J. Agric. Econom. and Social Sci., Mansoura Univ., Vol.2 (5): 591 - 604, 2011

A STUDY OF THE LEVEL OF AWARENESS OF THE RURAL FAMILY IN THE AREA OF REPRODUCTIVE HEALTH AND ITS RELATIONSHIP TO SOME PERSONAL AND SOCIAL VARIABLES AT A VILLAGE IN DAKAHLIA GOVERNORATE

El-Shal, A. M. I.
Agric. Extension and Rural Sociology Dept., Fac. Agric., Mans. Univ .

دراسة مستوى وعي الأسرة الريفية في مجال الصحة الإنجابية وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية بإحدى قري محافظة الدقهلية

أحمد محمد إبراهيم أحمد الشال
قسم الإرشاد الزراعي والمجتمع الريفي ، كلية الزراعة ، جامعة المنصورة

الملخص

استهدف الدراسة الحالية التعرف علي مستوي الوعي العام للأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية ، كما استهدف التعرف علي علاقة بعض المتغيرات الشخصية للمبحوثين بوعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية .

وقد اختيرت قرية نوسا البحر لإجراء هذه الدراسة ، حيث تم اختيار عينة عشوائية من بين أرباب وربات الأسر الريفية بالقرية بلغ قوامها ١٠٠ أسرة ، و استخدم أسلوب الاستبيان بالمقابلة الشخصية كأداة لجمع بيانات هذه الدراسة ، واستخدم في تحليل بيانات هذه الدراسة التكرارات والنسب المئوية ، واختبار(t)، واختبار(f) .

وقد توصلت الدراسة إلي عدد من النتائج كان من أهمها سيادة المستوي المتوسط للوعي العام للأسر الريفية المدروسة بالقرية حيث أنه ٩٩% من الأسر المبحوثة كان لديها وعي متوسط في مجال الصحة الإنجابية .

كما أظهرت النتائج عدم وجود علاقة معنوية بين كل من النوع الاجتماعي ، والحالة الاجتماعية كل علي انفراد من جانب ووعي الأسر الريفية المدروسة بمجال الصحة الإنجابية من جانب آخر ، وأخيرا أشارت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة معنوية بين عمر الزوج ، وعمر الزوجة ، والمستوي التعليمي للزوج ، والمستوي التعليمي للزوجة كل علي انفراد من جانب ووعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية من جانب آخر .

كما تبين وجود علاقة معنوية بين المهنة الحالية للزوج واتجاهات الأسر الريفية المدروسة نحو الصحة الإنجابية ، وكذا علاقة معنوية بين المهنة الحالية للزوجة وممارسات الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية .

المقدمة

إن الأصل في الحياة الأسرية الاستقرار، والسكينة، والرحمة، والمودة ، وهي ثمار طبيعية لحياة هانئة مستقرة تكون نتيجة ثقافة كِلا الطرفين: الزوج والزوجة ، أو الأب والأم، بل هي ثقافة صارت وارتقت إلى مستوى السلوك الذي يمارسه كل طرف في هذه الأسرة، فالأسرة في الحقيقة مصلحة كبرى، ومقصد عظيم، ورأس مال يجب المحافظة عليه ، على كل طرف أن يضحي بكل ما يملك من جهد ومال، وفكرٍ، وراحةٍ في سبيل المحافظة على هذه الأسرة .

والأسرة هي الخلية الأولي التي يتكون منها البنيان الاجتماعي ، وتعتبر أكثر الظواهر الاجتماعية عمومية ، فلا يوجد مجتمع يخلو من النظام الأسري الذي يعد أحد الأسس الهامة للاستقرار في الحياة الاجتماعية ، وتعتبر الأسرة هي الإطار العام الذي يوجه تصرفات أفراد الأسرة ، فهي تشكل حياتهم وتضفي عليهم خصائصها وطبيعتها خاصة بالمراحل المبكرة من العمر (الصديقي ، حسن : ٢٠٠٠، ١٨) .

وصحة الفرد في المجتمع تتأثر بكثير من العوامل ، حيث أن الصحة بشكل عام في أي مجتمع من المجتمعات تتوقف على التفاعل والتوازن بين احتياجات المجتمع والموارد الصحية المتوفرة والاختيار والتطبيق والتدخلات المتعلقة بالصحة، كما أن هناك تغيرات كثيرة طرأت على القطاع الصحي ، ويجب أخذها في الاعتبار لتحقيق الأهداف المرجوة، مع التعرف على النهج والطريقة الأفضل التي يمكن تبنيها، إذن لا بد من توفر معلومات مفصلة ودقيقة نعتمد عليها في صناعة القرار بدلا من الاعتماد على الفرضيات والاستنتاجات، وعند التحدث عن برامج للصحة الجنسية أو الإنجابية أو تنظيم الأسرة فلا بد من إدماج هذه البرامج كجزء لا يتجزأ من برامج الصحة العامة أو بشكل لا ينفصل عن موضوع صحة المرأة والرجل (المنسي ، صوالحة : ٢٠٠٣، ١).

وتعد برامج الصحة الإنجابية جزءاً أساسياً من الصحة العامة ، وتعكس الوضع الصحي للرجل والمرأة في سن الإنجاب ، وتستهدف المراهقين والشباب لتجنيبهم السلوكيات الضارة والعادات السيئة ، كما تستهدف النساء بعد سن الإنجاب ببرامج سرطان عنق الرحم والثدي، وصحة الطفل ما بعد الولادة .

ولهذا تعمل الدولة علي التنسيق بينها وبين أفراد الأسر في المجتمع عامة والمجتمع الريفي خاصة وذلك لاكتمال جميع جوانب مجال الصحة الإنجابية سواء الوقائية أو العلاجية أو الثقافية ، لذا تهدف الدراسة الحالية إلي التعرف علي مستوي وعي الأسر الريفية في مجال الصحة الإنجابية وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية بها .

المشكلة البحثية

ترتبط مشكلة الزيادة السكانية وعملية الإنجاب ارتباطا وثيقا مع بعضهما البعض حيث أن الإنجاب هو العامل الأساسي للزيادة السكانية ، فالسلوك الإنجابي هو عبارة عن تفاعل العديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وغيرها من العوامل الموجودة في المجتمع .

ونظرا لأن المجتمع المصري يعاني من ارتفاع معدلات الخصوبة ، حيث يتم إنجاب ١,٧ مليون مولود سنويا ، وبالرغم من أن معدلات الإنجاب الكلي في مصر شهدت انخفاضا كبيرا خلال فترة الثمانينات وحتي منتصف التسعينات ، حيث تراجع معدل الإنجاب الكلي من ٣,٥ طفل لكل امرأة في الفئة العمرية (١٥-٤٩) عام ١٩٨٠ إلي ٣,١ طفل للسيدة في عام ٢٠٠٥ وفي نفس الفئة العمرية ، إلا أن هذا التقدم لا يحقق أهداف السياسة السكانية التي تهدف إلي الوصول إلي معدل الإحلال ، أي ما يعادل ٢,١ طفل لكل سيدة بحلول عام ٢٠١٧ (ميخائيل :٢٠١٠ ، ٦) .

