

EARLY MARRIAGE OF GIRLS AND IT'S RELATION WITH SOME INDICATORS OF RURAL WOMAN'S REPRODUCTIVE HEALTH " IN ARAB MOTEER VILLAGE - ASSUIT GOVERNORATE "

Barakat, M. M.; M. A. Yehia and Jacinte I. Rehan
Rural Sociology and Agric. Extension Dept., Faculty of Agric., Ain Shams Univ., Cairo, Egypt.

الزواج المبكر للفتيات وعلاقته ببعض مؤشرات الصحة الإيجابية للمرأة الريفية
في قرية عرب مطير - محافظة أسيوط

محمد محمود بركات و مجدي علي يحيي و جاسنت إبراهيم ربحان
قسم المجتمع الريفي و الارشاد الزراعي - كلية الزراعة - جامعة عين شمس - القاهرة

الملخص

استهدفت الدراسة الحالية التعرف على أثر الزواج المبكر على بعض مؤشرات الصحة الإيجابية للمرأة الريفية ، وأهم العوامل المؤثرة عليها ، بالإضافة إلى التعرف على أهم المشكلات الصحية الناجمة عن الزواج المبكر للفتيات ، ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار قرية "عرب مطير" - مركز الفتح - محافظة أسيوط كمجال جغرافي للدراسة ، حيث تم اختيار عينة عشوائية من الفتيات المتزوجات مبكراً في من السادسة عشر فأقل في قرية الدراسة على ألا يزيد عمر المبحوثات وقت إجراء الدراسة عن ثلاثين عاماً ، حيث بلغ قوام عينة الدراسة (215) مبحوثات يمثلن نحو 6,5% من إجمالي عدد الأسر بالقرية . وقد تم تصميم استمارة استبيان جمعت بالمقابلة خلال الفترة (أكتوبر ، ونوفمبر ، وديسمبر عام 2001) .

وقد أوضحت نتائج مؤشر الصحة الإيجابية أن نحو 90,7% من عينة الدراسة يقعن في الفئتين المتوسطة (38,1%) والمنخفضة (52,6%) على المؤشر ، وهو ما يعني انخفاض مستوى الصحة الإيجابية لعينة الدراسة من السيدات المتزوجات مبكراً بسبب انخفاض مؤشرات القدرة على الإنجاب (ارتفاع نسبة زواج الأقارب إلى نحو 75% من حجم العينة) ، والأمومة الآمنة (49,1% على الأقل من حجم العينة تعرضن لحالات إجهاض خلال فترة زواجهن ، بالإضافة إلى إصابتهن بنزيف أثناء الحمل والولادة) ، وعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة (77% من العينة لا يستعملن وسائل تنظيم الأسرة) ، وانخفاض المستوى التعليمي (72% لا يجدن القراءة والكتابة) .

وأيضاً أوضحت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام اختبار X^2 * المجمع أن هناك تسعة متغيرات يؤثر كل منها على مؤشر الصحة الإيجابية موضع الدراسة وتشرح نحو 32,6% من التباين في مؤشر الصحة الإيجابية وهذه المتغيرات هي: عمر الزوج عند الزواج ، والنخل الشهري للأسرة، والحيارة الحيوانية للأسرة ، وعمر المبحوثات الحالي ، وكثافة المسكن ، ومهنة الزوج ، وعمر المبحوثات عند الزواج ، وعدد أفراد الأسرة ، وأخيراً المستوى الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثات الحالية.

كما أوضحت نتائج الدراسة أن أهم المشكلات الصحية التي صادفت عينة الدراسة نتيجة لزواجهن مبكراً تتمثل في : الضعف العام بالجسم ، وآلام العظام ، وإنجاب أطفال مشوهين ، حيث بلغت النسب المئوية لتكرار هذه المشاكل 63,3% ، 25,6% ، 5,1% من إجمالي الاستجابات لكل منها على الترتيب.

المقدمة

شهدت العقود الأربعة الأخيرة من القرن العشرين والسنوات الأولى من القرن الحادي والعشرين زخماً كبيراً وظفرة نوعية مهمة في تناول الدولي لقضايا المرأة وحقوقها وأدوارها ومسئولياتها خاصة قضايا مناهضة العنف ضدها ، فالعنف لا يعني فقط الاعتداء الحسي أو المعنوي على شخص للمرأة ، بل يقصد به جميع أشكال السلوك الفردي والاجتماعي الذي ينال من المرأة ويحيط من قدرها ويحرمها من

ممارسة حقوقها التي أقرها القانون ، ويحدث هذا العنف كتعبير عن علاقة التبعية بين المرأة والرجل والنظرة الاجتماعية التي تعتبر أن احتياجات المرأة وحمايتها لا تتحقق إلا من خلال الرجل الذي قد يصبح الحامي والمعتدي في الوقت نفسه .

ويصنف العنف الموجه ضد المرأة عادة إلى قسمين رئيسيين طبقاً لطبيعة الممارسة المستخدمة : الأول يعرف بالممارسات التقليدية الضارة وتتضمن الزواج المبكر للفتيات ، وختان الإناث، والحمل المبكر ، وتفضيل الذكور . وكلها ممارسات تعتمد على عادات وتقاليد اجتماعية راسخة نشأت وتبلورت وتأسست في نفوس الأفراد ، واستقرت نماذجها وانتقلت أفقياً بين أفراد الجيل الواحد، ورأسياً إلى الأجيال المتعاقبة في شكل أعراف وتقاليد تحرص عليها الجماعة وتحترمها . الثاني ويضم ممارسات العنف الممتددة ضد المرأة كالضرب والاعتصاب وغيرها وإن كان أكثرها شيوعاً العنف الأسري الذي يتم غالباً في إطار من التكتّم والصمت لكونه يمارس من أفراد تربطهم بالضحية علاقة حميمة كضرب الأزواج للزوجات نتيجة الفهم الخاطئ للنصوص الدينية المتعلقة بحق التأديب المباح من الشريعة الإسلامية للزوج على الزوجة . وطبقاً لمفاهيم العنف السابق الإشارة إليها يعتبر الزواج المبكر للفتيات أحد صور العنف التقليدي الموجه ضد المرأة ، والتي لازالت تعانى منه الفتيات في معظم الدول النامية ومن بينها مصر خاصة في المناطق الريفية .

وتكشف الإحصاءات التي تنشرها تباعاً منظمة الأمم المتحدة (٢٠٠١ - ٢٠٠٠) عن مدى انتشار ظاهرة الزواج المبكر للفتيات في الدول النامية . ففي بنجلاديش بلغت نسبة المتزوجات في عمر أقل من ١٨ سنة حوالي ٨١% من جملة السيدات في الفئة العمرية ٢٥-٢٩ سنة . وفي كمال من النيجر ، ومالي ، وبوركينا فاسو ، وموزمبيق بلغت النسبة حوالي ٧٧% ، ٧٠% ، ٢٢% ، ٥٧% لكل منها على الترتيب من جملة السيدات في الفئة العمرية ٢٥-٢٩ سنة . أما في جمهورية مصر العربية فقد بلغت النسبة حوالي ٣٠% .

وفي دراسة لوزارة الصحة المصرية (٢٥ - ١٩٩٤) للتعرف على حجم ظاهرة الزواج المبكر للفتيات في ريف الوجه القبلي وفقاً لبيانات التعداد العام للسكان عام ١٩٨٦، أسفرت الدراسة عن انتشار الظاهرة حيث بلغت نسبة الفتيات المتزوجات في عمر أقل من ١٦ سنة حوالي ٤٤% من إجمالي السيدات المتزوجات في ريف الوجه القبلي، وفي دراسة حديثة للإدارة العامة لشئون المرأة بوزارة الشؤون الاجتماعية (١٠ - ٢٠٠١) في إطار مشروع الممارسات الضارة ضد المرأة والتي تم تنفيذها في عدد ٢٦ وحدة محلية قروية بمحافظات الجيزة ، والمنيا ، وأسيوط ، وسوهاج وجد أن متوسط سن الزواج الأول للفتيات بجميع قرى الدراسة قد تميز بالانخفاض حيث بلغ ١٧ سنة .

ونظراً لمعاناة المرأة في مصر بصفة عامة والريفية على وجه الخصوص من ارتفاع معدل الوفيات لأسباب مرتبطة في كثير من الأحيان بالإنجاب ، فقد أشارت إحدى الدراسات المسحية القومية الحديثة [٢٣ - ١٩٩٩] إلى أن معدل وفيات الأمهات لسنة ١٩٩٢ يصل لنحو ١٨٤ أم لكل مائة ألف مولود حي ، وتحدث ٣٤% من هذه الوفيات عند الولادة الأولى. وبصفة عامة يمكن القول أن الكثير من التحولات المرضية لدي الإناث ترتبط بشكل أساسي بالنور الإنجابي للمرأة ، كما يزداد معدل الإصابة بالأنيميا وخاصة نقص الحديد لدي النساء الريفيات ، وقد يرجع هذا أساساً إلى انتشار نمط الزواج المبكر . ويؤكد هذا ارتفاع معدلات الإنجاب الكلية التي قدرت عام ٢٠٠٠ بنحو ٣.٥٣ مولود لكل سيدة على المستوي القومي ، في حين تصل إلى ٣.٣١ في ريف الوجه البحري، وترداد لتصل إلى ٤.٦٦ في ريف الوجه القبلي ، حيث لازالت معدلات ممارسة تنظيم الأسرة منخفضة نسبياً ورغم وصولها إلى ٥٦% من إجمالي السيدات في سن الحمل عام ٢٠٠٠ ، وترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٦١% في ريف الوجه البحري ولا تتعدى ٤٠% في ريف الوجه القبلي [٣ - ٢٠٠٠] .

