

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 الإنجابية للمرأة الريفية
في قرية عرب مطير – محافظة أسيوط

محمد محمود بركات و مجدي علي يحيي و جاسنت إبراهيم ريحان
قسم المجتمع الريفي و الإرشاد الزراعي – كلية الزراعة – جامعة عين شمس – القاهرة

الملخص

استهدفت الدراسة الحالية التعرف على أثر الزواج المبكر على بعض مؤشرات الصحة الإنجابية للمرأة الريفية ، وأهم العوامل المؤثرة عليها ، بالإضافة إلي 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 عمدية من الفتيات لمتزوجات مبكراً في سن السادسة عشر فأقل في قرية الدراسة على الأ يزيد عمر المبحوثة وقت إجراء الدراسة عن ثلاثين عاماً ، حيث بلغ قوام عينة الدراسة (210) مبحوثة يمثلن نحو 6,5% من إجمالي عدد الأسر بالقرية . وقد تم تصميم استمارة استبيان جمعت بالمقابلة خلال الفترة (نوفمبر ، ونوفمبر ، وديسمبر علم 2001) .

وقد أوضحت نتائج مؤشر الصحة الإنجابية أن نحو 90,7% من عينة الدراسة يقعن في الفئتين المتوسطة (38,1%) والمنخفضة (52,6%) علي المؤشر ، وهو ما يعني انخفاض مستوى الصحة الإنجابية لعينة الدراسة من السيدات المتزوجات مبكراً بسبب انخفاض مؤشرات القدرة علي الإنجاب الأمن (ارتقاع نسبة زواج الأقارب إلى نحو 75% من حجم العينة) ، والأمومة الآمنة (49,1% علي الأقل من حجم العينة تعرضن لحنوث حالات 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 علي مؤشر الصحة الإنجابية موضع الدراسة وتشرح نحو 32,6% من التباين في مؤشر الصحة الإنجابية وهذه المتغيرات هي: عمر الزوج عند الزواج ، والنخل الشهري للأسرة ، والحيازة الحيوانية للأسرة ، وعمر المبحوثة الحالي ، وكثافة المسكن ، ومهنة الزوج ، وعمر المبحوثة عند الزواج ، وعدد أفراد الأسرة ، وأخيراً المستوى الاجتماعي – الاقتصادي لأسرة المبحوثة 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 علي الترتيب.

المقدمة

شهدت العقود الأربعة الأخيرة من القرن العشرين والسنوات الأولى من القرن الحادي والعشرين زخماً كبيراً وطفرة نوعية مهمة في تناول الدولي لقضايا المرأة وحقوقها وأدوارها ومسئولياتها خاصة قضايا مناهضة العنف ضدها ، فالمنف لا يعني فقط الاعتداء الحسي أو المعنوي علي شخص المرأة ، بل يقصد به جميع أشكال السلوك الفردي والاجتماعي الذي ينال من المرأة ويحط 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 البرقة 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 وتواصلت 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 المستحدثة 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 تعاني منه الفتيات في معظم الدول النامية ومن بينها مصر خاصة في المناطق الريفية .

وتكشف الإحصاءات التي تنشرها تباعاً منظمة الأمم المتحدة (٣٠ - ٢٠٠١) 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 كسل من النيجر ، ومالي ، وبوركينا فاسو ، وموزمبيق بلغت النسبة حوالي ٧٧% ، ٧٠% ، ٦٢% ، 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 الشئون الاجتماعية (١٠ - ٢٠٠١) في إطار مشروع الممارسات الضارة ضد المرأة والتي تم تنفيذها في عدد ٢٦ وحدة محلية قروية بمحافظة 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 علي 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 الحالات المرضية لدي الإناث ترتبط بشكل أساسي بالدور الإيجابي للمرأة ، كما يزداد معدل الإصابة بالأميما وخاصة نقص الحديد لدي النساء الريفيات ، وقد يرجع هذا أسماً إلى انتشار نمط الزواج المبكر. ويؤكد هذا ارتفاع معدلات الإنجاب الكلية التي قدرت عام ٢٠٠٠ بنحو ٣,٥٣ مولود لكل سيدة علي المستوى القومي ، في حين تصل إلي ٣,٣١ في ريف الوجه البحري، وتزداد لتصل إلي ٤,٦٦ في ريف الوجه القبلي ، حيث لازالت معدلات ممارسة تنظيم الأسرة منخفضة نسبياً برغم وصولها إلي ٥٦% من إجمالي السيدات في سن الحمل عام ٢٠٠٠ ، وترتفع هذه النسبة لتصل إلي ٦١% في ريف الوجه البحري ولا تتعدى ٤٠% في ريف الوجه القبلي [٣ - ٢٠٠٠] .