ويتميز المجتمع الريفي بزيادة معدلات الإنجاب أكثر من مثيلتها في الحضر ، لذا تعمل الدولة علي الاهتمام بالقطاع الريفي من خلال نشر ثقافة الصحة الإنجابية كمحاولة لخفض معدلات الإنجاب ، ولكن أثبتت بعض الدراسات أن هناك كثير من العوامل التي تعوق تنمية وعي الأسر الريفية ببرامج الصحة الإنجابية ، حيث أن العديد من الممارسات في هذا المجال تخضع لمعارف واتجاهات غير مواتية نحو الصحة الإنجابية ، ويعد توفير المعلومات والمعارف الصحيحة في هذا المجال خطوة نحو بناء الوعي المطلوب ، لذا تركز الدراسة الحالية علي التعرف علي مستوي الوعي العام للأسر الريفية في مجال الصحة الإنجابية ، والتعرف علي علاقة بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية بوعي الأسر الريفية في مجال الصحة الإنجابية .

أهـداف البحث

استهدفت هذه الدراسة بصورة أساسية :

١- التعرف علي مستوي الوعي العام للأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية .
٢- التعرف علي علاقة بعض المتغيرات الشخصية و الاجتماعية للمبحوثين بوعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية .

الإطار النظري والمرجعي

خلال السنوات الماضية سجل تطورا ملحوظا في مؤشرات الصحة العامة والصحة الإنجابية ، لم يكن هذا التطور ممكنا لولا لجوء الدولة لتوسيع قاعدة التأييد السياسي اللازم لمواجهة التحديات الصحية ، فضلا عن قيامها بترجمة ذلك التأييد إلى تعبئة الموارد واستثمارها في التنمية الصحية ، واعتبار خدمات الصحة العامة والصحة الإنجابية حقا يدخل ضمن الحقوق الأساسية للإنسان ، وعاملا من عوامل التنمية البشرية المستدامة .

وللمحافظة على ما تم التوصل إليه بل وتنميته حتى تحقق برامج الصحة الإنجابية أهدافها المرجوة، استوجب ذلك توجيه السياسات السكانية والإنمائية الكلية صوب هدف الصحة للجميع والتشديد على توسيع نطاق الخدمات الصحية الأساسية ، والتركيز على تبني الصحة الإنجابية الواسع النطاق بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة وخدمات استراتيجيات الأمومة الآمنة والطفولة السليمة وحماية صحة الشباب والمراهقين من الأمراض المعدية بما في ذلك الأمراض المنقولة عن طريق الجنس ومنها الإيدز ، وفي هذا المقام لا بد أن

تولي السياسات السكانية أولوية خاصة لتحسين صحة الأم وتخفيض معدلات وفياتهن التي ما زالت عالية في بعض الدول ومنها مصر ، وضمن هذا التوجه لا بد أن يكرس مفهوم تنظيم الأسرة ضمن الخيارات الهامة التي تهدف إلى تحسين صحة الأمهات والأفراد ورفاهية الأسرة ، والوقاية من آثار مضاعفات الحمل غير المرغوب خاصة في الفترات عالية الخطورة ، ولمساعدة الزوجين في اختيار عدد الأطفال الذين يرغبون في إنجابهم بحرية ووفي الوقت الملائم ، كما يتضمن ذلك توفير خدمات معالجة العقم (فرح ، الزعبي : ١٩٩٤، ١٠) .

بعض المصطلحات والمعاجم المرتبطة بالصحة الإنجابية :

يعتبر تحديد المصطلحات والمفهومات البحثية أمرا ضروريا في البحث العلمي وعلي وجه الخصوص البحث الاجتماعي ، حيث يعتبر المفهوم الوسيلة الرمزية التي يستعين بها الإنسان للتعبير عن المعاني والأفكار المختلفة بهدف توصيلها لغيره من الناس ، وسوف نتناول فيما يلي توضيحا لأهم المصطلحات والمفهومات البحثية المستخدمة في هذا الصدد وتتضمن :

الأسرة :

قامت الصديقي وحسن (٢٠٠٠، ١٨) بوضع عدد من السمات التي يمكن من خلالها إطلاق لفظ الأسرة عليها ، وهي :

١- الأسرة نسق اجتماعي يتكون من عدد من الأشخاص تربطهم روابط زواج أو دم .
٢- تقوم علي مقومات أساسية اقتصادية واجتماعية ودينية وقيمية وصحية مستقاه من النظم القائمة في المجتمع .
٣- ينتظم أعضائها في مكان محدد ومعيشة واحدة .
٤- تقوم العلاقة بين أجزائها علي أساس التفاعل المتبادل القائم علي تحديد الأدوار ووضوحها .
٥- والأسرة جزء من المجتمع تلتزم بالمعايير الاجتماعية الحضارية له .
٦- تقوم الأسرة بعدد من الوظائف البيولوجية والاجتماعية والحيوية .
٧- تعتبر الأسرة وسيلة من وسائل الضبط الاجتماعي فهي تشكل سلوك أفرادها وتصبغ عليهم خصائصها وطبيعتها .
٨- يختلف شكل الأسرة باختلاف طبيعة وخصائص المجتمع الذي تقوم فيه .
٩- تتسم الأسرة بدقة التنظيم الاجتماعي الذي يقوم علي أساس قانوني وتشريعي .
١٠- يتأثر نسق الأسرة بكافة الأنساق الاجتماعية الأخرى والاقتصادية والتعليمية والسياسية والثقافية .

تنظيم الأسرة :

هو سلوك حضاري يوفر للزوجين الخيار المناسب للتحكم بموعد البدء بإنجاب الأطفال، وعددهم، والفترة الفاصلة بين الطفل والآخر، ومتى يجب التوقف عن الإنجاب، كل حسب ظروفه ومقدرته وبموافقة الزوجين معاً وضمن الإطار الصحي الذي يركز على صحة الأم والطفل معاً (Zawacki,p.3) .

الصحة الإنجابية :

عرفت (منظمة الصحة العالمية :٢٠١١، ١) الصحة الإنجابية علي أنها " حالة من المعافاة الكاملة بدنيًا ونفسيًا واجتماعيًا في كل ما يتعلق بالجهاز الإنجابي ووظائفه وعملياته، وتعنى توفير كل العوامل التي من شأنها تمتع الإنسان بحياة صحية مأمونة وسليمة بما في ذلك كل ما يتعلق بمسألة التكاثر والإنجاب ، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده " ، وقد أشارت(درويش :٢٠٠٧) إلي أن أهم مكونات الصحة الإنجابية هي :

١- علاج عدوى الجهاز الإنجابي .
٢- عدم التمييز بالنسبة للنوع الاجتماعي .
٣- مشاركة الرجل في الصحة الإنجابية .
٤- توفير وسائل تنظيم الأسرة الآمنة .
٥- الاكتشاف المبكر والعلاج لأورام الثدي و الجهاز التناسلي .
٦- المشورة المتعلقة بالعقم والمساعدة على إنجاب طفل سليم في الوقت الذي تختاره الأسرة.
٧- المشورة المتعلقة بأضرار ختان الإناث وتجنب ممارسة تشويه الجهاز التناسلي .
٨- الأمومة الآمنة بما تضمنه من رعاية الحمل ، والولادة ، وما بعد الولادة ، والعناية بالرضاعة الطبيعية.

وقد حدد (خليفة :٢٠١٠) عدد من المراحل التي يجب إتباعها في برامج الصحة الإنجابية للوصول إلي الأهداف المنشودة ، وهذه المراحل هي :

(١) مرحلة الطفولة وتشمل : الرضاعة الطبيعة والتغذية السليمة ، والتطعيمات والوقاية من الأمراض ، وعدم التفرقة والتمييز بين الجنسين ، وتجنب ختان الإناث .

