المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2024/11/6385)

تقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلّقة بالصحّة الجنسيّة والإنجابيّة للمتزوّجين ومن سبق لهم الزواج في الأردن
- دراسة ميدانية تحليلية

عدد الصفحات : 54 صفحة

(الوصف: صحة جنسية، صحة إنجابية، طلاق، قضايا اجتماعية)

يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو اي جهة حكومية أخرى

الناشر مركز حكاية لتنمية المجتمع المدني - الأردن
أ. عبيدة فرج الله المدير العام للمركز
Hikaya.org

(غير مخصص للبيع)

مركز حكاية لتنمية المجتمع المدني

مشروع التوعيّة بالصحّة الجنسيّة والانجابيّة والأسريّة - مودّة

تقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلّقة بالصحّة الجنسيّة والإنجابيّة للمتزوّجين ومن سبق لهم الزواج في الأردن

دراسة ميدانيّة تحليليّة

بالشراكة مع

الباحثتان
نداء رضوان - هدى سلامة

فريق العمل:

الاء القرعـــــان	تعاني ابو مصـلح
عبد الحميد الخطيب	محمد ضبيـــان
رنيـــم حجـــازي	اسلام الحسينات
رنـــد الشريـــده	ياسمين ملكاوي

منتصـــر القـــوادري

مقدمـــة الناشـــر

بِسْمِ اللَّـهِ الرَّحْمَـٰنِ الرَّحِيمِ

يشرّفنا في مركز حكاية لتنمية المجتمع المدني أن نقدّم لكم هذه الدراسة الميدانيَّة التحليليَّة حول " تقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للمتزوّجين ومن سبق لهم الزواج في الأردن ".

تأتي هذه الدراسة كمحاولة جادَّة لفهم الواقع الصحّي الجنسي والإنجابي في مجتمعنا الأردني، وذلك من خلال تقييم شامل للمعلومات والمواقف والسلوكيَّات المتعلّقة بهذا المجال الحسَّاس. لقد نفّذ فريق البحث في مركز حكايَّة هذه الدراسة بأساليب علميَّة منهجيَّة، شملت استخدام الاستبيانات والمقابلات النوعيَّة لجمع البيانات وتحليلها.

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على الفجوات المعرفيَّة والاحتياجات التعليميَّة في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، وتقديم توصيات بنَّاءة لتطوير برامج تثقيفيَّة شاملة تسهم في تحسين الصحَّة والرفاه للأفراد والأُسر في الأردن.

نحن نؤمن بأنَّ هذه الدراسة ستشكّل إضافة مهمَّة إلى الأدبيَّات العلميَّة المتوفّرة، وستكون مرجعاً مفيداً لصنَّاع القرار والباحثين والمهتمّين بمجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

كما نأمل أن تسهم في تعزيز الوعي والمعرفة بين المواطنين، وتحفيز المبادرات والمشاريع التي تسعى إلى تحسين جودة الحياة في مجتمعنا.

ختاماً، أتقدَّم بالشكر الجزيل لكل من ساهم في إعداد وتنفيذ هذه الدراسة، وأخصّ بالذكر فريق العمل الذي بذل جهداً كبيراً لتحقيق هذا الإنجاز.

كما أشكر جميع المشاركين الذين منحونا وقتهم ومعلوماتهم القيّمة، والتي كانت أساساً لإنجاز هذه الدراسة.

والله ولي التوفيق،

عبيدة فرج الله
المدير العام

خلاصـــــة

تُعَدُّ الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة (HRS) جزءًا لا يتجزَّأ من رفاه الفرد والتنمية المجتمعيَّة. تهدف هذه الدراسة المختلطة الأساليب إلى تقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بين المتزوِّجين ومن سبق لهم الزواج في الأردن، معتمدةً على نهجٍ شامل يجمع بين المقابلات النوعيَّة والاستبيانات الكميَّة لتقديم فهم عميق حول الفروق بين الجنسين والفجوات المعرفيَّة، وتسليط الضوء على الحاجة إلى التعليم الشامل والتثقيف الموجَّه.

خضعت عيِّنة متنوِّعة من 15 مشاركًا لمقابلات متعمِّقة، بينما أكمل 574 فردًا استبيانات ذاتيَّة. أظهرت النتائج أنَّ العيِّنة شملت مجموعة متنوِّعة من المشاركين من مختلف الأعمار والمهن والحالات الاجتماعيَّة والتعليميَّة والجغرافيَّة، ممَّا يعزِّز تمثيليَّة الدراسة ويعكس تنوُّع السكَّان في الأردن.

كشفت النتائج عن تفاوت ملحوظ في المعرفة بين الجنسين؛ حيث كان لدى الإناث وعي أكبر بالصحَّة الإنجابيَّة، بينما ركَّز الذكور أكثر على الصحَّة الجنسيَّة. أظهرت الدراسة وجود فجوات معرفيَّة كبيرة في مجالات مثل ضعف الانتصاب وتشريح الأعضاء التناسليَّة للإناث، ومتلازمة تكيُّس المبايض، والغشاء البكاري. تؤكِّد هذه الفروق الحاجة الملحَّة إلى برامج تثقيفيَّة جنسيَّة شاملة تعالج القضايا الصحيَّة الخاصَّة بالجنسين بدقَّة وموضوعيَّة.

تعكس المواقف والتوجُّهات نحو الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بين المشاركين العوامل الثقافيَّة والاجتماعيَّة والفرديَّة. رغم وجود اتِّفاق عام على أهميَّة الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، أظهرت النتائج تباينًا في الآراء بين الجنسين بشأن الرضا الجنسي، والتفاوض في القضايا الجنسيَّة، وأهميَّة الجنس في الحياة. تسلِّط هذه التباينات الضوء على أهميَّة تعزيز الحوار المفتوح داخل العلاقات الحميميَّة لتحسين التفاهم المتبادل.

كشفت النتائج عن ممارسات مختلفة بين الجنسين فيما يتعلَّق بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة؛ إذ أظهرت النساء معدَّلات أعلى من الامتناع عن الجنس وتجنُّب الاستمناء، واستعدادًا أكبر للوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة مقارنة بالرجال. كما كانت النساء أقل عرضة للانخراط في تجارب جنسيَّة عبر الإنترنت في سنٍّ أصغر. تسلِّط هذه النتائج الضوء على الحاجة إلى خدمات رعاية صحيَّة مخصَّصة تتناسب مع احتياجات وتفضيلات الجنسين.

أظهرت الدراسة وجود تحدِّيات تتعلَّق بنقص الوعي حول المراكز التي تقدِّم خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، خاصَّة بين الذكور. أوصى الباحثون بتعزيز التثقيف الجنسي الشامل الذي يأخذ بعين الاعتبار الثقافة والتقاليد المختلفة، بالإضافة إلى تشجيع التواصل المفتوح داخل العلاقات الحميميَّة. كما دعت الدراسة إلى مبادرات مجتمعيَّة أوسع تهدف إلى تعزيز نهج صحِّي ومستنير تجاه الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

دعت النتائج إلى ضرورة تزويد مقدِّمي الرعاية الصحيَّة بالمعرفة والمهارات اللازمة لمعالجة الاحتياجات المتنوِّعة للأزواج، بما في ذلك توفير خدمات صحَّة جنسيَّة متاحة وغير متحيِّزة. يجب على صانعي السياسات إعطاء الأولويَّة للصحَّة الجنسيَّة كأولويَّة صحيَّة عامَّة، وتخصيص الموارد للبحث والتعليم وتقديم الخدمات في هذا المجال. يشمل ذلك معالجة العوائق الثقافيَّة والاجتماعيَّة للرعاية الصحيَّة الجنسيَّة وتعزيز المساواة بين الجنسين.

تقدِّم هذه الدراسة رؤى قيِّمة حول المعرفة والمواقف والممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن. تُبرز النتائج الحاجة إلى توفير تعليم جنسي شامل وشخصي يعزِّز التواصل المفتوح، ويأخذ بعين الاعتبار الثقافة والتقاليد المختلفة. تسلِّط الدراسة الضوء على أهميَّة التكاتف بين الجهود لتعزيز بيئة داعمة تمكِّن الأفراد من التعبير عن احتياجاتهم وفهم حقوقهم، ممَّا يسهم في تحقيق رفاهيَّة جنسيَّة شاملة ومستدامة للجميع في الأردن.

الفهرس

الفصل الأوَّل

المقدِّمة 6
تقييم وضع الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن: المعوقات والنواقص وآفاق التحسين 8
مُشكلة الدراسة 9
أهمّيَّة الدراسة 10
التعريفات والمفاهيم الإجرائيَّة: 11
أهداف الدراسة 11
أسئلة الدراسة 12
حدود الدراسة 12
قيود الدراسة 12

الفصل الثَّاني- الدراسات السابقة:

الإطار النظري 13
التأثيرات الاجتماعيَّة والديموغرافيَّة على الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة: دراسات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن: 15

الفصل الثَّالث - المنهجيَّة.

تصميم البحث: 18
أدوات البحث: 18
جمع البيانات: 19
تحليل البيانات 19
الاعتبارات الأخلاقيَّة 20

الفصل الرَّابع- النتائج

أولا :نتائج الاستبانة المسحيَّة الإلكترونيَّة 21
ثانيا: نتائج الاستبانة التحليليَّة 29
ثالثا: خلاصة الاستبانة التحليليَّة: 47
توصيات الدراسة: 49

الفصل الأوَّل

المقدِّمة

برزت الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة كمكوِّنات مهمَّة للصحَّة العامَّة خلال المؤتمر الدولي للسكَّان والتنمية (ICPD) الذي عقد في مصر عام 1994.[1]

تغطِّي الصحَّة الجنسيَّة جوانب مختلفة من الرفاهيَّة، بما في ذلك الأبعاد الجسديَّة والعاطفيَّة والعقليَّة والاجتماعيَّة، فيما يتعلَّق بالحياة الجنسيَّة.[2] من ناحية أخرى، تتعلَّق الصحَّة الإنجابيَّة بمجمل العمليَّات والوظائف والأنظمة الإنجابيَّة في جميع مراحل الحياة، بالإضافة إلى القدرة على الإبداع والاستقلاليَّة في اتِّخاذ قرارات مستنيرة فيما يتعلَّق بتوقيت الإنجاب وتكراره وطريقة الإنجاب.[3]

الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة (SRH) هي مفهوم شامل يتضمَّن مجموعة متنوِّعة من القضايا الصحيَّة، بما في ذلك الأمراض المنقولة جنسيًّا (STIs)، واختبار ما قبل الزواج، والتطعيم، والدورة الشهريَّة وعدم انتظامها، وأعراض الحمل وتحديد الهويَّة، وتقنيات منع الحمل، والفيتامينات، و الأحداث المتعلِّقة بمرحلة شهر العسل .[4] [5]
إنَّ تقديم المعلومات المتعلِّقة بالصحَّة الإنجابيَّة للشباب غير كافٍ ومضلِّل نظرًا لحساسيَّة هذه الأمور.[6]

قد يؤدِّي هذا النقص في المعرفة فيما يتعلَّق بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة إلى عواقب وخيمة. على سبيل المثال، يؤدِّي التثقيف الجنسي غير الكافي إلى حرمان النساء من وسائل منع الحمل، ممَّا يزيد من تعرّضهن للحمل غير المقصود، والإجهاض غير القانوني، والأمراض المنقولة جنسيًّا .[7]

علاوة على ذلك، فإنَّ غياب الفحص قبل الزواج وزواج الأقارب يزيد من احتمال وفاة الأجنَّة وحديثي الولادة، فضلًا عن العواقب طويلة الأجل على صحَّة الطفل والأُم.[8]

ومع ذلك، فمن الأهميَّة بمكان الاعتراف بوجود مخاوف إضافيَّة جديرة بالملاحظة. إنَّ الفقر في التثقيف في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة يجعل النساء، وخاصَّة الشباب، عرضة للعنف الجنسي واللقاءات الجنسيَّة غير الطوعيَّة، الأمر الذي يحمل في طيَّاته كل العواقب السلبيَّة التي تنطوي عليها هذه المواقف.[9]

---

(1) United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations; 1994.

(2) World Health Organization .Sexual health .https//:www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health

(3) British Medical Journal Sexual and Reproductive Health .Reproductive Health is a Public Health Issue .2018 .https//:blogs.bmj.com/bmjsr h/2018/08/13/reproductive-health-is-a-public-health-issue./

(4) Nsuami M ,Sanders L ,Taylor S .Knowledge of sexually transmitted infections among high school students .Am J Health Edu. .17–41:206;2010https//:doi.org.10.1080/19325037.2010.10599147/

(5) World Health Organization .Sexually transmitted infections) STIs.2023 .(
https//:www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections)-stis(

(6) Senderowitz J .Making Reproductive Health Services Youth Friendly 1201 .Connecticut Avenue NW Suite 501 Washington DC ,20036U.S.A.1999.
https//:www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2017/06/Makin g-Reproductive-Health-Services-Youth-Friendly.pdf

(7) World Health Organization .Disaster risk management for health sexual and reproductive health .2011 .https//:www.who.int/publications/i/item/disaster-risk-management-for-health-sexual-and-reproductive-health

(8) Alhosain A .Premarital screening programs in the middle east ,from a human right's perspective .Divers Equal Health Care.2018 .https//:doi .org.10.21767/2049-5471.1000154/

(9) Phipps MG .Consequences of Inadequate Sex Education in the United States .Obstet Gynecol .5–254:(2)111;2008 .https//:doi.org /10.1097/AOG0.b013e318163c833.

لكن من الضروري أن يتم الربط بين التثقيف في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة والتعليم الأكاديمي الرسمي من أجل تمكين المرأة وتحريرها من القيود والمحرَّمات التي أقامتها المجتمعات الأبويَّة، والتي بدورها تعرِّضها للمخاطر الصحيَّة المذكورة أعلاه.[10] تظهر الدول العربيَّة فجوة ملحوظة في الفهم فيما يتعلَّق بوسائل منع الحمل[11]، اختبارات ما قبل الحمل، والأمراض المنقولة جنسيًّا، وغيرها من مسائل الصحَّة الإنجابيَّة،[12] [13] [14] [15] [16] [17] بالمقارنة مع الدول الديمقراطية حيث يكون هذا التعليم واضحًا بسهولة.[18]

في الأبحاث الأكاديميَّة حول الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في المجتمعات العربيَّة والإسلاميَّة، وخاصَّة تلك الموجودة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يتمّ وضع نسبة كبيرة من التركيز على فحص وجهات النظر والمعلومات التي يحملها الأشخاص المتزوجون.[19] [20] [21] [22]

لا يوجد لدى عدد كبير من البلدان العربيَّة والإسلاميَّة برامج تعليميَّة رسميَّة حول الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، وعدد كبير من النساء المسلمات لديهن إمكانيَّة محدودة أو معدومة للوصول إلى المعلومات ذات الصلة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. هذه مشكلة تحتاج إلى معالجة.[23]

تؤثِّر عناصر عديدة على الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، مثل التوقُّعات المتعلِّقة بالجنسين، والمعتقدات الدينيَّة، والأعراف الاجتماعيَّة والثقافيَّة؛ كل هذا يساهم في التجارب الجنسيَّة والإنجابيَّة للرجال والنساء المسلمين.[24]

إنَّ القضايا الجنسيَّة والإنجابيَّة ليست من المواضيع التي يمكن طرحها بسهولة في معظم المجتمعات العربيَّة والإسلاميَّة لأنَّها تعتبر من المحرَّمات.[25]

(10) Hamdanieh M, Ftouni L, Al Jardali B, Ftouni R, Rawas C, Ghotmi M, El Zein MH, Ghazi S, Malas S. Assessment of sexual and reproductive health knowledge and awareness among single unmarried women living in Lebanon: a cross-sectional study. Reprod Health. 2021 Jan 28;18(1):24. doi: 10.1186/s12978-021-01079-x.

(11) El Gelany S ,Moussa O .Reproductive health awareness among educated young women in Egypt .Int J Gynaecol Obstet. .6–23:(1)120;2013https //:doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.027.

(12) Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Gupta I, Ouhtit A, Al-Farsi KS, Al-Adawi S. A study on knowledge, attitude, and practice towards pre-marital carrier screening among adults attending primary healthcare centers in a region in Oman. BMC Public Health.

https://doi. org/10.1186/1471-2458-14-380.

(13) Al Kindi R ,Al Rujaibi S ,Al KM .Knowledge and attitude of university students towards premarital screening program .Oman Med J .6–291:(4)27;2012 .https//:doi.org/10.5001/omj.2012.72.

(14) Boneberger A, Rückinger S, Guthold R, Kann L, Riley L. HIV/AIDS related knowledge among school-going adolescents from the Middle East and North Africa. Sex Health. 2012;9(2):196–8. https://doi.org/10.1071/sh110 54.

(15) Barbour B, Salameh P. Knowledge and practice of university students in Lebanon regarding contraception. East Mediterr Health J. 2009;15(2):387–99.

(16) El Gelany S, Moussa O. Reproductive health awareness among educated young women in Egypt. Int J Gynaecol Obstet. 2013;120(1):23–6. https:// doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.027.

(17) Salameh P, Zeenny R, Salamé J, Waked M, Barbour B, Zeidan N, et al. Attitudes towards and practice of sexuality among university students in Lebanon. J Biosoc Sci. 2016;48(2):233–48. https://doi.org/10.1017/s0021 932015000139

(18) Yip PS ,Zhang H ,Lam TH ,Lam KF ,Lee AM ,Chan J ,et al .Sex knowledge ,attitudes ,and high-risk sexual behaviors among unmarried youth in Hong Kong .BMC Public Health .13:691;2013 .https//:doi .org.10.1186/1471-2458-13-691/

(19) DeJong ,Jocelyn ,Rana Jawad ,Iman Mortagy ,and Bonnie Shepard" .2005 .The Sexual and Reproductive Health of Young People in the Arab Countries and Iran ".*Reproductive Health Matters*.59–49 :(25) 13

(20) Alomair ,Noura ,Samah Alageel ,Nathan Davies ,and Julia V Bailey2020 .a" .Factors Influencing Sexual and Reproductive Health of Muslim Women :a Systematic Review ".*Reproductive Health*.15–1 :(1) 17

(21) Kingori ,Caroline ,Gillian Harper Ice ,Qorsho Hassan ,Abdul Elmi ,and Erin Perko'" .2018 .If I Went to My Mom with That Information ,I'm Dead :'Sexual Health Knowledge Barriers among Immigrant and Refugee Somali Young Adults in Ohio ".*Ethnicity& Health*.352–339 :(3) 23

(22) Horanieh ,Nour ,Wendy Macdowall ,and Kaye Wellings2020 .a" .Abstinence Versus Harm Reduction Approaches to Sexual Health Education :Views of key Stakeholders in Saudi Arabia ".*Sex Education*.440–425 :(4) 20

(23) Zain Al-Dien, M. M. (2010). Perceptions of sex education among Muslim adolescents in Canada. Journal of Muslim Minority Affairs, 30(3), 391–407. doi:https://doi.org/10.1080/13602004.2010.515823

(24) Khalajabadi Farahani, F., Akhondi, M. M., Shirzad, M., & Azin, A. (2018). HIV/STI Risk-taking sexual behaviours and risk perception among male university students in tehran: Implications for hiv prevention among youth. Journal of Biosocial Science, 50(1), 86–101. doi:https://doi.org/10.1017/s0021932017000049

(25) Raheel, H., Mahmood, M. A., & BinSaeed, A. (2013). Sexual practices of young educated men: Implications for further research and health education in Kingdom of Saudi Arabia (KSA). Journal of Public Health, 35(1), 21–26. doi:https://doi.org/10.1093/pubmed/fds055

يعتبر النشاط الجنسي خارج إطار الزواج عملًا آثمًا ومحرَّمًا، في حين يعتبر حقًّا زوجيًّا عندما يجري القيام به داخل مؤسَّسة الزواج.[26] علاوة على ذلك، يتمّ تعليم الطلّاب أنَّ العلاقات الجنسيَّة خارج نطاق الزواج وقبل الزواج هي المصادر الرئيسة للأمراض المنقولة جنسيًّا، دون ذكر تدابير وقائيَّة تتجاوز الامتناع عن ممارسة الجنس.[27]

تحافظ المجتمعات العربيَّة والإسلاميَّة على الأعراف الاجتماعيَّة التي تنصُّ على الامتناع عن ممارسة الجنس؛ العذريَّة تعتبر فضيلة حتى لحظة الزواج، في حين إنَّ ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج تعتبر غير أخلاقيَّة.[28]

ومع ذلك، كشفت الأبحاث الحديثة التي أُجريت بين طلاب الجامعات في بعض الدول الإسلاميَّة عن مدى انتشار النشاط الجنسي قبل الزواج. علاوة على ذلك، كشفت نسبة كبيرة من الطلاب النشطين جنسيًّا عن انخراطهم في نشاط جنسي مع شركاء متعدِّدين واستخدام الواقي الذكري بطريقة غير متّسقة. بالإضافة إلى ذلك، أبلغوا عن تصور ضئيل لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريَّة / الأمراض المنقولة جنسيًّا . لقد لوحظ أنَّ استهلاك الوسائط الإباحيَّة يرتبط في كثير من الأحيان بالسلوك الجنسي في هذه الفئة الديموغرافيَّة.[29] [30] بحثت دراسة نوعيَّة سابقة في الأسباب التي تجعل الشباب في المجتمعات الإسلاميَّة يمارسون الجنس قبل الزواج. وكانت بعض الأسباب هي المتعة الشخصيَّة، واختبار المجتمع، وإظهار أنَّهم رجال، وتوفير المال، ولأنَّهم لا يستطيعون تحمُّل تكاليف الزواج.[31]

تقييم وضع الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن: المعوقات والنواقص وآفاق التحسين

استنادًا إلى البيانات المتوفِّرة والتحليل الشامل لتقارير وأبحاث واستراتيجيات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن، من الممكن تحديد الجوانب التي لم يتمّ التركيز عليها بشكل كافٍ. وبالتالي، يمكن وصف الوضع الحالي للصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن على النحو التالي:[32]

1. عدم كفاية التدابير التشريعيَّة وإجراءات التنفيذ غير الكافية لتوفير خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة القائمة على الحقوق.[33]
2. غياب خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة الشاملة والمنسَّقة، بما في ذلك الدعم الطبّي والنفسي والاجتماعي والأسري، المصمَّمة خصيصًا للسكَّان المهمَّشين، مثل الأفراد ذوي الإعاقة، والناجين من الاغتصاب والاعتداء الجنسي، والمتضرِّرين عن طريق الإيدز والمقرَّبين منهم.[34]
3. هناك نقص في التكامل الشامل بين برامج الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وبرامج الصحَّة الأوليَّة في المراكز الصحيَّة، فضلا عن محدوديَّة التكامل بين خدمات أمراض النساء والتوليد في المستشفيات.[29]
4. هناك نقص في البرامج التي تقيّم الوضع الحالي لخدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في القطاعين العامّ والخاص. بالإضافة إلى ذلك، هناك نقص في تقييم مدى التزام مقدِّمي الخدمة بالإجراءات المعمول بها ودرجة الرضا بين متلقّي الخدمة.[29]

---

(26) Massad, S. G., Karam, R., Brown, R., Glick, P., Shaheen, M., Linnemayr, S., & Khammash, U. (2014). Perceptions of sexual risk behavior among Palestinian youth in the West bank: A qualitative investigation. BMC Public Health, 14, 1213. doi:https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1213

(27) Jordan's National Strategy Reproductive and sexual health 2020 - 2030

(28) Zain Al-Dien ,M .M .(2010) .Perceptions of sex education among Muslim adolescents in Canada .Journal of Mus*lim Minority Affairs* ,407–391 ,(3)*30* ,doi:https//:doi.org10.1080/13602004.2010.515823/

(29) Khalajabadi Farahani ,F ,.Akhondi ,M .M ,.Shirzad ,M & ,.Azin ,A .(2018) .HIV/STI Risk-taking sexual behaviours and risk perception among male university students in tehran :Implications for hiv prevention among youth .*Journal of Biosocial Science*,(1)*50* , .101–86doi:https//:doi.org/10.1017/s0021932017000049

(30) Raheel ,H ,.Mahmood ,M .A & ,.BinSaeed ,A .(2013) .Sexual practices of young educated men :Implications for further research and health education in Kingdom of Saudi Arabia) KSA .(*Journal of Public Health* .26–21 ,(1)*35* ,doi:https//:doi.org/10.1093/pubmed/fds055

(31) Massad ,S .G ,.Karam ,R ,.Brown ,R ,.Glick ,P ,.Shaheen ,M ,.Linnemayr ,S & ,.Khammash ,U .(2014) .Perceptions of sexual risk behavior among Palestinian youth in the West bank :A qualitative investigation .*BMC Public Health* .1213 ,*14* ,doi:https//:doi.org10.1186/1471-2458-14-1213/

(32) Jordan's National Strategy Reproductive and sexual health2030 - 2020

(33) Sexual and Reproductive Health Issues and Priority Research based on the Results of the Population and Family Health Survey (2017-2018)

(34) Higher Population Council ;Share -Net Jordan .(2018) Position Paper on the Rights of Persons with Disabilities to Reproductive Health Services and Sex Education .https//:www.share-net

5. غياب التعاون الفعَّال بين المنظَّمات الدوليَّة المانحة التي تقدِّم المساعدة لمبادرات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وتنظيم الأسرة، وغياب هيئة إداريَّة معيَّنة مسؤولة عن التنسيق والإشراف على جهود هذه المنظَّمات، والتأكيد السائد على هذه المنظَّمات على برامج متخصِّصة.[35]
6. هناك عدد محدود من الدورات الجامعيَّة التي تركز على صحَّة المراهقين والصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.
7. البرامج التعليميَّة ضمن المناهج المدرسيَّة لا تعالج بشكل كاف صحَّة المراهقين، بما في ذلك الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، وفقاً للمعايير الثقافيَّة السائدة. علاوة على ذلك، لا تتوفَّر هذه البرامج بأشكال يمكن الوصول إليها، مثل لغة الإشارة وطريقة برايل والطباعة الكبيرة، لتلبية احتياجات الأفراد ذوي الإعاقة.[30]
8. قلَّة أو عدم كفاية مبادرات التوعية المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للأزواج في مرحلة ما قبل الزواج، وتحديدًا فيما يتعلَّق بالتثقيف والإعداد في مجال الصحَّة الإنجابيَّة.[36]
9. المشاركة المحدودة لقطاع الرعاية الصحيَّة الخاصّ في برامج التوعية بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.
10. أحد التحدِّيات الرئيسة في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة هو عدم وجود برامج إعلاميَّة متَّسقة وطويلة الأمد وموجَّهة.[37]

باختصار، تتطلَّب تعقيدات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن اتِّباع نهج شامل ومتزامن يشمل مختلف أصحاب المصلحة. إنَّ أوجه القصور التي تمَّ العثور عليها، والتي تشمل عدم كفاية القوانين وآليَّات تقديم الخدمات، فضلا عن عدم وجود برامج متخصِّصة للفئات المستبعدة، تسلّط الضوء على ضرورة الاهتمام الفوري والحلول المدروسة. ولمعالجة هذه الصعوبات بشكل فعَّال، لا بد من اعتماد نهج يشمل جميع الجوانب. ويشمل ذلك تعزيز الأطر التشريعيَّة، وإنشاء خدمات متكاملة للصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، وتعزيز التعاون بين الجهات المانحة الأجنبيَّة، وتعزيز الوعي من خلال قنوات اتِّصال متعدِّدة. بالإضافة إلى ذلك، من الضروري إعطاء الأولويَّة للمبادرات التعليميَّة والتدريبيَّة التي تستهدف المتخصّصين في الرعاية الصحيَّة والمعلّمين وعامَّة الناس.

