

مجلة الاقتصاد الزراعي والعلوم الاجتماعية

موقع المجلة: www.jaess.mans.edu.egمتاح على: www.jaess.journals.ekb.eg

Cross Mark

محددات وعي النوع الاجتماعي بالصحة الإنجابية بإحدى قرى محافظة الغربية

إيهاب عبد الخالق محمد هيكل*

قسم الاجتماع الريفي والإرشاد الزراعي، كلية الزراعة، جامعة القاهرة

المُلخَص

يستهدف البحث قياس مستوى وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية، تحديد معنوية العلاقة بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة، وكذا معنوية الفروق بين درجة وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية، والتعرف على آرائهم حول المشكلات التي تواجههم لدعم الوعي بالصحة الإنجابية. وُجمعت البيانات في شهر أغسطس لعام 2021 من قرية كفر مشلة بمركز كفر الزيات بمحافظة الغربية، وذلك بالمقابلة الشخصية باستخدام استمارة استبيان لعينة عشوائية بسيطة بلغ قوامها 110 من المترددين على الوحدة الصحية بالقرية، نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث، وتم عرض النتائج باستخدام التكرارات، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، وكذا اختبار مربع كاي، واختبار "t"، ومعامل الارتباط البسيط، وتشير النتائج إلى أن: 33.6% بالعينة الإجمالية نوي مستوى وعي مرتفع، 25.4% مستوى وعيهم متوسطاً، و41.0% مستوى وعيهم منخفضاً، كما أن هناك علاقة معنوية بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وكل من: (العمر، عدد سنوات التعليم، فرق العمر بين الزوجين، درجة الانفتاح الثقافي، درجة التوافق بين الزوجين، والحالة الزوجية)، واتضح أيضاً وجود فرق معنوي لصالح الإناث، حيث بلغت قيمة "t" نحو 2.21 عند مستوى 0.05، كما تمثل المشكلات: "رفض بعض الأسر توقيع الكشف الطبي قبل الزواج، انخفاض المستوى الاقتصادي والمادي لغالبية الأسر، ضعف الدور الإعلامي للنهوض بالوعي الإنجابي" أهم المشكلات التي تواجه المبحوثين لدعم الوعي بالصحة الإنجابية، حيث احتلت الترتيب الأول، الثاني، والثالث على التوالي.

الكلمات الدالة: النوع الاجتماعي، الصحة الإنجابية، محافظة الغربية.



المقدمة والمشكلة البحثية

تستحوذ القضايا التي تتعلق بالسكان وأمنهم الصحي باهتمام قادة الدول وكذا المفكرين، ولاسيما بعد أن ارتفعت المعدلات الخاصة بالنمو السكاني بأغلب دول العالم وبالأخص خلال القرن الماضي، فقد بلغ عدد سكان العالم ملياً واحداً عام 1904، ولكنه تضاعف عام 1927، واستمر العدد في التزايد حتى بلغ 6.6 مليار نسمة عام 2008، فضلاً عن توقع الجهات البحثية المعنية بزيادة عدد السكان للعالم لنحو تسعة مليارات نسمة عام 2050، وبالتالي سوف ينتج عن ذلك ارتفاع في الطلب على الموارد الطبيعية (كمال، 2003: 1).

وتعتبر عمليات التنمية التي تستهدف الإنسان نقطة الانطلاق لجهود التنمية المبذولة، وذلك من أجل تحقيق مستوى متقدم لرفاه السكان بأي مجتمع، وبما أن الأسرة تمثل نواة المجتمع الرئيسية، فكان لزاماً على كل الأطراف المعنية بالمجتمع القيام بنوعية كفاءة الجهود لضمان سلامتها وتماسكها، مع توفير حياة كريمة لكافة أعضائها، ومن أهم تلك الجهود ما يتعلق بقضية الصحة الإنجابية، حيث يمثل ذلك حق أصيل تكفله المواثيق والقوانين الدولية، وذلك لأن العناية بتلك القضية يمثل مدخلاً جوهرياً لتحقيق عائد ثقافي، اجتماعي، واقتصادي للأسرة والمجتمع ككل، ومن أهم خطوات تحقيق هذا المعنى تعزيز عملية الوعي بشأن الصحة الإنجابية لدى السكان، على أن يراعي تباينهم واهتماماتهم (تميم، 2014: 1).

وقد تم عقد مؤتمر عالمياً للسكان والتنمية عام 1994 في مصر، وكان لذلك أهمية لتبني مفهوم الصحة الإنجابية كمفهوم موحد على المستوى الدولي، حيث أن متطلبات تلك الحقبة كانت تشير لضرورة العناية بصحة الأسرة، الطفل، والأم، مع الانتباه لضرورة إشراك ودمج الرجل في مسألة تنظيم الأسرة، كما تم تقديم مفهوم للصحة الإنجابية، حيث يقصد به حالة رفاهة كاملة تتعلق بنواحي السلامة البدنية والعقلية وكذا الاجتماعية في كل الأمور التي تتعلق بالجهاز التناسلي ووظائفه، أي لا يقتصر الأمر على الخلو من الأمراض والسلامة من الإعاقة، كما يمتد الأمر ليشمل تمكين الناس للتمتع بحياة جنسية آمنة ومرضية أيضاً، وكذا حريتهم في مسألة تقرير الإنجاب من عدمه (زاهد، 2010: 14).

وتتضح قضية السكان بمصر في عدم توازن العلاقة بين حجم السكان من جهة وموارد البيئة والجهود التنموية والخدمية القائمة من جهة أخرى، حيث أن زيادة السكان قد نجم عنها صعوبة في الارتقاء بمستوى الصحة والعلاج، فالزيادة السكانية يتبعها انخفاض في مستوى العلاج وجودته،

وكذا تدني مستوى جودة التعليم، ويكمن التحدي القائم في القدرة على ضبط التوازن بين حجم السكان والموارد المتاحة (جاويش، 2017: 1-2). لذا كانت هناك ضرورة ملحة لصياغة وإعداد رؤية مصر 2030 بالدرجة التي تطبق مكونات التنمية المستدامة وأبعادها، بطريقة تضمن الارتقاء بجودة الحياة للسكان مع الارتقاء بوعيهم (رؤية مصر 2030، 2014: 2). وتتركز رؤية مصر وإستراتيجيتها المتعلقة بمحور الصحة في أن يتمتع كافة السكان بالحق في الصحة، وبحياة صحية يملؤها السلامة والأمان، وذلك عن طريق إيجاد نظام صحي متكامل يتصف بالجودة والقدرة على تحسين المؤشرات المتعلقة بالصحة، وبما يحقق الشمول والرضا للسكان، وكذا تحقيق السعادة والرفاهية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع المصري ككل، ومن أهم أهداف محور الصحة ولاسيما الصحة الإنجابية خفض معدل الوفيات للأطفال وحنثي الولادة بنسبة 50%، ضمان توفير المستلزمات الطبية والأدوية الرئيسية، تمويل الرعاية الصحية تدريجياً، تعزيز التنقيف الصحي ولاسيما الصحة الإنجابية للسكان، مع التركيز على القطاع الريفي، خفض نسبة الإصابة بأمراض الكبد لأقل من 1%، دعم آليات التصدي للأوبئة الراهنة والمستجدة، وضمان سد احتياجات المرأة من الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة ورعاية الأطفال والأمهات، مع خفض معدلي وفيات الأمهات والإجهاض بنسبة 50% (رؤية مصر 2030، 2014: 50-61).

ويعتبر الارتقاء بمستوى الوعي لدى السكان - فيما يخص قضية الصحة الإنجابية وكذا تحسين نوعية برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية - من أهم مسؤوليات الأجهزة الحكومية المعنية، مع ضرورة دمج الشركاء في تلك المسؤولية، لضمان تحقيق الأهداف التي تنطلق إليها التنمية المستدامة (القطب، 2009: 2).

وتُعد الصحة الإنجابية من أهم مجالات صندوق السكان للأمم المتحدة، وكذا للحكومة المصرية، حيث أن كلا الطرفين يسعى بجدية لدعم قضية الصحة الإنجابية، لتمكين النوع الاجتماعي (الرجال/النساء) من فرص التمتع بحياة صحية، كما تُعد الصحة الإنجابية عنصر حيوي لتحقيق رفاه السكان، الأمر الذي جعل منها قضية تحدي موضوعة نصب أعين كافة الجهات الدولية والوطنية المعنية (UNPF, 2021: 1-2).

وتعتبر عملية الوعي في ذاتها ركيزة أساسية في تطور المجتمع بشكل عام والمجتمع الريفي بشكل خاص، ولاسيما فيما يتعلق بقضية الصحة الإنجابية التي تمثل جزء أصيل من الصحة العامة بالمجتمع الريفي، وهذا كله يصب في قائمة الأهداف الرئيسية التي تسعى التنمية الريفية لتحقيقها، وبما أن الحياة الأسرية تقوم على أسس المشاركة الفعالة وبالأخص بين قطبي الأسرة

*الباحث المسنون عن التواصل

البريد الإلكتروني: dr_ahab_heikal@yahoo.com

DOI: 10.21608/jaess.2021.220220

ج. مفهوم الوعي: مفهوم الوعي كلغة عبارة عن وعى الشيء أي قبله، حفظه، وفهمه، ومن الجدير بالذكر أنه ليس هناك تعريف محدد لمفهوم الوعي بين الجهات الأكاديمية المعنية، حيث أن هذا المفهوم له دلالات متعددة تقتضي الانتباه، والالتزام، ويختلف مدلول الوعي بحسب الحاجة لدى المعنيين، فهناك من يقرنه باليقظة والانتباه، وهناك من يقرنه بالشعور، وهناك من يقرنه ببذل جهد معين. وقد أسهمت دائرة المعارف البريطانية بتقديم تعريف للوعي على أنه سلامة فهم وإدراك الفرد لنفسه وللمجتمع الذي يعيش فيه وما يوجد به من قضايا مختلفة، ويعتبر الوعي الصحي أحد أنواع الوعي الاجتماعي، حيث يتضمن جملة المعلومات، الحقائق، الأفكار، والمفاهيم الصحية التي تتشكل لدى الأفراد بواسطة العديد من العوامل وتجعلهم يتفاعلون بدرجة معينة مع قضايا المجتمع الصحية المختلفة، لذا يتبين الوعي لدى الأفراد من مجتمع إلى آخر وكذا من وقت لآخر (القوس، 2018: 7).

ويشير مكي (2017: 7) إلى أنه يمكن تعريف الوعي الصحي بأنه جملة الحقائق والمعارف والمعلومات الصحية وترجمتها لممارسات صحية سليمة في المواقف والظروف الحياتية التي يتعرض لها الأفراد بالمجتمع. ويتضمن مفهوم الوعي بمكونات الصحة الإنجابية ثلاث جوانب أو محاور، يتعلق المحور الأول بالجانب المعرفي، ويعني توفر المعلومات والمعارف العلمية المتعلقة بالصحة الإنجابية، وكذا مسؤولية النوع الاجتماعي عن ذاته فيما يتعلق بالصحة الإنجابية، والمحور الثاني يتعلق بالجانب الوجداني، وينحدر في تكوين الاتجاهات نحو الصحة الإنجابية ومكوناتها المختلفة، أما المحور الثالث فيتعلق بالجانب التطبيقي، ويتمثل في كيفية تصرف النوع الاجتماعي في المواقف الحياتية المتعلقة بمكونات الصحة الإنجابية، وإذا تم اكتمال تلك الجوانب الثلاث المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النوع الاجتماعي، فإنه يمكن وصفه بالوعي المتكامل بمكونات الصحة الإنجابية.