(٢) مرحلة المراهقة وتشمل : التثقيف الإنجابي والتغيرات الفسيولوجية ، وتوعية عن الصحة العامة والغذاء ، تجنب الزواج المبكر .

(٣) مرحلة العمر الإنجابي وتشمل : الفحص قبل الزواج ، تنظيم الأسرة ، الأمومة الآمنة ، الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ، العقم ، الإجهاض .
(٤) مرحلة ما بعد العمر الإنجابي وتشمل : المشورة عن التغيرات الفسيولوجية ، انقطاع الدورة الشهرية وعلاج الأعراض المصاحبة ، الوقاية من الأورام مثل أورام الثدي وعنق الرحم والكشف الدوري ، الوقاية من هشاشة العظام .

الدراسات السابقة في مجال الصحة الإنجابية :

سيتم في هذا الجزء استعراض ثلاث دراسات سابقة اهتمت بدراسة موضوع الصحة الإنجابية وهذه الدراسات هي :

الدراسة التي قام بها (الصباغ ، محمود :٢٠٠٣) عن " اتجاه الأزواج والزوجات الريفيات نحو برامج تنظيم الأسرة في أربع محافظات مصرية " ، حيث استهدفت الدراسة التعرف علي اتجاه المبحوثين نحو برامج تنظيم الأسرة ، والتعرف علي الفروق بين اتجاه الأزواج والزوجات نحو برامج تنظيم الأسرة ، والتعرف علي العلاقة بين برامج تنظيم الأسرة وبعض المتغيرات الأسرية والشخصية ، وأيضا التعرف علي درجة مساهمة المتغيرات المستقلة في تفسير درجة التباين في اتجاهات الأزواج والزوجات نحو برامج تنظيم الأسرة .

وأجريت هذه الدراسة علي عينة قوامها ٤٠٠ مبحوث في أربعة محافظات وهي الشرقية والقليوبية وسوهاج وبني سويف .

وتوصلت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة معنوية سالبة بين اتجاه الأزواج نحو برامج تنظيم الأسرة وبين بعض المتغيرات المستقلة ، ووجود فروق معنوية لصالح الأزواج فيما يتعلق بالاتجاه نحو برامج الصحة الإنجابية ، ووجد أيضا أن عدد كبير من الزوجات لديهم اتجاه سلبي نحو برامج تنظيم الأسرة وهذا يرجع لنقص الوعي نتيجة لانتشار الأمية ، وأخيرا تبين أن أربعة متغيرات مستقلة تؤثر في اتجاه الزوجات نحو برامج تنظيم الأسرة وهي عمر الزوجة ، والحالة التعليمية ، وعدد الأبناء ، والنظر للأطفال كمصدر للرزق .

أما دراسة (إبراهيم ، خليفة ، فرج : ٢٠٠٦) فقد تناولت " اتجاه خطباء المساجد في الريف نحو عمل المرأة والصحة الإنجابية بمحافظتي الإسماعيلية والشرقية " ، حيث استهدفت الدراسة التعرف علي الخصائص الشخصية لخطباء المساجد في الريف ، والتعرف علي اتجاه خطباء المساجد نحو عمل المرأة والصحة الإنجابية.

وأجريت هذه الدراسة علي عينة من خطباء المساجد سواء الرسميين أو المتطوعين بمحافظتي الإسماعيلية والشرقية .

وتوصلت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة معنوية موجبة بين اتجاه خطباء المساجد نحو الصحة الإنجابية وبين بعض المتغيرات المستقلة وهي المهنة ، والمستوي التعليمي ، والمشاركة السياسية ، والمشاركة الرسمية في عضوية المنظمات ، ونوع المؤهل ، ودرجة التجددية .

وأخيرا الدراسة التي قامت بها (ميخائيل :٢٠١٠) عن " محددات السلوك الإنجابي للأسرة الريفية بقريتين من قري محافظة الدقهلية " ، حيث استهدفت الدراسة التعرف علي السلوك الإنجابي للأسرة الريفية ونمط الإنجاب بقريتي الدراسة ، والتعرف علي المتغيرات المستقلة ذات الصلة بالسلوك الإنجابي لكل من الأزواج والزوجات بقريتي الدراسة ، والتعرف علي الأهمية النسبية للمتغيرات المستقلة والتي ثبت تأثيرها علي السلوك الإنجابي للأسرة الريفية .

وقد أجريت الدراسة علي عينة قوامها ٣٠٠ أسرة من قريتي شها وميت الأكراد بمركز المنصورة بمحافظة الدقهلية .

وتوصلت الدراسة إلي عدة نتائج لعل من أهمها أن ٨٠% من إجمالي العينة بالقريتين يرون أن السن المناسب لزواج البنت هي الفئة العمرية (٢٠-٢٤سنة) ، كما أجمع جميع أفراد العينة أن الفترة المناسبة بين الطفل والطفل الذي يليه هي سنتان وأن الرضاعة الطبيعية أفضل غذاء للطفل ، ولكن ما يقرب من نصف العينة يرون أن الفحص الطبي قبل الزواج ليس له أهمية ، كما وجد أن نصف العينة لديهم اتجاها إيجابيا نحو الوصفات البلدية لعلاج العقم .

كما أوضحت النتائج وجود علاقة معنوية موجبة بين بعض المتغيرات المستقلة وبين السلوك الإنجابي لكل من الأزواج والزوجات بقريتي الدراسة ، كما أوضحت النتائج أن من أهم المتغيرات التي ساهمت في تفسير السلوك الإنجابي هي عدد الأبناء ، ومدة الزواج بقريتي الدراسة ، وأخيرا تبين أن أكثر المتغيرات إسهاما في تفسير التباين في سلوك المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية بقرية شها هي القدرية ، بينما كان أكثر المتغيرات إسهاما في تفسير التباين في سلوك المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية بقرية ميت الأكراد هو الوعي بالمشكلة السكانية .

الفروض البحثية

لتحقيق الهدف البحثي الثاني تم صياغة الفروض البحثية التالية :

١- توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي للمبحوث .
٢- توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي في مجال الصحة الإنجابية والحالة الاجتماعية للمبحوث .
٣- توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي في مجال الصحة الإنجابية وعمر المبحوث .
٤- توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي في مجال الصحة الإنجابية وعمر المبحوثة .
٥- توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي في مجال الصحة الإنجابية والمستوي التعليمي للمبحوث .
٦- توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي في مجال الصحة الإنجابية والمستوي التعليمي للمبحوثة .
٧- توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي في مجال الصحة الإنجابية والمهنة الحالية للمبحوث .
٨- توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي في مجال الصحة الإنجابية والمهنة الحالية للمبحوثة .

الإجراءات البحثية للدراسة

١- المجال الجغرافي والبشري :

أجريت هذه الدراسة بإحدى قري محافظة الدقهلية ، وهي قرية نوسا البحر التابعة لمركز أجا، وقد تم تطبيق الدراسة الميدانية علي عينة قوامها ١٠٠ أسرة (أزواج ، زوجات) اختيرت بطريقة عشوائية من أرباب وربات الأسر بالقرية وهي عينة كافية بسبب التجانس الشديد بين الأسر في القرية ، وتم جمع بيانات هذه الدراسة عن طريق استخدام استمارة استبيان عن طريق المقابلة الشخصية للمبحوثين (أرباب أو ربات الأسر) .

٢- المجال الزمني :

تم جمع بيانات الدراسة الحالية من أرباب وربات الأسر بالعينة البحثية خلال الفترة من نهاية شهر نوفمبر ٢٠١٠ إلي شهر فبراير ٢٠١١ .

