الإحتيـــاجات المعرفية بالصـحة الإنجـــابية للطـــالبات في مرحلة التعليم الثانوي العام فى مركز أبو حمص محافظة البحيرة

د.إيمان عوض ســـراج أ.د.إميل صبحي ميخائيل

معهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية – مركز البحوث الزراعية

المستخلص

إستهدف البحث التعرف على مستوى الإحتياجات المعرفية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية فيما يتعلق بالزواج المبكر وزواج الأقارب، والفحص الطبى قبل الزواج، والطمث (أو الحيض)، وختان الإناث، وكذا التعرف على المصادر الحالية والمفضلة لديهن مستقبلا كمصادر لمعلوماتهن عن الصحة الإنجابية، والتعرف أيضا على إعتقاداتهن وآرائهن حول بعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة، وتحديد العلاقات الإرتباطية بين درجات إحتياجاتهن المعرفية الكلية بالصحة الإنجابية كمتغير تابع وكل من الخصائص المميزة لهن ولأسرهن كمتغيرات مستقلة .

وقد أجري هذا البحث علي طالبات الصفين الأول والثاني الثانوي العام في مدرستي أبو حمص الثانوية بنات، والحديري الثانوية المشتركة في مركز أبو حمص بمحافظة البحيرة واللتين تم إختيارهما بطريقة عشوائية حيث بلغ إجمالي عدد الطالبات في كشوف الصفين الأول والثاني بالمدرستين 792 طالبة، إختيرت من بينهن عينة عشوائية منتظمة قوامها 150 طالبة مبحوثة من كشوف القيد بفصول الطالبات بهما بنسبة بلغت 19% من إجمالي عدد الطالبات، وتم جمع البيانات منهن بإستخدام إستمارة إستبيان بالمقابلة الشخصية، وإستخدمت الجداول التكرارية، والنسب المئوية، والمدى، والمتوسط الحسابى، والإنحراف المعيارى، ومعامل الإرتباط البسيط لبيرسون، ومعامل إرتباط الرتب سبيرمان، ومربع كاى في تحليل البيانات وعرض النتائج.

وكانت أهم النتائج البحثية كما يلى:

- تتراوح إلإحتياجات المعرفية الكلية بالصحة الإنجابية لأكثر من ثلثى الطالبات المبحوثات 68,67٪ بين متوسط ومرتفع، بينما 31,33 ٪ منهن إحتياجاتهن المعرفية منخفضة.
- جاءت الأم في المرتبة الأولي كمصدر حالي لمعلومات المبحوثات عن الصحة الإنجابية 33٪، ثم التليفزيون 30٪، فشبكة الانترنت 20,6٪، وكمصادر مفضلة لمعلومات المبحوثات مستقبلا جاءت الأم أيضا في المرتبة الأولي 34,6٪، ويليها والزائرة الصحية 18,0٪، فالإخوات الإناث 17,3٪.

- تبين أن 60٪ من الطالبات المبحوثات كانت إعتقاداتهن وأرائهن حول بعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالانجاب والخصوبة صائبة وصحيحة، بينما حوالي 13٪ منهن كانت إعتقاداتهن خاطئة ومشوهة.
- توجد علاقة إرتباطية طردية موجبة ومغزوية عند المستوى الاحتمالى 0,01 بين درجات الإحتياجات المعرفية الكلية بالصحة الإنجابية كمتغير تابع والمتغيرات المستقلة الأربعة عمل الأم، وعمل الأب، ونوع الأسرة، والسماع عن الصحة الإنجابية، كما توجد علاقة ارتباطية عكسية ومغزوية عند نفس المستوي الإحتمالي مع متغيرين مستقلين وهما عدد مصادر المعلومات الحالية والمفضلة لدى المبحوثات، ودرجة إعتقاد الطالبات المبحوثات وآرائهن الخاصة ببعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة، كما تبين وجود علاقة إرتباطية طردية موجبة ومغزوية عند المستوى الاحتمالى 0,05 مع متغير مستقل واحد وهو درجة تعليم الأب.

المقدمة والمشكلة البحثية

تعتبر الصحة الإنجابية ركن أساسي من أركان الصحة العامة للفرد ورفاهيته ومكون رئيسي من مكونات الرعاية الصحية، خاصة و أن الإهتمام والتحسين المستمر في قضايا الصحة الإنجابية لايقتصر دوره فقط علي القضايا المتعلقة بصحة ووفيات الأمهات والأطفال وتنظيم الأسرة ، وإنما يمتد أثره أبعد من ذلك ليشمل قضايا النمو الإجتماعي والثقافي، وقضايا النوع الإجتماعي والمساواة بين الجنسين. (أسماء عبد السلام، 2009، ص14)، و(Engen,2013,p2)

كما لاتقتصر محددات الصحة الإنجابية علي خدمات العناية الصحية المتاحة فقط بل تتخطاها لتشمل المتغيرات الإجتماعية والإقتصادية التي تؤثر بشكل كبير علي التطور الإجتماعي والدخل الإقتصادي. (Chandra and Camacho, 2010,p.6)

علي الرغم من أن بلوغ الصحة الإنجابية يعتبر حق مكفول للجميع، وتتمتع بإعتراف دولي إلا أن واقع الأمر يختلف عن هذا تماما، فالكثيرون لايستطيعون ممارسته لوجود كثير من المعوقات المختلفة التي تحول دون الحصول علي هذا الحق وممارستة، حيث تلعب العادات والتقاليد السائدة، والنواحي القانونية والإجتماعية علي إختلافها من مجتمع لأخر دورا لايستهان به في هذا الشأن فعادة ما يعتبر الحديث عن الصحة الإنجابية في بعض المجتمعات من بين الموضوعات المحرم عرضها والحديث عنها بحكم العادات والتقاليد، إذ يفضل المجتمع إخفاء المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية بدلا من الكشف عنها ورصدها ومواجهتها وعلاجها، فتكون النتيجة الحتمية تفاقم المشكلات المرتبطة بها وزيادة خطورة أثرها الممتد تراكميا فى المجتمع. (أبو زنيد، 2007 ، ص 6)

وقد تبنت العديد من الدول العربية مفهوم الصحة الإنجابية علي أهميته متأخرا، حيث صدر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة عام 1994م مفهوما معتمدا للصحة الإنجابية وهو " قدرة الناس علي التمتع بحياة إنجابية صحية ومأمونة، وقدرتهم علي الإنجاب، وتكريس حق الرجل والمرأة في معرفة وإستخدام أساليب تنظيم الأسرة المناسبة التي تمكن المرأة من أن إجتياز فترة الحمل والولادة بأمان، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة ". (عبد المنعم وحليمي،2010، ص ص75 و76).

وبناء علي هذا التعريف برز مفهوم الحقوق الإنجابية الذي يشمل حقوق الإنسان المعترف بها فعلاً في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة، وتشمل هذه الحقوق الحق الأساسي لجميع الأزواج في أن يقرروا بأنفسهم وبحرية تامة عدد أبنائهم، وفترة التباعد الزمنى بين الأبناء، وتوقيت إنجابهم، وأن تتاح لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والإعتراف أيضا بالحق في بلوغ أعلي مستوي ممكن من الصحة الإنجابية، كما تشمل أيضا حقهم في إتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه وعند ممارسة الأزواج لهذا الحق أن يأخذوا في الإعتبار حاجاتهم وحاجات الأبناء المعيشية في المستقبل ومسئولياتهم تجاه المجتمع، وينبغي أن يكون تعزيز هذه الحقوق للجميع هو المرتكز الأساسي لبرنامج الممارسة المسئولة والسياسات التي تدعمها الحكومات والمجتمعات في مجال الصحة الإنجابية (عبد المنعم وحليمي، 2010، ص76).

ومع ذلك فإن مايتعلق بمؤشرات التنمية في الدول العربية ويخص المرأة مازال منخفضا، فلازال الوضع الصحي متدنيا، ونسبة النساء اللاتي يتوفين عقب الولادة خاصة في البلدان الفقيرة مرتفعة، ومازال مستوي تعليم الإناث منخفضا. (دليل إدماج الإرشاد النفسي والإجتماعى والقانونى، 2008 ، ص 22).

ويؤكد Engen (2013,p.2) علي وجود فجوات معلوماتية، ومعلومات خاطئة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية في هذه المجتمعات العربية والنامية مما يؤدي بدوره الي سلسلة تراكمية متتابعة وممتدة من السلبيات التي تتعلق بكل النواحي الحياتية الأخري بحيث ينعكس تأثير ذلك جليا علي مظاهر الحياة بشكل عام فى المستقبل.

ويفتقر الكثير من الرجال والنساء خاصة في مجتمعاتنا الريفية إلي ثقافة الصحة الانجابية والتي يؤثر الجهل بها سلبا علي العديد من مناحي حياتهم الإجتماعية والأسرية والصحية، ويترتب عن ذلك العديد من المشكلات والظواهر السلبية مثل الزواج المبكر، وختان الإناث، والتحرش الجنسي بالإضافة الي العديد من الأمراض المنقولة وراثيا والتي ترجع نسبة كبيرة منها إلي زواج الأقارب إلى جانب التقصير في إجراء فحوصات ما قبل الزواج، ربما لعدم الإقتناع بجدوى هذه الفحوصات، وهو

ما تحاول أن تواجهه منظمات المجتمع المدني المهتمة بالجانب الصحى جاهدة من خلال الدور الملحوظ الذي تقوم به في التوعية والتثقيف بقضايا وموضوعات الصحة الإنجابية (ميخائيل وايمان سراج، 2017، ص282).

وتعد مرحلة المراهقة من المنعطفات الخطرة في حياة الإنسان وهي من المراحل التي تتحكم كثيرا في توجهات وسلوكيات البالغين مستقبلا، فضلا عن أهميتها في تحديد خصائص الإنسان الثقافية والإجتماعية والصحية حيث تلعب المعارف والمؤثرات والمعتقدات التي يتعرض لها المراهق في هذه المرحلة دورا كبيرا في تحديد مستقبله وتشكيل شخصيته، وكما يحتاج المراهقون إلي عناية خاصة علميا وإجتماعيا وسلوكيا، فإنهم بحاجة أيضا إلي عناية صحية متميزة تهتم بدراسة مشكلاتهم الصحية، وأسباب الأمرض والوفيات بينهم، ومن ثم حثهم علي الأخذ بالأساليب اللازمة للوقاية وعلاج أي خلل صحي، فضلا عن الإهتمام بصحتهم الإنجابية. (الركبان،2004، ص ص 56–70)

وحتى الآن لم تحظ إحتياجات المراهقين المتعلقة بالصحة الإنجابية بعد بالقدر الكافي من الإهتمام علي المستويين المحلي والدولي، كما أن مفهوم الصحة الإنجابية مازال مقتصرا فقط علي النساء المتزوجات في سن الإنجاب، أو علي تنظيم الأسرة بالرغم من دمج مفهوم الصحة الإنجابية ضمن مفاهيم التنمية الشاملة والمستدامة والتي تكفل حق المراهقين في الحصول علي الصحة والرفاهية والتعليم الوافي المتعلق بالحياة الأسرية والإنجابية من خلال مؤتمر التنمية والسكان بالقاهرة عام 1994. (أحمد، 2014، ص10)

كما أكدت كل من WHO (2011,p.9) ، و Chritidinsene et.al.(2013,p.6) علي وجود قصور شديد في الإهتمام بالصحة الإنجابية للمراهقات، حيث وجد أن قرابة 16 مليون فتاة علي مستوي العالم تتراوح أعمارهن بين 15، و19 عاما يضعن مولودا كل عام، ويتعرض عدد كبير منهن لمخاطر كبيرة قد تصل إلي حد الوفاة أثناء الحمل والولادة، وقد تعزي هذه المخاطر إلي العديد من الأسباب لعل من أهمها القصور والندرة في الحصول علي المعلومات الخاصة بأنسب سن للزواج والإنجاب، وإستخدام موانع الحمل ونوعيتها المناسبة، وخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، مما يؤكد علي أن القصور فى نشر والتوعية بالمعلومات المتعلقة بالصحة الانجابية للمراهقات يزيد من إحتمال تعرضهن لمشكلات صحية كثيرة في المستقبل.

