J. Agric. Econom. and Social Sci., Mansoura Univ., Vol. 7 (12): 1173 - 1179, 2016

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

دارسة اجتماعية لقياس وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية لبعض قرى محافظة الوادي الجديد

إنتصار علي حسن على
قسم الدراسات الاجتماعية – الشعبة الاقتصادية والاجتماعية – مركز بحوث الصحراء

الملخص

استهدفت هذه الدراسة التعرف على بعض الصفات الشخصية للمبحوثات و تحديد مستوى أبعاد الصحة الإنجابية للمبحوثات في منطقة الدراسة، بالإضافة لتحديد معنوية العلاقة بين مستوى أبعاد الصحة الإنجابية وبين كل المتغيرات المستقلة المدروسة المقترحة، والتعرف علي 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 البدويات المترددات علي مراكز تنظيم الأسرة بمركز الخارجة، التابع إلى محافظة الوادي، والتى بلغ حجمها ٣٧٠ مبحوثة، وقد استخدم في تحليل وعرض البيانات النسب المئوية والتكرارات، ومعامل الارتباط البسيط ، والتحليل الارتباطى الانحداري المتعدد المتدرج الصاعد Step-Wise ، واختبار مربع كاى (كا٢) وقد تم جمع البيانات خلال شهر مايو ٢٠١٦ . وتلخصت أهم نتائج الدراسة فيما يلى : -تشير النتائج إلى أن ما يقرب من نصف العينة (٤٨.٧%) في الفئة العمرية من (١٥-٢٥عام)، بينما يقع أكثر من ربع العينة في الفئة العمرية (٢٦-٤٠سنة). -توضح النتائج أن ٤٦% من المبحوثات تعمل بالحكومة من اجمالى 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 وعيهن 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 هى : رغبة الزوج في إنجاب الذكور، انتشار المفاهيم الخاطئة حول حرمانية تنظيم الأسرة، عدم كفاية الحضانات في المستشفيات، عدم كفاية الطبيبات المتخصصات في أمراض النساء والولادة بكل وحدة صحية ، بنسب ٩٧% ،٩١.٩% ،٨٣.٨% ،٨١% على الترتيب . أهم المقترحات : يجب على المجتمع المحلى نشر مفهوم الصحة الإنجابية، وذلك عبر طرح هذه المفاهيم فى 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 الطبى قبل الزواج ، والأهمية الصحية للأمهات والأطفال والأسرة والمجتمع ككل .

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 فى تخطيط وتنفيذ البرامج والمشروعات التنموية (بدوى، 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، ومساهمتيهن الحيوية في المجتمع ، حيث تعانى البنات في المناطق الفقيرة خاصة في المناطق الشعبية وفى الريف والصحراء ، من نقص الخدمات الصحية ، وانتشار الأمية ، ووضع العوائق الاقتصادية ، والثقافية التي تعمل على ضعف مستويي الوعي والقدرات، بما يزيد من قلة حيلة المرأة (الصباغ، ٢٠٠٥: ٨).

وإذا كانت صحة الأمة تتوقف على الصحة السليمة للمرأة ، فإن اى تحسين لصحة النساء الإنجابية ووضعهن الاجتماعي والاقتصادي هو فى حد ذاته التحدي الحقيقي والأعظم، الذى يجب أن يتصدر جميع تحديات التنمية بصفة عامة، والمستدامة منها بصفة خاصة ، ولسوف يبقى شعار الصحة للجميع وعداً أجوف يبعث على الأسى إلى أن تنال النساء حظهن من الرعاية الصحية التوالدية(جاكبسون ، جودى ١٩٩٢ : ١٥٧) ، ويشير اصطلاح الصحة الإنجابية (التوالدية) إلى وجه واحد من أوجه حياة النساء وهو الأمومة ، ومع أن المضاعفات المرتبطة بمختلف مسائل الأمومة هى عوامل رئيسية، تسهم فى ضعف الصحة التوالدية لملايين النساء على نطاق عالمي ، إلا أنها ليست سوى واحده من ثلاث مكونات مرتبطة معا بشدة ، المكون الأول هو الصحة التوالدية ، أما المكون الثاني فهى أمراض الجهاز التناسلي، شاملة الأمراض المنقولة جنسيا ، أما في مواثيق الأمم المتحدة، فقد ورد تعريف الصحة الإنجابية بمفهوم آخر في مؤتمري السكان بالقاهرة (١٩٩٤م) والمرأة ببكين (١٩٩٥م). ففي وثيقة برنامج عمل مؤتمر المرأة الرابع، ووثيقة مؤتمر السكان والتنمية في البند ٩٤/جـ في الفصل الرابع، تم تعريف الصحة الإنجابية بأنها: "حالة سلامة كاملة بدنياً وعقلياً واجتماعياً في الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. "كما يوضح البند رقم ٩٤ من وثيقة بكين ١٩٩٥م تعريف رعاية الصحة الإنجابية بأنها "مجموعة الوسائل والتقنيات والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه عن طريق منع وحل المشاكل التي تكتنف 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). وقد أجمعت الوثائق الخاصة ببرامج الصحة 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 العربى 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 آليات ومنهجيات النواحي التنفيذية (عبد المنعم ،٢٠٠٧: ٢) . ويشمل "دراسة الاحتياجات بشكل متكامل" و"تلبية الاحتياجات المتزايدة 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 الدءوب للتأكد من تنفيذ تلك البرامج.