٣- متغيرات الدراسة :

أ- النوع الاجتماعي : ويقصد به نوع المبحوث كونه ذكر أو أنثى .

ب- الحالة الاجتماعية : ويقصد بها الحالة الاجتماعية التي يكون عليها المبحوث كونه متزوج أو مطلق أو أرمل .

ج- عمر الزوج : ويقصد به عدد سنوات عمر المبحوث عند جمع البيانات ، حيث تم تقسيم عمر الزوج إلي ثلاث فئات عمرية وهي : (٣٠ سنة) ، (٤٠سنة) ، (٥٠ سنة فأكثر) .

د- عمر الزوجة : ويقصد به عدد سنوات عمر المبحوثة عند جمع البيانات ، حيث تم تقسيم عمر الزوجة إلي ثلاث فئات عمرية وهي : (٢٤سنة) ، (٣٥ سنة) ، (٤٥ سنة فأكثر) .

هـ- المستوي التعليمي للزوج : تم قياسه كمتغير رتبي ويقصد به مستوي التعليم الذي وجد عليه المبحوث وقت جمع البيانات وهو مكون من عدة فئات هي :يقرأ ويكتب ، ابتدائي ، إعدادي ، ثانوي ، جامعي ، فوق جامعي .

و- المستوي التعليمي للزوجة : تم قياسه كمتغير رتبي ويقصد به مستوي التعليم الذي وجدت عليه المبحوثة وقت جمع البيانات وهو مكون من عدة فئات هي :يقرأ ويكتب ، ابتدائي ، إعدادي ، ثانوي ، جامعي ، فوق جامعي .

ز- المهنة الحالية للزوج : تم قياسه كمتغير اسمي ويقصد به المهنة التي يعملها بها المبحوث وقت جمع البيانات وهو مكون من عدة فئات هي : مزارع ، تاجر ، عامل ، حرفي ، موظف قطاع عام ، موظف قطاع خاص ، لا يعمل .

ح- المهنة الحالية للزوجة : تم قياسه كمتغير اسمي ويقصد به المهنة التي تعمل بها المبحوثة وقت جمع البيانات وهو مكون من عدة فئات هي : مزارع ، تاجر ، عامل ، حرفي ، موظف قطاع عام ، موظف قطاع خاص ، لا يعمل .

٤- المعالجة الكمية للبيانات :

تم تحويل قيم بعض المتغيرات إلي صورة كمية يمكن من خلالها إجراء التحليلات الإحصائية المختلفة وذلك علي النحو التالي :

أ- المعارف :

ويقصد بها مدي إلمام المبحوث / المبحوثة بالمعارف المتعلقة بمجال الصحة الإنجابية ، حيث تم توجيه عدة أسئلة للمبحوث في مجال المعارف المتعلقة بالصحة الإنجابية يتعلق بالسن المناسب لزواج البنت ،

مخاطر الحمل المبكر ، فائدة الفحص الطبي قبل الزواج ، أضرار زواج الأقارب ، الفترة المناسبة بين الحمل والحمل الذي يليه ، الأضرار الناتجة عن قصر الفترة بين الحملين ، فائدة متابعة الحمل ، عدد فترات المتابعة أثناء الحمل ، فائدة التغذية الجيدة للأم الحامل ، فائدة الرضاعة الطبيعية ، أسباب حدوث العقم ، طرق معالجة العقم ، المقصود بتنظيم الأسرة وسائل منع أو تأخير الحمل، وتم إعطاء (صفر) درجة في حالة الإجابة بعدم المعرفة ودرجة واحدة لكل إجابة صحيحة ، ثم تم جمع الدرجات التي حصل عليها المبحوث لتمثل درجاته المعرفية في مجال الصحة الإنجابية ، ثم تم تقسيم تلك الدرجات إلي ثلاثة مستويات حيث أعطيت الدرجات : (٠-٢٥درجة) ، (٢٦-٥٠درجة) ، (٥١-٧٦درجة) المستويات المعرفية (ضعيفة أو منعدمة – متوسطة – عالية) علي الترتيب .

ب- الاتجاهات :

ويقصد بها مجموع الأحكام التي يصدرها المبحوث/المبحوثة نحو مدي تفضيله أو عدم تفضيله لمجال الصحة الإنجابية ، حيث تم توجيه عدة أسئلة للمبحوث في مجال الاتجاهات المتعلقة بالصحة الإنجابية وهي تتعلق زواج البنت ذات السن أقل من ٢٠ سنة ، مخالفة العادات والتقاليد لموضوع الكشف الطبي قبل الزواج ، تفضيل زواج الأقارب ، أهمية الفترة بين الحمل والذي يليه لكل من صحة الأم والمولود ، أهمية الداية في متابعة الست الحامل ، أهمية المقويات للست الحامل ، أهمية لبن الأم ، دور اللبن الصناعي في نمو الطفل ، أهمية الأعشاب في علاج العقم ، عدم فائدة وسائل منع الحمل ، وتم إعطاء درجة واحدة في حالة غير موافق ، درجتان في حالة موافق إلي حد ما ، وثلاث درجات في حالة موافق تماما مع مراعاة سلبية أو إيجابية العبارات ، ثم تم جمع الدرجات التي حصل عليها المبحوث لتمثل درجاته الاتجاهية في مجال الصحة الإنجابية ، ثم تم تقسيم تلك الدرجات إلي ثلاثة مستويات حيث أعطيت الدرجات : (١٤-٢٣درجة) ، (٢٤-٣٢درجة) ، (٣٣-٤٢درجة) المستويات الاتجاهية (سلبي – محايد – إيجابي) علي الترتيب .

ج- الممارسات :

ويقصد به حصيلة الأفعال والتصرفات التى يمارسها المبحوث/ المبحوثة فيما يتعلق بمجال الصحة الإنجابية سواء كانت هذه الممارسات صحيحة أو خاطئة ، حيث تم توجيه عدة أسئلة للمبحوث في مجال الممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية وهي تتعلق بسن المبحوث عند الزواج ، إجراء المبحوث للفحص الطبي قبل الزواج من عدمه ، درجة القرابة بين الزوجين ، عدد مرات الحمل ، عدد مرات متابعة الحمل ، النظام الغذائي للست الحامل ، طريقة الرضاعة من كونها طبيعية أو صناعية ، الوسيلة المستخدمة لمنع او تأخير الحمل ، وتم إعطاء (صفر) درجة في حالة الإجابة بعدم الممارسة أو الممارسة الخطأ ، ودرجة واحدة لكل ممارسة صحيحة ، ثم تم جمع الدرجات التي حصل عليها المبحوث لتمثل درجة ممارساته في مجال الصحة الإنجابية ، ثم تم تقسيم تلك الدرجات إلي ثلاثة مستويات حيث أعطيت الدرجات: (١-١٩ درجة)، (٢٠-٣٧درجة) ، (٣٨- ٥٧درجة) المستويات الممارسة (منخفض – متوسط – عالي) علي الترتيب .

د- الوعي بمجال الصحة الإنجابية :

ويقصد به محصلة الأبعاد الرئيسية لمجال الصحة الإنجابية وهي المعارف والاتجاهات والممارسات ، حيث تم جمع الدرجات التي حصل عليها المبحوث/المبحوثة لتمثل مدي وعيه/وعيها بمجال الصحة الإنجابية ، ثم تم تقسيم تلك الدرجات إلي ثلاث مستويات حيث أعطيت الدرجات : (١٥-٦٨درجة) ، (٦٩- ١٢١درجة) ، (١٢٢- ١٧٥درجة) مستويات الوعي (منخفض- متوسط- عالي) علي الترتيب .