وللزواج المبكر للفتيات آثاراً مدمرة علي الحياة الاجتماعية والنفسية للمرأة والأسرة ، حيث تتصف هذه الأسر بأنها أكثر تعرضاً لخطر الطلاق فيما بينها لعدم التوافق الزواجي بين الطرفين 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 علي عدد سنوات من التعليم تبلغ سبعة سنوات يتزوجن في المتوسط في عمر يزيد بمقدار أربعة سنوات عن نظرائهن اللاتي لم يحصلن علي 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 إطار يصعب معه الاستمتاع بحياتها أو المشاركة الفعالة في قضايا مجتمعا بل أصبحت أسيرة للفقر والمرض 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 لمتاعب صحية مستقبلية تستمر مع الطفل بعد ولادته (٢٩ - ٢٠٠١) . ناهيك عن تكرار الحمل والولادة وتداعيات ذلك على صحة الأم .

في ضوء العرض السابق ورغبة في استجلاء المزيد حول ظاهرة الزواج المبكر للفتيات والنتائج 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 ولحة من يمين المدخل الرئيسية لتحديد المستوي 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 :

لإجتر 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، وإندونيسيا ، والفلبين اللاتي تحصلن على خدمات صحية تبلغ ٢٥% في حين لا

تتجاوز ٣% في بنجلاديش. وقد توصلت الدراسة أن انخفاض سن الفتيات عند الزواج يؤدي إلى 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 إلى 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 على إطالة 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 إلى 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 الدراسة إلى انخفاض عدد الأطفال الذين تتجهم المرأة ليصلوا في المتوسط إلى ٣ - ٤ طفل لكل سيدة .

وقد أشارت دراسة Ober Meyer (٢٧ - ١٩٩٩) إلى أن تأكيد أسس الصحة الإنجابية يتطلب وضع مفهوم واضح للصحة الإنجابية للمرأة نظراً لتعدد الزوايا التي يتضمنها هذا المفهوم (عمر 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 بالعربية 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 بالعربية ترجمة لـ **sante gensique** 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 والإنمائية لدى النساء وتشتمل على :

- ١ - القدرة على الإنجاب الآمن (اكتشاف معوقات 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 أتيح 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] إلى أن هناك عديد من المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على مستوى الصحة الإنجابية للمرأة، وإن اختلفت هذه الدراسات بشأن معنوية هذه المتغيرات. لذلك ترى الدراسة الراهنة ضرورة أخذ العوامل التالية في الاعتبار باعتبارها مؤثرة على 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، والدخل الشهري للأسرة، والحيازة الزراعية للأسرة، وحجم الحيازة الحيوانية للأسرة، وحجم الحيازة الآلية للأسرة، والمستوى الاجتماعي - الاقتصادي لأسرة المبحوثة الحالية، وأخيراً المستوى 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 الإنجابية للمرأة الريفية والسابق الإشارة إليها أمكن اشتقاق فرض عام واحد ، وثلاثة وعشرون فرضاً إحصائياً .

الفرض العام الرئيسي :

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

الفروض الإحصائية (١ - ٢٢) :

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

* لا يتأثر مستوى الصحة الإنجابية معنوياً 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 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 ، 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 علمي مستوى الصحة الإنجابية لعينة الدراسة ومنطوقه : لا يتأثر مستوى الصحة الإنجابية لعينة الدراسة من المتزوجات مبكراً بالتأثير المجمع للمتغيرات المستقلة موضوع الدراسة .