ويرى كل من سارة حنفى (2012، ص2) و Chandra–Mouli, and Camacho (2010,p6) أنه من المهم لتقليل أو تفادي هذه المخاطر ما أمكن توفير المعلومات الدقيقة التى تتناسب وإحتياجاتهن فى هذا الشأن وفقا لأعمارهن.

وتوضح نتائج الدراسة التى أجراها المشروع العربى لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية (2007) عن وجود قصور شديد وملحوظ في المعارف المتعلقة بالصحة الإنجابية للمراهقين، فضلا عن ضعف دور الأسرة في التوعية ونقل المعارف والعادات السلوكية السليمة والمثلي للفتيات حيث أشارت النتائج إلى أن 20٪ من الشباب العربي من الذكور يلجأون إلى الأب كمصدر للمعرفة، وأن أكثر من النصف 60٪ منهم يعتمدون علي الأصدقاء في ذلك، في حين تعد المدرسة أيضا مصدرا لمعلومات 3٪ منهم فقط، كما تلجأ الإناث الي الأم كمصدر للمعرفة حول مرحلة البلوغ وما ينجم عنها بنسبة 55٪، وإلي الأخت الكبري إن وجدت، أو صديقاتها بنسبة 30٪ لكل منها تقريبا، بينما 6٪ فقط منهن يعتمدن علي المدرسة، والإعلام كمصدر للمعلومات، وهكذا تأتي المدرسة والإعلام في مراتب متأخرة كمصادر للمعلومات في مرحلة المراهقة.

ويظهر هذا القصور جليا في مصر. فعلي الرغم من أن المدارس يمكن أن تكون بمثابة منصات توعوية وإعلامية ومصادر آمنة وموثوقة لتوعية الشباب حول الصحة الإنجابية إلا أن الشباب وبصفة خاصة الفتيات لم تحصلن علي التربية الإنجابية بشكل صحيح وكاف من خلال النظام المدرسي الرسمي نظرا لقلة المواد الثقافية المتعلقة بهذا الموضوع فى المناهج الدراسية خاصة بالمدارس الإعدادية والثانوية بأنواعها المختلفة. (UNICEF,2009)

فقد أشارت نتائج دراسة سارة حنفي (2012، ص2) إلى أن الفتيات يفتقرن بصورة ملحوظة ومفزعة إلي المعارف الصحيحة حول الصحة الإنجابية، كما تنامى انتشار المعلومات الخاطئة حول الصة الإنجابية بين الفتيات عن الفتيان، وقد يرجع السبب في ذلك الي إعطاء معلومات غير كافية وغير موثوقة علميا وصحيا للفتيات والمراهقات عند منافشة موضوعات الصحة الانجابية، كما ان موضوعات الصحة الانجابية لم يتم تغطيتها في المناهج الدراسية بشكل كاف فحسب، ولكن غالبا ما يتخطي المعلمون شرح المعلومات المحدودة في المنهج الدراسي لشعورهم بالحرج وعدم إستعدادهم لمناقشة هذه القضايا مع الطالبات مما يضيع فرصة هامة لإكساب الفتيات في هذه المرحلة المعلومات والمعارف المرتبطة بتلك الموضوعات، الأمر الذي يترتب عليه حدوث فجوات عميقة في معارفهن بالصحة الإنجابية.

ومن جهة أخري قد يرجع القصور في المعارف المتعلقة بالصحة الإنجابية لدي الشباب من الجنسين إلي عدم رغبة وإستعداد وتهيئة الآباء والأمهات لتزويد أبنائهم وبناتهم بهذه المعلومات أو حتي مناقشتها معهم بلا خجل، لذلك فإن تعليم الصحة الإنجابية وما يتصل بها من معلومات بشكل صحيح ينبغي أن يكون جزء شاملا من السياسات القومية التربوية والتعليمية للدولة. (Engen , 2013,p.5).

وفيما يتعلق بقضايا الصحة الصحة الإنجابية فقد أجريت العديد من الدراسات منها:

دراسة اسيا شريف (2011) بعنوان " الشباب والتثقيف الصحى فى قضايا الصحة الإنجابية وإعدادهم للدور الإنجابى وتهدف الدراسة إلى الوقوف على الفجوة النوعية بين الذكور والإناث فيما يتعلق بمعرفتهم وإتجاهاتهم بقضايا الصحة الإنجابية فى بعض الدول العربية وأهم المشكلات التى تواجههم فى هذا المجال، فقد أشارت النتائج إلى إفتقار الشباب العربى للمعارف التى تخص قضايا الصحة الإنجابية، والإعداد للدور الإنجابى، وكذا غياب الوعى الصحى فى أوساط الشباب نتيجة لمحدودية الحوار وإتباع ثقافة الصمت والحرج المجتمعى فى الحديث عن هذه المعارف مع الشباب من الجنسين.

دراسة سميرة قنديل وآخرون (2015) بعنوان " الوعى بالمشكلات الإجتماعية والنفسية وعلاقته بالسلوك الصحى للصحة الإنجابية لدى الفتيات فى مرحلة المراهقة "، وتم إجراء الدراسة على عينة من طالبات المرحلة الثانوية من ريف وحضر محافظة دمياط، وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الريفيات والحضريات فى الوعى بالمشكلات الإجتماعية والنفسية التى تواجه الفتيات فى مرحلة المراهقة، ووجود فروق ذات دلالة مغزوية بين الريفيات والحضريات فى الوعى والسلوك الصحى للصحة الإنجابية، وأن هناك علاقة طردية ومعنوية بين أبعاد الوعى بالمشكلات الإجتماعية والنفسية لدى الفتيات فى مرحلة المراهقة وسلوكهن الصحى فى الصحة الإنجابية

دراسة Noha Mustafa and Yasmine Muhammad (2018) بعنوان: "Impact of Educational Program on Reproductive Health Knowledge of Female Preparatory School Students in Alexandria Governorate" وتهدف إلى تقييم تأثير تطبيق برنامج تعليمى عن الصحة الإنجابية على معلومات الطالبات فى المرحلة الإعدادية فى موضوعات: البلوغ والحيض، والعدوى بالأمراض المنقولة جنسيا، وإنقطاع الطمث، وختان الإناث قبل وبعد ستة أسابيع من تعرضهن للبرنامج. وقد أسفرت النتائج عن حدوث تحسن معنوى ملموس فى معلومات الطالبات المتعلقة بالصحة الإنجابية فى المجالات المدروسة حيث بلغت نسبة الطالبات ذوات المستوى المعرفى المرتفع 64,7٪ وذلك بعد تعرضهن للبرنامج التعليمى مقابل صفر٪ قبل التعرض للبرنامج. وقد أوصت الدراسة بضرورة تضافر وتكامل الجهود من أجل التوسع فى تطبيق مثل هذه البرامج وتعميمها على الفتيات فى مرحلة التعليم الأساسي (الابتدائى والإعدادى)، بما ينعكس علي تحسين صحتهن الإنجابية.

ومن منطلق واقع وأهمية دور ومشاركة المرأة للرجل في كل برامج وعمليات التنمية بشكل أساسي وما يقع علي عاتقها من أدوار ومسئوليات ضخمة وجب الإهتمام بصحة المرأة عموما في

كافة مراحل حياتها ولاسيما الإهتمام بالصحة الإنجابية، وحيث أن المجتمع الريفي جزء لايتجزأ من المجتمع فإن الإهتمام بتحسين صحة الريفيات خاصة صحتهن الإنجابية في مرحلة المراهقة وقبل الزواج علي إعتبار أنهن زوجات وأمهات المستقبل القريب وسيقع علي عاتقهن لامحالة مسئولية كبيرة في تربية الأجيال القادمة، فتنشئتهن صحيا وسلوكيا ونفسيا بشكل سليم خاصة في ظل القصور المعلوماتى والإعلامى والفقر المعرفي الواضح بقضايا الصحة الإنجابية من جانب الأسرة والمدرسة علي حد سواء وبالأكثر في المناطق الريفية، فضلا عن إنتشار ثقافة الحرج والصمت المجتمعي تجاه مثل هذه القضايا يعد أمرا جوهريا لاغني عنه.

لذا كان من الأهمية التفكير في إجراء هذا البحث للتعرف علي درجة الإحتياج المعرفي بالصحة الإنجابية للطالبات الريفيات في مرحلة التعليم الثانوي العام في مركز أبوحمص بمحافظة البحيرة، والتعرف على المصادر الحالية والمفضلة مستقبلا كمصادر لمعلوماتهن عن الصحة الإنجابية، وكذا التعرف على اعتقاداتهن وآرائهن حول بعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة حتى يمكن الإستفادة بما يسفر عنه البحث من نتائج عن من استكشاف واقع مستوى معارف الطالبات بهذه القضايا خلال تلك المرحلة العمرية الحرجة كمؤشرات يمكن الإستناد إليها في تخطيط وبناء حملات توعية وبرامج إرشادية للنهوض بالصحة الإنجابية لفتيات اليوم وزوجات وأمهات المستقبل علي ضوء هذه النتائج.

أهــداف البحث

1- التعرف علي مســتوي الإحتياجات المعرفية للطـــالبات المبحوثات بالصـــحة الإنجـابية فيما يتعلق بأربعة محاور التالية: الزواج المبكر وزواج الأقارب، والفحص الطبى قبل الزواج، والطمث (أو الحيض)، وختان الإناث المدروسة.

2- التعرف على مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا لدي الطالبات المبحوثات كمصادر لمعلوماتهن عن الصحة الإنجابية وأهميتها النسبية.

3- التعرف علي إعتقادات وآراء الطالبات المبحوثات حول بعض المعتقدات والمفاهيم الســـائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة.

4- تحديد العلاقات الإرتباطية بين درجات الإحتياجات المعرفية الكلية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية كمتغير تابع، وكل من خصائصهن المميزة موضوع الدراســـة كمتغيرات مستقلة.

الفروض البحثية

لتحقيق الهدف الرابع من البحث تمت صياغة الفرض البحثي التالي: " توجد علاقة إرتباطية معنوية بين درجات إلاحتياجات المعرفية الكلية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية كمتغير تابع، وبين كل من المتغيرات المستقلة المدروسة التالية: درجة تعليم الأم، ودرجة تعليم الأب، وعمل الأم، وعمل الأب، ونوع الأسرة، وعدد الأخوة الذكور، وعدد الأخوة الإناث، وترتيب الطالبة المبحوثة بين إخوتها، وعدد مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا لدي الطالبة المبحوثة للحصول علي معلومات عن الصحة الإنجابية، ورأي الطالبة المبحوثة (درجة الإعتقاد) في بعض المعتقدات والمفاهيم السائدة حول الإنجاب والخصوبة، والسماع عن الصحة الإنجابية.

هذا وقد تم إختبار هذا الفرض الاحصائى في صورته الصفرية لاختبار الفرض البحثى.

