

A Social Study to Measure Women's Awareness of Reproductive Health Importance for Some Villages at New Valley Governorate

Entsar A. H. Ali
Desert Research Center

دراسة اجتماعية لقياس وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية لبعض قرى محافظة الوادي الجديد إنتصار علي حسن علي

قسم الدراسات الاجتماعية – الشعبة الاقتصادية والاجتماعية – مركز بحوث الصحراء

المخلص

استهدفت هذه الدراسة التعرف على بعض الصفات الشخصية للمبحوثات وتحديد مستوى أبعاد الصحة الإنجابية للمبحوثات في منطقة الدراسة. بالإضافة لتحديد معنوية العلاقة بين مستوى أبعاد الصحة الإنجابية وبين كل المتغيرات المستقلة المدروسة المقترحة. والتعرف على أهم المشكلات التي توجه المبحوثات في تشكيل الوعي الإنجابي، ومقترحات التغلب عليها من وجهة نظر المبحوثات. تم جمع البيانات الميدانية باستخدام الاستبيان بالمقابلة الشخصية، مع عينة عشوائية من السيدات البيديات المترددات على مراكز تنظيم الأسرة بمركز الخارجة التابع إلى محافظة الوادي، والتي بلغ حجمها ٣٧٠ مبحوثة. وقد استخدم في تحليل وعرض البيانات النسب المئوية والتكرارات، ومعامل الارتباط البسيط، والتحليل الارتباطي الانحداري المتعدد المتدرج الصاعد Step-Wise، واختبار مربع كاي (كاس) وقد تم جمع البيانات خلال شهر مايو ٢٠١٦. وتلخصت أهم نتائج الدراسة فيما يلي: - تشير النتائج إلى أن ما يقرب من نصف العينة (٤٨.٧%) في الفئة العمرية من (١٥-٢٥ عام)، بينما يقع أكثر من ربع العينة في الفئة العمرية (٢٦-٤٠ سنة). - توضح النتائج أن ٤٦% من المبحوثات تعمل بالحكومة من إجمالي حجم العينة. - تبين النتائج أن أكثر من نصف العينة (٥٩.٤%) من المتزوجات وتعول. - تشير النتائج أن ما يقرب من نصف العينة ٤٦% من المبحوثات تلعب القيم الاجتماعية السائدة دورا متوسط في تشكيل وعيها بالصحة الإنجابية. - يتضح من النتائج أن ما يقرب من نصف العينة بنسبة (٤٧%) مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإنجابية متوسط. ومن أهم المشكلات التي تواجه المبحوثات هي: رغبة الزوج في إنجاب الذكور، انتشار المفاهيم الخاطئة حول حرمانية تنظيم الأسرة، عدم كفاية الحضانة في المستشفيات، عدم كفاية الطبيبات المتخصصات في أمراض النساء والولادة بكل وحدة صحية، بنسب ٩٧.٩%، ٩١.٩%، ٨٣.٨%، ٨١% على الترتيب. أهم المقترحات: يجب على المجتمع المحلي نشر مفهوم الصحة الإنجابية، وذلك عبر طرح هذه المفاهيم في المدارس والجامعات، للمساعدة في خلق أسر سليمة صحيا واجتماعيا. الاهتمام بتعليم المرأة، مع زيادة عدد الوحدات الصحية الخاصة بالمرأة والطفل في القرى، وتوفير عائد مادي مجزى لعمل الأطباء داخل المحافظة، كما يمكن دمج موضوعات الثقافة السكانية ضمن البرامج والمشروعات الصحية والاجتماعية والاقتصادية المنفذة، مثل ثقافة وممارسة الفحص الطبي قبل الزواج، والأهمية الصحية للأمهات والأطفال والأسرة والمجتمع ككل.

الإنجابية على أن فئة المراهقين والشباب هم الأشد حاجة إلى الخدمات والرعاية. ونصت برامج الصحة الإنجابية على علاج الأمراض التناسلية. واكتشافها المبكر لأنواع السرطانات الناتجة عن العلاقات الحميمة بين المراهقين والسعي في علاجها.

وعلى المستوى العربي نجد أن دعم الصحة الإنجابية كمشروع يطبق في البلاد العربية. جاء من قبل جامعة الدول العربية، ويتضح ذلك من الدراسات الخاصة بجمع نظم المعلومات، وتعزيز القدرات المحلية، وحث جهاز جامعة الدول العربية نفسه على اتخاذ الخطوات التنفيذية وتطبيقها على الأطفال والشباب، ويشمل ذلك الدعم "زيادة الوعي" للشباب وتوثيق البيات ومنهجيات النواحي التنفيذية (عبد المنعم، ٢٠٠٧: ٢). ويشمل "دراسة الاحتياجات بشكل متكامل" و"تلبية الاحتياجات المترتبة للشباب وخاصة في مجال المعلومات حول الصحة الإنجابية، ووضع استراتيجيات المعلومات والتعليم والاتصال لتشجيع استخدام خدمات الصحة الإنجابية" في إطار واقع كل مجتمع وهويته الثقافية (عبد المنعم، ٢٠٠٧: ٧). والأهم من كل ذلك المتابعة الدؤوب للتأكد من تنفيذ تلك البرامج.

ومن خلال العرض البسيط السابق للتكوينات الخاصة بالصحة الإنجابية، تنطلق مشكلة البحث من خلال بعض التساؤلات مؤداه: هل توجد صورة واضحة وصحيحة لدى النساء حيال الصحة الإنجابية؟ وهل لديهن الوعي بأجزائها وتكويناتها؟ وهل نالت النساء المعرفة المميزة عن الصحة الإنجابية، في ظل ما توفر لبعض هذه المجتمعات من تنمية صحية، والفرق بينها وبين المجتمعات التي لم تصلها هذه التنمية؟ وما هي طبيعة العلاقة بين تكوينات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة المدروسة موضوع الدراسة؟ إضافة للمشكلات الخاصة بوعي تلك النساء بتكوينات الصحة الإنجابية، ومعوقات التطبيق، ومقترحات التغلب عليها من وجهة نظرهن؟

أهداف البحث: انطلاقا من أبعاد المشكلة البحثية للدراسة الراهنة، فإن هذا البحث يستهدف بصفة رئيسية الأهداف الآتية:

- ١- تحديد مستوى أبعاد الصحة الإنجابية للمبحوثات في منطقة الدراسة.
- ٢- تحديد معنوية العلاقة بين مستوى أبعاد الصحة الإنجابية وبين كل المتغيرات المستقلة المدروسة المقترحة.
- ٣- التعرف على أهم المشكلات التي توجه المبحوثات في تشكيل الوعي الإنجابي ومقترحات التغلب عليها من وجهة نظر المبحوثات.

الإطار النظري للبحث:

مفاهيم البحث:

مفهوم الصحة الإنجابية: تم تبني مفهوم الصحة الإنجابية على الصعيد الدولي سنة ١٩٩٤ خلال المؤتمر العالمي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة. وبدأ هذا التوجه يتجسم في بلدنا في منتصف الثمانينات حيث

المقدمة والمشكلة البحثية

تعتبر المرأة من أهم الموارد البشرية اللازمة لأحداث التنمية، حيث تشكل نصف المجتمع، وربما أكثر في بعض المجتمعات. ولا يقتصر دورها على استقبال الخدمات التنموية فقط، ولكنها تعتبر شريك أصيل في تخطيط وتنفيذ البرامج والمشروعات التنموية (بدوي، ٢٠٠٠: ٣٠٣).

فالنساء عماد الحياة في المجتمعات البشرية كافة، ومع ذلك لا تلقى حظ الرجال من المكانة الاجتماعية، والتنمية الاجتماعية التي تتناسب مع قيمتهن الإنسانية، ومساهمتهن الحيوية في المجتمع، حيث تعاني البنات في المناطق الفقيرة خاصة في المناطق الشعبية وفي الريف والصحراء، من نقص الخدمات الصحية، وانتشار الأمية، ووضع العوائق الاقتصادية، والثقافية التي تعمل على ضعف مستوي الوعي والقدرات، بما يزيد من قلة حيلة المرأة (الصباغ، ٢٠٠٥: ٨).