وتتركز رؤية مصر 2030، وإستراتيجيتها المتعلقة بمحور الصحة في النهوض بالوعي بالصحة الإنجابية لدى كافة السكان، ولاسيما بالقطاع الريفي، مع تمتعهم بالحق في الصحة، وبحياة صحية يملؤها السلامة والأمان، وذلك عن طريق إيجاد نظام صحي متكامل يتصف بالجودة والقدرة على تحسين المؤشرات المتعلقة بمحور الصحة، بما يحقق الشمول والرضا للسكان، وكذا تحقيق السعادة والرفاهية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع المصري ككل، ومن أهم أهداف محور الصحة ولاسيما الصحة الإنجابية خفض معدل الوفيات للأطفال وحثي الولادة بنسبة 50%، ضمان توفير المستلزمات الطبية والأدوية الرئيسية، تمويل الرعاية الصحية تدريجياً، تعزيز التثقيف الصحي ولاسيما الصحة الإنجابية للسكان، مع التركيز على القطاع الريفي، وضمان سد احتياجات المرأة من الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة ورعاية الأطفال والأمهات، مع خفض معدل وفيات الأمهات والإجهاض بنسبة 50% (رؤية مصر 2030، 2014: 50-61). كما تتضح قضية السكان في مصر في عدم توازن العلاقة بين حجم السكان وموارد البيئة من جهة والجهود التنموية القائمة من جهة أخرى، حيث أن زيادة السكان قد ينجم عنها صعوبة في الارتقاء بمحور الصحة والعلاج، فالزيادة السكانية يتبعها انخفاض في مستوى العلاج وجودته، وكذا تندي مستوى جودة التعليم، وبكمن التحدي القائم في القدرة على ضبط التوازن بين حجم السكان والموارد المتاحة (جلويش، 2017: 1-2). لذا كانت هناك ضرورة ملحة لصياغة وإعداد رؤية مصر 2030 بالدرجة التي تطبق مكونات التنمية المستدامة وأبعادها، بطريقة تضمن الارتقاء بجودة الحياة للسكان مع الارتقاء بوعيهم (رؤية مصر 2030، 2014: 2).

وتعد مصر أكبر دولة من حيث عدد السكان بالشرق الأوسط، وكذا تحتل المرتبة الثالثة في قارة أفريقيا. وفي عام 2018 بلغ معدل الخصوبة بها 3.1 وفقاً لدراسة تم إعدادها بالتعاون بين صندوق السكان التابع للأمم المتحدة وكل من وزارتي التخطيط والصحة والسكان، وحسب المسح السكاني الصحي لعام 2013/2014 اتضح أن هناك ارتفاع في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسر، حيث أن واحدة من كل 8 سيدات متزوجات بحاجة إلى وسيلة لتنظيم الأسرة، وقد بلغت نسبة من يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة 59% من السيدات المتزوجات بمصر، كما تُعد الصحة الإنجابية أحد أهم المجالات الرئيسية لصندوق السكان التابع للأمم المتحدة، وكذا للحكومة المصرية، حيث أن هناك سعي جاد من كلا الطرفين لتعزيز سياسة الصحة الإنجابية على نحو سليم، وكذا دعم الصحة الإنجابية وخدماتها المتنوعة لتمكين النوع الاجتماعي (الرجال/النساء) من فرص التمتع بحياة صحية، كما تُعد الصحة الإنجابية، وما ينتجها من مجالات تنظيم الأسرة عنصر رئيسي لرفاهية السكان، الأمر الذي جعلها تحظى بالاهتمام والعناية المتزايدة، كما تُعد الدراسات والبحوث المعنية بتلك القضية من أهم أولويات إستراتيجية الصحة الإنجابية (UNPF, 2021: 1-2).

وهما الزوجين، فإنه من الخطأ الجسيم إقتصار الأمر المتعلق بالصحة الإنجابية على المرأة فقط، وهذا الجانب لم يتم تداركه في دراسات عديدة، لذا من الضروري دراسة مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية، وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية موضوع البحث، الأمر الذي أثار بعض التساؤلات البحثية، ويمكن صياغتها كما يلي:

ما هو مستوى وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية بمنطقة البحث؟، ما هي طبيعة العلاقة بين درجة وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة المدروسة؟، هل هناك اختلاف بين درجة وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية؟، وما هي الصعوبات والمشكلات التي تواجه النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) لدعم الوعي بالصحة الإنجابية من وجهة نظر المبحوثين؟.

أهداف البحث

- انطلاقاً من مشكلة البحث والتي سبق تناولها، تم صياغة الأهداف كما يلي:
1. قياس مستوى وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية بمنطقة البحث.
 2. تحديد معنوية العلاقة بين درجة وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة المدروسة.
 3. تحديد معنوية الفروق بين درجة وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية.
 4. التعرف على أهم الصعوبات والمشكلات التي تواجه النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) لدعم الوعي بالصحة الإنجابية من وجهة نظر المبحوثين.

الأهمية التطبيقية للبحث

يهتم البحث الحالي بدراسة مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وعلاقته ببعض المتغيرات والخصائص الديموجرافية والاجتماعية في إحدى قرى الريف المصري بمحافظة الغربية، فضلاً عن إثراء الدراسات والأطر المرجعية المتعلقة بتلك القضية، كما يعتبر هذا البحث إسهاماً علمياً مضافاً يكتمل دوره مع إسهامات البحوث ذات الصلة لخدمة المجتمع، علاوة على ما تمثله تلك القضية من أهمية في الوقت الحاضر على المستوى الاجتماعي والصحي وأيضاً الاقتصادي، ولاسيما في ظل قضية الزيادة السكانية التي يعيشها المجتمع المصري ككل. وعلى المستوى التطبيقي، وما يتوصل إليه البحث الحالي من نتائج، فقد أصبحت قضية الصحة الإنجابية بمكوناتها المتعددة موضع اهتمام على المستويين المحلي والقومي، حيث باتت تلك القضية تُصب آعين الحكومات والجهات المعنية الأمر الذي يستدعي تقديم كافة التيسيرات للوقوف على المستجدات المتعلقة بتلك القضية بأسلوب علمي، لسد فجوة الاحتياجات المتعلقة بتلك القضية لدى واضعي السياسات وكذا متخذي القرار وإمدادهم بكافة المستجدات المتعلقة بهذا الشأن ولاسيما بالقطاع الريفي، الأمر الذي يساهم في التمكين من صياغة خطط واضحة حول مسألة الصحة الإنجابية ودعم الوعي بتلك القضية.

الإطار النظري للبحث

- الإطار المفاهيمي للبحث:

يتضمن هذا الجزء عرضاً لأهم المفاهيم المتعلقة بأدبيات البحث:

أ. مفهوم النوع الاجتماعي: هو مفهوم يشير للخصائص والمميزات المحددة اجتماعياً، حيث يتناول مفهوم النوع الاجتماعي-Gender العلاقات الاجتماعية والأدوار التي يقررها المجتمع لكل من المرأة والرجل دون الاستناد على الفارق البيولوجي بشكل مُفرط، مع التركيز على عملية المشاركة المجتمعية لكل من المرأة والرجل معاً، ويفرر منهج التخطيط أنه في أغلب المجتمعات يقوم الرجل والمرأة بعدة أدوار يتمثل أهمها في الدور الإنجابي، الدور المجتمعي، والدور الإنتاجي، وتتوقف علاقات النوع الاجتماعي والالتزامات المنوطة به باختلاف المجتمع وثقافته، لذا فهي تتسم بالدينامية (الكباري، 2001: 110-113).

ب. مفهوم الصحة الإنجابية: أسهمت منظمة الصحة العالمية في تقديم مفهوم للصحة الإنجابية، حيث عرفت الصحة الإنجابية على أنها حالة رفاة كاملة تتعلق بنواحي السلامة البدنية، العقلية، والاجتماعية في كل الأمور التي تتعلق بالجهاز التناسلي وعملياته ووظائفه، ولا يقتصر الأمر على الخلو من الأمراض والسلامة من الإعاقة، بل يشمل تمكين الناس للتمتع بحياة جنسية آمنة ومرضية، وكذا حريتهم في مسألة تقرير الإنجاب (زاهد، 2010: 14). ويحتاج الأفراد - لتحقيق الصحة الإنجابية - الحصول على معلومات دقيقة وكافية تخص نواحي السلامة البدنية، والعقلية، والاجتماعية، الأمر الذي يجعلهم بالوعي الكافي بتلك القضية، وكذا تمتعهم بالصحة الإنجابية بطرق ميسورة التكلفة مع مراعاة رضاهم عنها (UNPF, 2016: 2).

- دراسة Kalanda (2010): تقييم مستويات المهارات الحياتية و الصحة الإنجابية لدى تلاميذ المدارس.

استهدفت الدراسة تقييم مستويات التغيير في سلوك كل من المعلمين والطلاب بالمرحلتين الإعدادية والثانوية الناتجة عن الصحة الإنجابية والمهارات الحياتية، مع رصد تحديات تطبيق السلوك المنشود، واعتمدت الدراسة على المقابلة لمفرداتها في ملاوي. وتوصلت الدراسة إلى: اتضح أن المعرفة متدنية بين طلاب المرحلة الإعدادية، ومرتفعة نسبياً بين طلاب الثانوية ولكن ليس بالكثير، اتضح أن وقت التدريس هو الذي يمكن عن طريقه تعلم مهارات الحياة والصحة الإنجابية، وانطلاقاً من انتشار فيروس انخفاض المناعة وتدنيتها بين الشباب بملاوي أوصت الدراسة باستمرار دعم الحكومة المقدم للصحة الإنجابية والمهارات الحياتية بالمدارس ولاسيما الثانوية والإعدادية، مع ضرورة الاستمرار في فحص وتقييم المهارات الحياتية وكذا الصحة الإنجابية، وذلك لدى كل من المعلمين والطلاب، كما تم التوصية بتوفير البيئة المناسبة لتدريس المهارات الحياتية وكذا الصحة الإنجابية، وما قد تحتاجه من موارد وتكاليف.

- دراسة فكيرية (2009): الاتجاهات نحو الزواج والإنجاب.

تستهدف الدراسة بشكل أساسي تحديد الاتجاهات نحو الزواج وكذا الإنجاب بمدينة جدة، وكان المنهج المستخدم هو المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق الدراسة بشقها الميداني على عينة عشوائية بسيطة (بلغ قوامها 270 فتاة لم يسبق لها الزواج، وتم استخدام أسلوب الاستبيان بالمقابلات الشخصية، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي: اتضح أن سن الارتباط والزواج لدى الفتيات هو من (18 : 25) سنة، كما تبين أن للعامل الاقتصادي أهمية كبيرة في تحديد عدد مرات الإنجاب والتي انحصرت بين (طفل واحد : 5 أطفال)، علاوة على أن غالبية الفتيات لديهن معرفة ببعض وسائل تنظيم الأسرة، وكيفية الاستخدام لتلك الوسائل، كما تبين الطبيب أو الطبيبة المختصة تمثل أفضل طرق الحصول على المعلومات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة.

- دراسة البغادي (2008): محو الأمية الإنجابية لدى الريفيات.

استهدفت الدراسة محو الأمية الإنجابية لدى ريفيات بعض القرى بالصعيد بواسطة برنامج خاص بالصحة الإنجابية، واشتملت العينة على 34، 28 فتاة وسيدة على وشك الزواج، وذلك بقريتي الفلبو وبقور على التوالي والتابعين لمحافظة أسبوط، وقد تم استخدام المنهج التجريبي بتلك الدراسة، وقد تم استخدام برنامج خاص بالصحة الإنجابية، كما تطرقت الدراسة لتحديد الاتجاه نحو قضية الصحة الإنجابية، بالإضافة إلى اختبار متعلق بالكنساق القدرة على عملية اتخاذ القرارات التي تتعلق بقضية الصحة الإنجابية، وكان من أهم النتائج المتحصلة عليها أن البرنامج المستخدم ساعد في تنمية الوعي لدى الفتيات فيما يتعلق بالصحة الإنجابية، كما أوصت تلك الدراسة بتعزيز دور كل من الأسرة والمدرسة لتوعية الأبناء والطلاب بكل ما يتعلق بصحتهم.