أهمية البحث

يتوقع أن تسفر نتائج البحث فى الإحتياجات المعرفية بالصحة الإنجابية للطالبات المبحوثات عن بعض أبعاد الصحة الانجابية فى أن تعد بمثابة الخطوة الأولي والركيزة الأساسية لتخطيط البرامج الإرشادية والتربوية والصحية والتثقيفية الموجهة لهذه الفئة على أساس فعلي من إحتياجاتهن المعرفية خلال هذه المرحلة العمرية الحرجة لما لها من أثر كبير وممتدعليهن مستقبلا مما يسهم فى تحسين مستوي معارفهن المتعلقة بالصحة الإنجابية، كما يمكن من أن تعد نتائج البحث أساس ومؤشر لإعداد برامج تدريبية متخصصة بهذا الموضوع، وكذلك تنظيم ندوات صحية يشرف على تنظيمها وإدارتها وتحديد موضوعاتها ومحتواها خبراء متخصصون ويتم تنفيذها بشكل دورى مستمر ومنتظم لإرساء المفاهيم الإنجابية السليمة وتقويم الخاطىء منها كمكون هام من أنشطة وأهداف هذه البرامج لهذه الفئة من الطالبات فى مدارسهن، كما يمكن الاستفادة من نتائج البحث فى عمل نشرات موضح بها المعلومات الهامة بالصحة الإنجابية سواء الإيجابية منها وتدعيمها، أو السلبية الخاطئة والتى تؤدى إلى تشويه كثير من معلوماتهن ومفاهيمهن، خاصة وقد تبين من نتائج الكثير من الدراسات إعتماد المراهقات علي صديقاتهن كمصادر لمعارفهن في هذا الشأن الخطير مع حداثة وسطحية وخطأ وتشوه كثير من معلوماتهن ومفاهيمهن غير المؤكدة في ذلك. كما يمكن الاستفادة من نتائج البحث بتوجيه برامج توعوية للآباء والأمهات حول مبادىء ومفاهيم وأسس الصحة الإنجابية.

التعريفات الإجرائية

1- **الاحتياجات المعرفية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية:** ويقصد به في هذا البحث مجموع الدرجات التى تحصل عليها المبحوثة نظير استجابتها للعبارات المعبرة عن مقدار الفجوة المعرفية بين معارف الطالبات المبحوثات الحالية والمعارف المثلي أو الصحيحة، أو مقدار النقص

المعرفي فيما يتعلق بأربعة محاور للصحة الإنجابية وهى: المعارف المتعلقة بالزواج المبكر وزواج الأقارب، والمعارف المتعلقة بالفحص الطبي قبل الزواج، والمعارف المتعلقة بالطمث، والمعارف المتعلقة بختان الإناث.

2- **الزواج المبكر وزواج الأقارب:** ويقصد به في هذا البحث مجموع الدرجات التى تحصل عليها المبحوثة نظير استجابتها للعبارات المعبرة عن معارفها المتعلقة بالزواج المبكر وزواج الأقارب وعلاقة ذلك بالمحافظة على صحتها وحمايتها من المخاطر النفسية والاجتماعية.

3- **الفحص الطبى قبل الزواج:** هى مجوع الدرجات التى تحصل عليها المبحوثة نظير استجابتها للعبارات المعبرة عن أهمية الفحص الطبى قبل الزواج لاكتشاف الأمراض الوراثية عند الزوجين مع اتخاذ الإجراءات الصحية والوقاية اللازمة عند حدوث الحمل والولادة لتجنب إنجاب أطفال مشوهين وراثيا.

4- **فترة الحيض والطمث:** هى مجوع الدرجات التى تحصل عليها المبحوثة نظير استجابتها للعبارات المعبرة عن الاحتياطات الصحية والغذائية أثناء فترة الحيض وما يستتبعها من تغيرات سلوكية غير مرغوبة.

5- **ختان الإناث:** هى مجوع الدرجات التى تحصل عليها المبحوثة نظير استجابتها للعبارات المعبرة عن الأضرار والمساوىء الناتجة عن ختان الإناث كعادة موروثة على الصحة الجسدية والنفسية.

6- **مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا التي تستقي منها الطالبة المبحوثة معلوماتها حول الصحة الإنجابية:** ويقصد بها فى هذا البحث عدد مصادر المعلومات المباشرة وغير المباشرة سواء شخصية او جماعية أو جماهيرية والتي تستقي منها المبحوثة معارفها المتعلقة بموضوعات ومحاور الصحة الإنجابية وهى الزواج المبكر وزواج الأقارب، والفحص الطبى قبل الزواج، وفترة الحيض (الطمث)، وختان الإناث.

7- **إعتقادات وآراء الطالبات المبحوثات حول بعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالإنجاب** والخصوبة: ويقصد به فى هذا البحث وجهات نظر المبحوثات ودرجة اعتقادهن حول بعض المعتقدات والمفاهيم الاجتماعية والأقوال المأثورة السائدة والمتعلقة بالإنجاب والخصوبة.

8- **السماع عن الصحة الإنجابية:** ويقصد به فى هذا البحث سماع المبحوثة عن أى من موضوعات الصحة الإنجابية بشكل عام من عدمه.

الطريقة البحثية

منطقة البحث: أجرى هذا البحث فى مركز أبو حمص بمحافظة البحيرة كونها تقع فى النطاق الجغرافى لعمل الباحثين.

شاملة البحث وعينته

أجرى هذا البحث على طالبات مرحلة التعليم الثانوى العام فى مركز أبو حمص بمحافظة البحيرة حيث توجد أربعة مدارس للثانوى العام بين بنات ومشتركة (داخل المدارس المشتركة فصول البنات مستقلة عن فصول البنين) حيث تم إختيار مدرستين من بين هذه المدارس الأربعة بطريقة عشوائية وهما مدرستى أبوحمص الثانوية بنات، والحديرى الثانوية المشتركة، هذا وقد تمثلت شاملة البحث فى جميع طالبات المدرستين المقيدات بكشوف الصفين الأول والثانى الثانوي (وذلك بعد إستبعاد طالبات الصف الثالث لإعتبارهن على مشارف مرحلة التعليم الجامعى بينما لازالت الفرصة متاحة الفترة القادمة لتوعية طالبات الفرقتين الأولى والثانية بتخطيط البرامج لتوعية طالبات هذه المدارس بالصحة الإنجابية). وبلغت شاملة البحث 792 طالبة موزعات على 20 فصل بواقع 10 فصول لكل صف من الصفين الأول والثانى بالمدرستين، وإختيرت من بينهن 150 طالبة كعينة عشوائية منتظمة بنسبة 19 % من الشاملة منهن 80 طالبة بالفرقة الأولى ، و70طالبة بالفرقة الثانية (من واقع كشوف القيد لفصول البنات بالمدرستين) .

استمارة الاستبيان

إشتملت الإستمارة على جزئين أولهما أسئلة تتعلق ببعض الخصائص المميزة للطالبات المبحوثات وأسرهن كمتغيرات مستقلة وهى: درجة تعليم الأم، درجة تعليم الأب، عمل الأم، عمل الأب، نوع الأسرة، عدد الإخوة الذكور، عدد الإخوة الإناث، ترتيب المبحوثة بين إخوتها، مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا، درجة الاعتقاد فى صحة بعض المعتقدات والمفاهيم المتعلقة بالخصوبة والإنجاب، وثانيهما أسئلة الصحة الإنجابية التى تتعلق بأربعة محاور تعبر مجتمعة عن المتغير التابع وهى: معارف الطالبات المبحوثات بالزواج المبكر وزواج الأقارب، والفحص الطبى قبل الزواج ، والطمث (الحيض)، وختان الإناث.

قياس المتغيرات البحثية

أولا: المتغيرات المستقلة

- **درجة تعليم الأم:** تم قياسه بسؤال المبحوثة عن تعليم الأم ثم تم تقسيم المتغير إلى فئات وهى (أمية، وتقرأ وتكتب، وإبتدائي، وإعدادي، ومتوسط، وفوق المتوسط، وعالي، ودراسات عليا)

وأعطيت المبحوثة الدرجات (1، 2 ، 3، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 8) وفقا لإستجابتها على الترتيب.

- **درجة** تعليم **الأب:** تم قياسه بسؤال المبحوثة عن تعليم الأب ثم تم تقسيم المتغير إلى فئات وهى (أمي، ويقرأ ويكتب، وإبتدائي، وإعدادي، ومتوسط، وفوق المتوسط، وعالي، ودراسات عليا) وأعطيت المبحوثة الدرجات (1 ، 2 ، 3، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 8) وفقا لإستجابتها على الترتيب.
- **عمل الأم:** تم قياسه بسؤال المبحوثة مباشرة إذا كانت والدة المبحوثة تعمل عملا آخر غير كونها ربة أسرة وأعطيت الدرجات (2 ، 1) وفقا لإستجابتها (تعمل ولا تعمل) علي الترتيب.
- **عمل الأب:** وتم قياسه بسؤال المبحوثة مباشرة عن طبيعة عمل والدها، وأعطيت الدرجات (3 ، 2 ، 1) وفقا لإستجابتها (يعمل بوظيفة حكومية، يعمل بمهنة حرة، ويعمل بالزراعة) علي الترتيب.
- **نوع الأسرة:** وتم قياسه بسؤال المبحوقة إذا كانت تعيش في أسرة بسيطة مستقلة (الأب والأم والإخوات) أم مركبة وقت إجراء البحث، وأعطيت المبحوثة الدرجات (2 ، 1) وفقاً لإستجابتها لنوع الأسرة بسيطة ومركبة علي الترتيب.
- **عدد الإخوة الذكور:** تم قياسه بسؤال المبحوثة عن عدد الإخوة الذكور بالأسرة، ثم تم تقسيم فئات عدد الذكور إلى ثلاث فئات هى: أخ واحد فقط، و2-3 إخوة ذكور، و4-5 إخوة ذكور.
- **عدد الإخوة الإناث:** تم قياسه بسؤال المبحوثة عن عدد الإخوة الإناث بالأسرة، ثم تم تقسيم فئات عدد الإناث إلى ثلاث فئات هى: أخت واحدة فقط، و2-3 أخوات، و4-5 أخوات.
- **ترتيب المبحوثة بين إخواتها:** تم قياسه بسؤال المبحوثة عن ترتيبها بين إخوتها بالأسرة من الأولى إلى السابعة.
- **مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا التي تستقي منها الطالبة المبحوثة معلوماتها حول الصحة الإنجابية:** وتم قياسه بإعطاء المبحوثة درجة واحدة فقط عن كل مصدرمن المصادر التى تستقى منها المبحوثة معلوماتها عن الزواج المبكر وزواج الأقارب، والفحص الطبى قبل الزواج، وفترة الحيض (الطمث)، وختان الإناث، وكذلك درجة واحدة عن كل مصدر تفضله مستقبلا، وتتمثل هذه المصادر فى: الأم، والأخوات الإناث، والأهل والأقارب، وزميلات المدرسة، والأخصائية الإجتماعية، والزائرة الصحية، والمعلمات (المدرسات)، والراديو، والتلفزيون، والكتب والمجلات، والإنترنت، وبذلك تراوحت عدد المصادر بين (صفر، 11 مصدر) .

- **إعتقادات وآراء الطالبات المبحوثات حول بعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة:** وتم قياس هذا المتغير من خلال مجموعة من العبارات المتعلقة بالإنجاب والخصوبة السائدة خاصة في الريف بإجمالي 12 عبارة وأعطيت الدرجات (3 ، 2 ، 1) وفقا لاستجابة المبحوثة (تعتقد فى صحتها تماما، وتعتقد فى صحتها لحد ما، ولا تعتقد فى صحتها) للعبارات الإيجابية والعكس للعبارات السلبية على الترتيب وبذلك تراوحت القيم النظرية لهذا المتغير بين (12، 36 درجة)، بينما تراوحت القيم الفعلية بين (12، 35 درجة).
- **السماع عن الصحة الإنجابية:** وتم قياسه بسؤال المبحوثة عن السماع عن أى من موضوعات الصحة الإنجابية من عدمه، وقد أعطيت المبحوثة الدرجات (2، 1) وفقا لاستجابتها (نعم ، و لا) على الترتيب.