وإذا كانت صحة الأمة تتوقف على الصحة السليمة للمرأة، فإن أي تحسين لصحة النساء الإنجابية ووضعهن الاجتماعي والاقتصادي هو في حد ذاته التحدي الحقيقي والأعظم الذي يجب أن يتصدر جميع تحديات التنمية بصفة عامة، والمستدامة منها بصفة خاصة، وسوف يبقى شعار الصحة للجميع وعدا أجوف يبعث على الأسى إلى أن تنال النساء حظهن من الرعاية الصحية التوليدية (جاكسون، جودي ١٩٩٢: ١٥٧) ، ويشير اصطلاح الصحة الإنجابية (التوليدية) إلى وجه واحد من أوجه حياة النساء وهو الأمومة، ومع أن المضاعفات المرتبطة بمختلف مسائل الأمومة هي عوامل رئيسية، تسهم في ضعف الصحة التوليدية لملايين النساء على نطاق عالمي، إلا أنها ليست سوى واحدة من ثلاث مكونات مرتبطة معا بشدة، المكون الأول هو الصحة التوليدية، أما المكون الثاني فهي أمراض الجهاز التناسلي. شاملة الأمراض المنقولة جنسيا، أما في موثيق الأمم المتحدة فقد ورد تعريف الصحة الإنجابية بمفهوم آخر في مؤتمر السكان بالقاهرة (١٩٩٤م) والمرأة بكيين (١٩٩٥م). ففي وثيقة برنامج عمل مؤتمر المرأة الرابع، ووثيقة مؤتمر السكان والتنمية في البند ٩٤/ج في الفصل الرابع، تم تعريف الصحة الإنجابية بأنها: "حالة سلامة كاملة بدنياً وعقليا واجتماعيا في الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة." كما يوضح البند رقم ٩٤ في وثيقة بكيين ١٩٩٥م تعريف رعاية الصحة الإنجابية بأنها "مجموعة الوسائل والتقنيات والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه عن طريق منع وحل المشاكل التي تكثف الصحة الإنجابية، وهي تشمل أيضا "الصحة الجنسية التي يتمثل هدفها في تحسين الحياة والعلاقات الشخصية" ويستلزم هذا البند بالطبع إيجاد الخدمات لتحقيق هذه الرعاية (العساف، ٢٠٠٧).

(٨٦٠) امرأة متزوجة، موزعة بين منطقتي البحث في وسط وأطراف المدينة - المنيا - وذلك لتحديد نوعية العلاقة الارتباطية بين الحضرية والسلوك الإنجابي بوسط المدينة وأطرافها، حيث يصل متوسط عدد المواليد الأحياء بأطراف المدينة مقارنة بوسط المدينة، حيث يصل المتوسط ٣.٩ طفل لكل سيدة في الأطراف مقابل ٣.١ طفل بوسط المدينة.

٣- دراسة المجلس القومي للسكان: (١٩٩٩)، عن العلاقة بين بعض المتغيرات البيئية والسلوك الإنجابي في المناطق العشوائية.

قد استهدفت الدراسة معرفة أهم الخصائص والمتغيرات البيئية المتعلقة بالسلوك الإنجابي في محافظة الجيزة أكبر محافظات الجمهورية من حيث عدد المناطق العشوائية، وخاصة منطقة الجنوب بالجيزة ومنها مجتمع البحث منطقة المنيب. وقد تناولت الدراسة عينة من الأسر بمنطقة المنيب تتكون من ٣٠ أسرة، واستخدمت مجموعة من الاستبيانات، للتعرف على أرائهم واتجاهاتهم في موضوعات البيئة والسلوك الإنجابي بالمنطقة، وكانت أهم النتائج تتمثل في رغبة الزوجات بنسبة ٩٣.٣% والأزواج ٨٣% في تفضيل الأسرة صغيرة الحجم، وذلك للقدرة على تعليم الأولاد وحسن تربيتهم، وقد كانت نسبة المستخدمين لوسائل تنظيم الأسرة تتراوح بنسب كبيرة بين المتعلمات على عكس الأميات واللاتي لم تزد عن ١.٦% و٤٠% بين أصحاب المؤهلات العليا.

الإطار المنهجي للدراسة

أولاً: نوع الدراسة ومنهجها المستخدم:

تصنف هذه الدراسة على أنها دراسة وصفية تحليلية، تهدف إلى وصف وتحليل مستوي وعي السيدات البدويات بأبعاد الصحة الإنجابية بمركز الخارجة بمحافظة الوادي الجديد، وتعتمد الدراسة على منهج المسح الاجتماعي باستخدام العينة، ومنهج المسح الاجتماعي يعد أحد المناهج المستخدمة في الدراسات الوصفية ويقصد به "ذلك النوع من البحوث الذي يتم بواسطته استجواب جميع أفراد مجتمع البحث أو عينة مختارة منهم، بهدف وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها" (العساف، ٢٠٠٧: ١٩١).

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة:

مجتمع الدراسة: كان يسمى الوادي الجديد قديماً بمحافظة الصحراء الجنوبية، ومع تطبيق نظام الإدارة المحلية عام ١٩٦١م أنشأت محافظة الوادي الجديد ضمن التقسيم الإداري الجديد

وتقع محافظة الوادي الجديد في الجزء الجنوبي الغربي من جمهورية مصر العربية، ويحدها شمالاً محافظات المنيا والجيزة ومرسى مطروح، ويحدها شرقاً أسبوط وسوهاج وقنا وأسوان، ويحدها غرباً حدود مصر الدولية مع ليبيا، ويحدها جنوباً حدود مصر الدولية مع السودان، وتبلغ مساحة المحافظة ٤٤٠٠٩٨ كم^٢، بما يعادل ٤٤% من المساحة الكلية لجمهورية مصر العربية، وتمتاز محافظة الوادي الجديد بمناخ جاف صيفاً دافئ شتاءً والأمطار نادرة، كما تتميز المحافظة بأعلى نسبة سطوح للشمس في العالم على مدار السنة، والتي يمكن استغلالها كمصدر للطاقة المتجددة، ويتمتع الوادي الجديد أيضاً بالبيئة النظيفة الخالية من كافة أنواع التلوث البيئي بشتى صورته، الأمر الذي جعلها تنفرد عن كافة محافظات الجمهورية بهذه الميزة. ونظراً لأهمية البيئة في عملية التنمية السياحية فقد اهتمت القيادات التنفيذية والجمعيات الأهلية والشعبية بالنظافة العامة، لخلق مجتمع صحي نظيف، وإضافة العديد من الحدائق والمنتزهات بالمدن والقرى، فضلاً عن حظر المبيدات الزراعية في دائرة المحافظة

وقد أشارت نتائج التعداد العام في ١٩٩٦ أن عدد السكان كان قد بلغ ١٤١٧٧٤ نسمة، كما بلغ معدل النمو السكاني ٢.٣%. أما في نهاية عام ٢٠١٣ فقد بلغ عدد السكان (٢٣٤٠١٦) نسمة منهم ١٠٥٥٨٩ نسمة في الحضر بنسبة ٥٠.٤% و ١٠٤٠٠٨ نسمة في الريف بنسبة ٤٩.٦% من إجمالي السكان، وتبلغ الكثافة السكانية ١ فرد لكل ٢ كم^٢، وفي المساحة المأهولة تبلغ ١٧٤ نسمة لكل كم^٢.

التقسيم الإداري للمحافظة

١. مركز الخارجة عدد السكان ٨٣٢٢٣.
 ٢. مركز باريس عدد السكان ١٢٠٠٠.
 ٣. مركز بلاط عدد السكان ١٤٤٢٥.
 ٤. مركز الداخلة عدد السكان ٧٥٣٥٦.
 ٥. مركز الفرافرة عدد السكان ٢٤٥٩٣.
- وكذلك (٥) مدن هي (الخارجة - باريس - موط - بلاط - الفرافرة). كما تضم المحافظة (٤٦) وحدة محلية قروية، تتبعها (١٧٣) قرية رئيسية وتابع.

استحدثت عيادات لعلاج العقم ومقاومة الإصابات المنقولة جنسياً والعيادة بصحة الأم والطفل وإشراك الرجل في مجال تنظيم الأسرة.

وتعريف الصحة الإنجابية: (هي حالة رفاه كامل بدينا وعقلنا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية) (المؤتمر الدولي للسكان، ١٩٩٤). حيث تهدف الصحة الإنجابية إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، وهي تتجاوز مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، حيث يمكننا تحقيق الصحة الإنجابية من خلال تقديم الرعاية الصحية للنساء في عمرهن الإنجابي. سعياً للوصول إلى تمام الصحة الجسدية والعقلية، والحفاظ على ظروف اجتماعية ملائمة، إن قدرة جميع البالغين، وخاصة النساء، على الحصول على خدمات الصحة الإنجابية جزء أساسي من حقوقهم الإنجابية، ولذلك تعني الصحة الإنجابية بقدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مقبولة وآمنة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريةهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمناً على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة الآمنة والفعالة والميسرة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارها كل منهما والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة، التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتُهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة... إن من الجوانب شديدة الأهمية لجعل الصحة الإنجابية حقيقة واقعة بالنسبة لسكان العالم، مسألة ضمان وصول الجميع إلى الرعاية الصحية الإنجابية الواجبة.

