J. Agric. Sci. Mansoura Univ., 34 (8): 8633 - 8643, 2009

A STUDY OF THE INFLUENCE OF SOCIO- ECONOMIC DETERMINANTS ON THE REPRODUCTIVE HEALTH BEHAVIOR OF RURAL FAMILY IN A VILLAGE AT DAKAHLIA GOVERNORATE

Abou Husien, Ebthal M. K.* and Enas A. Rezk**
*** Faculty of Agric., Mans. Univ.**
**** Agric. Res Center**

دراسة لأثر المحددات الاجتماعية – الاقتصادية على سلوك الصحة الإنجابية للأسرة الريفية بإحدى قرى محافظة الدقهلية

ابتهال محمد كمال أبو حسين* وإيناس أسعد رزق**
*كلية الزراعة- جامعة المنصورة
**مركز البحوث الزراعية

الملخـــص

تعتبر الصحة الإنجابية من البرامج الهامة التي توليها الدولة اهتماما كبيرا لما لها من أثـر كبيـر تسعى الدولة إلى تحقيقه وهو العمل على نقص المعدلات العالية من الإنجاب خاصة بالريف المصرى.

وتحاول الدراسة التعرف على أثر المحددات الاجتماعية – الاقتصادية التي تحول دون الوصـول بالصحة الإنجابية نحو أهدافها المرجوة وذلك من خلال الأهداف التالية:

١-التعرف على العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية ودرجة إدراك المبحوثين للمعارف المتعلقـة بالصحة الإنجابية.

٢-للتعرف على العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية واتجاهات المبحوثين نحو الصحة الإنجابية.

٣-للتعرف على العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وممارسة المبحوثين للصحة الإنجابية.

٤-التعرف على العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وسلوك المبحوثين المتعلق بالصحة الإنجابية.

وقد اختيرت قرية شها لإجراء الدراسة الميدانية وذلك على عينة من الأسـر بلـغ قوامهـا ٢٠٠ أسرة.

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها وجود علاقة بين كل من مستوى التعليم ، عمـل الزوجة ، مهنة الزوج والدخل ودرجة معرفة المبحوثين بالصحة الإنجابية ، كما تبين وجود علاقة بين عمل الزوجة فقط وبين اتجاهات المبحوثين نحو الصحة الإنجابية فى حين أنه هناك تـأثير لكـل مـن المسـتوى التعليمى ، نوع الأسرة ، ومهنة الزوج وبين مدى ممارسة المبحوثين لبرامج الـصحة الإنجابيـة ، وأخيـرا أظهرت النتائج وجود علاقة بين كل من المتغيرات الآتية: عمل الزوجة ، نوع الأسرة ، مهنة الزوج وبـين سلوك المبحوثين فيما يتصل بالصحة الإنجابية.

وقد أوضحت النتائج أن هناك اتجاها سلبيا نحو برامج الصحة الإنجابية لدى السكان الريفيين على كافة المستويات تقريبا ، مما يدعو إلى ضرورة إعادة النظر فى الطريقة التى يتم بها الدعوة إلـى الـصحة الإنجابية ولمن توجه إليهم الدعوة.

المقدمـــــة

تعتبر الأسرة هى الخلية الأولى فى المجتمع واكتمال هذه الخلية من الناحية البيولوجية كذلك مـن الناحية الاجتماعية له عظيم الأثر فى تكوين المجتمع وضمان سلامته ورفاهية أفراده ، حيث أن الصحة فـى معناها العميق تعنى سلامة الجسم والنفس والعقل فصحة الفرد ليست فقط فى خلوه من الأمراض والعاهـات وإنما أيضا فى توازنه الاجتماعى.

ويرى علماء الاجتماع أن صحة الأفراد تؤثر وتتأثر بالكثير من العوامل الاجتماعيـة والثقافيـة والديموجرافية وغيرها من العوامل.

ومن هنا جاء الاهتمام بالترويج لفكرة الصحة الإنجابية فهى نقطة الإنطلاق الحقيقية للمجهودات التنموية من أجل الوصول إلى مستوى راق من الرفاهية الاجتماعية ، فالأسرة هى الخلية الأساسية فى المجتمع ويتطلب المحافظة على سلامتها وحماية قيمها وتماسكها تهيئة كافة الظروف والفرص ليعيش أفرادها حياة مستقرة. وممارسة الأزواج لتنظيم إنجابهم هو حق إنسانى تكفله المواثيق الدولية ، كما أن تنظيم الاسرة عائداً إيجابياً على صحة الأم والأسرة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ، والدول النامية الآن مدعوة لأن تسعى إلى ضمان هذا الحق من خلال توفير أسباب المعرفة والمسائل المتعلقة بكيفية التنظيم الآمن وحرية الاختيار للأزواج من خلال نظرة أكثر شمولاً وعمقاً لفكرة التنظيم وهى الصحة الإنجابية ، وسوف يظل هذا الحق مرهونا كباقى الحقوق الإنسانية بنمط وحجم الإنجاز التنموى السائد.
(عبد الهادى: ١٩٩٧ ، ص٢٠)

ومن هذا المنطلق أكد صندوق الأمم المتحدة للسكان على ضرورة الاهتمام بتوفير الخدمات الصحية بما فيها من خدمات الصحة الإنجابية وكذلك توفير الاختيار الواعى وتمكين الفقراء وسكان الريف من الحصول على الخدمات الصحية بشكل عام ، وخدمات الصحة الإنجابية بشكل خاص مع الاهتمام بنوعية الخدمات وجودتها. (صندوق الأمم المتحدة: ١٩٩٩ ، ص٦)

وللصحة الإنجابية جوانب كثيرة منها جوانب وقائية وتثقيفية وعلاجية وينبغى على كل من القطاعين الحكومى والأهلى دراسة كافة هذه الجوانب والتنسيق معا على جميع المستويات من أجل الحصول على أفضل النتائج وبلوغ الأهداف المرجوة.

المشكلة البحثية

تتميز مصر بمعدلات مرتفعة من الإنجاب خاصة فى الريف المصرى حيث العادات والتقاليد والقيم وطبيعة المجتمع الزراعى التى تفرض على سكانها تبنى سلوكا إنجابيا معينا.

