة.

وإذا حصل أن ضعف هذا التوجه، يضعف التفاعل مع الأسر الأخرى، وهو ما يؤثر - بالتالي - على التلاحم الاجتماعي والوطني، ويصبح من الصعوبة إيجاد تسويات مشتركة للمشكلات الراهنة في غياب اتصال وتواصل حقيقيين يؤمنان الاندماج الاجتماعي، فكيف السبيل إلى تمكين الأسرة من تحسين التواصل بين أفرادها عموماً، ومع أبنائها الشباب على وجه الخصوص؟

- علاقات الشباب بالأسرة التقليدية:

ينطلق الأبناء في هذه الأسرة من الالتزام - والشباب من ضمنهم - بالطاعة تجاه كبير الأسرة، أي إلى الأب، الذي يعتبر صاحب سلطة مادية ومعنوية فعلية على الجميع، وهو حين يتخذ القرار لا ينبغي أن يتجرأ أحد على رفض الامتثال له.

وعادة ما يتصف الشباب في هذه الأسر بالمحافظة على حيافة المفاهيم الشعبية، واحترام العادات والتقاليد مهما كانت، لأنهم يعملون بوحى من تجاربهم، بل على أساس نسخ متكررة من صيغ لتصرفات أو نماذج لسلوك جاهز أعد للتداول في المناسبات، وكل خروج على التقاليد يعتبر خيانة مجتمعية¹.

ويستمر الشباب - من أفراد هذا النمط من البنى الأسرية - في الاحترام العميق لسلطة رب الأسرة ويحتفظ بحرارة مشاعر القرابة، رغم أنها لم تعد تولد له مشاعر الأمان، أو تؤمن له الحماية الشخصية. وبالمقابل، فقد تخلّى رب الأسرة عن ممارسة العنف الجسدي مع أبنائه في مجال العقاب، وأحل محلها رقابته على حركة الشباب وسلوكه، في مجالات معينة من حياته اليومية. أما الشاب فصارت واجباته محصورة بالقبول والامتثال لتدخل الأهل في جوانب مختارة من بعض شئونه أعزباً كان أو متزوجاً.

وينحصر الوجود الأساسي للأسرة التقليدية في مناطق داخلية ريفية ورغم أن هيبتها وهيبه كبرها قد تراجعتا، إلا أن الشباب فيها يحافظون على كل مظاهر وأشكال العلاقات القائمة على أساس انعدام

استقلالية الفرد تجاه الأسرة، وعدم وجود هامش يسمح لميوله الذاتية ومزاجه الخاص بأن يطفو على سطح الحياة المشتركة للأسرة.

ومن الواضح أن علاقات الأبناء الشباب مع الأهل - ضمن هذا النمط الأسري - هي علاقات اتصال وليس تواصلًا، لأنها تتخذ اتجاهًا واحدًا، من الأهل إلى الأبناء الشباب، وتتضمن نقل أفكار جاهزة وتوجيهات وتذكير بالواجبات والروابط الأولية العائلية، دون أية مراعاة لرغباتهم أو ميولهم ومواقفهم.

إن وجود الشاب تحت سقف منزل الأسرة يعني - بالضرورة - الامتثال لمصالح الأسرة التي يعبر الأب عنها.

وهكذا، لا تترجم فكرة التواصل إلى معنى التفاعل والتأثير المتبادلين، بل تنحصر عملية الاتصال إلى أضيق الحدود، لأنه لا يطلب من الشباب إبداء آرائهم، أو مشاركتهم في اتخاذ القرارات، لأن الخبرة والرأي السديد لا يمتلكها - حسب الفكر التقليدي - إلا أولو الأمر من المتقدمين في العمر.

- علاقات الأبناء الشباب بالأسرة المتحولة^{1 2}

يبتعد الأبناء المتزوجون الشباب عن أسرهم الأصلية لكن دون أن ينفصلوا عنها بالكامل. أما غير المتزوجين فيستمررون بالدوران في فلكها، ولكنهم يبدؤون بطرح التساؤلات على أنفسهم حول التزاماتهم الأسرية، ويحاولون حصرها في المناسبات، وابتعدون قليلاً عن تقديم المساعدة لصالح الأب في مهنته إذا كان لهم عمل شخصي خارج نطاق الأسرة.

وبالتالي، صار هؤلاء الشباب يبحثون عن هامش من الاستقلالية النسبية في علاقاتهم مع الأسرة، وفي اتخاذهم للقرارات الخاصة بهم، وفي اختيارهم للقيم التي يتصرفون على هديها، رغم أنهم لا يسعون إلى الاستقلالية الكاملة، ولا إلى تغليب مصالحهم الذاتية على المصالح المشتركة للأسرة ككل.