- دراسة الرفاعي، وصايح (2006): تقدير الاحتياجات المعرفية بمجال الصحة الإنجابية لدى الشباب.

وهي تُعد من الدراسات الوصفية والتي تتناول فئة الشباب المنتفعين من مراكز الرعاية الاجتماعية، في محاولة لتقدير احتياجاتهم المعرفية بشأن الصحة الإنجابية، وقد استهدفت الدراسة تقدير الاحتياجات التدريبية للكوادر المهنية التي تعمل بمراكز الرعاية الاجتماعية والتأهيل بالمفهوم الخاص بالصحة الإنجابية ولاسيما الصحة الجنسية، وأوضحت النتائج أن تلك الكوادر ليس لديها معلومات كافية عن الصحة الإنجابية، ولم يسبق أن تعرضوا لأي برنامج من البرامج التدريبية حول قضية الصحة الإنجابية، وقد تبين أن الغالبية العظمى من عينة الدراسة في حاجة لإعداد برامج متخصصة لدعم الثقة بالذات واكتساب المهارات الحياتية المختلفة، كما اتضح عدم توافر الحد الأدنى من الخدمات والرعاية الصحية الأساسية بما في ذلك الإسعافات الأولية، وخلصت الدراسة إلى ضرورة إعادة بناء قدرات ومعارف الكوادر المهنية التي تعمل بمراكز الرعاية الاجتماعية ولاسيما فيما يتعلق بموضوع الصحة الإنجابية على أن يتم دمجها ضمن البرامج الرسمية المعتمدة دورياً في مراكز التأهيل، مع ضرورة تطوير البنية التحتية المادية لتلك النوعية من مراكز الرعاية الاجتماعية والتأهيل مع التركيز على توافر الموارد المتعلقة بالرعاية الصحية الأساسية فضلاً عن إمدادهم بوسائل الإعلام المرئية وبالكاتب والنشرات المتخصصة والمعنية بشأن الصحة الإنجابية.

- **تعقيب:** تبين من خلال عرض الدراسات السابقة وجود تنوع بالمجال الجغرافي، وكذا حجم العينات المستهدفة بكل دراسة، فضلاً عن تنوع المنهج المستخدم حسب طبيعة كل دراسة، كما تنوعت الأهداف المنشودة بتلك الدراسات، والتي تدور حول قضايا الصحة الإنجابية وكذا الجنسية، ومن الملاحظ التركيز على العنصر النسائي، علاوة على التركيز على مرحلتَي المراهقة والشباب، وكان لقطاع المدارس نصيباً من هذا الاهتمام، بالإضافة

ويحتاج الأفراد - للتمتع بالصحة الإنجابية - الحصول على معلومات دقيقة وكافية فيما يتعلق بنواحي السلامة البدنية، والعقلية، والاجتماعية، الأمر الذي يجعلهم بالوعي الكافي بتلك المسألة لتمكينهم من الوصول الشامل لحقهم في الصحة الإنجابية بطرق ميسورة التكلفة مع مراعاة رضاهم عنها (UNPF, 2016: 2).

وتتضمن إستراتيجية دعم التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية الدولية المتعلقة بالصحة الإنجابية عدة محاور من أهمها محور تقديم الدعم التقني المتعلق بالصحة الإنجابية ليشمل 176 دولة حول العالم، مع مراعاة حقوق السكان، صحة الأم والطفل، تنظيم الأسرة، مع أهمية دمج الصحة الإنجابية في البرامج الاجتماعية الوطنية، وكذا مراعاة المساواة بين الجنسين ومكافحة الحمل المبكر والعنف ضد المرأة، بالإضافة إلى الكشف المبكر عن السرطان المرتبط بالإنجاب، ومكافحة العدوى الفيروسية ووفيات الأمهات والأطفال، مع مراعاة تضمين فئات الشباب والمراهقين وكذا الفئات غير القادرة على تحمل التكاليف، وقد بلغت نسبة الانخفاض المتعلق بوفيات الأمهات نحو 29% عالمياً، و56% في منطقة أفريقيا، وتعتبر مسألة توفير الرعاية خلال فترة الحمل والولادة هي الحاسمة لخفض نسبة وفيات الأمهات وتحسين الصحة العامة لهن، وقد ارتفعت نسبة حالات الولادة التي تمت تحت إشراف مهنيين صحيين على المستوى العالمي، حيث قفزت من 61% في فترة التسعينات إلى 70% عام 2012، كما بلغت تلك النسبة 61% في المجتمعات الريفية مقابل 88% في المجتمعات الحضرية (منظمة الصحة العالمية، 2014: 10-11).

وتشير " الكعباري" (2001: 110-113) إلى أن علاقات النوع الاجتماعي والالتزامات المتوقعة عليه تختلف باختلاف المجتمع وثقافته، أي أنها تتسم بالدينامية، وعندما يشار لمفهوم Gender قد يتبادر للأذهان مفهوم Sex أو الجنس لدى العديد، لذا يجب تحديد الفرق بين المفهومين، حيث أن مفهوم الجنس يتناول الخصائص المحددة بيولوجياً، حيث أن المجتمع قد يحدد صفات ما على أنها ذكورية وأخرى أنثوية، فضلاً عن تحديد الأنشطة التي تلائم الرجل وتلك التي تناسب المرأة، ويختلف ذلك باختلاف الزمن والمكان، أما مفهوم النوع الاجتماعي فهو يشير للخصائص والمميزات المحددة اجتماعياً.

ويتناول مفهوم النوع الاجتماعي-Gender العلاقات الاجتماعية والأنوار التي يقرها المجتمع لكل من المرأة والرجل دون الاستناد على الفارق البيولوجي بشكل مُفرط، مع التركيز على معنى المشاركة المجتمعية لكل من المرأة والرجل معاً، ويقر منهج التخطيط أنه في أغلب المجتمعات يقوم الرجل والمرأة بعدة أدوار أهمها هي:

- الدور الإنجابي: ويتعلق بالحمل، الولادة، تنشئة الصغار، وتدريب وإدارة شؤون المنزل، والمرأة تقوم بتلك الأنشطة في المقام الأول، أما الرجل فتتمثل أدواره في إعادة إنتاج القوة العاملة للمجتمع.
- الدور المجتمعي: ويتعلق بالأنشطة التي تُسند للمرأة غالباً ويقوم الرجل في نفس الوقت بنشاط مماثل لها أحياناً، وتمثل تلك الأنشطة امتداداً لدور الرجل والمرأة الإنتاجي من أجل تحقيق وفرة في الموارد.
- الدور الإنتاجي: ويتعلق بالأعمال والأنشطة التي تُسند لكل من المرأة والرجل مقابل أجر عيني أو مادي.

- **الدراسات السابقة:** ويضمن هذا الجزء عرضاً مختصراً لبعض الدراسات التي أُتيح الإطلاع عليها وتشمل ما يلي:

- دراسة تميم (2014): الشباب وقضية الصحة الإنجابية.

استهدفت الدراسة توجيه الضوء نحو بعض المشكلات التربوية، الأسرية، والصحية التي يتعرض لها فئة الشباب، وتحديد معوقات التطور المنشود لمكون الصحة الإنجابية، وإمداد الشباب بمختلف المفاهيم المتعلقة بتلك القضية لضمان سلامة صحتهم الجسدية والنفسية، وبلغت العينة 1200 من الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 39 سنة، وتوصلت لنتائج عدة من أهمها: رُبع العينة تقريباً لديهم معرفة بمكونات تنظيم الأسرة، خُمس العينة تقريباً ليس لديهم معرفة بالمرء الأنسب للحمل، 37% بالعينة ليس لديهم معلومات حول مزايا التباعد بين الولادات، 52% بالعينة يفضلون استخدام الوسائل المعنية بتنظيم الأسرة، 15% بالعينة لا يفضلون التباعد بين حالات الولادة، و 82% لديهم معلومات حول مخاطر الإجهاض، وتوصي الدراسة بأهمية تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية المتعددة ولاسيما الصحة الإنجابية، مع الارتقاء بمستوى المرأة التعليمي، وعلاج تداعيات الزواج المبكر، نشر سلبيات وأضرار الزواج بين الأقارب، وضرورة تطبيق الفحص الطبي قبل الزواج.

ولاختبار صحة الفرضين السابقين تم صياغة الفرض الإحصائي المقابل لكل منهما في صورته الصفرية.

2- شاملة وعينة البحث:

تمتثل شاملة البحث في جميع المترددين على الوحدة الصحية بكفر مشلة من الذكور والإناث البالغين من العمر ثماني عشر سنة فأكثر، حيث بلغ عددهم من واقع قوائم المترددين 1180، وذلك وقت إجراء الشق الميداني للبحث، وقد تحدد حجم العينة الممثلة لمجتمع البحث بواسطة التطبيق للمعادلة الآتية:

$$n = N / (N-1) B^2 + 1$$

وتعني N = شاملة البحث، B = خطأ التقدير وقُدِّر بنسبة 10% (الصياد ومصطفى، 1990: 109: 108)، وبلغ عدد مفردات العينة باستخدام المعادلة 93 مفردة، وتم زيادتها لتصبح 110 من المترددين على الوحدة الصحية بالقرية، نصفهم من الذكور والنصف الثاني من الإناث، لتجنب الكسور المحتملة بالعينة، وسُحبت العينة بالطريقة العشوائية البسيطة بالاستعانة بالقوائم المسجل بها المترددون على الوحدة الصحية من أهالي القرية، وتم التواصل مع مفردات العينة بمساعدة بعض القادة المحليين بقرية البحث.

3- منطقة البحث:

تم إجراء الشق الميداني بالبحث بقرية كفر مشلة التابعة للوحدة المحلية بقرية مشلة، التابعتين لمركز كفر الزيات بمحافظة الغربية، والتي تتميز بأنها من أكبر المحافظات من حيث عدد السكان والرقعة الزراعية، حيث بلغ عدد سكان الريف بالمحافظة ما يقرب من 3.600.000 نسمة، كما تبلغ نسبة المساحة المزروعة نحو 85% من إجمالي مساحة المحافظة (قتليل، وآخرون، 2019: 2771)، وكذا تم اختيار قرية البحث لاعتبارها من أقدم القرى، ويبلغ عدد السكان بها نحو 8500 نسمة، كما أن نسبتي الطلاق والإجهاض قد تزايدت في العاميين الأخيرين مقارنةً بالسنوات السابقة (مركز المعلومات التابع للوحدة المحلية بقرية مشلة، 2021). كما بلغت مساحة الزمام الزراعي بها ما يقرب من 700 فدان، علاوةً على أن عدد الحائزين للأراضي الزراعية بقرية الدراسة قد بلغ 1276 حائزاً، ومن أشهر المحاصيل المزروعة: الذرة، البطاطس، الفاصوليا، والقمح (الجمعية الزراعية بكفر مشلة، 2021).

4- أداة وطريقة جمع البيانات:

أجري الاختبار المبدئي للاستبيان المُعد لتحقيق أهداف البحث على 20 مفردة من الذكور والإناث بقرية منشأة سليمان بمركز كفر الزيات بالغربية، وبناءً عليه أجريت التعديلات اللازمة، ثم أجري البحث الميداني بقرية البحث وهي كفر مشلة التابعة لكفر الزيات بمحافظة الغربية بالمقابلة الشخصية للمبحوثين - المترددين على الوحدة الصحية بكفر مشلة - من الذكور والإناث البالغين من العمر 18 سنة فأكثر خلال شهر أغسطس لعام 2021.