وتعتبر سياسة تنظيم الأسرة من أهم البرامج التى دعت إليها مصر فى العقود الأخيرة حيث أصبحت هدفاً أساسيا من أهداف السياسة السكانية للدولة. وعندما يصبح الحديث عن الإنجاب وهو حق من حقوق الإنسان بل أنه قد يكون الحق الوحيد للكثير من الفقراء والمحرومين من الكثير من الحقوق الإنسانية الأخرى يصبح الحديث عن تنظيم الأسرة فقط مجرد سرابا.

وعلى ذلك بدأ العمل من خلال نظرة أكثر شمولاً من فكرة التنظيم وهى الصحة الإنجابية الذى يعتبر تنظيم الأسرة أحد برامجها وليس الأوحد لها ولما كان لبرامج الصحة الإنجابية الكثير من الأهداف التى تسعى إلى حماية حقوق الإنسان الصحية فى كافة المجالات كانت أهمية مثل هذه الدراسات التى تسعى إلى التعرف على أهم الأسباب التى تعوق برامج الصحة الإنجابية عن تحقيق أهدافها.

ويسعى البحث إلى التعرف على أثر العوامل الاجتماعية – الاقتصادية التى تحول دون الوصول ببرامج الصحة الإنجابية نحو تحقيق أهدافها التنموية والصحية المرجوة.

أهداف البحث

تسعى الدراسة إلى تحقيق عدد من الأهداف هى:

١-التعرف على العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية ودرجة إدراك المبحوثين للمعارف المتعلقة بالصحة الإنجابية.

٢-التعرف على العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية واتجاهات المبحوثين نحو الصحة الإنجابية.

٣-التعرف على العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وممارسة المبحوثين للصحة الإنجابية.

٤-التعرف على العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وسلوك المبحوثين المتعلقة بالصحة الإنجابية.

الإطار النظرى والمرجعى

بدأت بلدان العالم الثالث تتجه نحو تنظيم الأسرة باعتباره الأسلوب الأمثل للحد من معدلات المواليد المرتفعة. ويرى (عبد البارى: ٢٠٠٠ ، ص١٩٥) أن تنظيم الأسرة لا يمكن أن يصادف نجاحاً إلا إذا رغب الناس فعلاً فى التنظيم ولذلك يلزم الاهتمام بتراث المجتمع المراد نشر الفكرة فيه فضلاً على التعرف على الظروف الاقتصادية والسياسية والدينية وطريقة الحياة الجنسية لدى السكان.

وهنا يشير (آن مازور: ١٩٩٤ ، ص١٤٩) إلى ضرورة اتباع مدخل أكثر شمولاً من تنظيم الأسرة يلبى كافة الاحتياجات التى تتعلق بالمرأة والرجل على السواء ، ومن هنا جاءت الدعوة لفكرة الصحة الإنجابية التى تعترف بأن تنظيم الأسرة هو أحد مكوناتها الصحية والإنجابية وليست هدفاً وحيداً حيث

يتضمن مفهوم الصحة الإنجابية الكثير من الأمور منها تنظيم الأسرة ، الوقاية والعلاج من الأمراض التى تنتقل عدواها بالجنس والإصابات الأخرى للجهاز التناسلى والعلاج من العقم كذلك الاهتمام بالاحتياجات الخاصة للمراهقين.

مفهوم الصحة الإنجابية:

أكد (المؤتمر الدولى للسكان: ١٩٩٤) على تعريف الصحة الإنجابية بأنها "قدرة الاشخاص على الإنجاب بطريقة مرضية وآمنة وأن يكون لهم حرية الاختيار متى وكيف يتم ذلك، الأمر الذى يستوجب معه أن تتوافر لهم المعلومات الخاصة بالوسائل الآمنة والفعالة والمفضلة لتنظيم الاسرة والتى تكون فى متناول جميع الناس وحسب اختياراتهم وان يكون لكل امرأة الحق فى استخدام الخدمات الصحية المناسبة والتى تمكنها من اجتياز مرحلة الحمل والولادة بسلام وبالتالى يتوافر للزوجين أحسن الفرص للإنجاب بصورة آمنة.

وقد أشار (المجلس القومى للسكان: ٢٠٠٠ ، ص١٩) للصحة الإنجابية على أنها "اجتياز المرأة لعمرها الإنجابى فى صحة بدنية ونفسية واجتماعية سليمة بمعنى أنه لا ينبغى الوقوف عند السلامة من الأمراض والحالات المرضية أثناء الحمل والولادة بل يجب أن يمتد مفهوم الصحة الإنجابية ليشمل تقديم الخدمات التى تحتاجها المرأة -خاصة الوقائية- بين فترات الحمل مع الاهتمام بالصحة النفسية والاجتماعية".

وأخيراً تشير (عبد العليم: ١٩٩٩ ، ص٥) إلى أن الصحة الإنجابية تهتم بصفة عامة بأن يستطيع الفرد أن يمارس القدرة على تنظيم نسله بصورة آمنة وأن تتم العلاقات الجنسية بأمان وكذلك تمر المرأة بالحمل والوضع بأمان وأن تنتهى العملية الإنجابية بنتيجة ناجحة من خلال بقاء المولود على قيد الحياة ونموه وتطوره الصحى. كما أنه لا ينظر إلى برامج الصحة الإنجابية على أنه مجرد الوقاية من الأمراض وعلاجها أو مجرد تنظيم الأسرة بل ينظر إليها على اعتبار أنها جزءاً من التنمية البشرية اللازمة لتطبيق مبادئ العمل والمساواة وتجنب الوفاة نتيجة التناسل والإنجاب فى حالات الزواج المبكر.

وعن مكونات الصحة الإنجابية أشار (المجلس القومى للسكان: ١٩٩٨ ، ص٩) إلى أنها تتضمن عدة جوانب من أهمها:

-تطعيم الأم الحامل ، تطعيم الأطفال ، التغذية فى فترة الإنجاب ، إرشادات الأم الحامل ، الراحة بين الحمل والآخر.