ثانيا: المتغير التابع

- **الإحتياجات المعرفية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية:** وقد تم قياس هذا المتغيرمن خلال مجموعة من العبارات المعرفية موزعة علي أربعة محاور علي النحو التالي: المعارف المتعلقة بالزواج المبكر وزواج الأقارب (12عبارة)، والمعارف المتعلقة بالفحص الطبي قبل الزواج (5 عبارات)، والمعارف المتعلقة بالطمث (8 عبارات)، والمعارف المتعلقة بختان الإناث (4عبارات)، وبذلك بلغ عدد العبارات الكلية لمقياس الصحة الإنجابية (29 عبارة)، وقد طلب من كل مبحوثة وضع الاستجابة التى تراها مناسبة والمعبرة عن عن درجة معرفتها بكل محور من المحاور المدروسة على مؤشر متدرج من فئتين هما تعرف، ولا تعرف وقد أعطيت فئات الاستجابة (1 ، 2) وفقا لاستجابتها تعرف، ولا تعرف على الترتيب للعبارات الإيجابية (العبارات الصحيحة)، والعكس للعبارات السلبية (العبارات الخاطئة)، ثم تم تقسيم محور الزواج المبكر وزواج الأقارب إلى ثلاث فئات وفقا للمدى الفعلى وهى: مستوى احتياج معرفى منخفض (أقل من 16 درجة)، ومستوى متوسط (من 16– 19 درجة)، ومستوى مرتفع (أكثر من 19 درجة)، وكذلك تم تقسيم محور الفحص الطبى قبل الزواج وفقا للمدى الفعلى إلى ثلاث فئات وهى: مستوى احتياج معرفى منخفض (أقل من 6 درجات)، ومستوى متوسط (من 6 – 7 درجات)، ومستوى مرتفع (أكثر من 7 درجات)، وأيضا تم تقسيم محور فترة الحيض (الطمث) إلى ثلاث فئات وفقا للمدى الفعلى وهى: مستوى احتياج معرفى منخفض (أقل من 12 درجة)، ومستوى متوسط (من 12 – 15 درجة)، ومستوى مرتفع (أكثر من 15 درجة)، وكذلك تم تقسيم محور ختان الإناث إلى ثلاث فئات وفقا للمدى الفعلى وهى: مستوى احتياج معرفى منخفض (أقل من 5 درجات)، ومستوى متوسط

(من 5 – 6 درجات)، ومستوى مرتفع (أكثر من 6 درجات)، وبذلك تراوحت الدرجات الكلية للإحتياجات المعرفية بالصحة الإنجابية للمبحوثة نظريا وفقا للمدى الفعلي بين (29، 47 درجة) تم تقسيمها وفقا لهذا المدى إلى ثلاث فئات وهى: مستوى احتياج معرفى منخفض (أقل من 35 درجة)، ومستوى احتياج معرفى متوسط (من 35 – 40 درجة)، ومستوى احتياج معرفى مرتفع (أكثر من 40 درجة).

جمع البيانات

بعد الانتهاء من تصميم استمارة الاستبيان فى شكلها النهائى، تم إجراء اختبار مبدئى لها وإعادة صياغة بعض العبارات بما يتلائم مع ما أسفر عنه الاختبار المبدئى من نتائج وملاحظات وبناء على ذلك تم تعديل الاستمارات فى صورتها النهائية حتى أصبحت أداة مناسبة لجمع البيانات بما يحقق الغرض الذى أعدت من أجله وقد تم جمع البيانات المطلوبة منهن بإستخدام إستمارة إستبيان بالمقابلة الشخصية وذلك خلال شهرى فبراير ومارس عام 2019.

التحليل الإحصائى للبيانات

تم إستخدام الجداول التكرارية، والنسب المئوية،والمدى ، والمتوسط الحسابى ، والانحراف المعيارى ، ومعامل الإرتباط البسيط لبيرسون، ومعامل إرتباط الرتب لسبيرمان، ومربع كاى فى وصف العينة وتحليل البيانات وعرض النتائج.

النتائج ومناقشتها

أولا: وصف العينة

أوضحت نتائج الواردة بجدول (1) أن 37,4 ٪ من أمهات المبحوثات إما أميات أو يقرأن ويكتبن فقط، بينما نسبة أمهات المبحوثات ذوات التعليم الجامعى كانت منخفضة جدا حيث بلغت 8,7٪ فقط، وبالنسبة لتعليم آباء المبحوثات تبين أن قرابة الربع (23,30٪) أبائهن إما أميون أو يقرأون ويكتبون وأن 16,2٪ منهن أبائهن حاصلين علي تعليم جامعى، كما تبين أن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات يعملن(79,3٪)، وأن 44٪ من أباء المبحوثات يعملون بالزراعة، و18٪ بالحكومة، وأن الغالبية العظمي(99,3٪) من المبحوثات يعشن في أسر بسيطة صغيرة مستقلة مما يدل على تغير النظام المعيشى فى الريف والحرص على الإستقلال عن الأسرة الأم عند تكوين أسر جديدة بين الأبناء، وأن 92,7٪ منهن لهن من أخ الي ثلاثة إخوة ذكور، و90٪ منهن عدد إخوتهن البنات يتراوح بين أخت إلي ثلاثة أخوات، وأن قرابة ثلثي المبحوثات (64٪) كان ترتيبهن إما الأول أو الثاني بين إخوتهم من الذكور والاناث، كما أظهرت النتائج أن ما يقرب من نصف المبحوثات (45,3٪) يتعرضن لأكثر من مصدر معلومات من 2 إلى 7 مصادر وقد يعزي الي تطلع وإنفتاح

ثقافى لنسبة لابأس بها منهن لمصادر معلومات متعددة متعلقة بالصحة الإنجابية، كما أوضحت النتائج أن 60٪ من المبحوثات كانت إعتقاداتهن وأرائهن فيما هو سائد من معتقدات ومفاهيم تتعلق بالإنجاب والخصوبة صحيحة، وأن 13,3٪ منهن فقط يعتقدن في صحة المعتقدات الخاطئة، كما تبين أيضا أن 84٪ من المبحوثات قد سبق وسمعن عن مصطلح الصحة الإنجابية، وهو مايجب مراعاته وأخذه في الإعتبار بحذر ودقة عند تخطيط أي موقف تعليمي رسمي أوغير رسمي بكافة عناصره وكذا عند تحديد المحتوي التعليمي والتدريبي وإختيار المدربين والمتدربين وقنوات وطرق الاتصال والمعينات المستخدمة لتحقيق أفضل نتائج.

ثانيا: مستوى الإحتياجات المعرفية الكلية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية

أظهرت النتائج الواردة بجدول (2) أن تراوحت درجات الاحتياجات المعرفية الكلية للطالبات المبحوثات فعليا بين 29، 47 درجة بمتوسط حسابى قدره 34,16 درجة، وإنحراف معيارى قدره 3,30 درجة. وتم توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لهذا المستوى لثلاث فئات وهى: منخفض (أقل من 35 درجة) ، ومتوسط (35 –40 درجة)، و مرتفع (أكثر من 40 درجة).

وقد تبين أن أكثر من نصف المبحوثات (56٪) تقعن في فئة الإحتياج المعرفي المتوسط، وأن 12,67٪ منهن تقعن فى فئة الاحتياج المعرفي المرتفع، بينما أقل من ثلثهن(31,33٪) يقعن فى فئة الإحتياج المعرفى المنخفض. وتشير هذه النتائج إلى أن أكثر من ثلثى الطالبات المبحوثات (68,67٪) فى حاجة أكثر إلى التزود بالمعارف الصحيحة حول الصحة الإنجابية من خلال إعداد وتنفيذ البرامج الإرشادية والتربوية لرفع مستوياتهن المعرفية فى هذا الشأن مع ضرورة بث برامج إعلامية متخصصة فى الصحة الإنجابية لهذه الفئة لتعريفهن بأهمية الصحة الإنجابية تمشا مع نتائج دراسة Yasmine Mustafa and Noha Muhammad (2018) والتى أسفرت عن حدوث تحسن واضح وملموس فى معلومات الطالبات الخاصة بالصحة الإنجابية بعد تعرضهن لبرنامج تعليمى عن الصحة الإنجابية.

وفيما يلي التعرف على مستوى الاحتياجات المعرفية الكلية للطالبات المبحوثات من خلال المحاور المدروسة

1– توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية المتعلقة بالزواج المبكروزواج الأقارب

أبرزت النتائج الواردة بجدول (3) إلى أن مستوى إحتياجات المبحوثات المعرفية المتعلقة بالزواج المبكر وزواج الأقارب قد تراوحت بين 12، 24 درجة بمتوسط حسابى قدره 14,4 درجة،

وإنحراف معيارى قدره 1,96 درجة، وتم تقسيم الدرجات الفعلية لهذا المستوى إلى ثلاث فئات وهى: منخفض (أقل من 16 درجة)، ومتوسط (16–19 درجة)، ومرتفع (أكثر من 19 درجة).

كما تشير النتائج إلى أن قرابة ثلاثة أرباع الطالبات المبحوثات(74,7 ٪)تقعن فى فئة مستوى الإحتياج المعرفى المنخفض أى أن معلوماتهن الخاصة بالزواج المبكر وزواج الأقارب وبالتالى معارفهن ووعيهن وإدراكهن لمخاطر تلك المرحلة مرتفع، وعلى الرغم من ذلك فإن نسبة الزواج المبكر فى الريف مازالت نسبة مرتفعة وقد تعزي هذه النتيجة الي تزويج الفتيات وهن صغيرات السن أوتزويحهن لأقاربهن دون رغبة منهن ونزولا علي رغبة الأهالي وهي ظاهرة كثيرة الحدوث في المناطق الريفية، وهذا ما أكده أيضا تقرير الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء (2017) من أن حالات الزواج المبكر تركزت فى المناطق الريفية بمقدار 108,030 ألف حالة مقابل 24,251 ألف حالة فى المدن والمناطق الحضرية موضحا أن الإناث كان لهن النصيب الأكبر من هذه الزيجات بمقدار 118,904 ألف حالة مقارنة بالذكور الذين جاء عددهم 13,377 ألف حالة فقط، لذلك مازال هناك ضرورة لزيادة عدد مراكز الأمومة والطفولة والتى تمد الفتيات بل الأباء والأمهات بالنصائح والثقافة الصحية المتعلقة بالزواج المبكر وزواج الاقارب وخطورة آثاره مستقبلا (أحمد وآخرون،2019، ص 398)

وتوضح النتائج الواردة بجدول (4) أن الغالبية العظمي والغالبية من الطالبات المبحوثات يعرفن أن: أفضل عمر للإنجاب عند الأنثي يتراوح بين 20– 35 عاما 94,7٪، وأن زواج الفتاة فى سن مبكر يؤدي إلى مضاعفات خطيرة أثناء الحمل 92,7٪، وأن الزواج فى سن مبكر يؤدى إلى تداعيات ومخاطر نفسية منها عدم القدرة على رعاية الزوج والإهتمام بالأبناء 89,3٪، وأن الزواج المبكر يعتبر شكل من أشكال العنف ضد المرأة 88,7٪، وأن الفتاة تكتمل قدرتها الجسدية والنفسية علي الإنجاب وحضانة طفل قرب سن العشرين 86,7٪، وأن زواج الفتاة فى سن مبكر يقلل من فرص حصولها على قسط وافر من التعليم 84,7٪. ويتفق ذلك مع ماذكره (FKhar, 2010) من أن للزواج المبكر العديد من الآثار السلبية على المجتمع ككل وخصوصا الشباب فى مقتبل العمر لأنه يعوق إستكمالهم لمسيرة العملية التعليمية، ويعرقل وضعهم الإجتماعى والإقتصادى والصحى فيما بعد خاصة الفتيات، وكذا معرفتهن أن إحتمال الإصابة بالأمراض الوراثية يزيد نتيجة لزواج الأقارب 84٪، وأن حمل الفتاة قبل سن العشرين يمثل خطورة بالغة على صحتها وصحة جنينها 80٪. كما أنهن يعرفن الأمراض التى تنتج عن الزواج فى سن مبكر مثل إرتفاع ضغط الدم والسكرى والإجهاض 76٪، وبأن زواج الفتاة فى سن مبكرة لا يحافظ على صحتها بشكل جيد 66٪، بينما 68٪ منهن لا يعتبرن زواج الأقارب من العادات الإجتماعية الحميدة، وأن 57,3٪ منهن يعرفن أن السن القانونى

لزواج الفتاة يبدأ من 18 سنة. مما يتطلب ضرورة تخطيط برامج إرشادية لرفع مستى معارفهن بمخاطر الزواج المبكر وزواج الأقارب والحد من انتشاره، وإعداد ندوات إرشادية للطالبات فى هذه المرحلة العمرية من خلال الأمهات لنقل وتوصيل تلك المعلومات إلى بناتهن وتخصيص برامج إعلامية بالقنوات الحكومية والخاصة عن الصحة الإنجابية.

2- توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية المتعلقة بالفحص الطبى قبل الزواج

أشارت النتائج الواردة بجدول (5) إلى أن مستوى إحتياجات المبحوثات المعرفية المتعلقة بالفحص الطبى قبل الزواج قد تراوحت بين 5، 9 درجات بمتوسط حسابى قدره 1,18 درجة، وبإنحراف معيارى قدره 0,38 درجة، وتم تقسيم الدرجات الفعلية لهذا المستوى إلى ثلاثة فئات وهى: منخفض (أقل من 6 درجات)، ومتوسط (6 –7 درجات)، ومرتفع (أكثر من 7 درجات)، حيث تقع حوالى ثلثى المبحوثات(62٪) فى فئة مستوى الإحتياج المعرفى المنخفض، وبذلك فإن معارفهن ودرايتهن بالفحص الطبى قبل الزواج وأهميته مرتفعة لما له من أثر إيجابى على صحتهن وصحة أسرهن المستقبلية. ويتفق مع ذلك ما ذكرته منى عبد الجليل (2016، ص 869) من أن الفحص الطبى قبل الزواج يعد من أهم الخطوات التى تضمن الإطمئنان على سلامة الأسرة بعد ذلك، لذا يعد من الأمور الضرورية جدا خاصة فى الأسر الناشئة.

كما أوضحت النتائج الواردة بجدول (6) أن الغالبية العظمي والغالبية من المبحوثات يعرفن مايلي: أهمية وضرورة الفحص الطبى قبل الزواج لإكتشاف الأمراض الوراثية مبكرا 94,7٪، وأن مناقشة مواعيد الحمل والإنجاب وعدد الأطفال والطرق المناسبة لتنظيم الأسرة مسئولية مشتركة لكلا الزوجين معاً 90٪، وأن تطعيم الزوجة ضد الحصبة الألمانية يحمى جنينها من التشوهات والصم والتخلف العقلي 86٪، وضرورة تحديد نوع فصيلة الدم وأهمية تحليل عامل رايزيس كأهم الفحوصات الضرورية والمتعلقة بحياة الزوجين 85,3٪، وأن إستخدام وسائل تنظيم الأسرة يسهم فى تقليل مخاطر الوفاة للأم 82٪ حيث يهدف استخدامها إلى المباعدة بين الولادات ممايتيح الفرصة للأم ان تهتم بصحتها وتغذيتها بشكل متوازن وسليم ورعاية وليدها والاهتمام بصحته وتغذيته وإرضاعه طبيعيا.

3 – توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية المتعلقة بفترة الحيض/ الطمث

أفادت النتائج الواردة بجدول (7) إلى أن مستوى إحتياجات المبحوثات المعرفية المتعلقة بفترة الحيض قد تراوحت بين 19،8 درجة بمتوسط حسابى قدره 10,10 درجة، وإنحراف معيارى قدره

1,42 درجة. وقد تم تقسيم هذا المستوى إلى ثلاثة فئات كما يلى: منخفض (أقل من 12درجات)، ومتوسط (من 12– 15 درجة)، ومرتفع (أكثر من 15 درجة).

وتشير تلك النتائج إلى أن ما يقرب من ثلثى المبحوثات (63,4٪) منهن تقعن فى فئة الإحتياج المعرفى المتوسط، و3,3٪ منهن فقط فى فئة الاحتياج المعرفى المرتفع، وأن حوالي ثلث المبحوثات 33,3٪ تقعن فى فئة الإحتياج المعرفى المنخفض وبذلك فإن 66,7٪ من المبحوثات في إحتياج للمعرفة في هذا المحور. لذا كان من الضرورى الإهتمام والتأكيد على أهمية هذه الفترة فى حياة الفتيات من خلال التوعية بكيفية التعامل مع هذه الفترة نظرا لأهميتها وآثارها الصحية النفسية والجسدية من خلال البرامج الإرشادية الصحية والتثقيفية فى المدارس، وتضمين المناهج التعليمية ومناهج الإقتصاد المنزلى بالمعلومات والإرشادات التى تقوم على أسس سليمة وصحيحة ويتفق ذلك مع ماذكرته آسيا شريف (2011، ص 26) من أن فئة الشباب المراهقين والمراهقات بصفة خاصة تمر فسيولوجيا ونفسيا وإجتماعيا وتغذويا بمراحل صعبة تحتاج إلى إرشادات وتوعية وتثقيف وإهتمام واسع الأهمية.

وتظهر نتائج جدول (8) والمتعلقة بمعارف الطالبات المبحوثات عن فترة الحيض أن المبحوثات يعرفن مايلي: أن الفتاة تحتاج للراحة أثناء فترة الحيض لكن دون مبالغة 95,3٪، وأهمية النظافة الشخصية أثناء فترة الحيض 94٪، وأن تناول الغذاء المتوازن خاصة الأغذية الغنية بالحديد كاللحوم الحمراء والعسل الاسود والسبانخ ضرورى فى فترة الحيض92,7٪، وأن هرمون الإستروجين يعتبر من الهرمونات الهامة لتنظيم الحيض وتقوية العظام 81,3٪، وأن حدوث الحيض يسبقه شعور الفتاة ببعض التوتر وعصبية المزاج 81,7٪، وأن شرب السوائل الباردة أثناء فترة الحيض يضر بالصحة ويزيد من حدوث الألم 71,3٪، بينما 68% منهن لايعرفن أن تناول بعض المقويات المحتوية على الحديد لايزيد من حدوث الآلام خلال فترة الحيض، و51,3٪ منهن لا يعرفن أن الإستحمام اليومي أثناء فترة الحيض لايسبب ضرر بالصحة، وينبغي أن تعالج البرامج والخطط والدروس والندوات قصور جوانب عدم المعرفة.

4 – توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية المتعلقة بختان الإناث

أبرزت النتائج الواردة بجدول (9) أن تراوحت درجات الطالبات المبحوثات الفعلية بين 4، 8 درجات بمتوسط حسابى قدره 5 درجات، وانحراف معيارى قدره 1,04 درجة. وتم توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى هذا الإحتياج لثلاث فئات وهى: منخفض (أقل من 5 درجات)، ومتوسط (5 –6 درجات)، ومرتفع (أكثر من 6 درجات).

فقد أوضحت النتائج أن نسبة المبحوثات اللاتى تقعن فى فئتى الإحتياج المعرفى المتوسط والمرتفع 60٪، بينما 40٪ منهن تقعن فى فئة الإحتياج المعرفى المنخفض ممايدل على أن قرابة ثلثي المبحوثات في حاجة إلى المزيد من التوعية بأضرار ختان الإناث من قبل وسائل الإتصال الجماهيرى ومن خلال المناهج التعليمية والتركيز على الندوات المدرسية من قبل المتخصصين بالتعاون مع المدرسات نظراً لحساسية الموضوعات وحرج الفتيات من الحديث عنها صراحة وعلانية.

كما أظهرت النتائج الواردة بجدول (10) أن غالبية المبحوثات يعرفن مايلي: أن ختان الإناث عادة موروثة من قديم الأزل 84,7٪، وأن ختان الإناث يسبب العديد من الأضرار والمضاعفات الصحية والنفسية للفتاة 83٪، وأن ختان الإناث ممارسة ضارة لم تأمر بها الأديان 70,7٪، وأن ختان الإناث لاعلاقة له بالحفاظ على عفة وطهارة الفتاة 60,7٪.

وتتفق هذه النتائج مع ما ذكره كل من المجلس القومى للمرأة (2004)، ومنظمة UNICEF(2013) من أن ختان الإناث يعد إنتهاكا صريحا لحق الفتاة وإنتقاصا لكرامتها وإنسانيتها لأنها تجرى بإعتبارها غير قادرة على التحكم فى غريزتها ، ومع ما أكد عليه جمعة (2011) حيث أشار إلى أن ختان الإناث ليس قضية تعبدية فى أصلها، وإنما هى قضية طبية عادية تمارس من قبيل العادات الموروثة وإعتمادا على نصائح الأطباء وتوصياتهم.

ثالثا: مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا لدي الطالبات المبحوثات عن الصحة الانجابية

أشارت النتائج الواردة بجدول (11) إلي الترتيب التنازلي لمصادر المعلومات الحالية، وكذا المفضلة لدي الطالبات المبحوثات حول مايخص الصحة الإنجابية، بالنسبة للمصادر الحالية جاءت الأم 33 ٪ في الترتيب الأول، فالتليفزيون 30٪، ثم شبكة الإنترنت 20,6٪، فالزائرة الصحية 15,3٪، ثم الأخصائية الاجتماعية 12٪، يليها المدرسات بالمدرسة 10,6٪، ثم الأهل والأقارب 10٪، ثم الراديو 9,3٪، يليه الأخوات الإناث 6٪، ثم زميلات 5,3٪، يليه الكتب والمجلات 3,3٪، ثم الجيران 2,7٪، وأخيرا الأب 2٪. وهو ما يعكس أهمية دور الأم كمصدر مباشر لإمداد بناتها بالمعلومات فى مختلف الموضوعات، لذا وجب ضرورة الإهتمام بزيادة وتحسين معارف ومعلومات الأمهات وتثقيفهن فيما يتعلق بموضوعات الصحة الإنجابية، ويتفق ذلك مع ماذكرته ال) UNECIF (2009من أن الفتيات يلجأن إلى أمهاتهن للحصول على معلوماتهن عن الصحة الإنجابية فى المقام الأول. كما لا يجب إغفال أهمية التليفزيون والإنترنت كمصادر معلومات إحتلت ترتيبا متقدما من وجهة نظر المبحوثات فى هذا الموضوع.

وفيما يتعلق بترتيب مصادر المعلومات التى تفضل الطالبات المبحوثات الحصول منها على معلوماتهن المتعلقة بالصحة الإنجابية مستقبلا فقد أظهرت النتائج الواردة بجدول (11) أن هذه المصادر إتخذت الترتيب التنازلى التالى: الأم 34,6٪، والزائرة الصحية 18٪ والأخوات الإناث 17,3٪، فالتليفزيون 14,6٪، ثم الإنترنت 14٪، يليه الأخصائية الاجتماعية 12٪، ثم الراديو 6٪، ثم الأهل والأقارب 5,3٪، ثم المدرسات 4,7٪، وزميلات المدرسة 4٪، والأب 3,3٪، يليه الكتب والمجلات والمكتبات 2,7٪، ثم الجيران 1,3٪، مما يتضح من تلك النتائج أهمية دور المصادر النسوية المباشرة كالأم والأخوات الإناث والزائرة الصحية وخطورة تأثيرها كمصادر سرية موثوقة لدى المبحوثات، لذلك فإنه من المفضل الإهتمام بدور مرشدات التنمية الريفية من خلال القيام بالزيارات المنزلية والإتصال بالفتيات الريفيات خاصة ممن لم يحصلن على قسط وافر من التعليم للتعرف على معلوماتهن ومفاهيمهن عن الصحة الإنجابية، وتزويدهن بالمعلومات الصحيحة، وتصحيح معلوماتهن الخاطئة، فضلا عن عدم إغفال دور الزائرة الصحية من خلال عقد الندوات وعمل الدورات التدريبية التى تمكنهن من الإطلاع على ماهو جديد فى مجالات الصحة الإنجابية، مما يساعدهن على توصيل المعلومات للطالبات بشكل سهل وبسيط.

رابعاً: إعتقادات وآراء الطالبات المبحوثات حول بعض المعتقدات والمفاهيم الســـائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة

وفقا للنتائج الواردة بجدول (12) فقد تراوحت درجات الطالبات المبحوثات الفعلية بين 12، 35 درجة بمتوسط حسابى قدره 27,11 درجة، وإنحراف معيارى قدره قدره 5,87 درجة. وقد تم توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لذلك إلى ثلاثة فئات وهى: إعتقادات خاطئة (أقل من 20درجة)، ومحايدة (20 – 27 درجة)، وصحيحة (أكثر من 27 درجة).