ب - طريقة التحليل :

استخدمت الدراسة نموذج " محرم - بركات " لقياس الأثر المجمع للعلاقات الاقتراعية باستخدام اختبار X^2 ، واختبار قوة العلاقة الاقتراعية " 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 الإنجابية للمرأة الريفية كمدخل لوضع مجموعة من البرامج المتكاملة للحد من الآثار السلبية المترتبة علي تلك الظاهرة ، كما اعتمدت علي المنهج الكمي في محاولة لتكميم الظاهرة موضع الدراسة ، وقياس آثارها .

ب - المجال الجغرافي للدراسة :

أجريت الدراسة علي قرية " عرب مطير " - مركز الفتح - محافظة أسيوط . ولقد تم اختيار القرية موضع الدراسة للأسباب 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 لدي فتيات الريف في الوجه القبلي يبلغ حوالي ١٧,٤ سنة، في حين يرتفع السن في ريف الوجه البحري ليبلغ حوالي ١٨,٥ سنة (٣ - ٢٠٠٠ - ص ١٠٦).
- ٢ - في إحدى الدراسات الحديثة للإدارة العامة لشئون المرأة بوزارة الشئون الاجتماعية (١٠ - ٢٠٠١) في إطار مشروع الممارسات الضارة ضد المرأة والتي تم تنفيذها في ٢٦ وحدة محلية قروية بمحافظات الوجه القبلي " الجيزة ، والمنيا ، وأسيوط ، وسوهاج وجد أن متوسط السن عند الزواج الأول للفتيات بجميع قرى الدراسة قد تميز بالانخفاض ، حيث بلغ حده الأعلى ١٩ سنة في قرية المرازيق بمحافظة الجيزة ، في حين بلغ حده الأدنى ١٥,٣ سنة في قرية عرب مطير بمحافظة أسيوط
- ٣ - قدمت الإدارة العامة لشئون المرأة بوزارة الشئون الاجتماعية من خلال أخصائياتها في محافظة أسيوط بعض التسهيلات المتعلقة بجمع البيانات الميدانية من قرية " عرب مطير " .

ج - المجال البشري للدراسة :

للتعرف على بعض مؤشرات الصحة الإنجابية للفتيات المتزوجات مبكراً بقرية " عرب مطير " تم اختيار عينة عسدية من الفتيات المتزوجات في سن السادسة عشر فأقل في قرية الدراسة على ألا يزيد 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 عدد السيدات المتزوجات المقيمت مع أسرهن بالقرية البالغ عددها ٣٣٠٢ أسرة طبقاً لنتائج تعداد ١٩٩٦ .
ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم استمارة استبيان بالمقابلة تضمنت العديد من الأسئلة منها ما يتعلق بقياس مستوي الصحة الإنجابية للفتيات المتزوجات مبكراً (المتغير التابع) ، ومنها ما يختص بالمتغيرات المستقلة موضوع الدراسة ، وقد تم عمل اختبار مبدئي للاستمارة على 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 الاستعانة بفريق بحثي من فتيات القرية بعد تدريبهن على 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 الإنجابية للفتيات المتزوجات مبكراً :

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

أ - المحور 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 على 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 يبلغ ٠,٥٣ وحدة.

ب - المحور الثاني (الأومة الآمنة) : وتكسسه 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 مؤشراً رقمياً 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 في حالة حدوثها وقد تم استبعاده نظراً للتدين الشديد بين سكان القرية موضوع الدراسة من ناحية ، ولأن طرح هذا التساؤل علي المبحوثات غير مقبول اجتماعياً من ناحية أخرى .