وتهدف هذه البرامج إلى التصدِّي لنشر معلومات غير دقيقة وتعزيز منظور أوسع ومستنير بشأن المسائل المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. من خلال معالجة هذه المخاوف بشكل تعاوني، يمكن للأردن أن يسعى جاهداً نحو تهيئة بيئة أكثر صحَّة وإنصافًا لسكّانه، ممَّا يضمن حصول الجميع على خدمات ومعلومات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة الحيويَّة.[38]

مُشكلة الدراسة

في الأردن، يعدُّ فهم مشهد الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة أمرًا بالغ الأهميَّة لتطوير سياسات وبرامج وخدمات فعَّالة. على الرغم من الجهود المبذولة، هناك حاجة لإجراء تقييم شامل للمعرفة والمواقف والممارسات (KAP) للسكَّان في الأردن فيما يتعلَّق بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. توفِّر الأولويات الوطنيَّة الحاليَّة وجدول الأعمال البحثي إطارًا، لكن التقييم التفصيلي ضروري لمعالجة فجوات وتحدِّيات محدَّدة.

وفي عام 2022 أجرى مركز حكاية دراسة بعنوان "الطلاق المبني على أسباب متعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن". كان هدف الدراسة هو معرفة أسباب الطلاق عندما يتعلَّق الأمر بالصحَّة والحقوق الإنجابيَّة والجنسيَّة (SRHR). وقد فعلت ذلك من خلال الحصول على آراء المطلَّقين والمطلَّقات والأشخاص الذين يعملون في قضايا الطلاق، مثل المحامين وقضاة المحاكم الشرعيَّة والمستشارين الأسريّين وعلماء النفس والأطبَّاء.[39]

---

(35) Higher Population Council .(2015) Jordan Agenda Setting for Sexual and Reproductive Health and Rights Knowledge Platform)Share-Net International .(http//:share-netinternational.org

(36) Higher Population Council .(2009) Critical Review and Annotated Bibliography of Selected Studies in Family Planning in Jordan 2001)to Date ;(March.2009

(37) Saheb ,Maha .(2017) UNFPA Assessment of SRH Integration in Selected Arab Countries" Jordan Country Report."

(38) Hulme, M. (2018). "Gaps" in climate change knowledge: do they exist? Can they be filled?. Environmental Humanities, 10(1), 330-337

(39) https//:mawadda.org%/2022/12/22/d8%a7%d9%84%d8%b7%d9%84%d8%a7%d9%82%-d8%a7%d9%84%d9%85%d8%a8%d9%86%d9%8a%-d8%b9%d9%84%d9%89%-d8%a3%d8%b3%d8%a8%d8%a7%d8%a8%-d9%85-%d8%aa%d8%b9%d9%84%d9%82%d8%a9%-d8%a8%d8%a7%d9%84%d8%b5%d8%ad%d8%a9/

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الذي يجمع بين الأساليب النوعيَّة والكميَّة. ضمَّت مجموعتين من الأشخاص: المطلَّقون (43 مشاركًا، 29 امرأة و14 رجلًا) والمهنيّون الذين يعملون بشكل مباشر مع حالات الطلاق (38 خبيرًا). وأظهرت النتائج أنَّ الأسباب الجنسيَّة هي الأسباب الرئيسة للطلاق، في حين تمَّ ذكر الأسباب الإنجابيَّة كأسباب رئيسة لتأخير اختيار الطلاق. وجدت الدراسة أنَّ المشاركين يعرفون ما يكفي عن الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة ليكون مفيدًا، وتمَّ التأكيد على أنَّ 84.2% من العاملين المهنيِّين يعتقدون أنَّ مشاكل الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة هي الأسباب الرئيسة للطلاق.

وانتهت الدراسة بالإشارة إلى الحاجة المتزايدة إلى برامج استشاريَّة للمتزوِّجين والراغبين في الزواج، ودروس التربية الجنسيَّة، وبرامج لمساعدة الأشخاص على اختيار الزوج والزوجة، والإصلاح الأسري، والمزيد من الأبحاث حول مشاكل الطلاق الأساسيَّة والصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

ما تعلَّمناه من الدراسة التي أجراها مركز حكاية يوضح مدى الارتباط الوثيق بين الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وخيارات الطلاق في الأردن. وبما أنَّ الدراسة تناولت المطلَّقين والعاملين فقط، فإنَّها تعطينا نظرة فريدة على المشاكل والأسباب الكامنة وراء حالات الطلاق في الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. وبسبب هذه النتائج، اخترنا أن ننظر إلى المعرفة والمواقف والممارسات (KAP) للأشخاص المتزوّجين أو من سبق لهم الزواج في الأردن والتي ترتبط بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

بناء على الدراسة السابقة التي أجراها مركز حكاية، تهدف دراستنا الجديدة الحاليَّة إلى معرفة المزيد عن المجتمع الأردني بأكمله، وليس فقط حالات الطلاق. من خلال طريقة شاملة تستخدم التقنيات الكميَّة والنوعيَّة، وتهدف دراستنا الحاليَّة إلى النظر في الصورة الأكبر للمعرفة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في المجتمع. هدفنا هو معرفة ما الذي يجعل الأشخاص المتزوّجين أو من سبق لهم الزواج في الأردن يغيّرون معارفهم وآراءهم وسلوكيَّاتهم. سيساعدنا هذا على فهم أنماط الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الزواج بطريقة أوسع. وسيساعد ذلك في تشكيل السياسات والبرامج والمشاريع المجتمعيَّة المستقبليَّة في الأردن التي تهدف إلى حلِّ المشاكل وتحسين الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

نهدف في الدراسة الحاليَّة إلى تقييم المعرفة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، مثل وعي الناس بمفاهيم الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وحقوقها، ومعرفة الأمراض المنقولة جنسيًّا، وتنظيم الأُسرة، والتوعية بمواقع الخدمة في الأردن. كما نهدف إلى التعرُّف على المواقف والاتِّجاهات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، مثل التصوُّرات حول تأثير الاتِّصال الجنسي على الحياة الزوجيَّة، والموافقة الجنسيَّة المتبادلة، والمواقف تجاه مناقشة الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، والمخاوف بشأن المشكلات الجنسيَّة، والآراء حول بدء النشاط الجنسي.

أخيرًا، سنتناول ممارسات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، مثل تكرار النشاط الجنسي، والعادة السريَّة، والجنس عبر الإنترنت، والعمر عند أوَّل تجربة جنسيَّة، واستهلاك المواد الإباحيَّة، واستخدام وسائل منع الحمل، والاستعداد لاستخدامها، وحالات الجماع دون وسائل منع الحمل، والتأثير في استخدام الزوج لوسائل منع الحمل، وسهولة الوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، والميل إلى طلب المساعدة الطبيَّة في قضايا الصحَّة الإنجابيَّة أو الجنسيَّة. يهدف هذا الهيكل الشامل إلى الحصول على فهم دقيق لمعارف المشاركين ومواقفهم وممارساتهم في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

ما يميّز دراستنا هو أنَّها تستهدف جميع فئات المتزوّجين ومن سبق لهم الزواج في المجتمع الأردني، بما في ذلك المطلّقين والأرامل، وهذا ما لم يتم تناوله بشكل شامل من قبل. في الأساس، تعتمد الدراسة الحاليَّة على ما توصلت إليه أبحاث أخرى من خلال النظر في الوعي بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وكيفيَّة تأثيره على نتائج الزواج في المجتمع الأردني العامّ، عوضًا عن مجرَّد النظر في حالات طلاق محدَّدة.
الهدف من هذا التوسّع الاستراتيجي هو مساعدة الناس على اتِّخاذ خيارات بشأن صحّتهم الجنسيَّة والإنجابيَّة وكذلك تشكيل السياسات والبرامج والمشاريع المجتمعيَّة المستقبليَّة التي تتعامل مع هذه القضايا.

أهمّيّة الدراسة

1. مواءمة السياسات والبرامج: سيساهم التقييم في مواءمة السياسات والبرامج والخدمات المستقبليّة مع الاحتياجات والأولويات المحدّدة في مجال الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة، ممّا يضمن أنّها مناسبة وفعّالة لسكّان الأردن.
2. دعم الاستراتيجيّات الوطنيّة: من خلال التركيز على الاستراتيجيّة الوطنيّة للصحّة الجنسيّة والإنجابيّة 2020-2030، تهدف الدراسة إلى دعم وتعزيز الجهود الوطنيّة المستمرّة، وتوفير رؤى قيّمة لتعزيز تنفيذ الاستراتيجيّة، وخاصّة فيما يتعلّق بالشباب والمراهقين، حيث تلبي الدراسة المداخلات الاستراتيجيّة رقم 4.5.1 "إجراء واستخدام دراسات وأبحاث تشمل كافة مكوّنات الصحّة الإنجابية والجنسيّة والآثار المترتّبة عليها بما في ذلك إجراء دراسات استقصائيّة حول معرفة ومواقف المجتمع تجاه قضايا الصحّة الانجابية والجنسيّة والعنف المبني على النوع الاجتماعي."
3. اتّخاذ قرارات مستنيرة: ستُمكّن النتائج من صانعي القرار ومقدّمي الرعاية الصحيّة وصانعي السياسات بمعلومات مبنيّة على الأدلّة، ممّا يُسهّل اتّخاذ قرارات مستنيرة في تطوير وتحسين خدمات وتدخّلات الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة.
4. معالجة الثغرات: ستسلّط الدراسة الضوء على الثغرات الموجودة في المعرفة والمواقف والممارسات بين المجموعات السكّانية المختلفة. تعتبر هذه المعلومات ضروريّة لتصميم التدخّلات الشاملة وتلبية الاحتياجات المحدّدة لمجموعات سكانيّة متنوّعة.
5. الاستفادة من بيانات مسح السكّان والصحّة الأسريّة: بناءً على مسح السكّان والصحّة الأسريّة 2017/2018، ستعمل الدراسة على تعظيم الاستفادة من البيانات الموجودة، ممّا يوفّر فهمًا أكثر شمولًا للوضع الحالي للصحّة الجنسيّة والإنجابيّة في الأردن.
6. الأدلّة على تخصيص التمويل: ستكون الأجندة الوطنيّة لأولويات البحث الناتجة عن الدراسة بمثابة أداة قيّمة لهيئات التمويل والباحثين وطلاب الجامعات. فهي توفّر خارطة طريق واضحة لتوجيه الموارد إلى المناطق ذات التأثير والحاجة الأكبر.
7. تعزيز التعليم والتوعية: سيكشف تقييم KAP عن الفجوات في الفهم والوعي. هذه المعرفة ضروريّة لتصميم برامج تعليميّة هادفة يمكنها تعزيز الوعي وتعزيز ثقافة المناقشات المفتوحة والمستنيرة حول الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة.
8. المساهمة في المعرفة العالميّة: إنّ استخدام الدراسة لأساليب البحث التحليلي، بما في ذلك النهج النوعي والكمّي، يضيف إلى المعرفة العالميّة حول المنهجيّات الفعّالة لدراسة الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة. فهو يشكّل سابقة للتقييمات الشاملة التي يمكن تكييفها وتكرارها في سياقات مختلفة.

التعريفات والمفاهيم الإجرائيّة:

الصحّة الجنسيّة: "حالة من السلامة الجسديّة والعاطفيّة والعقليّة والاجتماعيّة فيما يتعلّق بالحياة الجنسيّة؛ إنّه ليس مجرّد غياب المرض أو الخلل الوظيفي أو العجز. تتطلّب الصحّة الجنسيّة اتّباع نهج إيجابي ومحترم تجاه الحياة الجنسيّة والعلاقات الجنسيّة، فضلًا عن إمكانيّة الحصول على تجارب جنسيّة ممتعة وآمنة، خالية من الإكراه والتمييز والعنف. ومن أجل تحقيق الصحّة الجنسيّة والحفاظ عليها، يجب احترام الحقوق الجنسيّة لجميع الأشخاص وحمايتها وإعمالها. (منظّمة الصحّة العالميّة، 2006، تمّ تحديثه عام 2010)[40]

الصحّة الإنجابيّة: "حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا، وليس مجرد الخلوّ من المرض أو العجز، في جميع الأمور المتعلّقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وتعني الصحّة الإنجابيّة أنّ الناس قادرون على التمتّع بحياة جنسيّة مرضية وآمنة، وأنّ لديهم القدرة على الإنجاب والحريّة في تقرير ما إذا كانوا سيفعلون ذلك، ومتى، وكم مرّة."[41]

المعرفة (Knowledge): يشمل البعد الأوّل لنموذج KAP المعرفة والمهارات الأساسيّة الحاسمة لبقاء الإنسان. ويشير إلى الفهم والقدرات الأساسيّة التي يعتمد عليها الأفراد في مختلف جوانب الحياة.[42]

الموقف (Attitude): البعد الثاني لنموذج KAP، وهو الاتّجاهات والقيم العاطفيّة، ويتضمّن العمليّات المتعلّقة ببيئة التعلم المستجيبة والتفاعل. أنّها تنطوي على المواقف والقيم تجاه التعلُّم، فضلًا عن الطرق الأساسيّة للتعلُّم وأساليب الحياة. ويمتدّ الموقف أيضًا إلى دمج القيم الشخصيّة والاجتماعيّة في عمليّة التعلُّم.[36]

الممارسة (Practice): البعد الثالث لنموذج KAP وعمليّاته وأساليبه، يشمل المواقف والقيم العاطفيّة المتعلّقة بالاهتمام بالتعلُّم، والموقف تجاه التعلُّم والحياة، وتكامل القيم الشخصيّة والاجتماعيّة. تتضمّن الممارسة تطبيق المعرفة والمهارات في التدريس في الفصول الدراسيّة، مع التركيز على العلاقة التي لا تنفصم بين المعرفة والمواقف وطرق التعلُّم.[36]

(40) https//:www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab2_

(41) https//:www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health

(42) Zhong ,Q .(2021) .Chapter :3 The KAP Theory .In Z .Editor Last Name) Ed ,(.The Logic of China's New School Reforms) pp. .2021 .(50–38https//:doi.org004_10.1163/9789004473300/

أهداف الدراسة

1. تقييم درجة المعرفة لعيّنة المستهدفين بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.
2. التعرُّف على مواقف واتِّجاهات العيّنة المستهدفة نحو الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.
3. التعرف على ممارسات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة لدى العيّنة المستهدفة.
4. معرفة الخصائص الاجتماعيَّة والديموغرافيَّة للعيّنة المستهدفة والتي تؤثّر على فهمهم للصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

أسئلة الدراسة

1. إلى أي مدى أصبحت المجموعة المستهدفة الآن على دراية بالمفاهيم المهمَّة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة؟
2. ما هي المواقف والمعتقدات والاتِّجاهات السائدة لدى السكَّان المستهدفين بشأن الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة؟
3. ما هي ممارسات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة الأكثر شيوعًا لدى المجموعة المستهدفة؟
4. هل تؤثّر العوامل الاجتماعيَّة والديموغرافيَّة على معرفة المجموعة المستهدفة فيما يتعلَّق بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة؟

حدود الدراسة

- **الحدود البشريَّة:** ركَّزت الدراسة على الأفراد المتزوِّجين ومن سبق لهم الزواج في الأردن.
- **الحدود المكانيَّة:** غطَّى البحث ثلاث مناطق في الأردن، الشمال والوسط والجنوب.
- **الحدود الزمانيَّة:** أُجريت الدراسة في الفترة ما بين آب وتشرين الأول 2023.

قيود الدراسة

- **حجم العيِّنة:** ربما واجهت الدراسة مشكلات تتعلَّق بحجم العيّنة، ممَّا قد يؤثّر على مدى نطاق تطبيق النتائج. على الرغم من بذل كل المحاولات لضمان عيّنة تمثيليَّة، فقد تكون هناك بعض القيود. حيث تمنع عددًا كبيرًا من المشاركة بسبب موضوع الدراسة.
- **القيود الجغرافيَّة:** بسبب التصنيف الواسع، ربما لم تمثِّل الدراسة بشكل كامل التنوُّع الملحوظ في كل منطقة من مناطق الأردن الثلاث التي درستها (الشمال والوسط والجنوب).
- **الإطار الزمني:** من خلال استمرار الدراسة من آب إلى تشرين الأول 2023، ربما لم يتمكَّن الباحثون من التقاط الاتِّجاهات طويلة المدى أو الاختلافات الموسميَّة في المعرفة والمواقف والممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بشكل كامل.
- **تحيُّز الاستجابة:** من الممكن أن يكون المشاركون في الدراسة قد قدَّموا إجابات مقبولة اجتماعيًّا بدلاً من تلك التي تمثِّل آراءهم وسلوكيّاتهم حقًّا.
- **الاعتبارات اللغويَّة والثقافيَّة:** ربما لم يكن البحث قادرًا على فهم الاستجابات والمواقف بدقَّة بسبب مشكلات تتعلَّق باللغة والفروق الثقافيَّة الدقيقة.

الفصل الثَّاني: الدراسات السابقة

الإطار النظري

نموذج المعرفة والمواقف والممارسة (KAP) هو إطار مفاهيمي يستخدم على نحو شائع في البحث الأكاديمي.
تلعب المعرفة والمواقف والممارسات دورًا مهمًّا في نماذج تغيير السلوك. تشير المعرفة إلى الحالة المعرفيَّة لفهم المعلومات، حيث يمتلك الأفراد وعيًا وإدراكًا غير رمزي للمعنى.[43]

يتضمَّن تصنيف المعرفة أربع فئات مختلفة:
(1) المعرفة العلميَّة والاجتماعيَّة،
(2) المعرفة المحليَّة،
(3) المعرفة الضمنيَّة،
(4) المعرفة الانعكاسيَّة الذاتيَّة.[44] يشير الموقف إلى التقييم الشخصي للهدف، الذي يمكن أن يظهر إمَّا على نحو إيجابي أو سلبي.[45]

يمكن تعريف الممارسة على أنَّها مجموعة من الأنشطة المنتظمة التي تتشكَّل من خلال الأعراف والمعتقدات الاجتماعيَّة الشائعة.[46]
نموذج KAP هو عمليَّة مستمدَّة من مبادئ نظريَّة التعلُّم ونظريَّة نشر الابتكار.[47][48] وفقًا لفرضيَّة انتشار الابتكار، يخضع الأفراد داخل النظام الاجتماعي لعمليَّة متسلسلة لقبول الابتكار، التي تتكشَّف عبر أربع مراحل متميِّزة. وتشمل المراحل اكتساب المعرفة، والإقناع، واتِّخاذ القرار، والتأكيد. علاوة على ذلك، ووفقًا لنظريَّة التعلُّم، ذُكر أنَّ السلوكيَّات الفرديَّة تكتسب من خلال تأثير السياق الاجتماعي.[49]

تعتبر نظريَّة السلوك المخطَّط منظورًا إضافيًّا لتحليل التغيُّرات السلوكيَّة، حيث توفِّر إطارًا مفاهيميًّا يسهِّل فهم العلاقة بين النيَّة السلوكيَّة والمواقف السلوكيَّة. لقد أحرزت الأبحاث السابقة نجاحًا في توضيح التفاعلات المعقَّدة بين المعرفة والمواقف والممارسات.[50]

وفي هذا السياق، اقترح هانجرفورد وفولك وجود علاقة قويَّة بين المعرفة والممارسات، مشيرين إلى أنَّ فهم المواضيع ذات الصلة واكتساب المهارات ذات الصلة يعتبران ضروريّين لتسهيل التغيير السلوكي. وفقًا لنظريَّة السلوك المخطَّط، يُظهر أن هناك علاقة بين المواقف والممارسات، حيث يتأثَّر الفرد إيجابيًّا عندما يمتلك مواقف وسلوكيَّات جيِّدة، ممَّا يعزِّز لديه نيَّة تحفيزيَّة قويَّة تجاه قضيَّة معيَّنة.[51]

تُعدُّ نظريَّة السلوك المخطَّط إطارًا نفسيًّا معروفًا يهدف إلى شرح السلوك البشري والتنبُّؤ به. تفترض النظريَّة أنَّ النوايا السلوكيَّة للفرد تتضمَّن مفهوم المعايير الذاتيَّة، وقد تمَّ توضيح هذا المفهوم بشكل أوسع. ويُظهر البحث أيضًا أنَّ وجود التحكُّم في السلوك المتوقَّع يساهم في تطوير النيَّة السلوكيَّة.[52]

(43) Wessman, Wayne L. "The nature of thought: Maturity of mind." (2006). p.76

(44) Hulme, M. (2018). "Gaps" in climate change knowledge: do they exist? Can they be filled?. Environmental Humanities, 10(1), 330-337

(45) Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. European review of social psychology, 11(1), 1-33.

(46) Bourdieu, P. (1990). The logic of practice. Stanford university press

(47) Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). Social learning theory (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.

(48) Roger, E. (1995). Diffusion of innovations, The Free Press, New York, NY.

(49) Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology Matters, 11(1).

(50) Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes, 50(2), 179-211.

(51) Valente, T. W., Paredes, P., & Poppe, P. R. (1998). Matching the message to the process: The relative ordering of knowledge, attitudes, and practices in behavior change research. Human communication research, 24(3), 366-385.

(52) Korri R, Froeschl G, Ivanova O. A Cross-Sectional Quantitative Study on Sexual and Reproductive Health Knowledge and Access to Services of Arab and Kurdish Syrian Refugee Young Women Living in an Urban Setting in Lebanon. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(18):9586. Published 2021 Sep 11. https://doi.org/10.3390/ijerph18189586.

ترتبط المعايير الذاتيَّة بالإدراك الشخصي لتأثيرات اجتماعيَّة يمارسها أقران الفرد أو أفراد مهمّين يعبّرون عن رغبتهم في أن يتبنَّى الشخص سلوكًا معيَّنًا. وتشير الأبحاث إلى أنَّ هذه المعايير تلعب دورًا حيويًّا في تشكيل سلوك الفرد. على سبيل المثال، يمكن أن يتأثَّر الفرد بمدى قبول أو رفض مجتمعه المحيط به لنوع معيَّن من السلوك.[53]

فيما يتعلَّق بالتحكُّم في السلوك المتوقَّع، يرتبط بتصوّرات الأفراد حيال مدى سهولة أو صعوبة الانخراط في سلوك معيَّن. ويشمل ذلك عوامل مثل إمكانيَّة الوصول إلى الموارد اللازمة وجدوى تبنّي عادة جديدة. بشكل عام، يظهر من خلال البحوث أنَّ زيادة قدرة الفرد على تنظيم المكوّنات الثلاثة - وهي اتجاهاته تجاه السلوك، ومعاييره الذاتيَّة، وتحكّمه المتصوّر في السلوك - تزيد من احتمال تحقيق الغرض السلوكي.[54]

ظهر نموذج KAP في مجالات تنظيم الأسرة والدراسات السكَّانية خلال الخمسينيات، وتمَّ تطويره لاحقًا والاعتراف به كأداة مسح استخدمت على نطاق واسع في مجال البحث الاجتماعي. ويُستخدم هذا النموذج لغرض تقييم التفاعل بين المعرفة والمواقف والممارسات، ويعتبر أحد الأدوات المهمَّة في فهم الديناميات الاجتماعيَّة والسلوكيَّة.[55]

كما يعبّر نموذج KAP عن استبيان منهجي وموحَّد يُجرى على مجموعة معيَّنة من السكَّان لتقييم وتحليل معارفهم (المعرفة)، ومواقفهم(الاعتقادات)، وممارساتهم (التصرُّفات) المتعلِّقة بموضوع معيَّن.[56] [57]،وبالتالي، يكون استخدام بيانات نموذج KAP ذا فائدة في تحديد نقاط الضعف في المعرفة، وتحليل الحواجز في المواقف، وفهم أنماط السلوك التي قد تسهم في تفهُّم وتنفيذ التدابير ذات الصلة بمسألة محددة.[58]وعلاوة على ذلك، يُظهر أن دمج المنهجيَّات النوعيَّة، مثل إجراء المقابلات، يتيح زيادة جدوى المسح واعتماديته.[59]

التأثيرات الاجتماعيَّة والديموغرافيَّة على الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة:

وجهات نظر عالميَّة وعلاقات بين المعرفة والمواقف والسلوكيَّات في فهم التأثيرات الاجتماعيَّة والديموغرافيَّة على الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، يُشمل البحث على اكتساب المعرفة، وتطوير المواقف، وتبنّي السلوكيَّات. تمَّت دراسة تأثير العوامل الديموغرافيَّة، مثل العمر والتعليم والحالة الاجتماعيَّة والاقتصاديَّة، على معرفة الأفراد ومواقفهم وسلوكياتهم في مجال الصحَّة الجنسيَّة، خاصَّة فيما يتعلَّق بالأمراض المعدية.[60]
تظهر حالات في مواقع عدة دوليَّة، مثل أوغندا ولبنان وموزمبيق وكمبوديا، حيث يفتقر الأفراد - خاصَّة الشابات والأمّهات في مجتمعات
أظهرت دراسة في المملكة العربيَّة السعوديَّة، أنَّ هناك علاقة بين العمر ومستوى التعليم والدخل ومعرفة الأفراد بوسائل منع الحمل.[61]

(53) Pires PH, Siemens R, Mupueleque M. Improving sexual and reproductive health knowledge and practice in Mozambican families with media campaign and volunteer family health champions. Fam Med Community Health. 2019;7(4):e000089. Published 2019 Nov 28. https://doi.org/10.1136/ fmch-2018-000089.

(54) Kenny B, Hoban E, Pors P, Williams J. A qualitative exploration of the sexual and reproductive health knowledge of adolescent mothers from indigenous populations in Ratanak Kiri Province, Cambodia. Rural Remote Health. 2019; 19(4):5240. https://doi.org/10.22605/RRH5240

(55) Vandamme, E. (2009). Concepts and Challenges in the use of Knowledge-Attitude-Practice Surveys.

(56) Nguyen, T. P. L., Seddaiu, G., & Roggero, P. P. (2019). Declarative or procedural knowledge? Knowledge for enhancing farmers' mitigation and adaptation behaviour to climate change. Journal of Rural Studies, 67, 46-56.

(57) Andrade, C., Menon, V., Ameen, S., & Kumar Praharaj, S. (2020). Designing and conducting knowledge, attitude, and practice surveys in psychiatry: practical guidance. Indian Journal of Psychological Medicine, 42(5), 478-481.

(58) World Health Organization. (2008). Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys (No. WHO/HTM/STB/2008.46). World Health Organization.

(59) Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology Matters, 11(1).

(60) Finlay JE ,Assefa N ,Mwanyika-Sando M ,et al .Sexual and reproductive health knowledge among adolescents in eight sites across sub-Saharan Africa .Trop Med Int Health .53–44:(1)25;2020 .https//:doi.org /10.1111/tmi.13332.

(61) Sait M ,Aljarbou A ,Almannie R ,Binsaleh S .Knowledge ,attitudes ,and perception patterns of contraception methods: Cross-sectional study among Saudi males .Urol Ann .53–243:(3)13;2021 .https//:doi.org /10.4103/UA.UA.20_42_

وكشفت دراسة أخرى في الصين عن وجود علاقة إيجابيَّة بين المعرفة المحدودة بالصحَّة الجنسيَّة لدى الشباب الذكور وزيادة احتماليَّة اللاجئين - إلى المعرفة الكافية بشأن الصحَّة الجنسيَّة.[62] [63] [64] [65] الحمل غير المرغوب فيه بين شركائهم الإناث.[66] بالإضافة إلى ذلك، أشارت إحدى الدراسات إلى أنَّ اتِّجاهات الفرد وعواطفه تجاه النشاط الجنسي، يمكن أن تتأثَّر بعوامل نفسيَّة واجتماعيَّة. ويمكن للتأثير المشترك لهذه الجوانب أن يساهم في تقليل المشاركة في الممارسات الجنسيَّة غير الآمنة.[67]

أخيرًا، يظهر أنَّ النقص في المعرفة بين الشباب الذكور بشأن الصحَّة الجنسيَّة والموارد المتاحة، يمكن أن يؤدِّي إلى عواقب غير مرغوب فيها.[68]

دراسات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن:

1) المسح السكَّاني والصحَّة الأسريَّة في الأردن 2017-2018 [69]

كشفت دراسة الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن باستخدام بيانات المسح السكَّاني والصحَّة الأسريَّة لعام 2017-2018 تكشف عن مخاوف كبيرة تتعلَّق بتلك الجوانب. تظهر النتائج وجود عقبات مشتركة، مثل انتشار ظاهرة تعدُّد الزوجات، والزواج في سنوات مبكِّرة أو خلال فترة المراهقة، والتباين في معدَّلات الخصوبة بناءً على العوامل الجغرافيَّة والديموغرافيَّة. وتشير المخاوف أيضًا إلى تحدّيات في مجال تنظيم الأسرة، حيث يشير انخفاض معدَّلات الاستخدام وتفاوت التوفُّر إلى ضرورة التدخُّل.