5- نوع الدراسة والمنهج المستخدم:

تعتبر الدراسة الراهنة ضمن الدراسات الوصفية التحليلية، وتسعى تلك الدراسة لقياس مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية، فضلاً عن التعرف على أهم المشكلات التي تواجه النوع الاجتماعي لدعم الوعي بالصحة الإنجابية من وجهة نظر المبحوثين، كما تتعرض الدراسة لاختبار بعض الفروض الإحصائية، ومن الجدير بالذكر أن منهج المسح الاجتماعي (الجزئي بالعينة) هو المنهج المستخدم لملائمته لطبيعة موضوع الدراسة الراهنة.

6- المعالجة الكمية وقياس المتغيرات:

1- التعريف الإجرائي للمتغير التابع (درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية):

ويقصد به في البحث الراهن: درجة معرفة وفهم النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) - البالغ عمرهم ثماني عشر سنة فأكثر - من المترددين على الوحدة الصحية بقرية كفر مشلة بمكونات الصحة الإنجابية وإدراكهم لها، وترجمة معلوماتهم ومعرفة بمكونات الصحة الإنجابية لأنشطة وممارسات صحية سليمة، حيث يركز البحث الراهن في قياس وعي النوع الاجتماعي على أنشطتهم وممارساتهم المتعلقة بالصحة الإنجابية ومكوناتها بقر الإمكان، بالإضافة إلى المعارف، المعلومات والقيم المتعلقة بالصحة الإنجابية وقبولهم لها. وقد تناول البحث الراهن ستة محاور فرعية تخص الصحة الإنجابية،

وقد تم الاسترشاد بدراسة (حافظ، وآخرون: 2011)، لدعم الجزء الخاص بمحاور الصحة الإنجابية الستة والتي تمثلت في: (صحة الأم والطفل، التغذية، الرضاعة الطبيعية، تنظيم الأسرة، رعاية ما بعد الإجهاض، والمراهقة)، وتم قياس المتغير بسؤال المبحوثين عما يتعلق بكل محور من المحاور الستة سابقة الذكر، حيث يتكون كل محور من ست عبارات ليصبح إجمالي عدد العبارات 36 عبارة، تغطي مكونات ومحاور الصحة الإنجابية الستة، وتم تصميم مقياس ذو مستويات ثلاث: درجة وعي (منخفضة، متوسطة، ومرتفعة)، وأعطيت

إلى دور التأهيل والرعاية الاجتماعية، وتباينت تلك الدراسات فيما بينها من حيث النتائج لاختلاف الأهداف التي ترمي إليها كل دراسة، إلا أن تلك الدراسات تلاققت بقدر معين في التوصيات التي أوصت بها، وقد نتلخص التوصية المشتركة بين كل تلك الدراسات في ضرورة اهتمام المجتمع بمسألة الصحة الإنجابية على كل المستويات الفئوية والعمرية، مع تسليط الضوء على أهمية الدور المنوط بوسائل الإعلام المختلفة، ولاسيما في ظل ارتفاع معدل النمو السكاني والتي يعاصرها المجتمعات العربية بوجه عام والمجتمع المصري بوجه خاص.

- المداخل النظرية للبحث:

تحتل نظرية الوعي الاجتماعي مكانة خاصة بين الأوساط المعنية بدراسة علم الاجتماع وكذا التنمية الريفية، ويُعرف كل من (2001: 247) Gillet & McMillan الوعي بأنه: "حالة الاستعداد التي تتكون من الأفعال العقلية المشتركة والعديد والتي تهى الناس لفهم وإدراك موضوع أو قضية معينة بالمجتمع أو البيئة التي يعيشون بها، كما أشار ماركس إلى أن الوعي الاجتماعي للناس وما قد ينطوي عليه من أشكال عدّة يتأثر بعوامل عديدة من أهمها القوى المادية والإنتاجية لديهم، وإدراك الأفراد وتشكيل وعيهم وأيديولوجيتهم يتوقف على العلاقات المادية بالمجتمع، ولا شك في أن عملية الوعي لدى الأفراد بالمجتمع تنسم بالتعقيد وكذا التنوع، ويتضح من التاريخ الاجتماعي أنه قد تخفي أفكار ومعتقدات سالفة ويحل محلها أفكار ومعتقدات جديدة كي تتواءم مع الاحتياجات والظروف الاجتماعية المستجدة، ومفهوم الوعي الاجتماعي لدى Karl Marx مقصود به سلسلة من الفهم الصحيح لمدرجات الوسط المحيط بالفرد في إطار العادات والتقاليد الخاصة بثقافة الفرد ومجتمعه المنتمي إليه (أحمد، 1998: 18). وتستند نظرية الوعي بالعلاقات -

لدى Elisa Porter - على مبدأ أن سلوك الناس يتسوق مع ما قد يحقق لهم القدر الكافي من الإشباع الداخلي والرضا عن المجتمع وعلاقاته، وكذا القناعات والمفاهيم التي يؤمن بها بغرض تحقيق القدر الكافي من الرضا لكافة الأفراد بالمجتمع المحلي، وتعتمد نظرية الوعي على عدة مبادئ من أهمها أن سلوك الأفراد بالمجتمع يتحكم به دوافعه الداخلية، ولاسيما في حالة تعرضه لصراع، ولكن في حالة وجود المحفزات المناسبة فقد يتشكل وعي جديد يساعده على قبول متطلبات المرحلة الجديدة التي يعيشها، ومن الجدير بالذكر أن مسألة الوعي الاجتماعي تمثل أحد أهم القضايا التي تناولتها البنائية الوظيفية لدى Talcott Parsons، حيث يرى المجتمع مكوناً من أنساق عديدة ذات علاقات مترابطة معاً من حيث الوظيفة والبناء، ولاسيما يجمعهم قيم وأهداف مشتركة وتحول صفة العمومية، ولكل نسق دور ونصيب في تشكيل الوعي الاجتماعي العام، لذا يؤكد هذا اهتمام تلك النظرية بقضية الوعي الخاص بأفراد المجتمع، مع ارتباطه بثقافة المجتمع المحلي (كامل، 2015: 252). لذا تتميز حياة الأفراد الاجتماعية بوجود معايير اجتماعية تهدف لتوحيد المواقف وكذا السلوك بين الناس حول قضية تهم المجتمع، وبزيادة درجة وعي الأفراد نحو تلك القضية يمكن التفاعل بشكل أكثر كفاءة مع تلك القضية التي يواجهها المجتمع المحلي، وقد يفيد في ذلك حصر وتحديد فئات المجتمع المختلفة وكذا تحديد انتماءاتهم لمواجهة بعض الأعراف الاجتماعية التي قد تمثل عقبة أمام السعي لحل المشكلات مع تعزيز وعي المجتمع في أن واحد (Rakotonirainy, and et al, 2009: 223).

ويستخلص من الاستعراض السابق أن مسألة الوعي تشير إلى سلامة الإدراك والفهم لدى الأفراد لكل ما يحدث لهم وللبيئة التي تحيط بهم، وما يحكمها من متطلبات وعلاقات متبادلة، وفي البحث الراهن يمكن الإشارة إلى الوعي لدى أفراد المجتمع الريفي بأنه يشير لتناول سلامة فهمهم وحسن إدراكهم لقضية الصحة الإنجابية بمكوناتها المختلفة ومدى أهمية ذلك لتحقيق الرفاهية والسعادة والسلامة البدنية، العقلية، والاجتماعية لديهم. كما نستخلص أن الأنساق المتعددة بالمجتمع لكل نسق منها دور في دعم وعي الأفراد بالمجتمع الريفي، وتلك المسؤولية متشابهة ومتبادلة، فقد يكون للنسق الصحي مع النسق التعليمي والنسق الديني دور مشترك يسير على منهج واحد لتعزيز قضية الوعي لدى الأفراد بالمجتمع العام ولاسيما المجتمع الريفي.

الطريقة البحثية

1- الفروض البحثية والإحصائية:

- لتحقيق هدفي البحث الثاني والثالث تم صياغة الفرض البحثي لكل منهما كما يلي:

- 1- توجد علاقة معنوية بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة موضوع الدراسة.
- 2- يوجد فرق معنوي بين درجة وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية.

لوصف العينة وعرض النتائج كل من: النسب المئوية، التكرارات، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، وكذا استُخدم اختبار مربع كاي، واختبار "t"، معامل الارتباط البسيط لتحديد معنوية العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة موضوع البحث.

وصف عينة البحث

يتناول هذا الشق من البحث وصف مفردات العينة، حيث تم تناول أهم الخصائص الشخصية لمفردات العينة، وتشير النتائج بجدول (1) إلى توزيع المبحوثين حسب خصائصهم الشخصية، حيث تساوت نسبة كل من الذكور والإناث بالعينة بواقع 50% لكل منهما، وتبين أن حُصص العينة تقريباً يقعان بالفئة العمرية (18 - 30 سنة)، بواقع 39.1%، في حين أن ثلث العينة تقريباً ينتمون للفئة العمرية الأكبر (42 - 54 سنة)، بواقع 32.7%، كما اتضح أن ثلثي العينة تقريباً ينتمون لفئة المتزوجين، وقد بلغت نسبتهن 66.4%، بينما بلغت نسبة من ينتمون لفئة الأعزب 17.2%، كما تبين أن أكثر من نصف العينة يبلغ حجم أسرهم (أقل من 4 أفراد)، بواقع 52.7%، بينما يبلغ حجم الأسرة لدى حُصص العينة (7 أفراد فأكثر)، كما تشير البيانات إلى أن الغلبة للأسرة البسيطة أو النووية، حيث بلغت نسبتها بالعينة 50%، في حين أن الأسرة المركبة بالعينة بلغت نسبتها 28.2%، مقابل 21.8% من الأسر الممتدة، واتضح أن ثلاثة أرباع العينة تخصصهم التعليمي غير زراعي، في حين أن الربع المتبقي تخصصهم التعليمي زراعي، مع الأخذ في الاعتبار استبعاد 18 حالة فيما يخص متغير التخصص في التعليم، لصعوبة تصنيفهم لعدم استكمال دراستهم، كما تبين أن ما يقرب من نصف العينة يبلغ عدد الذكور بأسرهم (2 - 4 ذكور)، بواقع 47.3%، كما أن نفس النسبة بالعينة (47.3%) يبلغ عدد الإناث بأسرهم (5 إناث فأكثر)، أما بالنسبة لعدد الأطفال المرغوب إنجابهم، فقد اتضح أن أكثر من نصف العينة (51.8%) يرغبون في إنجاب (1: 2 طفل)، في حين أن 30.9% بالعينة يرغبون في إنجاب (3: 4 أطفال)، كما تبين أن حُصص العينة تقريباً (20.9%) يمكن وصف التماسك الأسري لديهم بأنه ضعيف، بينما اتضح أن أربعة أخماس العينة تقريباً يمكن وصف التماسك الأسري لديهم بأنه متوسط ومرتفع معاً، حيث بلغت تلك النسبة 79.1%.