يمكن القول إنه يبرز اتجاه لدى الشباب في التهرب من الالتزام المطلق بمشيئة الأهل والتبعية لإرادتهم. ويعتمد بعض الآباء - أثناء اتصالهم بأبنائهم الشباب - إلى العودة لاستعمال أنظمة المنوع والمسموح وتوزيع

الأوامر والنواهي في محاولة منهم لاستعادة سلطتهم، فيبرز عندئذ حاجز يحد - أو قد يلغي أحياناً - من التفاعل أو التواصل. إن كل محاولة منهم لاستعادة اتصال ترفق أو تتم ضمن أفضى علاقات السلطة الأبوية تجعل الشاب يتهرب منها، ويبحث عن المناخات المشجعة على التعبير الحر، والاستماع إلى هواجسه وآرائه.

وغالبا ما يتعرض الشباب في هذه الأسرة إلى ضغوطات ترمي إلى جعلهم يتخلون عن المناقشة والحوار والتسليم بما هو جاهز، ومن شأن ذلك خفض حرارة الاتصال وإضعاف إمكانية التواصل، ولكن ذلك ليس حاسماً ودائماً، بل تحصل حالات يفسح له فيها المجال للدخول في تواصل صحيح، لا سيما إذا كان موضوعه لإبطال المسائل التي يصنفها الأهل غالباً بأنها أساسية.

- علاقات الأبناء الشباب بالأسرة الحديثة¹³

يتيح التحصيل التعليمي للشباب فرصاً رحبة للحصول على عمل خارج الأسرة، مما يمكنهم من الاستقلال اقتصادياً عن أسرهم، ويلغي اضطرابهم لطلب مساعدتهم المادية، وبالتالي تخف حاجتهم الموضوعية للحصول على موافقة أهلهم المسبقة على قراراتهم حتى في المواضيع الحساسة كالزواج، طالما أنهم لا ينتظرون منهم مساعدة أو تمويلاً لكلفة ما يقدمون عليه. فاستقلاليتهم المادية أبعدهم عن أهلهم، وانعكست على علاقاتهم بهم، وأدى اكتشافهم هذا - مشفوعاً باتساع أفقهم الثقافي والعلمي وانفتاحهم على أجواء تتجاوز الأسرة - إلى اكتسابهم هامشاً محترماً من الحرية، وبتقبل الأهل لتصرفاتهم على مريض. في هذه الأسرة يفسح في المجال لإمكانات الفرد وطاقاته كي تبرز وتتجسد، ولحرياتهم أن تمارس عملياً عبر مواقف مستقلة لا تمليها عليهم رغبات الأهل أو التقاليد.

إن الأسرة الحديثة لا تضيق بالحوار والمناقشات، لأنها تعتبر أن عليها أن تكون إطاراً أولياً داخلياً للتكيف والتهيئة للاندماج الاجتماعي، حيث ينجح الشباب في الانتقال بتجربتهم من النطاق الفردي الخاص إلى النطاق الجماعي العام.

فلقاء أفراد الأسرة من مختلف الأعمار واتصالهم واحتكاكهم ليس مسألة إرادية، بل هو أمر مفروض من ضمن طبيعة الروابط الأولية العائلية، وبالتالي فإن اتصالهم مطلوب لتحقيق غايات بعيدة المدى، ولها أهداف مباشرة تتصل بخلق كيان الأسرة، وبلورة خصائصها من جهة ثانية، وانضاج شخصية كل عضو من أعضائها، وإكسابهم القدرة على التصرف المستقل من جهة ثالثة.

- عوامل مؤثرة على الأسرة وعلى العلاقات الأسرية

أفضت حركة البحث العلمي التي انطلقت من الدول المتقدمة إلى نتائج نظرية، تمكنت مصانعه من تحويلها إلى تجهيزات وأدوات وتقنيات تكنولوجية للاستخدامات المتنوعة في مجالات الهندسة الوراثية والطب وعالم الاتصالات والمعلوماتية. وأحدث دخول هذه المنتجات إلى عالم التداول ثورة في الحياة اليومية العملية للمجتمعات، حيث شكلت عوامل كان لها تأثيرات ارتدادية على كل مناحي الحياة، حتى أن تطور التكنولوجيا وانتشار الإنجازات والسلع الإلكترونية طرق أبواب العائلات والأسر، في المدن والأرياف، وأدخل على عاداتها وأساليب عيشها وما تتبدله من علاقات، الكثير من التغير¹⁴ ترافق التقدم التكنولوجي والصناعات الإلكترونية مع نمو إنتاجي هائل من خلال الشركات العملاقة التي استطاعت أن تفرض إعادة تنظيم الأسعار وتحرير الأسواق، ووضعت بنود اتفاقيات التجارة الحرة التي شكلت أحد مقومات العولمة.