ومن خلال العرض البسيط السابق للتكوينات الخاصة بالصحة الإنجابية، تنطلق مشكلة البحث من خلال بعض التساؤلات مؤداها : هل توجد صورة واضحة وصحيحة لدى النساء حيال الصحة الإنجابية ؟ وهل لديهن الوعى بأجزائها وتكويناتها ؟ وهل نالت النساء المعرفة المميزة عن الصحة الإنجابية، فى ظل ما توفر لبعض هذه المجتمعات من تنمية صحية، والفرق بينها وبين المجتمعات التى لم تصلها هذه التنمية ؟ وما هى طبيعة العلاقة بين تكوينات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة المدروسة موضوع الدراسة ؟ إضافة للمشكلات الخاصة بوعى 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 علي أهم المشكلات التي توجه المبحوثات في تشكيل الوعي الانجابى 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 و التنمية المنعقد بالقاهرة. وبدأ هذا التوجه يتجسم في بلادنا في منتصف الثمانينات حيث

استحدثت عيادات لعلاج العقم و مقاومة الإصابات المنقولة جنسيا و العناية بصحة الأم والطفل وإشراك الرجل في مجال تنظيم الأسرة .

وتعريف الصحة الإنجابية: ("هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه، وعملياته و ليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية) (المؤتمر الدولي للسكان ، ١٩٩٤) ، حيث تهدف الصحة الإنجابية الى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، وهى تتجاوز مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى، حيث يمكننا تحقيق الصحة الإنجابية من خلال تقديم الرعاية الصحية للنساء فى عمرهن الإنجابى، سعيا للوصول إلى تمام الصحة الجسدية والعقلية، والحفاظ على ظروف اجتماعية ملائمة، إن قدرة جميع البالغين، وخاصة النساء، على الحصول على خدمات الصحة الإنجابية جزءٌ أساسي من حقوقهم الإنجابية، ولذلك تعني الصحة الإنجابية بقدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مقبولة ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمناً على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارها كل منهم والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة، التي تمكِّن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتُهيِّئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة.... إنّ من الجوانب شديدة الأهمية لجعل الصحة الإنجابية حقيقةً 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 وحلّ مشاكل الصحة الإنجابية، وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية... لذا فإنه من 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، وتركِّز معظم نشاطات المركز بهذا الخصوص على الدفاع عن أهمية الصحة الإنجابية بالنسبة لوضع النساء، كما تُركِّز 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 الانجابى 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 والديموجرافية 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 عمديه من الأسر المعيشية في عزبة خير الله وفقا للمرحلة العمرية للنساء من ١٨ سنة حتى ٤٩ سنة (مرحلة الإنجاب) وعددهن ٥٠ أمرآة 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، والتى كانت أكثرها تكرارا ٣سنوات ٣٤% ، في حين كانت فترة التباعد بين المولود، والذي يليه سنتين هى ٢٢% ، وان 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 للبنت أقل من ١٨ سنة، ويرجعن ذلك بأنه حفاظا على البنت من العنوسة أو الانحرافات الأخلاقية .

٢ - دراسة عبد المجيد احمد: (٢٠٠٩) ، عن الحضرية والسلوك الانجابى .

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 (٨٦٠) امرأة متزوجة ، موزعة بين منطقتي البحث في وسط وأطراف المدينة – المنيا – وذلك لتحديد نوعية العلاقة الارتباطية بين الحضرية والسلوك الإنجابى 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 القومى للسكان: (١٩٩٩)، عن العلاقة بين بعض المتغيرات البيئية والسلوك الانجابى في المناطق العشوائية.