ويتضح من العرض السابق أن الفئة الغالبة بالعينة هي الأصغر عمراً، كما يتضح انخفاض نسبة غير المتزوجين، كما يتضح وجود اتساق بين كل من حجم الأسرة (أقل من 4 أفراد)، نوع الأسرة البسيطة بالعينة، وعدد الأطفال المرغوب إنجابهم (1 - 2 طفل)، حيث أن نسبة كلٍ منها تمثل نصف العينة أو تفوقها بقليل، وقد يرجع ذلك لارتفاع تكاليف المعيشة للأسرة، وأهمها أسعار الغذاء، وتكاليف العلاج، والتعليم، وغيرها من تكاليف الخدمات الأخرى، الأمر الذي قد يرحب الرغبة في تكوين أسرة بسيطة بحجمها المتوسط، والرغبة في إنجاب عدد أقل من الأطفال لدى المفردات التي تنتمي للفئة العمرية الأصغر بالعينة.

جدول 1. توزيع المبحوثين حسب خصائصهم الشخصية (ن = 110).

فئات المتغير	عدد	%	فئات المتغير	عدد	%
1- النوع:			6- نوع التخصص في التعليم *		
- ذكر	55	50.0	- زراعي	23	25.0
- أنثى	55	50.0	- غير زراعي	69	75.0
2- فئات العمر:			7- عدد الذكور بالأسرة:		
(18 - 30 سنة)	43	39.1	(2 - 4 ذكور)	52	47.3
(30 - 42 سنة)	31	28.2	(4 - 6 ذكور)	37	33.6
(42 - 54 سنة)	36	32.7	(6 ذكور فأكثر)	21	19.1
3- الحالة الزوجية:			8- عدد الإناث بالأسرة:		
- متزوج / متزوجة	73	66.4	(1 - 3 أنثى)	33	30.0
- مطلق / مطلقة	18	16.4	(3 - 5 أنثى)	25	22.7
- فئة الأعزب	19	17.2	(5 إناث فأكثر)	52	47.3
4- حجم الأسرة:			9- الأطفال المرغوب إنجابهم		
(أقل من 4 أفراد)	58	52.7	(1: 2 طفل)	57	51.8
(4 - 7 أفراد)	30	27.3	(3: 4 أطفال)	34	30.9
(7 أفراد فأكثر)	22	20.0	(5 أطفال فأكثر)	19	17.3
5- نوع الأسرة			10- درجة التماسك الأسري		
- بسيطة	55	50.0	- منخفضة (5 - 8 درجة)	23	20.9
- مركبة	31	28.2	- متوسطة (8 - 11 درجة)	58	52.7
- ممتدة	24	21.8	- مرتفعة (11 درجة فأكثر)	29	26.4
- الإجمالي	110	100	- الإجمالي	110	100

* هناك 18 حالة لم يُصنّف تعليمهم لعدم استكمال دراستهم. - المصدر: حسب بيانات البحث.

وتشير النتائج بجدول (2) - والذي يتناول توزيع النوع الاجتماعي حسب خصائصهم المروسة - إلى أن عمر النوع الاجتماعي من الذكور

الأوزان (1، 2، 3) على الترتيب، ثم جمعت الدرجة الكلية لتعبر عن درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية.

2- المتغيرات المستقلة:

- **العمر:** يقصد به سن المبحوث وقت إجراء جمع البيانات، وتم التقدير بالرقم الخام لسن المبحوث.

- **الحالة الزوجية:** وتضم 4 فئات، وتم القياس بتحديد الفئة المنتمي إليها كل مفردة بالعينة، وتتمثل في: أعزب، متزوج، مطلق، أرمل، وتم ترميزها بالرموز 1، 2، 3، 4 على التوالي.

- **المهنة الأساسية:** تعني الوظيفة الرئيسية لكل مفردة بالعينة، وقيست بالسؤال عن أي من المهن التالية هي المهنة الأولى، وتتمثل في التالي: مزارع، موظف بالقطاع الخاص، موظف حكومي، تاجر.

- **عدد سنوات التعليم:** وهي جملة سنوات التعليم، وتم تقديرها بالرقم الخام لعدد السنوات المنقضية بالتعليم.

- **نوع التخصص في التعليم:** تم القياس بالسؤال عن مجال تعليم كل مفردات العينة، وتم حصر مجال التعليم في فئتين أو نوعين هما: زراعي وغير زراعي، وأعطيت الرمزين 1، 2، 3، 4 على التوالي.

- **نوع الأسرة:** وتم حصرها في ثلاثة أنواع، وقد تم القياس بسؤال المبحوث عن أسرته المقيم معها، مع الإشارة إلى المقصود بكل من الأسرة البسيطة، الممتدة، والمركبة، وتم ترميزها بالرموز 1، 2، 3 على التوالي.

- **حجم الأسرة:** وتعني جملة عدد أفراد الوحدة المعيشية، وتم تحديدها بسؤال المبحوثين وقدرت بالرقم الخام.

- **عدد الذكور بالأسرة:** ويقصد به جملة عدد الأفراد الذكور بأسر المبحوثين بالعينة، وتم التقدير بالرقم الخام.

- **عدد الإناث بالأسرة:** ويقصد به إجمالي عدد الإناث بأسر المبحوثين بالعينة، وتم التقدير بالرقم الخام.

- **العمر المثالي للزواج:** ويقصد به السن الأنسب للزواج لدى مفردات العينة، وقدرت بالاستجابات بالرقم الخام.

- **عدد الأطفال المرغوب إنجابهم:** أي عدد مرات الإنجاب المرغوبة لدى مفردات العينة، وقدرت بالرقم الخام.

- **فرق العمر بين الزوجين:** وتعني بالبحث الفارق الزمني بين عُمر الزوج والزوجة بالعينة، مقدراً بالسنة.

- **درجة التماسك الأسري:** وتعني درجة الترابط بين الزوجين وباقي أعضاء الأسرة، وتم قياس المتغير بواسطة مقياس يتألف من خمس عبارات، وأعطيت الأوزان (3، 2، 1) للاستجابات التالية على التوالي: موافق، محايد، غير موافق، ثم جمعت الدرجة الكلية.

- **التوافق بين الزوجين:** أي درجة التفاهم القائمة بين الزوجين في المواقف المختلفة، وكذا فيما يخص مدى مساهمة كل منهما في اتخاذ القرارات المعنية بالأسرة، وتم قياس المتغير بواسطة مقياس يتألف من 16 عبارة، وأعطيت القيم (3، 2، 1) للاستجابات التالية على التوالي: دائماً، أحياناً، ونادراً، ثم جمعت الدرجة الكلية.

- **درجة الانفتاح الثقافي:** وتعني مستوى انفتاح مفردات العينة ثقافياً، كل على حدة، وتم قياس المتغير بواسطة مقياس يتألف من ثماني عبارات، وأعطيت الأوزان (3، 2، 1، 0) للاستجابات التالية على التوالي: دائماً، أحياناً، نادراً، ولا، ثم جمعت الدرجة الكلية.

- **درجة الانفتاح الجغرافي:** وتعني مستوى الانفتاح لكل المفردات جغرافياً، وتم القياس من خلال مقياس مكون من خمس عبارات، وخصصت القيم (3، 2، 1، 0) للاستجابات التالية على التوالي: دائماً، أحياناً، نادراً، ولا، وفي النهاية جمعت الدرجة الكلية.

- **درجة المعرفة بمفهوم المشكلة السكانية:** تم تناول هذا المفهوم بعد الاسترشاد بما ذكره زكي (2019: 8) بتعريف المشكلة السكانية حيث أن المقصود بهذا المفهوم هو " الفجوة بين عدد السكان والموارد المحلية المتاحة"، وقدرت درجة المعرفة من خلال مقياس متضمن لثلاث استجابات متمثلة في: يعرف بدرجة (منخفضة، متوسطة، ومرتفعة) وأعطيت بالمقابل الأوزان 1، 2، 3 على التوالي.

- **درجة الرضا عن الخدمات الصحية بالقرية:** أي درجة تقبل وموافقة كل مفردة بالعينة على مستوى الخدمات الصحية المتاحة بالمجتمع المحلي موضوع البحث، وتم القياس بواسطة مقياس مكون من ثماني عبارات تدور حول الخدمة المقدمة في مجال الصحة بالقرية، وخصصت القيم 2، 3، 1 للاستجابات التالية على التوالي: موافق، محايد، غير موافق، ثم جمعت الدرجة الكلية.

6- أدوات تحليل البيانات إحصائياً:

بعد الانتهاء من البحث الميداني تم تفرغ البيانات ومعالجتها إحصائياً من خلال استخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)، وقد استُخدم

وتشير النتائج الخاصة بالذكور - كما هو وارد بالجدول - إلى أن ثلاثة أخماس الذكور مستوى وعيهم بمكونات الصحة الإنجابية (متوسطاً مرتفعاً) بواقع 60% من جملة الذكور بالعينة، بينما اتضح أن 40% منهم مستوى وعيهم بمكونات الصحة الإنجابية منخفضاً، أما بالنسبة للإناث، فقد تبين أن ما يقرب من ثلاثة أرباع الإناث مستوى وعيهم بالصحة الإنجابية (متوسطاً مرتفعاً)، بواقع 72.7% من جملة الإناث بالعينة، بينما اتضح أن أكثر من الربع بقليل مستوى وعيهم بمكونات الصحة الإنجابية منخفضاً. كما يتضح من النتائج - على مستوى العينة الإجمالية - أن أكثر من ثلث العينة بقليل مستوى وعيهم بمكونات الصحة الإنجابية مرتفعاً، في حين أن ما يفوق ربع العينة بقليل مستوى وعيهم متوسطاً، بينما اتضح أن 41% من مفردات العينة مستوى وعيهم منخفضاً.

ويستخلص مما تم عرضه أن النتائج الخاصة بكل من الذكور والإناث كل على حدة، كانت الغلبة فيها للإناث دون الذكور، حيث أن 72.7% من جملة الإناث بالعينة كان مستوى وعيهم بالصحة الإنجابية (متوسطاً مرتفعاً)، في مقابل 60% من جملة الذكور بالعينة كان مستوى وعيهم (متوسطاً مرتفعاً)، وقد يرجع ذلك إلى رغبة الإناث وسعيهن لمعرفة غالبية مكونات الصحة الإنجابية، لأنهن أكثر تعرضاً لتلك المكونات، أما بالنسبة لما يخص إجمالي العينة، فقد اتضح أن ما يقرب من 60% بالعينة الإجمالية مستوى وعيهم (متوسطاً مرتفعاً)، وهي نسبة مُشترقة، وقد يرجع ذلك لارتفاع نسبة المتعلمين بالعينة، كما أن 51.8% يرغبون في إنجاب (1 - 2) طفل، وقد تكل تلك النسبة على وجود وعي يعظم المسؤولية تجاه ما يتم إنجابها من أطفال.

جدول 3. توزيع المبحوثين (الذكور/الإناث) وفقاً لمستوى وعيهم بمكونات الصحة الإنجابية (ن=110).

فئات مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية	الذكور		الإناث		إجمالي العينة*	
	عدد	%	عدد	%	عدد	%
- مستوى منخفض (36-60) درجة.	22	40.0	15	27.3	45	41.0
- مستوى متوسط (60-84) درجة.	16	29.1	28	50.9	28	25.4
- مستوى مرتفع (84-108) درجة.	17	30.9	12	21.8	37	33.6
الإجمالي	55	100	55	100	110	100
* أقل قيمة = 36 - أعلى قيمة = 108 - المدى = 72 - الانحراف المعياري = 29.98 - المتوسط الحسابي = 74.68						

- المصدر: حسب من بيانات البحث.