وقد اصدر المؤتمر الدولي للسكان والتنمية التصريح التالي المتعلق بمجال هذه الرعاية: حيث عرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تساهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية، وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية... لذا فمن الأهداف الأولى لعمل مركز الحقوق الإنجابية، هو ضمان قدرة جميع النساء على الوصول إلى الرعاية الصحية الإنجابية الجيدة. ونحن ننظر إلى الرجال والنساء على أنهم يملكون حقاً إنسانياً بالرعاية الصحية الإنجابية، ويستند هذا الحق الإنساني إلى الحق الإنساني العام بالصحة المعترف به دولياً، وترتكز معظم نشاطات المركز بهذا الخصوص على الدفاع عن أهمية الصحة الإنجابية بالنسبة لوضع النساء، كما تُركّز على ضمان التزام الحكومات بتأمين التشكيلة الكاملة من خدمات الصحة الإنجابية، كما أننا نقوم بدراسة القوانين المتعلقة بالرعاية الصحية الإنجابية في العالم كله بغية تقييم كيفية تنفيذ الحكومات لبرامج الصحة الإنجابية.

الدراسات السابقة:

١- دراسة محاسن عمر: (٢٠١١)، السلوك الإنجابي للمرأة في العشوائيات.

قد أجريت في عزبة خير الله بمحافظة القاهرة، واستهدفت الدراسة التعرف على السلوك الإنجابي للمرأة في سياق الواقع الاجتماعي والثقافي، والخصائص الاجتماعية والديموقراطية للنساء في العشوائيات وكذلك المعوقات التي ترتبط بنوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرأة في العشوائيات، وقد اعتمدت على منهج المسح الاجتماعي بالعينة واستخدمت استمارة الاستبيان كأداة لجمع البيانات والملاحظة، واستخدمت عينة عمدية من الأسر المعيشية في عزبة خير الله وفقاً للمرحلة العمرية للنساء من ١٨ سنة حتى ٤٩ سنة (مرحلة الإنجاب) وعددهن ٥٠ امرأة متزوجة لديهن أطفال، وكانت أهم نتائج الدراسة تتمثل في أن للبيئة تأثير كبير على ثقافة الإنجاب لدى الأسرة، فالمناطق العشوائية لها ثقافتها الإنجابية التي ترتبط بعوامل اقتصادية واجتماعية وثقافية، حيث أوضحت الدراسة بأن أحد سلوكيات المرأة لتنظيم الأسرة وممارستها لفترة التباعد بين الأبناء، والتي كانت أكثرها تكراراً ٣ سنوات ٣٤%، في حين كانت فترة التباعد بين المولود، والذي يليه سنتين هي ٢٢%، وإن نسبة ٩٠% من النساء استخدمت وسائل تنظيم الأسرة، ولكن بعد الطفل الثالث، في حين أكدت الدراسة أن نسبة ٦% من العينة توافق على الزواج المبكر للبتن أقل من ١٨ سنة، ويرجع ذلك بأنه حفاظاً على البنت من العنوسة أو الانحرافات الأخلاقية.

٢- دراسة عبد المجيد احمد: (٢٠٠٩)، عن الحضرية والسلوك الإنجابي. أجريت الدراسة على عينتين بمدينة المنيا إحداهما منطقة عشوائية، وأخرى بوسط المدينة، وقد اعتمدت على منهج المسح الاجتماعي بالعينة، والمنهج المقارن، واستمارة الاستبيان بالمقابلة كأداة لجمع البيانات، وبلغ قوام العينة

أفراد - لأقل من ٨ أفراد)، وأسرة كبيرة مكونة من (٨ أفراد فأكثر) وبذلك يصبح المتغير رتبى .

٦- مستوي معيشة المبحوث: ويقصد به في هذه الدراسة مستوي المبحوث المعيشي من خلال امتلاكها للأجهزة المنزلية الكهربائية والكمالية، لتعبر عن مستوي معيشتها الاقتصادي والاجتماعي، ولقد أعطيت الاستجابات الأوزان الرقمية بناءً على السعر السائد لهذه الأجهزة في السوق في حالة وجودها لدى المبحوث، أما في حالة عدم وجودها فيعطي وزن رقمي صفر، درجة واحدة لكل من: المراوح الكهربائية، وأجهزة التسجيل، وماكينات الخياطة، و درجتان لكل من: أجهزة الفيديو، والمكانس الكهربائية، والسخانات الكهربائية، والغسالات الكهربائية، وأجهزة الموبايل، والبيوتاجازات، وثلاث درجات لكل من: أجهزة الاستقبال الهوائي (الذش)، والتلفزيونات الملونة، وأربعة درجات للتلاجات الكهربائية، وخمس درجات لكل من: أجهزة التكييف، وأجهزة الكمبيوتر، وعشرين درجة للسيارات الخاصة، وبأوزان تتفق والقيمة النقدية لكل جهاز، وعلى ذلك يكون الحد الأدنى النظري لهذا المقياس هو صفر، والحد الأعلى ٥٥ درجة ولقد تم تقسيم هذه الاستجابات إلى ثلاث فئات منخفضة (أقل من ١٨ درجة)، ومتوسطة (من ١٨ درجة - لأقل من ٣٦ درجة)، مرتفعة (٣٦ درجة فأكثر) ويعتبر المتغير بعد ذلك رتبى .

٧- درجة عضوية المنظمات الأهلية والحكومية: ويقصد بها في هذه الدراسة عضوية المبحوث في المنظمات الأهلية والحكومية المختلفة، ونوع العضوية، ومدى التزامها ومواطنتها على حضور الاجتماعات والأنشطة المختلفة، وتم قياس هذا المتغير عن طريق سؤال المبحوث في تسعة منظمات، لقد أعطيت الأوزان الرقمية للاستجابات عضوية المنظمات: نعم (١)، لا (صفر)، نوع العضوية: عضو جمعية عمومية (١)، عضوية اللجان (٢)، عضو مجلس الإدارة (٣)، رئيس مجلس الإدارة (٤)، حضور الاجتماعات: دائماً (٣)، أحياناً (٢)، نادراً (١)، لا (صفر) وعلى ذلك يكون الحد الأدنى النظري لهذا المقياس هو صفر، والحد الأعلى النظري له ٧٢ درجة، وتم حساب الدرجة الكلية التي حصل عليها المبحوث من خلال جمع الدرجات التي حصلت عليها المبحوث، ولقد تم تقسيم هذه الاستجابات إلى ثلاث فئات منخفضة (أقل من ٢٤ درجات)، متوسطة (من ٢٤ درجات - لأقل من ٤٨ درجة)، مرتفعة (٤٨ درجة فأكثر) ويعتبر متغير رتبى.

٨- الدخل الشهري للمبحوث: ويقصد به مقدار الدخل الذي تتحصل عليه المبحوث في الشهر بالجنه، وتم التعامل معه كرقم مطلق كما ذكرته المبحوث، ولأغراض التحليل الإحصائي تم تقسيم المبحوثات إلى ثلاث فئات وهي: (أقل من ١٠٠٠ جنيه)، (١٠٠١ - ٢٩٩٩ جنيه)، (٣٠٠٠ جنيه فأكثر) ويعتبر متغير رتبى .

٩- الانفتاح الثقافي: يعرف بأنه مدى خضوع المبحوث لمؤشرات خارجة عن تنظيم إجتماعي معين، ويقصد به في هذه الدراسة بأنه مدى استفادة المبحوث من عناصر الثقافة المادية واللامادية السائدة في العالم الخارجي، وكذلك مصادر المعلومات التي تستقي منها المبحوث احتياجاتها المعرفية عن التنمية بكافة مجالاتها. وخاصة أبعاد الصحة الإنجابية، تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث في عشر عبارات، وتم إعطاء الإجابات الأوزان الرقمية التالية: دائماً (٣)، أحياناً (٢)، لا (١)، وجمعت الدرجة الإجمالية لتعبر عن درجة الانفتاح الثقافي وهي ٣٠ درجة، وتم تقسيم المبحوثات إلى ثلاث فئات هي: منخفضة (أقل من ١٧ درجة)، متوسطة (١٧ - لأقل من ٢٤ درجة)، مرتفعة (٢٤ درجة فأكثر) ويعتبر متغير رتبى.