٥- أسلوب التحليل الإحصائي :

اعتمدت الدراسة علي عدد من الأدوات الإحصائية التي تتناسب ومع طبيعة البيانات بما تحقق أهداف الدراسة مثل التكرارات والنسب المئوية ، واختبار (t) ، واختبار (f) .

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الجزء من الدراسة استعراض أهم النتائج التي تم التوصل إليها ، حيث يبدأ العرض بالوضع الراهن لأبعاد الوعي للمبحوثين في مجال الصحة الإنجابية ، يليه عرض لعلاقة بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية بمستوي وعي المبحوثين في مجال الصحة الإنجابية ، وفيما يلي عرض للنتائج المتعلقة بتلك النقاط :

أولا : الوضع الراهن لأبعاد وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

لتحقيق الهدف البحثي الأول تم حساب التوزيع النسبي للأسر الريفية المدروسة موضحا لمستوي وعيهم بمجال الصحة الإنجابية ، ويعرضه جدول (١) ، (٢) ، (٣) ، (٤) لتلك النتائج :

١- المعارف :

جدول (١) : التوزيع النسبي والعددي للمبحوثين وفقا لمستوي معرفتهم بمجال الصحة الإنجابية

المعرفة	العدد	%
ضعيفة	٣	٣,٠
متوسطة	٩٦	٩٦,٠
عالية	١	١,٠
إجمالي المعرفة	١٠٠	١٠٠

المصدر : استمارة الاستبيان

ويتضح من الجدول (١) أن ٩٦ مبحوث من إجمالي العينة ويبلغ نسبتهم ٩٦% لديهم معرفة بمجال الصحة الإنجابية بدرجة متوسطة ، كما وجد أن ثلاثة مبحوثين وتصل نسبتهم (٣%) لديهم معرفة بمجال الصحة الإنجابية بدرجة منخفضة ، وتبين أيضا أن مبحوث واحد فقط ونسبته (١%) لديه معرفة بمجال الصحة الإنجابية بدرجة عالية .

٢- الاتجاهات :

جدول (٢) : التوزيع النسبي والعددي للمبحوثين وفقا لمستوي اتجاههم نحو مجال الصحة الإنجابية

الاتجاه	العدد	%
سلبي	-	-
محايد	٦	٦.٠
إيجابي	٩٤	٩٤,٠
إجمالي الاتجاه	١٠٠	١٠٠

المصدر : استمارة الاستبيان

ويتضح من الجدول (٢) أن ٩٤ مبحوث من إجمالي العينة ويبلغ نسبتهم ٩٤% لديهم اتجاه ايجابي نحو مجال الصحة الإنجابية ، كما وجد أن ٦% من إجمالي العينة لديهم اتجاه محايد نحو برامج الصحة الإنجابية .

٣- الممارسات :

جدول (٣) : التوزيع النسبي والعددي للمبحوثين وفقا لمستوي ممارساتهم لمجال الصحة الإنجابية

الممارسة	العدد	%
ضعيفة	-	-
متوسطة	١٠٠	١٠٠,٠
عالية	-	-
إجمالي الممارسة	١٠٠	١٠٠

المصدر : استمارة الاستبيان

ويتضح من الجدول (٣) أن جميع أفراد العينة والذي تبلغ نسبتهم ١٠٠% يقومون بممارسة برامج الصحة الإنجابية بدرجة متوسطة .

٤- الوعي بمجال الصحة الإنجابية :

جدول (٤) : التوزيع النسبي والعددي للمبحوثين وفقا لمستوي وعيهم العام بمجال الصحة الإنجابية

الوعي	العدد	%
منخفض	-	-
متوسط	٩٩	٩٩,٠

عالي	١	١,٠
إجمالي الوعي	١٠٠	١٠٠

المصدر : استمارة الاستبيان

ويتضح من الجدول (٤) أن ٩٩ مبحوث من إجمالي العينة وتبلغ نسبتهم ٩٩% لديهم وعي عام بمجال الصحة الإنجابية بدرجة متوسطة ، بينما وجد أن مبحوث واحد فقط وبلغ نسبته ١% لديه وعي عام بمجال الصحة الإنجابية بدرجة عالية .

ثانيا : علاقة بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية للمبحوثين بوعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

لتحقيق الهدف الثاني للدراسة تم صياغة الفروض البحثية السابق ذكرها ، وللتحقق من صحة هذه الفروض استخدم اختبار (t) ، واختبار (f) ، وتوصل هذا البحث إلي النتائج الآتية :

١- علاقة النوع الاجتماعي بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

للتعرف علي علاقة النوع الاجتماعي بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائي التالي " لا توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي للمبحوث " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء اختبار (t) ، والجدول (٥) يوضح نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (٥): نتائج اختبار(t) لدلالة الفروق بين الذكور والإناث فيما يتصل بأبعاد الصحة الإنجابية

ابعاد الوعي	المتوسطات		قيمة(T)	مستوي المعنوية
	ذكور ن= ٤٦	إناث ن = ٥٤		
المعارف	٣١,٩٣٥	٣١,٥٣٧	,٤٧٢	,٦٣٨
الاتجاهات	٣٨,٣٢٦	٣٧,٤٤٤	١,٥٧٤	,١١٩
الممارسات	٢٦,٦٧٤	٢٧,٦٦٧	١,٧٢٥-	,٠٨٨
اجمالي الوعي	٩٦,٩٣٥	٩٦,٦٤٨	,٣٢١	,٨٤٥

المصدر : استمارة الاستبيان

ويتضح من الجدول (٥) عدم وجود فروق معنوية بين الذكور والإناث (المبحوثين) فيما يتصل بأبعاد الصحة الإنجابية ، وبناءا علي تلك النتائج تم قبول الفرض الإحصائي ورفض الفرض البحثي الأول القائل " توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي للمبحوث " .

٢- علاقة الحالة الاجتماعية بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

للتعرف علي علاقة الحالة الاجتماعية بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائي التالي " لا توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والحالة الاجتماعية للمبحوث " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء اختبار (f) ، والجدول (٦) يوضح نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (٦): نتائج اختبار(f) لدلالة الفروق بين الحالة الاجتماعية وأبعاد الصحة الإنجابية

ابعاد الوعي	المتوسطات			قيمة(F)	مستوي المعنوية
	متزوج ن =٨٣	مطلق ن = ٨	أرمل ن = ٩		
المعارف	٣٢,٠٢٤	٣٠,٥٠٠	٣٠,٠٠٠	١,٣٢٦	,٢٧٠
الاتجاهات	٣٧,٩٢٨	٣٩,٠٠٠	٣٦,١١١	٢,٤٩٥	,٠٨٨
الممارسات	٢٧,٣٠١	٢٦,١٢٥	٢٧,٢١٠	,٦٠٦	,٥٤٨
اجمالي الوعي	٩٧,٢٧١	٩٥,٦٢٥	٩٣,٣٢١	١,٤١٥	,٢٤٨

المصدر : استمارة الاستبيان

ويتضح من الجدول (٦) عدم وجود فروق معنوية بين الحالة الاجتماعية للمبحوث وأبعاد الصحة الإنجابية ، وبناءا علي تلك النتائج تم قبول الفرض الإحصائي ورفض الفرض البحثي الثاني القائل " توجد

علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والحالة الاجتماعية للمبحوث " .