وقد أوضحت النتائج الواردة بالجدول أن 13,3٪ من المبحوثات تقعن فى فئة الإعتقادات الخاطئة، بينما تقع 26,7٪ منهن فى فئة الإعتقادت المحايدة وغير المؤكدة بالقبول أو الرفض، بينما تقع 60٪ منهن فى فئة الإعتقادت الصحيحة والسليمة، وتشير هذه النتائج إلى أن المبحوثات لديهن وعى كاف فيما يتعلق بالمعتقدات والمفاهيم الخاطئة التى تسود المجتمع وأنهن يعرفن أن مثل هذه المعتقدات والمفاهيم تعتبر إجحافا لحقوق المرأة والتى تمثل أكثر من نصف المجتمع وتمييزا ضدها. مما ينبىء باستطاعاتهن التعامل مع أبنائهن من الإناث والذكور فى المستقبل بشكل سليم يضمن غرس القيم التى لاتفرق بين الذكر والأنثى وأن لكل منهما دور لا يقل أهمية عن الآخر وبالتالى تغيير المعتقدات والمفاهيم الخاطئة التى من شأنها إعاقة التنمية والتقدم فى المجتمع وعدم الالتفات لها.

كما تبين من نتائج جدول (13) أن قرابة ثلثى الطالبات المبحوثات (60,7٪) يوافقن على أن الطفل يولد ومعه رزقه، بينما حوالي ثلثهن (34٪) يعتبرن أن المرأة تكتسب مكانتها فى الأسرة والمجتمع من كونها ولود، ولا توافق قرابة نصف الطالبات المبحوثات(48٪) علي أن المولود الذكر عزوة وسند وضمان لحماية ممتلكات الأسرة، كما لا تعتقد قرابة نصفهن (47,4٪) علي أن تنظيم الأسرة فيه معارضة لله، ولا تعتقد 56,6٪ منهن أن خلفة البنات هم لايفارق الأسرة، ولا تعتقد 62٪ منهن أن المرأة تستمد مكانتها فى الأسرة من خلفة أبناء ذكور، وقرابة ثلاثة أرباعهن(72٪) لا يوافقن على أن كثرة الإنجاب تساعد على تحسين الحالة الحالة الإقتصادية والمعيشية للأسرة، وأن أكثر من نصفهن (52٪) لا يوافقن على أن كثرة الإنجاب خير وبركة من الله، وأن أكثر من ثلثيهن(68٪) لا يعتقدن أن كثرة الأولاد أفضل طريقة لربط الرجل بزوجته، ولا ترى 38٪ من الطالبات المبحوثات أضرار بالغة لوسائل تنظيم الأسرة، ولا ترى نصف الطالبات المبحوثات (50٪) أن الطموح المهنى للمرأة يرتبط عكسيا بكثرة الإنجاب، كما أن قرابة ثلاثة أرباعهن(71,3٪) لا يوافقن على تعدد الزوجات كحل لمشكلات الزواج المتأخر والعنوسة.

ولا شك أن لهذه المفاهيم والمعتقدات السائدة والأقوال المأثورة فى المجتمع خطورتها وتأثيرها القوى على سلوك الطالبات المبحوثات مستقبلا كزوجات وأمهات وهو مايجب مراعاته قبل البدء فى تخطيط أى برامج توعوية بالصحة الإنجابية وإعداد محتواها. كما لوحظ أن عدم موافقة أكثر من نصف الطالبات المبحوثات على كثرة الإنجاب كوسيلة لتحسين معيشة الأسرة ولربط الرجل بزوجته، ولمكانة المرأة المستمدة من خلفتها من الذكور، ولتعدد الزوجات كحل لمشكلات الزواج المتأخر والعنوسة مؤشرات إيجابية ضد الكثير من المعتقدات والمفاهيم الخاطئة التى سادت فى المجتمع لفترات طويلة من الزمن ودليل على تقدم فى الوعى يجب استثماره مستقبلا.

خامساً: العلاقات الإرتباطية بين درجات الإحتياجات المعرفية الكلية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية كمتغير تابع وكل من خصائصهن المميزة موضوع الدراســـــة كمتغيرات مستقلة

لاختبار صحة الفرض البحثى تمت صياغة الفرض الاحصائى التالي: " لا توجد علاقة إرتباطية معنوية بين درجات إلاحتياجات المعرفية الكلية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية كمتغير تابع، وبين كل من المتغيرات المستقلة المدروسة التالية: درجة تعليم الأم، ودرجة تعليم الأب، وعمل الأم، وعمل الأب، ونوع الأسرة، وعدد الأخوة الذكور، وعدد الأخوة الإناث، وترتيب الطالبة المبحوثة بين إخوتها، وعدد مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا لدي الطالبة المبحوثة للحصول علي معلومات عن الصحة الإنجابية، ورأي الطالبة المبحوثة (درجة الإعتقاد) في بعض المعتقدات والمفاهيم السائدة حول الإنجاب والخصوبة، والسماع عن الصحة الإنجابية.

أشارت النتائج الواردة بجدول (14) عن وجود علاقة إرتباطية عكسية ومعنوية عند المستوى الإحتمالى 0,01 بين المتغير التابع ومتغيرين مستقلين هما عدد مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا لدي المبحوثات واللاتى يحصلن منها علي معلوماتهن عن الصحة الإنجابية -0,214، ودرجة إعتقاد الطالبات المبحوثات وأرائهن الخاصة ببعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة -0,228، ويفسر ذلك بأن درجة الإحتياج المعرفي بالصحة الإنجابية ينخفض أي تزداد معارفهن ومعلوماتهن وتتسع مداركهن بزيادة مطالعة عدد أكبر من مصادر المعلومات في هذا الشأن، كما أنه من المنطقي أن تنخفض درجة الإحتياج بزيادة نسبة الإعتقادات الصحيحة السليمة بشأن الإنجاب والخصوبة.

كما أسفرت النتائج عن وجود علاقة إرتباطية طردية ومعنوية عند المستوى الإحتمالى 0,05 بين المتغير التابع ودرجة تعليم الأب كمتغير مستقل 0,173. ويمكن تفسير ذلك بأنه على الرغم من كون الأب متعلم أو على قدر عالى من التعليم إلا أنه قد يكون هناك نوع من الحرج أو الخجل فى الحديث عن موضوعات الصحة الإنجابية، أو ربما لم تتح له معارف سليمة في هذا الموضوع بحكم التنشئة المنغلقة، فقد تلجأ المبحوثات إلى أمهاتهن حيث يشعرن بالهيبة والإحترام الزائد للأب مما يمنعهن من الحوار معه فى مثل هذه الموضوعات والتى يعتبرها المجتمع نوع من الجرأة الزائدة وسوء التربية.

وأسفرت النتائج بنفس الجدول عن وجود علاقة إرتباطية طردية معنوية عند المستوى الإحتمالى 0,01 بين المتغير التابع وكل من: عمل الأم، وعمل الأب، ونوع الأسرة، والسماع عن الصحة الإنجابية كمتغيرات مستقلة حيث بلغت قيم مربع كاى 51,627، و16,86، و149,27، و69,36 على التوالى، ويمكن تفسير ذلك كما يلى: عدم وجود وقت كافى لدى الأمهات العاملات للحديث مع بناتهن فى مثل هذه الموضوعات لإنشغال الأم خارج المنزل والمجهود الذى تبذله لمحاولة الموازنة بين عملها وبين آداء مهامها المنزلية من طهى ونظافة وتربية ورعاية الأبناء أيضا. أما عن عمل الأب فإن الأب غالبا لايهتم بالتفاصيل الحياتية المتعلقة بالشئون الأسرية نظرا لانشغاله بالعمل لتوفير حياة اقتصادية معيشية كريمة لأفراد أسرته بالإضافة إلى إعتماده على الأم بشكل أساسى فى رعاية شئون الأبناء باعتبارها المسئول الأول عن تنشئتهم ورعايتهم خاصة الإناث ممايقلل من فرصة تواصله ونقاشه معهن ومشاركتهن اهتماماتهن خلال هذه المرحلة التى تتطلب التعاون بين الأبوين لمنع وصول أى مفاهيم مشوشة ومغلوطة لبناتهن فيما يتعلق بأمورهن الحياتية خاصة وأنهن يتعرضن لتغيرات نفسية وفسيولوجية جوهرية خلال مرحلة المراهقة لأنه وعلى الرغم من أن الأبوين أو أحدهما يعتبران من أهم المصادر الفعالة والمؤثرة فى معتقدات وإتجاهات الشباب المراهقين من

الجنسين إلا أن هناك إنخفاض فى درجة التواصل بين الأبوين وبين المراهقين من أبنائهم وبناتهم وهو مايعد مشكلة كبيرة فيما يتعلق بتزويدهم وتزويدهن بالمعلومات (Lucy et al.2015)

وفيما يتعلق بنوع الأسرة فإن معظم المبحوثات تنتمين إلى أسر بسيطة الأمر الذى يعد فيه إنتقال الخبرات من الآباء والأخوات من نفس الأسرة محدودا مما يزيد من إحتياجاتهن للمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية. وفيما يختص بالسماع عن الصحة الإنجابية فيمكن تفسير ذلك بأن معظم المبحوثات قد سمعن عن الصحة الإنجابية كمصطلح بشكل عام إلا أن معلوماتهن عن محاور وموضوعات الصحة الإنجابية المختلفة مازالت غير كافية وأنهن يحتجن إلى زيادة معارفهن ومعلوماتهن عن عناصر ومحاور الصحة الإنجابية حيث تفتقر الفتيات فى مرحلة المراهقة خاصة فى مجتمعاتنا الريفية إلى ثقافة الصحة الإنجابية شأنهن فى ذلك شأن العديد من النساء والرجال فى المجتمع (ميخائيل وسراج ،2017) كما قد يعزي إلي أنهن يعتقدن أن الصحة الإنجابية تقتصر على وسائل تنظيم الأسرة والحمل والولادة للمتزوجات فقط (انتصار على،2016).

وبناء على ماسبق لا يمكن قبول الفرض الاحصائى فيما يتعلق بالمتغيرات المستقلة التالية: عدد مصادر المعلومات الحالية والمفضلة، ودرجة إعتقاد الطالبات المبحوثات وآرائهن الخاصة ببعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة، وتعليم الأب، وعمل الأم، وعمل الأب، ونوع الأسرة، والسماع عن الصحة الإنجابية، بينما يمكن قبوله مع باقي المتغيرات المستقلة الأخري: عدد الأبناء الذكور، وعدد الأبناء الإناث، وترتيب المبحوثة بين إخوتها، وتعليم الأم.

التوصيات

علي ضوء ما أسفر عنه البحث من نتائج يمكن التوصية بمايلي :

- الحرص علي إشراك الفتيات أو من يمثلهن في هذه المرحلة العمرية الحرجة في وضع السياسات وتخطيط البرامج والإستراتيجيات المتعلقة بموضوعات صحتهن العامة خاصة الإنجابية.
- عدم التوقف عن بحث سبل تضافر الجهود وتنسيقها لتيسير وصول كافة خدمات الرعاية الصحية والإنجابية للشباب والفتيات خاصة في الريف.
- الإهتمام بتقييم كافة الجهود والخطط والبرامج الموجهة للنهوض بصحة المرأة الإنجابية ورعايتها في كل مراحل حياتها وخاصة خلال مرحلة المراهقة هو أفضل ضمان لتطوير هذه البرامج. فضلا عن غيرها من الأنشطة الأخري كتوفير الخدمات والمقومات الضرورية لتنفيذ التوصيات المتعلقة بموضوعات الصحة الإنجابية.
- العمل علي تنظيم وإعداد الندوات واللقاءات التثقيفية الصحية للريفيات في مرحلة المراهقة التى يشرف علي تنظيمها وإدارتها وتحديد موضوعاتها ومحتواها خبراء متخصصون، يحرصون علي

تنفيذها بشكل دوري مستمرومنتظم لتوعية الريفيات وتزويدهن بالمعلومات والمعارف الصحية السليمة كأهمية وكيفية إجراءات الفحص الطبي قبل الزواج، والمخاطر المتوقعة والمحتملة من زواج الأقارب، وختان الإناث وغيرها من موضوعات الصحة الإنجابية بشكل يضمن إعدادهن وتأهيلهن لمرحلة الزواج بشكل سليم بما ينعكس ولاشك علي صحتهن الجسدية والنفسية بعد الزواج.