قد استهدفت الدراسة معرفة أهم الخصائص والمتغيرات البيئية المتعلقة بالسلوك الانجابى 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 الانجابى بالمنطقة ، وكانت أهم النتائج تتمثل في رغبة الزوجات بنسبة ٩٣.٣% والأزواج ٨٣%فى تفضيل الأسرة صغيرة الحجم ، وذلك للقدرة على تعليم الأولاد وحسن تربيتهم ، وقد كانت نسبة المستخدمات 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

أولا : 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).

ثانيا : مجتمع وعينة الدراسة:

مجتمع الدراسة: كان يسمى الوادي الجديد قديما 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 جهورية مصر العربية، ويحدها شمالاً محافظات المنيا والجيزة ومرسى مطروح ، ويحدها شرقاً أسيوط وسوهاج وقنا وأسوان ، ويحدها غرباً حدود مصر الدولية مع ليبيا ، ويحدها جنوباً حدود مصر الدولية مع السودان، وتبلغ مساحة المحافظة ٤٤٠٠٩٨ كم٢، بما يعادل ٤٤ % من المساحة الكلية لجمهورية مصر العربية، وتمتاز محافظة الوادي الجديد بمناخ جاف صيفاً دافيء شتاءً والأمطار نادرة، كما تتميز المحافظة بأعلى نسبة سطوع للشمس في العالم على مدار السنة، والتي يمكن استغلالها كمصدر للطاقة المتجددة، ويتمتع الوادي الجديد أيضا بالبيئة النظيفة، الخالية من كافة أنواع التلوث البيئي بشتى صوره، 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 نسمه ، كما بلغ معدل النمو السكاني ٢.٣ % . أما في نهاية عام ٢٠١٣ فقد بلغ عدد السكان (٢٣٤٠١٦) نسمة منهم ١٠٥٥٨٩ نسمة في الحضر بنسبة ٤٥٠ % و ١٠٤٠٠٨ نسمة في الريف بنسبة ٤٩.٦ % من إجمالي السكان، وتبلغ الكثافة السكانية ١ فرد لكل ٢ كم٢، وفى المساحة المأهولة تبلغ ١٧٤ نسمة لكل ١كم 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) وحده محلية قروية ، تتبعها (١٧٣) قرية رئيسية وتابع.

حُدد 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 طبقا لمعادلة مورجان لتحديد حجم العينة وذلك علي النحو التالي:

S=X2NP(1-P)/d2(N-1)+X2P(1-P) (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 إلي (٣٧٠) لتجنب الكسور بالعينة.

ثالثا : أداة جمع البيانات:

استخدمت الباحثة الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وهي من أكثر أدوات البحث العلمي شيوعاً خاصةً 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 وعددهم 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 استفادت منها الباحثة وتم على ضوئها إجراء بعض التعديلات بحذف عبارات، وإضافة أخرى وإعادة صياغة البعض الآخر وتم جمع بيانات هذا البحث خلال شهر مايو ٢٠١٦.

خامسا : قياس المتغيرات البحثية:

أ –المتغيرات المستقلة :-

١- السن: ويقصد به في هذه الدراسة سن المبحوثة لأقرب سنة ميلادية مقدرا كقيمة رقمية وقت أجراء هذه الدراسة.

٢- الحالة الزواجية : ويقصد به في هذه الدراسة حالة المبحوثة الزوجية وقت أجراء هذه الدراسة، وتم قياسه من أربع فئات وهي: متزوجة وتعول وأعطي وزن رقمي (٤)، متزوجة ولا تعول وأعطي وزن رقمي (٣)، مطلقة / أرملة وأعطي وزن رقمي (٢)، عزبة وأعطي وزن رقمي (١) وهو متغير أسمى.

٣- الحالة التعليمية : ويقصد به في هذه الدراسة عدد السنوات التي أتممتها المبحوثة بنجاح في التعليم الرسمي المدرسي، تم قياس هذا المتغير من خلال الدرجة القصوى للتعليم ٢٠ درجة، يمكن توزيعها حسب سنوات التحصيل الدراسي وذلك وفقا للأتي: 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 تمتهنها المبحوثة أو النشاط الرئيسي الذي تعمل به المبحوثة، وتمثل لها مصدرا للدخل الأساسي، وتم قياسه بإعطاء الاستجابات للمهن الأوزان الرقمية التالية: (١) موظفة قطاع خاص، (٢) موظفة حكومة، (٣) أعمال حرة، (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 أفراد – لأقل من ٨ أفراد)، وأسرة كبيرة مكونة من (٨ أفراد فأكثر) وبذلك يصبح المتغير رتبى .