وتجسدت العولمة على صعيد العلاقات الدولية بتوحيد العالم وراء الشرعية الدولية، ومنحت المعاهدات حق مساءلة الدول وفرض العقوبات عليها، إذا تعارضت سياساتها وممارساتها مع المبادئ القانونية التي تقرها العولمة في شقها الاستراتيجي والسياسي. هكذا دخلت مفاهيم التنمية وحقوق الإنسان ورفاه البشرية كمعايير للأداء السياسي والثقافي والاجتماعي بين الدول، وباتت ملتزمة بوضعها موضع التنفيذ واحترامها. وقد ابتكرت التكنولوجيا وسائل للاتصالات جعلتها في خدمة أنظمة متطورة للربح والالتقاط عبر الأقمار الاصطناعية ووضعت في

خيارها هذا في مواجهة التحديث الذي اجتاحت العالم، وطاول كل تفاصيل الحياة. ويتتبع هذا البحث التأثيرات الواضحة التي تركها كل عامل - مما ذكر - على الأسرة العربية، ثم كيف تعاملت معها الأسرة، وانعكست على ممارساتها الداخلية والخارجية، لا سيما على علاقات الأسرة بأبنائها من الشبان والشابات.

خدمة الترويج والتسويق للسلع والأفكار والخدمات الجديدة التي تنتجها الشركات العملاقة وتوزعها عبر العالم، بعد أن أرغمت الحكومات على رفع حواجزها الرقابية والجمركية والثقافية والسياسية. هذا الوضع الجديد أطلق ديناميات تغيير تفاوتت نتائجها ما بين زلزال أو تغيير أو تحول أو تطوير، فبعض البلدان تقبلت التغيير وسعت إليه، وبعضها الآخر قاومته متمسكة بما اعتادت عليه، فوضعها

- جدول العوامل المؤثرة الانسانية على الأسرة وانعكاساتها على علاقات الأهل بالشباب

العامل المؤثر: مضامينه	آثار العوامل المستجدة على الأسرة	الانعكاسات على علاقة الأسرة بالشباب
التقدم التكنولوجي والاختراعات العلمية أفضى التقدم الهائل الذي حققته الدول المتقدمة في مجالات العلوم النظرية والتطبيقية والهندسة الوراثية والتقنيات الطبية إلى التوصل لاختراعات وإنجازات تكنولوجية ملموسة، ترجمت بابتكار تجهيزات منزلية وطرق ووسائل وأدوية طبية وغيرها، كما عرف عالم الإلكترونيات أكبر توسع له.	- سهلت على الأسرة قيامها بأعباء العمل المنزلي . - نجحت في معالجة حالات العقم . - المساعدة على الحمل بتدخل طبي مخبري أو جراحي . - وفرت مقومات الصحة الجسدية وتقليل الوفيات . - أوجدت الحلول لمشكلات أسرية . - توصلت إلى علاجات لأمراض مزمنة أو مستعصية . - عدم تلاؤم الإعداد والتخصصات مع متطلبات أسواق العمل الجديدة .	- كونت عالماً جديداً دخله التعقيد . - نقلت الشاب إلى عالم افتراضي . - خروج الشاب من الدائرة الضيقة للمعلومات والعلوم إلى رحاب عالم المعرفة المتجددة والتكنولوجيا . - تنمية الخيال لدى الشاب والانتقال لأسرة .
تعميم العولمة الاقتصادية إلزام الدول بالانضمام إلى المعاهدة الدولية للتجارة الحرة وسياسات فتح الأسواق الداخلية وإزالة الحواجز الجمركية - حرية التبادل التجاري - اعتماد السياسات التصديرية والتنافسية مع الشركات المتعددة للجنسيات تحرير العملة - تسهيلات ضريبية وتشريعية للرساميل الأجنبية.	- تخلي السلطة عن بقايا دور الدولة الراحية . - انهيار أسواق العمل الوطنية: تسريح وبطالة وفقدان فرص العمل . - تفاقم ظروف معيشة فئات واسعة من المواطنين: تعميم الفقر . - تفكك أنظمة الحماية وشبكات الضمان الاجتماعي . - العيش تحت رحمة تقلبات السوق مع غياب الدعم .	- تدهورت قدرات الأسرة لتلبية احتياجات الشباب . - موجات كبيرة من هجرة الشباب . - انكشاف علاقات السلطة الأبوية وفقدان مقوماتها . - فقدان علاقات الطاعة والتبعية . - انحراف الشباب .
إرساء العولمة، السياسية في العلاقات الدولية - إخضاع العالم لنظام أحادي القطبية (القوة العظمى الواحدة). - نظريات الحرب الوقائية الاستباقية. - توحيد العالم وراء الشرعية الدولية (المعاهدات والاتفاقيات) . - سياسات المساءلة والمحكمة وفرض العقوبات في العلاقات الدولية.	- تبني أساليب المقاومة والممانعة والرفض . - تنامي إرهاب الدولة يواجه بالتطرف الديني . - الانجرار للاهتمام بالشأن السياسي . - الخضوع للتهديدات والعقوبات وتدهور مشاعر الأمن والسلام .	- ظاهرة العمليات الاستشهادية / الانتحارية. - المشاركة النشطة بالحركات الممانعة الشعبية . - صراع الأجيال وتناثر وجهات نظرهما حيال الأحداث . - السعي لنيل جنسية أجنبية .