١٠- دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل وعي السيدات نحو الصحة الإنجابية: ويقصد به القيم السائدة بالمجتمع وما تقوم به من تأثير علي وعي المبحوث نحو الصحة الإنجابية، وتم قياس هذا المتغير من خلال سؤال مكون من خمسة عشر عبارة، وأعطيت الإجابات الأوزان الرقمية التالية: موافق (٣)، لحد ما (٢)، غير موافق (١)، وجمعت الدرجات لتعبر عن الدرجة الإجمالية للمتغير، وتم تقسيم المبحوثات إلى ثلاث فئات هي: منخفضة (أقل من ٢٥ درجة)، متوسطة (٢٥ - لأقل من ٣٥ درجة)، مرتفعة (٣٥ درجة فأكثر) ويعتبر المتغير رتبى.

ب- المتغير التابع:-

مستوي وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية:

ويقصد به في هذا البحث مستوي وعي ومعرفة المبحوث بأبعاد الصحة الإنجابية، وذلك من خلال ستة محاور فرعية هي: صحة الأم

خُد مجتمع الدراسة بالسيدات البدويات المترددات علي مراكز تنظيم الأسرة بمركز الخارجة بمحافظة الوادي الجديد .

أما عينة الدراسة: فهي من السيدات البدويات المترددات علي مراكز تنظيم الأسرة بمركز الخارجة التابع إلى محافظة الوادي الجديد خلال عام ٢٠١٥ م. بعد أن تم الحصول على القوائم وجد أن عدد السيدات المترددات علي مراكز تنظيم الأسرة بمراكز محافظة الوادي الجديد خلال عام ٢٠١٥ م ١٢٣١٥ سيدة، كان أكثرهم يتردد علي مركز الخارجة حيث بلغ عددهم ٧٩٣٣ سيدة، وقد تم اختيار عينة عشوائية بسيطة من إجمالي عدد السيدات المسجلات بكشوف مراكز تنظيم الأسرة طبقاً لمعادلة مورجان لتحديد حجم العينة وذلك علي النحو التالي:

$$S=X2NP(1-P)/d2(N-1)+X2P(1-P) \text{ (Morgan,1979:607)}$$

حيث أن :

S = حجم العينة المطلوب

X2 = قيمة مربع كاي عند درجات حرية ١ ، ومستوي معنوية ٠.٠١ وهي تساوي (٣.٨٤١)

N = حجم الشاملة بمنطقة الدراسة وهي تساوي (٧٩٣٣ سيدة)

P = نسبة احتمال وجود الظاهرة وهو (٠.٥) خطأ التقدير

d = نسبة الخطأ المسموح به وهو (٠.٠١) درجة الدقة

وبما أن حجم شاملة السيدات بمنطقة البحث هو (٧٩٣٣ سيدة) ، وبتطبيق المعادلة بلغ حجم العينة كالتالي :

$$S=3.841*7933*0.5(0.5)/(0.0025*7932)+3.841*0.5(0.5)=366$$

ولكن اقترح زيادة حجم العينة إلى (٣٧٠) لتجنب الكسور بالعينة.

ثالثاً : أداة جمع البيانات:

استخدمت الباحثة الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وهي من أكثر أدوات البحث العلمي شيوعاً خاصة في البحوث الاجتماعية، ويتم استخدامها عندما يريد الباحث جمع معلومات وبيانات يتعذر الحصول عليها عن طريق أدوات البحث الأخرى. مثل الملاحظة والمقابلة، بعد أن تم إعداد وصياغة الاستبيان بالشكل الذي يخدم أغراض الدراسة تمهيداً لتطبيقها في الميدان من أجل جمع البيانات قامت الباحثة بعرض الاستبيان على مجموعة من أساتذة علم الاجتماع كمحكمين و عددهم ثمانية محكمين، وذلك بهدف الوقوف على آرائهم حول عبارات الاستبيان ومدى استيفائها لغرض الدراسة بشكل يخدم الهدف الرئيسي للدراسة، كذلك معرفة مدى وضوح العبارات و مناسبة الصياغة، وقد أبدى المحكمون ملاحظاتهم التي استنادت منها الباحثة وتم على ضوءها إجراء بعض التعديلات بحذف عبارات وإضافة أخرى وإعادة صياغة البعض الأخر وتم جمع بيانات هذا البحث خلال شهر مايو ٢٠١٦ .

خامساً : قياس المتغيرات البحثية:

أ- المتغيرات المستقلة :-

١- السن: ويقصد به في هذه الدراسة سن المبحوثه لأقرب سنة ميلادية مقدراً بقيمة رقمية وقت إجراء هذه الدراسة.

٢- الحالة الزوجية: ويقصد به في هذه الدراسة حالة المبحوثه الزوجية وقت إجراء هذه الدراسة، وتم قياسه من أربع فئات وهي: متزوجة وتعول وأعطى وزن رقمي (٤)، متزوجة ولا تعول وأعطى وزن رقمي (٣)، مطلقه / أرمله وأعطى وزن رقمي (٢)، عزبة وأعطى وزن رقمي (١) وهو متغير أسمى.

٣- الحالة التعليمية: ويقصد به في هذه الدراسة عدد السنوات التي أتمتها المبحوثه بنجاح في التعليم الرسمي المدرسي، تم قياس هذا المتغير من خلال الدرجة القصوى للتعليم ٢٠ درجة، يمكن توزيعها حسب سنوات التحصيل الدراسي وذلك وفقاً للآتي: أمية (صفر)، تقرأ وتكتب بدون شهادة (معادلاً لمن أتمت الصف الرابع الابتدائي) (٣)، تعليم أعدادي(٨)، تعليم ثانوي/ متوسط (١١)، تعليم جامعي (١٦)، تعليم فوق جامعي (٢٠) وهو متغير رتبى.

٤- المهنة الأساسية: ويقصد بها المهنة الأساسية التي تمتنها المبحوثه أو النشاط الرئيسي الذي تعمل به المبحوثه، وتمثل لها مصدراً للدخل الأساسي، وتم قياسه بإعطاء الاستجابات للمهن الأوزان الرقمية التالية: (١) موظفة قطاع خاص، (٢) موظفة حكومية، (٣) أعمال حره، (٤) تعمل بالزراعة، (٥) ربة منزل وهو متغير أسمى.

٥- عدد أفراد الوحدة المعيشية: ويقصد بها في هذه الدراسة عدد الأفراد الذين يقيمون معاً في نفس المسكن ويعيشون حياة اجتماعية واقتصادية مشتركة، وقيس هذا المتغير من خلال سؤال المبحوث عن عدد أفراد أسرته، معبراً عنه بقيم رقمية وتم تقسيم هذا المتغير إلى ثلاث فئات أسرة صغيرة من (أقل من ٤ أفراد)، وأسرة متوسطة مكونة من (٤

- كما يشير الجدول إلى أن ٤٦% من المبحوثات دخلهم يتراوح بين (١٠٠١-٢٩٩٩ جنيهه) , وان ٢٧% من المبحوثات دخلهم اقل من (١٠٠٠ اجنية) .

- بين الجدول أن ما يقرب من نصف العينة ٤٠.٥% ذات تعليم عالي , بينما ٣٢.٤% من المبحوثات ذات تعليم متوسط .

- يشير الجدول ان حوالي ٤٨.٧% من المبحوثات ذات مستوى معيشي مرتفع , بينما حوالي ٤٠.٥% منهم ذات مستوى معيشي متوسط .

- كما ان أكثر من نصف العينة ٥٤.١% من المبحوثات عدد أفراد أسرهم (افراد ٤ الى اقل من ٨ أفراد) بينما ٤٠.٥% من العينة عدد أفراد أسرتهم (٨ أفراد فأكثر) .

- يوضح الجدول ان ٥٤% من اجمالي العينة لا يشاركون اجتماعيا , بينما ٣٥.١% من المبحوثات يشاركون في المجتمع المحلي .

- أظهرت النتائج ان ٤٨.٧% من المبحوثات ذات انفتاح ثقافي على العالم الخارجى - أن ما يقرب من نصف العينة ٤٦% من المبحوثات تلعب القيم الاجتماعية السائدة دورا متوسط في تشكيل الوعي بالصحة الإيجابية .