- البحث باستمرار في كيفية تجنيد وتوظيف تطبيقات تكنولوجيا المعلومات والإتصال المختلفة لبلوغ افضل السبل في إثارة وعيهن وجذب إنتباههن، وتوجيه إهتمامهن ونشر المعارف الصحية السليمة بين الريفيات خاصة فى مجالات الصحة الإنجابية.
- التركيز علي إعداد وبث برامج محترمة في هذا الصدد من خلال وسائل الاتصال الجماهيرية التي لازالت تحظي بمكانة ومتابعة لدي الريفيات كالبرامج الأسرية في التلفزيون.
- التأكيد علي تحقيق توافق في أولوية ومجالات وموضوعات الصحة الإنجابية بين الأسرة والمدرسة في إنسجام غير متعارض من خلال الإهتمام بتوعية وتثقيف الأباء والامهات والمرشدات والزائرات الصحيات.
- التشجيع علي إجراء المزيد من الدراسات والبحوث في موضوعات الصحة الإنجابية للشباب من الجنسين بجرأة في إقتحام كافة موضوعاتها كمنطلق في تخطيط وتوجيه الأنشطة في هذا المجال.

الجداول

جدول رقم 1: توزيع الطالبات المبحوثات وفقاً لخصائصهن وخصائص أسرهن المدروسة كمتغيرات مستقلة

الخصائص/ المتغيرات المستقلة	فئات المتغير	العدد	٪
درجة تعليم الأم	أمـــية	16	10.7
	تقرأ وتكتب	40	26.7
	إبتـــدائى	11	7.3
	إعـــدادي	9	6.0
	متـــوسط	23	15.3
	فوق متوسط	38	25.3
	جـــامعي	13	8.7
	بعد الجامعي (دراسات عليا)	لايوجد	صفر
درجة تعليم الأب	أمـــى	9	6.0
	يقرأ وتكتب	26	17.3
	إبتـــداى	12	8.0
	إعـــدادى	10	6.6
	متـــوسط	26	17.3
	فوق متوسط	36	24.0
	جـــامعي	24	16.2
	بعد الجامعي (دراسات عليا)	7	4.6
عمـل الأم	تعمل	119	79.3
	لاتعمل (ربة منزل فقط)	31	20.7
عمل الأب	يعمل بالـحكومة	27	18.0
	يعمل بمهنة حرة	57	38.0
	يعمـل بالزراعة	66	44.0
نوع الأسرة	بسيطة	149	99.3
	مركبة	1	0.7
عدد الأخوة الذكور	أخ واحـــد فقط	70	46.7
	2–3 إخـوة ذكور	69	46.0
	4–5 إخـــوة ذكور	11	7.3

تابع جدول رقم 1

الخصائص/ المتغيرات المستقلة	فئات المتغير	العدد	٪
عدد الإخوت الإناث	أخـــت واحدة	42	28.0
	3-2 إخـــوات	93	62.0
	5-4 إخوات بنات	15	10.0
ترتيب المبحوثة بين إخوتها	الأولي	46	30.7
	التانية	50	33.3
	التالتة	28	18.7
	الرابعة	19	12.7
	الخامسة	4	2.7
	السادسة	1	0.7
	السابعة	2	1.2
عدد مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا	مصدرواحد فقط	82	54.7
	مصادر	55	36.7
	مصادر	13	8.6
درجة الإعتقاد في صحة بعض المعتقدات والمفاهيم المتعلقة بالخصوبة والإنجاب	إعتقادات خاطئة	20	13.3
	إعتقادات محايدة	40	26.7
	إعتقادات صحيحة	90	60.0
السماع بموضوعات الصحة الإنجابية	نعم	126	84,0
	لا	24	16,0

ن = 150

جدول رقم 2: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية الكلية بالصحة الإنجابية

فئات الإحتياج المعرفي	العدد	٪
منخفض (أقل من 35 درجة)	47	31.33
متوسط (35- 40 درجة)	84	56.00
مرتفع (أكثر من40 درجة)	19	12.67
المجموع	150	100

ن = 150 متوسط حسابى = 34.16 إنحراف معيارى =3.30

جدول رقم 3: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية الخاصة بالزواج المبكر وزواج الأقارب

فئات الإحتياج المعرفي	العدد	٪
منخفض (أقل من 16 درجة)	111	74.70
متوسط (16–19 درجة)	34	22.10
مرتفع (أكثر من 19 درجة)	5	3.20
المجموع	150	100

ن = 150 متوسط حسابى = 14,4 إنحراف معيارى =1.96

جدول رقم 4 : توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمعارفهن الخاصة بالزواج المبكر وزواج الأقارب

م	العبارات	تعرف		لا تعرف	
		العدد	٪	العدد	٪
1	أفضل عمر للإنجاب عند الأنثى يتراوح بين 20–35 عام.	142	94.7	8	5.3
2	يؤدى الزواج المبكر لحدوث مضاعفات أثناء الحمل.	139	92.7	11	7.3
3	تمثل عدم القدرة على رعاية الزوج والأبناء أحد أهم تداعيات المخاطر النفسية للزواج المبكر.	134	89.3	16	10.7
4	يعتبر الزواج المبكر شكل من أشكال العنف ضد المراة.	133	88.7	17	11.3
5	تكتمل قدرة الفتاة الجسدية والنفسية على الإنجاب وحضانة طفل قرب سن العشرين.	130	86.7	20	13.3
6	يقلل زواج الفتاة فى سن مبكرة من فرص حصولها على قسط وافر من التعليم.	127	84.7	23	15.3
7	يزيد احتمال الإصابة بالأمراض الوراثية نتيجة لزواج الأقارب.	126	84	24	16
8	يشكل حمل الفتاة قبل سن العشرين خطرا صحيا عليها وعلى جنينها.	120	80	30	20
9	يعتبر إرتفاع ضغط الدم والسكرى والإجهاض من الأمراض التى قد تحدث نتيجة للزواج المبكر.	114	76	36	24
10	يعتبر زواج الأقارب من العادات الاجتماعية الحميدة.	102	68	48	32
11	يحافظ زواج الفتاة فى سن مبكر على صحتها بصورة جيدة.	99	66	51	34
12	السن القانونى لزواج الفتاة يبدأمن سن 18 سنة.	86	57.3	64	42.7

جدول رقم 5 : توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية الخاصة بالفحص الطبى قبل الزواج

فئات الإحتياج المعرفي	العدد	٪
منخفض (أقل من6 درجة)	93	62.00
متوسط (من 6-7 درجة)	55	36.70
مرتفع (أكثر من7 درجة)	2	1.30
المجموع	150	100

ن = 150 متوسط حسابى = 1,18 إنحراف معيارى =0,38

جدول رقم 6: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمعارفهن الخاصة بالفحص الطبى قبل الزواج

م	العبارات	تعرف		لا تعرف	
		العدد	٪	العدد	٪
1	توجد ضرورة للفحص الطبى قبل الزواج لاكتشاف الأمراض الوراثية مبكرا.	142	94.7	8	5.3
2	تعد مناقشة مواعيد الحمل والإنجاب وعدد الأطفال والطرق المناسبة لتنظيم الأسرة مسئولية الزوجين.	135	90	15	10
3	يحمي تطعيم الزوجة ضد الحصبة الالمانية جنينها من التشوهات والصم والتخلف العقلي.	129	86	21	14
4	يعتبر تحديد نوع فصيلة الدم، وتحليل عامل رايزيس من الفحوصات الطبية الضرورية لكلا الزوجين معا.	128	85.3	22	14.7
5	يسهم إستخدام وسائل تنظيم الأسرة في تقليل مخاطر الوفاة بعد الولادة بشكل كبير وملحوظ.	123	82	27	18

جدول رقم 7: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية الخاصة بفترة الحيض أو الطمث

فئات الإحتياج المعرفي	العدد	٪
منخفض (أقل من 12 درجة)	50	33.30
متوسط (12 - 15 درجة)	95	63.40
مرتفع (أكثر من 15درجة)	5	3.30
المجموع	150	100

ن = 150 متوسط حسابى = 10,10 انحراف معيارى =1,42

جدول رقم 8: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمعارفهن الخاصة بفترة الحيض أو الطمث

م	العبارات	تعرف		لاتعرف	
		العدد	٪	العدد	٪
1	تحتاج الفتاة أثناء فترة الحيض الي المزيد من الراحة دون مبالغة	143	95.3	7	4.7
2	يمثل الإهتمام بالنظافة الشخصية أثناء فترة الحيض أمر ضروري وهام جدا	141	94	9	6
3	تناول الأغذية المتزنة و الغنية بالحديد كاللحوم الحمراء ، والعسل الأسود والسبانخ مهمة لتعويض الدم المفقود فى الحيض.	139	92.7	11	7.3
4	يعتبر هرمون الأستروجين من الهرمونات المهمة لتنظيم الحيض وتقوية العظام	122	81.3	28	18.7
5	قد يسبق حدوث الحيض شعور الفتاة ببعض التوتر وعصبية المزاج	121	81.7	29	18.3
6	يؤدي شرب السوائل الباردة أثناء فترة الحيض الي الإضرار بالصحة وزيادة الأحسلس بالألم	107	71.3	43	28.7
7	يضر الإستحمام اليومي أثناء فترة الحيض بصحة الأنثي	73	48.7	77	51.3
8	يزيد تناول بعض المقويات المحتوية علي الحديد من حدوث الألم خلال فترة الحيض	48	32	102	68

جدول رقم 9: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمستوى إحتياجاتهن المعرفية الخاصة بختان الإناث

فئات الإحتياج المعرفي	العدد	٪
منخفض (أقل من5 درجة)	60	40
متوسط (5 – 6 درجة)	76	50.6
مرتفع (أكثر من 6 درجات)	14	9.4
المجموع	150	100

ن = 150 متوسط حسابى = 5 انحراف معيارى =1.04

جدول رقم 10: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لمعارفهن الخاصة بختان الإناث

م	العبارات	تعرف		لا تعرف	
		العدد	٪	العدد	٪
1	يعتبر ختان الإناث عادة موروثة من قديم الأزل.	127	84.7	23	15.3
2	يسبب ختان الإناث العديد من المضاعفات والأضرار الصحية والنفسية للفتاة.	126	83	24	17
3	ختان الإناث ممارسة ضارة لم تأمر بها الأديان.	106	70.7	44	29.3
4	يحافظ ختان الإناث علي عفـة وطهـــارة الفتاة.	91	60.7	59	39.3

جدول رقم 11: الترتيب التنازلى لمصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلا من وجهة نظرالطالبات المبحوثات

م	المصادر	الحالية			المفضلة مستقبلاً		
		التكرارات	٪	الترتيب	التكرارات	٪	الترتيب
1	الأم	50	33.00	الأول	52	34.6	الأول
2	التلـــــيفزيون	45	30.00	الثاني	22	14.6	الرابع
3	شبكة الإنترنت	31	20.60	الثالث	21	14.0	الخامس
4	الزائرة الصحية	23	15.30	الرابع	27	18	الثاني
5	الأخصائية الإجتماعية	18	12.00	الخامس	18	12.0	السادس
6	المـــدرسات	16	10.60	السادس	7	4.70	التاسع
7	الأهل والأقارب	15	10.00	السابع	8	5.30	الثامن
8	الـــــراديو	14	9.30	الثامن	9	6.0	السابع
9	الإخوات الإنـاث	9	6.00	التاسع	26	17.3	الثالث
10	زميلات المدرسة	8	5.30	العاشر	6	4.00	العاشر
11	الكتب والمجلات	5	3.30	الحادى عشر	4	2.70	الثاني عشر
12	الجـــــيران	4	2.70	الثاني عشر	2	1.30	الثالث عشر
13	الأب	3	2.00	الثالث عشر	5	3.30	الحادي عشر