العامل المؤثر: مضامينه	آثار العوامل المستجدة على الأسرة	الانعكاسات على علاقة الأسرة بالشباب
<ul style="list-style-type: none"> - الاجتياح الثقافي والاجتماعي الجديد - نشر المفاهيم الجديدة للرفاه والتنمية . - غزو ثقافي - تعميم نمط الحياة الغربية . - إدخال أنظمة قيم وتصرفات غربية . - إدخال ثقافة حقوق الإنسان . - الضغط لتبني مفاهيم وأنظمة حكم ليبرالية وديمقراطية . 	<ul style="list-style-type: none"> - بروز الفردية ونظام المنافسة وإضعاف أنظمة التعاون والتكافل . - القضاء على العادات والتقاليد . - إضعاف الثقافة الوطنية والهوية الثقافية والحضارية . - مدخل لبناء المجتمع الأهلي والمدني والمساواة في الأسرة . - تعميم فكرة مكافحة التمييز وحرية الفرد . 	<ul style="list-style-type: none"> - ممارسة الفردية، والسعي لتحقيق الذات على حساب إهمال مصالح الآخرين . - جدلية: المحافظة/ التجديد والهجرة . - التركيز على الكفاءة الفردية - البحث لاكتساب خبرات جديدة. - الاطلاع على عادات المجتمعات وتوسيع الآفاق المصرفية والديمقراطية .
<ul style="list-style-type: none"> - نشر شبكة الاتصالات الأرضية والفضائية - سرعة نقل المعلومات بواسطة البث الفضائي وتعميمها . - مد شبكة اتصالات دولية كونية - الإنترنت . - بروز قدرات خيالية للكمبيوتر: معلوماتية، وتنظيمية . - إنتاج هائل للمواد الإعلامية . - تشديد الرقابة الفضائية على ما يجري على الأرض . - التهديد العسكري بعناصر تكنولوجيا الاتصالات . 	<ul style="list-style-type: none"> - اختراق حواجز الرقابة المحلية والوطنية والتمويه . - تسهيل اتصال الأسر بأبنائها المهاجرين: تواصل مستمر . - تسهيل الاتصال والتواصل بين المجتمعات وتبادل المصالح . - اختراق الحيز الخاص للأفراد وحرمان الأسرة . - توسع مدى الأسر وامتداداتها . - الأسرة تحت المراقبة . 	<ul style="list-style-type: none"> - مواكبة الزمن الحالي . - الانخراط في شبكة علاقات جديدة بديلة عن الأسرية . - الدخول إلى العالم السحري للإنترنت كبديل عن العالم الواقعي . - اتساع الهوة بين الأهل والشباب . - تفاوت في الرؤى والقناعات والرجعيات السلوكية .

تأثير العوامل الجديدة على العلاقات الأسرية وانخراط الشباب في العالم

فقد كانوا يقضون أوقاتهم مع أسرهم، واليوم صاروا يتوجهون للإنترنت والأقراص المدمجة وبرامج الأتنية الفضائية، للذوبان فيها.

أتاحت التكنولوجيا للمجتمع أن يغتنى بالسلع والعطيات والأفكار، مما ولد تعقيدات نتيجة للخيارات المتنوعة والفرص التي يتيحها للناس بأن تشغل أوقاتها بشكل أغنى وأوسع. قبل الإنتاج التكنولوجي ودخوله على الخط كانت الحياة بسيطة وغير متنوعة ومعقدة، لأن معطياتها محدودة، والعلاقات التي تنشأ عنها بسيطة وتتصف بالوضوح، لما دخلت عليها العناصر الجديدة خلقت معها رغبات جديدة واحتياجات جديدة، ولم يعد عالم الأهل يكفي لإشباع رغبات الشباب، بل يصبح بإمكانهم تبني ألف طريقة لإشباعها بوسائل كثيرة متاحة، فيغتني عالمهم ويكتسب سلطة الجذب. هذا العالم التكنولوجي يصبح شريكاً للأسرة في أبنائها¹⁵،

إن ثورة التكنولوجيا ترافقت مع ثورة المعلوماتية والاتصالات والإلكترونيات، وتمكنت جميعها من صناعة الحدث والصورة ونشرها، فوسعت من الحدود المعرفية والرمزية والخلقية والأمنية بين البشر والدول، وغيّرت من المفاهيم والقيم وأدوات الاستعمال والأنظمة، وكذلك من المصطلحات المتعلقة بالزمان والمكان والمعنى والهوية والواقع والحقيقة والعمل والتقنية¹⁶، وصار من المتعذر إخضاع المكان للتسييح وفرض الرقابة عليه لضبطه.

وولدت سرعة انسياب المعلومات وتجدها حالة من الشك والحيرة وفقدان القدرة على التعيين، فنشأ مجتمع جديد أثرت فيه التحولات الراهنة على

الروابط الاجتماعية والأسرية، صار الجميع على عجلة من أمرهم ومستعداً لتقبل تغير المعطيات، بل يفتش عنها ويرصدها.