وتؤكِّد الفوارق الإقليميَّة في معدَّلات وفيَّات الرضَّع والأطفال على ضرورة تنفيذ تدخُّلات مركَّزة. حيث تتعلَّق قضايا صحَّة الأم والطفل بانخفاض فرص الحصول على الرعاية السابقة للولادة، وفجوات في تغطية التطعيم، وزيادة معدَّلات الولادات القيصريَّة. وتشكِّل الأمراض المنقولة جنسيًّا خطرًا نتيجة لتناقص الوعي والمواقف الحكوميَّة.

يظهر انتشار العنف المنزلي بمعدَّلات مثيرة للقلق، والذي يمكن تبريره في بعض الأحيان، إلى جانب الامتناع عن طلب المساعدة، على أهميَّة وضع استراتيجيات شاملة لمعالجة هذه القضايا.

تكشف الفوارق بين الجنسين في مشاركة القوى العاملة، وملكيَّة الممتلكات، وصنع القرار عن حاجة ملحة إلى استراتيجيات شاملة لمعالجة العوامل الاجتماعيَّة والثقافيَّة والاقتصاديَّة والتعليميَّة.

---

(62) Ivanova O ,Rai M ,Mlahagwa W ,et al .A cross-sectional mixed-methods study of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee adolescent girls in the Nakivale refugee settlement ,Uganda .Reprod Health. .35:(1)16;2019Published 2019 Mar .19 https//:doi.org/10.1186/s12978-019-0698-5.

(53) Pires PH, Siemens R, Mupueleque M. Improving sexual and reproductive health knowledge and practice in Mozambican families with media campaign and volunteer family health champions. Fam Med Community Health. 2019;7(4):e000089. Published 2019 Nov 28. https://doi.org/10.1136/ fmch-2018-000089.

(64) Pires PH ,Siemens R ,Mupueleque M .Improving sexual and reproductive health knowledge and practice in Mozambican families with media campaign and volunteer family health champions .Fam Med Community Health:(4)7;2019 .e000089 .Published2019 Nov .28 https//:doi.org /10.1136/fmch.2018-000089-

(65) Kenny B ,Hoban E ,Pors P ,Williams J .A qualitative exploration of the sexual and reproductive health knowledge of adolescent mothers from indigenous populations in Ratanak Kiri Province ,Cambodia .Rural Remote Health .5240:(4)19 ;2019 .https//:doi.org/10.22605/RRH5240

(66) Ding R ,Guo C ,Song X ,Zheng X .Male knowledge ,attitude and practice and partner pregnancy among Chinese unmarried youth. PLoS One:(3)14 ;2019 .e0214452 .Published 2019 Mar .26 https//:doi.org/10.1371/journal.pone.0214452 .

(67) Lawal AM ,Olley BO .Psychosocial factors predicting risky sexual behaviour among long distance truck drivers in Lagos .Nigeria. SAHARA J .21–213 :(1)14;2017 .https//:doi.org.10.1080/17290376.2017.1405838/

(68) Meena JK ,Verma A ,Kishore J ,Ingle GK .Sexual and Reproductive Health :Knowledge ,Attitude ,and Perceptions among Young Unmarried Male Residents of Delhi .Int J Reprod Med .2015:431460;2015 .https//:doi.org.0.1155/2015/431460 1/

(69) http//:www.dos.gov.jo/dos_home_e/main/linked-html/DHS2017_en.pdf

2) تقييم دمج الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الرعاية الصحيَّة الأوليَّة بهدف تحقيق التغطية الصحيَّة الشاملة في الأردن[70]

تقوم الدراسة التي أُجريت بواسطة رائدة القطب ومها الصاحب من الجامعة الأردنيَّة، بتقييم دمج الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الرعاية الصحيَّة الأوليَّة في المملكة الأردنيَّة الهاشميَّة، بهدف تحقيق التغطية الصحيَّة الشاملة. تأتي هذه الدراسة تحت إطار جهود الأردن في تحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs) وتأكيد مكانته المؤثِّرة بين الدول العربيَّة.
تُعتبر الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة (SRH) وتنظيم الأسرة (FP) ومكافحة فيروس نقص المناعة البشريَّة/الإيدز أمورًا حاسمة في سعي الأردن نحو تحقيق التغطية الصحيَّة الشاملة (UHC) على مستوى عالمي. ومع ذلك، تظهر الدراسة وجود العديد من العوائق التي تعترض التكامل السلس لهذه الخدمات.

يُدعم مفهوم توفير خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للجميع من أجل معالجة قضايا الوفيات النفاسيَّة وتحسين خدمات تنظيم الأسرة. كما يُؤكِّد المجتمع الدولي على أهميَّة دمج الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الاستراتيجيات الوطنيَّة والإقليميَّة.

تستخدم الدراسة منهجيَّة شاملة تشمل دراسة القوانين والسياسات والمبادرات والخدمات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وتنظيم الأسرة وفيروس نقص المناعة البشريَّة/الإيدز منذ عام 2010 فصاعدًا. يتطلَّب جمع البيانات استخدام أداة مصمَّمة محليًّا ومتوافقة مع المعايير العالميَّة العالميَّة.

تقدّم النتائج، التي تم تحليلها بالتشاور مع الأطراف المعنيَّة، اقتراحات لتدابير استراتيجيَّة وسياسيَّة وبرامجيَّة لضمان نجاح دمج خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة/تنظيم الأسرة وخدمات فيروس نقص المناعة البشريَّة/الإيدز بنجاح في الرعاية الصحيَّة الأوليَّة. يُتوقَّع أن يساعد ذلك في تعزيز التحقيق في الهدف الرئيسي، وهو تحقيق التغطية الصحيَّة الشاملة في المملكة الأردنيَّة.

3) الصحَّة والحقوق الجنسيَّة والإنجابيَّة بين الشباب في الأردن: تحليل المشهد[71]

يسلِّط تحليل المشهد المتعلِّق بالصحَّة والحقوق الجنسيَّة والإنجابيَّة بين الشباب في الأردن الضوء على أهميَّة معالجة التحدِّيات التي تواجه هذا المجال الحيوي، خاصةً في ظلِّ الطلب المتزايد على الخدمات بسبب توافد اللاجئين السوريِّين. تقدِّم الدراسة فحصًا شاملًا لبرامج التدخُّل والأبحاث والسياسات المستهدفة للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و24 عامًا منذ عام 2008 إلى عام 2019.

تتناول الدراسة مواضيع متنوِّعة تشمل تنظيم الأسرة، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وزواج الأطفال، والقضايا الجنسيَّة والإنجابيَّة. وبعد تحليل 1049 وثيقة، يكشف التحليل عن قصور ملحوظ في الأبحاث والبرامج المتاحة. كما تُظهر النتائج ندرة البيانات المتعلِّقة بالمعرفة بشأن الصحَّة والحقوق الجنسيَّة والإنجابيَّة لدى المراهقين غير المتزوِّجين، خاصَّة بين اللاجئين الفلسطينيِّين.

تُبرز الدراسة ضرورة إجراء مزيد من البحوث في مجالات متنوِّعة مثل صحَّة الأم، والتربية الجنسيَّة الشاملة، والعنف الجنسي والجنساني، وزواج الأطفال، والأمراض المنقولة جنسيًّا، وفيروس نقص المناعة البشريَّة/الإيدز، والسرطانات الإنجابيَّة.

يشير هذا التقييم الشامل إلى وجوب تعزيز مراقبة الأمراض وتحسين البيانات المتعلِّقة بقبول اللقاحات، بالإضافة إلى ضرورة إجراء أبحاث شاملة حول السرطانات الإنجابيَّة والتغلُّب على العقبات التي تواجه الفحص. يقدِّم هذا التحليل وجهات نظر حيويَّة لصنّاع السياسات ومديري البرامج، ويبرز أهميَّة معالجة نواحي الضعف وتعزيز تدخُّلات الصحَّة والحقوق الجنسيَّة والإنجابيَّة للشباب في الأردن.

(70) https//:www.primescholars.com/conference-abstracts-files/assessing-the-integration-of-sexual-and-reproductive-health-into.pdf

(71) https//:www.hsph.harvard.edu/women-and-health-initiative/wp-content/uploads/sites/112/2020/03/Landscape-Analysis-FINAL-28-Feb.2020-pdf

4) تحديد قضايا الصحّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وأولويات البحث بناء على المسح الديموغرافي والصحّة الأسريَّة 2017 / 2018 [72]

تمَّ استخدام منهجيَّة شاملة لتحديد اهتمامات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة (SRH) ومجالات الدراسة ذات الأهميَّة القصوى في الأردن، باستخدام بيانات المسح الديموغرافي والصحَّة الأسريَّة الذي أُجري في عامي 2017/2018. تشمل هذه العمليَّة معايير تحديد الأولويات مثل شرط المعرفة الجديدة والتأثير الكبير على الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة ومعالجة حجم المشاكل والتهديد المحتمل للحياة والنتائج الاقتصاديَّة المواتية والجدوى والاعتبارات الأخلاقيَّة. تقدّم أولويَّات البحث، المصنَّفة على أنها بيئة تمكينيَّة (سياسات)، و(برامج مؤسَّسيَّة)، وأولويَّات فرديَّة ومجتمعيَّة، اتِّجاهًا استراتيجيًّا للتدخُّلات المستقبليَّة.
تشمل موضوعات البحث العوامل التي تساهم في الطلب المحدود على اختبارات الكشف المبكِّر عن سرطان الثدي وعنق الرحم، والاتِّجاهات والأسباب الكامنة وراء انخفاض معدَّلات الرضاعة الطبيعيَّة، والعوامل المختلفة التي تؤثِّر على تزويج المراهقات وحملهن. وينصب التركيز المؤسَّسي على دراسة الأسباب الكامنة وراء فقر الدم لدى الأمّهات والأطفال، ودراسة التفاوت في معدَّلات الوفيَّات بين الرضَّع والأطفال دون سن الخامسة، وتقييم آثار تمكين المرأة.

وتستكشف الأبحاث التي تركِّز على الأفراد والمجتمعات احتياجات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة غير الملبَّاة والعوامل التي تساهم في انخفاض استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وأسباب ارتفاع معدَّلات الولادات القيصريَّة، والعوامل التي تحدِّد الفرق بين معدَّلات الخصوبة المرغوبة والفعليَّة. توفّر الأولويَّات المتَّفق عليها، والتي وضعتها مجموعة من أصحاب المصلحة، خطَّة واضحة للبحث والتدخُّلات المركَّزة لتحسين نتائج الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن.

5) الاستراتيجيَّة الوطنيَّة الأردنيَّة للصحَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة 2020 - 2030 [73]

إستراتيجيَّة الصحَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة الوطنيَّة في الأردن للفترة 2020-2030 تعتبر تحدِّيًا معقَّدًا نتيجة للعوامل الديموغرافيَّة والاقتصاديَّة والسياسيَّة. يواجه النظام الصحي صعوبات في تقديم خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة نظرًا للسكَّان الذين يقاربون 9.5 مليون نسمة، مع تواجد عدد كبير من اللاجئين. يتعرَّض ذوو الإعاقة الذين يشكِّلون 11.2% من السكَّان إلى التهميش في خدمات الصحَّة الإنجابيَّة. الفتيات، وبشكل خاص، معرَّضات لمخاطر التعقيم والاعتداء الجنسي.

وقد زاد وصول اللاجئين من مختلف الدول من الضغط على البنية الصحيَّة في الأردن، ممَّا أدَّى إلى زيادة المخاطر الصحيَّة، خاصَّة للإناث والأطفال. كشف مسح السكَّان والصحَّة الأسريَّة 2017-2018 عن مخاوف متعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة:

1. تزويج الأطفال: بالرغم من التراجع، إلا أنَّ تزويج النساء (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 49-25 سنة) قبل سن 18 يظلّ كبيرًا بنسبة 15%، خاصَّة بين النساء السوريَّات.
2. حمل المراهقات: هناك زيادة ملحوظة في حالات زواج المراهقات، حيث تتزوَّج 10% من النساء المتزوّجات (18-15 سنة) قبل سن 15.
3. الفاصل الزمني بين الحمل: 16% من الولادات تحدث خلال 18 شهرًا بعد الولادة السابقة، ممَّا يؤثِّر على صحَّة الأم والطفل.
4. معدَّلات الخصوبة: تختلف بين المحافظات والجنسيَّات، حيث تُظهر المرأة السوريَّة معدَّل خصوبة أعلى بواقع 4.7 طفل لكل امرأة.
5. حالات الحمل غير المرغوب فيه: بالرغم من الانخفاض إلى 14%، إلا أنَّها لا تزال تشكِّل مصدر قلق يؤثِّر على معدَّلات تنظيم الأسرة.

(72) https//:www.hpc.org.jo/sites/default/files%/D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8%20%D8%A7%D9%84%D8%A7%D9%86%D8%AC%D9%84%D9%8A%D8%B2%D9%8A%20%D9%83%D8%A7%D9%85%D9%84%D8%A7%20%D9%85%D8%B9%20%D8%AA-%D8%AD%D8%AF%D9%8A%D8%AB%20%D8%B4%D9%83%D9%84%20%D8%A7%D9%84%D8%B5%D9%81%D8%AD%D8%A7%D8%AA%20%D8%A7%D8%B9%D9%84%D9%89%20%D9%88%D8%A7%D8%B3%D9%81%D9%84-compressed.pdf

(73) file///:C/:Users/Neda/Desktop/KAP20%SRHR/JORDAN'S20%NATIONAL20%STRATEGY.pdf

6. وسائل تنظيم الأسرة: انخفاض في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، خاصَّة الوسائل المعاصرة، ممَّا يزيد من حالات الحمل غير المرغوب فيه.
7. تواجه النساء المتزوجات عقبات في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحيَّة بسبب العوائق الماليَّة والجغرافيَّة وقلَّة الوعي.
8. العنف ضدّ المرأة: انتشار العنف الجسدي ضدّ المرأة، حيث أبلغت 15% من النساء المتزوِّجات عن تعرّضهن للعنف منذ سن 15.
9. التثقيف بشأن المسائل الجنسيَّة والإنجابيَّة: انخفاض في الفهم العام لفيروس نقص المناعة البشريَّة، وسوء فهم واسع حول انتقال مرض الإيدز.
10. المواقف المبنيَّة على النوع الاجتماعي: اعتماد نسبة كبيرة من الأسر على مواقف مبنيَّة على النوع الاجتماعي، ودعم العنف ضدّ المرأة، مع نقص في التأمين الصحّي.

يسلِّط هذا التحليل الشامل الضوء على التحدِّيات المعقَّدة في مشهد الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن، مع التركيز على ضرورة التدخُّلات والسياسات المركزة لمعالجة هذه القضايا بشكل فعَّال.

الفصل الثّالث : المنهجيّة

تصميم البحث:

إنَّ تصميم البحث لهذه الدراسة هو نهج متعدِّد الأساليب، يجمع بين المنهجيَّات النوعيَّة والكميَّة. تمَّ اختيار هذا التصميم لتوفير فهم شامل للمعرفة والمواقف والممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بين المتزوجين ومن سبق لهم الزواج في الأردن. ويسمح المحور النوعي، من خلال المقابلات، باستكشاف متعمِّق للمواقف والخبرات، في حين إنَّ المحور الكمِّي، باستخدام استبانة مسحيَّة إلكترونيَّة، يتيح التحليل الإحصائي لمنظور أوسع.

أدوات البحث:

تمَّ التحقُّق من صحَّة أدوات البحث، بما في ذلك الاستبانات لكل من البيانات النوعيَّة والكميَّة، من قبل لجنة مكونة من 10 متخصصين يعملون في برامج الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن، بالإضافة إلى مقدِّمي خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، والمستشارين، وباحثي الدكتوراه.

1. الاستبانة التحليليَّة:

خضعت الاستبانة التحليليَّة لاختبار تجريبي لتحسين محتواها، شملت 50 مشاركًا مقسَّمين إلى مجموعتين مركزيَّتين (تضمُّ كلّ منهما 12 فردًا) و26 مقابلة وجهًا لوجه.

دفعتنا التعليقات التي تمَّ الحصول عليها من الاختبار التجريبي إلى طلب المشاورات مع باحثين من منظَّمة Development Restless. وكان الهدف هو زيادة تعزيز الاستبانة التحليليَّة النهائي. وأدَّت نتيجة هذه المشاورات إلى تحسينات في خصوصيَّة الأسئلة ووضوحها.

بالإضافة إلى ذلك، واستنادًا إلى التعليقات الواردة وتبسيط الأسئلة للمشاركين المستهدفين، تمَّ اتِّخاذ قرار لتحويل الاستبيان من استبان نوعي فقط إلى استبيان متعدِّد الأساليب، يتضمَّن عناصر نوعيَّة وكميَّة.

تمَّ تنظيم الاستبيان إلى أربع أجزاء لإجراء تقييم شامل للمعرفة والمواقف والممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للمتزوِّجين ومن سبق لهم الزواج في الأردن. في القسم الأول، يقدِّم المشاركون معلومات ديموغرافيَّة، بما في ذلك الجنس والعمر والمهنة ومستوى التعليم والحالة الاجتماعيَّة ووجود الإعاقة وتفاصيل حول أي نوع من أنواع الإعاقة.

يركِّز القسم الثاني على المعرفة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، حيث يغطِّي مفاهيم مثل الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، والوعي بالحقوق، ومعرفة الأمراض المنقولة جنسيًّا، والإلمام بتنظيم الأسرة، والتوعية بمواقع الخدمة في الأردن. تستكشف الجلسة الثالثة مواقف الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، وتتعمَّق في التصوّرات حول تأثير الاتِّصال الجنسي على الحياة الزوجيَّة، ووجهات النظر حول الموافقة الجنسيَّة المتبادلة، والمواقف تجاه مناقشة الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، والمخاوف بشأن المشكلات الجنسيَّة، والآراء حول بدء النشاط الجنسي، وأكثر.

أخيرًا، تتناول الجلسة الرابعة ممارسات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، بما في ذلك تكرار النشاط الجنسي، وعادات الإمتاع الذاتي (العادة السريَّة)، والتجارب مع الجنس عبر الإنترنت، والعمر عند أول تجربة جنسيَّة، واستهلاك المواد الإباحيَّة، واستخدام وسائل منع الحمل، والاستعداد لاستخدام وسائل منع الحمل الفعالة، وحالات الجماع دون وسائل منع الحمل. والتأثير في استخدام الزوج لوسائل منع الحمل، وسهولة الوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، والميل إلى طلب المساعدة الطبيَّة في قضايا الصحَّة الإنجابيَّة أو الجنسيَّة، سواء كانت جسديَّة أو نفسيَّة. يهدف هذا الهيكل الشامل إلى الحصول على فهم دقيق لمعارف المشاركين ومواقفهم وممارساتهم في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

2. الاستبانة المسحيَّة الإلكترونيَّة:

ولغرض تحديد ثبات الاستبيان الكمي، أُجريَ اختبار تجريبي شمل (12) مشاركًا.

صمِّم الاستبيان بأربعة أقسام متميّزة لإجراء تحقيق شامل في الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للمتزوّجين ومن سبق لهم الزواج في الأردن. القسم الأول، الذي يركّز على المعلومات الديموغرافيَّة، يتكوَّن من 8 بنود، بما في ذلك الجنس، والعمر، والمهنة، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعيَّة، ومكان الإقامة، ووجود الإعاقة، وتفاصيل حول أي نوع (أنواع) من الإعاقة.

وفي القسم الثاني، المعرفة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، هناك 32 سؤالًا تتناول الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للذكور والاناث، بالإضافة إلى موضوعات عامَّة تنطبق على كلا الجنسين. وينقسم القسم الثالث، المواقف المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، إلى خمسة أقسام فرعيَّة بإجمالي 23 سؤالًا تستكشف أبعادًا مختلفة لمواقف المشاركين تجاه العلاقات الجنسيَّة والتواصل والرضا.

يتضمَّن القسم الرابع، ممارسات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، 12 سؤالاً تتناول جوانب مثل تكرار ممارسة الجنس، وممارسات الإمتاع الذاتي (العادة السريَّة)، والعمر عند أول تجربة جنسيَّة، والتجربة مع الجنس الإلكتروني، وعادات استهلاك المواد الإباحيَّة، واستخدام وسائل منع الحمل والمواقف، وحالات الجماع غير المحمي مع عدم وجود نيَّة لإنجاب الأطفال، والتأثير في استخدام الزوج لوسائل منع الحمل، وسهولة الوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، والميل إلى طلب المساعدة الطبيَّة لقضايا الصحَّة الإنجابيَّة أو الجنسيَّة. يشمل هذا الهيكل الشامل مجموعة من المعلومات والمعارف والمواقف والممارسات الديموغرافيَّة لتوفير فهم شامل لوجهات نظر المشاركين بشأن الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

ثبات الدراسة (دراسة تجريبيَّة):

للتأكُّد من موثوقيَّة الأداة، أجريت دراسة تجريبيَّة مع 12 مشاركا. وتمَّ حساب اختبار الثبات ومعاملات الارتباط. أشارت النتائج إلى موثوقيَّة مقبولة لكل مجال وللاستبيان الإجمالي، كما هو موضح في الجدول أ.

الجدول التالي: معاملات الارتباط على عيّنة مكوَّنة من 12 مشاركًا

الرقم	المجال (المحتوى)	عدد الفقرات	قيمة معامل الارتباط
1	المعرفة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة	8	0.63 **
2	المواقف المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة	9	0.87 **
3	ممارسات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة	5	0.61 **

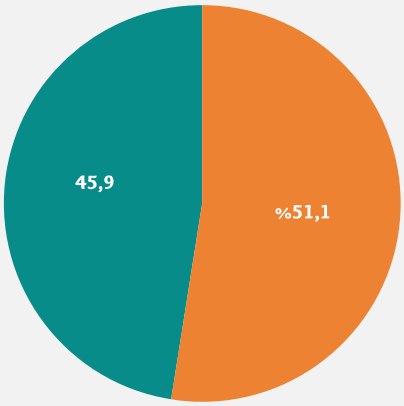
--دال إحصائيًّا ($\alpha \geq 0.01$)

جمع البيانات:

بالنسبة إلى الاستبيان النوعي، أجرت الباحثتان الرئيستان مقابلات فرديَّة مع 51 مشاركًا مستهدفًا في الدراسة. في المقابل، بالنسبة إلى الاستبيان الكمّي، تمَّ توظيف فريق مكوَّن من 8 جامعي بيانات لضمان إدراج عيّنة متنوّعة من مختلف المواقع الجغرافيَّة والفئات العمريَّة في الأردن. في المجمل، تمَّ الاتصال بـ 950 مشاركًا، ووافق 500 منهم على المشاركة في الدراسة، مع تضمين 475 فردًا في التحليل النهائي للبيانات. حيث وزّعَ الاستبيان الكمّي من خلال رابط، واستكمل من قبل المشاركين بشكل مستقل.

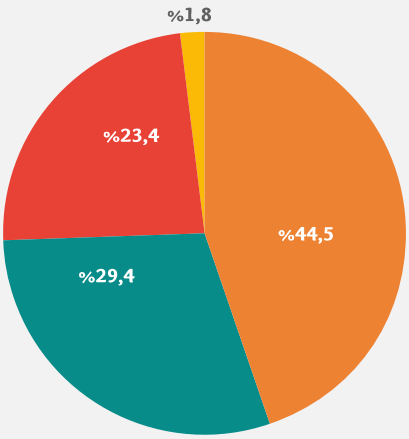
شملت معايير الاشتمال للمشاركة في الدراسة الأفراد المقيمين في الأردن، بغضِّ النظر عن جنسيّاتهم، والذين كانوا إمَّا متزوّجين حاليًّا أو لديهم خبرة في الزواج (بما في ذلك الأفراد المطلَّقين أو المنفصلين أو الأرامل). حُدِّد الحدّ الأدنى للسن عند 18 عامًا لضمان حصول المشاركين على خبرة حياتيَّة كافية، خاصَّة في سياق العلاقات الجنسيَّة. ويتماشى هذا المعيار مع الأعراف الثقافيَّة والدينيَّة في الأردن، حيث يعترف المجتمع بوجهٍ عام بالتجارب الجنسيَّة في سياق الزواج.