ن = 150

جدول رقم 12: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لدرجة إعتقاداتهن وآرائهن عن بعض المعتقدات والمفاهيم المتعلقة بالإنجاب والخصوبة

الفئات	العدد	٪
إعتقادات خاطئة (أقل 20درجة)	20	13.3
إعتقادات محايدة (20–27 درجة)	40	26.7
إعتقادات صحيحة (أكثرمن 27درجة)	90	60
المجموع	150	100

ن = 150 متوسط حسابى = 27,11 انحراف معيارى =5.87

جدول رقم 13: توزيع الطالبات المبحوثات وفقا لإعتقاداتهن وأرائهن عن بعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالخصوبة والإنجاب

م	المعتقدات والمفاهية السائدة	تعتقد في صحتها تماما		تعتقد في صحتها لحد ما		لا تعتقد فى صحتها	
		العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
1	الطفل يولد ورزقه معه.	91	60.7	28	18.7	31	20.6
2	تكتسب المرأة مكانتها فى الأسرة والمجتمع من كونها ولود.	51	34	38	25.3	61	40.7
3	المولود الذكر عزوة وسند وضمان حماية لممتلكات الأسرة مستقبلا.	42	28	36	24	72	48
4	تنظيم الأسرة فيه معارضة لله.	41	27.3	38	25.3	71	47.4
5	خلفة البنت هم لايفارق أسرتها حتى الممات.	37	24.7	28	18.7	85	56.6
6	تستمد المرأة مكانتها في الأسرة والمجتمع من ذريتها الذكور.	35	23.4	22	14.6	93	62
7	كثرة الإنجاب خير وبركة ونعمة من ربنا.	32	21.3	40	26.7	78	52
8	يرتبط الطموح المهني للمرأة عكسيا بكثرة الإنجاب.	30	20	45	30	75	50
9	كثرة الإنجاب الأطفال يساعد على تحسين الحالة المعيشية الاقتصادية للأسرة.	28	18.7	14	9.3	108	72
10	كثرة الإنجاب أفضل طريقة لربط الرجل بزوجته وعدم تخليه عنها.	27	18	21	14	102	68
11	ضرر وسائل تنظيم الأسرة أو منع الحمل أكثر من نفعها.	26	17.3	67	44.7	57	38
12	يعتبر الزواج المتعدد بأكثر من زوجة حلا مثاليا لمشاكل الزواج المتأخر والعنوسة.	25	16.7	18	12	107	71.3

ن=150

جدول رقم 14 : قيم معاملات الإرتباط بين درجات الاحتياجات المعرفية الكلية للطالبات المبحوثات بالصحة الإنجابية كمتغير تابع وبين خصائصهن المدروسة كمتغيرات مستقلة

المتغيرات المستقلة	قيم معاملات إرتباط بيرسون
عدد الأبناء الذكور	0.050-
عدد الأبناء الإناث	0.050-
الترتيب التنازلى بين الإخوة	0.010
عدد مصادر المعلومات الحالية والمفضلة مستقبلاً عن الصحة الإنجابية	0.214- **
درجة إعتقاد الطالبات المبحوثات وأرائهن الخاصة ببعض المعتقدات والمفاهيم السائدة المتعلقة بالإنجاب والخصوبة	0.228- **
المتغيرات المستقلة	**قيم معاملات إرتباط سبيرمان**
تعليم الأم	0.106
تعليم الأب	0.173 *
	0.024
المتغيرات المستقلة	**قيم مربع كاى**
عمل الأم	51.627 **
عمل الأب	16.860**
نوع الأسرة	149.027 **
السماع عن الصحة الإنجابية	69.360 **

** معنوى عند مستوى إحتمالى 0,01 * معنوى عند مستوى إحتمالى 0,05

المراجع

1- أبو زنيد، محمد محمود عيسي (2007): مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الانجابية، رسالة ماجستير، قسم الصحة الإنجابية، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

2- أحمد، محمد الصالح مسعي (2014): دراسة ميدانية لعينة من طلبة قسم العلوم الاجتماعية بجامعة قاصدي رباح في ورقلة، رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة قاصدي رباح، ورقلة، الجزائر.

3- أحمد، مصطفى حمدى وسامية عبد السميع هلال وعبد الصمد محمد على وراندا يوسف محمد ودينا على أحمد حسن (2019): دراسة اجتماعية لظاهرة الزواج المبكر بريف محافظة أسيوط، مجلة أسيوط للعلوم الزراعية، مجلد 50، عدد 2.

4- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء (2017)
https://www.capmas.gov.eg/party/party.visited on wednesday ,august,9,2018
5- الركبان، محمد بن عثمان (2004): السلوكيات الغذائية والعوامل المؤثرة فيها لدي المراهقين في مدينة الرياض، المجلة العربية للغذاء والتغذية، مجلد 15، عدد 11، البحرين.
6- المجلس القومي للمرأة (2004): تقريرعن الأوضاع الإحصائية للمرأة، مصر.
7- المشروع العربى لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية (2007)، صحة الأسرة العربية وتحديات العولمة، القاهرة، الطبعة الثانية.
8- جمعة، علي (2011): المرأة في الحضارة الإسلامية " ختان الإناث بين الحقيقة والأوهام"، جريدة المصري اليوم، مصر، عدد 15 يونيه.
9- حنفي، سارة أحمد (2012): الحد من الفجوة النوعية في الإسكندرية "حوار مع طالبات المدارس حول الصحة الانجابية "، سلسلة أوراق عمل لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، المكتب المرجعي للسكان (PRB)، مركز الإسكندرية الإقليمي لصحة وتنمية المرأة، فبراير.
10- دليل إدماج الإرشاد النفسي والإجتماعي والقانوني في خدمات الصحة الإنجابية (2008): كتاب مركز المرأة، بطن الهوي، رام الله، فلسطين.
WWW.Cak.org
11- شريف، آسيا (2011): الشباب والتثقيف الصحي في قضايا الصحة الإنجابية وإعدادهم للدور الإنجابي في المنطقة العربية، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، مجلد 4، عدد11.
12- عبد الجليل، مني شرف (2016) : معارف وإتجاهات الأسرة ن نحو زواج الأقارب والفحص الطبي قبل الزواج، مجلة اسكندرية للتبادل العلمي، جامعة الأسكندرية، مجلد 37، عدد 4.
13- عبد السلام، أسماء(2009): كيف تؤثر نوعية الخدمات الصحية وجودتها في مجال تنظيم الأسرة في إستخدام السوريات لموانع الحمل، مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية، مجلد25، عدد 2.
14- عبد المنعم، أحمد، ورابح حليمي (2010): مؤشرات الصحة الإنجابية في بعض البلدان العربية، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، مجلد 3، عدد 7.
15- على، إنتصار على حسن (2016): دراسة اجتماعية لقياس وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية لبعض القرى محافظة الوادى الجديد، مجلة المنصورة للعلوم الزراعية والاقتصادية، مجلد 7، عدد12.
16- قنديل، سميرة أحمد، والحسينى رجب ريحان، وشيرين عبد الباقى فرحات، وصفاء صبرى محمود (2015): الوعى بالمشكلات الاجتماعية والنفسية ، وعلاقته بالسلوك الصحى للصحة

الإنجابية لدى الفتيات فى مرحلة المراهقة، مجلة المنصورة للعلوم الزراعية والاقتصادية، مجلد 6، عدد9.

17- ميخائيل، إميل صبحي، وإيمان عوض سراج (2017): الصحة الإنجابية في مرمي مجالات العمل الإرشادي" ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العلمي الرابع عشر للجمعية العلمية للإرشاد الزراعي" تنمية المرأة الريفية . الفرص والتحديات "، 15- 16 اكتوبر.

18- Chandra-Mouli, V. and Alma V. Camacho,(2010), Adolescent Pregnancy " A global Perspective ", Training Course in Sexual and Reproductive Health Research , World Health Organization(WHO) ,Geneva.

19- Chritiainsen, Charlotte. , Susannah Gibbs and Venkatraman Chandra-Mouli(2013), Prevent Early Pregnancy and Pregnancy- related Mortality and Morbidity in Adolescents in Developing Countries" The Place of Intervention in the Pregnancy Period", Journal of Pregnancy ,2013 (January) Volume 2013, Article ID 257546.

20- FKhar, Ibrahim (2010). Spousal Violence in Egypt. Website:https://www.prb.org/egypt-violence-against-women.Visteved on Thursday ,August 10 ,2018.

21- Engen,I.Kristin (2013):Adolescent Reproductive Health in Cameron; Prevention of Adolescent Pregnancies through access to Sexual and Reproductive Health Measures in Cameron, M.S.c. degree ,Faculty of Social Science(College of Applied Science), Oslo and Akershus University, Oslo.

22- Lucy et.al. (2015): Socio-Cultural Factors Influencing Access to Reproductive Health Services Information among the Youth in Koroyocho" research on humanities and social science" ,vol.14 , Slum of Nairobi, Kenya.

23- UNICEF (2013): Female Gentile Mutilation/Cutting Statistical - Overview and Exploration of dynamics Change.

24- Moustafa, Noha S. and Muhammad, Yasmine Y. (2018): Impact of Educational Program on Reproductive Health Knowledge of Female Reproductive Health School Studies in Alexandria Governorate, Journal of High Institute of Public Health (JHIPH), Vol. 28(1).

25- United Nations Children's Fund "The State of the world's Children's (2009), (New York: UNICEF.2008).Accessed at:www.Unicef.org/sowcog/ducs/sowcog-Full Report-EN-pdf.
Visited on Monday, May 20, 2019.

26- WHO (2011), WHO Guidelines on: Preventing Early Pregnancy and poor Reproductive outcomes among Adolescents in Developing Countries,Geneva:World Health Organization (WHO),
Available at : http:// who qulibdoc .who.int\ publications\ 2011: 978924-eng.p

Knowledge Needs Concerning of Reproductive Health of Female Students in General Secondary Education in Abu Homs Area, Buhaira Governorate

Eman A. Serag **Emil S. Mikhail**

Agricultural Extension and Rural Development Research Institute

Agricultural Research Center, Giza, Egypt.

Abstract

This research aims to identify the Knowledge needs level of the respondent students concerning of the reproductive health, and its corellation relationship to some distinguised characteristics as independent variables, also to identify their information sources of the reproductive health present and in the future, and to identify their believes and opinions concerning some prevailing the beliefs and concepts related to the reproduction and fertility.

The research was conducted on 150 high schools female students as a systematic random sample represnt 19% of the research population in Abu Homs area, Buhaira Governorate, data were collected by using a personal interview questionnaire , frequencies, percentages, range , arithmetic means, standard divisions, , person and spearman simple correlation coefficients , and Chi square were used to analyse data and show the results .

The results revealed that:

- About 68.67 of the Female Respondents their total needs of the reproductive health ranged between moderate and high,while only 31.33 % of them whom their needs were low.
- The mother were come in the first rank (33%) as the present source of information, television in the second rank (30%) and internet in the third rank(20.6%),also the mother was come in the first rank(34.6%) as a prefered source for them about the reproductve health in the future.

- About 60% of the female respondents their believes and opinions about some of the prevailing beliefs and concepts related to reproduction and fertility right and correct, while about 13.3% of them their believes were wrong and distorted.
- There is a significant and positive cecorrelation relationship at 0.01 level of significance between the Knowledge needs degree of the respondents of reproductive health as a dependent variable and work of mother, job of father, family type and hearing about the reproductive health , there is also a significant and negative cecorrelation relationship at the same level wiht both of number of information sources now and in the future and degree of believes and opinions concerning some common believes and concepts related to the reproductive and fertility as independent variables, the results also revealed that there is a significant and positive cecorrelation relationship at 0.05 level wih one idependent variable(father education degree).