وللزواج المبكر للفتيات أثراً مدمراً على الحياة الاجتماعية والنفسية للمرأة والأسرة ، حيث تتصف هذه الأسر بأنها أكثر تعرضاً لخطر الطلاق فيما بينها لعدم التوافق الزوجي بين انطرتين وحرمان المرأة من حقها الطبيعي في اختيار شريك حياتها (٧ - ١٩٩١) . إضافة إلى الآثار السلبية للزواج المبكر على ظاهرة التسرب من التعليم ، حيث وجدت علاقة قوية بين عدد سنوات تعليم الفتاة والزواج المبكر ، فالفتيات اللاتي حصلن على عدد سنوات من التعليم تبلغ سبعة سنوات يتزوجن في المتوسط في عمر يزيد بمقدار أربعة سنوات عن نظرائهن اللاتي لم يحصلن على أي قسط من التعليم (٣٠ - ٢٠٠١) .

كما كشفت الدراسات والأبحاث أن الفتيات المتزوجات في أعمار مبكرة أكثر تعرضاً لحالات الضغط العصبي والتي تصاحب الحمل في هذا السن المبكر ، والاكتئاب والذهان وما ينتج عنهما من علاقات زوجية غير مستقرة (٣٤ - ١٩٩٦) ، إضافة إلى تعرض الفتيات المتزوجات في أعمار مبكرة لمخاطر كبيرة في مجال الصحة الإنجابية خاصة في مجال الحمل والولادة (٢٨ - ١٩٩٨) ، وبطبيعة الحال فإن مجموعة الآثار المترتبة على الزواج المبكر للفتيات قد وضعت المرأة في إبطار يصعب معه الاستمتاع بحياتها أو المشاركة الفعالة في قضايا مجتمعها بل أصبحت أميرة للفقر والعرض والضعف والهزال البدني والنفسي .

المشكلة البحثية :

يعتبر الزواج المبكر للفتيات أحد موروثات التراث الثقافي للمجتمعات الريفية ، وأنه من الظواهر التي قد يكتب لها الاستمرار والبقاء لفترة تاريخية مقبلة لاسيما في المناطق الريفية. وربما يفسر انتشار الزواج المبكر للفتيات بأنه نتيجة لعدم اهتمام الأسر بالتعليم وضعف الوعي الاجتماعي أو نتيجة للظروف الاقتصادية السيئة التي تضطر الأسرة بسببها لتزويج الفتيات في سن مبكرة (٤ - ٢٠٠٠) .

وعلى الجانب الآخر ينظر البعض إلى الزواج المبكر للفتيات على أنه ظاهرة غير صحية بالنظر لما يسببه من مشكلات وتداعيات سلبية متعددة ، لعل من أهمها ما تتعرض له الزوجة من مخاطر صحية بسبب الحمل والولادة في سن مبكرة ، وهذا يعرض المولود لمخاطر عدم اكتمال النمو أو لمضاعفات صحية مستقبلية تستمر مع الطفل بعد ولادته (٢٩ - ٢٠٠١) . ناهيك عن تكرار الحمل والولادة وتداعيات ذلك على صحة الأم .

في ضوء العرض السابق و رغبة في استجلاء المزيد حول ظاهرة الزواج المبكر للفتيات والتناجج المترتبة عليها ، يمكن بلورة المشكلة البحثية في التساؤل التالي : ما هي طبيعة العلاقة بين الزواج المبكر للفتيات والصحة الإنجابية للمرأة الريفية ؟ على اعتبار أن الأخيرة تمثل وحدة من بين المداخل الرئيسية لتحديد المستوى التنموي الذي بلغته المرأة الريفية .

أهداف الدراسة : في ضوء صياغة مشكلة الدراسة يمكن تحديد أهدافها فيما يلي :

- ١- التعرف على بعض السمات والخصائص المتعلقة بالصحة الإنجابية للفتيات الريفيات المتزوجات مبكرا .
- ٢- التعرف على أهم العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية للفتيات الريفيات المتزوجات مبكرا .
- ٣- التعرف على أهم المشكلات الصحية الناجمة عن الزواج المبكر للفتيات .

خطة الدراسة :

إنجاز الأهداف السابقة تم وضع خطة اشتملت الدراسة بموجبها على العناصر التالية :

- ١ - مفهوم الصحة الإنجابية للمرأة .
- ٢ - الدراسات السابقة .
- ٣ - فروض الدراسة وطريقة التحليل .
- ٤ - الطريقة البحثية .
- ٥ - نتائج الدراسة الميدانية .
- ٦ - المناقشة العامة للنتائج .

أولا : مفهوم الصحة الإنجابية للمرأة :

مفهوم الصحة الإنجابية للمرأة هو تعبير حديث نسبيا أدخل في الثمانينات من القرن العشرين وذلك للتأكيد على الاهتمام بصحة الأم والطفل والأسرة كوحدة أو نواة للاهتمام بالمجتمع ككل . فتشير إحدى الدراسات (٢٨ - ١٩٩٨) أنه من بين كل ١٠ فتيات في سن ٢٠ سنة في القارة الإفريقية تتزوج ثمانية فتيات، أي أن ٨٠% من الفتيات في أفريقيا تتزوجن في سن أقل من العشرين عاما ، في حين لا تبلغ هذه النسبة في الولايات المتحدة الأمريكية سوى نحو ٢٥% . كما تشير الدراسة أن نسبة السيدات المتزوجات مبكرا في كل من مصر ، واندونيسيا ، والفلبين اللاتي تحصلن على خدمات صحية تبلغ ٢٥% في حين لا

تجاوز ٣% في بنجلاديش. وقد توصلت الدراسة أن انخفاض سن الفتيات عند الزواج يسودي إلي ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع بنسبة تزيد بمقدار ٣٠% عن الفتيات المتزوجات في سن مناسب .

وقد أجريت إحدى الدراسات عن الزواج المبكر للفتيات في الدول النامية (٣٤ - ١٩٩٦) فتوصلت إلي أن الحمل والولادة المبكرة يعدان من أهم عواقب الزواج المبكر التي تهدد صحة المرأة. فالظروف السيئة للولادة ، وقلة الرعاية الطبية ، وضعف صحة الأم كلها مراحل تهدد حياة الأم والمولود بشكل واضح. كما أن الزواج المبكر يعمل علي إبطاء الحياة الإنجابية ، فقد وجد في معظم الدول النامية أنه إذا ما تزوجت الفتاة قبل أن تبلغ الثامنة عشر من عمرها فإنها تنجب في المتوسط حوالي ٥ - ٧ أطفال . ويزداد هذا المعدل في المجتمعات الريفية لانخفاض نسبة من يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة نظراً لوجود العديد من المعوقات التي تحول دون استخدام وسائل تنظيم الأسرة .

وقد كشفت دراسة " El-Tigani " (٢٦ - ٢٠٠٠) أن انخفاض معدل الخصوبة في مصر يرجع بشكل أساسي إلي زيادة الوعي بأهمية تبني برامج تنظيم الأسرة من ناحية ، وارتفاع متوسط سن الزواج بمقدار سنة من ناحية أخرى. ومن ثم صغر حجم الأسرة . حيث أشارت للدراسة إلي انخفاض عدد الأطفال الذين تتجهبهم المرأة ليصلوا في المتوسط إلي ٣ - ٤ طفل لكل سيدة .

وقد أشارت دراسة Ober Meyer (٢٧ - ١٩٩٩) إلي أن تأكيد أسس الصحة الإنجابية يتطلب وضع مفهوم واضح للصحة الإنجابية للمرأة نظراً لتعدد الزوايا التي يتضمنها هذا المفهوم (عسر المرأة عند الإنجاب ، والظروف الخاصة بالولادة ، والأمراض الجنسية المختلفة التي تتعرض لها المرأة) . كما يجب توحيد لغويات الصحة الإنجابية عالمياً . فعلى سبيل المثال نجد أن كلمة النوع بالبريئة يقابلها genre بالفرنسية ، gender بالإنجليزية ، لا يكون لها مدلولاً في اللغات الأخرى مما يصعب معه وجود كلمة واحدة مفهومة عالمياً . كما نجد أيضاً أن الصحة الإنجابية بالبريئة ترجمة لـ *sante reproductive* بالفرنسية و *reproductive health* بالإنجليزية . ومن ثم فلا بد من وضع مصطلحات محددة عالمياً لتلك المفاهيم الهامة نظراً لأن كل كلمة في اللغة الخاصة ببعض البلدان لها مدلول خاص بها.

وقد تأكدت أهمية مصطلح " الصحة الإنجابية للمرأة " في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والذي عقد بالقاهرة عام ١٩٩٤ وهو يتعلق بتلبية الحاجات الصحية والإنجابية لدى النساء وتشتمل علي :

- ١ - القدرة علي الإنجاب الآمن (اكتشاف موقوت الإنجاب مبكراً ومعالجتها بالفحص قبل الزواج) مع ممارسة حياة جنسية مرضية .
- ٢ - الأمومة الآمنة .
- ٣ - مكافحة الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس ومعالجتها في حالة حدوثها .
- ٤ - حماية المرأة من العنف .