٣- علاقة عمر الزوج بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

للتعرف علي علاقة عمر الزوج بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائي التالي " لا توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية وعمر المبحوث " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء اختبار (f) ، والجدول (٧) يوضح نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (٧): نتائج اختبار(f) لدلالة الفروق بين عمر الزوج وأبعاد الصحة الإنجابية

ابعاد الوعي	المتوسطات			قيمة(F)	مستوي المعنوية
	الفئة العمرية (٣٠سنة) ن= ١٦	الفئة العمرية (٤٠سنة) ن= ٥٨	الفئة العمرية (٥٠سنة فأكثر) ن= ٢٦		
المعارف	٣٤,٦٨٨	٣١,٣١٠	٣٠,٨٠٨	٥,٣٤٣**	,٠٠٦
الاتجاهات	٣٧,٦٢٥	٣٨,٥٣٥	٣٦,٤٦٢	٥,٣٧٦**	,٠٠٦
الممارسات	٢٦,٣١٢	٢٦,٨١٠	٢٨,٦٥٤	٤,٩١٠**	,٠٠٩
اجمالي الوعي	٩٨,٦٢٥	٩٦,٦٥٥	٩٥,٩٢٤	,٨٠٥	,٤٥٠

المصدر : استمارة الاستبيان (**) معنوي عند مستوي ٠,٠١

ويتضح من الجدول (٧) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت ٥,٣٤٣ للمعارف ، ٥,٣٧٦ للاتجاهات ، ٤,٩١٠ للممارسات وهي قيم معنوية عند مستوي معنوية ٠,٠١ ، وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين عمر الزوج وبين معارف واتجاهات وممارسات المبحوثين ، كما تبين عدم وجود علاقة معنوية بين عمر المبحوث وإجمالي وعيه بمجال الصحة الإنجابية .

وبناءا علي ذلك يتم رفض الفرض الإحصائي السابق ذكره في الأجزاء المتعلقة بالمعرفة والاتجاه والممارسة وقبول الفرض البحثي الثالث في هذه الأجزاء ، وقبول الفرض الإحصائي في الجزء الخاص بإجمالي الوعي ورفض الفرض البحثي الثالث لهذا الجزء .

وربما يفسر هذا أن الأزواج في الفئة العمرية (٣٠- لأقل من ٤٠ سنة) يكون لديهم قدر من المعارف عن برامج الصحة الإنجابية وبتقدمهم في العمر تزداد معارفهم مما يجعلهم قادرين علي أن يتجهوا اتجاها معينا وبالتالي ينعكس هذا علي سلوكهم .

٤- علاقة عمر الزوجة بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

للتعرف علي علاقة عمر الزوجة بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائي التالي " لا توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية وعمر المبحوثة " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء اختبار (f) ، والجدول (٨) يوضح نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (٨) نتائج اختبار(f) لدلالة الفروق بين عمر الزوجة وأبعاد الصحة الإنجابية

ابعاد الوعي	المتوسطات			قيمة(F)	مستوي المعنوية
	الفئة العمرية (٢٤سنة) ن= ٢٧	الفئة العمرية (٣٥سنة) ن= ٤٧	الفئة العمرية (٤٥سنة فأكثر) ن= ٢٦		
المعارف	٣٣,٠٧٤	٣١,٧٦٦	٣٠,٢٣٤	١,١٩٤*	,٠٤٥
الاتجاهات	٣٨,٤٨٢	٣٨,٥٧٥	٣٥,٨٨٥	١٠,١٨٧**	,٠٠٠
الممارسات	٢٦,١٤٨	٢٧,٠٢١	٢٨,٦٥٤	٥,٦٢٥**	,٠٠٥
اجمالي الوعي	٩٧,٧٠٤	٩٧,٣٦٢	٩٤,٧٧٠	١,٥٨١	,٢١١

المصدر : استمارة الاستبيان (**) معنوي عند مستوي ٠,٠١ (*) معنوي عند مستوي ٠,٠٥

ويتضح من الجدول (٨) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت ١,١٩٤ للمعارف وهي قيمة معنوية عند مستوي ٠,٠٥ وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين عمر الزوجة وبين معرفتها بمجال الصحة الإنجابية ، كما بلغت قيمة (ف) المحسوبة ١٠,١٨٧ للاتجاهات ، ٥,٦٢٥ للممارسات وهي قيم معنوية عند مستوي

معنوية ٠,٠١ وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين عمر الزوجة وبين اتجاهاتها وممارساتها في مجال الصحة الإنجابية ، كما دلت النتائج علي عدم وجود علاقة معنوية بين عمر الزوجة وبين إجمالي وعيها بمجال الصحة الإنجابية .

وبناءا علي ذلك يتم رفض الفرض الإحصائي السابق ذكره في الأجزاء الخاصة بالمعرفة والاتجاه والممارسة وقبول الفرض البحثي الرابع في هذه الأجزاء ، وقبول الفرض الإحصائي في الجزء الخاص بإجمالي الوعي ورفض الفرض البحثي الرابع لهذا الجزء .

وربما يمكن تفسر ذلك في أن الزوجات في الفئة العمرية الأولي يكون لديهن قدر معين من المعارف عن برامج الصحة الإنجابية وبتقدمهن في العمر تزداد خبرتهن ومعارفهن مما يجعلهم قادرات علي أن يتجهوا اتجاها معينا نحو برامج الصحة الإنجابية وبالتالي يسلكن سلوكا يتماشي مع ظروفهم المعيشية .

٥- علاقة المستوي التعليمي للزوج بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

للتعرف علي علاقة المستوي التعليمي بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائي التالي " لا توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والمستوي التعليمي للمبحوث " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء اختبار (f) ، والجدول (٩) يوضح نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (٩): نتائج اختبار(f) لدلالة الفروق بين المستوي التعليمي للزوج وأبعاد الصحة الإنجابية

ابعاد الوعي	المتوسطات				قيمة(F)	مستوي المعنوية
	يقرا ويكتب ن = ٥	إعدادي ن= ٤	ثانوي ن= ١٥	جامعي ن= ٢٢		
المعارف	٣٠,٠٠٠	٢٩,٠٠٠	٣٠,٤٦٧	٣٣,٦١	*٣,٣٩٨	,٠٢٦
الاتجاهات	٣٨,٠٠٠	٣٣,٠٠٠	٣٧,٩٣٣	٣٩,٦٣٦	**١١,٧٢٢	,٠٠٠
الممارسات	٢٦,٤٠٠	٢٦,٠٠٠	٢٨,١٣٣	٢٥,٨٦٤	*٢,٨٦٤	,٠٤٨
إجمالي الوعي	٩٤,٤٠٠	٨٨,٠٠٠	٩٦,٥٣	٩٩,٤١	**٥,٠٨٨	,٠٠٤

المصدر : استمارة الاستبيان (**) معنوي عند مستوي ٠,٠١ (*) معنوي عند مستوي ٠,٠٥

ويتضح من الجدول (٩) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت ٣,٣٩٨ للمعارف ، ٢,٨٦٤ للممارسات وهي قيم معنوية عند مستوي ٠,٠٥ وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين المستوي التعليمي للزوج وبين معرفته وممارسته لبرامج الصحة الإنجابية ، كما بلغت قيمة (ف) المحسوبة ١١,٧٢٢ للاتجاهات ، ٥,٠٨٨ لإجمالي الوعي ببرامج الصحة الإنجابية وهي قيم معنوية عند مستوي معنوية ٠,٠١ وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين المستوي التعليمي للزوج وبين اتجاهاته وإجمالي وعيه بمجال الصحة الإنجابية .