د - المحور الرابع : حماية المرأة من العنف ويمكن القول بأن جميع المبحوثات في الدراسة الراهنة قد تعرضن للعنف بزواجهن مبكراً حيث لم يتجاوز عمرهن عند الزواج ستة عشر عاماً . ومع ذلك فلقد تم الاعتماد علي مؤشر لقياس الاتجاه نحو الزواج المبكر للفتيات وذلك لقياس اتجاه الأمهات اللاتي تزوجن مبكراً 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 مبكراً 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 مؤشراً رقمياً لقياس اتجاه الأمهات اللاتي تزوجن مبكراً 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 الثلاث السابقة مؤشراً رقمياً لقياس مستوي الصحة الإنجابية للفتيات المتزوجات مبكراً. 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 تصاعدياً إلي أعلى وتوزيع عينة الدراسة علي هذه الفئات طبقاً لاستجاباتهن [جدول رقم (١)] .

ب - قياس المتغيرات المستقلة :

[١] عمر المبحوثة عند الزواج :

استخدم عدد السنوات الممثلة 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 (أمية / تقرأ 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] عمر 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 بمسكن 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 بمسكن 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 للملكة 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 (٣) ، وتضم الفئة الثانية "الحائزين للعجول والجمال" وتم ترجيحها بضرب عددها في (٢) ، 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 والمحارث" وتم ترجيحها بضرب عددها في (٣) ، وتضم الفئة الثانية "الحائزين للآلات الحصاد والدراس" وتم ترجيحها بضرب عددها في (٢) ، وتمثل الفئة الثالثة "الحائزين لموتور السوي 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 (٣,٦٨) 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 :

$$Y_1 = 6.17 y_{1.1} + 5.75 y_{1.2} + 3.68 y_{1.3} + 4.40 y_{1.4}$$

حيث :

$$\begin{aligned} Y_1 &= \text{المستوى الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة الحالية للمبحوثة.} \\ Y_{1.1} &= \text{الدرجة الحاصل عليها الفرد في المستويات الفرعية لمتغير التعليم.} \\ Y_{1.2} &= \text{الدرجة الحاصل عليها الفرد في المستويات الفرعية لمتغير المهنة.} \\ Y_{1.4} &= \text{الدرجة الحاصل عليها الفرد في المستويات الفرعية لمتغير أسلوب الحياة.} \end{aligned}$$

[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 (١) نتائج التحليل الإحصائي لمتغيرات الدراسة التابعة والمستقلة