ثانياً : الدراسات السابقة :

أشارت الدراسات التي أتيت الاطلاع عليها : [٤ ، ٢٠٠٠] ، [٧ ، ١٩٩١] ، [٨ ، ١٩٩٤] ، [٩ ، ٢٠٠٠] ، [١٠ ، ٢٠٠١] ، [١٣ ، ١٩٩٥] ، [١٥ ، ١٩٩٣] ، [١٦ ، ١٩٩٠] ، [١٧ ، ١٩٩٤] ، [٢٠ ، ١٩٩٦] ، [٢٣ ، ١٩٩٩] ، [٢٥ ، ١٩٩٠] ، [٢٦ ، ٢٠٠٠] ، [٢٨ ، ١٩٩٨] ، [٢٩ ، ٢٠٠١] ، [٣٤ ، ١٩٩٦] إلي أن هناك عديد من المتغيرات التي يمكن أن تؤثر علي مستوى الصحة الإنجابية للمرأة ، وإن اختلفت هذه الدراسات بشأن معنوية هذه المتغيرات. لذلك ترى الدراسة الراهنة ضرورة أخذ العوامل التالية في الاعتبار باعتبارها مؤثرة علي الصحة الإنجابية للمرأة وهي : عمر المبحوثة عند الزواج ، والعمر الحالي للمبحوثة ، والحالة الزوجية للمبحوثة ، والحالة التعليمية للمبحوثة عند الزواج ، والحالة العملية للمبحوثة ، وترتيب المبحوثة بين أخواتها ، وعدد مرات الحمل ، وعمر الزوج عند الزواج ، والحالة التعليمية للزوج ، ومهنة الزوج ، وعدد الأبناء الذكور ، وعدد الأبناء الإناث ، وإجمالي عدد الأبناء ، وعدد أفراد الأسرة ، ونوع الأسرة ، وكثافة المسكن ، والنخل الشهري للأسرة ، والحيازة الزراعية للأسرة ، وحجم الحيازة الحيوانية للأسرة ، وحجم الحيازة الآلية للأسرة ، والمستوي الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة المبحوثة الحالية ، وأخيراً المستوي الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة قبل الزواج .

ثالثاً : فروض الدراسة وطريقة التحليل :

أ - فروض الدراسة :

ترتبط فروض الدراسة الراهنة بتحقيق الهدف الثاني من أهدافها السابق الإشارة إليها ، وفي ضوء تحديد أهم العوامل المؤثرة علي الصحة الإيجابية للمرأة الريفية والسابق الإشارة إليها يمكن اشتقاق فرض عام واحد ، وثلاثة وعشرون فرضاً إحصائياً .

الفرض العلم الرئيسي :

يتأثر مستوى الصحة الإيجابية (المتغير التابع) للفتيات المتزوجات مبكراً بتأثير المتغيرات المستقلة موضوع الدراسة . - ومن هذا الفرض العام تم اشتقاق ثلاثة وعشرون فرضاً إحصائياً يبينها على النحو التالي :

الفروض الإحصائية (١ - ٢٢) :

وتختص هذه الفروض باختبار أثر العوامل المستقلة كل على حده علي مستوى الصحة الإيجابية لعينة الدراسة وتشارك جميعها في مقولة واحدة مؤداها :

" لا يتأثر مستوى الصحة الإيجابية معنويًا للفتيات المتزوجات مبكراً بتأثير المتغيرات المستقلة التالية : عمر المبحوثة عند الزواج ، والعمر الحالي للمبحوثة ، والحالة الزوجية للمبحوثة ، والحالة التعليمية للمبحوثة عند الزواج ، والحالة العملية للمبحوثة ، وترتيب المبحوثة بين أخواتها ، وعدد مسرات الحمل ، وعمر الزوج عند الزواج ، والحالة التعليمية للزوج ، ومهنة الزوج ، وعند الأبناء الذكور ، وعند الأبناء الإناث ، وإجمالي عدد الأبناء ، وعند أفراد الأسرة ، وفوق الأسرة ، وكثافة المسكن ، والدخل الشهري للأسرة ، والحيازة الزراعية للأسرة ، والحيازة الحيوانية للأسرة ، وحيازة الآلات الزراعية ، والمستوي الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة الحالية ، والمستوي الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة قبل الزواج " .

الفرض الإحصائي الثالث والعشرون :

ويختص باختبار الأثر المجمع للمتغيرات المستقلة موضوع الدراسة علي مستوى الصحة الإيجابية لعينة الدراسة ومنطوقه : لا يتأثر مستوى الصحة الإيجابية لعينة الدراسة من المتزوجات مبكراً بالتأثير المتجمع للمتغيرات المستقلة موضوع الدراسة .

ب - طريقة التحليل :

استخدمت الدراسة نموذج " محرم - بركات " لقياس الأثر المتجمع للعلاقات الإقترانية باستخدام اختبار " X^2 " ، واختبار قوة العلاقة الإقترانية " تشيبرو " كأدوات للتحليل الإحصائي لبياناتها واختبار صحة فروضها .

الطريقة البحثية

أ - منهج الدراسة :

اعتمدت الدراسة علي منهج المسح الاجتماعي بالعينة في تشخيص ظاهرة الزواج المبكر للفتيات وتحديد مدى تأثيرها علي الصحة الإيجابية للمرأة الريفية كمدخل لوضع مجموعة من البرامج المتكاملة للحد من الآثار السلبية المقترنة علي تلك الظاهرة ، كما اعتمدت علي المنهج الكمي في محاولة لتكميم الظاهرة موضع الدراسة ، وقياس أثارها .

ب - المجال الجغرافي للدراسة :

أجريت الدراسة علي قرية " عرب مطير " - مركز الفتح - محافظة أسيوط . ولقد تم اختيار القرية موضع الدراسة للأسياب التالية :

١ - تنتمي القرية إلى ريف الوجه القبلي الذي تنتشر به ظاهرة الزواج المبكر للفتيات. حيث بلغت نسبة الفتيات المتزوجات في عمر أقل من ١٦ سنة حوالي ٤٤% من إجمالي السيدات المتزوجات في ريف الوجه القبلي (٢٥ - ١٩٩٤) طبقاً لنتائج إحدى الدراسات المنفذة بمعرفة وزارة الصحة عام ١٩٨٦. كما أوضحت نتائج المسح السكاني الصحي لعام ٢٠٠٠ أن متوسط السن عند الزواج الأول لذي قتيات الريف في الوجه القبلي يبلغ حوالي ١٧,٤ سنة، في حين يرتفع السن في ريف الوجه البحري ليلبلغ حوالي ١٨,٥ سنة (٣ - ٢٠٠٠ - ص ١٠٦).

٢ - ني إحدى الدراسات الحديثة للإدارة العامة لثئون المرأة بوزارة الشؤون الاجتماعية (١٠ - ٢٠٠١) في إطار مشروع الممارسات الضارة ضد المرأة والتي تم تنفيذها في ٢٦ وحدة محلية فرعية بمحافظات الوجه القبلي " الجيزة ، والمنيا ، وأسيوط ، وسوهاج وجد أن متوسط السن عند الزواج الأول للفتيات بجميع قرى الدراسة قد تميز بالانخفاض ، حيث بلغ هذه الأعلى ١٩ سنة في قرية المرازيق بمحافظة الجيزة ، في حين بلغ ٥٠٪ الأثنى ١٥,٣ سنة في قرية عرب مطير بمحافظة أسيوط

٣ - قمت الإدارة العامة لثئون المرأة بوزارة الشؤون الاجتماعية من خلال أخصائها في محافظة أسيوط بعض التسهيلات المتعلقة بجمع البيانات الميدانية من قرية " عرب مطير " .

ج - المجال البشري للدراسة :

للتعرف على بعض مؤشرات الصحة الإيجابية للفتيات المتزوجات مبكراً بقرية " عرب مطير " تم اختيار عينة عدية من الفتيات المتزوجات في سن السادسة عشر فأقل في قرية للدراسة علي الأيزيد عمر المبحوثة عند إجراء الدراسة عن ثلاثين عاماً ، وقد أجريت المقابلات مع الزوجات اللاتي توافرت فيهن الشروط السابقة وقد بلغ حجم العينة ٢١٥ سيدة تمثلن حوالي ٦,٥% من إجمالي السيدات المتزوجات المقيمت مع أسرهن بالقرية البالغ عددها ٣٣٠٢ أسرة طبقاً لنتائج تعداد ١٩٩٦ . ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم استبيان بالمقابلة تضمنت العديد من الأسئلة منها ما يتعلق بقياس مستوى الصحة الإيجابية للفتيات المتزوجات مبكراً (المتفسير التابع) ، ومنها ما يختص بالمتغيرات المستقلة موضوع الدراسة ، وقد تم عمل اختبار مبدئي للاستمارة علي عينة مكونة من (١٠) زوجات ممن تزوجن مبكراً بمجتمع الدراسة ، وذلك لتصحيح وحدات الاستمارة إما بالحذف أو التعديل أو بإضافة وحدات أخرى تحقق انسجام الاستمارة ، وعقب وضع الاستمارة في صورتها النهائية بدأت مرحلة جمع البيانات ، حيث تم الاستمارة بفريق بحثي من قتيات القرية بعد تدريبهن علي جمع الاستمارة ، وقد استغرقت فترة الاختبار المبدئي وجمع البيانات الميدانية حوالي ثلاثة شهور (أكتوبر ، ونوفمبر ، وديسمبر) عام ٢٠٠١ .

نتائج الدراسة الميدانية

قبل استعراض نتائج الدراسة الميدانية يستلزم الأمر التنويه إلى كيفية القياس الكمي لمتغيراتها التابعة والمستقلة.