الجنس

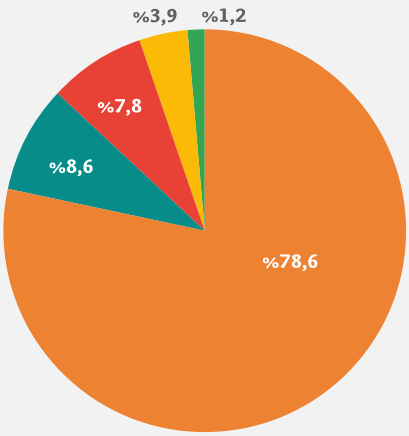


انثى
ذكر

الحالة الاجتماعية (ذكور/ اناث) عينة البحث



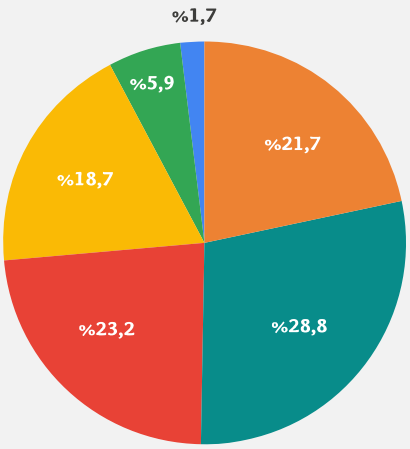
الذكور



الإناث

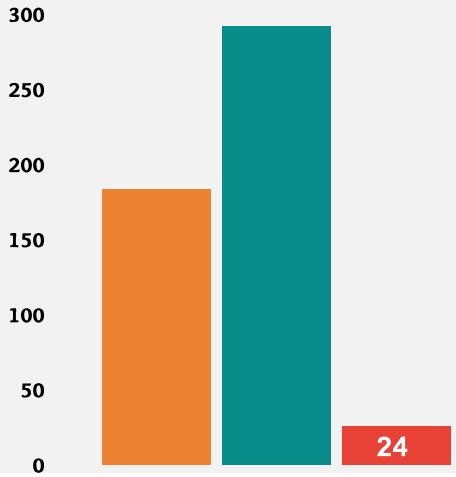
متزوج (ة)
أعزب (ة)
منفصل (ة)
أرمل (ة)

العمر

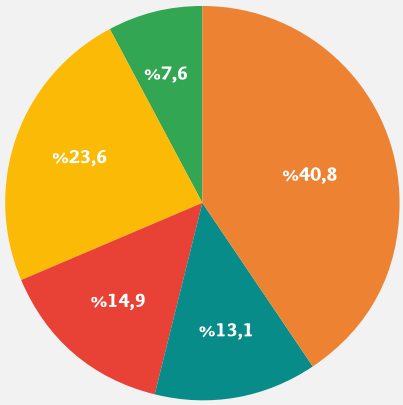


من 18 الى 24
من 25 الى 29
من 30 الى 34
من 35 الى 40
من 41 الى 46
فوق 46

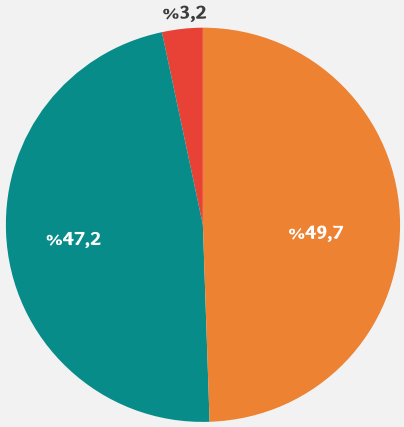
عدد المشاركين

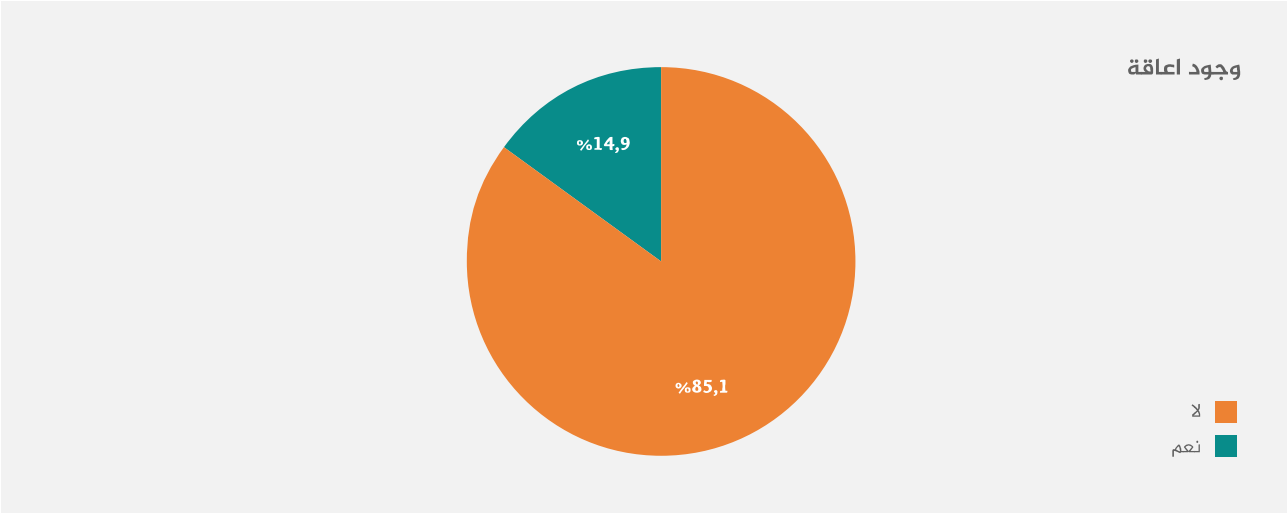


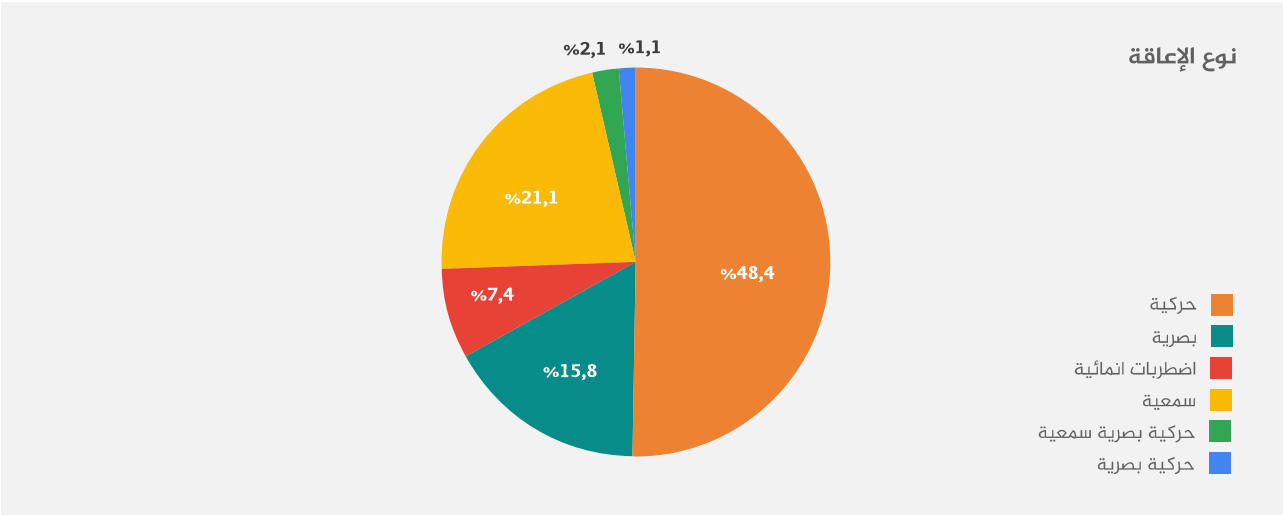
المستوى التعليمي



مكان الإقامة







تحليل البيانات

اعتمدت الدراسة استراتيجيَّة تحليل البيانات المختلطة، حيث خضعت البيانات الديموغرافيَّة للإحصاءات الوصفيَّة، ممَّا أظهر توزيع المشاركين فيما يتعلَّق بالسمات المختلفة. تمَّ تسجيل البيانات المعرفيَّة للكشف عن الاتِّجاهات وفحص العوامل الديموغرافيَّة من خلال تحليل المجموعات الفرعيَّة. من خلال تلخيص الاستجابات وفحص علاقاتها بالبيانات الديموغرافيَّة، تمَّت دراسة هذه الاتِّجاهات بشكل معمَّق. في قسم الممارسات، كانت التوزيعات النسبيَّة وتحليلات السلوكيَّات في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة المبلَّغ عنها ضروريَّة. باستخدام الإحصاءات الاستدلاليَّة، قامت التحليلات المقطعيَّة بتقييم الروابط بين السمات الديموغرافيَّة والمعرفة والاتِّجاهات والممارسات. أمَّا البيانات النوعيَّة، فقد خضعت لتحليل الموضوعات لاستخلاص النتائج المهمَّة.

تمَّت دراسة الاختلافات بشكل أعمق من خلال دراسات المجموعات الفرعيَّة، وجُمعت النتائج لتوفير صورة شاملة عن الحالة في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، ممَّا يمكن أن يوجِّه التدخُّلات والسياسات المستقبليَّة.

بالنسبة للمسح الكمِّي، حُلِّلت البيانات باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26. وتم تعيين رقم فريد لكل استبيان لسهولة الاسترجاع، مع استبعاد الاستبيانات التي تفتقد إلى البيانات الضروريَّة. جرت عمليَّة تقييم البيانات باستخدام الإحصاءات الوصفيَّة، بالإضافة إلى اختبارات T واختبارات ANOVA لتحليل الفروق والمعطيات بشكل دقيق.

الاعتبارات الأخلاقيَّة

تعطي هذه الدراسة أولويَّة عالية للقضايا الأخلاقيَّة، مع الالتزام الصارم بالمبادئ التوجيهيَّة الأخلاقيَّة الأكثر تشدُّدًا. تُضمَن حماية خصوصيَّة المشاركين طوال عمليَّة البحث من خلال معالجة ردودهم بطريقة مجهولة وسريَّة. يُطلب من كل مشارك تقديم موافقته الصريحة والمستنيرة، مع التأكيد على طبيعة مشاركته التطوّعيَّة وضمان عدم مشاركة أي معلومات شخصيَّة.

فريق الدراسة مكرَّس للتعامل مع بيانات المشاركين بأعلى درجات التقدير، ويستخدمها فقط لأغراض الدراسة والتحليل. بالإضافة إلى ذلك، يسعى البحث إلى احترام الوسط الثقافي والمعايير الأخلاقيَّة للمجتمع الأردني، مع ضمان التعامل مع وجهات نظر المشاركين بكرامة وحياديَّة. ويرتكز الإطار الأخلاقي للبحث على قيم الصدق والصراحة واحترام حقوق كل مشارك وكرامته.

هذا يوضح مدى التزام مركز حكاية لتنمية المجتمع المدني بإجراء بحوث تعود بالنفع على المجتمع، مع إعطاء الاعتبارات الأخلاقيَّة الأولويَّة القصوى.

الفصل الرّابع : النتائج

أولا:نتائج الاستبانة المسحيَّة الإلكترونيَّة

الجزء الأوَّل: المتغيِّرات الديموغرافيَّة

- الخصائص الديموغرافيَّة الاجتماعيَّة لمجتمع الدراسة. شملت الدراسة إجمالي 475 مشاركًا، 45.9% (218 فردًا) ذكورًا و54.1% (257 فردًا) إناثًا.

- وجاء التوزيع العمري للأغلبيَّة في الفئة العمريَّة 30-25 سنة، بنسبة 35.32% للذكور و23.30% للإناث، في حين كانت الفئة العمريَّة 46 فما فوق هي الأقل تمثيلاً بنسبة 1.83% للذكور و1.55% للإناث.

- ومن حيث المهنة، فإنَّ نسبة كبيرة من الجنسين (79.36% من الذكور و40.46% من الإناث) لا يعملون في المجال الطبِّي، كما أن 16.97% من الذكور و53.30% من الإناث لا يعملون.

- وأظهرت الحالة الاجتماعيَّة أن 44.51% من الذكور و78.61% من الإناث متزوِّجون، بواقع 28.46% من الذكور و0.79% من الإناث عازبات.

- وفي التحصيل العلمي، كانت الأغلبيَّة حاصلة على تعليم ثانوي (69.72% للذكور و39.89% للإناث).

- جغرافيًّا، يسكن معظم المشاركين في المنطقة الوسطى (70.64% ذكور و27.24% إناث).

- وأفاد عن وجود إعاقة لدى 12.39% من الذكور و17.12% من الإناث، في حين لم تبلّغ الأغلبيَّة 87.61% من الذكور و82.88% من الإناث عن عدم وجود إعاقة.

الجزء الثاني: المعرفة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة:

القسم الأول: المعرفة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للرجال

تُظهر البيانات استجابات تتعلَّق بمواضيع مختلفة في مجال الصحَّة الجنسيَّة للرجال. فيما يتعلَّق بمشكلة ضعف الانتصاب، يوافق 48.5% من الرجال و51.5% من النساء على أنها مشكلة صحيَّة، بينما يعتبرها 39.7% من الرجال و60.3% من النساء جزءًا طبيعيًا من الشيخوخة. بيانات ملفتة تظهر أنَّ 21.9% من الرجال يعتقدون أنَّ ضعف الانتصاب لا يمكن علاجه، بينما يخالف هذا الرأي 78.1% من النساء.

وفيما يتعلَّق بتأثير الأمراض المنقولة جنسيًّا على العقم لدى الرجال، يوافق 46.0% من الرجال و54.0% من النساء، ممَّا يشير إلى وعي كبير بهذا الأمر. كما تظهر آراء متباينة حول مسؤوليَّة الخصيتين في إنتاج الحيوانات المنويَّة وهرمون التستوستيرون، حيث يوافق 50.0% من الرجال و71.6% من النساء.

بالإضافة إلى ذلك، تظهر البيانات تباينًا في الآراء حول تأثير التدخين على صحَّة الإنجاب، حيث يوافق 46.6% من الرجال و53.4% من النساء على هذا التأثير.
هناك تنوُّع في الرؤى حول سرعة القذف، وحساسيَّة رأس القضيب، والوقت بين الانتصابين.
تشير النتائج إلى فجوة واضحة في المعرفة حول العديد من جوانب الصحَّة الجنسيَّة للرجال. ويظهر الوعي المحدود بمشكلة ضعف الانتصاب بشكل خاص.

القسم الثاني: المعرفة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للنساء

تظهر البيانات تفاوتًا في مستويات المعرفة حول جوانب مختلفة من الصحَّة الإنجابيَّة للإناث. يلاحظ أن 61.9% من الإناث و 38.1% من الذكور يرون أن متلازمة تكيس المبيض (PCOS) تؤدّي إلى عدم انتظام الدورة الشهريَّة وأعراض أخرى.

ومع ذلك، يظهر نقص كبير في المعرفة، خاصَّة فيما يتعلَّق بتشريح الجهاز التناسلي الأنثوي والصحَّة الجنسيَّة. فعلى سبيل المثال، 44.5% من الذكور و 55.5% من الإناث لا يرون ضرورة أن يكون غشاء البكارة مؤشِّرًا على العذريَّة. وتظهر أيضًا عدم اليقين بشأن موضوعات مثل التشنُّجات المهبليَّة أثناء الجماع (47.5% من الذكور و 52.5% من الإناث يظهرون نقصًا في المعرفة) وتأثير الاستحمام أثناء الحيض (64.6% من الإناث و 35.4% من الذكور يعبِّرون عن عدم اليقين).

القسم الثالث: المعرفة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة لكلا الجنسين

تُظهر نتائج المسح تنوُّعًا في مواقف الأفراد تجاه قضايا الصحَّة الجنسيَّة، مع وجود توافق واضح حول بعض الموضوعات. يُظهر المشاركون اتِّفاقًا على أنَّ الأمراض المنقولة جنسيًّا قد لا تظهر دائمًا على شكل أعراض (أوافق: الذكور 48.0%، الإناث 52.0%)، وأنَّ هذه الأمراض يمكن أن تنتقل عن طريق الاتِّصال المهبلي ونقل الدم (أوافق: الذكور 43.4%، الإناث 56.6%).

كما يُظهر المسح اتِّفاقًا على أن المتعة الذاتيَّة تُعتبر سلوكًا جنسيًّا طبيعيًا (أوافق: الذكور 40.9%، الإناث 59.1%)، وأنَّ الحياة الصحيَّة وممارسة الرياضة بانتظام تؤثِّر إيجابيًّا على الوظيفة الجنسيَّة (أوافق: الذكور 50.9%، الإناث 49.1%).

ومع ذلك، توجد آراء متنوِّعة بين الجنسين بشأن قضايا أخرى مثل فعاليَّة الانسحاب (العزل) كوسيلة لمنع الحمل وتحديد جنس الجنين عن طريق الحيوانات المنويَّة. كما يُظهر المسح عدم يقين حول إمكانيَّة الحمل دون قذف وفهم فيروس نقص المناعة البشريَّة.

تكشف النتائج عن وجود فجوة معرفيَّة بين المشاركين حول بعض المواضيع. على سبيل المثال، كانت المعرفة حول بطانة الرحم المهاجرة منخفضة نسبيًّا، وهي حالة يمكن أن تسبِّب آلام الدورة الشهريَّة وتؤثِّر على الخصوبة. يُشير ارتفاع الانحراف المعياري إلى وجود تباين واسع في آراء المشاركين، ممَّا يعكس ضعفًا في المعرفة بخصوص هذا الجانب الخاصّ بالصحَّة الإنجابيَّة.

الجزء الثالث: المواقف المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة

القسم الأوَّل: الرِّضا الجنسي

تظهر نتائج الاستطلاع أنَّ هناك أنماطًا مثيرة للاهتمام في المواقف تجاه السلوك الجنسي والرِّضا. تُظهر الأغلبيَّة (49.6%) اعترافًا بدور المداعبة في تسهيل الجماع، ولكن مع وجود 26.7% غير موافقين و 28.6% غير متأكِّدين حول أهميَّة المداعبة.

يظهر الانقسام في الآراء حول ضرورة النشوة الجنسيَّة للاستمتاع الجنسي، حيث وافق 46.3% وعارض 42.2%، ممَّا يعكس تباينًا في وجهات النظر حول تجربة جنسيَّة مُرضية. كما يبرز التفاوت في الآراء حول دور الموافقة في التفاعلات الجنسيَّة.

تختلف الآراء أيضًا حول ما إذا كانت النساء يمارسن الجنس فقط للحفاظ على العلاقات، مع 39.7% موافقين و 48.3% غير موافقين. وتظهر الانقسام حول المودَّة بعد الجماع، حيث يؤيِّد 50.1% دورها في الرِّضا، ولكن 40.0% لا يوافقون أو غير متأكِّدين (20.0%).

تُظهر هذه التفاعلات المتنوِّعة تعقيد المواقف الجنسيَّة، والتي تتأثَّر بالعوامل الثقافيَّة والاجتماعيَّة والفرديَّة. يُشير ذلك إلى أهميَّة إجراء حوارات مفتوحة وتقديم تثقيف جنسي شامل لتعزيز التفاهم ووجهات النظر المستنيرة حول التجارب الجنسيَّة المتنوِّعة.
المشاركون يظهرون اتفاقًا قويًا حيال أهميَّة المداعبة في تسهيل الجماع للزوجين، ويبدو أن هناك إجماعًا على هذا الجانب المهمّ في تعزيز التجربة الجنسيَّة. الانحراف المعياري المنخفض يشير إلى وجود توحيد كبير في الآراء حول هذه النقطة.

الانحراف المعياري يُستخدم لقياس درجة التباين في مجموعة من البيانات. كلَّما كان الانحراف المعياري أعلى، كلما كان هناك تباين أكبر في البيانات. في هذا السياق، الموضوعات التي يظهر فيها الانحراف المعياري كبيرًا، مشيرًا إلى اختلاف كبير في الآراء:

1. توافق معظم النساء على ممارسة الجنس فقط للاحتفاظ بأزواجهن (انحراف معياري = 1.033):

- يشير الانحراف المعياري العالي إلى تباين كبير في الآراء حول دوافع ممارسة الجنس بين النساء. يمكن أن يكون ذلك ناتجًا عن عوامل ثقافيَّة، أو خلفيَّات فرديَّة تختلف بشكل كبير.

2. ينبغي على الزوج فهم احتياجات الزوجة الجنسيَّة دون الحاجة إلى الحوار (انحراف معياري = 0.949):

- الانحراف المعياري المرتفع يشير إلى اختلاف واسع في الآراء حول أهميَّة فهم الزوج لاحتياجات الزوجة الجنسيَّة بدون الحاجة إلى الحوار. يمكن أن يعكس هذا التباين اختلافًا في القيم والتوقُّعات بين المشاركين.

3. الحديث عن الرَّغبات الجنسيَّة يزيد من الاحترام بين الزوجين (انحراف معياري = 0.793):

- يُظهر الانحراف المعياري المرتفع في هذه المحطة أنَّ هناك تباينًا في الآراء حول دور مناقشة الرغبات الجنسيَّة في بناء الاحترام بين الزوجين.

يمكن أن يكون ذلك مرتبطًا بتفضيلات فرديَّة أو اختلافات ثقافيَّة. هذه الموضوعات تشير إلى وجود تباين كبير في وجهات النظر حول قضايا معيَّنة، وقد يكون ذلك مهمًّا لفهم التنوُّع في الآراء داخل المجتمع أو العيِّنة المدروسة.

القسم الثاني: التفاوض في القضايا الجنسيَّة بين الزوجين

في الدراسة، اكتشفنا آراء متنوِّعة حول العلاقات الحميمة والتواصل حول الاحتياجات الجنسيَّة. لاحظنا أنَّ 45٪ يعتقدون أن الأزواج يجب أن يفهموا احتياجات أزواجهم بدون حوار صريح، ولكن 60.8٪ لا يوافقون على ذلك، ممَّا يظهر وجود تباين في التوقّعات.

أيضًا، يُظهر الاستطلاع أن 48.2٪ يعتقدون أن مناقشة الرغبات الجنسيَّة تعزِّز الاحترام بين الأزواج، بينما 22.2٪ يعارضون ذلك. ويظهر القلق حيال 48.3٪ من الناس الذين يعتقدون أنَّ النساء يخشين من مناقشة معلوماتهن الجنسيَّة مع أزواجهن. فيما يتعلَّق بأساليب تجنّب ممارسة الجنس، وافق 47.4٪ على أنَّ النساء يستخدمن أساليب غير مباشرة لتجنُّب الموضوع. تُظهر هذه النتائج وجود حاجة إلى حوار مفتوح وتفاهم متبادل لتعزيز العلاقات الحميمة الصحيَّة.

الانحراف المعياري يُستخدم لقياس درجة التباين في مجموعة من البيانات. كلَّما كان الانحراف المعياري أعلى، كلَّما كان هناك تباين أكبر في البيانات. في هذا السياق، الموضوعات التي يظهر فيها الانحراف المعياري كبيرًا، مشيرًا إلى اختلاف كبير في الآراء.

تظهر نتائج الاستطلاع في قسم التفاوض في القضايا الجنسيَّة بين الزوجين مستويات مختلفة من الاختلاف في الآراء، ممَّا يعكس تباينًا في الوجهات نحو بعض القضايا. إليك بعض الموضوعات التي يعتبر فيها الانحراف المعياري كبيرًا، ممَّا يشير إلى اختلاف شديد في الآراء:

1. الحديث عن الرَّغبات الجنسيَّة يزيد من الاحترام بين الزوجين (الانحراف المعياري: 0.793):

الانحراف المعياري هنا يشير إلى اختلاف طفيف في الآراء حول فعاليَّة الحديث عن الرغبات الجنسيَّة في زيادة مستوى الاحترام بين الزوجين. قد يكون هذا بسبب اختلافات في الثقافة الجنسيَّة أو تجارب الأفراد.

2. لتجنُّب ممارسة الجنس، تلجأ المرأة إلى طرق رفض غير مباشرة للتعبير عن تمنُّعها (الانحراف المعياري: 0.985):

يشير الانحراف المعياري الكبير هنا إلى تباين كبير في الآراء حول كيفيَّة التعبير عن تمنُّع المرأة عن ممارسة الجنس، ممَّا يشير إلى وجود توجّهات متنوِّعة وفهم مختلف لهذا الجانب.

3. تخشى الزوجة التحدُّث حول معلوماتها الجنسيَّة مع زوجها، خوفًا من انطباعاته عنها (الانحراف المعياري: 0.939): يشير الانحراف المعياري الكبير إلى اختلاف كبير في التفاعلات والمخاوف حيال قدرة الزوجة على التحدُّث بحريَّة حول معلوماتها الجنسيَّة مع الزوج.

القسم الثالث: أهميَّة الجنس في الحياة

تُظهر النتائج الفارق الطفيف بين آراء الرجال والنساء حول العلاقات الجنسيَّة واحتياجاتهم الجنسيَّة. يُظهر الاهتمام المتبادل بين الزوجين بالاحتياجات الجنسيَّة تفاعلًا إيجابيًا على العلاقة غير الجنسيَّة، حيث تظهر النساء (52.4%) اهتمامًا أكبر بهذا الجانب. بينما يرى الرجال (63.2%) أنَّ الجنس يمكن أن يصبح أمرًا عاديًّا ومملًّا بعد مرور بعض السنوات من الزواج.

فيما يتعلَّق بأهميَّة الجنس كحاجة أساسيَّة، لا تظهر اختلافات كبيرة بين الجنسين. وفيما يخصّ التربية الجنسيَّة، تُظهر النساء (53.9%) اهتمامًا أكبر بتأثيرها على تقليل السلوكيات الجنسيَّة غير المشروعة. أخيرًا، يُظهر الاستطلاع أنَّ النساء (57.9%) يظهرن استعدادًا أكبر للانضمام إلى برامج تعليميَّة حول القضايا الجنسيَّة مقارنة بالرجال (42.1%). يبرز هذا التنوّع في الآراء الفرديَّة، ويُظهر أهميَّة فهم وتقدير احتياجات الزوج لضمان الرِّضا المتبادل في العلاقات الحميمة.

القسم الرابع: مخاوف الصحَّة الانجابيَّة والجنسيَّة

تظهر النتائج وجود مخاوف مشتركة بين الرجال والنساء في مختلف جوانب الصحَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة. يُظهر التخطيط المسبق لممارسة الجنس نسبة موافقة قدرها 53.0% بين النساء مقابل 47.0% بين الرجال، مشيرًا إلى قلق أكبر بين النساء حيال هذا الجانب. في حين إنَّ هناك تفاوتًا طفيفًا في الإجابات حول عدم القدرة على الوصول إلى هزَّة الجماع في الوقت نفسه والقلق أثناء محاولة المحافظة على الانتصاب.

من ناحية أخرى، يظهر تأثير مبادرة الزوجة في ممارسة الجنس تفوّقًا لدى النساء بنسبة 58.6% مقارنة بنسبة 41.4% للرجال، مشيرًا إلى أهميَّة الاعتبارات النفسيَّة المتعلِّقة بالمبادرة في تجربة الجنس.

فيما يتعلَّق بقلق الأزواج حول المشاركة في تنظيم النسل واتِّخاذ قرار الإجهاض، يظهر وجود قلق مشترك يتراوح بين 46.4% و 53.6% لدى الرجال والنساء، ممّا يُشير إلى أهميَّة التفاهم المشترك حيال هذه القضايا.
تظهر النتائج أنَّ التفاصيل تعكس بعض الفروق بين الرجال والنساء في طبيعة القلق الصحّي والجنسي، ولكن التشابه العامّ يبرز القضايا المشتركة في هذا السياق.

القسم الخامس: المتعة المشتركة

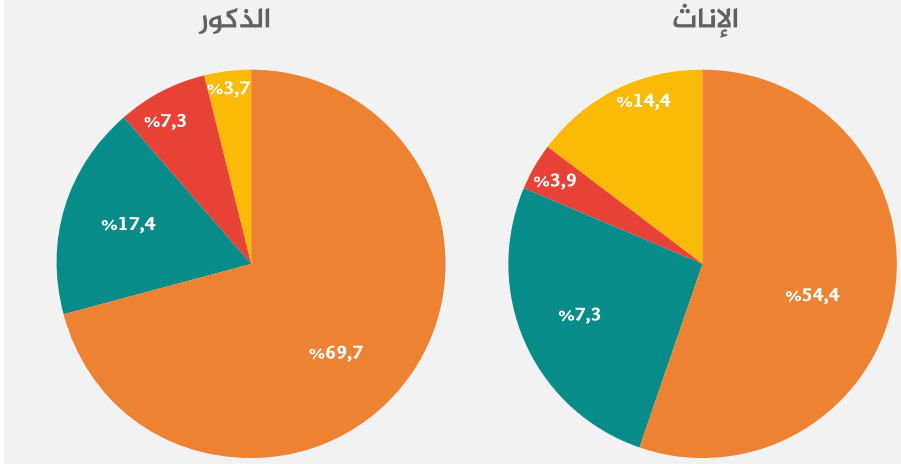
تُظهِر النتائج أنَّ هناك اتِّفاقًا بين الرجال والنساء في الرؤية حول أهميَّة الجنس، حيث يشير 87.6% من النساء و49.0% من الرجال إلى أنَّ الجنس ليس مقتصرًا على الإنجاب فقط، بل يتضمَّن أيضًا الحاجة إلى اللذة والمتعة. وفي هذا السياق، يظهر أنَّ النساء يملن إلى التأكيد بشكل أكبر على هذه الجوانب غير الإنجابيَّة للجنس بنسبة أعلى من الرجال.

الجزء الرابع: الممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والانجابيَّة

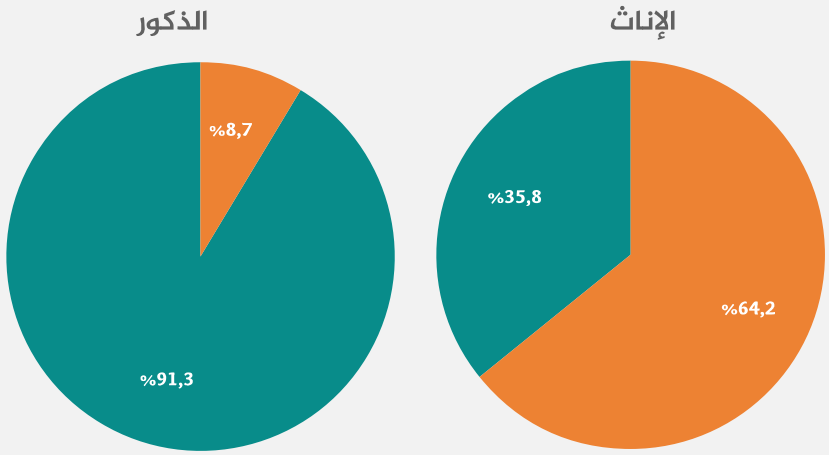
تكشف نتائج الاستطلاع عن فروق واضحة بين النساء والرجال في مجموعة من جوانب الجنس والصحَّة الإنجابيَّة. حيث يُظهر المعدَّل العالي لعدم ممارسة الجنس بين النساء (69.8%) مقارنة بالرجال (30.2%) تفوّقًا للرجال في هذا السياق. كما يبرز تفوّق النساء في تجنُّب ممارسة الإمتاع الذاتي (العادة السريَّة) بنسبة 68.4% مقابل 8.7% بين الرجال.