شكل الشبان العناصر البشرية الأساسية التي ارتمت ضمن هذه الدوامة، وبسببها تفككت صلات وروابط متنوعة وعديدة، كانت تربطهم بالزمن الماضي والقيم والعادات وبكل ما تمتع بالثبات خلال وقت طويل. ليس عجباً أن يطلب إلى من امتطى الدوامة أن يحافظ على الثبات، وأن يحمي علاقات اتصاله بأسرته وعالمها من التغيير؟

بالمقابل، حددت له التكنولوجيا طرق التواصل مع العالم، وسهلتها عليه وأوضحته له استعمالها والاستفادة منها. صار الشبان يشعرون بأنهم يعيشون المرحلة، وهم على تواصل مع الزمن الحقيقي، بل على سباق معه¹⁷.

فالعوامل الجديدة قلبت المعايير، وغيّرت مواصفات العالم التقليدي، وجعلته عوالم متعددة، وزوّدتها بمدخل متعددة ودعت الشبان إلى ولوجها. وكان من الطبيعي ألا يصد عالم الأسرة البسيط أمام عالم التكنولوجيا المركب والجذاب، فانحاز الشبان إلى التواصل معه.

- تمسك الأهل بعلاقات تقليدية مع أبنائهم في عالم متغير: خلل علائقي

يرى الأهل¹⁸ - وتحديداً الأب - أن أبناءه غير المتزوجين من الجنسين لا يؤدون ما عليهم من أدوار وواجبات إزاء أسرته، وهم يتهربون حتى من التواجد في منزل الأسرة لتبادل الأحاديث أو الاطلاع منهم على أوضاعهم. كما أنهم متهمون بأن أسرته لا تحتل أي موقع ضمن اهتماماتهم أو تطلعاتهم، ولا يبحثون عن تماسكها، ولا يبادرون إلى أي طلب لمشاركة أهلهم في مناقشة شئونهم، سواء أكانت شخصية أم تعليمية أم مهنية، راهنة أم مستقبلية، شغلهم الشاغل إبقاء ستار عازل فاصل بينهما.

ويتهم الشباب من قبل أهلهم أنهم يضعون مصالحهم الفردية في المرتبة الأولى ويغلبونها على مصلحة

الأسرة، وهي ملزمة بتأمينها لهم حتى ولو كان على حساب مستوى معيشتها. وبالمقابل، هم لا يقدمون شيئاً لها، وغير مستعدين لتخصيص ساعة للمساعدة في تصريف شئونها. فهم مستعدون للأخذ دون التفكير بالعبء أو بالقيام بأنشطة مشتركة لمصلحتها مع الأهل. إن تأمين مصالحهم وتحقيق مطالبهم المادية تشكلان معيار رضاهم عن الأسرة / الوالدين، ويستنتج الأب أن أبناءه قد خذلوه، وأن علاقاتهم هي بمثابة المجددة أو المقطوعة، وأن التواصل بينهما غير موجود.

تعكس هذه الأحكام - التي جمعت خلال بحث ميداني نوعي شمل عدداً من الآباء - حدة الموقف، وحساسية الموضوع، وتشدد الأهل في تمسكهم بالصورة التقليدية للعلاقات بين الطرفين، رغم كل العوامل والمتغيرات التي عصفت - ولا تزال - بالمجتمعات العالمية، والتغيير العميق الذي أصاب جوانبها وتفصيلها كافة، والتي انعكست آثاره على أوضاع الأسر والروابط الأسرية في كل مكان.

يستنتج من تحليل الأحكام السابقة أن الوالدين يرغبون في أن يبقى الشبان تحت أجنحتهم، ويعيشون في ظلهم، يستشيرونهم في كل أمورهم، ويتأهبون استعداداً لتحقيق كل مهمة يكلفون بها، لأن مصلحة الأسرة هي السقف المشترك لأفرادها، وينبغي ألا يكون هناك سقف آخر يستظل به أبنائها. إنها الإطار الاجتماعي الوحيد المعترف به، ومن ضمنه يحصل تحقيق الاحتياجات، من لحظة الولادة إلى ساعة الوفاة.

بالنسبة للأبناء الشباب الذين يعيشون في هذا العصر، هناك عالم آخر موجود إلى جانب الأسرة، يستطيعون أن ينتقلوا إليه ببساطة، فيحصلون منه على ما يريدون، مما جعل الأسرة عاجزة عن تأمينه، وليس المقصود هنا الاحتياجات المادية، بل المعرفية والمهنية والمعلوماتية والقانونية والترفيهية وغيرها، وهنا تكمن المشكلة.

المسألة لا تطرح وكأن هناك تجاذباً بين الوالدين والشباب، وأن هؤلاء يريدون عكس ما يريد أولئك. إن

المشكلة: بناء مملكة وهمية من عناصر غير واقعية، وتضمينها طموحات شخصية لكي يديرها ابن لا تدخل ضمن اهتماماته.