أ - قياس المتغير التابع : الصحة الإيجابية للفتيات المتزوجات مبكراً :

في ضوء المفهوم السابق للصحة الإيجابية للمرأة كما أفرد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية السابق الإشارة إليه ، فلقد اعتمدت الدراسة الحالية علي مجموعة من المؤشرات العملية المقبولة اجتماعياً التي يمكن أن تعكس المحاور الأربعة التي يتضمنها المفهوم :

أ - للمحور الأول : القدرة على الإنجاب الآمن : ويعكسه المؤشرين التاليين :

- ١ - زواج الأقارب : حيث أعطيت القيمة (١) في حالة الزواج من أحد الأقارب ، والقيمة (٢) في حالة الزواج من خارج العائلة .
- ٢ - نسبة الزوجات غير القادرات علي الإنجاب : حيث أعطيت القيمة (١) في حالة عدم الإنجاب ، والقيمة (٢) في حالة إنجاب المبحوثة.

- وقد تراوح المدى الفعلي لقيم هذا المحور بين (٢ - ٤ درجة) بمتوسط حسابي قدره ٣,١٤ وحدة ، وانحراف معياري بلغ ٠,٥٣ وحدة.
- ب - المحور الثاني (الأموعة الأمانة) : وتعكسه المؤشرات التالية :
- ١ - معدلات وفيات الأطفال الرضع والأجنة وتتضمن : معدل وفيات الأطفال الرضع ، ومعدل وفيات الأجنة (حالات الإجهاض) .
- استخدمت الدراسة مجموع عدد مرات الإجهاض التي تعرضت لها المبحوثة وعدد وفيات الأطفال عند عمر أقل من شهر نتيجة لأسباب داخلية Endogenous كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير ، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذا المؤشر ٠,٧ وحدة ، بانحراف معياري بلغ ١,٤٦ وحدة.
- ٢ - حالات النزيف أثناء الحمل والولادة : حيث أعطيت القيمة (١) في حالة تعرض المبحوثة للنزيف أثناء الحمل والولادة ، والقيمة (٢) في حالة عدم تعرضها.
- ٣ - نوع الولادة (طبيعية / قيصرية) : حيث أعطيت القيمة (١) إذا كانت الولادة قيصرية، والقيمة (٢) إذا ما كانت الولادة طبيعية.
- ٤ - أسلوب الرضاعة (طبيعية / صناعية) : حيث أعطيت القيمة (١) إذا كانت الرضاعة صناعية ، والقيمة (٢) إذا ما كانت الرضاعة طبيعية.
- ٥ - مدى استخدام وسائل تنظيم الأسرة : حيث أعطيت القيمة (١) في حالة عدم استخدام المبحوثة لوسائل تنظيم الأسرة ، والقيمة (٢) في حالة استخدامها لأحد وسائل تنظيم الأسرة.
- وقد اعتبرت الدراسة حاصل جمع استجابات عينة الدراسة علي العناصر الخمسة السابقة مؤشرا رقميا لقياس هذا المحور . وقد تراوح المدى الفعلي لقيم هذا المحور بين ٦ - ١٥ وحدة بمتوسط حسابي قدره ١٢,٣ سنة وانحراف معياري بلغ ٢,٤٣ وحدة.

ج - المحور الثالث: والمتعلق بمكافحة الأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس ومعالجتها فهي حالة حدوثها وقد تم استبعادها نظرا للتدين الشديد بين سكان القرية موضوع الدراسة من ناحية ، ولأن طرح هذا التساؤل علي المبحوثات غير مقبول اجتماعيا من ناحية أخرى .

د - المحور الرابع : حماية المرأة من العنف ويمكن القول بأن جميع المبحوثات في الدراسة الراهنة قد تعرضن للعنف بزواجهن مبكرا حيث لم يتجاوز عمرهن عند الزواج ستة عشر عاما . ومع ذلك فقد تم الاعتماد علي مؤشر لقياس الاتجاه نحو الزواج المبكر للفتيات وذلك لقياس اتجاه الأمهات اللاتسي تزوجن مبكرا نحو الزواج المبكر لبناتهن كمؤشر لمدى ترسيخ الظاهرة داخل المجتمع المدروس . وقد تم قياس هذا المتغير من خلال مجموعة من العبارات بلغ عددها اثنتي عشرة عبارة تعكس اتجاه الأمهات اللاتي تزوجن مبكرا نحو الزواج المبكر لبناتهن. وقد استخدم تصنيف (موافقة/ محايدة / غير موافقة) لكل عبارة من العبارات السابقة ، وقد أعطيت القيم (١) ، (٢) ، (٣) لكل منها علي الترتيب . واعتبرت الدراسة حاصل جمع استجابات عينة الدراسة علي العبارات السابقة مؤشرا رقميا لقياس اتجاه الأمهات اللاتي تزوجن مبكرا نحو الزواج المبكر لبناتهن . وقد تراوح المدى الفعلي لقيم هذا المتغير بين ١٢ - ٣٦ وحدة بمتوسط حسابي قدره ١٤,٩ وحدة وانحراف معياري بلغ ٤,٦٥ وحدة.

وقد اعتبرت الدراسة حاصل جمع استجابات عينة الدراسة علي المحاور الثلاثة السابقة مؤشرا رقميا لقياس مستوى الصحة الإنجابية للفتيات المتزوجات مبكرا. وقد تراوح المدى الفعلي لقيم هذا المفهوم بين ٢٠ - ٥٤ وحدة بمتوسط حسابي قدره ٣٠,٣ وحدة وانحراف معياري بلغ ٥,٤ وحدة . الأمر الذي أدى إلي تقسيم المدى الفعلي لهذا المؤشر إلي ثلاث فئات متساوية الطول ومتدرجة تصاعديا إلي أعلى وتوزيع عينة الدراسة علي هذه الفئات طبقا لاستجاباتهن [جدول رقم (١)] .

ب - قياس المتغيرات المستقلة :

[١] عمر المبحوثة عند الزواج :

استخدم عدد السنوات الممتثلة لعمر المبحوثة عند زواجها كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .

- [٢] العمر الحالي للمبحوثة :
استخدم عدد السنوات الممتلئة لعمر المبحوثة الحالي كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [٣] الحالة الزوجية للمبحوثة :
استخدم تصنيف (لا زالت متزوجة / مطلقة / أرملة) ، حيث أعطيت القيم (١) ، (٢) ، (٣) لكل منها على الترتيب كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [٤] الحالة التعليمية للمبحوثة :
استخدم تصنيف (امية / تقرا ويكتب / حاصلة علي مؤهل أقل من متوسط أو متوسط) ، حيث أعطيت القيم (١) ، (٢) ، (٣) لكل منها على الترتيب كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [٥] الحالة العملية للمبحوثة :
استخدم تصنيف (تعمل / لا تعمل) كمؤشر رقمي لقياس الحالة العملية للمبحوثة ، حيث أعطيت القيمة (١) في حالة عدم اشتغال المبحوثة بأي مهنة ، والقيمة (٢) في حالة عملها خارج المنزل .
- [٦] الترتيب بين الأخوات :
استخدم ترتيب المبحوثة بين أخواتها كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير ، حيث أعطيت القيمة (١) للرتبتين " الأولى / الثانية " ، والقيمة (٢) للرتبتين "الثالثة / الرابعة" ، والقيمة (٣) للرتب "الخامسة - الثامنة" .
- [٧] عدد مرات الحمل :
استخدم عدد مرات حمل المبحوثة منذ زواجها حتى الآن كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [٨] عصر الزوج عند الزواج :
استخدم عدد السنوات الممتلئة لعمر زوج المبحوثة عند الزواج كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [٩] الحالة التعليمية للزوج :
استخدم تصنيف (أمي أو يقرأ ويكتب / حاصل علي مؤهل أقل من متوسط / حاصل علي مؤهل متوسط أو جامعي) ، حيث أعطيت القيم (١) ، (٢) ، (٣) لكل منها على الترتيب كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٠] مهنة الزوج :
تم تصنيف المهن إلي (مزارع / عامل / موظف أو مهني) وأعطيت القيم (١) ، (٢) ، (٣) قرين كل منها على الترتيب كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١١] عدد الأبناء الذكور :
استخدم عدد أبناء المبحوثة الذكور كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٢] عدد الأبناء الإناث :
استخدم عدد أبناء المبحوثة الإناث كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٣] إجمالي عدد الأبناء :
استخدم إجمالي عدد الأبناء الذكور منهم والإناث كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٤] عدد أفراد الأسرة :
استخدم عدد أفراد الأسرة المقيمين إقامة دائمة بسكن المبحوثة كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٥] نوع الأسرة :
استخدم تصنيف (أسرة بسيطة / أسرة مركبة) ، حيث أعطيت القيم (١) ، (٢) ، لكل منهما على الترتيب وذلك كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٦] كثافة المسكن :
تم حساب كثافة المسكن بقسمة عدد أفراد الأسرة المقيمين إقامة دائمة بسكن المبحوثة علي عدد غرف المنزل وذلك كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٧] الدخل الشهري للأسرة :
استخدم الدخل الشهري للأسرة بالجنيه (مجموع ما يتكسبه الأفراد العاملين بالأسرة في الشهر سواء من مهن أساسية أو إضافية) كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٨] الحيازة الزراعية للأسرة :
استخدمت الحيازة الزراعية المملوكة للأسرة بالقياس كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .
- [١٩] حيازة الحيوانات المزرعية:

استخدمت الحيازة الحيوانية المملوكة للأسرة ، بعد توزيعها على ثلاث فئات تشمل الفئة الأولى "الحائزين للأبقار والجاموس" وتم ترجيحها بضرب عددها في (3) ، وتضم الفئة الثانية "الحائزين للمجول والجمال" وتم ترجيحها بضرب عددها في (2) ، وتمثل الفئة الثالثة "الحائزين للأغنام والماعز" كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .

[٢٠] حيازة الآلات الزراعية:

استخدمت الحيازة الآلية المملوكة للأسرة ، بعد توزيعها على ثلاث فئات تشمل الفئة الأولى "الحائزين للجرارات والمحاريث" وتم ترجيحها بضرب عددها في (3) ، وتضم الفئة الثانية "الحائزين للآلات الحصاد والدراس" وتم ترجيحها بضرب عددها في (2) ، وتمثل الفئة الثالثة "الحائزين لموتور الري أو الرش" كمؤشر رقمي لقياس هذا المتغير .

[٢١] المستوى الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة الحالية :

لتقدير المستوى الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة الحالية لمبحوثات عينة الدراسة تم الاستعانة بمقياس المستوى الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة (١١ - ١٩٨٨) .

حيث يحتوي هذا المقياس على أربع متغيرات أساسية (المستوى التعليمي ، المستوى المهني، مستوى الدخل ، مستوى أسلوب الحياة) ، ويشتمل كل متغير من المتغيرات الأربعة على مجموعة من المستويات أو البنود الفرعية ، وقد وضعت المستويات على مقياس متدرج يبدأ بالرقم (١) وينتهي برقم يمثل عدد المستويات. يعطى لكل مستوى درجة أو نقطة حسب ترتيبه في المقياس المتدرج ، ثم تضرب هذه الدرجة في الوزن النسبي للمتغير الأساسي الذي يتضمن هذا المستوى ، والدرجة الناتجة تعبر عن مستوى الأسرة في هذا المتغير .

ولحساب الدرجة الكلية للمستوى الاجتماعي - الاقتصادي تم إجراء ما يلي :

- ١ - جمع درجة المستوى التعليمي للمبحوثة وزوجها ، ثم تضرب الدرجة الناتجة في الوزن النسبي لها (٦,١٧) لتعبر عن المستوى التعليمي للأسرة.
- ٢ - جمع درجة المستوى المهني للمبحوثة وزوجها ، ثم تضرب الدرجة الناتجة في الوزن النسبي لها (٥,٧٥) لتعبر عن المستوى المهني للأسرة.
- ٣ - تضرب درجة مستوى دخل الأسرة في الوزن النسبي لها (٢,٦٨) لتعبر عن مستوى دخل الأسرة.
- ٤ - جمع درجات (كثافة المسكن ، والممتلكات الخاصة) ، ثم تضرب هذه الدرجة في الوزن النسبي لمتغير أسلوب الحياة (٤,٤٠) لتعبر عن مستوى أسلوب الحياة التي تعيشها الأسرة.
- ٥ - استخدام المعادلة التالية للحصول على المستوى الاجتماعي - الاقتصادي مقدراً بالدرجات :

$$Y_7 = 6.17 y_{1.1} + 5.75 y_{1.2} + 3.68 y_{1.3} + 4.40 y_{1.4}$$

حيث :

- Y_7 = المستوى الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة الحالية للمبحوثة.
- $Y_{1.1}$ = الدرجة الحاصل عليها الفرد في المستويات الفرعية لمتغير التعليم.
- $Y_{1.2}$ = الدرجة الحاصل عليها الفرد في المستويات الفرعية لمتغير المهنة.
- $Y_{1.4}$ = الدرجة الحاصل عليها الفرد في المستويات الفرعية لمتغير أسلوب الحياة.

[٢٢] المستوى الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة قبل الزواج :

لتقدير المستوى الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة قبل الزواج تم الاستعانة بمقياس المستوى الاجتماعي - الاقتصادي الموضح من قبل [١١ - ١٩٨٨] حيث تم حساب الدرجة الكلية للمستوى الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة قبل الزواج (الوالد - الوالدة) .
وتشير نتائج الجدول رقم (١) إلى معالم قياس المتغير التابع والمتغيرات المستقلة من حيث المدى الفعلي ، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتوزيع عينة الدراسة على ثلاثة فئات متدرجة تصاعدياً إلى أعلى وفقاً لاستجاباتهم .

جدول رقم (١) نتائج التحليل الإحصائي لمتغيرات الدراسة التابعة والمستقلة

المتغير التابع :	المتغيرات المستقلة :		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متنفس %	متوسط عدد	مرفوع عدد	مرفوع %	الاجمالية عدد
	المتغير	المتغير							
المتغير التابع :	عدد	النسبة %							
متغيري الصحة الإيجابية للمتزوجات مبكرا	٥٤	٢٠	٢٠,٢	٥,٤	٥٢,٦	١١٣	٨٢	٣٨,١	٢٠
١- عمر الميمنة عند الزواج	١٦	١١	١٤,٦	٠,٩١	١٢,٦	٢٧	١٢١	٧٤,٩	٢٧
٢- العمر الحالي للميمنة	٢٠	١٥	٢٤,١	٤,٢٠	٢٠,٠	٤٣	٨٣	٣٨,٦	٨٩
٣- الحالة الزوجية للميمنة	٣	١	١,٠٢	٠,١٨	٠,٥	١	٣	١,٤	١١
٤- المستوى التعليمي للميمنة عند الزواج	٥	١	١,١٦	٠,١٤	١,٠٠	١٢٩	٢٥	١١,٦	٥١
٥- الحالة العملية للميمنة	٢	١	١,٠٩	٠,٢٨	١,١٢	١٩٦	١٩	٨,٨	-
٦- ترتيب الميمنة بين أخواتها	٨	١	٢,٧٢	١,٦٩	٢,٠٩	٤٥	١١١	٥١,٦	٥٩
٧- عدد مرات الحمل	١٤	٠	٢,٥٠	٢,٦٠	٤٣,٧	٩٤	٨٠	٣٧,٢	٤١
٨- عمر الزوج عند الزواج	٤٠	١٢	١٩,٤٠	١,١٠	٤٩,٨	١٠٧	٣٢	١٥,٢	٧٥
٩- الحالة التعليمية للزوج	٧	١	٢,٤٩	١,٧٨	٥٦,٢	١٢١	٤٦	٢١,٤	٤٨
١٠- مهنة الزوج	٥	١	٢,٥٠	٠,٨٨	١١,٤	١٣٢	٧٣	٣٤,٠	١١
١١- عدد الأبناء الذكور	٦	٠	١,٥٢	١,٢٤	١,٠٩	١٣١	٧٢	٣٤,٠	١١
١٢- عدد الأبناء الإناث	٧	٠	١,٥٦	١,٢٨	٥٩,٥	١٢٨	٧٦	٣٥,٣	١١
١٣- إجمالي عدد الأبناء	٩	٠	٢,٨١	١,٨٠	٥٢,٥	١١٥	٥٥	٢٥,٦	٤٥
١٤- عدد أفراد الأسرة	٢٠	٢	٦,٩٠	٣,٦٠	٢٤,٧	٥٢	٨٤	٣٩,١	٧٨
١٥- نوع الأسرة	٢	١	١,٥٥	٠,٥٠	٤٤,٧	٩٦	١١٩	٥٥,٣	-
١٦- كثافة المسكن	٥,٣٣	١,٢٥	١,٦٦	٠,٨٦	٢٢,٥	٧٢	١٠٢	٤٧,٤	٤١
١٧- الدخل الشهري للأسرة بالجنيه	٩٠٠	٦٠	٢٢٨,٤	١٣٩,٦	٤٢,٨	٩٢	٩٣	٤٣,٣	٣٠
١٨- الميزة الزراعية للأسرة بالقرط	٣٦٠	٠	٢١,٦٠	٤,١٣٠	٥٥,٨	١٢٠	٥٥	٢٥,١	٤٠
١٩- حجم الميزة الحيوانية للأسرة	٢٦	٠	٤,٣٠	٤,٢٠	٣٦,٧	٧٩	٨١	٣٧,٧	٥٥
٢٠- حجم حوزة الآلات الزراعية	٦	٠	٠,٣٠	١,٥٠	٨٢,٢	١٧٩	٢٨	١٣,٠	٨
٢١- المستوى الاجتماعي-الاقتصادي العائلي	٩٣,١	٣١,٣	٥٩,٠	١٢,٧٠	٤٢,٨	٩٢	٩٤	٤٣,٧	٢٩
٢٢- المستوى الاجتماعي-الاقتصادي السابق	٧٢,٨	٣٥,٩	٤٨,٦٠	٦,٩٦	٤٦,٠	٩٩	١٠٠	٤٦,٥	١٦

وفيما يلي عرضاً لتنتائج الدراسة :

الهدف الأول :

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي الواردة في الجدول رقم (٢) أن المدى الفعلي لمؤشر مستوي الصحة الإنجابية لعينة الدراسة من الفتيات المتزوجات مبكراً قد تراوح بين (٢٠) ، (٥٤) وحدة بمتوسط حسابي قدره ٣٠,٣ وحدة ، وانحراف معياري قدره ٥,٤ وحدة ، ويتقسم المدى الفعلي لهذا المؤشر إلى ثلاث فئات متساوية الطول ومتدرجة تصاعدياً إلى أعلى . اتضح أن نحو ٩٠,٧% من عينة الدراسة يقعن في الفئتين المتوسطة (٣٨,١%) والمنخفضة (٥٢,٦%) على درجة مؤشر الصحة الإنجابية وهو ما يعني عموماً بانخفاض مستوى الصحة الإنجابية لعالية عينة الدراسة .