تكشف نتائج الاستطلاع أنَّ 34% من الرجال و12% من النساء كانوا دون سن 18 عندما خاضوا أوَّل تجربة جنسيَّة. بينما يشير 50% من الرجال و57.6% من النساء إلى أنَّهم خاضوا تجربتهم الجنسيَّة الأولى في الفترة العمريَّة من 18 إلى 24 سنة. يبرز هذا التحليل الفارق في توقيت الخوض بالتجربة الجنسيَّة الأولى بين الجنسين، حيث يكون للنساء تجربتهن الجنسيَّة الأولى في الفترة العمريَّة الأصغر بشكل ملحوظ مقارنة بالرجال. النساء يظهرن أيضًا ميلًا لخوض تجارب جنسيَّة في فترة الشباب بنسبة 42.4% للفئة العمريَّة 18-24 عامًا، بينما يبدو الرجال أكثر تنوُّعًا في الأعمار عند تجربتهم الأولى.
كما تظهر النتائج أيضًا أن النساء أقل انخراطًا في تجارب الجنس الإلكترونيَّة بنسبة 14.8%، في حين أن الرجال يشكلون 67.0% من هذه الفئة. فيما يتعلَّق بمشاهدة المواد الإباحيَّة، يظهر الرجال اهتمامًا أكبر (54.6%) مقارنة بالنساء (16.0%). وفي موضوع استخدام وسائل منع الحمل، يبدو أنَّ النساء أكثر حرصًا بنسبة 56.9% مقابل 47.7% للرجال.
أخيرًا، يظهر أنَّ النساء أكثر رويَّة للوصول لخدمات الصحَّة الجنسيَّة (56.9%) مقارنة بالرجال (43.1%)، وأكثر إقبالًا على زيارة الطبيب بسبب قضايا صحيَّة جنسيَّة (62.4% مقابل 37.6%).
ببساطة، تكشف الأرقام عن اختلافات بين الجنسين في مجموعة متنوِّعة من الجوانب المتعلِّقة بالجنس والصحَّة الإنجابيَّة، حيث تتفاعل النساء والرجال بطرق مختلفة تجاه هذه القضايا.

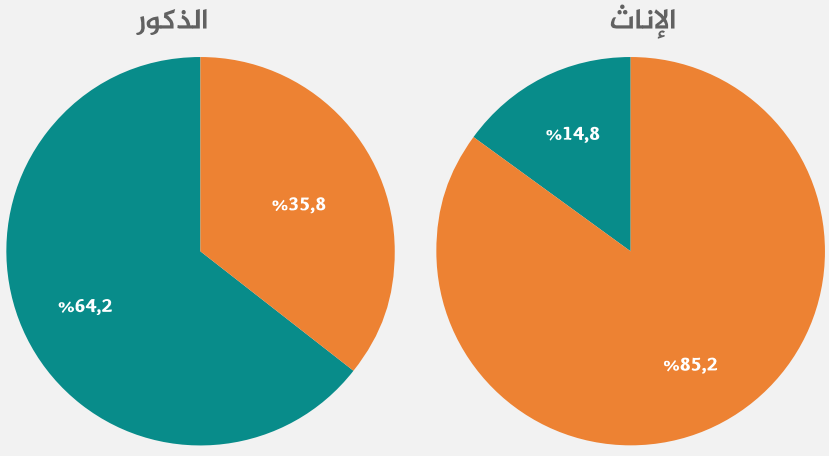
ما هو معدَّل ممارسة
الجنس /بالأسبوع/ بالشهر؟

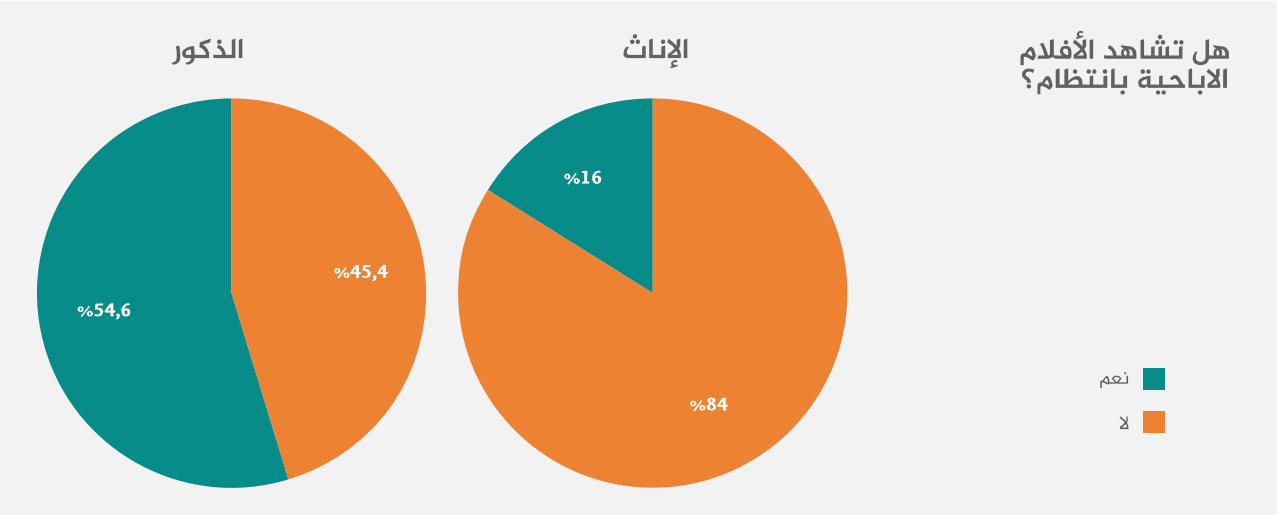


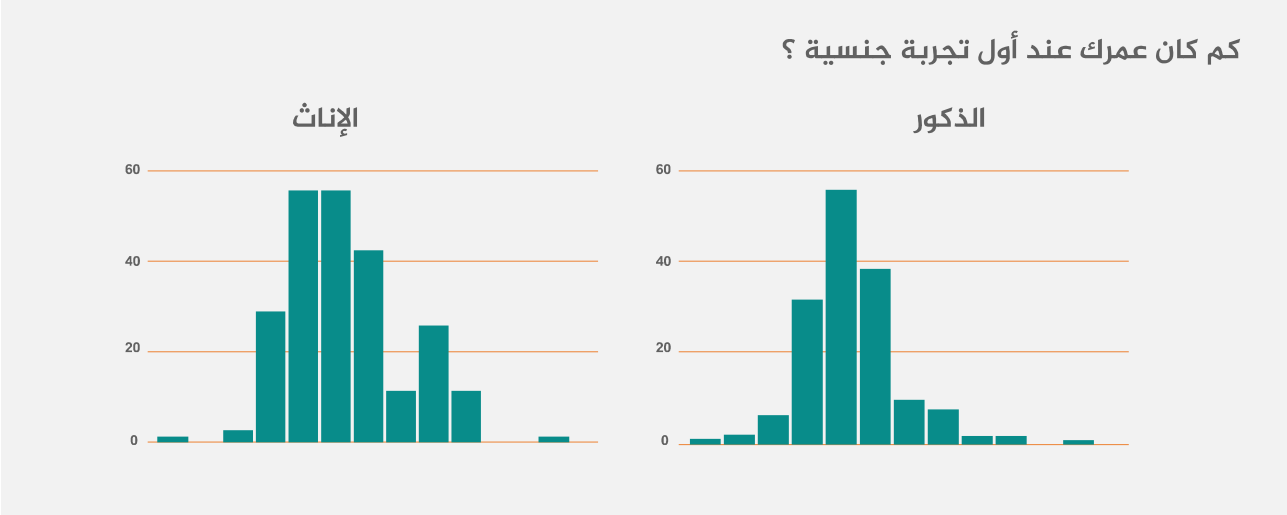
هل مارست العادية السرية من قبل ؟



هل لديك تجربة جنسية
الكترونية من قبل ؟







ثانيا: نتائج الاستبانة التحليليَّة

هدف الاستبيان الالكتروني إلى اكتشاف الوضع الحالي للمعرفة والمواقف والممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بين الأزواج المتزوجين والذين سبق لهم الزواج في الأردن. وكشفت النتائج عن جوانب مختلفة من الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، مكَّنت من إلقاء الضوء على الفروق الكبيرة بين الجنسين في مستويات المعرفة والمواقف والممارسات.

المعرفة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة:

كشف الاستبيان الالكتروني عن فروق ملحوظة في مستويات المعرفة بين الرجال والنساء بشأن جوانب مختلفة من الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. بينما أظهر كلا الجنسين وعيًا بقضايا معيَّنة مثل تأثير الأمراض المنقولة جنسيًّا على الخصوبة، كما أظهرت النتائج فجوات معرفيَّة كبيرة في مجالات مثل ضعف الانتصاب و تشريح الأعضاء التناسليَّة للإناث.

اختلف الرجال والنساء في فهمهم لمواضيع مثل متلازمة تكيس المبيض المتعدِّد وأهميَّة الغشاء البكاري كمؤشِّر على العذريَّة. حيث تؤكِّد هذه الفروق على ضرورة وجود برامج تثقيفيَّة جنسيَّة شاملة تتناول القضايا الصحيَّة الخاصَّة بالجنسين، وتعزِّز نشر المعلومات بدقَّة وموضوعيَّة.

المواقف نحو الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة:

أبرز المسح مواقف وتوجُّهات متنوِّعة نحو الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بين المشاركين، تعكس العوامل الثقافيَّة والاجتماعيَّة والفرديَّة. بينما كانت هناك موافقة على قضايا معينة مثل أهميَّة المداعبة وتأثير الحياة الصحيَّة على الوظيفة الجنسيَّة، كانت هناك آراء متباينة فيما يتعلَّق بقضايا مثل ضرورة الوصول إلى الذروة الجنسيَّة للتمتُّع ودور الموافقة في التفاعلات الجنسيَّة.

أشارت الفجوات بين الجنسين إلى وجود تفاوت واضح في التوجُّهات نحو الرِّضا الجنسي، والتفاوض في القضايا الجنسيَّة بين الزوجين، وأهميَّة الجنس في الحياة. تؤكِّد هذه التباينات على أهميَّة معالجة التقاليد الثقافيَّة وتعزيز الحوار المفتوح داخل العلاقات الحميمة لتعزيز التفاهم المتبادل والرِّضا.

الممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة:

كشفت النتائج عن ممارسات مختلفة تتعلَّق بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بين الرجال والنساء، بما في ذلك معدَّلات الامتناع عن الجنس، وعمر الخبرة الجنسيَّة الأولى، و انخراطٌ في التجارب الجنسيَّة عبر الإنترنت، واستهلاك المواد الإباحيَّة، واستخدام وسائل منع الحمل، والوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة.

أظهرت النساء معدَّلات أعلى من الامتناع الجنسي، وتجنب الاستمناء، واستعدادًا للوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة مقارنة بالرجال. علاوة على ذلك، كانت النساء عرضة لخبرات جنسيَّة أولى في سن أصغر وكانت أقل انخراطًا في تجارب جنسيَّة عبر الإنترنت. تسلط هذه النتائج الضوء على الحاجة إلى تدخلات مخصصة وخدمات رعايَّة صحيَّة تتناسب مع الاحتياجات والتفضيلات الخاصة بالرجال والنساء بشأن الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

التوصيات:

للنتائج التي أسفر عنها الاستبيان الالكتروني تأثيرات عديدة على السياسات والممارسات والبحث في مجال الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن.

أولاً، هناك حاجة ملحَّة إلى برامج تثقيفيَّة جنسيَّة شاملة تستهدف كلا الرجل والمرأة، تعالج القضايا الصحيَّة الخاصَّة بالجنسين، وتعزِّز نشر المعلومات بدقَّة وحساسيَّة ثقافيَّة.

ثانياً، يجب تزويد مقدِّمي الرعاية الصحيَّة بالمعرفة والمهارات اللازمة لمعالجة الاحتياجات المتنوِّعة للأزواج المتزوجين والذين تزوَّجوا في الأردن. ويشمل ذلك توفير خدمات صحَّة جنسيَّة متاحة وغير متحيِّزة، وتعزيز استخدام وسائل منع الحمل، ومعالجة القضايا المتعلِّقة بالعجز الجنسي والصحَّة الإنجابيَّة.

ثالثًا، ينبغي على صانعي السياسات إعطاء الأولويَّة للصحَّة الجنسيَّة كأولويَّة صحيَّة عامَّة وتخصيص الموارد للبحث والتعليم وتقديم الخدمات في هذا المجال. ويشمل ذلك معالجة العوائق الثقافيَّة والاجتماعيَّة للرعاية الصحيَّة الجنسيَّة، وتعزيز المساواة بين الجنسين، وتمكين الأفراد لاتِّخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم الجنسيَّة والإنجابيَّة.

ثانيا: نتائج الإستبانة التحليليَّة

أظهرت نتائج الجزء النوعي من الاستبيان تشكيلة متنوِّعة من المشاركين، حيث ينقسم الاستبيان إلى أربعة أقسام: الديموغرافيا، المعرفة، التوجُّهات، والممارسات.

القسم الأوَّل: البيانات الشخصيَّة

في القسم الأوَّل، الديموغرافيا، تمَّ جمع بيانات من (51) رجلاً وامرأة في الأردن، حيث تسلِّط الضوء على التوزيع الجنسي، والفئات العمريَّة، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعيَّة. أظهرت النتائج تفوقًا نسائيًا بنسبة (78.43)%، وأكبر نسبة في الفئة العمريَّة 35-39 عامًا بنسبة (35.29)%، وتوزيعًا تعليميًا يشير إلى (47.05)% حاصلين على شهادة جامعيَّة.

بالنسبة للحالة الاجتماعيَّة، كان (76.47)% متزوجين، (5.88)% منفصلين، (11.76)% مطلقين، و (5.88)% أرامل. يعكس ذلك تنوُّعًا كبيرًا في الخلفيات الديموغرافيَّة.

العيِّنة المشاركة في الاستبيان تعكس تنوُّعًا واسعًا في الخلفيَّات الوظيفيَّة. للنساء، تشمل الوظائف صيادلة، ومعلِّمات، وربَّات منزل، ومشرفات في دور الرعاية، وباحثات اجتماعيَّات، واختصاصيات نفسيَّة، وموظَّفات في القطاع الحكومي، إلى جانب متطوّعات وطالبات.

أمَّا الرجال، فقد تمثلوا في وظائف متنوِّعة كالتدريس، والجزارة، والعمل المؤقَّت، والمحاسبة، وريادة الأعمال، والبحث، وهندسة البرمجيَّات، والعمل المصرفي، والميكانيكا، والعاطلين عن العمل، وذلك بالإضافة إلى الباحثين، ومهندسي البرمجيات، وموظَّفي البنوك، وفنيي الصيانة للآلات الثقيلة، ممَّا يظهر التنوُّع الكبير في الخلفيَّات المهنيَّة للمشاركين.

كما تمَّ توزيع المشاركين حسب أماكن الإقامة، حيث بلغت نسبة الشمال (51%)، الوسط (39%)، والجنوب(10%). وأفادت (84%)بعدم وجود إعاقات، بينما أبلغ (16%)عن وجود إعاقة تشمل الحركيَّة والسمعيَّة والبصريَّة.

تظهر النتائج تنوُّعًا لافتًا في العيِّنة من حيث الجوانب الديموغرافيَّة، ممَّا يعزِّز تمثيليَّة وتنوُّع المشاركين في الدراسة.

القسم الثاني: المعرفة

السؤال الأول:

في هذا السؤال، جرى استفتاء العيِّنة حول مدى معرفتهم بمفهوم "الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة". في حال الإجابة بنعم، تمَّ طرح سؤال إضافي للمشاركين للتعبير عن وجهة نظرهم حيال تلك المفاهيم.

هل لديك معرفة بـ "حقوق الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّ"؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 65	% 35	% 100
رجال	% 54.5	% 45.5	% 100
كل المشاركين	% 61	% 39	% 100

يظهر من الجدول أعلاه أنَّ نسبة كبيرة من المشاركين لديهم معرفة بمفاهيم "الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة". وبالتحديد، أجاب 61% من المشاركين بـ "نعم"، في حين إنَّ 39% أجابوا بـ "لا".
عند تعريف مفهوم الصحَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة، تبيَّن أنَّ نسبة الإناث المستجيبات كانت أعلى من الذكور، حيث أجابت (65%) من الإناث بـ "نعم" مقابل (54.5%) من الذكور. تُظهر هذه النتائج أن الذكور قد يظهرون تحفُّظًا على الإجابات، ممَّا يُشير إلى نقص في المعرفة بمفهوم الصحَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة.

فيما يخصّ المعرفة لدى الإناث، بلغت نسبتهن (65%) معرفة، في حين كانت نسبة عدم المعرفة (35%). ولوحظ تباينًا في الإجابات حسب المستوى الأكاديمي، حيث كانت الإجابات المتنوِّعة بين الحاصلين على درجة البكالوريوس والدبلوم والثانويَّة والأساسي، ممَّا يُظهر أنَّ المستوى الأكاديمي لا يعكس بالضرورة مستوى المعرفة بمفهومي الصحَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة.

تشير إجابات السيِّدات حول مفهوم الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة إلى تنوُّع واستنتاجات متعدِّدة تعتمد على الخلفيَّات الشخصيَّة والثقافيَّة. يظهر أنَّ الاتِّجاه الرئيسي في الإجابات يتركَّز حول الحمل والإنجاب، بينما كانت الإشارة إلى الممارسة الجنسيَّة السليمة قليلة. ويعكس ذلك قدراً كبيرًا من الالتباس بين مفهومي الصحَّة الجنسيَّة والصحَّة الجسديَّة.
تبرز إجابات السيِّدات وعيًا أكبر بعناصر الصحَّة الإنجابيَّة، مثل الحمل، والولادة، والتنظيم الأسري، والعقم، ممَّا يشير إلى فهم عميق للمسؤوليَّات الأموميَّة والأبويَّة. ومع ذلك، يظهر نقصًا في استخدام كلمات مثل "انحرافات جنسيَّة"، و"رغبات جنسيَّة متوافقة"، و"إثارة"، و"غريزة"، ممَّا يشير إلى تحفُّظ في استخدام المفردات الدقيقة في سياق الصحَّة الجنسيَّة.

من الواضح أن هناك حاجة لزيادة الوعي بجوانب الصحَّة الجنسيَّة، وخاصَّة الممارسة الجنسيَّة الصحيحة والمفردات الدقيقة المتعلِّقة بها. إضافةً إلى ذلك، يتعيَّن تعزيز فهم الفرق بين الصحَّة الجنسيَّة والصحَّة الجسديَّة لضمان تحقيق فهم صحيح وشامل لهاتين الجانبين الحيويين في حياة الأفراد.
يتَّضح من خلال الاطِّلاع على إجابات الذكور حول مفهوم الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة أنَّ التركيز كان أساسًا على الجوانب الجنسيَّة دون الإشارة الواضحة إلى الصحَّة الإنجابيَّة. يبدو أنَّ هناك تفاوتًا في التفكير حيال مفهوم الصحَّة الإنجابيَّة بين الجنسين، حيث لم يتمّ ذكر الصحَّة الإنجابيَّة بوضوح في إجابات الذكور، ممَّا يشير إلى افتراض أنَّ هذا الجانب يعتبر أكثر تخصيصًا للإناث.

على الرغم من ذلك، فإنَّ فهم الذكور للصحَّة الجنسيَّة يظهر تنوّعًا وشمولًا، حيث يشمل الاهتمام بالعناية الجسديَّة والنشاط الرياضي، ويبرز أهميَّة التواصل والوعي الجنسي مع الزوجة. كما يظهر أنَّ الذكور يعتبرون التخطيط للحمل والرعاية الجيِّدة للأطفال أحد الجوانب الرئيسة للصحَّة الجنسيَّة.

لذا، يُظهر التحليل أهميَّة التوعية المستمرَّة حول أهميَّة الصحَّة الإنجابيَّة بين الذكور، لضمان فهم كامل وشامل لمفهوم الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في سياق الصحَّة الشاملة للأفراد.

بعض الإجابات بلغة المشاركات السيدات ركَّزت على الصحَّة الجنسيَّة والصحَّة الانجابيَّة، أمَّا باقي المشاركات كان التركيز على الصحَّة الانجابيَّة فقط.

"الصحَّة الجنسيَّة تشمل على قدرة الزوجة على إتمام العمليَّة الجنسيَّة دون وجود أي مشاكل وان تكون متقبِّلة لذلك، الصحَّة الإنجابيَّة وتتضمَّن قدرة المرأة والرجل على الإنجاب دون وجود أي مشاكل صحيَّة تؤثِّر على ذلك"
"الجنسيَّة كل ما يتعلَّق بالامور الجسديَّة. وجهاز التناسليَّة يعني الاهتمام بهرمونات النسائيَّة والدورة واهتمام بالنظافة، الإنجابيَّة التخطيط للحمل والاستعداد من أجل أن تكون فحوصاتي سليمة فيتامينات والهرمونات والرحم جاهز"
"الصحَّة الجنسيَّة اهتمّ بجسمي صحيًّا (الأكل والرياضة ومراجعة الطبيب عند الحاجة) ونفسي اهتمّ بمشاعري وأفكاري حتى أقدر أمارس العلاقة الحميمة مع الزوج بحب. الإنجابيَّة بتتعلَّق بالحمل: هل أخطط مع زوجي واعتني بنفسي خلال الحمل ومراجعة دكتوره نسائيَّة، وتباعد بين الأحمال"

"الصحَّة الجنسيَّة هي القيام بالعلاقة الجنسيَّة مع شريك الحياة (الزوج) وتكون هذه العلاقة بطريقة إيجابيَّة، الصحَّة الإنجابيَّة قدرة الشخص على الإنجاب".

بعض الإجابات بلغة المشاركين الرجال:

"كل ما يتعلَّق بصحة ووظيفة الجهاز التناسلي عند الذكور والإناث".
"أساس التكاثر في المجتمع".
"القدرة على إقامة علاقه جنسيَّة كاملة والعلاج في حال احتجت ذلك أنا أو زوجتي، والقدرة على الحمل ومتابعته بالطرق السليمة".

السؤال الثاني:

في هذا السؤال، تمَّ استفتاء العيِّنة حول مدى معرفتهم بمفهوم "حقوق الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة". في حال الإجابة بنعم، تمَّ طرح سؤال إضافي للمشاركين للتعبير عن وجهة نظرهم حيال ذلك المفهوم.

هل لديك معرفة بـ "حقوق الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة»؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 60	% 40	% 100
رجال	% 45.5	% 54.5	% 100
كل المشاركين	% 57	% 43	% 100

مفهوم حقوق الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة من وجهة نظر النساء يتمثّل في مجموعة من الحقوق والحريّات المهمّة. يُبرزن الحقّ في الرعاية الصحيّة، وحقّ اختيار الزوج المناسب، والحقّ في الحصول على توعية كأحد أهم الحقوق. يعكسن أيضًا حقوقًا مهمّة مثل حقّ اتّخاذ قرارات الإنجاب بحريّة ودون ضغوط، وحقّ الخصوصيّة الشخصيّة.

تظهر الإجابات تفهّمًا لأهميّة اتفاق الزوجين على تنظيم الحمل وتحمّل الوضع النفسي والجسدي للزوجين. كما يشمل الحقّ في اختيار وقت وطريقة الممارسة الجنسيّة، وحقّ اختيار وسيلة منع الحمل. السيّدات يركّزن أيضًا على حقوقهن في تلقّي الرعاية الصحيّة الملائمة للحمل والولادة، وحقّهن في الوصول إلى المعلومات الصحيحة والخدمات الإنجابيّة.

بشكل عام، يظهر تلخيص الإجابات أنّ النساء يعتبرن الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة جزءًا لا يتجزّأ من حياتهن، ويؤكّدن على أهميّة الحقوق الشخصيّة والخصوصيّة والتوعية لضمان تجربة صحيّة وإنجابيّة آمنة ومرضية.
يمكن تلخيص إجابات المشاركين حول مفهوم حقوق الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة والمقارنة بين إجابات الإناث والذكور كما يلي:

إجابات الإناث:

1. تركّز على حقّ الرعاية الصحيّة واختيار الزوج.
2. تؤكّد على حقّ اتّخاذ قرارات الإنجاب بحريّة دون ضغوط والحقّ في الصحّة والخصوصيّة.
3. تعبّر عن أهميّة التفاهم والاتفاق بين الزوجين في التخطيط للحمل واستخدام وسائل منع الحمل.

إجابات الذكور:

1. يشدّدون على التشارك في التخطيط للحمل واستخدام وسائل التنظيم.
2. يعبّرون عن حقّ الاختيار في الوقت والطريقة لممارسة العلاقة الجنسيّة.
3. يبرزون حقّ الاستمتاع في العلاقة واختيار الزوجة، ويؤكّدون على حقّ التثقيف الجنسي والوصول للخدمات الصحيّة.

المقاربة:

1. يشير كلا الجنسين إلى حقّ الاختيار في (الزوج/الزوجة) والتخطيط للحمل.
2. يبرز الجنسان أهميّة حقوق الصحّة والوصول للخدمات الصحيّة.
3. يؤكّد الذكور بشكل خاصّ على حقّ التشارك في اتّخاذ قرارات الإنجاب.

بشكل عام، يتّضح أنّ هناك توجّهًا مشتركًا بين الجنسين حول حقوق الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة، ولكن يمكن ملاحظة بعض التأكيدات المتميّزة لكل جنس على بعض النقاط.

بعض اجابات السيّدات بلغتهن الخاصّة:

"الاتّفاق على آليّة الممارسة وطرق الاستمتاع، وعدم الإجبار من قبل الزوج / الزوجة على الممارسة، والاتّفاق على تنظيم الحمل، والاتّفاق على وسيلة المستخدمة لتنظيم الحمل".
"اختيار موعد الممارسة، تقبّل الطرف الآخر عند الرفض".
"توفير وسائل تنظيم الأسرة لمساعدة المرأة على المباعدة بين الأحمال وحقّ المرأه بتحديد النسل وحقّ المرأة بتحديد الموعد المناسب للبدء بالحياة الزوجيّة".
"حقّي بزيارة الطبيب. حقّي باختيار الموعد المناسب للمعاشرة".
"حريّة اختيار الوقت المناسب".
"حريّة أخذ قرار بالإنجاب".

بعض إجابات الرجال بلغتهم:

1. "حقّ الاستمتاع في العلاقة، الحقّ باختيار الزوجة، الحقّ في اختيار نوع التنظيم المستخدم".
2. "التشارك في التخطيط للحمل واستخدام وسائل التنظيم، واختيار الوقت والطريقة لممارسة العلاقه الجنسيَّة".
3. "حقّ اختيار الزوجة المعاشرة، حقّ اختيار الزمان".

السؤال الثالث:

تمّ استفتاء العيّنة على مدى معرفتهم بمفهوم "الأمراض المنقولة جنسيًّا" أو "الأمراض المنقولة عن طريق الاتِّصال الجنسي"؟ في حال الإجابة بنعم، تم طرح 3 أسئلة إضافيَّة للمشاركين وهي :

1. اذكر واحدًا أو أكثر من الأمثلة على الأمراض المنقولة جنسيًّا التي تعرفها.
2. اذكر واحدة أو أكثر من الطرق التي تنتقل من خلالها الأمراض المنقولة جنسيًّا من شخص لآخر.
3. ما هي طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًّا؟

هل تملك معرفة بمفهوم "الأمراض المنقولة جنسيًّا" أو "الأمراض المنقولة عن طريق الاتِّصال الجنسي"؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 87.5	% 12.5	% 100
رجال	% 90.9	% 9.1	% 100
كل المشاركين	% 88.2	% 11.8	% 100

اذكر واحدًا أو أكثر من الأمثلة على الأمراض المنقولة جنسيًّا التي تعرفها.		
	نساء	رجال
الإيدز	75%	% 80
الهربس	7.5%	% 10
السيلان	10%	% 10
الزهري	10%	% 30
التهاب الكبد الوبائي	2.5%	% 0
قمل العانة	2.5%	% 0
الفطريَّات	2.5%	% 10
التهابات المنطقة التناسليَّة	2.5%	% 10
الثآليل التناسليَّة	% 0	% 10

من خلال مراجعة النتائج، يظهر أنَّ المشاركين يشعرون بأنَّ لديهم معرفة بمفهوم الأمراض المنقولة جنسيًّا أو عن طريق الاتِّصال الجنسي. ومع ذلك، يُلاحظ أنَّ الإشارة إلى بعض الأمراض، خاصَّة فيروس نقص المناعة المكتسبة (AIDS/HIV)، تكرَّرت، ولكن يُحتاج إلى توضيح أفضل، على سبيل المثال، باستخدام الألفاظ المحدَّدة مثل "فيروس نقص المناعة المكتسبة" بدلاً من الاكتفاء باللفظ العامّ "الإيدز". بالإضافة إلى ذلك، تمّ ذكر الهربس والزهري وفيروس الكبد بنسب قليلة، ولكن يمكن تعزيز الاستفهام حول تلك الأمراض للحصول على إجابات أكثر تفصيلاً وشمولاً.