٦- مستوي معيشة المبحوثة : ويقصد به في هذه الدراسة مستوي المبحوثة المعيشي من خلال امتلاكها للأجهزة المنزلية الكهربائية والكمالية، لتعبر عن مستوي معيشتها الاقتصادي والاجتماعي، ولقد أعطيت الاستجابات الأوزان الرقمية بناءً علي السعر السائد لهذه الأجهزة في السوق في حالة وجودها لدي المبحوثة، 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، والبوتاجازات، و ثلاث درجات لكل من: أجهزة الاستقبال الهوائي(الدش)، والتليفزيونات الملونة، وأربعة درجات للثلاجات الكهربائية، و خمس درجات لكل من: أجهزة التكييف، وأجهزة الكمبيوتر، وعشرين درجة للسيارات الخاصة، وبأوزان تتفق والقيمة النقدية لكل جهاز، وعلي ذلك يكون الحد الأدنى النظري لهذا المقياس هو صفر، والحد الأعلى ٥٥ درجة ،ولقد تم تقسيم هذه الاستجابات إلي ثلاث فئات منخفضة (أقل من ١٨ درجة)، متوسطة (من ١٨درجة – 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 المبحوثة في المنظمات الأهلية والحكومية المختلفة، ونوع العضوية، ومدي التزامها ومواظبتها علي حضور الاجتماعات والأنشطة المختلفة، وتم قياس هذا المتغير عن طريق سؤال المبحوثة 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 : دائما (٣)، أحيانا (٢)، نادرا (١)، لا (صفر) وعلي ذلك يكون الحد الأدنى النظري لهذا المقياس هو صفر، والحد الأعلى النظري له ٧٢ درجه، وتم حساب الدرجة الكلية التي حصل عليها المبحوث من خلال جمع الدرجات التي حصلت عليها المبحوثة، ولقد تم تقسيم هذه الاستجابات إلي ثلاث فئات منخفضة (أقل من ٢٤ درجات)، متوسطة (من ٢٤درجات – لأقل من ٤٨ درجة)، مرتفعة (٤٨ درجة فأكثر) ويعتبر متغير رتبى.

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

٩- الانفتاح الثقافي: يعرف بأنه مدى خضوع المبحوثة لمؤشرات خارجة عن تنظيم إجتماعى معين، ويقصد به في هذه الدراسة بأنه مدى استفادة المبحوثة من عناصر الثقافة المادية واللامادية السائدة في العالم الخارجي، وكذلك مصادر المعلومات التي تستقي منها المبحوثة احتياجاتها المعرفية عن التنمية بكافة مجالاتها، وخاصة أبعاد الصحة الإنجابية، تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوثة في عشر عبارات، وتم إعطاء الإجابات الأوزان الرقمية التالية: دائما (٣)، أحياناً (٢)، لا (١)، وجمعت الدرجة الإجمالية لتعبر عن درجة الانفتاح الثقافي وهى ٣٠ درجة، وتم تقسيم المبحوثات إلي 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 المبحوثة نحو الصحة الإنجابية، و تم 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 إلي 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 المبحوثة بأبعاد الصحة الإنجابية، وذلك من خلال ستة محاور فرعية هي : صحة الأم

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 وأعطي وزن رقمي (٣)، ومتوسط وأعطي وزن رقمي(٢)، ومنخفض وأعطي وزن رقمي (١)، وتم تقسيم المبحوثات إلي 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 وتفريغها في الحاسب الآلي ، تمت معالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ، وقد استخدم عدداً من الأساليب الإحصائية مبينة كالتالي: التكرارات والنسب المئوية ، ومعامل ارتباط "بيرسون" لتحديد العلاقة بين المتغيرات، وأسلوب التحليل ألارتباطي الانحداري المتعدد المتدرج الصاعد لبيان مساهمة المتغيرات المستقلة.

النتائج ومناقشتها

أولا الخصائص الشخصية للمبحوثات :

اتضح من الجدول رقم (١) الاتى :