جدول رقم (٢) التوزيع النسبي لعينة الدراسة من المتزوجات مبكراً وفقاً لمؤشر مستوي الصحة الإنجابية

الجملة	مؤشر مستوي صحة الإنجابية			البيان
	٥٤ - ٤٢	٤٢ - ٣١	٣١ - ٢٠	
٢١٥	٢٠	٨٢	١١٣	تكرار
١٠٠,٠	٩,٣	٣٨,١	٥٢,٦	%

المصدر : عينة الدراسة

الهدف الثاني :

اختص الهدف الثاني باختبارات صحة الفروض الإحصائية لبيان أثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع (مستوي الصحة الإنجابية للمتزوجات مبكراً) باستخدام نموذج "محرم وبركات" (١٩-١٩٨٧) لبيان طبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة ومستوي الصحة الإنجابية للمتزوجات مبكراً (في حالتها التآثير المستقل والمتجمع للمتغيرات) ، وقد أوضحت نتائج التحليل الإحصائي الواردة في الجدول رقم (٣) تأثير مستوي الصحة الإنجابية (محمولاً) للفئات المتزوجات مبكراً بتأثير درجة المتغيرات التالية : عمر الزوج عند الزواج ، والدخل الشهري للأسرة ، والحيازة الحيوانية ، وعمر المبحوثة الحالي . حيث تشرح هذه العوامل ٣٠,٢% ، ١٩,٧% ، ١٩,٦% ، ١٩,٣% لكل منها على الترتيب (بفرض استقلال تأثير كل منها) وتليها في الأهمية بقية العوامل الموضحة بالجدول رقم (٣) .

وقد ثبتت معنوية العلاقة بين مستوي الصحة الإنجابية للفئات المتزوجات مبكراً والمتغيرات المستقلة التالية : عمر المبحوثة عند الزواج (الفرض رقم ١) ، وعمر المبحوثة الحالي (الفرض رقم ٢) ، وعمر الزوج عند الزواج (الفرض رقم ٨) ، ومهنة الزوج (الفرض رقم ١٠) ، وكثافة المسكن (الفرض رقم ١٦) ، والدخل الشهري للأسرة (الفرض رقم ١٧) ، وحجم الحيازة الحيوانية (الفرض رقم ١٩) على المستوي الاحتمالي ٠,٠٠١ . أما عدد أفراد الأسرة (الفرض رقم ١٤) ، والمستوي الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة الحالية (الفرض رقم ٢١) فقد ثبتت معنوية العلاقة بينها وبين مستوي الصحة الإنجابية للفئات المتزوجات مبكراً (المتغير التابع) على المستوي الاحتمالي ٠,٠٠٥ . وهو ما يعني عدم رفض الفروض الصفرية (٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٩ ، ١١ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٥ ، ١٨ ، ٢٠ ، ٢٢) ورفض الفروض البديلة لها .

ولاختبار صحة الفرض الإحصائي الثالث والمشرون أوضحت النتائج أن العوامل المستقلة جميعها تشرح نحو ٣٢,٦% من التباين في مستوي الصحة الإنجابية للفئات المتزوجات مبكراً ، حيث كانت قوة العلاقة الإقترانية " T^2 " تماثل ٠,٣٢٦ . وقد ثبتت معنوية النموذج على المستوي الاحتمالي ٠,٠٠١ ، ويعني ما سبق أن النسبة الباقية وقدرها ٦٧,٤% يمكن عزوها إلى متغيرات أخرى لم تتضمنها الدراسة . وتشير هذه النتيجة إلى رفض الفرض الصفرى المتجمع وقبول البديل في حدود المتغيرات التي ثبتت تأثيرها معنوياً والسابق الإشارة إليها .

جدول رقم (٣) المتغيرات المؤثرة على مستوى الصحة الإيجابية لعينة الدراسة

رقم الفرض	المتغير	قيمة χ^2 المصوبة	درجات الحرية	قوة العلاقة الإقترانية	الترتيب
١	عمر المبحوثة عند الزواج	١١,٩٦**	٤	٠,١٧٩	٧
٢	عمر المبحوثة الحالي	١٣,٨٥**	٤	٠,١٩٣	٤
٨	عمر الزوج عند الزواج	٣٤,٠٤**	٤	٠,٣٠٢	١
١٠	مهنة الزوج	١٢,٧٧**	٤	٠,١٨٥	٦
١٤	عدد أفراد الأسرة	١٠,٦٦*	٤	٠,١٦٩	٨
١٦	كثافة المسكن	١٣,٧١**	٤	٠,١٩٢	٥
١٧	الدخل الشهري للأسرة	١٤,٤١**	٤	٠,١٩٧	٢
١٩	الحيارة الحيوانية للأسرة	١٤,٣٣**	٤	٠,١٩٦	٣
٢١	المستوي الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة الحالية	٩,٥٩*	٤	٠,١٦٠	٩
-	الإجمالي	١٣٥,٣٢	٣٦	٠,٣٢٦	-

** معنوي على المستوى الإحصائي ٠,٠٠١ .

* معنوي على المستوى الإحصائي ٠,٠٥ .

المصدر : جداول تحليل الإحصائي الواردة بالملحق .

الهدف الثالث :

اختص الهدف الثالث للدراسة بالتعرف على أهم المشكلات الصحية الناجمة عن الزواج المبكر للفتيات ، وتوضيح النتائج الواردة في الجدول رقم (٤) للتوزيع النسبي لأهم المشكلات الصحية التي صادقت عينة الدراسة نتيجة لزواجهن مبكرا .

جدول رقم (٤) التوزيع النسبي لأهم المشكلات الصحية الناشئة عن الزواج المبكر للفتيات

الترتيب	%	التكرار	المشكلات الصحية
١	٦٣,٣	١٣٦	- ضعف عام بالجسم.
٢	٢٥,٦	٥٥	- آلام في المظام.
٣	٥,١	١١	- إنجاب أطفال مشوهين.
٤	٣,٣	٧	- سقط متكرر.
٥	٢,٣	٥	- إنجاب أطفال ضعفاء.
٦	٠,٥	١	- نزيف متكرر.
-	١٠٠,٠	٢١٥	الإجمالي

المصدر : عينة الدراسة

حيث احتل " الضعف العام بالجسم " الأهمية النسبية الأولى بنسبة بلغت نحو ٦٣,٣% من إجمالي المشكلات الصحية التي تعرضت لها عينة الدراسة من المتزوجات مبكرا ، وقد جاء في المرتبة الثانية " آلام في المظام " بنسبة بلغت نحو ٢٥,٦% من إجمالي استجابات عينة الدراسة ، ويأتي في المرتبة الثالثة " إنجاب أطفال مشوهين " بنسبة بلغت نحو ٥,١% من إجمالي الاستجابات ، يلي ذلك بقيه المشكلات الصحية الناتجة عن الزواج المبكر للفتيات والموضحة بالجدول رقم (٤) .

المناقشة العامة للنتائج

في ضوء النتائج السابقة يمكن استخلاص ما يلي :

أ - انخفاض مستوى الصحة الإنجابية لغالبية عينة الدراسة من الفتيات المتزوجات مبكرا ، حيث اتضح أن حوالي ٥٢,٦% من إجمالي عينة الدراسة يقعن في الفئة المنخفضة على مؤشر مستوى الصحة الإنجابية ، وإذا ما أضيف إليهن نسبة من يقعن في الفئة المتوسطة على المؤشر لصارت النسبة حوالي ٩٠,٧%