وبناءا علي ذلك يتم رفض الفرض الإحصائي السابق ذكره كليا ، وقبول الفرض البحثي الخامس القائل " توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والمستوي التعليمي للمبحوث " .

وهذا يفسر أن الأزواج ذو المستوي التعليمي المنخفض أقل الأفراد إدراكا بمجال الصحة الإنجابية ، حيث أنه كلما زاد تعليم الفرد زاد وعيه بمشاكل مجتمعه وخاصة المشكلة السكانية مما يجعله يعمل لتحقيق مستوي معيشي أفضل له ولأبنائه في المستقبل .

٦- علاقة المستوي التعليمي للزوجة بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

للتعرف علي علاقة المستوي التعليمي بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائي التالي " لا توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والمستوي التعليمي للمبحوثة " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء اختبار (f) ، والجدول (١٠) يوضح نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (١٠): نتائج اختبار(f) لدلالة الفروق بين المستوي التعليمي للزوجة وأبعاد الصحة الإنجابية

	المتوسطات		

ابعاد الوعي	يقرأ ويكتب ن=١٠	ثانوي ن=٢٦	جامعي ن=١٨	قيمة(F)	مستوي المعنوية
المعارف	٢٩,١٠٠	٣٠,٨٨٥	٣٣,٧٧٨	٥,٦٩٠**	,٠٠٦
الاتجاهات	٣٤,١٠٠	٣٦,٦١٥	٤٠,٥٠٠	٥٩,٥٣١**	,٠٠٠
الممارسات	٢٧,٤٠٠	٢٩,١٩٢	٢٥,٦١١	٩,١٤٧**	,٠٠٠
اجمالي الوعي	٩٠,٦٠٠	٩٦,٦٩٠	٩٩,٨٨٩	٦,٣٣٥**	,٠٠٣

المصدر : استمارة الاستبيان (**) معنوي عند مستوي ٠,٠١

ويتضح من الجدول (١٠) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت ٥,٦٩٠ للمعارف ، ٥٩,٥٣١ للاتجاهات ، ٩,١٤٧ للممارسات ، ٦,٣٣٥ لإجمالي الوعي وهي قيم معنوية عند مستوي ٠,٠١ وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين المستوي التعليمي للزوجة وبين معرفتها واتجاهاتها وممارستها وإجمالي وعيها ببرامج الصحة الإنجابية .

وبناءا علي ذلك يتم رفض الفرض الإحصائي السابق ذكره كليا ، وقبول الفرض البحثي السادس القائل " توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والمستوي التعليمي للمبحوثة " .

وهذا يفسر أيضا أن الزوجات ذو المستوي التعليمي المنخفض أقل الأفراد إدراكا بمجال الصحة الإنجابية ، حيث أنه كلما زاد تعليم الفتاة زاد وعيها بمشاكل مجتمعها ويكون لديها وعيا كاملا ببرامج الصحة الإنجابية ، مما يجعلها تعمل لتحقيق مستوي معيشي أفضل لها ولبيتها ولأبنائها في المستقبل عن طريق تعليمهن تعليما أفضل ونقل الخبرات والمعارف لهن والتي تجعل لهن شأنا عظيما في المجتمع فيما بعد .

٧- علاقة المهنة الحالية للزوج بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

للتعرف علي علاقة المستوي التعليمي بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائي التالي " لا توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والمهنة الحالية للمبحوث " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء اختبار (f) ، والجدول (١١) يوضح نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (١١): نتائج اختبار(f) لدلالة الفروق بين المهنة الحالية للزوج وأبعاد الصحة الإنجابية

ابعاد الوعي	المتوسطات						قيمة(F)	مستوي المعنوية
	مزارع ن=٤	عامل ن=١	حرفي ن=١	موظف قطاع عام ن= ٣٣	موظف قطاع خاص ن=٦	لا يعمل ن=١		
المعارف	٢٩,٠٠	٣٠,٠٠	٣٨,٠٠	٣٢,٧٥٧	٢٨,٦٦٧	٣٢,٠٠	١,٨٠٥	,١٣٤
الاتجاهات	٣٣,٠٠	٣٦,٠٠	٣٦,٠٠	٣٩,٢١٢	٣٨,١٦٧	٣٦,٠٠	٦,٨٣٤**	,٠٠٠
الممارسات	٢٦,٠٠	٣٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٦,٦٩٧	٢٧,١٦٧	٢٥,٠٠	,٧٤٣	,٥٩٦
إجمالي الوعي	٨٨,٠٠	٩٦,٠٠	٩٨,٠٠	٩٨,٦٦٦	٩٤,٠٠١	٩٣,٠٠	٢,٨٩٩*	,٠٢٥

المصدر : استمارة الاستبيان (**) معنوي عند مستوي ٠,٠١ (*) معنوي عند مستوي ٠,٠٥

ويتضح من الجدول (١١) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت ٦,٨٣٤ للاتجاهات وهي قيم معنوية عند مستوي ٠,٠١ وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين المهنة الحالية للزوج وبين اتجاهاته نحو برامج الصحة الإنجابية ، كما بلغت قيمة (ف) المحسوبة ٢,٨٩٩ لإجمالي الوعي ببرامج الصحة الإنجابية وهي قيم معنوية عند مستوي معنوية ٠,٠٥ وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين المهنة الحالية للزوج وبين إجمالي وعيه بمجال الصحة الإنجابية ، كما تبين عدم وجود علاقة بين المهنة الحالية للزوج وبين معارفه وممارساته في مجال الصحة الإنجابية .

وبناءا علي ذلك يتم رفض الفرض الإحصائي السابق ذكره في الأجزاء المتعلقة بالاتجاه وإجمالي الوعي وقبول الفرض البحثي السابع في هذه الأجزاء ، وقبول الفرض الإحصائي في الأجزاء المتعلقة بالمعرفة والممارسة ورفض الفرض البحثي السابع لهذه الأجزاء .

وهذا يفسر أن من أكثر الأفراد عدم معرفة بمجال الصحة الإنجابية هم المزارعين والحرفيين والعمال وغير العاملين ، وينتج عن ذلك زيادة إقبالهم علي إنجاب عدد كبير من الأبناء باعتبارهم مصدرا للرزق ما يخفف عبء المعيشة علي الآباء ، وهذا ينتشر بشدة في المجتمع الريفي حيث يحتاج الأب لعدد كبير

من الأبناء ليساعدوه في العمل المزرعى ، وهذا يعكس عدم معرفتهم بالمشكلة السكانية وبالتالي عدم معرفتهم ببرامج الصحة الإنجابية .