بهذه الذهنية يتعامل الآباء مع أبنائهم، في الوقت الذي يتعاطى فيه الأبناء مع العالم الواقعي الملموس، عبر أشياء وموجودات وأشخاص فعليين يوفرون لهم فرص الانفتاح على عالم أوسع من عالم أسرهم، عالم فيه أشياء كثيرة لها أهميتها، بنظرهم تشد إليها الأبناء، فيتعاملون معها بشغف، وتطير إليها أفئدتهم ورءوسهم، ويصرخ الآباء أن أبنائهم ذهبوا وصاروا في مكان آخر.

هذه صورة ما يعتبره الأهل خسارة، إنها خسارة معنوية وليست مادية. كان مشروعهم يتمثل في بناء المملكة فإذا بها تنهار. ولكن الحقيقة بعمقها التحليلي ليست كذلك، لقد كانت مشاعر الأهل ردة فعل على فشل مشروعهم، وليس على خذلان الأبناء لهم²⁰. حين نرصد العلاقات المتبادلة بين الآباء والأبناء الشباب في المناسبات العامة والخاصة نلمس حرارة اللقاء، وصدق الارتباطات، وشمولية الأحاديث في أجواء مطبوعة بالتعبيرات العاطفية والتصرفات الودية، بما فيها من احترام ومحبة من قبل الشباب. إن هذه المظاهر - برأينا - ليست مصطنعة ولا هي واهمة، بل هي تعبيرات عن علاقات عاطفية مباشرة منبثقة عن ارتباطات غريزية وطبيعية نابغة بدورها عن الأبوة/البنوة بالمعنى الإنساني المحض، وليست ناتجة عن تراكم على هذه العلاقات من معاني الامتلاك والتبعية، وما اكتسبته من مدلولات سلطوية، تُبنى على انتظارات مستقبلية معنوية غير واقعية.

- المواجهة الشبابية: أشكال ردود الفعل على تدخل الأهل

يعتقد الأبناء أن الأهل والوالدين - على وجه الخصوص - لا يتورعون عن التدخل في شؤونهم الشخصية والخاصة، رغم بلوغهم سن الرشد الاجتماعي. فالأب يريد معرفة جميع التفاصيل حول آرائهم ومواقفهم وتصرفاتهم، بحجة أنه يعرف مصلحتهم أكثر منهم، وأن تجربتهم المحدودة

حركة الواقع هي التي تفرض: الدنيا تتغير بنتيجة تغير المعطيات، خاصة وأن الأبناء قد تعلموا، وينشأ عن زيادة التحصيل العلمي تنوع في الاحتياجات المنشودة والطموحات. هل الأسرة قادرة على تحقيقها له؟ حين يتربى الولد وينشأ على الحدود التي يفرضها الدين والوالدان لا يشعر بوجود فروقات بين ما يريد وما يريدون، لأن الطرفين يعيشان المعطيات نفسها، فيكون الشبان مثل والديهم والأهل، وبالتالي لا تطرح أية مشكلة.

المشكلة العلائقية تطرح حين يعجز الأهل عن عزل الشبان عن حركة العصر، ويحولون دون مواكبتهم المعلومات والمكتشفات والأفكار ولوقائع الأحداث الجديدة في العالم، عبر شبكة الإنترنت المفتوحة والمترامية الأطراف، وشاشات الأفنية الفضائية التي تضخ سيلاً من المعلومات كل لحظة، وهي كفيلة وكافية لدفع الشبان إلى تعديل فناعاتهم، وتصحيح أفكارهم، وإعادة النظر بمواقفهم في كل حين. وتتضح باستمرار القدرة الفائقة للشبان على استيعاب معاني المعطيات الجديدة وما يرافقها من رسائل مرمزة، وعلى تحويلها إلى جزء من حياتهم، وهو الأمر الذي يخرجه من الإطار التقليدي الذي يرسمه الأهل. لقد صار عندهم إطار ثان مختلف، وهذا أمر طبيعي أن يتحرك الأبناء على أرضية خاصة تناسبهم، وأن يحس الأهل أن أولادهم يبتعدون عنهم⁹. الشبان يعتبرون أن ما يفعلونه هو أمر صائب، هم يسعون لتوسيع إطار معارفهم وإيجاد فرصهم المستقبلية لتكوين ثروة أو لتحسين أوضاعهم المادية، هذا شيء جيد، ينبغي أن يسر له الأهل، فهم لم يغادروا نهائياً، ولم يقطعوا ارتباطاتهم الأسرية، بل فتحوا نافذة لكي يطلوا منها على عالم جديد لا يعرفه الأهل.