- من إجمالي العينة ، وهو ما يعني أن من يقعن في الفئة المرتفعة على مؤشر الصحة الإيجابية يمثلن نحو ٩,٣% فقط من إجمالي عينة الدراسة من الفتيات المتزوجات مبكراً . ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى زواج حوالي ٨٧% من الفتيات بعينة الدراسة قبل أن يبلغن الخامسة عشر من العمر ، أما النسبة الباقية وقدرها ١٣% فقد تزوجن ما بين الخامسة عشر والسادسة عشر عاماً . بالإضافة إلى مجموعة من العوامل التي ساهمت سلبياً في مستوى الصحة الإيجابية لعينة الدراسة لعل من أهمها:
- ١ - انخفاض مؤشر القدرة على الإنجاب الأمن لعينة الدراسة ويرجع ذلك إلى ارتفاع نسبة الزواج من الأقارب بين أفراد عينة الدراسة والتي تجاوزت ثلاث أرباع عينة الدراسة ، بالإضافة إلى نسبة الزوجات غير القادرات على الإنجاب والتي بلغت نحو ٩,٣% من إجمالي عينة الدراسة.
 - ٢ - انخفاض مؤشر الأمومة الآمنة لعينة الدراسة ويرجع ذلك للعديد من الأسباب لعل من أهمها تعرض حوالي ٣٧,٣% من إجمالي عينة الدراسة على الأقل لحدوث حالتين إجهاض أو وفيات أطفال عند عمر أقل من سنة. منهن ٥٣ مبعوثة يمثلن نحو ٢٤,٧% من إجمالي العينة لا تعرضن لحدوث ٢ - ٥ حالة إجهاض أو وفيات أطفال عند عمر أقل من سنة ، بالإضافة إلى ٢٧ مبعوثة يمثلن نحو ١٢,٦% من إجمالي العينة قد تعرضن لحدوث ٦ - ١٣ حالة إجهاض أو وفيات أطفال عند عمر أقل من سنة . بالإضافة إلى تعرض حوالي ١٢% من إجمالي عينة الدراسة لحالات نزيف أثناء الحمل والولادة . وتتفق الدراسة الحالية في هذا مع كل من : [٣٣ - ١٩٩٨] ، [٣٤ - ١٩٩٨] ، [٣٥ - ١٩٩٦] .
 - ٣ - أن نحو ٧٧,٧% من إجمالي عينة الدراسة لا يستخدمن أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة . ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى عدم موافقة الزوج على استخدام زوجته لوسائل تنظيم الأسرة والذي احتل الأهمية النسبية الأولى بنسبة بلغت نحو ٦١,١% من إجمالي أسباب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وقد كان لذلك أثره الواضح على تنامي مؤشر الأمومة الآمنة لعينة الدراسة.
- وقد أكدت دراسة " شاهين " (١٣ - ١٩٩٥) على أن درجة التعرض للأخطار الصحية ترتفع إذا تم الحمل قبل من التاسعة عشرة أو العشرين ، إذ ترتفع احتمالات وفاة الطفل أو حدوث الولادة قبل الموعد المحدد لها. وتؤكد الدراسة أيضاً على أن هناك ما بين ١٥ - ٢٠% من مجموع مواليد الوطن العربي تلدهن أمهاتهن وهن في سن المراهقة . والأم التي لا تزال في مرحلة المراهقة تعد من وجهة نظر الدارسين لعلم وظائف الأعضاء طفلة في مرحلة النمو يرهقها الحمل . وترتفع في هذه السن نسبة التعرض لتسمم الحمل ، و فقر الدم ، وصعوبة الولادة، وتزداد احتمالات ولادة أطفال غير كاملين النمو ، كما تزداد احتمالات وفاة الطفل في العام الأول من عمره إلى ضعفين أو ثلاثة عن المعتاد للإمهات البالغات . كذلك تبين أن معدل الوفيات بين الأمهات اللواتي في سن المراهقة أعلى بنسبة ٦٠% من الأمهات اللواتي بلغن سن العشرين إلى سن الرابع والعشرين .
- ٤ - انخفاض مؤشر حماية المرأة من العنف والذي يعكسه ارتفاع اتجاه الأمهات اللاتي تزوجن مبكراً بعينة الدراسة نحو الزواج المبكر لبناتهن. حيث أشارت نتائج الدراسة أن نحو ٧١,٢% من إجمالي العينة يويند الزواج المبكر لبناتهن ، وإذا ما أضيفت إليهن نسبة من يويند الزواج المبكر لبناتهن إلى حد ما لارتفعت النسبة إلى حوالي ٩٠% . أما من يعارضن الزواج المبكر لبناتهن فلم تتجاوز نسبتهن ١٠% من إجمالي عينة الدراسة . وقد تبينت وجهات النظر في الأسباب والنوافع الكامنة وراء انتشار ظاهرة الزواج المبكر للفتيات ، وقد خلصت نتائج الدراسات التي تناولت هذا الموضوع إلى تحديد أهم النوافع في الآتي: الدافع الاقتصادي [٤ - ٢٠٠٠] ، الدافع الديني والأخلاقي [٢٤ - ١٩٧٥] ، [١٨ - ١٩٧٤] ، [٢١ - بدون تاريخ] ، [١ - ١٩٩١] ، وتتفق الدراسة الراهنة مع كل من [١٤ - ١٩٨٨] ، [١٢ - بدون تاريخ] في أن الدافع الاجتماعي ممثلاً في العادات والتقاليد والثقافات الموروثة يعد أحد أهم النوافع الكامنة وراء انتشار ظاهرة الزواج المبكر للفتيات ، فعلى الرغم من الآثار السلبية سواء الصحية أو النفسية أو التعليمية التي تعرضت لها عينة الدراسة إلا أن الغالبية العظمى منهن تؤيد وتبارك الزواج المبكر لبناتهن.
 - ٥ - بالإضافة إلى ما سبق ، يعد الزواج المبكر للفتيات بصفة عامة وللريفيات علسي وجهه الخصوص السبب الرئيسي وراء انخفاض المستوى التعليمي للمرأة الريفية . فقد كشفت نتائج الدراسة أن نسبة الأميات بين أفراد عينة الدراسة تقدر بنحو ٦٠% ، وإذا ما أضيفت إليها نسبة من تقرأ وتكتب بصعوبة لصارت النسبة ٧٢% ، أما النسبة الباقية فتتوزع ما بين الحاصلات على الشهادة الابتدائية أو الإعدادية أو مؤهل متوسط .

- ب - في ضوء النتائج السابقة ومناقشتها يمكن بلورة استراتيجيات علمية لمواجهة ظاهرة الزواج المبكر للفتيات تأخذ في الاعتبار ما يلي :
- ١ - تعتبر القيم والمبادئ الاجتماعية جزءاً من التراث الاجتماعي الإنساني والذي يصعب إحداث تغيير سريع فيه ، لذا فإن الفشل هو النتيجة الحتمية لأي محاولات لإجبار الإنسان على تغيير قيمه وعاداته. ومن ثم فإن التوعية بمختلف الطرق والأساليب هي الوسيلة الفعالة التي يجب الاعتماد عليها لزراعة المعتقدات الخاطئة الراسخة في وجدان المجتمع وهو أمر يجب أن توضع له استراتيجيات إعلامية واضحة يعتبر التلفزيون ركيزتها الأولى .
 - ٢ - إن افتراض أن مجرد وصول المعلومة - الأثار السلبية المترتبة على الزواج المبكر للفتيات - يمكن أن يتبعه مباشرة تبني بعض السياسات والإجراءات للحد من انتشار ظاهرة الزواج المبكر هو افتراض يحتاج إلى مراجعته وإعادة نظر. حيث تشير التجارب السابقة محلياً وعالمياً حول تبني الأفكار الجديدة أو المستحدثة إلى وجود مراحل خمس (الإدراك ، والاهتمام ، وتقييم المحاولة ، والتجريب ، وأخيراً التبني) تمر بها الفكرة الجديدة حتى تُسَلمَ تبنيها وممارستها. فعملية التبني هي عملية عقلية يمر بها الفرد منذ وقت سماعه بالفكرة الجديدة إلى أن يتبناها بشكل كامل كنمط سلوكي عادي في حياته ، وهو ما يدفع إلى القول بأن وصول الرسالة الإعلامية إلى جمهور المواطنين قد حققت الحد الأدنى من متطلبات مرحلة الإدراك ، أما الانتقال عبر باقي مراحل التبني فلنزال يحتاج إلى جهود متصلة في جوانب متعددة حتى يصبح الإقلاع عن تلك الظاهرة هو النمط السلوكي السائد لدي غالبية سكان المجتمع الريفي.
 - ٣ - نظراً لأن ظاهرة الزواج المبكر تعد من الظواهر الاجتماعية المنتشرة في المجتمعات الريفية، فيجب أن يكون هناك درجة من التكامل بين المداخل الإعلامية المختلفة لمعالجة تلك القضية مع التركيز على المدخل الصحي ، حيث أن المخاطر الصحية العاجلة والأجلة تمثل أكثر أنواع المخاطر من حيث احتمالات الحدوث.
 - ٤ - رفع الحد الأدنى لسن زواج الفتيات من ١٦ سنة إلى ١٨ سنة وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية WHO وسن القوانين وتطبيق العقوبات الرادعة لمخالفة ذلك.
 - ٥ - تطوير برامج تنظيم الأسرة بما يتواءم مع الخصوصية الثقافية لكل مجتمع من المجتمعات الريفية المحلية ، مع ربط تلك البرامج السكانية بشكل أو بآخر ببرامج ومشاريع للتنمية الريفية.
 - ٦ - تدعيم وتمعيم الجهود المبذولة من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية بالتعاون مع منظمة اليونيسيف UNICEF ، ومنظمة الصحة العالمية WHO ، صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA لتصل إلى جميع المجتمعات المحلية والتي تستهدف خفض أعداد الفتيات اللاتي يتعرضن للتعنيف بصفة عامة وللختان والزواج المبكر بصفة خاصة. من خلال التعاون مع قيادات المجتمع ، ورجال الدين، والمدرسين ، والأطباء ، والممرضات ، والعاملين في المنظمات الأهلية NGO في محاولة لتغيير آراء الأهالي في تلك الممارسات.
 - ٧ - مكافحة ظاهرة التسرب من التعليم بصفة عامة ، وتسرب الإناث على وجه الخصوص ، والعمل على تنفيذ الخطة القومية لمحو الأمية بشكل جاد ، مع إعطاء أولويات لفئات الشباب من ١٥ سنة فأكثر ممن تسربوا من قطاع التعليم الأساسي أو لم يلتحقوا أصلاً به ، والتركيز على النساء في فئات الإنجاب (١٥ - ٤٩) سنة ، مع وضع التشريعات الملزمة لمنع ظاهرة التسرب عامة ، وتسرب الإناث خاصة .
 - ٨ - توعية الأطفال في سن المدرسة عن الممارسات الضارة ضد المرأة والطفل من خلال إضافة بعض المعلومات القيمة في المناهج الدراسية التي تخدم تلك الجزئية.
 - ٩ - إتاحة حزمة من المشروعات الاقتصادية الصغيرة المولدة للدخل في شكل قروض صغيرة بحيث توجه للمرأة الريفية بصفة عامة مع التركيز بشكل خاص على تحسين أوضاع المرأة الريفية. وتدعيم مشاركتها في أوجه النشاطات الاقتصادية والاجتماعية والصحية من خلال التسهيلات المقدمة لها في أماكن تواجدها وعلى رأسها نوادي المرأة Women's Club .