- يقع ما يقرب من نصف العينة (٤٨.٧%) في الفئة العمرية (١٥-٢٥عام)، بينما يقع أكثر من ربع العينة في الفئة العمرية (٢٦-٤٠سنة).
- بين الجدول أن أكثر من نصف العينة (٥٩.٤%)من المتزوجات وتعول ، بينما ١٨.٩% منهم متزوجات ولا تعول .
- يوضح الجدول أن ٤٦% من المبحوثات تعمل بالحكومة ، بينما ٢٧% منهم لا يعملهن (ربة منزل)
- كما يشير الجدول إلى أن ٤٦% من المبحوثات دخلهم يتراوح بين (١٠٠١-٢٩٩٩جنيه) ، وان ٢٧%من المبحوثات دخلهم اقل من (١٠٠٠جنية) .
- يبن الجدول أن ما يقرب من نصف العينة ٤٠.٥% ذات تعليم عالى ، بينما ٣٢.٤% من المبحوثات ذات تعليم متوسط .
- يشير الجدول ان حوالى ٤٨.٧%من المبحوثات ذات مستوى معيشى مرتفع ، بينما حوالى ٤٠.٥% منهم ذات مستوى معيشى متوسط .
- كما ان أكثر من نصف العينة ٥٤.١% من المبحوثات عدد أفراد أسرتهم (افراد٤ الى اقل من ٨ أفراد)بينما ٤٠.٥% من العينة عدد أفراد أسرتهم (٨ أفراد فأكثر).
- يوضح الجدول ان ٥٤% من اجمالى العينة لا يشاركون اجتماعيا ، بينما ٣٥.١% من المبحوثات يشاركون في المجتمع المحلى .
- أظهرت النتائج ان ٤٨.٧% من المبحوثات ذات انفتاح ثقافى على العالم الخارجى
- أن ما يقرب من نصف العينة ٤٦%من المبحوثات تلعب القيم الاجتماعية السائدة دورا متوسط في تشكيل الوعى بالصحة الإنجابية .
- يتضح من النتائج السابقة بصفة عامة أن أغلب المبحوثات يقعن في فئة الشباب ، وأنهم متزوجات وتعول، ويعملون معظمهم في وظائف حكومية ، وأغالبهم من ذوى التعليم العالي ، وان دخل معظمهن متوسط، وأعداد أفراد أسرهم مناسب، وأنهم ذو مشاركة اجتماعية ضعيفه في المجتمع المحلى ، ويعتبر انفتاحهن على المجتمع الخارجى متوسط ، وتلعب القيم السائدة في المجتمع دورا متوسط في تشكيل الوعي الصحي لدى المرأة، وخاصة الوعي بالصحة الإنجابية، حيث أدت التكنولوجية ووسائل الاتصال الحديثة إلى زيادة الوعي الصحي لدى المرأة، وخاصة الإنجابى وأيضا التعليم له دور كبير في زيادة الوعي الانجابى لدى المرأة ، إضافة إلى أن خروج المرأة للعمل ساعد على معرفتها بأمور تتعلق بالإنجاب والمحافظة على صحتها وأطفالها .

جدول ١. وصف المبحوثات وافقا لخصائصهم الشخصية

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

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

ثانيا: نتائج التعرف علي مستوي وعي المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية.

تشير نتائج جدول رقم (٢) أن ما يقرب من نصف العينة بنسبة (٤٧%) مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإنجابية متوسط ، وان نسبة (٢٨.١%) مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإنجابية منخفض، وان نسبة (٢٤.٩%) من المبحوثات مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإنجابية مرتفع .

أظهرت النتائج بصفة عامة أن المبحوثات مستوى وعيهم بأبعاد الصحة الإنجابية متوسط، وهو ما يرجع إلى انفتاح مجتمع البحث على

العالم الخارجى، من خلال متابعة وسائل الاتصال المختلفة، ومشاهدة الفضائيات، وأيضا تعليم المرأة وخروجها إلى العمل، وهو ما ساهم في زيادة وعيهن الثقافى والصحى وخاصة الصحة الإنجابية، ورغم أهمية قضية صحة الشباب وعلى الأخص الصحة الإنجابية لما لها من أثر بالغ فى حياة الشباب ومستقبلهم العملى والاجتماعي، إلا أن واقع الحال ينبئ عن أن الشباب يفتقدون حتى الوقوف على الثقافة الإنجابية ومفهومها الصحيح، بالإضافة إلى أن خدمات الصحة الإنجابية ومعلوماتها محدودة أيضا ولم تحظ طوال الفترات الماضية بالاهتمام المناسب لها سواء من قبل المسئولين أو المجتمع المدنى أو الإعلام والذى اقتصر تعامله على حالتين فقط هما التحرش والاغتصاب.

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

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

	مستوي وعي السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية	عدد	%
١	مستوي منخفض (أقل من ٥٠ درجة)	١٠٤	٢٨.١
٢	مستوي متوسط (٥٠ - لأقل من ٧٠ درجة)	١٧٤	٤٧
٣	مستوي 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.