المتغيرات	المدى		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفئات			المتغير				
	الحد الأدنى	الحد الأعلى			منخفض	متوسط	مرتفع		الجملة			
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	عدد				
التابع : مستوى الصحة الإيجابية للمتزوجات مبكرا المتغير	٢٠	٥٤	٣٠,٣	٥,٤	١١٣	٥٢,٦	٨٢	٣٨,١	٢٠	٩,٣	٢١٥	١٠٠,٠
١- عدم المبحوثة عند الزواج	١١	١٦	١٤,٦	٠,٩١	٢٧	١٢,٦	٧٤,٩	٢٧	٧٤,٩	٢٧	١٢,٦	١٠٠,٠
٢- المبحوثة عند الحالي للمبحوثة	١٥	٣٠	٢٤,١	٤,٣٠	٤٣	٢٠,٠	٨٣	٣٨,٦	٨٩	٤١,٤	٢١٥	١٠٠,٠
٣- المبحوثة لالة الزوجية للمبحوثة	١	٣	١,٠٢	٠,١٨	١	٠,٥	٣	١,٤	٣	١,٤	٢١٥	١٠٠,٠
٤- المستوى التعليمي للمبحوثة عند الزواج	١	٥	١,٧١	١,١٤	١٢٩	٦٠,٠	٢٥	١١,٦	٥١	٢٨,٤	٢١٥	١٠٠,٠
٥- المبحوثة لالة العملية للمبحوثة	١	٢	١,٠٩	٠,٢٨	١٩٦	٩١,٢	١٩	٨,٨	-	-	٢١٥	١٠٠,٠
٦- ترتيب المبحوثة بين أخواتها	١	٨	٣,٧٣	١,٦٩	٤٥	٢٠,٩	١١١	٥١,٦	٥٩	٢٧,٥	٢١٥	١٠٠,٠
٧- عدد مرات الحمل	٠	١٤	٣,٥٠	٢,٦٠	٩٤	٤٣,٧	٨٠	٣٧,٢	٤١	١٩,١	٢١٥	١٠٠,٠
٨- عدد الزوج عند الزواج	١٢	٤٠	١٩,٤٠	٦,١٠	١٠٧	٤٩,٨	٣٣	١٥,٣	٧٥	٣٤,٩	٢١٥	١٠٠,٠
٩- المبحوثة لالة التعليمية للزوج	١	٧	٢,٤٩	١,٧٨	١٢١	٥٦,٣	٤٦	٢١,٤	٤٨	٢٢,٣	٢١٥	١٠٠,٠
١٠- مهنة الزوج	١	٥	٢,٥٠	٠,٨٨	١٣٢	٦١,٤	٥٩	٢٧,٤	٢٤	١١,١	٢١٥	١٠٠,٠
١١- عدد الأبناء الذكور	٠	٦	١,٥٢	١,٢٤	١٣١	٦٠,٩	٧٣	٣٤,٠	١١	٥,١	٢١٥	١٠٠,٠
١٢- عدد الأبناء الإناث	٠	٧	١,٥٦	١,٢٨	١٢٨	٥٩,٥	٧٦	٣٥,٣	١١	٥,١	٢١٥	١٠٠,٠
١٣- إجمالي عدد الأبناء	٠	٩	٢,٨١	١,٨٠	١١٥	٥٣,٥	٥٥	٢٥,٦	٤٥	٢٠,٩	٢١٥	١٠٠,٠
١٤- عدد أفراد الأسرة	٢	٢٠	٦,٩٠	٣,٦٠	٥٣	٢٤,٧	٨٤	٣٩,١	٧٨	٣٦,٢	٢١٥	١٠٠,٠
١٥- نوع الأسرة	١	٢	١,٥٥	٠,٥٠	٩٦	٤٤,٧	١١٩	٥٥,٣	-	-	٢١٥	١٠٠,٠
١٦- ثقافة المسكن	٠,٢٥	٥,٣٣	١,٦٦	٠,٨٦	٧٢	٣٣,٥	١٠٢	٤٧,٤	٤١	١٩,١	٢١٥	١٠٠,٠
١٧- الدخل الشهري للأسرة بالجنيه	٦٠	٩٠٠	٢٢٨,٤	١٣٩,٦	٩٢	٤٢,٨	٩٢	٤٣,٣	٣٠	١٤,٠	٢١٥	١٠٠,٠
١٨- حيازة الزراعة للأسرة بالقطر	٠	٣٦٠	٢١,٦٠	٤٠,٣٠	١٢٠	٥٥,٨	٥٥	٢٥,٦	٤٠	١٨,٦	٢١٥	١٠٠,٠
١٩- حجم الحيازة الحيوانية للأسرة	٠	٢٦	٤,٣٠	٤,٢٠	٧٩	٣٦,٧	٨١	٣٧,٧	٥٥	٢٥,٦	٢١٥	١٠٠,٠
٢٠- حجم حيازة الآلات الزراعية	٠	٦	٠,٣٠	١,٥٠	١٧٩	٨٣,٣	٢٨	١٣,٠	٨	٣,٧	٢١٥	١٠٠,٠
٢١- المستوى الاجتماعي-الاقتصادي الحالي	٣٦,٣	٩٣,١	٥٩,٠	١٢,٧٠	٩٢	٤٢,٨	٩٤	٤٣,٧	٢٩	١٣,٥	٢١٥	١٠٠,٠
٢٢- المستوى الاجتماعي-الاقتصادي السابق	٣٥,٩	٧٢,٨	٤٨,٦٠	٦,٩٦	٩٩	٤٦,٠	١٠٠	٤٦,٥	١٦	٧,٤	٢١٥	١٠٠,٠

المصدر: الدراسة الميدانية

وفيما يلي عرضاً لنتائج 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 إلي ثلاث فئات متساوية الطول ومتدرجة تصاعدياً إلي 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 لغالبية عينة الدراسة .