المراجع

- ١- ابن الجوزي ، ١٩٩١ ، " صفة الصفوة " ، ط ١ ، دار الفكر ، القاهرة .
- ٢- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، ١٩٩٨ ، " النتائج النهائية لتعداد السكان بجمهورية مصر العربية ، تعداد ١٩٩٦ ، إجمالي الجمهورية - الجزء الأول ، مرجع رقم ١١٠٢ / ١٩٩٨ / أ م ن
- ٣- الزناتي ، فاطمة & آن واي ، ٢٠٠١ ، " المسح السكاني الصحي - مصر ٢٠٠٠ " ، المجلس القومي للسكان ، وزارة الصحة والسكان ، يناير ٢٠٠١ .
- ٤- السمالوطي ، إقبال الأمير وآخرون (دكاترة) ، ٢٠٠٠ ، " دراسة تحليلية لظاهرة الزواج المبكر - بالتطبيق علي بعض قرى محافظة الجيزة " ، وزارة الشؤون الاجتماعية ، الإدارة العامة لشئون المرأة بالتعاون مع منظمة اليونيسيف .
- ٥- المجلس القومي للطفولة والأمومة ، ١٩٩٨ ، " الطفولة والأمومة " ، نشرة إخبارية تصدرها الإدارة العامة للمجلس القومي للأمومة والطفولة - العدد ٢٩ - يوليو ١٩٩٨ .
- ٦- المرأة الريفية - اللجنة القومية للمرأة ، ١٩٩٦ ، " الإطار الفكري لمكون المرأة في الخطة الخمسية الاقتصادية والاجتماعية ١٩٩٧ - ٢٠٠٢ " ، ديسمبر ١٩٩٦ .
- ٧- النيلوى ، عايدة فؤاد عبد الفتاح ، ١٩٩١ ، " ظاهرة الطلاق في المجتمع المصري بين النمط المثالي والنمط الواقعي - دراسة أنثروبولوجية اجتماعية في إحدى القرى المصرية " ، رسالة دكتوراه ، قسم الاجتماع ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
- ٨- بهي الدين ، أميرة ، ١٩٩٤ ، " الطفولة الأنثى بين الحماية القانونية والاعتداءات الواقعية " ، في : فوزية عبد الستار : المرأة في التشريعات المصرية وتحديات القرن الحادي والعشرين ، المجلس القومي للأمومة والطفولة ، القاهرة .
- ٩- راشد ، محمد جمال الدين (دكتور) ، ٢٠٠٠ ، " ظاهرة الزواج المبكر بريف محافظة أسيوط " ، المجلس القومي للسكان ، القاهرة .
- ١٠- ربحان ، إبراهيم إبراهيم (دكتور) ، ٢٠٠١ ، " مشروع منع الممارسات الضارة ضد المرأة - مسح ختان الإناث في عدد ٢٦ قرية بمحافظات : الجيزة ، المنيا ، أسيوط ، وسوهاج " ، مركز الدراسات والاستشارات بكلية الزراعة - جامعة عين شمس ، بالتعاون مع الإدارة العامة لشئون المرأة ، وزارة التأمينات والشؤون الاجتماعية .
- ١١- درويش ، مصطفى عبد الرحمن & عبد التواب عبد اللاه (دكاترة) ، ١٩٨٨ ، " مقياس المستوي الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة - الصورة المعدلة " ، قسم أصول التربية ، كلية التربية ، جامعة أسيوط .
- ١٢- دياب ، فوزية ، " القيم والمبادئ الاجتماعية " ، دار الكتاب العربي ، القاهرة .
- ١٣- شاهين ، زينب ، ١٩٩٥ ، " انتهاك حقوق الأطفال الإناث " ، تقرير مقدم من الجمعيات الأهلية المصرية للمنتدى العالمي للمرأة ببيكين ، المجلس القومي للأمومة والطفولة ، القاهرة .
- ١٤- شكري ، علياء وآخرون (دكاترة) ، ١٩٨٨ ، " المرأة في الريف والحضر - دراسة لحياتها في العمل والأسرة " ، دار المعارف الجامعية ، الإسكندرية .
- ١٥- عبد الحميد ، عزة عبد الكريم ، ١٩٩٣ ، " دراسة عن دور المرأة الريفية في مجال الأمومة والطفولة " ، رسالة ماجستير ، كلية الزراعة ، جامعة القاهرة .
- ١٦- عبد الوهاب ، شيرين ماهر ، ١٩٩٠ ، " دراسة دور المرأة الريفية في التنمية الريفية في بعض قرى واحة الخارجة بمحافظة الوادي الجديد " ، رسالة ماجستير ، كلية الزراعة ، جامعة الإسكندرية .
- ١٧- علي ، أمان محمد ، ١٩٩٤ ، " دراسة مقارنة عن دور المرأة الريفية في مجالات التنمية الريفية فسي بعض القرى المستصلحة حديثاً والقرى التقليدية " ، رسالة دكتوراه ، زراعة القاهرة .
- ١٨- فروخ ، عمر ، ١٩٧٤ ، " الأسرة في الشرع الإسلامي مع لمحة من تاريخ التشريع إلى ظهور الإسلام " ، ط ٢ ، بيروت .

- ١٩- محرم ، إبراهيم سعد الدين و محمد محمود بركات (مكتاترة) ، ١٩٨٧ ، " التكيف الاجتماعي للهاجرين إلى الريف - دراسة حالة في قرية مصرية " ، المؤتمر القومي الثاني عشر للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث الاجتماعية والسكانية ، جامعة عين شمس .
- ٢٠- منصور ، عصمت & راشد محمود طه (مكتاترة) ، ١٩٩٦ ، " تقرير صحة المرأة في مصر وكيفية تطوير الخدمات الصحية في هذا المجال " ، الأوراق الخلفية للإطار الفكري لمكون المرأة في الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ، رئاسة مجلس الوزراء ، المجلس القومي للطفولة والأمومة .
- ٢١- نصر ، حسنى ، " تشريعات حماية الطفولة " ، منشأة المعارف ، الإسكندرية .
- ٢٢- وزارة الصحة والسكان ، ١٩٩٨ ، " الرسائل الإعلامية للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة " ، قطاع السكان وتنظيم الأسرة - مشروع تنمية النظم الثاني - ، القاهرة .
- ٢٣- يحيى ، مجدي علي و عبد العزيز محمد شفيق (مكتاترة) ، ١٩٩٩ ، " المكون السلوكي للزيفيات في مجال رعاية الأمومة والطفولة - دراسة حالة في قرية مصرية " ، المجلة المصرية للعلوم التطبيقية ، كلية الزراعة ، جامعة الزقازيق ، المجلد ١٤ ، يوليو ١٩٩٩ .
- ٢٤- يوسف ، حسين محمد ، ١٩٧٥ ، " أهداف الأسرة في الإسلام والتغيرات المضادة " ، ط١ ، دار الاعتصام ، القاهرة .

- 25- El-Hamamsy, Laila, (1994) , " Early Marriage and Reproduction in Two Egyptian Villages ", The Population Council / UNFPA, New York.
- 26- El- Tigani, E., El- Tigani , (2000) , " Changes in Family – Building and Patterns in Egypt and Morocco: A Comparative Analysis ", Vol. 26, No. 2, The Alan Guttmacher Institute.
- 27- Ober Meyer, Carla Makhoul, (1999), " The Cultural Context of Reproductive Health: Implications for Monitoring the Cairo Agenda " , Vol. 25, The Alan Guttmacher Institute.
- 28- Tew., Susan, Beth Fredrick, (1998), " Neglecting Young Women's Reproductive Health Needs Threatens World Wide Progress ",The Alan Guttmacher Institute.
- 29- Unicef, (2001), " Early Marriage – Child Spouses " , No. 7, Innocenti Research Center.
- 30- Unicef Amman, (1995), " Ending Gender Disparities In The Arab World " , A Profile on the Situation of Girls in the Region.
- 31-United Nations Economic and Social Council, (1995), " Preliminary report submitted by the Special Rapporteur on Violence against Women, its Causes and Consequences " , Ms. Radika Coomaraswamy, in accordance with Commission on Woman Rights resolution 1994 / 45.22, Nov. 1994
- 32- The Alan Guttmacher Institute, (2001), " Being Under Weight Does Not Raise The Risk Of Most Pregnancy Complications " , International Family Planing Perspectives, Vol. 33, No. 4.
- 33-The Alan Guttmacher Institute, (1998), " Into a new World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives " .
- 34-The Alan Guttmacher Institute, (1998), " Family Planning Improves Child Survival and Health " .
- 35- The Alan Guttmacher Institute, (1996), " Early Marriage Among women in Developing Countries", International Family Planning Perspectives, Vol. 33, No. 4.

EARLY MARRIAGE OF GIRLS AND IT'S RELATION WITH SOME INDICATORS OF RURAL WOMAN'S REPRODUCTIVE HEALTH " IN ARAB MOTEER VILLAGE – ASSUIT GOVERNORATE "

Barakat, M. M.; M. A. Yehia and Jacinte I. Rehan
Rural Sociology and Agric. Extension Dept., Faculty of Agric., Ain Shams Univ., Cairo, Egypt.

ABSTRACT

The study aims to identify the impacts of early marriage on some indicators of rural women's reproductive health and also the most important health complications of early marriage. " Arab Moteer village " – " El-Fatth district " – " Assuit Governorate " was selected as the geographical field of the study. A purposive sample has been selected with a size of 215 rural women representing 6.5% of the total village families, on two conditions, that the woman has been married at age less than or equal to 16 and the current age less than or equal to 30 years old.

A questionnaire was designed and collected using the personal interview (after it was pre-tested) during October, November and December 2001, then the data were tabulated and analyzed by using model "Moharam – Barakat " of X^2 test.

The results showed that nine variables affecting the reproductive health indicators concerning the study and explained about 32.6% of the total variance of reproductive health indicators as a dependent variable. The variables have been arranged according to Chi Square Coefficient (X^2) and were the following : husband age at marriage, monthly family income, Livestock holding size, wife current age, house density, husband occupation, wife age at marriage, number of family members and finally the socio-economic status of wife's current family.

In addition to that, the results of the sample indicated that the most important health complications of early marriage showed that 63.3% of the women complained from "general weakness of the body". Followed by 25.6% of the total sample complained from " pain in bones". Then 5.1% complained from "delivery of handicapped babies".