- ثانياً. معنوية العلاقة بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة:

تم صياغة الفرض الإحصائي (الأول) ومُحتوى نَصُّه: (لا توجد علاقة معنوية بين درجة وعي النوع الاجتماعي "الذكور/الإناث" بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة موضوع الدراسة)، وتم اختبار صحته من خلال استخدام اختبار معامل الارتباط البسيط للمتغيرات الكمية والتي بلغ عددها 14 متغيراً، واختيار "Chi Square" للمتغيرات الاسمية أو الوصفية، والتي بلغ عددها 4 متغيرات، ويتضح ذلك فيما يأتي:

أ. النتائج المتعلقة باختبار معامل الارتباط البسيط:

تكشف النتائج الواردة بجدول (4) عن وجود علاقة ارتباطية بين درجة وعي المبحوثين "الذكور" بمكونات الصحة الإنجابية وبين متغيري: (حجم الأسرة وعدد الأطفال المرغوب إنجابهم)، حيث بلغت قيمتي معامل الارتباط البسيط لهما (0.258، -0.288)، عند مستوى (0.05) على التوالي، وبالمقارنة تبين أنها أكبر من القيمة الجدولية المناظرة، لذا يمكن رفض الفرض الإحصائي، ولكن لا يمكن رفض الفرض البحثي بالنسبة لهذين المتغيرين، حيث ينص على "وجود علاقة معنوية بين درجة وعي المبحوثين "الذكور" بمكونات الصحة الإنجابية، وبين متغيري حجم الأسرة وعدد الأطفال المرغوب إنجابهم".

وتعني النتيجة المتعلقة بمتغير حجم الأسرة أن درجة وعي المبحوثين الذكور تزداد تبعاً لزيادة عدد أفراد الأسرة، وقد يرجع ذلك لانتساع مجال المشورة بين أفراد الأسرة، لأنه قد تزيد الخبرة والمعرفة بالصحة الإنجابية لدى الأسر الريفية ذات الأعداد الكبيرة. أما النتيجة الخاصة بمتغير عدد الأطفال المرغوب إنجابهم، فهي تعني ارتفاع درجة وعي المبحوثين الذكور بخفض عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم، أي أن العلاقة ارتباطية سالبة، وتلك النتيجة تعتبر منطقية، حيث اتضح سابقاً أن أكثر من نصف العينة يرغبون في إنجاب (1 - 2) طفل على الأكثر، وقد يرجع ذلك لشعورهم بالمسؤولية تجاه ما ينجبونه من أطفال، فضلاً عن ارتفاع تكاليف المعيشة.

كما تشير النتائج بجدول (4) لعدم وجود علاقة ارتباطية بين درجة وعي المبحوثين "الذكور" بمكونات الصحة الإنجابية وبين كل من: (العمر، عدد سنوات التعليم، عدد الذكور بالأسرة، عدد الإناث بالأسرة، فرق العمر بين

والإناث تراوح بين 18 و 23 عاماً على التوالي كحد أدنى، 54 و 39 عاماً على التوالي كحد أعلى، بمتوسط حسابي بلغت قيمته 34.6 للذكور، و 31.3 للإناث، وبلغت القيمة الأكثر انتشاراً لكل منهما 33 و 29 على التوالي، كما تراوح عدد سنوات التعليم بين 6 و 5 سنوات كحد أدنى لكل من الذكور والإناث على التوالي، 16 و 12 سنة على التوالي كحد أعلى، بمتوسط حسابي بلغت قيمته 10.8 للذكور، 9.4 للإناث، كما بلغت قيمة المنوال لكل منهما 12 و 9 على التوالي، كما تراوح حجم الأسر للمبحوثين الذكور والإناث ما بين (4، 3) أفراد على الترتيب كحد أدنى، و(11، 9) أفراد على الترتيب كحد أعلى، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لكل من الذكور والإناث 8.2 و 6.6 على الترتيب، وكانت القيمة الأكثر انتشاراً لكل منهما 8 و 7 على الترتيب. كما بلغ عدد الذكور بأسر المبحوثين والمبوحات اثنا عشر لكل منهما كحد أدنى، (8، 9) لكل منهما على الترتيب كحد أعلى، بمتوسط حسابي بلغت قيمته للمبوحين والمبوحات 6.8 و 6.2 على الترتيب، في حين بلغ عدد الإناث بأسر المبحوثين والمبوحات (1، 3) كحد أدنى على التوالي، وسبعة لكل منهما على التوالي كحد أعلى، بمتوسط حسابي بلغت قيمته للمبوحين والمبوحات 6.3 و 5.4 على التوالي. كما توضح البيانات أن درجة الانفتاح الثقافي قد بلغت (9، 8) لكل من الذكور والإناث على التوالي كحد أدنى، و(22، 18) لكل من الذكور والإناث بالعينة على التوالي كحد أعلى، بمتوسط حسابي بلغت قيمته لكل منهما (17.4، 14.9) على التوالي، بينما بلغت درجة الانفتاح الجغرافي للذكور والإناث (8، 6) على الترتيب كحد أدنى، (14، 12) للذكور والإناث بالعينة على الترتيب كحد أعلى، بمتوسط حسابي بلغت قيمته لكل منهما (10.7، 9.1) على الترتيب، كما اتضح أن العمر المثالي للزواج لدى كل من الذكور والإناث على التوالي يتراوح بين 23 و 20 عاماً كحد أدنى، في حين أن الحد الأعلى قد بلغ 30 و 27 عاماً، لكل من الذكور والإناث على التوالي، بمتوسط حسابي بلغت قيمته للمبوحين والمبوحات 25.6 و 23.2 على الترتيب، وفيما يخص درجة التماسك الأسري للنوع الاجتماعي، فقد بلغت (5، 8) لكل من الذكور والإناث على الترتيب كحد أعلى، و(14، 13) كأعلى قيمة للذكور والإناث بالعينة على الترتيب، بمتوسط حسابي 10.3 و 10.8 للذكور والإناث بالعينة على الترتيب، بينما بلغت درجة التوافق بين الزوجين (21، 18) للمبوحين والمبوحات بالعينة على التوالي كحد أدنى، و(45، 41) للمبوحين والمبوحات على التوالي كحد أعلى، بمتوسط حسابي بلغت قيمته لكل منهما 32.6 و 29.2 على التوالي، وكانت القيمة الأكثر انتشاراً 29 و 26 لكل منهما على التوالي.

جدول 2. توزيع النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) وفقاً لخصائصهم الشخصية (الكمية).

خصائص النوع الاجتماعي	الحد الأدنى		الحد الأعلى		المتوسط الحسابي		المنوال	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
1. العمر	18	23	54	39	34.6	31.3	33	29
2. عدد سنوات التعليم	6	5	16	12	10.8	9.4	12	9
3. حجم الأسرة	4	3	11	9	8.2	6.6	8	7
4. عدد الذكور بالأسرة	2	2	8	9	6.8	6.2	6	4
5. عدد الإناث بالأسرة	1	3	7	7	6.3	5.4	5	4
6. درجة الانفتاح الثقافي	9	8	22	18	17.4	14.9	19	16
7. درجة الانفتاح الجغرافي	8	6	14	12	10.7	9.1	10	8
8. العمر المثالي للزواج	23	20	30	27	25.6	23.2	25	22
9. درجة التماسك الأسري	5	8	14	13	10.3	10.8	9	11
10. التوافق بين الزوجين	21	18	45	41	32.6	29.2	29	26

- المصدر: حسب من بيانات البحث.

النتائج والمناقشات

- أولاً. مستوى وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية:

توضح النتائج الواردة بجدول (3) توزيع النوع الاجتماعي حسب معالم المتغير التابع (مستوى وعي النوع الاجتماعي "الذكور/الإناث" بمكونات الصحة الإنجابية)، وتم حساب الدرجة الكلية لوعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية الستة - على مستوى إجمالي العينة - عن طريق تجميع الدرجات التي أعطيت للمكونات الستة، والتي تراوحت بين 36 و 108 درجة كحد أدنى وحد أعلى على التوالي، ومدى قدره 72 درجة، ومتوسط حسابي بلغت قيمته 74.68، وانحراف معياري بلغت قيمته 29.98 درجة، وتم تقسيم مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية لثلاث فئات متساوية من حيث المدى، وهي كالتالي: مستوى منخفض (36 - 60) درجة، مستوى متوسط (60 - 84) درجة، ومستوى مرتفع (84 - 108) درجة.

زيادتها بارتفاع درجة التوافق القائمة بين الزوجين، وهي أيضا نتيجة سببية، فالتوافق بين الزوجين يشكل بيئة صالحة لنمو الوعي في محيط الأسرة، حيث أن سهولة تبادل المعلومات والخبرات تزيد من وعي الزوجين معاً. كما تُبين النتائج بجدول (4) عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وبين كل من: (حجم الأسرة، عدد الذكور بالأسرة، عدد الإناث بالأسرة، عدد الأطفال المرغوب إنجابهم، درجة الانفتاح الجغرافي، العمر المثالي للزواج، درجة المعرفة بمفهوم المشكلة السكانية، درجة الرضا عن الخدمات الصحية بالقرية، ودرجة التماسك الأسري)، حيث تشير القيم الخاصة بمعامل الارتباط البسيط لهذه المتغيرات إلى أنها أقل من القيمة الجدولية المناظرة "عند مستوى 0.05"، لذا لا يمكن في هذه الحالة رفض الفرض الإحصائي، بينما يمكن رفض الفرض البحثي لتلك المتغيرات، حيث ينص على: "وجود علاقة معنوية بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية، وبين المتغيرات المستقلة السابقة".

جدول 4. نتائج اختبار معامل الارتباط البسيط للكشف عن معنوية العلاقة بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة.

المتغيرات المستقلة (الكمية)	قيم r المحسوبة		
	الذكور (ن = 55)	الإناث (ن = 55)	إجمالي العينة (ن = 110)
1. العمر	0.069	0.087	0.226 *
2. عدد سنوات التعليم	0.149	0.132	0.243 *
3. حجم الأسرة	0.258 *	0.144	0.099
4. عدد الذكور بالأسرة	0.172	- 0.066	0.051
5. عدد الإناث بالأسرة	- 0.087	0.272 *	- 0.068
6. عدد الأطفال المرغوب إنجابهم	- 0.288 *	0.251	- 0.109
7. فرق العمر بين الزوجين	0.024	0.147	0.199 *
8. درجة الانفتاح الثقافي	0.154	0.139	0.207 *
9. درجة الانفتاح الجغرافي	0.011	0.003	0.113
10. العمر المثالي للزواج	0.163	0.062	0.094
11. درجة المعرفة بمفهوم المشكلة السكانية	0.040	0.008	0.081
12. درجة الرضا عن الخدمات الصحية	0.009	0.024	0.101
13. درجة التماسك الأسري	0.213	0.261 *	0.017
14. التوافق بين الزوجين	0.170	0.119	0.242 *

- قيمة r الجدولية = 0.197 عند مستوى 0.05 (ن = 110).

- قيمة r الجدولية = 0.254 عند مستوى 0.05 (ن = 55).

- المصدر: حسب من بيانات البحث

ب. النتائج المتعلقة باختبار مربع كاي:

يُبين من النتائج الواردة بجدول (5) أنه عند استخدام "Chi Square test" لاختبار المعنوية، اتضح عدم وجود علاقة معنوية "عند مستوى 0.05" بين مستوى وعي المبحوثين الذكور بمكونات الصحة الإنجابية، وبين كل من: (الحالة المهنية، نوع الأسرة، الحالة الزوجية، ونوع التخصص في التعليم)، وذلك لأن القيم المحسوبة لمربع كاي أقل من قيمها الجدولية المناظرة، لذلك لا يمكن رفض الفرض الإحصائي، بينما يمكن رفض الفرض البحثي لكل تلك المتغيرات، حيث ينص على "وجود علاقة معنوية بين مستوى وعي المبحوثين الذكور بمكونات الصحة الإنجابية، وبين جميع المتغيرات الوصفية السابقة".