ومن الملفت أن أغلب الآباء يعتبرون أنهم أنجبوا أولاداً لبناء وتوسيع ممالكهم. فكل واحد منهم يعمل على تنمية مملكته، ويودع فيها طموحاته وأحلامه، ويجمع فيها ثروته وإمكاناته، وفي الوقت نفسه يحضر أبناءه لتجسيد ما يريد أن يحصل في المستقبل. فكل إنجاز أو نجاح حققه شخص ما، أو تصرف قام به من يعتبره مثاله الأعلى، يحولها إلى عناصر في المملكة، ويضع ابنه بينها لتجسيد رؤيته الشخصية. هنا تكمن

لا تسمح بإعطائهم الحرية في الاختيار والقرار، سواء في مجال التخصص، أو العمل، أو اختيار الشريكة في الزواج أو ما دونها.

ويعتبر الأهل حسب وجهة نظر الشباب من الجنسين أنهم طالما يعيلون أبناءهم ويقدمون لهم الدعم المادي فهم يمتلكون الكلمة الفصل، ويجب أن تكون لهم صلاحية الاعتراض أو عدم القبول أو الضغط. والاستقلالية بالنسبة إليهم تتمثل بتمكن الشباب من تدبير أمورهم المادية دون مساعدة الأهل، وكل مساعدة تقدم يجب أن يقابلها تخلي الأبناء عن سعيهم للاستقلالية والانفصال عن الأهل بأرائهم وتصرفاتهم، بينما يرى الأبناء أن لهم الحق في المرور بتجاربيهم الخاصة، حتى يكتشفوا بأنفسهم الصح من الخطأ، والصواب من الغلط، ويكونوا مبادئهم، وينتجوا الأفكار التي تعبر عن شخصياتهم، ويحققوا ذواتهم، أو يختاروا العالم الذي يتحركون ضمنه.

ويلجأ الآباء إلى استعمال وسائل عديدة لممارسة تدخلهم، ومقاومة تفرّد الأبناء بقراراتهم واختياراتهم وعرقلة قيامهم بتجاربيهم الخاصة، ومنها: الرفض، والمحاسبة، وممارسة الضغط، والرفض، والإكراه، وقد يلجأ البعض إلى ممارسة العنف^{1 2}. ولكن لا يجب التعميم، فهناك كثير من الآباء الذين ينجحون سبيل: التفهم، والحوار، وتقديم المعلومات، والنصائح، والدعم، ومختلف أشكال الحماية. وبحثنا يركّز اهتمامه على الحالات السلبية، باعتبارها تتطلب التحليل والتفسير.

نجد هنا أن الأبناء الذين يتعرضون لضغط الأهل وإكراههم على الامتثال لمواقفهم، يجمعون الحالات ويقبلون بها على مضمض، ولكنهم سرعان ما تظهر ردود فعلهم العكسية على ما اخترنوه، وهي تتراوح ما بين: الامتثال - الالتزام برأي الأهل - التهرب من الاحتكاك، والمداورة، والتحايل، والكذب، والتصرف سراً حسب مشيئتهم، ثم يصلون إلى المواجهة عن طريق التغييب والابتعاد، وقطع العلاقات والاتصالات، وأخيراً يلجئون إلى الهجرة.

فكثير من الشباب يربطون بين ردود الفعل هذه وبين

المستويات التي بلغ فيها تدخل الأهل، وهم لا ينظرون إلى ما يقوم بين الطرفين كتواصل واتصال، بل كالتزامات للتنفيذ دون مناقشة.

وتحصل المواجهة الكبرى حين يعتبر الأبناء الشباب أن أهلهم يمتنعون عن إمدادهم بالمال اللازم لتحقيق طلباتهم، وغالباً ما يتخذون مواقف العداء والقطيعة، رغم علمهم - أحياناً - أنه ليس بمقدور الأهل الاستجابة لهم.

هذه المواجهة مبنية على خطأ أساسي في التقدير، فالشباب يجب أن يدخلوا تجارب تعلمهم قيمة كسب المال، وكلفتها، والجهد الذي يبذل للحصول على مقدار منه.

حين يجهل الشاب ذلك لا يعرف مقدار المجهود والتعب والشغل المطلوب من الأهل أداؤها للاستجابة لطلبه المادي، سواء أكانوا يمتلكونه أم لا. أما حين يلم الأبناء بقيمة كسب المال، عندئذ يقدرّون أكثر قيمة السلعة أو الشيء المطلوب امتلاكه. وهذا التقييم مطلوب عموماً لحسن الإعداد والانطلاق في الحياة باستقلالية.

ما دامت المغريات والمعطيات صارت كثيرة، وانفتاح الشباب على التجربة قد أصبح متاحاً نسبياً، فإنه لا بد من تشجيع الأبناء على التفكير بمسئولية، واستخلاص الاستنتاجات التي ترسم له معالم طريق الاستقلالية، فلن يتمكن من قطعها إلا بمجوده الخاص، وأن يتعلم رسم حدود كلفة طموحاته قبل أن يطلب تحقيقها من الأهل.