- يتضح من النتائج السابقة بصفة عامة أن أغلب المبحوثات يقعن في فئة الشباب , وأنهم متزوجات وتعمل , ويعملون معظمهم في وظائف حكومية , وأغالبهم من ذوى التعليم العالي , وان دخل معظمهن متوسط , وأعداد أفراد أسرهم مناسب , وأنهم ذو مشاركة اجتماعية ضعيفة في المجتمع المحلي , ويعتبر انفتاحهن على المجتمع الخارجى متوسط , وتلعب القيم السائدة في المجتمع دورا متوسط في تشكيل الوعي الصحي لدى المرأة , وخاصة الوعي بالصحة الإيجابية , حيث أدت التكنولوجيا ووسائل الاتصال الحديثة إلى زيادة الوعي الصحي لدى المرأة , وخاصة الإيجابي وأيضا التعليم له دور كبير في زيادة الوعي الإيجابي لدى المرأة , إضافة إلى أن خروج المرأة للعمل ساعد على معرفتها بأمور تتعلق بالإيجاب والمحافظة على صحتها وأطفالها .

والطفل، الرضاعة الطبيعية، التغذية، العقم، تنظيم الأسرة، المراهقة، حيث تم قياس هذا المتغير من خلال الإبعاد الستة السابق ذكرها، وتم سؤال المبحوثة في خمسة عبارات لكل بعد من الإبعاد السابقة، ليصبح مجموع العبارات ثلاثين عبارة، كما تم إعطاء الإجابات الأوزان الرقمية التالية: مرتفع وأعطى وزن رقمي (٣)، ومتوسط وأعطى وزن رقمي (٢)، ومنخفض وأعطى وزن رقمي (١)، وتم تقسيم المبحوثات إلى ثلاث فئات هي: منخفضة (أقل من ٥٠ درجة)، متوسطة (٥٠ - لأقل من ٧٠ درجة)، مرتفعة (٧٠ درجة فأكثر) .

سادسا: أساليب التحليل الإحصائي للبيانات :

بعد جمع البيانات وتفرغها في الحاسب الآلي ، تمت معالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ، وقد استخدم عدداً من الأساليب الإحصائية مبنية كالتالي: التكرارات والنسب المئوية ، ومعامل ارتباط "بيرسون" لتحديد العلاقة بين المتغيرات، وأسلوب التحليل الارتباطي الانحداري المتعدد المتدرج الساعد لبيان مساهمة المتغيرات المستقلة.

النتائج ومناقشتها

أولا الخصائص الشخصية للمبحوثات :

اتضح من الجدول رقم (١) الآتى :

- يقع ما يقرب من نصف العينة (٤٨.٧%) في الفئة العمرية (١٥- ٢٥ عام) , بينما يقع أكثر من ربع العينة في الفئة العمرية (٢٦-٤٠ سنة) .
- بين الجدول أن أكثر من نصف العينة (٥٩.٤%) من المتزوجات وتعمل , بينما ١٨.٩% منهم متزوجات ولا تعمل .
- يوضح الجدول أن ٤٦% من المبحوثات تعمل بالحكومة , بينما ٢٧% منهم لا يعملون (ربة منزل)

جدول ١. وصف المبحوثات وفقا لخصائصهم الشخصية

المتغيرات المستقلة	عدد	%	المتغيرات المستقلة	عدد	%
١-الفئة العمرية	١٨٠	٤٨.٧	٦-مستوى معيشة المبحوثة	٤٠	١٠.٨
- (١٥-٢٥ سنة)	١٢٠	٣٢.٤	- (منخفض اقل من ١٨)	١٥٠	٤٠.٥
- (٢٦-٤٠ سنة)	٧٠	١٨.٩	- (متوسط من ١٨ لأقل من ٣٦)	١٨٠	٤٨.٧
- (أكثر من ٤١ سنة فأكثر)	٣٧٠	١٠٠	- (مرتفع من ٣٦ فأكثر)	٣٧٠	١٠٠
٢-الحالة الزوجية	٢٢٠	٥٩.٤	٧-عدد أفراد الأسرة	٢٠	٥.٤
- (متزوجة وتعمل)	٧٠	١٨.٩	- (أقل من ٤)	٢٠٠	٥٤.١
- (متزوجة ولا تعمل)	٥٠	١٣.٥	- (٤ أفراد لأقل من ٨ افراد)	١٥٠	٤٠.٥
- (أرملة)	٣٠	٨.٢	- (٨ أفراد فأكثر)	٣٧٠	١٠٠
- (عزبة)	٣٧٠	١٠٠	٨-المشاركة الاجتماعية	٢٠٠	٥٤.١
٣-الحالة العملية	٨٠	٢١.٦	- (ضعيفة اقل من ٢٤ درجة)	١٣٠	٣٥.١
- موظفة بالحكومة	١٥	٤.١	- (متوسطة من ٢٤ لأقل من ٤٨ درجة)	٤٠	١٠.٨
- موظفة قطاع خاص	٥	١.٣	- (مرتفعة من ٤٨ درجة فأكثر)	٣٧٠	١٠٠
- أعمال حرة	١٠٠	٢٧	٩-الانفتاح الثقافى	٦٠	١٦.٢
- ربة منزل	٣٧٠	١٠٠	- (منخفضة اقل من ١٧ درجة)	١٨٠	٤٨.٧
٤-الدخل الشهري	١٧٠	٤٦	- (متوسطة من ١٧ لأقل من ٢٤ درجة)	١٣٠	٣٥.١
- (اقل من ١٠٠٠ ج)	١٠٠	٢٧	- (مرتفعة من ٢٤ درجة فأكثر)	٣٧٠	١٠٠
- (١٠٠١ ج-٢٩٩٩ ج)	٣٠٠	٨٠	١٠-دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل الوعي الإيجابي	٥	١.٣
- (٣٠٠٠ ج فأكثر)	٣٧٠	١٠٠	منخفض (اقل من ٢٥ درجة)	١٥	٤.١
٥-الحالة التعليمية	٥٠	١٣.٥	متوسط (٢٥ لأقل من ٣٥ درجة)	١١٠	٢٩.٧
- أمي	١٢٠	٣٢.٤	مرتفع (٣٥ درجة فأكثر)	٩٠	٢٤.٣
- تتقرأ وتكتب	٣٠	٨.٢	١٠٠-دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل الوعي الإيجابي	٣٧٠	١٠٠
- تعليم إعدادى	٣٧٠	١٠٠	١٠٠-دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل الوعي الإيجابي	٣٧٠	١٠٠
- تعليم ثانوى/ متوسط	٣٧٠	١٠٠	١٠٠-دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل الوعي الإيجابي	٣٧٠	١٠٠
- تعليم جامعى	٣٧٠	١٠٠	١٠٠-دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل الوعي الإيجابي	٣٧٠	١٠٠
- تعليم فوق الجامعى	٣٧٠	١٠٠	١٠٠-دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل الوعي الإيجابي	٣٧٠	١٠٠

المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسبت (بواسطة الحاسب الآلى برنامج (SPSS)) من واقع إستمارة الإستبيان ٢٠١٦ م.

(٢٨.١%) مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإيجابية منخفض، وان نسبة (٢٤.٩%) من المبحوثات مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإيجابية مرتفع . أظهرت النتائج بصفة عامة أن المبحوثات مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإيجابية متوسط، وهو ما يرجع إلى انفتاح مجتمع البحث على

ثانيا: نتائج التعرف على مستوى وعي المبحوثات بأبعاد الصحة الإيجابية. تشير نتائج جدول رقم (٢) أن ما يقرب من نصف العينة بنسبة (٤٧%) مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإيجابية متوسط , وان نسبة

كانت الفتاة متزوجة وتعمل تكون أكثر حرص على معرفة كل ما يتعلق بصحة الأولاد، وصحتها عامة، للحفاظ على صحة عائلتها، مما يؤدي إلى زيادة وعيها بالصحة الإنجابية، وما يجب أن تفعله للحفاظ على صحة أسرتها، وأيضاً صحتها لأنها هي أساس الأسرة والأطفال .

- ويمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية، ومتغير الحالة التعليمية، إلى أنه كلما كانت المرأة أكثر تعليماً كلما كانت أكثر وعياً بالصحة الإنجابية، وكل ما يتعلق بالزواج، وما يجب معرفته أثناء الحمل والولادة، وأيضاً الاهتمام الدائم بصحتها وصحة أولادها وأسرتها، وتكون حريصة دائماً على متابعة ما تقدمه وسائل الإعلام والصحف والنس من إرشادات صحية، إضافة لحرصها على المتابعة الطبية طوال فترة الحمل، عكس اللاتي لم تحظي بالتعليم، وتكتفي بالخبرات التقليدية، وما نقوله لها والدتها، وكبار السن من سيدات العائلة، دون استشارة الطبيب المختص، وهؤلاء دائماً يعتمدن على الوصفات الطبية البدائية دون الرجوع للطبيب .