أمَّا سؤال عن الطرق التي تنتقل من خلالها الأمراض المنقولة جنسيًّا من شخص إلى آخر.

الأمراض المنقولة جنسيًّا يمكن نقلها عبر عدَّة وسائل، مثل السوائل الجسديَّة كالسائل المنوي والدم والافرازات المهبليَّة، ومن خلال الاتِّصال الجنسي، واستخدام إبر ملوَّثة. كما يُشير المشاركون إلى خطورة ممارسات الجنس العشوائيَّة والعلاقات غير الشرعيَّة، ويؤكِّدون على أهميَّة النظافة الشخصيَّة وتجنُّب مشاركة الأغراض الشخصيَّة. يظهر التوعية بأماكن مشتركة مثل مقاعد الحمَّام والمسابح، ويُشيرون إلى خطورة استخدام الإبر غير المعقَّمة وممارسة الجنس في ظروف غير صحيَّة. يُجمع الجميع على أهميَّة فحص الأمراض بانتظام والابتعاد عن الممارسات الغير آمنة للحفاظ على الصحَّة الجنسيَّة.

أمَّا سؤال ما هي طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًّا فكانت الإجابات كالتالي:

تلخيصٌ لإجابات الإناث حول طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًّا:

1. استخدام الواقي الذكري.
3. علاج الأمراض الجنسيَّة قبل ممارسة النشاط الجنسي مع الزوج/الزوجة.
4. التقيُّد بما ذكره الدين من زواج وممارسة يحة.
6. عدم استخدام الأدوات الطبيَّة بشكل عشوائي و التحلِّي بالحذر في الممارسات الطبيَّة.
7. عدم تعدُّد العلاقات وممارسة الحميمة مع طرف وحيد.

إجابات الذكور على ما هي طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًّا تتركز حول عدة نقاط:

1. استخدام الواقي الذكري: تكرَّر ذكر هذه النقطة كوسيلة للوقاية.
2. الزواج: يتمّ التأكيد على أهميَّة العلاقات الجنسيَّة داخل إطار الزواج كوسيلة للوقاية.
3. العلاج الطبّي: ذُكر اللجوء إلى العلاج الطبّي كوسيلة للوقاية.
4. سحب الدم مع ضمان التعقيم: يشير إلى الحاجة إلى ضمان سلامة ونظافة إجراءات الرعاية الصحيَّة، ممَّا قد يساهم في ا قاية.
5. العناية الشخصيَّة والحذر من استخدام أدوات الشخصيَّة: تحديد أهميَّة النظافة الشخصيَّة وتجنُّب مشاركة أدوات الشخصيَّة مع الآخرين.
6. التعقيم ومكان ثقة عند أخذ الإبر: يشير إلى ضرورة التعقيم واستخدام مكان موثوق عند أخذ الإبر، ممَّا يساهم في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًّا.
7. ممارسة العلاقة الجنسيَّة مع طرف واحد: يؤكّد على أهميَّة الوفاء لشريك واحد كطريقة للوقاية.
8. عمل فحوصات دوريَّة: يشدِّد على الفحوصات الدوريَّة كوسيلة لرصد ومعالجة أي حالات محتملة.
9. عدم الممارسة خارج إطار الزواج: يتمّ التأكيد على أهميَّة الوفاء (للزوج/للزوجة) والامتناع عن العلاقات الجنسيَّة خارج إطار الزواج.
10. الواحد يمشي بالحلال: يعبّر عن التزام بالمبادئ الدينيَّة والأخلاقيَّة في ممارسة العلاقات الجنسيَّة.

يبدو أنَّ متغيّر الجنس (ذكور/إناث) لم يؤثّر على مستوى المعرفة، حيث وُجِد اتفاقٌ واضح على أنَّ إقامة علاقات شرعيَّة داخل حدود الزواج تُعتبر وسيلة للوقاية من الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًّا. كما تمَّت مقارنة الالتزام بالزواج باعتباره وسيلة للتعبير عن العلاقة داخل حدود الزواج.

ومن الجدير بالذكر أنَّ التعقيم كان يُشار إليه عند استخدام أدوات نقل الدم، ممَّا يظهر أهميَّة الالتزام بممارسات آمنة في سياق الرعاية الصحيَّة.

السؤال الرابع: هل تمتلك معرفة بمفهوم "وسائل تنظيم الأسرة"؟

هل تمتلك معرفة بمفهوم "وسائل تنظيم الأسرة»؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 95	% 5	% 100
رجال	% 100	% 0	% 100
كل المشاركين	% 96	% 4	% 100

تكرَّرت الإشارة إلى وسيلة تنظيم الأسرة "اللولب" بشكل متكرِّر، وكانت هناك إشارة أيضًا إلى "الواقي الذكري" و "العزل". الإجابات تتنوَّع بين استخدام وسائل للمرأة وبعضها يشير إلى وسائل للرجل. يظهر أنَّ الوعي بأوساط تنظيم الأسرة متنوِّع ويشمل عدَّة خيارات. من خلال فحص الجدول السابق، يظهر أن الأغلبيَّة الساحقة من الإجابات أشارت إلى استخدام "اللولب" كوسيلة لتنظيم الأسرة، دون الإشارة إلى الأنواع المحدَّدة مثل اللولب الهرموني أو اللولب النحاسي. يشير ذلك إلى أهميَّة زيادة المعرفة بين الأفراد حول الأنواع المختلفة لأنواع اللولب، والتي يمكن اختيارها استنادًا إلى الحالة الصحيَّة والاحتياجات الفرديَّة للسيِّدات.

أظهرت الإجابات أيضًا تفاعلًا إيجابيًّا تجاه استخدام الواقي الذكري من قبل الرجال، ممَّا يعكس مستوى جيد من المعرفة حيال أنَّ وسائل تنظيم الأسرة ليست مقتصرة على الإناث فقط.

بالإضافة إلى ذلك، تمَّ ذكر أساليب أخرى مثل "العزل" ومتابعة "وقت الإباضة"، ممَّا يشير إلى وعي بالأساليب الطبيعيَّة لتنظيم الأسرة والتحكُّم في الخصوبة.

السؤال الخامس: هل لديك معرفة بأماكن توفُّر خدمات صحَّة جنسيَّة وإنجابيَّة في الأردن؟

هل لديك معرفة بأماكن توفُّر خدمات صحَّة جنسيَّة وإنجابيَّة في الأردن؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 53.8	% 46.2	% 100
رجال	% 27.3	%72.7	% 100
كل المشاركين	% 48	% 52	% 100

تمَّ توجيه الإجابات نحو عدَّة أماكن تقدِّم خدمات صحَّة جنسيَّة وإنجابيَّة في الأردن، ومنها:

1. المراكز الصحيَّة والمستشفيات الحكوميَّة.
2. الأمومة والطفولة.
3. مؤسَّسة نور الحسين.
4. مراكز تنظيم الأسرة.
5. المستشفيات الخاصَّة والعيادات النسائيَّة الخاصَّة.

استنادًا إلى نسب الإجابة حول معرفة أماكن توفير خدمات الصحَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة، يظهر أنَّ نسبة الإجابة "عدم المعرفة" كانت مرتفعة بشكل ملحوظ، حيث بلغت 46.2% بين الإناث و72.7% بين الذكور. يُعتبر هذا الارتفاع ملفتًا للنظر ويستدعي التدخُّل، خاصَّة في ظلِّ وجود الحكومة التي توفِّر هذه الخدمات وتمتلك أقسامًا متنوِّعة في مختلف مناطق الأردن.

بناءً على رأي الباحثين، يُظهر ذلك أنَّ هناك حاجة ملحَّة لرفع مستوى الوعي بشكل فعّال. يُقترح استخدام وسائل الإعلام وعقد الندوات بشكل مكثَّف لتوعية الناس بمواقع توفير الخدمات الصحيَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة المتاحة، ممَّا يسهم في تقليل نسبة عدم المعرفة وتحقيق تحسين في التوجيه والوعي الصحي للمجتمع.

قسم المواقف

السؤال الأوَّل: برأيك هل الممارسة الجنسيَّة لها تأثير على الحياة الزوجيَّة؟

برأيك هل الممارسة الجنسيَّة لها تأثير على الحياة الزوجيَّة؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 87.5	% 12.5	% 100
رجال	% 60	% 40	% 100
كل المشاركين	% 82.4	% 17.6	% 100

النتائج تشير بوضوح إلى أنَّ الآراء حول تأثير الممارسة الجنسيَّة على الحياة الزوجيَّة تختلف بين النساء والرجال. يشير 87.5% من النساء إلى أنَّ لديهن اعتقاد بأنَّ الممارسة الجنسيَّة تؤثِّر على الحياة الزوجيَّة، بينما يعتقد 60% من الرجال أنَّ لها تأثير مماثل. على الجانب الآخر، يظهر 40% من الرجال يعتقدون أنَّ الممارسة الجنسيَّة ليس لها تأثير كبير على الحياة الزوجيَّة.

تُعدُّ هذه النتائج مثيرة للاهتمام وتعكس التباين في الآراء بين الجنسين. يمكن أن يكون التواصل المفتوح حول هذه القضايا داخل العلاقة الزوجيَّة هو السبيل لفهم أفضل لتوقُّعات الطرف الآخر وتحسين جودة الحياة الزوجيَّة.

إجابات العيّنة حول أثر الممارسة الجنسيَّة على الحياة الزوجيَّة تتنوَّع، وتظهر بعض النقاط المشتركة، مثل:

1. تقوية الترابط بين الزوجين: الممارسة الجنسيَّة تلعب دورًا في تقوية الروابط العاطفيَّة والجسديَّة بين الزوجين.
2. تحسين جودة العلاقة الزوجيَّة: تُعزّز الممارسة الجنسيَّة جودة الحياة الزوجيَّة وتعزّز التواصل وا فاهم.
3. زيادة الرغبة والسعادة: تؤدّي التجارب الإيجابيَّة في الممارسة الجنسيَّة إلى زيادة الرغبة والسعادة في العلاقة الزوجيَّة.
4. تقليل التوتُّر العاطفي: يُظهر بعض الأفراد أنَّ الممارسة الجنسيَّة يمكن أن تسهم في تقليل التوتُّر العاطفي وتحقيق الاستقرار النفسي.
5. زيادة التفاهم والمشاركة: يُشير البعض إلى أنَّ الممارسة الجنسيَّة يمكن أن تزيد من التفاهم والمشاركة بين الزوجين في مسؤوليَّات الأسرة.
6. تحسين جودة الحياة الزوجيَّة: يعتبر البعض أنَّ العلاقة الجنسيَّة المرضيَّة تسهم في تحسين جودة الحياة الزوجيَّة.
7. الراحة والاستقرار الأسري: تُظهر بعض الإجابات أن الممارسة الجنسيَّة يمكن أن تسفر عن الراحة والاستقرار النفسي والأسري.
8. تقليل الخلافات: يُشير بعضهم إلى أنَّ الحياة الجنسيَّة المستدامة قد تقلّل من حدوث الخلافات بين الزوجين.

السؤال الثاني: برأيك هل الرِّضا الجنسي المتبادل بين الزوجين يؤثِّر على الحياة الجنسيَّة؟

برأيك هل الرِّضا الجنسي المتبادل بين الزوجين يؤثِّر على الحياة الجنسيَّة؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 97.5	% 2.5	% 100
رجال	% 63.6	% 36.4	% 100
كل المشاركين	% 90.2	% 9.8	% 100

يُظهر التحليل أنَّ هناك فرقًا واضحًا بين آراء الرجال والنساء فيما يتعلَّق بتأثير الرِّضا الجنسي المتبادل على الحياة الجنسيَّة. في حين إنَّ 97.5% من النساء يرون أنَّ الرِّضا الجنسي المتبادل يؤثّر بشكل كبير على الحياة الجنسيَّة، إلا إنَّ هذا الرقم ينخفض إلى 63.6% بين الرجال.

هذا الفارق في النسب يشير إلى اختلاف في التصوُّرات أو التجارب الشخصيَّة حول دور الرِّضا الجنسي في الحياة الجنسيَّة بين الجنسين. يمكن أن يكون التواصل حول هذه القضايا داخل العلاقة الزوجيَّة مفتاحًا لتحقيق فهم مشترك وتحسين تجربة الحياة الجنسيَّة.

إجابات المشاركين في الدراسة تتلخَّص

بأنَّ الرِّضا الجنسي المتبادل بين الزوجين يلعب دوراً فعّالاً في تحسين جودة حياتهم الجنسيَّة والعلاقة الزوجيَّة بشكل عام. يسهم التوافق الجنسي وعدد الممارسات المرضية للطرفين في بناء حياة جنسيَّة مليئة بالرغبة والراحة، ويعزّز احترام كل طرف لرغبات الآخر. هذا الرِّضا ينعكس على العلاقة بشكل وجداني، حيث يشعر الزوجان بالسعادة والراحة النفسيَّة أثناء الممارسة، ويتجنّبان التبرير أو الهروب. تعمل الرغبة المتبادلة وقبول الطرفين العلاقة كما هي، واستمتاعهم بالممارسات الجنسيَّة بما يتوافق مع الشريعة، على تعزيز التواصل والتفاعل بينهما، يخفّفان من حدَّة التوتُّر في باقي جوانب الحياة الزوجيَّة. الرِّضا الجنسي يشمل أيضًا القبول المتبادل لرغبات الطرفين واتّفاقهما على وقت وكيفيَّة العلاقة، ممَّا يعزّز الثقة والاستقرار في العلاقة.

تعزّز العلاقة الجنسيَّة الرِّضا الجنسي المتبادل بين الزوجين، ويتجلَّى ذلك في اهتمامهم بمشاعر بعضهما واستقبالهما للعلاقة كمصدر للمتعة والسعادة. يقوّي الرِّضا الجنسي الاتِّفاق بين الزوجين على عدم خيانة الطرف الثاني، ويسهم في تضييق دائرة الشكّ والخوف من العلاقات الثلاثيَّة.

الرِّضا الجنسي يُسهم في بناء علاقة زوجيَّة قائمة على المحبَّة والاحترام، ويوفّر للزوجين سعادة وراحة نفسيَّة، مع تلبية احتياجاتهم الجنسيَّة بشكل صحّي ومرضي.

السؤال الثالث: برأيك هل مناقشة الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة لها تأثير على الحياة الزوجيَّة؟

برأيك هل مناقشة الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة لها تأثير على الحياة الزوجيَّة؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 97.5	% 2.5	% 100
رجال	% 72.7	% 27.3	% 100
كل المشاركين	% 92.2	% 7.8	% 100

النتائج تظهر أنَّ الغالبيَّة العظمى من المشاركين، بنسبة 92.2%، يعتقدون أنَّ مناقشة الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة لها تأثير على الحياة الزوجيَّة. وعلى الرغم من أن 97.5% من النساء يرون أنَّ هذه المناقشات لها تأثير كبير، إلا أنَّ هناك فارقًا يظهر بين الجنسين، حيث يعتقد 72.7% من الرجال أنَّ هذه المناقشات لها تأثير.

الاختلاف بين الجنسين قد يعكس تفاوتًا في الاهتمام أو التوجُّه نحو مناقشة هذه القضايا، وقد يبرز أهميَّة تعزيز التواصل بين الزوجين لتعزيز الفهم المتبادل وتحسين جودة الحياة الزوجيَّة.

خلاصة إجابات المشاركين مناقشة موضوع الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة تلعب دورًا حيويًّا في تحسين الحياة الزوجيَّة، حيث تسهم في حلِّ المشاكل الجنسيَّة وتحسين التفاهم والوعي بين الزوجين. يؤدِّي ذلك إلى إنشاء حوار منفتح يعزِّز من بناء الثقة المتبادلة ويوفِّر الدعم المتبادل. المناقشة تعمل على تعزيز العلاقة بين الزوجين وتسهم في تعزيز الرِّضا وتحسين الفهم المتبادل لاحتياجات كل منهما. كما تقوم المناقشة بتحليل الخلل والسعي للتوافق قدر الإمكان، وتقليل التوتُّر وتعزيز فهم كل طرف لاحتياجات الطرف الآخر. بشكل عام، يساعد تبادل الأفكار حول الصحَّة الجنسيَّة في تقوية العلاقة الزوجيَّة وتحقيق الرِّضا المتبادل وتحسين الاتِّصال بين الزوجين.

السؤال الرابع: هل لديك أي مخاوف متعلِّقه بالمشكلات الجنسيَّة؟

هل لديك أي مخاوف متعلِّقه بالمشكلات الجنسيَّة؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 42.5	% 57.5	% 100
رجال	% 45.5	% 54.5	% 100
كل المشاركين	% 43.1	% 56.9	% 100

السؤال الخامس: برأيك أي الطرفين عليه البدء بالممارسة الجنسيَّة؟

برأيك أي الطرفين عليه البدء بالممارسة الجنسيَّة؟			
	الرجل	المرأة	الرجل والمرأة معا
نساء	% 55	% 10	% 35
رجال	% 36.4	% 27.3	% 36.4
كل المشاركين	% 51	% 13.7	% 35.3

تُظهِر النتائج تباينًا في آراء النساء والرجال حول الجهة التي ينبغي أن تبادر بالممارسة الجنسيَّة. حيث يعتقد 55% من النساء أن الرجل يجب أن يكون هو المبادر، بينما يرى 27.3% من الرجال أن المرأة يجب أن تكون هي المبادرة.

قد يعكس هذا التباين تأثيرات الثقافة والمجتمع والعوامل الشخصيَّة على توقُّعات الأفراد في العلاقات الجنسيَّة. يمكن للحوار المفتوح والتفاهم بين الزوجين أن يسهم في تحقيق التوازن والراحة في العلاقة الجنسيَّة، ممَّا يعزِّز الترابط والانسجام بينهما.

السؤال السادس: هل تعتقد أنَّ المتعة المشتركة للجنس مهمَّة في الحياة الزوجيَّة؟

هل تعتقد أنَّ المتعة المشتركة للجنس مهمَّة في الحياة الزوجيَّة؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 95	% 5	% 100
رجال	% 81.8	% 18.2	% 100
كل المشاركين	% 92.2	% 7.8	% 100

النتائج تظهر توافقًا عاليًا بين النساء والرجال حول أهميَّة المتعة المشتركة في الحياة الزوجيَّة. يعتقد 95% من النساء و81.8% من الرجال أنَّ المتعة المشتركة للجنس مهمَّة في الحياة الزوجيَّة.

هذا التوافق يُظهر أهميَّة فهم الزوجين لأهميَّة الرغبات والاحتياجات الجنسيَّة المشتركة، ويشير إلى أنَّ الرغبة في تحقيق تجربة جنسيَّة مشتركة ومُرضية تُعتبر أمرًا مهمًا في بناء علاقة زوجيَّة قويَّة ومستدامة.

السؤال السابع: برأيك، هل يؤثِّر فقدان العذريَّة قبل الزواج لكلا الطرفين على الحياة الزوجيَّة؟

برأيك، هل يؤثِّر فقدان العذريَّة قبل الزواج لكلا الطرفين على الحياة الزوجيَّة؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 87.5	% 12.5	% 100
رجال	% 81.8	% 18.2	% 100
كل المشاركين	% 87.3	% 13.7	% 100

النتائج تُظهر توافقًا بين النساء والرجال بنسبة تصل إلى 87.3% في الاعتقاد بأن فقدان العذريَّة قبل الزواج يؤثِّر على الحياة الزوجيَّة. يُعتبر هذا التوافق ملاحظًا ويُشير إلى أنَّ القضيَّة تلقى اهتمامًا وتأثيرًا من الطرفين.

تؤكِّد هذه النتائج أهميَّة المعتقدات الثقافيَّة والدينيَّة في بعض الأحيان في تقييم تأثير فقدان العذريَّة على الحياة الزوجيَّة. يمكن أن يؤدِّي فهم هذه الآراء المشتركة إلى مزيد من الحوار بين الزوجين وتعزيز التفاهم المتبادل.

السؤال الثامن: ما هو مصدرك الأوَّل لتعلُّم الثقافه الجنسيَّة؟

تتنوَّع مصادر تعلُّم الثقافة الجنسيَّة لدى عيِّنة المشاركين، وتتأثَّر بالخلفيات الشخصيَّة والتجارب الفرديَّة. بينما يعتمد البعض على الأسرة والتربية الدينيَّة، يستند آخرون إلى شريك الحياة (زوجهم) أو الأصدقاء. يلعب الإعلام والتلفزيون دورًا مهمًا في توفير المعلومات، في حين يعتمد البعض على مصادر الإنترنت ومواقع التواصل الاجتماعي، بما في ذلك متابعة أطبَّاء النساء عبر وسائل التواصل الاجتماعي.

تعتبر التجارب الشخصيَّة والحياة الزوجيَّة مصدرًا مهمًا للتعلُّم، كما يظهر تأثير الأفلام والمسلسلات والمجتمعات النسائيَّة المقرَّبة. بعض الأفراد يعتمدون على القراءة والكتب، في حين يعتبر البعض المواد الإباحيَّة مصدرًا للمعلومات. يشكِّل الاستكشاف الشخصي والبحث عبر الإنترنت عن المعلومات التثقيفيَّة مصدرًا مهمًا آخر، كما يتَّضح أنَّ بعض الأفراد يتعلَّمون من تجارب الحياة والمشاكل الجنسيَّة التي يواجهونها. في النهاية، يظهر أن التعلُّم يعتمد على مزيج من المصادر والتجارب الفرديَّة المتنوِّعة.

السؤال التاسع: ما هو رأيك بأن يتمّ تعليم الثقافة الجنسيَّة في المدارس وفق خطط ممنهجه تعتمد على المراحل النمائيَّة؟

ما هو رأيك بأن يتمّ تعليم الثقافة الجنسيَّة في المدارس وفق خطط ممنهجه تعتمد على المراحل النمائيَّة؟			
	أوافق	لا أوافق	المجموع
نساء	% 82.5	% 17.5	% 100
رجال	% 63.6	% 36.4	% 100
كل المشاركين	% 78.4	% 21.6	% 100

النتائج تظهر تأييدا قويًا لفكرة تعليم الثقافة الجنسيَّة في المدارس وفقًا لخطط منهجيَّة تعتمد على المراحل النمائيَّة. يؤيِّد 78.4% من المشاركين هذه الفكرة، حيث يظهر توافقًا بين 82.5% من النساء و63.6% من الرجال.
هذا التأييد يعكس الاعتراف بأهميَّة توفير تعليم شامل حول الثقافة الجنسيَّة للطلاب، ممَّا يساهم في فهم صحيح للجوانب الفيزيولوجيَّة والنفسيَّة والاجتماعيَّة للجنس والعلاقات الجنسيَّة. يمكن أن يكون هذا التوجُّه خطوة إيجابيَّة نحو تحقيق توعية أفضل وتشجيع على سلوكيَّات صحيَّة ومسؤولة.

السؤال العاشر: هل تعتقد أنَّه من المناسب اعتبار الإجهاض خيارًا لمعالجة حالات الحمل غير المخطط لها؟

هل تعتقد أنَّه من المناسب اعتبار الإجهاض خيارًا لمعالجة حالات الحمل غير المخطَّط لها؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 40	% 60	% 100
رجال	% 54.5	% 45.5	% 100
كل المشاركين	% 56.9	% 43.1	% 100

النتائج تظهر تباينًا في الآراء بين النساء والرجال بشأن مدى مناسبة اعتبار الإجهاض خيارًا لمعالجة حالات الحمل غير المخطَّط لها. يعتقد 40% من النساء أنَّه من المناسب اعتبار الإجهاض خيارًا، بينما يعتقد 54.5% من الرجال ذلك.
هذا التباين يعكس التعقيدات الأخلاقيَّة والشخصيَّة المرتبطة بقضيَّة الإجهاض. يظهر التوجُّه الأكثر تحفُّظًا لدى النساء، وهو ما قد يعكس اختلافات في الرؤى والتجارب الشخصيَّة حيال هذا القرار. تحتاج هذه النتائج إلى فهم أعمق للتحدِّيات والقضايا المحيطة بالإجهاض والتوعية حولها.

إضافةً إلى النظرة إلى قضيَّة الإجهاض، يمكن التأكيد على أهميَّة توفير السماح بالإجهاض الآمن كخيار. السماح بالإجهاض الآمن يعني توفير إجراءات طبيَّة آمنة للنساء اللواتي يخترن إنهاء الحمل غير المخطَّط له.

تكمن أهميَّة السماح بالإجهاض الآمن في حماية صحَّة النساء وتقليل المخاطر والآثار الجانبيَّة الخطيرة التي قد تحدث في حال اللجوء إلى إجراءات غير آمنة. كما يُسهم في توفير بيئة طبيَّة تحترم حقوق النساء وتضمن لهن رعاية صحيَّة ملائمة.

النقاش حول الإجهاض يجب أن يشمل أيضًا التوعية حول السماح بالإجهاض الآمن كخيار طبِّي يساهم في تعزيز صحَّة النساء والسيطرة على تنظيم الأسرة.

السؤال الحادي عشر: من بين التأثير الإعلامي والتأثير الديني والتأثير الاجتماعي، أيُّها يعتبر الأكثر تأثيرًا على العلاقة الجنسيَّة؟

من بين التأثير الاعلامي والتأثير الديني والتأثير الاجتماعي، أيُّها يعتبر الأكثر تأثيرًا على العلاقة الجنسيَّة؟					
	التأثير الديني	التأثير الاجتماعي	التأثير الإعلامي	جميعهم معا	المجموع
نساء	% 45	% 22.5	% 30	% 2.5	% 100
رجال	% 27.3	% 54.5	% 18.2	% 0	% 100
كل المشاركين	% 41.2	% 29.4	% 27.5	% 2	% 100

النتائج التي قدّمتها تظهر توزيع التأثير بين التأثير الديني والتأثير الاجتماعي والتأثير الإعلامي على العلاقة الجنسيَّة لدى النساء والرجال. إليك بعض التعليقات الممكنة على هذه النتائج:

1. التأثير الديني:

يظهر أنَّ النساء يملن بنسبة عالية نحو التأثير الديني (45%)، وهذا يشير إلى أهميَّة العوامل الدينيَّة في تحديد وجهة نظرهن حيالالعلاقة الجنسيَّة. بينما يبدو أنَّ التأثير الديني ليس بالقدر الكبير عند الرجال (27.3%)، ممَّا يشير إلى تباين في تأثير العوامل الدينيَّة بين الجنسين.

2. التأثير الاجتماعي:

يُظهر الرجال نسبة عالية جدًّا (54.5%) في اعتبار التأثير الاجتماعي مهمًا، ممَّا يعكس تأثير العوامل الاجتماعيَّة والثقافيَّة على وجهة نظرهم تجاه العلاقة الجنسيَّة

النساء أيضا يشرن إلى تأثير العوامل الاجتماعيَّة بنسبة مرتفعة (22.5%).

3. التأثير الإعلامي:

- يُظهر التأثير الإعلامي نسبة معتدلة عند النساء (30%) ورجال (18.2%)، ممَّا يشير إلى أنَّ الإعلام يلعب دورًا ملحوظًا ولكن ليس بالدرجة الأكبر في تحديد وجهة نظرهم حيال العلاقة الجنسيَّة.

4. النتائج الكليَّة:

يمكن القول إنَّ هناك تباينًا بين الجنسين فيما يتعلَّق بتأثير العوامل المختلفة، حيث يعتبر الرجال التأثير الاجتماعي أكثر أهميَّة بكثير مقارنة بالنساء.

- النتائج الكليَّة تشير إلى أنَّ جميع هذه العوامل لها تأثير على العلاقة الجنسيَّة، وهو ما يعكس تعقيد العوامل المؤثِّرة في هذا المجال.