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

- **اتضح من النتائج بالجدول رقم (٣) استخدام معامل الارتباط لبيرسون للمتغيرات الكمية المتصلة وقد جاءت على النحو التالى .**
- وجود علاقة معنوية عند مستوى معنوى 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 الثقافى ، دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل الوعي للسيدات نحو الصحة الإنجابية .وقد بلغت قيم معامل الارتباط البسيط على الترتيب ٠.٥١١-٠.٣١٠- ٠.١٨٢ – ٠.٥٩٦-٠.٦٣٣- ٠.٤١٩-٠.٣٣٠-٠.٤٤٣-٠.٥٦٣.
- كما اتضح من النتائج أيضا عدم وجود علاقة معنوية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير الدخل الشهرى للمبحوثات .
- يمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية، ومتغير سن المبحوثة إلى انه كلما كان سن الفتاة في مرحلة الشباب زاد الوعي الثقافى والصحى لديها وذلك لتعاملها وتواصلها مع وسائل الاتصال الحديثة مثل النت وتوتير والفيس بوك، ومشاهدة القنوات المتخصصة بصحة المرأة، ومحاولة معرفتها بكل ما يتعلق بالحياة الزوجية والصحية وخاصة مرحلة الإنجاب، والمحافظة على صحتها، ورشاقتها 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.
- وأيضا يمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير الحالة الزوجية، إلى انه كلما كانت الفتاة متزوجة وتعول تكون أكثر حرص على معرفة كل ما يتعلق بصحة الأولاد، وصحتها عامة، للحفاظ على صحة عائلتها، مما يؤدى إلى زيادة وعيها بالصحة الإنجابية، وما يجب أن تفعله للحافظ على صحة أسرتها، وأيضا صحتها لأنها هى أساس الأسرة والأطفال .
- ويمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية، ومتغير الحالة التعليمية، إلى انه كلما كانت المرأة أكثر تعليما كلما كانت أكثر وعى بالصحة الإنجابية، وكل ما يتعلق بالزواج، وما يجب معرفته أثناء الحمل والولادة ،وأيضا الاهتمام الدائم بصحتها وصحة أولادها وأسرتها، وتكون حريصة دائما على متابعة ما تقدمة وسائل الإعلام والصحف والنت من إرشادات صحية، إضافة لحرصها على المتابعة الطبية طوال فترة الحمل، عكس اللاتي لم تحظى بالتعليم، وتكتفي بالخبرات التقليدية، وما تقوله لها والدتها، وكبار السن من سيدات العائلة، دون استشارة الطبيب المختص، وهؤلاء دائما 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	٠.٦٣٣**
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 الآلى برنامج (SPSS)) من واقع استمارة الاستبيان ٢٠١٦ م.

- ويمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير المهنة الأساسية إلى انه كلما كانت المهنة اقرب إلى مجال الصحة، كلما كانت وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية أكثر ، وأيضا عندما تمتهن المرأة مهنة مرموقة تكون أكثر حرصا على المتابعة والاهتمام بصحتها وصحة أولادها والمحافظة عليهم .
- وأيضا اتضح من النتائج وجود علاقة معنوية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير عدد أفراد الوحدة المعيشية، ومتغير مستوى معيشة المبحوثة ، وذلك يرجع إلى انه كلما كان مستوى معيشة المرأة مرتفع أدى ذلك للاهتمام المستمر بالصحة العامة، والصحة الإنجابية، وإذا كان هناك اى مشكلة صحية ما تستطيع المرأة أن تصل إلى أحسن خدمة صحية من خلال توافر المال اللازم ، وهذا أيضا يؤدى إلى مستوى غذائي وصحى جيد، ومتابعة مستمرة لصحتها وأسرتها، وأيضا كلما كان عدد أفراد أسرتها قليل يعطى فرصة أفضل لتوزيع الاهتمام عليهم، وتوافر مستوى صحي وتعليمي أحسن، وأيضا المحافظة على صحتها من كثرة الإنجاب، وهى عناصر تؤدى في مجملها إلى زيادة الوعي الصحي والانجابى الذى يساعد على تماسك كيان هذه الأسرة .
- ويمكن شرح معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير درجة عضوية المنظمات الحكومية والأهلية إلى انه كلما كانت المرأة عضو مشارك في المجتمع من خلال المشاركة المجتمعية في الأنشطة المختلفة، عبر الجمعيات الأهلية أو المؤسسات الحكومية، كلما كانت أكثر وعيا بمجريات الأمور، سواء الصحية أو السياسية أو الاقتصادية في المجتمع .
- ويمكن تفسير معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير الانفتاح الثقافي، من خلال تواصلها وتفاعله مع المتغيرات الحديثة عبر وسائل التكنولوجيا والاتصالات والنت والفضائيات التليفزيونية، وهو ما ساعدها على معرفة الكثير عن الموضوعات المختلفة، وجعلها أكثر انفتاحا على العالم الخارجى، مما أدى إلى زيادة وعيها الانجابى .