جدول ٣. نتائج طبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة المدروسة، وبين مستوي وعي المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية .

م	المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط
١	السن	**٠.٥١١
٢	الحالة الزوجية	**٠.٣١٠
٣	الحالة التعليمية	**٠.١٨٢
٤	المهنة الأساسية	**٠.٥٩٦
٥	عدد أفراد الوحدة المعيشية	**٠.٦٢٣
٦	مستوي معيشة المبحوثة	**٠.٤١٩
٧	درجة عضوية المنظمات الأهلية والحكومية	**٠.٣٣٠
٨	الدخل الشهري للمبحوثة	٠.١٠٢
٩	الانفتاح الثقافي	**٠.٤٤٣
١٠	دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل وعي السيدات نحو الصحة الإنجابية	**٠.٥٦٣

*مستوى المعنوية ٠.٠٥ ، **مستوى المعنوية ٠.٠١
المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسبت (بواسطة الحاسب الآلي برنامج (SPSS)) من واقع استمارة الاستبيان ٢٠١٦ م.

- ويمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير المهنة الأساسية إلى أنه كلما كانت المهنة أقرب إلى مجال الصحة، كلما كانت وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية أكثر، وأيضاً عندما تمتهن المرأة مهنة مرموقة تكون أكثر حرصاً على المتابعة والاهتمام بصحتها وصحة أولادها والمحافظة عليهم .

- وأيضاً اتضح من النتائج وجود علاقة معنوية بين مستوى وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير عدد أفراد الوحدة المعيشية، ومتغير مستوى معيشة المبحوثة، وذلك يرجع إلى أنه كلما كان مستوى معيشية المرأة مرتفع أدى ذلك للاهتمام المستمر بالصحة العامة، والصحة الإنجابية، وإذا كان هناك أي مشكلة صحية ما تستطيع المرأة أن تصل إلى أحسن خدمة صحية من خلال توافر المال اللازم، وهذا أيضاً يؤدي إلى مستوى غذائي وصحي جيد، ومتابعة مستمرة لصحتها وأسرتها، وأيضاً كلما كان عدد أفراد أسرتها قليل يعطى فرصة أفضل لتوزيع الاهتمام عليهم، وتوافر مستوى صحي وتعليمي أحسن، وأيضاً المحافظة على صحتها من كثرة الإنجاب، وهي عناصر تؤدي في مجملها إلى زيادة الوعي الصحي والإنجابي الذي يساعد على تماسك كيان هذه الأسرة .

- ويمكن شرح معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير درجة عضوية المنظمات الحكومية والأهلية إلى أنه كلما كانت المرأة عضو مشارك في المجتمع من خلال المشاركة المجتمعية في الأنشطة المختلفة، عبر الجمعيات الأهلية أو المؤسسات الحكومية، كلما كانت أكثر وعياً بمجريات الأمور، سواء الصحية أو السياسية أو الاقتصادية في المجتمع .

- ويمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير الانفتاح الثقافي، من خلال تواصلها وتفاعلها مع المتغيرات الحديثة عبر وسائل التكنولوجيا والاتصالات والنس والفضائيات التليفزيونية، وهو ما ساعدها على معرفة الكثير عن الموضوعات المختلفة، وجعلها أكثر انفتاحاً على العالم الخارجي، مما أدى إلى زيادة وعيها الإنجابي .

العالم الخارجي، من خلال متابعة وسائل الاتصال المختلفة، ومشاهدة الفضائيات، وأيضاً تعليم المرأة وخروجهها إلى العمل، وهو ما ساهم في زيادة وعيها الثقافي والصحي وخاصة الصحة الإنجابية، ورغم أهمية قضية صحة الشباب وعلى الأخص الصحة الإنجابية لما لها من أثر بالغ في حياة الشباب ومستقبلهم العملي والاجتماعي، إلا أن واقع الحال يبني عن أن الشباب يفتقدون حتى الوقوف على الثقافة الإنجابية ومفهومها الصحيح، بالإضافة إلى أن خدمات الصحة الإنجابية ومعلوماتها محدودة أيضاً ولم تحظ طوال الفترات الماضية بالاهتمام المناسب لها سواء من قبل المسؤولين أو المجتمع المدني أو الإعلام والذي اقتصر تعامله على حالتين فقط هما التحرش والاعتصاب .

فقد كانت السيدات قديماً تتمسك بالعادات والتقاليد التي تحث على زيادة عدد الأولاد، وخاصة إنجاب الذكور، ولكن الآن نتيجة لتعليم المرأة وخروجهها إلى العمل، وأيضاً تقدم وسائل الإعلام والتكنولوجيا الحديثة، وزيادة الوعي الثقافي، والتغيرات الحديثة التي طرأت على المجتمع، إضافة لتغير النظرة الدونية للمرأة من قبل المجتمع المحلي من مجرد أم وربة منزل كل دورها هو الإنجاب، إلى شريك في الحياة يجب احترامها وتقديرها والمحافظة على صحتها والاهتمام بها، وأيضاً زيادة وعيها بصحتها، ومعرفة ما يجب أن تفعله لكي تتجنب الإصابة بأمراض الحمل والولادة، عن طريق الذهاب إلى مراكز تنظيم الأسرة والطفولة، والكشف الدوري على صحتها وصحة الطفل، وأيضاً قيام الدولة بزيادة مراكز الأومومة والطفولة التي تمد الفتيات المقبلات على الزواج، أو المتزوجات حديثاً بالنصائح والثقافة الصحية المطلوبة، إضافة للكشف الطبي الدوري للوقوف على حالتهم الصحية، كذا توعية المجتمع بخطورة الزواج المبكر للفتيات .

جدول ٢. نتائج التعرف على مستوي وعي المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية.

مستوي وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية	عدد	%
١ مستوى منخفض (أقل من ٥٠ درجة)	١٠٤	٢٨.١
٢ مستوى متوسط (٥٠ - أقل من ٧٠ درجة)	١٧٤	٤٧
٣ مستوى مرتفع (٧٠ درجة فأكثر)	٩٢	٢٤.٩
الإجمالي	٣٧٠	١٠٠

المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسبت (بواسطة الحاسب الآلي برنامج (SPSS)) من واقع استمارة الاستبيان ٢٠١٦ م.

ثالثاً: نتائج اختبار العلاقة بين مستوي وعي المبحوثات، وبعض المتغيرات المستقلة المدروسة.

- اتضح من النتائج بالجدول رقم (٣) استخدام معامل الارتباط لبيرون للمتغيرات الكمية المتصلة وقد جاءت على النحو التالي .

- وجود علاقة معنوية عند مستوى معنوي ٠.٠١ بين مستوى الوعي بأبعاد الصحة الإنجابية والمتغيرات التالية: سن المبحوثة، الحالة الزوجية، الحالة التعليمية، المهنة الأساسية، عدد أفراد الوحدة المعيشية، مستوى معيشة المبحوثة، درجة عضوية المنظمات الأهلية والحكومية، الانفتاح الثقافي، دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل الوعي للسيدات نحو الصحة الإنجابية. وقد بلغت قيم معامل الارتباط البسيط على الترتيب ٠.٣١٠، ٠.٥١١، ٠.١٨٢، ٠.٥٩٦، ٠.٦٢٣، ٠.٤١٩، ٠.٣٣٠، ٠.٤٤٣، ٠.٥٦٣ .

- كما اتضح من النتائج أيضاً عدم وجود علاقة معنوية بين مستوى وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير الدخل الشهري للمبحوثات .

- يمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية، ومتغير سن المبحوثة إلى أنه كلما كان سن الفتاة في مرحلة الشباب زاد الوعي الثقافي والصحي لديها وذلك لتعاملها وتواصلها مع وسائل الاتصال الحديثة مثل النت وتويتر والفيس بوك، ومشاهدة القنوات المتخصصة بصحة المرأة، ومحاولة معرفتها بكل ما يتعلق بالحياة الزوجية والصحية وخاصة مرحلة الإنجاب، والمحافظة على صحتها ورشاقها والشكل العام لها أمام الآخرين، عكس السيدات المتقدمات اللاتي تتمسكن بالعادات والتقاليد التقليدية، التي تحث على زيادة عدد الأولاد، وعدم الاهتمام بالوعي الصحي للمرأة من الأمراض المرتبطة بالحمل والولادة، وتجاهل الأساليب الطبية الحديثة التي تعمل على تقديم رعاية صحية للمرأة والطفل عبر الوسائل العلمية السليمة .