٨- علاقة المهنة الحالية للزوجة بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية :

للتعرف علي علاقة المستوي التعليمي بمستوي وعي الأسر الريفية المدروسة في مجال الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائي التالي " لا توجد علاقة معنوية بين أبعاد الوعي (المعارف ، الاتجاهات ، الممارسات ، إجمالي الوعي) في مجال الصحة الإنجابية والمهنة الحالية للمبحوثة " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء اختبار (f) ، والجدول (١٢) يوضح نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (١٢): نتائج اختبار(f) لدلالة الفروق بيم المهنة الحالية للزوجة وأبعاد الصحة الإنجابية

ابعاد الوعي	المتوسطات			قيمة(F)	مستوي المعنوية
	تاجر ن=١	موظف قطاع عام ن=٢٤	لا يعمل ن=٢٩		
المعارف	٣٢,٠٠٠	٣٢,٢٠٨	٣٠,٥٣٧	,٦٢٦	,٥٣٩
الاتجاهات	٣٦,٠٠٠	٣٧,١٢٥	٣٧,٤٤٤	,٤٥١	,٦٣٩
الممارسات	٣١,٠٠٠	٢٩,٣٧٥	٢٧,٦٦٧	**١٠,٢٣٤	,٠٠٠
اجمالي الوعي	٩٩,٠٠٠	٩٨,٧٠٨	٩٥,٦٤٨	٢,٠١٦	,١٤٤

المصدر : استمارة الاستبيان **(**) معنوي عند مستوي ٠,٠١**

يتضح من الجدول (١٢) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت ١٠,٢٣٤ للممارسات وهي قيمة معنوية عند مستوي ٠,٠١ وهذا يدل علي وجود علاقة معنوية بين المهنة الحالية للزوجة وبين ممارساتها ي مجال الصحة الإنجابية ، كما دلت النتائج علي عدم وجود علاقة بين المهنة الحالية للزوجة وبين معارفها واتجاهاتها وإجمالي وعيها بمجال الصحة الإنجابية .

وبناءا علي ذلك يتم رفض الفرض الإحصائي السابق ذكره في الجزء الخاص بالممارسة وقبول الفرض البحثي الثامن في هذا الجزء ، وقبول الفرض الإحصائي في الأجزاء المتعلقة بالمعرفة والاتجاه وإجمالي الوعي ورفض الفرض البحثي الثامن لهذه الأجزاء .

وهذا يفسر أن تعليم المرأة تعليما جيدا وخروجها لسوق العمل يجعلها منفتحة علي العالم الخارجي ويجعلها تشعر بأهميتها في المجتمع وبدورها في عملية التنمية ، ويجعل أيضا لديها وعيا بمشكلة الزيادة السكانية ، وبالتالي تكون قادرة علي متابعة وممارسة برامج الصحة الإنجابية بشكل جيدا .

التوصيات

في ضوء النتائج ، توصي الدراسة بالآتي :

١- الإعلان عن الخدمات التي تقدمها برامج الصحة الإنجابية ومدي توفرها ، وما يتعلق بها من معلومات عن الإنجاب وصحة الأم والطفل ، لعدم حدوث أي حالة من حالات الإجهاض أو الوفاة .
٢- العمل علي نشر برامج الصحة الإنجابية في المناطق التي يصعب وصول أي معلومة إليها .
٣- العمل علي إدماج المرأة في العمل المجتمعي لزيادة انفتاحها علي العالم الخارجي ، وبالتالي يزداد إحساسها بمكانتها الاجتماعية مما ينعكس هذا علي أبنائها وأسرتها .
٤- العمل علي رفع سن زواج الإناث خاصة في المجتمع الريفي ، والتطبيق الفعلي للقوانين الخاصة بالزواج المبكر .

المراجع

الصديقي ، سلوى عثمان ، عبد المحي محمود حسن (٢٠٠٠) ، " الأسرة والسكان من منظور الخدمة الاجتماعية " ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .

المنسي ، كامل ، أيمن صوالحة (٢٠٠٣) ، " مشاركة الرجل في قضايا الصحة الإنجابية في الضفة الغربية " ، مركز الدراسات (أمان) ، المركز العربي للمصادر والمعلومات ، www.amanjordan.org، فلسطين .

ميخائيل ، إيناس اسعد رزق (٢٠١٠) ، " محددات السلوك الإنجابي للأسرة الريفية : دراسة ميدانية بقريتين من قري محافظة الدقهلية " ، رسالة دكتوراه ، قسم الإرشاد الزراعي والمجتمع الريفي ، كلية الزراعة ، جامعة المنصورة .

فرح ، عبد العزيز محمد ، عبد الله عبد العزيز الزعبي (١٩٩٤) ، " اللقاء البرلماني العربي الرابع للسكان والتنمية ، التقدم المحرز في الدول العربية نحو تحقيق أهداف برنامج العمل ، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، www.faapd.org.jo ، القاهرة .

Zawacki, April Allison, (1971), " A Text Book for Family planning Field Workers " , Community and Family study center, University of Chicago, p.3.

منظمة الصحة العالمية (٢٠١١) ، " صحة إنجابية " ، www.wekeedia.org ، الموسوعة الحرة .

درويش ، غادة (٢٠٠٧) ، " أضواء علي محاضرة مركزية مفاهيم الصحة الإنجابية في دريكيش " ، جريدة الوحدة ، جريدة يومية سياسية تصدر عن مؤسسة الوحدة للصحافة والطباعة والنشر والتوزيع ، اللاذقية .

خليفة ، محرم (٢٠١٠) ، " الصحة الإنجابية " ، www.knolgoogle.com ، القاهرة .

الصباغ ، صابر عبد الحميد ، صالح محمود محمود (٢٠٠٣) ، " اتجاه الأزواج والزوجات الريفيات نحو برامج تنظيم الأسرة في أربعة محافظات مصرية " ، بحث منشور ، مجلة العلوم الاقتصادية والاجتماعية الزراعية ، مجلد رقم ٢٨ ، العدد ١١ ، كلية الزراعة ، جامعة المنصورة .

إبراهيم ، محمد محمد سليمان ، إبراهيم عبد الرحمن علي خليفة ، محمد عبد الجليل فرج (٢٠٠٦) ، " اتجاه خطباء المساجد في الريف نحو عمل المرأة والصحة الإنجابية : دراسة ميدانية بمحافظتي الشرقية والإسماعيلية" ، المؤتمر السادس والثلاثون ، المركز الديموجرافي ، المعهد القومي للتخطيط ، الجزء الثالث ، القاهرة .

A STUDY OF THE LEVEL OF AWARENESS OF THE RURAL FAMILY IN THE AREA OF REPRODUCTIVE HEALTH AND ITS RELATIONSHIP TO SOME PERSONAL AND SOCIAL VARIABLES AT A VILLAGE IN DAKAHLIA GOVERNORATE

El-Shal, A. M.I

Agric. Extension and Rural Sociology Dept., Fac. Agric., Mans. Univ .

ABSTRACT

The present study aimed to identify the level of awareness of the male or female rural households studied in the field of reproductive health, and to identify the relationship of some personal and social variables of the respondents awareness of rural households studied in the field of reproductive health.

Nawsah El-Bahr village was selected to carry our the current study . A simple random sample of 100 households of the village was selected . Data were collected by using personal interview questionnaire . Frequencies , Percentages , (T) test , (F) test were used to analyze data statistically .

The study found a number of conclusions, among which was the average level of public awareness of rural households in the village where he studied 99% of households had researched the awareness of the average in the area of reproductive health.

The results also showed the lack of relationship between each of gender, marital status, and awareness of rural households studied in the field of reproductive health and, finally, the findings suggest the existence of a relationship between the age of the husband, and the age of the wife, and educational level of the husband, and educational level of the wife and the awareness of rural households studied in the field of reproductive health. And the existence of a relationship between the profession of the husband and the current trends of rural households studied about

reproductive health, as well as the relationship between the profession's current wife and practices of rural households studied in the field of reproductive health.

قام بتحكيم البحث

أ.د / ابتهال محمد كمال ابو حسين — كلية الزراعة – جامعة المنصورة
أ.د / عبد الرحيم عبد الرحيم الحيدرى — كلية الزراعة – جامعة الاسكندرية