بينما أشارت (عبد العليم: ١٩٩٩ ، ص٦٦) إلى أن وزارة الزراعة حددت أهم مكونات الصحة الإنجابية فى:

١-توفير وسائل الحمل ليجنب الإجهاض غير المأمون والحمل غير المرغوب فيه.
٢-المشورة والمعلومات والاتصال فى مجال تنظيم الأسرة.
٣-الأمومة والطفولة الآمنة.
٤-رعاية صحة الأم والطفل.
٥-الإجهاض وعواقبه.
٦-أمراض الجهاز التناسلى.
٧-الصحة الإنجابية للمراهقين.
٨-الزواج المبكر والعلاج لأورام الثدى والجهاز التناسلى.

وقد أشار (المجلس القومى للسكان: ٢٠٠٠ ، ص ص٢٠-٢٣) إلى أن هناك عدد من المراحل الهامة التى ينبغى فيها ممارسة واتباع برامج الصحة الإنجابية للوصول إلى الأهداف المرجوة وقد حددت هذه المراحل كالآتى:

-مرحلة الطفولة ، مرحلة المراهقة ، الفحص قبل الزواج ، رعاية الأم أثناء الحمل.

وهناك العديد من الدراسات السابقة التى اهتمت بدراسة موضوع الصحة الإنجابية لعل من أهمها:

الدراسة التى قام بها (المجلس القومى للسكان: ١٩٩٨) عن "المعرفة والاتجاهات والسلوك تجاه الصحة الإنجابية بين المراهقين والشباب فى محافظة أسيوط" بهدف التعرف على درجة معرفة الشباب بالصحة الإنجابية والتعرف على مدى الانتفاع بخدمات الصحة الإنجابية وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة المعرفة بالصحة الإنجابية ضعيفة للغاية بين الشباب حيث لم تتعد ١٩% بين أقل الفئات العمرية ونسبة ١٠% بين أعلى الفئات كما أن حوالى ثلثى العينة يعتقدون أن للصحة الإنجابية هى تنظيم الاسرة.

وفى دراسة قام بها (عثمان: ١٩٩٩) عن "دراسة الحاجات غير الملباه فى مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة بمصر" والتى استهدفت التعرف على الحاجات غير الملباه وأسبابها ، أوضحت النتائج أن

الجهات المعنية بالتنظيم تحتاج إلى إعادة تنظيم داخلى حتى يمكنها التغلب على المشكلات التى تعوق الأداء مع ضرورة إعادة تدريب مقدموا الخدمة.

وفى دراسة أخرى قامت بها (عبد العليم: ١٩٩٩) عن تقديم برنامج إرشادى مقترح لمواجهة العوامل الاجتماعية والثقافية التى تؤثر على الصحة الإنجابية للمرأة الريفية ، وذلك بهدف الوقوف على العوامل الاجتماعية والثقافية التى تؤثر سلبيا على الصحة الإنجابية وقد أوضحت النتائج أن هناك علاقة طردية بين السن عند الزواج وعدد مرات الحمل كذلك بين تعليم المرأة ومعدل إنجابها.

وأخيرا وفى دراسة قام بها (إبراهيم ، وخليفة ، وفرج: ٢٠٠٦) عن اتجاه خطباء المساجد فى الريف نحو عمل المرأة والصحة الإنجابية حيث استهدفت الدراسة التعرف على بعض الخصائص الشخصية لخطباء المساجد واتجاهاتهم نحو قضايا الصحة الإنجابية وقد أكدت النتائج وجود علاقة معنوية بين اتجاهات خطباء المساجد نحو الصحة الإنجابية وبين المستوى التعليمى ودرجة المشاركة السياسية وعضوية المنظمات.

الأسلـــوب البحثـــى

أجريت هذه الدراسة بإحدى قرى محافظة الدقهلية (وهى قرية شها التابعة لمركز المنصورة) وذلك بعد ترتيب مراكز المحافظة ترتيبا تنازليا من حيث عدد السكان وعدد الأسر وقد تم اختيار أعلى المراكز (مركز المنصورة) وبالمثل أعلى قرية بالمركز (قرية شها) وتتكون قرية شها من ثلاث قرى تابعة هى (شها ، الريدانية ، النزهة) وقد تم تطبيق الدراسة الميدانية على عينة بلغ قوامها ٢٠٠ أسرة من أرباب الأسر (أزواج وزوجات) وقد اعتمدت الدراسة على بيانات تم جمعها عن طريق استمارة استبيان صممت لهذا الغرض وذلك عن طريق المقابلة الشخصية.

وتم استخدام عدد من الأدوات الإحصائية لتحليل البيانات التى تم الحصول عليها مثل التكرارات والنسبة المئوية واختبار مربع كاى ($كا^2$).

التعاريف الإجرائية لمفهومات الدراسة:

١-المعـــــارف:

ويقصد بها فى هذا البحث مستوى إلمام المبحوث بالمعارف المتعلقة بالصحة الإنجابية والتى تضم:

السن عند الزواج ، فوائد الفحص الطبى قبل الزواج ، مشاكل زواج الأقارب ، الفترة المناسبة بين الحمل والذى يليه ، أضرار الحمل المتكرر ، أهمية متابعة الحمل ، أهمية الرضاعة الطبيعية ، أهم التطعيمات فى السنة الأولى من عمر الطفل ، لمن نلجأ للمساعدة فى حالة تأخير الحمل.

٢-الاتجاهـــــات:

ويقصد بها فى هذا البحث حصيلة الأحكام التى يصدرها المبحوث نحو مدى تفضيله أو عدم تفضيله لكل من مجالات الصحة الإنجابية الآتية:

الزواج المبكر للفتاة ، الفحص قبل الزواج ، المدة بين الطفل والذى يليه ، المتابعة الدوية للحمل ، أهمية لبن الأم ، الوصفات البلدية كعلاج لتأخير الحمل.

٣-الممارســـات:

ويقصد بها حصيلة الأفعال والتصرفات التى يمارسها المبحوث/ المبحوثة فيما يتصل بالصحة الإنجابية سواء كانت تصرفات صحيحة أو خاطئة وذلك فيما يتعلق بـــ:

إجراء الفحص الطبى قبل الزواج ، صلة القرابة بين الزوجين ، الفترة بين الحمل والحمل التالى ، متابعة الحمل ، أين ومن يقوم بالمتابعة ، غذاء الطفل فى السنة الأولى من عمره ، لمن يلجأ المبحوث/ المبحوثة لحل المشاكل المتعلقة بالإنجاب ، التطعيمات التى أعطيت للطفل فى السنة الأولى.