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

الجملة	مؤشر مستوي الصحة 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 :

أختص الهدف الثاني باختبارات صحة الفروض الإحصائية لبيان أثر المتغيرات المستقلة علي 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 التأثير المستقل والمتجمع للمتغيرات) ، وقد أوضحت نتائج التحليل الإحصائي الواردة في الجدول رقم (٣) تأثير مستوي الصحة الإنجابية (معنوياً) للفتيات 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 علي الترتيب (بفرض استقلال تأثير كل منها) وتليها في الأهمية بقيه العوامل الموضحة بالجدول رقم (٣).

وقد ثبتت معنوية العلاقة بين مستوي الصحة الإنجابية للفتيات 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) علي المستوي الاحتمالي ٠,٠١ . 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 للفتيات المتزوجات مبكراً (المتغير التابع) علي المستوي الاحتمالي ٠,٠٥ . 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 والعشرون أوضحت النتائج أن العوامل المستقلة جميعها تشرح نحو ٣٢,٦% من التباين في مستوي الصحة الإنجابية للفتيات المتزوجات مبكراً ، حيث كانت قوة العلاقة الاقترانية " T^2 " تعادل ٠,٣٢٦ . وقد ثبتت معنوية النموذج علي المستوي الاحتمالي ٠,٠١ ، ويعني ما سبق أن النسبة الباقية وقدرها ٦٧,٤% يمكن عزوها إلي 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 المحسوبة	درجات الحرية	قوة العلاقة الاحتمالية	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	الحياسة 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 الاحتمالي ٠,٠٠١ .

* معنوي على المستوى الاحتمالي ٠,٠٠٥ .
المصدر : جدول التحليل 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) التوزيع النسبي لأهم المشكلات الصحية التي صادفت 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 العظام.
٣	٥,١	١١	- إجاب أطفال مشوهين.
٤	٣,٣	٧	- سقط متكرر.
٥	٢,٣	٥	- إجاب 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 العظام " بنسبة بلغت نحو ٢٥,٦% من إجمالي استجابات عينة الدراسة ، ويأتي في المرتبة الثالثة " إجاب أطفال مشوهين " بنسبة بلغت نحو ٥,١% من إجمالي الاستجابات ، يلي ذلك بقية 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 أضيفت إليهن نسبة من يقعن في الفئة المتوسطة على المؤشر لصارت النسبة حوالي ٩٠,٧%

من إجمالي العينة ، وهو ما يعنى أن من يقعن في الفئة المرتفعة على مؤشر الصحة الإنجابية 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 الإنجابية 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 مبحوثة يمثلن نحو ٢٤,٧% من إجمالي العينة قد تعرضن لحدوث ٢ - ٥ حالة إجهاض أو وفيات أطفال عند عمر أقل من سنة ، بالإضافة إلى ٢٧ مبحوثة 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 تكثني مؤشر الأمومة الآمنة لعينة الدراسة.

وقد أكدت دراسة " شاهين " [١٣ - ١٩٩٥] على أن درجة التعرض للأخطار الصحية ترتفع إذا تم الحمل قبل سن 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 ، وفقر 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 للأمهات البالغات . كذلك تبين أن معدل الوفيات بين الأمهات اللواتي في سن المراهقة أعلى بنسبة ٦٠% من الأمهات اللواتي بلغن من 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 يؤيدن الزواج المبكر لبناتهن ، وإذا ما أضيفت إليهن نسبة من يؤيدن 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 تباينت وجهات النظر في الأسباب والدوافع الكامنة وراء انتشار ظاهرة الزواج المبكر للفتيات ، وقد خلصت نتائج الدراسات التي تناولت هذا الموضوع إلى تحديد أهم الدوافع 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 الدوافع 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 على وجه 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 قرأ 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 ومنافستها يمكن بلورة استراتيجية عامة لمواجهة ظاهرة الزواج المبكر للفتيات تأخذ في الاعتبار ما يلي :