- وأيضاً يمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير الحالة الزوجية، إلى أنه كلما

الإنجابية، تم استخدام التحليل الارتباطي المتعدد المتدرج الصاعد Step-Wise، وقد أوضحت النتائج الواردة بالجدول رقم (٤) وجود ستة متغيرات تساهم مجتمعه بنسبة ٨٢.١٠% في تفسير التباين الكلي بين المبحوثات لمستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية وهذه المتغيرات هي: دور القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، والذي يساهم بنسبة ٥٥.٤٠% في تفسير التباين الكلي، عدد أفراد الوحدة المعيشية ويساهم بنسبة ٥.٢٠%، ويساهم السن بنسبة ٩.٧٠%، كذا مستوى معيشة المبحوثة والذي يساهم بنسبة ٠.٧٠%، الانفتاح الثقافي ويساهم بنسبة ٠.٨٠%، ويأتي في الترتيب الأخير درجة عضوية المنظمات الأهلية والحكومية وتساهم بنسبة ٠.٣٠%.

كما أوضحت النتائج أن قيمة معامل الارتباط المتعدد ٩٢.٧٠%، ولاختبار معنوية الإسهام باستخدام اختبار (ف) لمعنوية معامل الانحدار، اتضح أن نسبة إسهام هذه المتغيرات معنوية عند مستوى ٠.٠١، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة ١٢٢.٧٣١ مما يؤكد على أهمية هذه المتغيرات في وجود مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية.

- وأيضاً يمكن شرح معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير دور القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع. وهي قيم تعمل على احترام المرأة والأسرة، والاهتمام بالتعليم الفتاة وإعطائها لمن يحافظ عليها، وعدم الإهمال في صحتها والاهتمام الدائم بها، كل هذا يساعد على زيادة وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية خاصة وأن هذه القيم هي التي تشكل النسق الثقافي والاجتماعي لتلك المجتمعات، ومجتمع الوادي يعتبر من المجتمعات المتحضرة التي تعمل على احترام المرأة وتقديرها والمحافظة عليها، عكس بعض المجتمعات الصحراوية الأخرى، التي تهتم بكثرة الإنجاب فقط دون مراعاة لصحة المرأة، وما تعانيه من مشقة في خدمة أسرتها، كما أن مجتمع الدراسة لا يسمح بخروج المرأة إلى الأرض الزراعية لمساعدة زوجها، بل يحرص على أن تكون معززة مكرمة في منزلها.

ثالثاً: نتائج الإسهام النسبي للمتغيرات المستقلة المدروسة ذات العلاقة الارتباطية في تفسير التباين الكلي لمستوى وعى المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية.

- لتحديد نسبة الإسهام الكلي للمتغيرات المستقلة المدروسة ذات الارتباط المعنوي في تفسير التباين الكلي لمستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة

جدول ٤. نتائج الإسهام النسبي للمتغيرات المستقلة المدروسة ذات العلاقة الارتباطية في تفسير التباين الكلي مستوى وعى المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية.

الترتيب	قيمة F	المتغير التابع : مستوى وعى المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية			المتغيرات المستقلة المدروسة ذات العلاقة الارتباطية
		معامل الانحدار الجزئي المعياري b	مستوى المعنوية	قيمة (t) المحسوبة	
١	** ٤٦٥.٧٨١	٠.٤٥٦	٠.٠٠٠	** ١٢.٢١١	دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل وعى السيدات نحو الصحة الإنجابية
٢	** ٢٨١.٣٣٠	٠.٠٢٢	٠.٠١٢	** ٣.٣٨٠	عدد أفراد الوحدة المعيشية
٣	** ٢١٩.١١٥	٠.٥٩٨	٠.٠٠٠	** ٥.٣٥٠	السن
٤	** ٢١١.١٢١	٠.٠٤٩	٠.٠٠٠	** ٥.٤٣١	مستوى معيشة المبحوثة
٦	** ١٨١.٣٣٣	٠.٣٣٦	٠.٠٠٣	** ٣.٨٣٨	الانفتاح الثقافي
٥	** ١٨٣.٣٨٧	٠.٣٦٦	٠.٠٠٢	** ٤.٠٠٧	درجة عضوية المنظمات الأهلية والحكومية
			** معنوي عند مستوى ٠.٠١	٠.٩٢٧	معامل الارتباط المتعدد R
			* معنوي عند مستوى ٠.٠٥	٠.٨٢١	معامل التحديد R ²
				١٢٢.٧٣١	قيمة (ف) المحسوبة

المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسبت (بواسطة الحاسب الألي برنامج (SPSS)) من واقع استمارة الاستبيان ٢٠١٦ م.

صعوبة الأوضاع الاقتصادية والمعيشية مما لا يمكن الزوجة بالذهاب إلى الطبيب بشكل منتظم للأطمئنان على حالتها الصحية والمتابعة المستمرة، وعدم وجود بعض الأدوية المطلوبة في حالات معينة في المستشفيات والوحدات الصحية، مما يعرض الأم للخطر، وأيضاً عدم وعى البنات حديثي الزواج بالمفهوم العام للأسرة وصحتها الإنجابية، وما هو المفروض أن تقوم به للمحافظة على نفسها وأسرتها، أيضاً انشغال المرأة بشؤون أسرتها وعدم الاهتمام بصحتها والمتابعة في الوحدة الصحية، كما توجد مشكلة تعاني منها بعض السيدات هي قلة عدد الممرضات في الوحدات الصحية للمتابعة مع الزوجة في الأمور الخاصة بحالتها، وعدم اهتمام المجتمع بالكشف الطبي على الزوج والزوجة قبل الزواج، لتلافي مشاكل كثيرة يمكن أن تحدث بعد الزواج بسبب التمسك بالعادات والتقاليد والنسق الثقافي الذي يرى في الإجراءات حرجاً شديداً للعريس والعروسة بل وللأسرة والعائلة.

جدول رقم ٥. أهم المشكلات التي تواجه المبحوثات مجتمع الدراسة.

م	مشكلة	عدد	% (N=370)	ترتيب
١	عدم كفاية الأطباء لمتخصصين من سبيكت بكل وحدة صحية	٣٠٠	٨١%	٤
٢	عدم توافر الأدوية المطلوبة لحالات الطوارئ	٢٥٠	٦٧.٦%	٧
٣	انتشار لمفاهيم خاطئة حول حرمية تنظيم الأسرة	٣٤٠	٩١.٩%	٢
٤	رغبة الزوج بلإجاب الذكور	٣٦٠	٩٧%	١
٥	انشغال المرأة بأمور العائلة وإهمال صحتها	٢٠٠	٥٤%	٩
٦	عدم رغبة الأسرة بالكشف الطبي قبل الزواج	١٧٠	٤٦%	١١
٧	قلة خبرة حديثي الزواج بالصحة الإنجابية	٢١٠	٥٦.٨%	٨
٨	صعوبة المعيشية ومتطلبات الحياة	٢٨٠	٧٥.٧%	٦
٩	عدم كفاية الحضانات في المستشفيات	٣١٠	٨٣.٨%	٣
١٠	قلة عدد الممرضات في الواحدات الصحية	١٨٠	٤٨.٧%	١٠
١١	عدم وجود توعية صحية من خلال قنوات ومنقنات	٢٩٠	٧٨%	٥

المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسبت (بواسطة الحاسب الألي برنامج (SPSS)) من واقع استمارة الاستبيان ٢٠١٦ م.

رابعا: تحديد أهم المشكلات التي تواجه المبحوثات مجتمع الدراسة.

تشير نتائج البحث الواردة بالجدول رقم (٥) أن من أهم المشكلات التي تواجه المبحوثات هي: رغبة الزوج في إنجاب الذكور، انتشار المفاهيم الخاطئة حول حرمية تنظيم الأسرة، عدم كفاية الحضانات في المستشفيات، عدم كفاية الطبيبات المتخصصات في أمراض النساء والولادة بكل وحدة صحية، عدم وجود ندوات ومناقشات وورش عمل للتوعية الصحية، صعوبة المعيشة وعدم توفر متطلبات الحياة، عدم توافر الأدوية المطلوبة لحالات الطوارئ، قلة خبرة حديثي الزواج بالصحة الإنجابية، انشغال المرأة بأمور العائلة وإهمال صحتها، قلة عدد الممرضات في الوحدات الصحية، عدم رغبة الأسرة بالكشف الطبي قبل الزواج. بنسب ٩٧%، ٩١.٩%، ٨٣.٨%، ٨١%، ٧٨%، ٧٥.٧%، ٦٧.٦%، ٥٦.٨%، ٥٤%، ٤٨.٧%، ٤٦% على الترتيب.