٤-الســـلـــوك:

ويقصد به محصلة ثلاثة أبعاد رئيسية تسهم مجتمعة فى توظيف حصيلة معارف الفرد وفى تكوين اتجاهاته وبلورة ممارسته تجاه بعض القضايا والأمور التى تتعلق بالصحة الإنجابية بما يضمن مستوى مرتفع من الوعى تجاه تلك القضية الحيوية.

الفروض البحثيـــة:

١-توجد فروق جوهرية بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية ودرجة إدراك المبحوثين للمعارف المتعلقة بالصحة الإنجابية.

٢-توجد فروق جوهرية بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية واتجاهات المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية.
٣-توجد فروق جوهرية بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وممارسة المبحوثين للصحة الإنجابية.
٤-توجد فروق جوهرية بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وسلوك المبحوثين المتعلقة بالصحة الإنجابية.

النتائج البحثية ومناقشاتها

سوف يتضمن هذا الجزء من الدراسة استعراض أهم النتائج التى تم التوصل إليها فيما يتعلق بمعرفة واتجاه وممارسة سلوك المبحوثين نحو الصحة الإنجابية.

أولا: أثر المحددات الاجتماعية – الاقتصادية على درجة المعرفة للمبحوثين ببرامج الصحة الإنجابية:

لاختبار العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وبين درجة معرفة المبحوثين ببرامج الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائى الآتى:

لا توجد علاقة بين المتغيرات الاجتماعية – الاقتصادية وبين درجة معرفة المبحوثين ببرامج الصحة الإنجابية ، وقد تم اختبار هذا الفرض باستخدام اختبار مربع كاى ($كا^2$) ، والجدول الآتى يوضح أهم النتائج التى تم التوصل إليها فى هذا الشأن.

جدول رقم (١) : أثر المحددات الاجتماعية -الاقتصادية على درجة المعرفة للمبحوثين ببرامج الصحة الإنجابية

متغيرات الدراسة	المعارف						$كا^2$	مستوى المعنوية
	ضعيف		متوسط		عالى			
	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
١-السن:								
من (١٩-٣٠) سنة	٧٧	٨٣,٧	١٢	١٣,٠	٣	٣,٣	٨,٥	٠,٠٨
من ٣١-٤٠ سنة	١٤١	٩١	١٣	٨,٤	١	٦		
من ٤١-٥٠ سنة	١٣١	٨٥,٦	١٣	٨,٥	٩	٥,٩		
٢-التعليم:								
أمى	١٤٢	٨٩,٩	٩	٥,٧	٧	٤,٤	٣١,٧	٠,٠٠٤**
قرأ وكتب	٤٠	٨٠,٠	٧	١٤,٠	٣	٦,٠		
تعليم أساسى	٣٠	١٠٠,٠	-	-	-	-		
متوسط وفوق متوسط	١٣٣	٨٥,٨	٢١	١٣,٥	١	٠,٧		
تعليم جامعى وفوق جامعى	٤	٥٧,١	١	١٤,٣	٢	٢٨,٦		
٣-عمل الزوجة:								
لا تعمل	٦١	٩٦,٨	٢	٣,٢	-	-	٦,٣٧	٠,٠٤*
تعمل	٢٨٨	٨٥,٥	٣٦	١٠,٧	١٣	٣,٩		
٤-نوع الأسرة:								
تعيش فى منزل منفصل	٦٧	٨٩,٣	٨	١٠,٧	-	-	١٢,١٧	٠,٠٢*
أسرة منفصلة عن الأهل	١٤٠	٩٢,٧	٧	٤,٦	٨	٢,٦		
تعيش مع الأهل	١٤٢	٨١,٦	٢٣	١٣,٢	٩	٥,٢		
٥-مهنة الزوج:								
لا يعمل	-	-	٣	١٠٠	-	-	٤٠,٩٨	٠,٠٠**
يعمل زراع	٢٠٧	٨٨,١	٢٠	٨,٥	٨	٣,٤		
يعمل موظف	١١٠	٩٣,٢	٦	٥,١	٢	١,٧		
يعمل أخرى	٣٢	٧٢,٧	٩	٢٠,٥	٣	٦,٨		
٦-الدخل:								
أقل من ٥٠٠ جنيه	٢٠٤	٩١,٩	١٣	٥,٩	٥	٢,٣	١٨,٧	٠,٠٢*
٥٠٠-٧٥٠ جنيه	١٠٠	٨٣,٣	١٣	١٠,٨	٧	٥,٨		
٧٥١-١٠٠٠ جنيه	١٩	٧٩,٢	٤	١٦,٧	١	٤,٢		
١٠٠١-١٢٥٠ جنيه	٢٤	٧٥,٠	٨	٢٥,٠	-	-		
أكثر من ١٢٥٠ جنيه	٢	١٠٠,٠	-	-	-	-		
٧-الحيازة:								
لا يملك	٢٧٤	٨٦,٧	٣٠	٩,٥	١٢	٣,٨	١٢,٢	٠,٠٦
١-١٠ فدان	١٨	٧٥,٠	٦	٢٥,٠	-	-		
١١-٢٠ فدان	٣٣	٩٧,١	-	-	١	٢,٩		
٢١-٣٠ فدان	٢٤	٩٢,٣	٢	٧,٧	-	-		

**معنوية عند مستوى ٠,٠١ *معنوية عند مستوى ٠,٠٥

-أظهرت النتائج التى تتعلق بالمحددات الاجتماعية - الاقتصادية وعلاقتها بدرجة معرفة المبحوثين ببرامج الصحة الإنجابية عن:

-وجود علاقة معنوية بين درجة المعرفة والمتغيرات الدراسية الآتية: التعليم ومهنة الزوج وذلك عند مستوى معنوية ٠,٠١.