السؤال الثاني عشر: برأيك، هل يؤثِّر الأقارب والمجتمع على قرار الإنجاب؟

برأيك، هل يؤثِّر الأقارب والمجتمع على قرار الإنجاب؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 82.5	% 17.5	% 100
رجال	% 90	% 10	% 100
كل المشاركين	% 80	% 16	% 100

النتائج تشير إلى توافق عالٍ بين النساء والرجال في إدراك أهميَّة تأثير الأقارب والمجتمع على قرارات الإنجاب. يُظهر النسب المرتفعة لإجابات "نعم" من النساء (82.5%) والرجال (90%) أنَّ التوقُّعات الاجتماعيَّة والضغوط من البيئة الاجتماعيَّة تلعب دورًا كبيرًا في تحديد مسار القرارات حول الأسرة. يعكس هذا التفاعل بين الفرد والبيئة الاجتماعيَّة والثقافيَّة أهميَّة السياق الاجتماعي في فهم قرارات الإنجاب، وكيف يمكن أن تتأثَّر هذه القرارات بالتوقُّعات والقيم المشتركة في المجتمع.

السؤال الثالث عشر: هل قرار استخدام وسائل منع الحمل يتَّخذ عادة من قبل الأفراد أنفسهم؟

هل قرار استخدام وسائل منع الحمل يتَّخذ عادة من قبل الأفراد أنفسهم؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 97.5	% 2.5	% 100
رجال	% 90.1	% 9.9	% 100

تُظهِر النتائج تفوُّقًا ملحوظًا في اتِّخاذ الأفراد لقرار استخدام وسائل منع الحمل بأنفسهم. يُظهر أن 97.5% من النساء و90.1% من الرجال يرون أنَّ اتخاذ قرار استخدام وسائل منع الحمل هو قرار يتَّخذه الأفراد بشكل ذاتي.

1. الاستقلال في اتِّخاذ القرار:

يعكس هذا التفوُّق تحوُّلًا نحو تفضيل الاستقلال والحريَّة الشخصيَّة في اتِّخاذ قرارات الصحَّة الجنسيَّة، حيث يعتبر الأفراد أنَّهم مسؤولون عن اتِّخاذ القرارات المتعلِّقة بمنع الحمل.

2. تفاعل الجنسين:

يبدو أنَّ الرجال (90.1%) يرون ذلك بشكل أقل بقليل مقارنة بالنساء (97.5%)، ولكن مع ذلك يظلّ التوافق عاليًا بين الجنسين حول الفهم الفردي لاتِّخاذ قرارات منع الحمل.

3. التطوُّر الاجتماعي:

قد تعكس هذه النتائج التطوُّر الاجتماعي نحو تعزيز حقوق الفرد واحترام حريته في اتِّخاذ قرارات صحّته الجنسيَّة بشكل أكبر.

الممارسات

السؤال الأوَّل: ما هو معدَّل ممارسة الجنس/بالأسبوع/ بالشهر؟

ما هو معدَّل ممارسة الجنس/بالأسبوع/ بالشهر؟		
	النساء	الرجال
3-2 أسبوعيًّا	% 27.5	% 36.4
مرَّة واحدة أسبوعيًّا	% 42.5	% 45.5
2-1 شهريًّا	% 10	% 18.2
2-1 كل 3 شهور	% 2.5	% 0
لا يوجد ممارسة جنسيَّة	% 17.5	% 0
المجموع	% 100	% 100

تظهر النتائج أنَّ هناك تباينًا في معدَّلات ممارسة الجنس بين النساء والرجال. إليك بعض التعليقات على النتائج:

1. تباين بين الجنسين:

يظهر أنَّ نسبة الرجال الذين يمارسون الجنس بشكل متكرِّر أعلى قليلاً من نسبة النساء، حيث يمارس 36.4% من الرجال الجنس بتكرار 3-2 مرات في الأسبوع مقارنة بـ 27.5% من النساء.

2. التفضيلات الأسبوعيَّة:

يتَّضح أنَّ النسبة الأعلى لكل من الرجال والنساء تتَّجه نحو ممارسة الجنس مرَّة واحدة في الأسبوع، حيث يمارس 45.5% من الرجال و 42.5% من النساء الجنس بتردُّد أسبوعي.

3. تقليل في التكرُّر الشهري:

يظهر أنَّ النسبة الأقل لكل من الرجال والنساء هي تلك التي تمارس الجنس شهريًّا، حيث يمارس 18.2% من الرجال و 10% من النساء الجنس بتكرار 2-1 مرة في الشهر.

4. تكرار منخفض جدا أو غياب عن الممارسة:

يبيّن الجدول أنَّ هناك نسبة ملحوظة من النساء (17.5%) لا يقمن بممارسة الجنس على الإطلاق، بينما لا يوجد رجال في هذه الفئة.

5. نقص في التمثيل لبعض الفئات:

يجب أن يلاحظ أنَّ هناك بعض الفئات مثل "مرَّة واحدة كل 3 شهور" للنساء و "لا توجد ممارسة جنسيَّة" للرجال لديها نسب منخفضة جدًا أو تكاد تكون معدومة، ممَّا يجعلها تمثيلًا غير كافيًا للتحليل.

يجب مراعاة أنَّ هذه الإحصائيَّات هي مجموعة محدَّدة وقد تختلف من مجموعة إلى أخرى، ولكنَّها تقدّم لمحة حول عادات ممارسة الجنس بين الرجال والنساء في السياق الذي أُجريت فيه الدراسة.

السؤال الثاني: قمت بممارسة العادة السريَّة (الإمتاع الذاتي) من قبل

	قمت بممارسة العادة السريَّة (الإمتاع الذاتي) من قبل		
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 22.5	% 77.5	% 100
رجال	% 45.5	% 54.5	% 100
كل المشاركين	% 27.5	% 72.5	% 100

النتائج المقدَّمة تشير إلى أنَّ نسبة معيَّنة من النساء والرجال قد قاموا بممارسة الإمتاع الذاتي (العادة السريَّة)، مع تفوُّق نسبة الرجال على النساء في هذا السياق. من المهمّ أن نلاحظ أنَّ ممارسة الإمتاع الذاتي (العادة السريَّة) هي تجربة شخصيَّة وطبيعيَّة تحدث في حياة العديد من الأفراد. يجب على الأفراد أن يكونوا مرتاحين مع أجسادهم ويدركوا أنَّ هذا النوع من التفاعلات الجنسيَّة يمكن أن يكون جزءًا من تجاربهم الشخصيَّة.

من الضروري أيضًا التأكيد على أهميَّة الإشراف والتوجيه السليم فيما يتعلَّق بهذه القضايا، خاصَّةً عندما يتعلَّق الأمر بالشباب. يمكن أن توفّر المعلومات الصحيحة والدعم النفسي بيئة صحيَّة ومتفهِّمة لفهم النشاط الجنسي والنضج الجسدي والعقلي، ممَّا يساعد الأفراد على التعامل مع تجاربهم الجنسيَّة بشكل إيجابي وآمن.

- يجب أن يلاحظ أن ربما الحساسيَّة الثقافيَّة أو الدينيَّة قد تكون عائقًا في الإفصاح عن ممارسة الإمتاع الذاتي من عدمه.

السؤال الثالث: لماذا تلجأ لممارسة العادة السريَّة (الإمتاع الذاتي)؟

من خلال النتائج، يظهر أن الأسباب المتنوِّعة لممارسة الإمتاع الذاتي تتنوع بين الرغبة الجنسيَّة، الفضول الجنسي، تحسين المزاج والاسترخاء، الاستكشاف، والغياب عن الشريك لفترة والرغبة الجنسيَّة في حال تعب أو مرض الشريك. يعكس ذلك التنوع الطبيعي لتجارب الأفراد ومدى تأثير العديد من العوامل على سلوكهم الجنسي.

فيما يتعلَّق بالمشاركين الذين رفضوا الإجابة على السؤال رغم إجابتهم بـ "نعم" في السؤال السابق، يمكن أن يكون هذا ناتجًا عن عوامل مختلفة، مثل عدم رغبتهم في الإفصاح عن تفاصيل شخصيَّة أو قد يرون أنَّ السؤال كغير ملائم.

أمَّا بالنسبة للمشاركين الذين أجابوا هذا السؤال بينما أجابوا "لا" في السؤال السابق، فقد يكون هذا ناتجًا عن تغيير في المشاعر أو الظروف الشخصيَّة مع مرور الوقت، وهو أمر طبيعي في تطوُّر تجارب الأفراد.

السؤال الرابع: كم كان عمرك عند أوّل تجربة جنسيَّة؟

من خلال تحليل النتائج، يظهر تنوُّعًا كبيرًا في أعمار الرجال والنساء عند أوّل تجربة جنسيَّة. إليك بعض التعليقات والمقارنة بين الرجال والنساء:

للرجال:

- يظهر أنَّ الرجال قد خضعوا لتجاربهم الجنسيَّة الأولى في أعمار تتنوَّع بين 16 و35 سنة.
- يبدو أن الزواج يلعب دورًا كبيرًا في تحديد توقيت تجارب الجنس الأولى للرجال، حيث تظهر مشاركات مثل "لما تزوجت بعمر 30".

للنساء:

- تظهر نتائج النساء تنوعًا مماثلًا، حيث تتراوح أعمار تجاربهن الجنسيَّة الأولى بين 16 و30 سنة.
- الزواج أيضًا يلعب دورًا مهمًا في تحديد توقيت هذه التجارب، مع مشاركات تشير إلى "عند الزواج 19 سنة" أو "بعد الزواج في عمر 22".

المقارنة:

- يظهر أنَّ هناك تشابهًا بين الرجال والنساء فيما يتعلَّق بتنوُّع أعمار تجاربهم الجنسيَّة.
- الزواج يبدو أنَّه عامل مؤثِّر في توقيت هذه التجارب لكلا الجنسين، ولكن يلاحظ أن هناك تباينًا في الأعمار التي يتمُّ فيها الزواج.

السؤال الخامس: هل لديك تجربة جنسيَّة إلكترونيَّة؟

هل لديك تجربة جنسيَّة إلكترونيَّة؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 10	% 90	% 100
رجال	% 54.5	% 45.5	% 100
كل المشاركين	% 19.6	% 80.4	% 100

تظهر النتائج تفاوتًا كبيرًا بين النساء والرجال فيما يتعلَّق بتجربة الجنس الإلكتروني. النتائج تشير إلى التالي:

1. تفاوت النسب:

يظهر أن عدداً أكبر من الرجال (54.5%) قاموا بتجربة جنسيَّة إلكترونيَّة مقارنة بالنساء التي بلغت نسبتهم 10%. يشير هذا التفاوت إلى اختلاف في استجابة الجنسين تجاه هذه التجارب.

2. الفروق الجنسيَّة:

يمكن أن تكون هذه الفروق الجنسيَّة ناتجة عن عوامل مختلفة مثل الثقافة، والتربية، والتجارب الشخصيَّة. قد يؤدِّي تفاوت الثقافة الرقميَّة بين الجنسين إلى هذا التباين.

3. تأثير التكنولوجيا:

يعكس ارتفاع نسبة الرجال الذين قاموا بتجربة جنسيَّة إلكترونيَّة إمكانيَّة تأثير التكنولوجيا على تجاربهم الجنسيَّة بشكل أكبر ممَّا هو الحال بين النساء.

4. الأبعاد الثقافيَّة والاجتماعيَّة:

تشير النتائج إلى أنَّ هناك أبعادًا ثقافيَّة واجتماعيَّة يجب مراعاتها عند دراسة تجربة الجنس الإلكتروني، حيث يظهر تأثير العوامل الثقافيَّة والاجتماعيَّة على تصوُّرات الأفراد وتفضيلاتهم في هذا السياق.

السؤال السادس: تشاهد المواد الإباحيَّة بانتظام

تشاهد المواد الإباحيَّة بانتظام			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 2.5	% 97.5	% 100
رجال	% 36.4	% 63.6	% 100
كل المشاركين	% 9.8	% 90.2	% 100

تظهر النتائج اختلافًا كبيرًا بين الرجال والنساء فيما يتعلَّق بمشاهدة المواد الإباحيَّة بانتظام. النتائج تشير إلى التالي:

1. فارق النسب:

يظهر أنَّ عددًا كبيرًا من الرجال (36.4%) يشاهدون المواد الإباحيَّة بانتظام، بينما نسبة صغيرة جدًا من النساء (2.5%) تفعل ذلك. هذا الفارق الكبير يعكس اختلافًا في الاتِّجاهات والتفضيلات بين الجنسين.

2. التأثير الثقافي:

قد يعكس هذا التفاوت الثقافي والاجتماعي الذي يحيط بقضايا الجنس والرغبات الشخصيَّة. قد تكون العوامل الثقافيَّة والدينيَّة والاجتماعيَّة تلعب دورًا في تشكيل مواقف الأفراد تجاه هذا النوع من المحتوى.

3. التحفيز الجنسي والفضول:

قد يكون ارتفاع نسبة الرجال الذين يشاهدون المواد الإباحيَّة بانتظام ناتجًا عن تأثير التحفيز الجنسي والفضول. في حين يمكن أن تكون النساء أقلّ عرضة للتحفيز الجنسي من خلال هذا النوع من المحتوى.

4. تحديد السياق الثقافي:

يظهر أنَّ هناك حاجة لفهم السياق الثقافي والاجتماعي الذي يؤثِّر على عادات وسلوكيَّات الجنس في مجتمعات مختلفة. يُبرز هذا التفاوت أهميَّة النظر إلى هذه القضايا بأسلوب شامل يأخذ في اعتباره التنوُّع الثقافي والاجتماعي.

السؤال السابع: تستخدم وسائل منع الحمل لتجنُّب الحمل غير المخطَّط له

تستخدم وسائل منع الحمل لتجنُّب الحمل غير المخطَّط له			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 65	% 35	% 100
رجال	% 63.6	% 36.4	% 100
كل المشاركين	% 64.7	% 53.3	% 100

تظهر النتائج أنَّ نسبة كبيرة من النساء والرجال يستخدمون وسائل منع الحمل لتجنُّب الحمل غير المخطَّط له. والنتائج تشير إلى التالي:

1. ارتفاع استخدام وسائل منع الحمل:

يظهر أنَّ الأفراد، سواء كانوا نساءً أو رجالًا، يعتمدون بشكل كبير على وسائل منع الحمل لتجنُّب الحمل غير المخطَّط له، حيث تتجاوز النسبة في كلتا الفئتين 60%.

2. الوعي بالتنظيم الأسري:

يشير استخدام وسائل منع الحمل إلى الوعي المتزايد بأهميَّة التنظيم الأسري واتِّخاذ قرارات مدروسة حول التناسل.

3. المسؤوليَّة المشتركة:

تشير النتائج إلى المسؤوليَّة المشتركة بين الرجال والنساء فيما يتعلَّق بتنظيم الأسرة، حيث يظهر أنَّ الرجال يلتزمون أيضًا بشكل كبير بوسائل منع الحمل.

بشكل عام، تُظهر هذه النتائج اهتمامًا متزايدًا بالتخطيط العائلي واستخدام وسائل منع الحمل كوسيلة لتحقيق هذا الهدف.

السؤال الثامن: تحرص على استخدام وسائل منع حمل فعَّالة

تحرص على استخدام وسائل منع حمل فعَّالة			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 65	% 35	% 100
رجال	% 72.2	% 27.3	% 100
كل المشاركين	% 66.7	% 33.3	% 100

يبدو أنَّ هناك اهتمامًا ملحوظًا بين النساء والرجال في استخدام وسائل منع الحمل. إجمالاً، يستخدم 65% من النساء و 72.2% من الرجال وسائل منع الحمل الفعَّالة. يُظهر ذلك انتشارًا نسبيًا جيِّدًا للتوعيَّة حول ضرورة حماية الصحَّة الإنجابيَّة.

من الناحية الإيجابيَّة، يتجلَّى الاهتمام المشترك بين الجنسين في اتِّخاذ إجراءات لتجنُّب الحمل غير المرغوب فيه. من الجدير بالذكر أنَّ هناك نسبة أعلى من الرجال (72.2%) مقارنة بالنساء (65%)، ممَّا يشير إلى دور فعَّال للرجال في دعم وتعاون الأزواج في هذا السياق.

مع ذلك، يجب الانتباه إلى النسبة الباقية من النساء والرجال الذين قد لا يستخدمون وسائل منع الحمل بشكل فعَّال. يمكن أن تكون هناك حاجة إلى جهود إضافيَّة لتعزيز التوعية حول أنواع مختلفة من وسائل منع الحمل وتوفير الدعم للأفراد في اتِّخاذ القرارات المناسبة لصحَّتهم الإنجابيَّة.

السؤال التاسع: سبق لك الجماع بدون وسيلة منع حمل مع النيَّة بعدم الإنجاب

سبق لك الجماع بدون وسيلة منع حمل مع النيَّة بعدم الإنجاب			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 75	% 25	% 100
رجال	% 90.9	% 9.1	% 100
كل المشاركين	% 78.4	% 21.6	% 100

تظهر النتائج أن هناك نسبة عالية من النساء (75%) والرجال (90.9%) قد سبق لهم الجماع بدون استخدام وسيلة منع حمل مع نيَّة عدم الإنجاب. هذا يشير إلى أنَّ هناك فئة كبيرة من الأفراد الذين يعتمدون على التحكُّم في الإنجاب بشكل طبيعي، دون اللجوء إلى وسائل منع الحمل.

من الممكن أن تكون هذه النتائج ناتجة عن عدَّة عوامل، مثل اتِّخاذ الأزواج لقرار مشترك بعدم الرغبة في الإنجاب في الفترة الحاليَّة، أو رغبة في تجربة الحمل بشكل طبيعي.

ومع ذلك، يُشير الارتفاع في نسبة الرجال (90.9%) إلى أنَّ هناك قوة إراديَّة من جانبهم في تحديد القرارات المتعلِّقة بالتكاثر. يمكن أن يكون هذا ناتجًا عن مشاركة أفضل في تحمُّل المسؤوليَّة الإنجابيَّة أو استخدام وسائل منع حمل أخرى تعتمد على الرجال.

يظهر هذا التحليل أهميَّة فهم الديناميات الشخصيَّة والشراكة التي تؤثِّر على قرارات التكاثر، ويسلِّط الضوء على أهميَّة توفير المعلومات والدعم للأفراد في اتِّخاذ قرارات صحيَّة تتعلَّق بالعائلة والإنجاب.

السؤال العاشر: سبق لك ممارسة ضغوط على (الزوج/الزوجة) لمنع استخدام وسائل منع الحمل

سبق لك ممارسة ضغوط على (الزوج/الزوجة) لمنع استخدام وسائل منع الحمل			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 42.5	% 57.5	% 100
رجال	% 63.6	% 36.4	% 100
كل المشاركين	% 47.1	% 52.9	% 100

نتائج الدراسة تظهر وجود نسبة غير قليلة من النساء والرجال الذين قد مارسوا ضغوطًا على شريك حياتهم لمنعه من استخدام وسائل منع الحمل. يظهر أنَّ 42.5% من النساء و 63.6% من الرجال قد أبدوا ممارسة هذا النوع من الضغط.

هذه النتائج تشير إلى وجود تحدّيات في مجال التواصل والفهم بين الشركاء حول قضايا التنظيم العائلي واستخدام وسائل منع الحمل. قد يكون هناك عوامل ثقافيَّة أو اجتماعيَّة تلعب دورًا في هذا السياق، مثل التوقُّعات الثقافيَّة أو الضغوط الاجتماعيَّة.

يُعزى هذا الاتجاه إلى أهميَّة تعزيز فهم صحيح ومتبادل بين الأزواج حول قضايا التنظيم العائلي. يجب أن يكون التواصل المفتوح والاحترام المتبادل أساسًا لاتّخاذ قرارات مشتركة تتعلَّق بالصحَّة الإنجابيَّة. التركيز على التثقيف وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي قد يلعب دورًا حاسمًا في تعزيز الفهم المشترك وتعزيز الصحَّة العائليَّة والعلاقات الشخصيَّة.

السؤال الحادي عشر: تجد الوصول لخدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة سهلا

تجد الوصول لخدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة سهلا			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 60	% 40	% 100
رجال	% 36.4	% 63.6	% 100
كل المشاركين	% 54.1	% 54.9	% 100

تظهر النتائج اختلافًا واضحًا في تجربة الوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بين النساء والرجال. يعتبر 60% من النساء أنَّ الوصول إلى هذه الخدمات سهل، بينما يرى 36.4% من الرجال أنَّ الوضع مشابه.

تُظهر النسب المرتفعة للرجال الذين يرون صعوبة في الوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة (63.6%) ضرورة التفكير في عوامل محتملة تشمل الوعي بالخدمات المتاحة وعوائق التوجيه أو العوائق الثقافيَّة.

قد تكون هذه النتائج دافعًا لتعزيز التوعية حول الخدمات الصحيَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وتحسين إمكانيَّة الوصول لدى الرجال، وضمان توفير المعلومات والدعم اللازم. يسهم تحسين الوصول في تعزيز الرعاية الصحيَّة الشاملة وتعزيز الصحَّة الجنسيَّة للجميع.

السؤال الثاني عشر: هل سبق لك أن راجعت طبيبًا لمشكلة جسديَّة أو نفسيَّة أثَّرت على صحَّتك الإنجابيَّة أو الجنسيَّة؟

هل سبق لك أن راجعت طبيبًا لمشكلة جسديَّة أو نفسيَّة أثَّرت على صحَّتك الإنجابيَّة أو الجنسيَّة؟			
	نعم	لا	المجموع
نساء	% 55	% 45	% 100
رجال	% 0	% 100	% 100
كل المشاركين	% 43.1	% 56.9	% 100

النتائج تشير إلى أنَّ 55% من النساء قد راجعن طبيبًا لمشكلة جسديَّة أو نفسيَّة أثَّرت على صحتهن الإنجابيَّة أو الجنسيَّة. وعلى الجانب الآخر، يظهر أن الرجال بنسبة 100% لم يقوموا بالرجوع إلى الطبيب بنفس السياق.

هذه النتائج قد تعكس توجهًا مهمًّا نحو البحث عن الرعاية الصحيَّة والدعم فيما يتعلَّق بالصحَّة الإنجابيَّة والجنسيَّة لدى النساء أكثر من الرجال. يمكن أن تكون هناك عدَّة عوامل تسهم في هذا الاتِّجاه، بما في ذلك الوعي الأكبر بقضايا الصحَّة الإنجابيَّة لدى النساء أو توجُّه المجتمع إلى التركيز على الرعاية الصحيَّة لهن.

تشير هذه النتائج إلى أهميَّة تحفيز الرجال على البحث عن الدعم الطبِّي والنفسي عندما تطرأ مشكلات صحيَّة قد تؤثِّر على الصحَّة الإنجابيَّة أو الجنسيَّة. التوجيه والتثقيف المستمرين حول الرعاية الصحيَّة والتشجيع على التحدُّث عن القضايا الصحيَّة يمكن أن يلعبا دورًا في تعزيز الوعي والاهتمام بصحَّة الجميع.

خلاصة الاستبانة التحليليَّة:

في الختام، كشف المسح النوعي حول المعرفة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة بين المشاركين في الأردن عن نسيج غني من الأفكار عبر الأقسام الديموغرافيَّة والمعرفيَّة والمواقف والممارسات. وأكَّد القسم الديموغرافي تنوُّع العيِّنة، حيث تمثِّل مختلف الخلفيَّات الجنسيَّة والعمريَّة والتعليميَّة والزواجيَّة، فضلاً عن التوزيعات المهنيَّة والإقليميَّة. يعزِّز هذا التنوُّع تمثيليَّة الدراسة ويعكس مدى تعقيد السكَّان قيد التحقيق.

بالانتقال إلى قسم المعرفة، سلَّطت النتائج الضوء على الفهم الدقيق لمفاهيم الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. وفي حين أظهرت نسبة كبيرة من المشاركين وعيًا، كشف التحليل عن اختلافات في الاستجابات حسب الجنس. وشدَّدت الإناث على عناصر الصحَّة الإنجابيَّة، ممَّا يعكس فهمًا عميقًا لمسؤوليَّات الأم والأب، في حين ركَّز الذكور أكثر على الصحَّة الجنسيَّة، ممَّا قد يشير إلى تصوُّر مفاده أنَّ الصحَّة الإنجابيَّة ترتبط في المقام الأوَّل بالإناث. وأكَّدت الدراسة على أهميَّة الوعي المستمر، وخاصَّة لدى الذكور، لضمان الفهم الشامل لمفاهيم الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

ومن خلال استكشاف المعرفة بحقوق الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، أظهرت الدراسة فهمًا مشتركًا بين الجنسين، مع التركيز على اختيار الطرف الآخر وتنظيم الأسرة والحقوق الصحيَّة. ومع ذلك، فقد لوحظت تأكيدات واضحة، ممَّا يشير إلى الحاجة إلى تعليم مستهدف في جوانب محدَّدة لسدّ الفجوات المحتملة في الفهم.

وفيما يتعلَّق بالأمراض المنقولة جنسيًّا، أظهر المشاركون معرفة عامَّة، وإن كان ذلك مع تكرار ملحوظ والحاجة إلى مصطلحات أكثر تحديدًا. وشدَّدت الدراسة على أهميَّة النظافة الشخصيَّة والممارسات الآمنة والفحوصات المنتظمة في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًّا.

وفي مجال وسائل تنظيم الأسرة، كان الوعي واضحًا، مع الإشارة بشكل ملحوظ إلى اللولب الرحمي والواقي الذكري. وأوصت الدراسة بتعزيز الوعي حول الأنواع المختلفة لوسائل تنظيم الأسرة وتعزيز الشموليَّة من خلال الاعتراف بالطرق المطبَّقة على كلا الجنسين.

كما أبرز الاستطلاع نقصًا مقلقًا في الوعي حول الأماكن التي تقدِّم خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة في الأردن، وخاصَّة بين الذكور. وشدَّد الاستنتاج على الحاجة الملحَّة للتدخُّلات المستهدفة، بما في ذلك الحملات الإعلاميَّة والندوات، لمعالجة هذه الفجوة المعرفيَّة وتحسين التوجيه المجتمعي والوعي الصحِّي.

و لم يقتصر المسح النوعي على المشهد المعقَّد للمعرفة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة فحسب، بل سلَّط الضوء أيضًا على مجالات محدَّدة للتدخُّلات التعليميَّة المستهدفة لتعزيز فهم أكثر شمولاً بين المجموعات السكَّانية المتنوِّعة في الأردن.

في الختام، تناول قسم المواقف في المسح النوعي حول الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة في الأردن وجهات النظر الدقيقة للمشاركين، وسلّط الضوء على وجهات نظر متنوّعة عبر النوع الاجتماعي والعلاقات والتأثيرات المجتمعيّة. وأكّدت النتائج أهميّة التواصل المفتوح في العلاقات الزوجيّة لسدّ الفجوات في التوقُّعات وتحسين نوعيّة الحياة.

وبحثت الدراسة في أهميّة الرّضا الجنسي المتبادل، وكشف التفاوت بين الجنسين. وفي حين أدركت النساء بأغلبيّة مرتفعة أهميّتها، أبدى الرجال موافقة أقل. وتمّ تسليط الضوء على التّواصل والتفاهم بين الزوجين باعتبارهما عنصرين أساسيّين لتحقيق حياة جنسيّة مرضية للطرفين.

برزت مناقشة الصحّة الجنسيّة والإنجابيّة باعتبارها جانبًا مهمًّا من الحياة الزوجيّة، حيث أقرَّ غالبيّة المشاركين بتأثيرها. وأكّدت الدراسة أنَّ الحوار المفتوح يساهم في حلِّ المشاكل الجنسيّة وتعزيز التفاهم وتعزيز الثقة والدعم بين الأزواج.

وأعرب جزء كبير من المشاركين عن مخاوف تتعلّق بالمشاكل الجنسيّة، ممّا يشير إلى انتشار المخاوف التي تستحقّ الاهتمام والدعم. وكشفت الدراسة أيضًا عن اختلافات في الآراء حول بدء النشاط الجنسي، مع التأكيد على ضرورة مراعاة الاعتبارات الثقافيّة والشخصيّة لتحقيق توازن متناغم.

تمَّ اعتبار المتعة الجنسيّة المشتركة بالإجماع أمرًا مهمًّا لحياة زوجيّة مُرضية، مع التركيز على التفاهم المتبادل لرغبات الأزواج واحتياجاتهم. وقد حظي تأثير العذريّة قبل الزواج على الحياة الزوجيّة بموافقة عالية، ممّا يعكس وجهات النظر الثقافيّة والدينيّة المشتركة.

وسلّطت الدراسة الضوء على المصادر المتنوّعة المؤثّرة في الثقافة الجنسيّة، بدءًا من التنشئة الأسريّة إلى وسائل الإعلام والتجارب الشخصيّة. إنَّ الدعم الساحق لتدريس الثقافة الجنسيّة في المدارس يسلِّط الضوء على الاعتراف بالحاجة إلى التعليم الشامل.