- وأيضا يمكن شرح معنوية العلاقة الارتباطية بين مستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ومتغير دور القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، وهى 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 هى التي تشكل النسق الثقافى 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 ان مجتمع الدراسة لا يسمح بخروج المرأة إلى الأرض الزراعية لمساعدة زواجها، بل يحرص على أن تكون معززة مكرمة في منزلها .

ثالثا: نتائج الإسهام النسبي للمتغيرات المستقلة المدروسة ذات العلاقة الإرتباطية في تفسير التباين الكلى لمستوي وعي المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية.

- لتحديد نسبة الإسهام الكلى للمتغيرات المستقلة المدروسة ذات الارتباط المعنوي في تفسير التباين الكلى لمستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية ، تم استخدام التحليل الارتباط الانحداري المتعدد المتدرج الصاعد Step-Wise ، وقد أوضحت النتائج الواردة بالجدول رقم (٤) وجود ستة متغيرات تسهم مجتمعه بنسبة ٨٢.١٠% في تفسير التباين الكلى بين المبحوثات لمستوى وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية وهذه المتغيرات هى : دور القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، والذى يساهم بنسبة ٥٥.٤٠% في تفسير التباين الكلى ، عدد أفراد الوحدة المعيشية ويسهم بنسبة ٥.٢٠% ، ويسهم السن بنسبة ٩.٧٠%، كذا مستوى معيشة المبحوثة والذي يساهم بنسبة ٠.٧٠ % ، الانفتاح الثقافى ويسهم بنسبة ٠.٨٠% ، ويأتي في الترتيب الأخير درجة عضوية المنظمات الأهلية والحكومية وتسهم 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 .

جدول ٤. نتائج الإسهام النسبي للمتغيرات المستقلة المدروسة ذات العلاقة الإرتباطية في تفسير التباين الكلى مستوي وعي المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية.

المتغيرات المستقلة المدروسة ذات العلاقة الإرتباطية	المتغير التابع : مستوي وعي المبحوثات بأبعاد الصحة الإنجابية						
	% التراكمية للتباين المفسر للمتغير التابع R^2	% للتباين المفسر في المتغير التابع	قيمة (t) المحسوبة	مستوي المعنوية	معامل الإنحدار الجزئي المعياري b	قيمة F	الترتيب
دور القيم الاجتماعية السائدة في تشكيل وعي السيدات نحو الصحة الإنجابية	٠.٦٦٤	٠.٥٥٤	١٢.٢١١**	٠.٠٠٠	٠.٤٥٦	٤٦٥.٧٨١ **	١
عدد أفراد الوحدة المعيشية	٠.٧١٦	٠.٠٥٢	٣.٣٨٠**	٠.٠١٢	٠.٠٢٢	٢٨١.٣٣٠**	٢
السن	٠.٨١٣	٠.٠٩٧	٥.٣٥٠**	٠.٠٠٠	-٠.٥٩٨	٢١٩.١١٥**	٣
مستوي معيشة المبحوثة	٠.٨١٠	٠.٠٠٧	٥.٤٣١**	٠.٠٠٠	-٠.٠٤٩	٢١١.١٢١**	٤
الانفتاح الثقافي	٠.٨١٨	٠.٠٠٨	٣.٨٣٨ **	٠.٠٠٣	-٠.٣٣٦	١٨١.٣٢٣**	٦
درجة عضوية المنظمات الأهلية والحكومية	٠.٨٢١	٠.٠٠٣	٤.٠٠٧ **	٠.٠٠٢	-٠.٣١٦	١٨٣.٣٨٧**	٥
معامل الارتباط المتعدد R		٠.٩٢٧	** معنوي عند مستوي ٠.٠١				
معامل التحديد R^2		٠.٨٢١	* معنوي عند مستوي ٠.٠٥				
قيمة (ف) المحسوبة			١٢٢.٧٣١				

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

رابعا : تحديد أهم المشكلات التي تواجه المبحوثات بمجتمع الدراسة .