-كما تبين وجود علاقة معنوية بين درجة المعرفة والمتغيرات البحثية: عمل الزوجة ، ونوع الأسرة والدخل عند مستوى معنوية ٠,٠٥ ، وعدم وجود علاقة معنوية بين درجة المعرفة وكل من متغيرات السن ، والحيازة.

-وبناءً على ما تم استعراضه من نتائج فإنه يمكن قبول الفرض النظرى الأول فيما يتصل بالمتغيرات الآتية: المستوى التعليمى ، عمل الزوجة ، ونوع الأسرة ، مهنة الزوج ، والدخل ، فى حين يمكن قبول الفرض الإحصائى الأول فيما يتصل بالمتغيرات الآتية: السن ، والحيازة.

ثانياً: أثر المحددات الاجتماعية - الاقتصادية على اتجاهات المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية:

لاختبار العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وبين اتجاهات المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائى الآتى:

لا توجد علاقة بين المحددات الاجتماعية -الاقتصادية وبين اتجاه المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية ، وقد تم اختبار هذا الفرض باستخدام مربع كاى ($كا^2$) والجدول الآتى يوضح أهم النتائج التى تم التوصل إليها فى هذا الشأن.

جدول رقم (٢) : أثر المحددات الاجتماعية -الاقتصادية على اتجاهات المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية

متغيرات الدراسة	الاتجاهات						$كا^2$	مستوى المعنوية
	سلبى		محايد		إيجابى			
	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
١-السن:								
من (١٩-٣٠) سنة	٢٤	٢٦,١	٦٨	٧٣,٩	-	-	٢,٢٣	٠,٣
من ٣١-٤٠ سنة	٥٣	٣٤,٢	١٠٢	٦٥,٨	-	-		
من ٤١-٥٠ سنة	٤٣	٢٨,١	١١٠	٧١,٩	-	-		
٢-التعليم:								
أمى	٤٦	٢٩,١	١١٢	٧٠,٩	-	-	١١,٢	٠,١
يقرأ ويكتب	١١	٢٢,٠	٣٩	٧٨,٠	-	-		
تعليم أساسى	٥	٢٥	١٥	٧٥,٠	-	-		
متوسط وفوق متوسط	٥٦	٣٦,١	٩٩	٦٣,٩	-	-		
تعليم جامعى وفوق جامعى	٢	٢٨,٦	٥	٧١,٤	-	-		
٣-عمل الزوجة:								
لا تعمل	٢٥	٣٩,٧	٣٨	٦٠,٣	-	-	٣,٨٣	٠,٠٥*
تعمل	٩٥	٢٨,٢	٢٤٢	٧١,٨	-	-		
٤-نوع الأسرة:								
تعيش فى منزل منفصل	١٨	٢٤,٠	٥٧	٧٦,٠	-	-	٥,٧	٠,٦
شقة منفصلة عن الأهل	٣٩	٢٥,٨	١١٢	٧٤,٢	-	-		
مع الأهل	٦٣	٣٦,٢	١١١	٦٣,٨	-	-		
٥-مهنة الزوج:								
لا يعمل	-	-	٣	١٠٠	-	-	٢,٢٣	٠,٥
مزارع	٧٣	٣١,١	١٦٢	٦٨,٩	-	-		
موظف	٣٢	٢٧,١	٨٦	٧٢,٩	-	-		
أخرى	١٥	٣٤,١	٢٩	٦٥,٩	-	-		
٦-الدخل:								
أقل من ٥٠٠ جنيه	٦٥	٢٩,٣	١٥٧	٧٠,٧	-	-	٢,٩٢	٠,٦
٥٠١-٧٥٠ جنيه	٣٩	٣٢,٥	٨١	٦٧,٥	-	-		
٧٥١-١٠٠٠ جنيه	٩	٣٧,٥	١٥	٦٢,٥	-	-		
١٠٠١-١٢٥٠ جنيه	٧	٢١,٩	٢٥	٧٨,١	-	-		
أكثر من ١٢٥٠ جنيه	-	-	٢	١٠٠	-	-		
٧-الحيازة:								
لا يملك	٨٨	٢٧,٨	٢٢٨	٧٢,٢	-	-	٥,٦٢	٠,١
١-١٠ فدان	١٢	٥٠,٠	١٢	٥٠,٠	-	-		
١١-٢٠ فدان	١١	٣٢,٤	٢٣	٦٧,٦	-	-		
٢١-٣٠ فدان	٩	٣٤,٦	١٧	٦٥,٤	-	-		

**معنوية عند مستوى ٠,٠١ *معنوية عند مستوى ٠,٠٥

أظهرت النتائج التى تتعلق بالمحددات الاجتماعية – الاقتصادية واتجاه المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية عن:

-عدم وجود أية معنوية بين أى من المتغيرات الاجتماعية – الاقتصادية والاتجاه نحو برامج الصحة الإنجابية فيما عدا أن هناك معنوية بين عمل الزوجة والاتجاه نحو برامج الصحة الإنجابية عند مستوى معنوية ٠,٠٥.

-وبناءً على ما تم استعراضه من نتائج فإنه يمكن قبول الفرض النظرى الثانى فيما يتصل بمتغير عمل الزوجة فقط وقبول الفرض الإحصائى الثانى فيما يتصل ببقى المتغيرات.

ثالثاً: أثر المحددات الاجتماعية – الاقتصادية على درجة ممارسة المبحوثين لبرامج الصحة الإنجابية:

لاختبار العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية على درجة ممارسة المبحوثين لبرامج الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائى الآتى:

لا توجد علاقة بين المحددات الاجتماعية –الاقتصادية وبين مدى ممارسة المبحوثين لبرامج الصحة الإنجابية ، وقد تم اختبار هذا الفرض باستخدام مربع كاى (كا^2) والجدول الآتى يوضح أهم النتائج التى تم التوصل إليها فى هذا الشأن.