وتمَّ الاعتراف بدور الأقارب والمجتمع في القرارات المتعلّقة بإنجاب الأطفال، مع التركيز على التأثير السائد للتوقُّعات الاجتماعيّة. ومع ذلك، اعتقد المشاركون بأغلبيّة ساحقة أنَّ قرار استخدام وسائل منع الحمل هو قرار فردي، ممّا يشير إلى التحوُّل نحو الاستقلاليّة والحريّة الشخصيّة في قرارات الصحّة الجنسيّة.

باختصار، سلّط قسم المواقف الضوء على النسيج الغني من المعتقدات ووجهات النظر المحيطة بالصحّة الجنسيّة والإنجابيّة في الأردن. تؤكّد النتائج على أهميّة تعزيز التواصل المفتوح، وفهم الفروق الثقافيّة الدقيقة، ومعالجة المخاوف لتعزيز العلاقات الصحيّة واتّخاذ القرارات المستنيرة.

في الختام، كشف استكشاف الممارسات الجنسيّة من خلال الاستطلاع المقدَّم عن مجموعة من السلوكيّات والتفضيلات والمواقف بين المشاركين. تقدِّم النتائج نظرة ثاقبة لديناميات النشاط الجنسي، والخيارات الفرديّة، والتأثيرات المجتمعيّة الأوسع التي تشكِّل الجوانب الحميمة للحياة.

ويوضح تحليل متوسّط تكرار النشاط الجنسي في الأسبوع أو الشهر صورة دقيقة، تشير إلى الاختلافات بين الرجال والنساء. ومن الجدير بالذكر انتشار التردُّد الجنسي الأسبوعي بين المشاركين، ممّا يسلِّط الضوء على أهميّة العلاقة الحميمة المنتظمة في العلاقات. ومع ذلك، فإنَّ الاختلافات في الاستجابات تؤكِّد الحاجة إلى التواصل والتّفاهم المفتوحين بين الأزواج لمواءمة التوقُّعات.

كشف التحقيق في ممارسات الاستمناء (العادة السريّة) أنَّ جزءًا كبيرًا من الرجال والنساء على حدٍّ سواء ينخرطون في المتعة الذاتيّة. وتتنوَّع الأسباب الكامنة وراء هذا السلوك، فهي تشمل الرغبة الجنسيّة، والفضول، وتحسُّن المزاج، وغياب الطرف الآخر. أنَّ الاعتراف بهذا الجانب الطبيعي من الحياة الجنسيّة البشريّة يؤكِّد على أهميّة تعزيز الفهم الصحّي والموقف تجاه استكشاف الذات.

شارك المشاركون الأعمار التي خاضوا فيها تجاربهم الجنسيَّة الأولى، وكشفوا عن مجموعة واسعة من الأعمار لكلٍّ من الرِّجال والنِّساء. وظهر الزواج كعامل مهمّ يؤثِّر على توقيت هذه التجارب، حيث أظهر التفاعل بين المعايير الثقافيَّة والخيارات الفرديَّة. وبالتالي تسلِّط هذه النتائج الضوء على الحاجة إلى التثقيف الجنسي الشامل الذي يتناول المسارات المتنوِّعة لتجارب الأفراد.

أكَّد استكشاف التجارب الجنسيَّة عبر الإنترنت واستهلاك المواد الإباحيَّة على الفوارق بين الجنسين.حيث أبلغ الرجال عن مشاركة أعلى في كلا النشاطين، ممَّا يشير إلى تنوُّع الثقافة الرقميَّة والتأثيرات الثقافيَّة. وتؤكِّد النتائج على أهميَّة أخذ هذه العوامل في الاعتبار في المناقشات المحيطة بالعادات والتفضيلات الجنسيَّة.

ومن جهة أخرى برز تنظيم الأسرة كموضوع سائد، حيث تستخدم نسبة عالية من المشاركين وسائل منع الحمل لتجنُّب الحمل غير المخطَّط له. وأشارت النتائج إلى مسؤوليَّة مشتركة بين الرجل والمرأة في قرارات تنظيم الأسرة، ممَّا يظهر اتِّجاهًا إيجابيًّا نحو خيارات الصحَّة الإنجابيَّة التعاونيَّة.

ومع ذلك، ظهرت بعض التحدِّيات على شكل ضغط يمارسه بعض المشاركين على أزواجهم للامتناع عن استخدام وسائل منع الحمل. ويشير هذا إلى فجوات التواصل وتأثير العوامل الثقافيَّة أو الاجتماعيَّة في قرارات تنظيم الأسرة. تؤكِّد هذه النتائج على ضرورة تعزيز الحوار المفتوح والتفاهم المتبادل والاحترام داخل العلاقات لتعزيز الخيارات الإنجابيَّة الصحيَّة.

ويمثِّل الوصول إلى خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة تناقضًا بين الجنسين، حيث تواجه نسبة أعلى من الرجال صعوبات. وهذا يسلِّط الضوء على فجوة محتملة في الوعي أو الحواجز الثقافيَّة التي قد تعيق استفادة الرجال من هذه الخدمات. وأنَّ معالجة هذه التحدِّيات أمر بالغ الأهميَّة لتعزيز الرعاية الصحيَّة الشاملة وضمان قدرة الأفراد، بغضِّ النظر عن جنسهم، على الوصول إلى الدعم الذي يحتاجون إليه.

وأخيرًا، فإنَّ انخفاض نسبة الرجال الذين يطلبون المشورة الطبيَّة فيما يتعلَّق بقضايا الصحَّة الإنجابيَّة أو الجنسيَّة يلفت الانتباه إلى أهميَّة تشجيع الرجال على إعطاء الأولويَّة لصحَّتهم. إنَّ تعزيز ثقافة الانفتاح، والقضاء على الوصمة، وتوفير التثقيف حول أهميَّة التماس الدعم الطبِّي يمكن أن يساهم في اتِّباع نهج شامل للرفاهيَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

في الختام، تقدِّم هذه الدراسة رؤى قيِّمة حول المشهد المتنوِّع للممارسات الجنسيَّة والتفضيلات والتحدِّيات التي يواجهها المشاركون. تُظهر النتائج بوضوح الحاجة الملحَّة إلى توفير تعليم جنسي شخصي يأخذ بعين الاعتبار الثقافة والتقاليد المختلفة، إضافة إلى تشجيع التواصل المفتوح داخل العلاقات الحميميَّة. كما تدعو الدراسة إلى مبادرات مجتمعيَّة أوسع تهدف إلى تعزيز نهج صحِّي ومستنير تجاه الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. تُبرز هذه النتائج أهميَّة تكاتف الجهود لتأسيس بيئة داعمة تمكِّن الأفراد من التعبير عن احتياجاتهم وفهم حقوقهم، ممَّا يسهم في تحقيق رفاهيَّة جنسيَّة شاملة ومستدامة للجميع.

توصيات الدراسة:

1. برامج التربية الجنسيَّة المخصَّصة:

تطوير وتنفيذ برامج التثقيف الجنسي المستهدفة التي تأخذ في الاعتبار الاحتياجات ووجهات النظر المتنوِّعة المحدَّدة في الدراسة. ويجب أن تعالج هذه البرامج الفجوات المعرفيَّة المحدَّدة والمفاهيم الخاطئة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة، مع التركيز على كلا الجنسين.

2. حملات التوعية الشاملة:

تصميم وإطلاق حملات توعية تستهدف الرجال والنساء على حدٍّ سواء، بهدف سدّ الفجوات بين الجنسين في فهم مفاهيم الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. التأكيد على أهميَّة المعرفة الشاملة التي تغطي الجوانب الجنسيَّة والإنجابيَّة لتحقيق الوعي الشامل.

3. التدريب لمقدِّمي الرعاية الصحيَّة:

توفير التدريب على رفد المعرفة المتخصِّصة في الصحَّة الجنسيَّة وخاصَّة الإنجابيَّة لمقدِّمي الرعاية الصحيَّة للتأكُّد من أنَّهم جاهزون لمعالجة العوامل الثقافيَّة والمجتمعيَّة الفريدة التي تؤثِّر على قرارات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. بالإضافة لتدريبات تتفهَّم المواقف المختلفة للمجتمع، سيؤدِّي ذلك إلى تحسين جودة الرعاية وتعزيز التَّواصل المفتوح بين مقدِّمي الخدمة والمرضى.

4. تعزيز التَّواصل المفتوح في العلاقات الزوجيَّة:

تطوير تدخُّلات لتعزيز التواصل المفتوح في العلاقات الزوجيَّة، ومعالجة التناقضات في التوقُّعات والمواقف تجاه النشاط الجنسي. تشجيع الأزواج على الدخول في حوار بنَّاء، وتعزيز التفاهم المتبادل واتِّخاذ القرارات المشتركة.

5. الحملات الإعلاميَّة حول وسائل تنظيم الأسرة:

إطلاق حملات إعلاميَّة تسلِّط الضوء على وسائل تنظيم الأسرة المختلفة، بما في ذلك وسائل منع الحمل المطبَّقة على كلا الجنسين. تعزيز الشموليَّة وتبديد الخرافات والمفاهيم الخاطئة المحيطة بوسائل منع الحمل لتمكين الأفراد من اتِّخاذ خيارات مستنيرة.

6. المبادرات التثقيفيَّة حول خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة:

تنفيذ مبادرات تثقيفيَّة لتحسين الوعي بالخدمات المتوفِّرة في الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة وبالأماكن التي تقدم الخدمات، وخاصَّة بين الرجال. استخدم قنوات متعدِّدة، مثل وسائل الإعلام والندوات والتَّواصل المجتمعي، لضمان نشر المعلومات على نطاق واسع.

7. تشجيع السلوك الجنسي المسؤول:

وضع استراتيجيات لتعزيز السلوك الجنسي المسؤول، بما في ذلك استخدام وسائل منع الحمل لمنع الحمل غير المخطَّط له. التأكيد على المسؤوليَّة المشتركة بين الأزواج وتعزيز الثقافة التي تشجِّع التفاهم المتبادل والدعم في قرارات تنظيم الأسرة.

8. الخدمات الاستشاريَّة للأزواج:

إنشاء خدمات استشاريَّة مصممة خصيصًا للأزواج لمعالجة المخاوف المتعلِّقة بالمشاكل الجنسيَّة، وبدء النشاط الجنسي، والمتعة الجنسيَّة المشتركة. يمكن أن توفِّر هذه الخدمات بيئة آمنة وداعمة للأزواج لمناقشة الجوانب الحميمة لعلاقتهم.

9. دمج التربية الجنسيَّة في المناهج المدرسيَّة:

الدعوة إلى إدراج التربية الجنسيَّة الشاملة في المناهج المدرسيَّة لضمان حصول الشباب على معلومات دقيقة حول الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. وهذا يمكن أن يساهم في بناء أساس لاتِّخاذ قرارات مستنيرة في مرحلة البلوغ.

10. الدعوة لسياسات الصحَّة الإنجابيَّة للرجال:

المشاركة في الدعوة إلى وضع سياسات لمعالجة التحدِّيات الخاصة بالجنسين التي تمَّ تحديدها، لا سيما فيما يتعلَّق بحصول الرجال على خدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. التعاون مع صانعي السياسات لتنفيذ المبادرات التي تعزِّز وعي الرجال وتسهِّل مشاركتهم في قرارات الصحَّة الإنجابيَّة.

11. برامج الدعم المجتمعي:

إنشاء برامج دعم مجتمعيَّة تخلق مساحات آمنة للأفراد لمناقشة قضايا الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة. يمكن أن تشمل هذه البرامج دعم الأقران، وورش العمل التعليميَّة، والوصول إلى الموارد التي تعزِّز اتِّخاذ القرارات المستنيرة.

12. المراقبة والتقييم المستمر:

تنفيذ نظام للرصد والتقييم المستمرّ لتأثير التدخُّلات. القيام بتقييم فعاليَّة البرامج التعليميَّة وحملات التوعية وخدمات الدعم بانتظام للتأكُّد من أنَّها تلبِّي الاحتياجات المتطوِّرة وتساهم في إحداث تغييرات إيجابيَّة في نتائج الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة.

ملحـــق

استبيان المرحلة الأولى: يعبَّأ بشكل فردي عن طريق رابط إلكتروني

السؤال الأول:

1. الجنس: ذكر /أنثى.
2. العمر: 24-18/ 29-25 /30 -34 / 39-35/ 45-40/ 46 فما فوق.
3. العمل: قطاع صحّي/ قطاع غير صحّي/ لا أعمل.
4. المستوى التعليمي: أساسي / ثانوي/ دبلوم/ بكالوريوس/ دراسات عليا.
5. الحالة الاجتماعيَّة: متزوج / منفصل / مطلق / أرمل / أخرى.
6. مكان الإقامة: إقليم الشمال / إقليم الوسط / إقليم الجنوب.
7. وجود إعاقة:
8. نوع الإعاقة:

السؤال الثاني: (المعرفة المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة).

الإجابة: (أوافق /حيادي/ لا أوافق / لا أعلم).

الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للرجال:

1. ضعف الانتصاب هو مشكلة صحيَّة جنسيَّة تتميَّز بصعوبة تحقيق الانتصاب أو الحفاظ عليه.
2. ضعف الانتصاب هو جزء طبيعي من الشيخوخة.
3. ضعف الانتصاب لا يمكن علاجه.
4. يمكن أن تسبِّب الأمراض المنقولة جنسيًّا العقم عند الرجال.
5. الخصيتان مسؤولتان عن إنتاج الحيوانات المنويَّة وهرمون التستوستيرون الذكري.
6. يمكن أن يحدث انخفاض عدد الحيوانات المنويَّة بسبب مجموعة متنوِّعة من العوامل، بما في ذلك الاختلالات الهرمونيَّة، والاضطرابات الوراثيَّة، وبعض الأدوية.
7. يمكن أن يكون للتدخين آثار سلبيَّة على الصحَّة الإنجابيَّة للرجال، بما في ذلك انخفاض عدد الحيوانات المنويَّة وحركتها.
8. يُعرَّف القذف المبكِّر عادةً بأنَّه القذف الذي يحدث في غضون دقيقة واحدة من الإيلاج أثناء النشاط الجنسي.
9. يُعَدُّ رأس القضيب الجزء الأكثر حساسيَّة للتحفيز الجنسي.
10. يحتاج الرجال من عدَّة دقائق إلى 24 ساعة للوصول إلى الانتصاب الثاني بعد القذف الأوَّل.

الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة للمرأة:

1. متلازمة تكيُّس المبايض (PCOS) هي حالة تؤدِّي إلى عدم انتظام الدورة الشهريَّة وأعراض أخرى.
2. البظر هو العضو الجنسي الأنثوي الأساسي وهو المسؤول عن المتعة الجنسيَّة والنشوة الجنسيَّة.
3. غشاء البكارة عبارة عن غشاء رقيق يغطِّي فتحة المهبل جزئيًا ويمكن أن يتمزَّق أو يتمدَّد أثناء ممارسة الجنس.
4. غشاء البكارة لا يشير بالضرورة إلى العذريَّة.
5. التشنُّج المهبلي هو حالة تنقبض فيها عضلات المهبل بشكل لا إرادي، ممَّا يجعل الجماع صعبًا أو مستحيلًا أو مؤلمًا.
6. يمكن أن يتأثَّر الرِّضا الجنسي بمشاكل الصحَّة الجنسيَّة مثل ضعف الانتصاب، وسرعة القذف، وألم الجماع.
7. عادة ما تكون هزَّات الجماع عند الرجال أكثر وضوحًا وأسهل في الكشف عنها من هزَّات الجماع عند النساء.
8. لا يؤثِّر على النساء الاستحمام أثناء فترة الحيض.
9. يمكن أن يساعد استخدام المزلّقات أثناء الجماع في منع جفاف المهبل وتقليل الألم أثناء الجماع.

10. الجماع الجنسي أثناء الحمل لا يضرّ بالجنين.
11. بطانة الرّحم المهاجرة حالة شائعة يمكن أن تسبّب ألم الدورة الشهريّة ومشاكل في الخصوبة.

كلا الجنسين:

1. بعض الأمراض المنقولة بالاتّصال الجنسي لا تظهر عليها أعراض.
2. تنتقل الأمراض المنقولة بالاتّصال الجنسي فقط من خلال الإيلاج المهبلي ونقل الدم.
3. الاستمناء (العادة السريّة) ليس ضارًّا، وهو سلوك جنسي طبيعي.
4. يمكن أن تساعد ممارسة التمارين الرياضيّة بانتظام واتّباع نظام غذائي صحّي في تحسين الوظيفة الجنسيّة.
5. يعتبر وقت الإباضة هو الوقت المناسب لحمل المرأة (لحدوث الحمل).
6. الانسحاب (العزل) وسيلة فعّالة لمنع الحمل.
7. يتمّ تحديد جنس الجنين بواسطة الحيوانات المنويّة.
8. من الممكن حدوث الحمل حتى بدون وصول الجماع إلى مرحلة القذف.
9. لا ينتقل الإيدز بالتحدُّث مع حامل فيروس نقص المناعة البشريّة أو مصافحته أو احتضانه.
10. يمكن للواقي الذكري أن يحمي من الحمل غير المخطَّط والأمراض المنقولة جنسيًّا.

السؤال الثالث: (التوجُّهات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة)

الإجابة: (أوافق /حيادي / لا أوافق / لا أعلم).

القسم الأوَّل: الرِّضا الجنسي

1. المداعبة هي عمليَّة تسهّل الجماع لكلا الطرفين.
2. من الضروري الحصول على هزَّة الجماع للاستمتاع بالجنس.
3. يفضَّل أن يوافق كلا الزوجين على ممارسة الجنس.
4. المرأة ملزمة بالموافقة على طلبات الزوج الجنسيَّة تحت أي ظرف من الظروف.
5. توافق معظم النساء على ممارسة الجنس فقط للاحتفاظ بأزواجهن.
6. تؤدّي السلوكيَّات مثل العناق والحبّ بعد الجماع إلى مزيد من الرضا.

القسم الثاني: التفاوض في القضايا الجنسيَّة بين الزوجين.

1. ينبغي على الزوج فهم احتياجات الزوجة الجنسيَّة دون الحاجة إلى الحوار.
2. الحديث عن الرغبات الجنسيَّة يزيد من الاحترام بين الزوجين.
3. تخشى النِّساء التحدُّث عن معلوماتهن الجنسيَّة مع أزواجهن خوفًا من انطباعاته عنها.
4. يجب أن يرشد الأزواج بعضهم البعض على نمط العلاقة الممتعه لكليهما.
5. لتجنُّب ممارسة الجنس، تلجأ المرأة إلى طرق رفض غير مباشرة للتعبير عن تمنُّعها.
6. يمكن للأزواج التحدُّث مع بعضهم البعض حول بعض خيالاتهم الجنسيَّة.

القسم الثالث: أهميَّة الجنس في الحياة

1. يؤثّر اهتمام الزوجين بالاحتياجات الجنسيَّة لبعضهما البعض على علاقتهما غير الجنسيَّة.
2. يصبح الجنس أمرًا عاديًّا ومملًّا بعد سنوات من الزواج.
3. الجنس هو حاجة أساسيَّة للإنسان مثل أي حاجة أساسيَّة أخرى مثل الجوع و المسكن إلخ.
4. التربية الجنسيَّة يمكن أن تقلّل من الانخراط في الأنشطة الجنسيَّة غير المشروعة(دينيًّا،ثقافيًّا...).
5. هل توافق على الانضمام إلى برنامج تعليمي مخصَّص للأزواج المتزوّجين، أو المقبلين على الزواج، يناقش القضايا الجنسيَّة؟

القسم الرابع: مخاوف جنسيَّة وإيجابيَّة

1. يبتعد الازواج عن التخطيط المسبق لممارسة الجنس خوفًا من عدم القدرة على إكمال الممارسة مثلًا بسبب الشعور بالتعب.
2. الشعور بالقلق لدى الزوجين من عدم القدرة على الوصول إلى هزَّة الجماع بالوقت نفسه.
3. يشعر الزوج بالقلق عندما يحاول المحافظة على الانتصاب لانتظار الزوجة لتصل إلى هزَّة الجماع.
4. يشعر أحد الزوجين بالقلق عند عدم المشاركة بمسؤوليَّة تنظيم النسل.
5. اقتراح الزوجة لممارسة الجنس من زوجها قد يؤدِّي الى الشعور بتدنِّي تقدير الذات من ذاتها، أو من نظرة الزوج تجاهها.
6. الشعور بالخوف لدى الزوجين عند اتِّخاذ قرار إجهاض الحمل غير المخطَّط له.

القسم الخامس: المتعة المشتركة للجنس

1. الجنس ليس مقتصرًا على الإنجاب فحسب، بل يشتمل على حاجة إلى اللَّذة والمتعة أيضًا.

السؤال الرابع: (الممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة)

1. ما هو معدَّل ممارسة الجنس/بالأسبوع/ الشهر؟
2. هل مارست العادة السريَّة من قبل؟
3. هل لديك تجربة جنسيَّة إلكترونيَّة؟
4. ما هو العمر عند أوَّل تجربة جنسيَّة؟
5. هل تشاهد موادّ إباحيَّة بانتظام؟
6. هل تستخدم وسائل منع الحمل لتجنُّب الحمل غير المخطَّط له؟
7. هل تحرص على استخدام وسائل منع حمل فعَّالة؟
8. هل سبق لك الجماع بدون وسيلة منع حمل مع النيَّة بعدم الإنجاب؟
9. هل سبق لك ممارسة ضغوط على الزوج/زوجة لمنع من استخدام وسائل منع الحمل؟
10. هل تجد الوصول لخدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة سهلا؟
11. هل سبق لك أن راجعت طبيب لمشكلة جسديَّة أو نفسيَّة أثَّرت على صحَّتك الإنجابيَّة أو الجنسيَّة ؟

استبيان المرحلة الثانية: المقابلات الشخصيَّة (الاستبانة التحليليَّة)

السؤال الأوَّل:

1. الجنس: ذكر /أنثى.
2. العمر: 24-18/ 29-25 / 30 -34 / 39-35/ 45-40/ 46 فما فوق.
3. العمل: قطاع صحِّي/ قطاع غير صحِّي/ لا أعمل.
4. المستوى التعليمي: أساسي / ثانوي/ دبلوم/ بكالوريوس/ دراسات عليا.
5. الحالة الاجتماعيَّة: متزوِّج / منفصل / مطلَّق / أرمل.
6. مكان الإقامة: إقليم الشمال / إقليم الوسط / إقليم الجنوب.
7. وجود إعاقة:
8. نوع الإعاقة:

القسم الثاني: توضيح المفاهيم المعرفيَّة التالية

السؤال الأوَّل:

* هل لديك معرفة بمفاهيم "الصحَّة الجنسيَّة" والصحَّة الإنجابيَّة"؟ نعم /لا
* إذا الجواب نعم.
* تابع للسؤال الأوَّل: ما هي الصحَّة الجنسيَّة والصحَّة الإنجابيَّة من وجهة نظرك؟

السؤال الثاني:

* هل لديك معرفة بـ "حقوق الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة"؟ نعم /لا
* إذا الجواب نعم.
* تابع للسؤال الثاني: ما هي حقوق الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة من وجهة نظرك؟

السؤال الثالث:

* هل تملك معرفة بمفهوم "الأمراض المنقولة جنسيًّا" أو "الأمراض المنقولة عن طريق الاتِّصال الجنسي"؟ نعم / لا.
* إذا الجواب نعم.

تابع للسؤال ث:

1. اذكر واحدًا أو أكثر من الأمثلة على الأمراض المنقولة جنسيًّا التي تعرفها.
2. اذكر واحدة أو أكثر من الطرق التي تنتقل من خلالها البكتيريا أو الفيروسات أو الطفيليَّات التي تسبِّب الأمراض المنقولة جنسيًّا من شخص إلى آخر.
3. ما هي طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًّا؟

السؤال الرابع:

* هل تمتلك معرفة بمفهوم "وسائل تنظيم الأسرة"؟ نعم / لا.
* إذا الجواب نعم.
* تابع للسؤال الرابع: من وسائل تنظيم الأسرة الفعَّالة:

السؤال الخامس:

* هل لديك معرفة بأماكن توفُّر خدمات صحَّة جنسيَّة وإنجابيَّة في الأردن؟ نعم / لا.
* إذا الجواب نعم.
* تابع السؤال الخامس: اذكر/اذكري أماكن توفُّر خدمات صحَّة جنسيَّة وإنجابيَّة في الأردن.

القسم الثالث: الاتِّجاهات الجنسيَّة والإنجابيَّة

السؤال الأول:

* برأيك هل الممارسة الجنسيَّة لها تأثير على الحياة الزوجيَّة؟ نعم / لا.
* إذا الجواب نعم.
* ما أثر الممارسة الجنسيَّة على الحياة الزوجيَّة؟

السؤال الثاني:

* برأيك هل الرِّضا الجنسي المتبادل بين الزوجين يؤثّر على الحياة الجنسيَّة؟ نعم / لا.
* إذا الجواب نعم.
* ما أثر الرِّضا الجنسي المتبادل بين الزوجين على الحياة الجنسيَّة؟

السؤال الثالث:

* برأيك هل مناقشة الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة لها تأثير على الحياة الزوجيَّة؟ نعم / لا.
* إذا الجواب نعم.
* ما أثر مناقشة موضوع الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة على الحياة الزوجيَّة؟

السؤال الرابع: هل لديك أي مخاوف متعلِّقه بالمشكلات الجنسيَّة؟ نعم / لا.

السؤال الخامس: برأيك أي الطرفين عليه البدء بالممارسة الجنسيَّة؟ الرجل / المرأة / غير ذلك.

السؤال السادس: هل تعتقد أنَّ المتعة المشتركة للجنس مهمَّة في الحياة الزوجيَّة؟

السؤال السابع: برأيك فقدان العذريَّة قبل الزواج لكلا الطرفين لها أثر على الحياة الزوجيَّة؟

السؤال الثامن: ماهو مصدرك الأوَّل لتعليم الثقافة الجنسيَّة؟

السؤال التاسع: ما هو رأيك بأن يتمّ تعليم الثقافة الجنسيَّة في المدارس وفق خطط ممنهجة تعتمد على المراحل النمائيَّة؟ أوافق / لا أوافق / غير ذلك.

السؤال العاشر: هل تعتقد أنَّه من المناسب اعتبار الإجهاض خيارًا لمعالجة حالات الحمل غير المخطَّط لها؟ نعم / لا

السؤال الحادي عشر: من بين التأثير الإعلامي والتأثير الديني والتأثير الاجتماعي، أيُّها يعتبر الأكثر تأثيرًا على العلاقة الجنسيَّة؟

السؤال الثاني عشر: برأيك، هل يؤثِّر الأقارب والمجتمع على قرار الإنجاب؟

السؤال الثالث عشر: هل قرار استخدام وسائل منع الحمل يتَّخذ عادة من قبل الأفراد أنفسهم؟

القسم الرابع: (الممارسات المتعلِّقة بالصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة)

1. ما هو معدَّل ممارسة الجنس/بالأسبوع/ الشهر؟
2. هل مارست العادة السريَّة من قبل؟
3. لماذا تلجأ لممارسة العادة السريَّة (الإمتاع الذاتي)؟
4. هل لديك تجربة جنسيَّة إلكترونيَّة؟
5. ما هو العمر عند أوَّل تجربة جنسيَّة؟
6. هل تشاهد مواد إباحيَّة بانتظام؟
7. هل تستخدم وسائل منع الحمل لتجنُّب الحمل غير المخطَّط له؟
8. هل تحرص على استخدام وسائل منع حمل فعَّالة؟
9. هل سبق لك الجماع بدون وسيلة منع حمل مع النيَّة بعدم الإنجاب؟
10. هل سبق لك ممارسة ضغوط على الزوج/زوجة للمنع من استخدام وسائل منع الحمل؟
11. هل تجد الوصول لخدمات الصحَّة الجنسيَّة والإنجابيَّة سهلا؟
12. هل سبق لك أن راجعت طبيب لمشكلة جسديَّة أو نفسيَّة أثَّرت على صحَّة إنجابيَّة أو جنسيَّة؟