تشير نتائج البحث الواردة بالجدول رقم (٥)أن من أهم المشكلات التى تواجه المبحوثات هى :رغبة الزوج في إنجاب الذكور، انتشار المفاهيم الخاطئة حول حرمانية 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 الطبى 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 هى التي تتحكم في المجتمع، حيث تمسك الزوج بخلف الأولاد يسبب العديد من المشكلات للأم 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، وأيضا من ضمن الأسباب الرئيسية انتشار المفاهيم الخاطئة بان تنظيم الأسرة يعتبر حرام، ويجب أن تستمر الأم في الإنجاب دون تنظيم ، مما يؤدى إلى حدوث خلافات ومشكلات مع كثرة الإنجاب، فضلا عن حدث مشاكل صحية للام، وأيضا عدم كفاية الحضانات في المستشفيات، مما يؤدى إلى البحث عن حضانات خارج المحافظة وهو ما يعرض الطفل للخطر والمضاعفات الصحية، إضافة لزيادة الأعباء الاقتصادية على الأسرة، وأيضا من ضمن المشكلات التي عبر عنها العديد من المبحوثات هى نظرة المجتمع الرافضة لأطباء النساء والتوليد بالكشف على الزوجة وتفضيلهم للطبيبات، دون النظر لحالة الزوجة وخطورة الحالة، عدم كفاية التوعية الصحية بمفهوم الصحة الإنجابية لدى الزوج والزوجة، مما يؤدى لحدوث مشاكل كثيرة، وأيضا من ضمن المشكلات صعوبة الأوضاع الاقتصادية والمعيشية، مما لا يمكن الزوجة بالذهاب إلى الطيب بشكل منتظم للاطمئنان على حالتها الصحية والمتابعة المستمرة ، وعدم وجود بعض الأدوية المطلوبة في حالات معينة في المستشفيات والوحدات الصحية، مما يعرض الأم للخطر ، وأيضا عدم وعى البنات حديثي الزواج بالمفهوم العام للأسرة وصحتها الإنجابية، وما هو المفروض أن تقوم به للمحافظة على نفسها وأسرتها، أيضا انشغال المرأة بشئون أسرتها وعدم الاهتمام بصحتها والمتابعة في الوحدة الصحية، كما توجد مشكلة تعانى منها بعض السيدات هى قلة عدد الممرضات في الوحدات الصحية للمتابعة مع الزوجة في الأمور الخاصة بحالتها، وعدم اهتمام المجتمع بالكشف الطبى على الزوج والزوجة قبل الزواج، لتلافى مشاكل كثيرة يمكن أن تحدث بعد الزواج، بسبب التمسك بالعادات والتقاليد والنسق الثقافى الذى يرى في الإجراءات حرجا شديدا للعريس والعروسة بل وللأسرة والعائلة.

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

م	المشكلة	عدد	%370 =N	الترتيب
١	عدم كفاية الأطباء المتخصصين من السيدات بكل وحدة صحية	٣٠٠	٨١%	٤
٢	عدم توافر الأدوية المطلوبة لحالات الطوارئ	٢٥٠	٦٧.٦%	٧
٣	انتشار المفاهيم الخاطئة حول حرمانية تنظيم الأسرة	٣٤٠	٩١.٩%	٢
٤	رغبة الزوج بإنجاب 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 المعيشة ومتطلبات الحياة	٢٨٠	٧٥.٧%	٦
٩	عدم كفاية الحضانات في المستشفيات	٣١٠	٨٣.٨%	٣
١٠	قلة عدد الممرضات في الوحدات الصحية	١٨٠	٤٨.٧%	١٠
١١	عدم وجود توعية صحية من خلال الندوات والمناقشات	٢٩٠	٧٨%	٥

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

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

يجب على منظمات المجتمع المحلى 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 الطبى 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 حرامنية تنظيم الأسرة وتعارضها 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 وللتفاعل معها، وأيضا يجب أن تتعاون الجهات البحثية لإجراء البحوث والدراسات التى 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 تتناسب مع قدراتهم وظروفهم، لأن الصحة الإنجابية للشباب هى 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 ابريس ، 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 العربى لصحة الأسرة الانجازات وأهم الدروس المستفادة ""المنتدى الاحصائى العربى الثالث ، صنعاء ١٧-١٩ ابريل ، وحدة المشروع العربى لصحة الأسرة ، جامعة الدول العربية ، ص ٢.

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

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

احمد عبد المجيد (٢٠٠٩)،الحضرية والسلوك الانجابى دراسة ميدانية مقارنة بمدينة المنيا ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب – جامعة المنيا.

المجلس القومى للسكان (١٩٩٩) ، رئاسة مجلس الوزراء ، العلاقة بين بعض المتغيرات البيئية والسلوك الانجابى " دراسة ميدانية لمنطقة المنيب بمحافظة الجيزة ، التقرير النهائى .

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 chi^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.