جدول رقم (٣) : أثر المحددات الاجتماعية – الاقتصادية على درجة ممارسة المبحوثين لبرامج الصحة الإنجابية

متغيرات الدراسة	درجة الممارسة						كا^2	مستوى المعنوية
	ضعيفة		متوسطة		عالية			
	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
١-السـن:								
من (١٩-٣٠) سنة	٦٤	٦٩,٦	٢٨	٣٠,٤	–	–	٠,٦	٢,٧٩
من ٣١-٤٠ سنة	١٠٦	٦٨,٤	٤٨	٣١,٠	١	٦		
من ٤١-٥٠ سنة	١٠٧	٦٩,٩	٤٣	٢٨,١	٣	٢		
٢-التعليم:								
أمى	١١١	٧٠,٣	٤٧	٢٩,٧	–	–	٢٩,٦	٠,٠١**
يقرأ ويكتب	٣٥	٧٠,٠	١٢	٢٤,٠	٣	٦,٠		
تعليم أساسى	١٧	٥٦,٧	١٣	٤٣,٣	–	–		
متوسط وفوق متوسط	١١٠	٧١,٤	٤٤	٢٨,٦	–	–		
تعليم جامعى وفوق جامعى	٤	٥٧,١	٣	٤٢,٩	–	–		

تابع جدول رقم (٣) : أثر المحددات الاجتماعية – الاقتصادية على درجة ممارسة المبحوثين لبرامج الصحة الإنجابية

متغيرات الدراسة	المعارف						كا^2	مستوى المعنوية
	ضعف		متوسط		عالى			
	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
٣-عمل الزوجة:								
لا تعمل	٤٦	٧٣,٠	١٧	٢٧,٠	–	–	١,٠٩	٠,٦
تعمل	٢٣١	٦٨,٥	١٠٢	٣٠,٣	٤	١,٢		
٤-نوع الأسرة:								
تعيش فى منزل منفصل	٦١	٨١,٣	١٤	١٨,٧	–	–	١٧,٥١	٠,٠٠٢**
شقة منفصلة عن الأهل	١١٢	٧٤,٢	٣٦	٢٣,٨	٣	٢,٠		
مع الأهل	١٠٤	٥٩,٨	٦٩	٣٩,٧	١	٦,٠		
٥-مهنة الزوج:								
لا يعمل	٣	١٠٠	–	–	–	–	١٨,٧١	٠,٠١**
زارع	١٦٥	٧٠,٢	٦٩	٢٩,٤	١	٤,٠		
موظف	٨٢	٦٩,٥	٣٦	٣٠,٥	–	–		
أخرى	٢٧	٦١,٤	١٤	٣١,٨	٣	٦,٨		
٦-الدخل:								
أقل من ٥٠٠ جنيه	١٥١	٦٨,٠	٧٠	٣١,٥	١	٥	١٠,٢٨	٠,٢٥
٥٠٠-٧٥٠ جنيه	٨٠	٦٦,٧	٣٧	٣٠,٨	٣	٢,٥		
٧٥١-١٠٠٠ جنيه	٢٢	٩١,٧	٢	٨,٣	–	–		
١٠٠١-١٢٥٠ جنيه	٢٣	٧١,٩	٩	٢٨,١	–	–		
أكثر من ١٢٥٠ جنيه	١	٥٠,٠	١	٥٠	–	–		
٧-الحيازة:								
لا يملك	٢١٢	٦٧,١	١٠٠	٣١,٦	٤	١,٣	٩,٣٤	٠,٢
١-١٠ فدان	١٩	٧٩,٢	٥	٢٠,٨	–	–		
١١-٢٠ فدان	٢٢	٦٤,٧	١٢	٣٥,٣	–	–		
٢١-٣٠ فدان	٢٤	٩٢,٣	٢	٧,٧	–	–		

**معنوية عند مستوى ٠,٠١ *معنوية عند مستوى ٠,٠٥

أظهرت النتائج التى تتعلق بالمحددات الاجتماعية - الاقتصادية ودرجة ممارسة المبحوثين للصحة الإنجابية عن:

- أن هناك معنوية بين ممارسة المبحوثين لبرامج الصحة الإنجابية وكل من المستوى التعليمى ونوع الأسرة ومهنة الزوج عند مستوى معنوية ٠,٠١.
- وعدم وجود علاقة معنوية بين المتغيرات السن وعمل الزوجة والدخل والحيازة وبين درجة ممارسة الصحة الإنجابية.

بناءً على ما تم استعراضه من نتائج فإنه يمكن قبول الفرض النظرى الثالث فيما يتصل بالمتغيرات الآتية: المستوى التعليمى ، نوع الأسرة ، مهنة الزوج ، بينما يمكن قبول الفرض الإحصائى الثالث فيما يتصل بمتغيرات السن ، عمل الزوجة ، الدخل ، الحيازة.

رابعاً: أثر المحددات الاجتماعية- الاقتصادية على سلوك المبحوثين (معرفة- اتجاهات- ممارسة) نحو برامج الصحة الإنجابية:

لاختبار العلاقة بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية على سلوك المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية تم صياغة الفرض الإحصائى الآتى:

لا توجد فروق بين المحددات الاجتماعية- الاقتصادية وبين سلوك المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية وقد تم اختبار الفرض باستخدام مربع كاى ($كا^2$)، والجدول الآتى يوضح أهم النتائج التى تم التوصل إليها فى هذا الشأن.

جدول رقم (٤) : أثر المحددات الاجتماعية والاقتصادية على سلوك (معرفة واتجاه وممارسة) المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية

متغيرات الدراسة	السلوك						$كا^2$	مستوى المعنوية
	سلبى		محايد		إيجابى			
	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
١-السن:								
من (١٩-٣٠) سنة	٦٧	٧٢,٨	٢٣	٢٥,٠	٢	٢,٢	٦,٧٨	٠,١٤
من ٣١-٤٠ سنة	١٢٦	٨١,٣	٢٧	١٧,٤	٢	١,٣		
من ٤١-٥٠ سنة	١١٢	٧٣,٢	٣٣	٢١,٦	٨	٥,٢		
٢-التعليم:								
أمى	١٢٣	٧٧,٨	٢٩	١٨,٤	٦	٣,٨	٢٠,٣	٠,١
يقرأ ويكتب	٣٥	٧٠,٠	١٢	٢٤,٠	٣	٦,٠		
تعليم أساسى	٢٤	٨٠,٠	٦	٢٠,٠	–	–		
متوسط وفوق متوسط	١١٩	٧٦,٨	٣٤	٢١,٩	٢	١,٣		
تعليم جامعى وفوق جامعى	٤	٥٧,١	٢	٢٨,٦	١	١٤,٣		
٣-عمل الزوجة:								
لا تعمل	٥٨	٩٢,١	٥	٧,٩	–	–	١٠,٦١	٠,٠١**
تعمل	٢٤٧	٧٣,٣	٧٨	٢٣,١	١٢	٣,٦		
٤-نوع الأسرة:								
تعيش فى منزل منفصل	٦٢	٨٢,٧	١٣	١٧,٣	–	–	١١,٥٥	٠,٠٢*
شقة منفصلة عن الأهل	١٢٣	٨١,٥	٢٥	١٦,٦	٣	٢,٠		
مع الأهل	١٢٠	٦٩,٠	٤٥	٢٥,٩	٩	٥,٢		
٥-مهنة الزوج:								
لا يعمل	–	–	٣	١٠٠,٠	–	–	١٩,٤٩	٠,٠٠٣**
زارع	١٨٧	٧٩,٦	٤٠	١٧,٠	٨	٣,٤		
موظف	٨٩	٧٥,٤	٢٨	٢٣,٧	١	٨		
أخرى	٢٩	٦٥,٩	١٢	٢٧,٣	٣	٦,٨		
٦-الدخل:								
أقل من ٥٠٠ جنيه	١٧٣	٧٧,٩	٤٥	٢٠,٣	٤	١,٨	١٢,٠٦	٠,١٥
٥٠٠-٧٥٠ جنيه	٩١	٧٥,٨	٢١	١٧,٥	٨	٦,٧		
٧٥١-١٠٠٠ جنيه	١٨	٧٥,٠	٦	٢٥,٠	–	–		
١٠٠١-١٢٥٠ جنيه	٢٢	٦٨,٨	١٠	٣١,٣	–	–		
أكثر من ١٢٥٠ جنيه	١	٥٠,٠	١	٥٠,٠	–	–		
٧-الحيازة:								
لا يملك	٢٣٨	٧٥,٣	٦٦	٢٠,٩	١٢	٣,٨	٤,٠٩	٠,٦٦
١-١٠ فدان	١٨	٧٥,٠	٦	٢٥,٠	–	–		
١١-٢٠ فدان	٢٧	٧٩,٤	٧	٢٠,٦	–	–		
٢١-٣٠ فدان	٢٢	٨٤,٦	٤	١٥,٤	–	–		

**معنوية عند مستوى ٠,٠١ ، *معنوية عند مستوى ٠,٠٥

أوضحت النتائج التى تتعلق بسلوك المبحوثين نحو الصحة الإنجابية عن :
-وجود علاقة معنوية عند مستوى ٠,٠١ بين سلوك المبحوثين والمتغيرات الآتية (عمل الزوجة ، مهنة الزوج).
-بينما كانت هناك علاقة معنوية عند مستوى ٠,٠٥ بين السلوك ومتغير نوع الأسرة.
-ولم تظهر النتائج أية علاقة بين سلوك المبحوثين نحو برامج الصحة الإنجابية ومتغيرات (السن، التعليم ، الدخل ، الحيازة).

بناءً على ما تم استعراضه من نتائج فإنه يمكن قبول الفرض النظرى الرابع فيما يتصل بالمتغيرات الآتية: عمل الزوجة ، نوع الأسرة ، مهنة الزوج بينما يتم قبول الفرض الإحصائى فيما يتصل بالمتغيرات الآتية: السن ، التعليم ، الدخل ، الحيازة.

مناقشة النتائج وتفسيرها

من خلال النتائج السابقة يمكن إدراك حقيقة هامة وهى أن الصحة الإنجابية مازالت فى مراحلها المبكرة- حيث أن فكرة الصحة الإنجابية مازالت غائبة وغير واضحة لدى الريفيين الذين يعتقدون أن الصحة الإنجابية ما هى إلا تنظيم الأسرة وعلى ذلك جاءت معظم الاتجاهات سلبية ونسبة الممارسة ومن ثم السلوك ضعيفة ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول الآتى:

جدول رقم (٥) : ملخص النتائج التى تم التوصل إليها

متغيرات الدراسة	الصحة الإنجابية			
	المعرفة	الاتجاهات	الممارسة	السلوك
-المتغيرات الاجتماعية:				
١-السن.				
٢-التعليم.	**		**	
٣-عمل الزوجة.	*	*		**
٤-نوع الاسرة.	*		**	*
٥-مهنة الزوج.	**		**	**
-المتغيرات الاقتصادية:				
٦-الدخل.	*			
٧-الحيازة.				

باستعراض النتائج الواردة بالجدول السابق يتضح أن من أكثر المحددات الاجتماعية- الاقتصادية تأثيرا فى مسألة الصحة الإنجابية كانت: التعليم ومهنة الزوج يليها عمل الزوجة ونوع الأسرة والدخل.

ويمكن القول أن وعى المبحوثين بمسألة الصحة الإنجابية يزداد بزيادة عدد سنوات التعليم حيث تبين أن أكثر الفئات جهلاً بالصحة الإنجابية من الأميين ومن لا يقرأون ولا يكتبون فالتعليم يزيد من إحساس الفرد بمسألة النمو السكانى ويخلق لدى الإنسان نوعاً من الانتماء والمعايشة للواقع الاجتماعى المحيط به كما أنه يزيد من تطلعات الأزواج نحو حياة أفضل لهم ولأبنائهم.

وفيما يتعلق بمهنة الزوج فقد تبين أن أكثر الفئات الذين لا يعرفون شيئاً عن مسألة الصحة الإنجابية بين المزارعين وأصحاب المهن الدنيا مما يؤكد حقيقة مؤداها ارتفاع معدلات الإنجاب بين أصحاب هذه الفئة بصفة خاصة حيث تدنى المستوى المعيشى للدرجة التى يصبح إضافة فرد آخر للعائلة أمراً غير مؤثر بأى شكل من الأشكال على الأسرة سواء من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية ، بل على العكس ربما يصبح مزيداً من الأطفال بمثابة إضافة لدخل الأسرة على المدى البعيد من ناحية ومن ناحية أخرى إضافة للأيدى العاملة داخل الأسرة وبالتالى تخفيف عبء العمل المزرعى فى ظل نظام الزراعة التقليدية ، وبالتالى فإن برامج الصحة الإنجابية لا تلق رواجاً بين هذه الفئة من الريفيين.