لذا يمكننا القول انه مازالت السلطة الذكورية هي التي تتحكم في المجتمع، حيث تمسك الزوج بخلف الأولاد بسبب العديد من المشكلات للأمر والأسرة والمجتمع، دون أن يدرك هذا الرجل انه هو المسئول عن نوعية المولود، مما يجعله يصر على إنجاب الأولاد، مع عدم الاهتمام بصحة الأم والمحافظة عليها، وكذا عدم النظر للوضع الاقتصادي للأسرة، وإمكانية توزيع الاهتمام بالأطفال مع زيادة عددهم داخل الأسرة، وأيضاً من ضمن الأسباب الرئيسية لانتشار المفاهيم الخاطئة بان تنظيم الأسرة يعتبر حرام، ويجب أن تستمر الأم في الإنجاب دون تنظيم، مما يؤدي إلى حدوث خلافات ومشكلات مع كثرة الإنجاب، فضلاً عن حدوث مشاكل صحية للأم، وأيضاً عدم كفاية الحضانات في المستشفيات، مما يؤدي إلى البحث عن حضانات خارج المحافظة، وهو ما يعرض الطفل للخطر والمضاعفات الصحية، إضافة لزيادة الأعباء الاقتصادية على الأسرة، وأيضاً من ضمن المشكلات التي عبر عنها العديد من المبحوثات هي نظرة المجتمع الرافضة لأطباء النساء والتوليد بالكشف على الزوجة وتقديمها للطبيبات، دون النظر لحالة الزوجة وخطورة الحالة، عدم كفاية التوعية الصحية بمفهوم الصحة الإنجابية لدى الزوج والزوجة، مما يؤدي لحدوث مشاكل كثيرة، وأيضاً من ضمن المشكلات

تناسب مع قدراتهم وظروفهم، لأن الصحة الإنجابية للشباب هي انعكاس لأحوالهم الاجتماعية والاقتصادية.

المراجع

هناء حافظ بدوى (٢٠٠٠)، التنمية الاجتماعية رؤية واقعية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الاجتماعية، الإسكندرية، ٣٠٣

محمد صابر عبد المجيد الصباغ (٢٠٠٥)، دراسة اجتماعية لاحتياجات المرأة الريفية في الواحات البحرية بمحافظة الجيزة، رسالة ماجستير، كلية الزراعة، جامعة المنصورة، ص ٨.

جودي جاكوبسون (١٩٩٢)، التحيز ضد المرأة حاجز في التنمية المستدامة، ترجمة: أ.د. ايريس، معهد وورلد، ١٥٧.

صلاح بن حمد العساف (٢٠٠٧)، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، مكتبة العبيكان، الرياض، المملكة العربية السعودية.

أحمد عبد المنعم (٢٠٠٧)، المشروع العربي لصحة الأسرة الانجازات وأهم الدروس المستفادة، المنتدى الإحصائي العربي الثالث، صنعاء ١٧-١٩ ابريل، وحدة المشروع العربي لصحة الأسرة، جامعة الدول العربية، ص ٢.

التقرير العام للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤)، القاهرة.

محاسن عمر (٢٠١١)، السلوك الإنجابي للمرأة في العشوائيات دراسة في عزبة خير الله، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ضمن أعمال المؤتمر، القاهرة.

أحمد عبد المجيد (٢٠٠٩)، الحضرية والسلوك الإنجابي دراسة ميدانية مقارنة بمدينة المنيا، رسالة ماجستير، كلية الآداب - جامعة المنيا.

المجلس القومي للسكان (١٩٩٩)، رئاسة مجلس الوزراء، العلاقة بين بعض المتغيرات البيئية والسلوك الإنجابي " دراسة ميدانية لمنطقة المنيا بمحافظة الجيزة، التقرير النهائي.

خامسا: تحديد أهم المقترحات للتغلب على هذه المشكلات التي بمجتمع الدراسة من وجهة نظر المبحوثات.

يجب على منظمات المجتمع المحلي نشر وتوعية مفهوم الصحة الإنجابية. عبر نشر هذه المفاهيم من خلال المدارس والجامعات، للمساعدة في نشئ أسرة سليمة صحيا واجتماعيا، الاهتمام بتعليم المرأة، مع زيادة عدد الوحدات الصحية الخاصة بالمرأة والطفل في القرى، توفير عائد مادي مجزى لعمل الأطباء داخل المحافظة، دمج موضوعات الثقافة السكانية ضمن البرامج والمشروعات الصحية والاجتماعية والاقتصادية المنفذة، مثل ثقافة وممارسة الفحص الطبي قبل الزواج، والأهمية الصحية للأمهات والأطفال والأسرة والمجتمع ككل، توفير جميع التخصصات داخل المستشفيات، والوحدات الصحية بالقرى، توافر الأدوية والصيدليات في القرى. محاولة تصحيح المفاهيم الخاطئة حول حرمانية تنظيم الأسرة وتعارفها مع صحيح الدين، وتوصيل المعلومات الصحيحة من خلال وسائل الأعلام ورجال الدين، العمل على نشر أهمية الكشف المبكر للزوجين قبل الزواج، عمل ندوات توعية للمرأة والرجل حول الصحة الإنجابية، التوعية بأهمية عمل المرأة لمساعدة الزوج. وأيضا إكساب المرأة الثقة في نفسها، الاهتمام بالكشف الدوري للمرأة لمتابعة حالاتها الصحية، الكشف المستمر والمتابعة للطفل أيضا، الاهتمام بأخذ التطعيمات الخاصة بالمرأة أثناء الحمل، وأيضا التطعيمات الخاصة بالطفل بعد الولادة، عقد ندوات وحلقات نقاشية مستمرة لتوضيح الأخطار الصحية والديموجرافية لزواج الأقارب، تبصير الأفراد بأخطار الزواج المبكر والإنجاب المبكر والمتكرر على الصحة العامة والإنجابية لهم ولأبنائهم، ويكون ذلك عن طريق عقد لقاءات ثقافية وصحية ودينية مشتركة بكل قرى المجتمع وضرورة تحفيز المواطنين لحضورها وللتنافس معها، وأيضا يجب أن تتعاون الجهات البحثية لإجراء البحوث والدراسات التي تتيح معرفة حجم القضايا المتعلقة بالصحة الإنجابية وتوزيعها الجغرافي بصورة منتظمة لوضعها أمام صانعي القرار لقياس أثر السياسات المختلفة للارتقاء بالصحة الإنجابية للشباب مع العمل بالتوازي ببرامج تضمن حصول الشباب على فرص تعليمية ووظيفية

A Social Study to Measure Women's Awareness of Reproductive Health Importance for Some Villages at New Valley Governorate

Entsar A. H. Ali

Desert Research Center

ABSTRACT

This study aimed to identify some personal characteristics of the respondents and to determine the level of reproductive health dimensions in the study area. It aimed also to determine the relationship between the level of reproductive health dimensions and all the studied independent variables. In addition to identify the most important problems that face the respondents in their reproductive consciousness and their suggestions to overcome them. Field data were collected by using a questionnaire during personal interviews with a random sample of Bedouin women visiting the family planning centers at Alkharga Province, New Valley Governorate. The sample consisted of 370 women. The analysis and data presentation have used percentages, frequencies, simple correlation coefficient, step-wise relational analysis and χ^2 . The results of the study can be summarized as follows:- Almost half of the sample (48.7%) are in the age group (15-25 years old), while more than a quarter of the sample are in the age group (26-40 years old). It showed also that (46%) of the respondents are working in a governmental job. It displayed that more than half of the sample (59.4%) are married and have children.- The results indicated that the prevailing social values play a medium role in shaping reproductive health awareness for almost half of respondents (46%).- The level of awareness of reproductive health dimensions is average for nearly half of the sample (47%).- The major problems facing the respondents are: the husband's desire for sons (97%), the misconceptions that family planning is impermissible (91.9%), the lack of hospital nurseries (83.8%), the limited number of female physicians in Obstetrics and Gynecology in all health units (81%). The most significant suggestions: the community must spread the concepts of reproductive health awareness, through schools and universities. This will help in establishing healthy families (socially and medically). Some other suggestions are to pay attention to women's education, to increase the number of health units that take care of women and children in the villages, and to provide a rewarding financial income for the doctors working within the Governorate. Another suggestion is to integrate population education topics within medical, economic and social programmes and projects, such as the culture of prior marriage medical examination, and the importance of maternal, child health as well as the family and the entire society.