- ١ - تعتبر القيم والعادات الاجتماعية جزءاً من التراث الاجتماعي الإنساني والذي يصعب إحداث تغيير سريع فيه ، لذا فإن الفشل هو النتيجة الحتمية لأي محاولات لإجبار الإنسان علي تغيير قيمه وعاداته. ومن ثم فإن التوعية بمختلف الطرق والأساليب هي الوسيلة الفعالة التي يجب الاعتماد عليها لزعة المعتقدات الخاطئة الراسخة في وجدان المجتمع وهو أمر يجب أن توضع له استراتيجية إعلامية واضحة يعتبر التلفزيون ركيزتها الأولى .
- ٢ - إن افتراض أن مجرد وصول المعلومة -الأثار السلبية المترتبة علي الزواج المبكر للفتيات- يمكن أن يتبعه مباشرة تبني بعض السياسات والإجراءات للحد من انتشار ظاهرة الزواج المبكر هو افتراض يحتاج إلي مراجعه وإعادة نظر. حيث تشير التجارب السابقة محلياً وعالمياً حول تبني الأفكار الجديدة أو المستحدثة إلي وجود مراحل خمس (الإدراك ، والاهتمام ، وتقويم المحاولة ، والتجريب ، وأخيراً التبني) تمر بها الفكرة الجديدة حتى تمام تبنيها وممارستها. فعملية التبني هي عملية عقلية يمر بها الفرد منذ وقت سماعه بالفكرة الجديدة إلي أن يتبناها بشكل كامل كنمط سلوكي عادي في حياته ، وهو ما يدفع إلي القول بأن وصول الرسالة الإعلامية إلي جمهور المواطنين قد حققت الحد الأدنى من متطلبات مرحلة الإدراك ، أما الانتقال عبر باقي مراحل التبني فلازال يحتاج إلي 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 علي 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 إلي ١٨ سنة وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية WHO وسن القوانين وتطبيق العقوبات الرادعة لمخالفة ذلك.
- ٥ - تطوير برامج تنظيم الأسرة بما يتلاءم مع الخصوصية الثقافية لكل مجتمع من المجتمعات الريفية المحلية ، مع ربط تلك البرامج السكانية بشكل أو بآخر ببرامج ومشروعات للتنمية الريفية.
- ٦ - تدعيم وتعميم الجهود المبذولة من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية بالتعاون مع منظمة اليونيسيف UNICEF ، ومنظمة الصحة العالمية WHO ، صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA لتصل إلي جميع المجتمعات المحلية والتي تستهدف خفض أعداد الفتيات اللاتي يتعرضن للعنف 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 علي وجه الخصوص ، والعمل علي 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 علي 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 للأسرة الريفية بصفة عامة مع التركيز بشكل خاص علي تحسين أوضاع المرأة الريفية. وتدعيم مشاركتها في أوجه النشاطات الاقتصادية والاجتماعية والصحية من خلال التسهيلات المقدمة لها في أماكن تواجدها وعلي رأسها نوادي المرأة Women's Club .

المراجع

- ١- ابن الجوزي، ١٩٩١، "صفة الصفة"، ط١، 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 & أن وای، 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 على 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- النبلاوى، 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 الواقعة"، 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 والعادات 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 البدوية 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 في 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"، ط٢، بيروت.

- ١٩- محرم ، ابراهيم سعد الدين و محمد محمود بركات (دكاترة) ، ١٩٨٧ ، " التكيف الاجتماعي للهـاجرين 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 (دكاترة) ، ١٩٩٦ ، " تقرير صحة المرأة في مصر وكيفيه 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- نصار ، 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 (دكاترة) ، ١٩٩٩ ، " المكون السلوكي للريفيات 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 والتيارات 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 Makhlof, (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 Planning 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".