وتشير النتائج الواردة بجدول (5) أيضاً إلى عدم وجود علاقة معنوية "بين مستوى وعي المبحوثات بمكونات الصحة الإنجابية، وبين كل من: (الحالة المهنية، نوع الأسرة، الحالة الزوجية، ونوع التخصص في التعليم)، عند مستوى 0.05، فقد تبين أن القيم المحسوبة لمربع كاي أقل من قيمها الجدولية المقابلة، لذلك لا يمكن رفض الفرض الإحصائي، ويمكن رفض الفرض البحثي لتلك المتغيرات، والقال: "توجد علاقة معنوية بين مستوى وعي المبحوثات بمكونات الصحة الإنجابية، وبين كل المتغيرات الوصفية السابقة".

كما يتضح من النتائج الواردة بذات الجدول - على مستوى العينة الإجمالية - وجود علاقة معنوية "عند مستوى 0.05" بين مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية، وبين متغير الحالة الزوجية، فقد بلغت القيمة المحسوبة لمربع كاي (10.86)، وهي أكبر من القيمة الجدولية، عند درجة حرية (4)، وعليه يمكن رفض الفرض الإحصائي، بينما لا يمكن رفض الفرض البحثي المتعلق بهذا المتغير، حيث ينص على "وجود علاقة معنوية بين مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية، وبين متغير الحالة الزوجية". ويمكن تناول تلك النتيجة وتفسيرها من خلال ارتفاع نسبة المنزوجة بالعينة الإجمالية، والتي بلغت ما يقرب من ثلثي العينة بواقع

الزوجين، درجة الانفتاح الثقافي، درجة الانفتاح الجغرافي، العمر المثالي للزواج، درجة المعرفة بمفهوم المشكلة السكانية، درجة الرضا عن الخدمات الصحية بالقرية، درجة التماسك الأسري، ودرجة التوافق بين الزوجين)، فقد تبين أن القيم الخاصة بمعامل الارتباط البسيط لكل المتغيرات السابقة أقل من القيمة الجدولية المناظرة "عند مستوى 0.05"، لذا لا يمكن في هذه الحالة رفض الفرض الإحصائي، في حين يمكن رفض الفرض البحثي المتعلق بهذه المتغيرات، حيث ينص على: "وجود علاقة معنوية بين درجة وعي المبحوثين الذكور" بمكونات الصحة الإنجابية، وبين المتغيرات المستقلة السابقة".

كما توضح النتائج الواردة بجدول (4) أن هناك علاقة ارتباطية بين درجة وعي المبحوثات بمكونات الصحة الإنجابية وبين متغيري: (عدد الإناث بالأسرة ودرجة التماسك الأسري)، حيث بلغت قيمتي معامل الارتباط البسيط لهما (0.261، 0.272) عند مستوى 0.05) على الترتيب، ويتضح عند المقارنة أنها أكبر من القيمة الجدولية المناظرة، لذا يمكن رفض الفرض الإحصائي، ولكن لا يمكن رفض الفرض البحثي بالنسبة لهذين المتغيرين، حيث ينص على "وجود علاقة معنوية بين درجة وعي المبحوثات بمكونات الصحة الإنجابية، وبين متغيري عدد الإناث بالأسرة ودرجة التماسك الأسري".

وتعني النتيجة المتعلقة بمتغير عدد الإناث بالأسرة أن ارتفاع درجة وعي المبحوثات مرهونة بزيادة عدد الإناث بالأسرة، وقد يرجع السبب إلى إتاحة الفرصة أمام كل مبحوثة لتلقي النصيحة أو المشورة أو الحصول على المعلومات التي تبحث عنها، حيث أن كثرة عدد الإناث في محيط الأسرة قد يوفر الخبرة في مجال الصحة الإنجابية. وبالنسبة للنتيجة الخاصة بدرجة التماسك الأسري، فهي تعني أنه كلما زادت درجة التماسك الأسري كلما زادت درجة وعي الإناث بمكونات الصحة الإنجابية، حيث أن التماسك الاجتماعي في محيط الأسرة يشكل بيئة صالحة لزيادة وعي أفراد الأسرة، ولاسيما زيادة وعي الإناث بها فيما يخص الصحة الإنجابية.

كما تشير النتائج بجدول (4) لعدم وجود علاقة ارتباطية بين درجة وعي المبحوثات بمكونات الصحة الإنجابية وبين كل من: (العمر، عدد سنوات التعليم، حجم الأسرة، عدد الذكور بالأسرة، عدد الأطفال المرغوب إنجابهم، فرق العمر بين الزوجين، درجة الانفتاح الثقافي، درجة الانفتاح الجغرافي، العمر المثالي للزواج، درجة المعرفة بمفهوم المشكلة السكانية، درجة الرضا عن الخدمات الصحية بالقرية، ودرجة التوافق بين الزوجين)، لأنه اتضح أن القيم الخاصة بمعامل الارتباط البسيط لهذه المتغيرات أقل من القيمة الجدولية المناظرة "عند مستوى 0.05"، لذا لا يمكن في هذه الحالة رفض الفرض الإحصائي، بينما يمكن رفض الفرض البحثي الخاص بهذه المتغيرات، حيث ينص على: "وجود علاقة معنوية بين درجة وعي المبحوثات بمكونات الصحة الإنجابية، وبين المتغيرات المستقلة السابقة".

كما تكشف النتائج - على مستوى العينة الإجمالية - والواردة بجدول (4) عن وجود علاقة معنوية بين درجة وعي النوع الاجتماعي "الذكور/الإناث" بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات المستقلة الآتية: (العمر، عدد سنوات التعليم، فرق العمر بين الزوجين، درجة الانفتاح الثقافي، ودرجة التوافق بين الزوجين)، وبلغت قيم معامل الارتباط البسيط لها عند مستوى 0.05 : (0.226، 0.243، 0.199، 0.207، 0.242) على الترتيب، وبالمقارنة تبين أنها أكبر من القيمة الجدولية المناظرة، لذا يمكن رفض الفرض الإحصائي، بينما لا يمكن رفض الفرض البحثي للمتغيرات الخمس السابقة، حيث ينص على "وجود علاقة معنوية بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات الخمسة المستقلة سابقة الذكر".

وتعني النتيجة المتعلقة بالعمر أن درجة وعي النوع الاجتماعي تزيد بزيادة عمر المبحوثين من الذكور والإناث، وقد يرجع السبب إلى أن زيادة العمر يزيد معها التعليم والخبرة من خلال المواقف الحياتية المختلفة، مما يؤدي لزيادة درجة الوعي، أما بالنسبة لمتغير عدد سنوات التعليم، فالنتيجة الخاصة به تعني أنه كلما زادت عدد سنوات التعليم كلما زادت درجة الوعي، وهي نتيجة سببية أو منطقية، حيث أن التعليم قد يزيد من درجة وعي وإدراك المبحوثين لما يدور من أحداث بمجتمعهم، ولاسيما فيما يخص قضية الصحة الإنجابية، وبالنسبة للنتيجة الخاصة بفرق العمر بين الزوجين، فتعني أنه كلما زاد هذا الفارق كلما زاد الوعي بالصحة الإنجابية، وقد يرجع ذلك لتناقل الخبرة والمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية وغيرها بين الزوجين، حيث أن الطرف الأكبر عمراً قد يمتلك خبرة وحفاظ أكثر حول قضية الصحة الإنجابية وغيرها، أما بالنسبة للنتيجة الخاصة بدرجة الانفتاح الثقافي، فهي تعني أن درجة الوعي تزيد بزيادة درجة الانفتاح الثقافي، وهي أيضاً قد تكون نتيجة منطقية، فالانفتاح الثقافي يتيح درجة أكبر للإطلاع، ولاسيما في عصر السماوات المفتوحة وشبكات التواصل والمعلومات المتعددة، وبالنسبة لمتغير التوافق بين الزوجين، فالنتيجة الخاصة به تعني أن درجة الوعي تتبع في

لذا يمكن رفض الفرض الإحصائي - بالاستناد للنتيجة الموضحة سابقاً - كما لا يمكن أيضاً رفض الفرض البحثي، ومُحتوى نصُّه هو: "يوجد فرق معنوي بين درجة وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية".

جدول 6. نتيجة اختبار "t" لتحديد معنوية الفروق بين درجة وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية.

المتغير التابع	المتوسط الحسابي	القيمة t	المحسوبة
درجة وعي النوع الاجتماعي بالصحة الإنجابية	56.84	62.38	2.21 *
* "t" القيمة الجدولية = 1.98 (عند مستوى 0.05)			

رابعاً. الصعوبات والمشكلات التي تواجه النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) لدعم الوعي بالصحة الإنجابية:

يتناول جدول (7) توزيع النوع الاجتماعي وفقاً لأرائهم حول الصعوبات والمشكلات التي تواجههم لدعم الوعي بالصحة الإنجابية، وقد اتضح من خلال النتائج الواردة بالجدول أن "رفض بعض الأسر توقيع الكشف الطبي قبل الزواج، انخفاض المستوى الاقتصادي والمادي لغالبية الأسر، ضعف الدور الإعلامي للنهوض بالوعي الإعلامي، وإهمال علاج بعض الأمراض التي قد تصيب الفرد" من أكثر المشكلات التي تواجه النوع الاجتماعي لدعم وعيهم بالصحة الإنجابية، وقد احتلت تلك المشكلات الترتيب الأول حتى الترتيب الرابع على التوالي، بمتوسط حسابي 2.19، 2.11، و2.10 على التوالي، يلي ذلك مشكلات "الشعور بالحرج عند السؤال عما يخص الصحة الإنجابية، التمسك بعادات إنجاب الذكور لدى الأزواج بالقرية، صعوبة توفر بعض الأدوية بالوحدة الصحية، وصعوبة تواجدهم طبيب مختص مقيم بالوحدة الصحية"، وجاءت تلك المشكلات في الترتيب الخامس حتى الترتيب الثامن على التوالي، بمتوسط حسابي 2.03، 1.92، 1.88، و1.86 على التوالي، كما اتضح أن "صعوبة توفر طبيبة نساء متخصصة بالوحدة الصحية، ندرة عقد ندوات التوعية بقضية الصحة الإنجابية، قلة خبرة المتزوجين حديثاً بموضوع الصحة الإنجابية، وقلة عدد طاقم التمريض بالوحدة الصحية بالقرية" من المشكلات التي يعاني منها النوع الاجتماعي، والتي احتلت الترتيب التاسع حتى الترتيب الثاني عشر على التوالي، بمتوسط حسابي 1.82، 1.81، 1.80، و1.55 على التوالي.

ويُستخلص مما سبق أن المشكلات التي رُصدت من قبل الباحثين تتعلق بعضها بالقدرة المادية أو المالية للمبوهين وأسرهم، وبعضها يتعلق بثقافة الريف وما تم توارثه من عادات، ولاسيما ما يتعلق بالصحة الإنجابية للمرأة الريفية، والبعض الآخر يتعلق بمستوى الخدمات المتاحة بالقرية، منها ما يتعلق بالخدمات الدوائية، ومنها ما يخص الخدمات العلاجية، ومنها أيضاً ما يتعلق بالإعلام ودوره في تنمية الوعي الإنجابي، وقد يفيد هذا الطرح المختصر في تقديم توصيات مركزية للجهات المعنية بتلك القضية.

جدول 7. توزيع النوع الاجتماعي وفقاً للمشكلات التي تواجههم لدعم الوعي بالصحة الإنجابية (n=110).