فهل تملك الأسرة حالياً آليات تتيح لأبنائها الاستقلال عن توجهاتها؟ وهل تتوافر لديها معايير التبادل والمحاسبة والتواصل؟

قد يكون الشباب من الجنسين بحاجة إلى كيانات مجتمعية جديدة تؤمن لهم الاختلاط والانخراط الاجتماعيين، وتوفر لهم مداخل جديدة تعينهم على تحديد هويتهم، وتحقيق ذواتهم، وانفتاحهم على العالم المتغير دون أن يكونوا مضطرين إلى المواجهة مع الأهل واعتبارهم مسئولين. فالواقع يشير إلى أن الأهل مثل الأبناء يخضعون لظروف تحدّ

من قدرتهم على التدخل والتواصل في مسائل كثيرة مع أبنائهم، وبالتالي لا بد من تحويل المواجهة إلى تفهّم مشترك، والتركيز على تنمية الجوانب العاطفية للعلاقات الأسرية. فالشباب محكوم بالارتباطات مع الأهل، لأنها تنبثق عن طبيعة حياة البشر، ويصبح

الهوامش :

- (1) * تمّ جمع هذه الظواهر من دراسات ميدانية عربية كثيرة، ومن تحقيقات وتقارير رسمية عربية وإقليمية منها:
- التقرير الاجتماعي العربي، جامعة الدول العربية، مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب، القاهرة. ومنه استمدينا عناصر المؤشرات الرقمية والإحصائية الواردة في الجداول الواردة في ملحقه.
- العائلة في لبنان، وقائع المؤتمر السابع، جامعة سيدة اللويزة، لبنان 1997.
- رؤية الجامعة إلى واقع الأسرة اللبنانية ومستقبلها، اللجنة الوطنية للسنة الدولية للأسرة، بيروت 2004.
- المرتكزات الفكرية للعائلة التقليدية وللأجيال المحافظة، بيار بريستون، مجلة الفكر العربي، العدد 83، بيروت 1996.
- صحة الأسرة، د. شيخة سالم العريضي، الفكر العربي، العدد 83.
- المسوحات الوطنية لصحة الأسرة، البيانات الأولية، من تونس، سورية، الجزائر ولبنان- وحدة مشروع صحة الأسرة/ جامعة الدول العربية .
- (2) د. مصطفى عمر التير: الأسرة العربية والعنف، الفكر العربي 1996، العدد 83، ص352.
- (3) اللبنانيون الشباب تجمعهم رغباتهم وتفرقهم السياسة، تحقيق نشر في جريدة البلد، العدد 664، 2005/11/9، ص7.
- (4) Finie, la famille? Autrement, marriage non, famille bof, Paris 1992, p24.
- (5) د. زهير حطب، تطور بنى الأسرة العربية، معهد الإنماء العربي، طبعة 8، بيروت، ص220.
- (6) د. سليمان ديراني، الأسرة: إشكاليات الدور ومظاهر التحول، وزارة الشؤون الاجتماعية، مصلحة الشؤون الأسرية، 2005، ص54-55.
- (7) د. ماري خوري: العيلة: شخصية الفرد وأسننة المجتمع، سلسلة الشأن العام في قضايا الناس، جامعة سيدة اللويزة 2001، ص116.
- (8) احتسبت هذه النسب من قبل الباحث انطلاقاً من الجدول رقم (2) الملحق بالتقرير الاجتماعي العربي، ص210.
- (9) انظر الدراسات الواردة في الفكر العربي، العدد 95، شتاء 1999، إشكالية التواصل وسيلة في مجتمعات متباينة.
- (10) Les échanges à l'intérieur de la famille, Michalle Perrot, in, la famille l'état des savoirs, Ed. la découverte, Paris 1995, page 97.
- (11) Louis Roussel, les types de famille, in, la famille l'état des savoirs, Paris 1995, page 84.
- (12) Jean-François Dortier, Histoire et diversité des formes familiales in, familles, éditions, Paris 2002, page 28.
- (13) د. عبد الباسط عبد المعطي، العولة ومهام جديدة للأسرة العربية - جامعة الدول العربية، وحدة البحوث والدراسات السكانية، القاهرة، فبراير 2001.
- (14) د. عبد الباسط عبد المعطي: العولة ومهام جديدة للأسرة العربية، جامعة الدول العربية وحدة البحوث والدراسات السكانية، القاهرة، فبراير 2001.
- (15) د. فوزي عبد الرحمن اسماعيل، الخصائص النفسية والاجتماعية للأسرة العربية، مؤتمر نحو استراتيجية عربية للأسرة، الدوحة، قطر 2003، ص6.
- (16) د. علي حرب، عولة بديلة أم عقل مختلف، جريدة المستقبل، العدد 1558، 2004/4/30، بيروت ص18.
- (17) د. علي حرب، المرجع السابق.
- (18) تصريحات للأهل جمعت خلال تحقيق ميداني نوعي نفذه طلاب معهد العلوم الاجتماعية بالجامعة اللبنانية، نيسان 2003.
- (19) F. de singly, A quoi sert la famille? In familles, Editions page 101.
- (20) المرجع السابق نفسه.
- (21) Claudine-Atlas-Dosefut, Des générations solidaires, Editions sciences humaines, Paris 2002, p.114 .