المرتبة	المشكلة	درجة المعاناة				
		مرتفعة	متوسطة	محدودة		
ت	%	ت	%	ت	%	
32	1. صعوبة تواجدهم طبيب مختص مقيم بالوحدة الصحية.	29.1	31	28.2	47	42.7
21	2. صعوبة توفر طبيبة نساء متخصصة بالوحدة الصحية.	19.1	48	43.6	41	37.3
11	3. قلة عدد طاقم التمريض بالوحدة الصحية بالقرية.	10.0	39	35.5	60	54.5
30	4. التمسك بعادات إنجاب الذكور لدى الأزواج بالقرية.	27.2	41	37.3	39	35.5
35	5. الشعور بالحرج عند السؤال عما يخص الصحة الإنجابية.	31.8	43	39.1	32	29.1
29	6. قلة خبرة المتزوجين حديثاً بموضوع الصحة الإنجابية.	26.4	30	27.2	51	46.4
31	7. ندرة عقد ندوات التوعية بقضية الصحة الإنجابية.	28.2	27	24.5	52	47.3
42	8. ضعف الدور الإعلامي للنهوض بالوعي الإنجابي.	38.2	38	34.6	30	27.2
49	9. انخفاض المستوى الاقتصادي والمادي لغالبية الأسر.	44.5	33	30.0	28	25.5
56	10. رفض بعض الأسر توقيع الكشف الطبي قبل الزواج.	50.9	36	32.7	18	16.4
37	11. إهمال علاج بعض الأمراض التي قد تصيب الفرد.	33.6	47	42.7	26	23.7
39	12. صعوبة توفر بعض الأدوية بالوحدة الصحية.	35.5	19	17.2	52	47.3

* المصدر: حُصيت من بيانات البحث.

2. ضرورة عقد شراكة بين وزارتي الصحة والإعلام لإنتاج مواد وبرامج علمية موجهة، يتناول فيها كل ما يخص الصحة الإنجابية ومكوناتها المختلفة، بحيث تلائم كافة الفئات بالريف لدعم وعيهم بالصحة الإنجابية.
3. ضرورة أن يراعي واضعي سياسات التنمية الريفية دمج الريفيين في قضية الصحة الإنجابية، بحيث أن يشمل كل من الرجال والنساء بالريف، وألا يتم التركيز على المرأة الريفية فقط.
4. زيادة تواجدهم طبيبات متخصصات بالوحدات الصحية بالريف لتشجيع زيارة المرأة الريفية لتلك الوحدات.

66.4%، وتلك النسبة تمثل الغالبية بالعينة، وبالاستناد للنتيجة السابقة الخاصة بالتوافق بين الزوجين والتي ثبتت معنويتها فيما سبق على مستوى العينة الإجمالية أيضاً كما هو مبين بجدول (4)، فكل ذلك يشير إلى أن وجود حياة زوجية متميزة بدرجة معينة من التوافق بين الزوجين بشكل بيئة مناسبة للتفاهم وتبادل المعلومات والخبرات الحياتية المختلفة، ولاسيما فيما يتعلق بقضية الصحة الإنجابية ومكوناتها.

كما يتبين من نفس الجدول - على مستوى العينة الإجمالية - عدم وجود علاقة بين المتغير التابع والمتغيرات الثلاثة المتبقية، حيث أن القيم المحسوبة لمربع كاي أكبر من نظيرتها الجدولية (عند مستوى 0.05)، وعليه لا يمكن رفض الفرض الإحصائي، في حين يمكن رفض الفرض البحثي الخاص بالمتغيرات الثلاثة المتبقية، والقائل: "توجد علاقة معنوية بين مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية، وبين كل من: الحالة المهنية، نوع الأسرة، ونوع التخصص في التعليم".

جدول 5. نتائج اختبار (كا) للكشف عن معنوية العلاقة بين مستوى وعي النوع الاجتماعي بمكونات الصحة الإنجابية وبين المتغيرات الوصفية.

المتغيرات الوصفية	*(كا) القيمة المحسوبة			df
	إناث	ذكور	إجمالي	
1. الحالة المهنية	2.46	3.07	6.92	6
2. نوع الأسرة	1.03	1.96	4.56	4
3. الحالة الزوجية **	5.02	8.14	10.86 *	4
4. نوع التخصص في التعليم	0.13	0.28	0.61	2

* عند مستوى معنوية 0.05 - المصدر: حُصيت من بيانات البحث.
** بالنسبة لمتغير الحالة الزوجية: يتضمن ثلاث فئات فقط بالعينة.

ثالثاً. معنوية الفروق بين درجة وعي النوع الاجتماعي (الذكور/الإناث) بمكونات الصحة الإنجابية:

تم صياغة الفرض الإحصائي (الأول)، ومُحتوى نصُّه: (لا يوجد فرق معنوي بين درجة وعي النوع الاجتماعي "الذكور/الإناث" بمكونات الصحة الإنجابية). وقد أشارت النتائج الواردة بجدول (6) إلى وجود فروق معنوية بين متوسطي درجة وعي النوع الاجتماعي "الذكور/الإناث" بمكونات الصحة الإنجابية، وذلك لصالح الإناث، وقد بلغت القيمة المحسوبة (t = 2.21)، عند مستوى 0.05، وتبين أنها أكبر من القيمة الجدولية المقابلة، كما بلغت قيمتي المتوسط الحسابي 56.84 للذكور مقابل 62.38 للإناث، ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن أغلب المور أو المكونات التي تخص الصحة الإنجابية تتعرض لها المرأة الريفية أكثر من الرجل، وقد جرت العادة على هذا المنوال، وهذا ما قد يبرجح قيمة المتوسط الحسابي للإناث مقارنة بالذكور، في حين أنه من الأفضل تنمية وعي كلٍ من "الذكور/الإناث" فيما يخص مكونات الصحة الإنجابية المتعددة.

5. دعم الموازنة المخصصة لقطاع الوحدات الصحية بالريف وزيادتها، لتوفير كافة الخدمات العلاجية والوقائية، ولاسيما أن قطاع الريف يمثل غالبية السكان بالمجتمع المصري ككل.
- المراجع**
- البغدادي، محمد (2008). محو الأمية الإيجابية لدي ريفيات بعض القرى بصعيد مصر، العدد 8، مجلة كلية التربية.
- الجمعية الزراعية بكفر مشلة، (2021). إحصاءات غير منشورة، كفر مشلة، كفر الزيات، محافظة الغربية، مصر.
- القطب، راندة، (2009). دراسة المعوقات التي تواجه خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، المجلس الأعلى للسكان HPC .
- الوحدة الصحية بكفر مشلة، (2021). بيانات غير منشورة، كفر مشلة، كفر الزيات، محافظة الغربية، مصر.
- الصيد، جلال مصطفى، ومصطفى جلال مصطفى، (1990). المعاينة الإحصائية. دار المريخ، الرياض.
- القوس، سعود بن سهل، (2018). دور وسائل التواصل في تشكيل الوعي، العدد 10، جزء 1، مجلة الفيوم للعلوم النفسية والتربوية.
- الكعباري، زينب أمين، (2001). سلوك الريفيين للحفاظ على البيئة من منظور النوع الاجتماعي، كلية الزراعة، جامعة القاهرة.
- الرفاعي، عائشة، وصالح، سميرة (2006). الاحتياجات المعرفية بمجال الصحة الإنجابية للشباب المنتمين من مراكز الرعاية الاجتماعية بوزارة الشؤون الاجتماعية بـفلسطين، معهد القدس البحثي بالتعاون مع صندوق السكان التابع للأمم المتحدة.
- أحمد، غريب سيد، (1998). علم الاجتماع الريفي، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- تميم، ختام، (2014). الشباب وقضية الصحة الإنجابية في الجمهورية السورية، جامعة الشارقة، قسم علم الاجتماع، الإمارات العربية.
- جاويش، مصطفى، (2017). قضية السكان في مصر، تقارير سياسية- المعهد المصري للدراسات.
- حافظ، زينب، وسليمان، شريف، وعراي، دعاء (2011). توفير احتياجات الصحة الإنجابية للشباب في مصر، الهيئة الدولية لصحة الأسرة (FHI)، يولييه 2011 .
- رؤية مصر - 2030، (2014). إستراتيجية التنمية المستدامة - مصر 2030، وزارة التخطيط والمتابعة. مجلس رئاسة الوزراء.
- زاهد، مريم منصور، (2010). الصحة الإنجابية بالمواثيق الدولية، رسالة ماجستير، كلية الشريعة، الرياض، السعودية.
- زكي، رمزي، (2019). المشكلة السكانية وخرافة المalthusية الجديدة، عالم المعرفة للطباعة والنشر والتوزيع.
- فكير، فريدة، (2009). الاتجاهات نحو الزواج والإنجاب بالمجتمع الحضري، رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز.
- قنديل، محمد عبد السلام، العراقي، محمد بدير، شحاتة، محمد سيد، (2019). التمرد العمراني على الأرض الزراعية بمحافظة الغربية، مجلد 27، عدد 3، مجلة اتحاد الجامعات العربية للعلوم الزراعية، جامعة عين شمس، مصر.
- كامل، علياء محمد، (2015). دور وسائل التواصل الاجتماعي في وعي الشباب بالمشاركة السياسية، كلية الآداب، جامعة المنوفية، ج.م.ع.
- كمال، أمينة، (2003). منتدى المرأة والتنمية، مجلة العلوم التربوية، فبراير 2003، دمشق، سوريا.
- مكي، عبدالوهاب جابر، (2017). المحددات الاجتماعية للوعي الصحي بالريف المصري، مجلة الدراسات البيئية بأسبوط، عدد 46.
- مركز المعلومات التابع للوحدة المحلية بقرية مشلة، (2021). بيانات غير منشورة، الوحدة المحلية بقرية مشلة، محافظة الغربية.
- منظمة الصحة العالمية، (2014). الإستراتيجية العالمية للصحة الإنجابية، جمعية الصحة العالمية، تقارير مرحلية، 21 مارس 2014.
- Gillet, Grant R., and McMillan, John, (2001). Conscientness and intentionality, John Benjamin's Publishing Co., Amsterdam.
- Kalanda, B. (2010). Life Skills and R H Education Changes Behavior in Students and Teachers from Malawi, Educational Reviews and Research.
- Rakotonirainy, A., Loke, S., and Obst, P., (2009). Social Awareness Concepts, Conference Paper, Volume 4, January 2009.
- UNPF, United Nations Population Fund,(2021). Family planning, <https://egypt.unfpa.org/en/node>.
- UNPF, United Nations Population Fund,(2016). Reproductive health, <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>

Determinants of Gender Awareness Regarding Reproductive Health at a Village in Gharbiya Governorate

Heikal, E. A. M.

Rural Sociology and Agricultural Extension Department, Faculty of agriculture, Cairo University

ABSTRACT

This research aims at measuring level of gender awareness of reproductive health components (GARHC), Testing significance of relationship between degree of GARHC and independent variables, determining significance of differences between degree of GARHC for each of "male/female", and get their opinions about problems they face to support reproductive health awareness, Data were collected in August 2021 at Kafr Mishla Village in Gharbiya Governorate, by the personal interviews with random sample of 110, who frequent to rural health unit, half of them are males and other half are females, results were analyzed using frequencies, arithmetic mean, standard deviation, chi-square test, t-test, and simple correlation coefficient, results show that: 33.6% of total sample have a high level of awareness, 25.4% have a medium level of awareness, and 41.0% have a low level of awareness, There is a significant relationship between degree of GARHC and: (Age, number of education years, age difference between spouses, degree of cultural openness, compatibility between spouses, marital status), and also There is a significant difference in favor of females, and following problems: "Some families refused to subject to medical check-up before marriage, Low economic and financial level for many families, and Weak media role to raising reproductive awareness" represent major hindrance in front of the respondents to support their awareness of reproductive health, and it ranked first, second, and third, respectively.

Keywords: Gender, Reproductive Health, Gharbiya Governorate.