كما أوضحت النتائج الدور الإيجابى الذى يسهم به عمل المرأة فى مسألة الصحة الإنجابية وبرامجها المختلفة ، فالمرأة أو الزوجة التى تقوم بعمل نظير أجر نقدى تشعر بدورها الإنتاجى فى المجتمع الذى تعيش فيه وبالتالى تشعر بأهميتها بين أفراد أسرتها حيث تتخلى عن فكرة كثرة الإنجاب التى تلجأ إليها كنوع من التعويض نظراً لتدنى مركزها فى الأسرة ولهذا كانت المرأة العاملة أكثر إدراكاً لبرامج الصحة الإنجابية.

بالإضافة إلى أن خروج المرأة للعمل يزيد من فرص احتكاكها بالعالم الخارجي وانفتاحها الثقافي الأمر الذي يجعلها أكثر إحساسا بالواقع السكاني لمجتمعها.

كما كان لنوع الأسرة التي ينتمي إليها المبحوث أثرا فيما يتعلق بمسألة الصحة الإنجابية فقد تبين أن درجة معرفة المبحوثين بالصحة الإنجابية تزداد عندما يتخلى الأزواج عن نمط الاسرة الممتدة ويفضلون العيش في أسر صغيرة (نووية).

ففي ظل الأسرة الممتدة والعائلات المركبة بالريف يظل الإطار الثقافي والمرجعي للأسرة حديثة التكوين مغلقا ومحصورا في الآباء وفي الأجداد والأقارب ممن يشجعون على الإنجاب من أجل الحفاظ على هيبة العائلة والإرث وخلافه ، أما في حالة الأسرة النووية ينفصل الأزواج عن العائلة نحو مجتمع أكبر فتصبح الأسرة أكثر انفتاحا على العالم الخارجي وبالتالي تستمد ثقافتها الجديدة من خلال مصادر متعددة ، كما أن الأسرة النووية تجد نفسها مسئولة تماما عن عبء تربية وتنشئة أطفالها الذين في ظل الأسرة الممتدة يقل عبء تربيتهم وتنشئتهم على عاتق الأجداد والأقارب وغيرهم وبالتالي يصبح كثرتهم أو قلتهم أمرا ثانويا ، وبالتالي تسعى الأسرة الصغيرة عن أفضل الوسائل لتوفير الظروف المعيشية المناسبة لأفرادها وعلى ذلك فهي تهتم بالبرامج التي تولي الأسرة والأم والأطفال الرعاية الصحية المناسبة أو على الأقل تهتم بأن تعرف المزيد عنها.

كما كان للمستوى الاقتصادي للأسرة أثرا في مسألة الصحة الإنجابية حيث تزداد المعرفة بالصحة الإنجابية عند المبحوثين الذين ينتمون لطبقة اقتصادية مرتفعة حيث أن هذه الطبقة تسعى لمزيدا من المعرفة عن كيفية الحفاظ على مستواها الاقتصادي بل وكيفية الوصول إلى مستويات أعلى كما أن هذه الفئة تتطلب لمستويات حتمية وتعليمية وترفيهية أعلى لأطفالها وبذلك تسعى نحو تحقيق ذلك من خلال التحكم في عدد الأطفال المناسب لميزانية ودخل الأسرة وبالتالي فهي أكثر وعيا ببرامج الصحة الإنجابية.

التوصيـــــات:

بناءً على ما تم إستعراضة من نتائج يمكن صياغة التوصيات التالية:

-أهمية إيجاد نوعا من التنظيم بين الجهات المعنية الأهلية والحكومية لتنشيط فاعلية برامج الصحة الإنجابية من خلال:

-السعي نحو هدف عام وأساس لتوفير الصحة الإنجابية للجميع من خلال العمل على نشر الفكرة ووصولها إلى الريف المصري حتى أفقر المستويات التي هي في أمس الحاجة لمثل هذا النوع من الخدمة.

-ضرورة العمل على إعداد المراهقين والمراهقات خاصة بالريف لإقامة حياة أسرية سليمة وذلك عن طريق إعدادهم للقيام بمهام الصحة الإنجابية من خلال إدماج برامج الصحة الإنجابية بالبرامج التعليمية الموجهة لهذه الفئة.

-تطوير الجانب التدريبي للقائمين بمهام الصحة الإنجابية حتى يمكنهم نشر الفكرة والوعي بشكل أفضل لدى الأفراد.

-توفير خدمات الصحة الإنجابية للجميع وخاصة للريفيين من الفقراء والمعدمين.

المراجـــــع

١-عبد الهادي ، يموت ، ١٩٩٧ ، الاقتصاد العربي والشرق أوسطيه ، معهد الإنماء العربي ، بيروت ، لبنان ، ص٢٠.

٢-صندوق الأمم المتحدة ، ١٩٩٩ ، (حالة سكان العالم -٦ بلايين) ، ص٦.

٣-عبد الباري ، إسماعيل حسين (دكتور) ، ٢٠٠٠ ، الديموجرافيا الاجتماعية ، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية ، الهرم ، ط١ ، ص١٩٥.

٤-آن مازود ، لوري ، ١٩٩٤ ، ما وراء الأرقام ، قراءات في السكان والاستهلاك والبيئة ، ترجمة دكتور سيد رمضان هداره ونادية حافظ خيري ، مكتبة النهضة المصرية ، ص١٤٩.

5-United Nations, 1994, Report of the International Conference of Population and Development, (Cairo, 5-13 September).

٦-المجلس القومي للسكان ، ٢٠٠٠ ، شبكة المعلومات السكانية ، العدد (٢) ، يوليو- ديسمبر ، ص١٩.

٧-عبد العليم ، فاطمة محمد ، ١٩٩٩ ، برنامج إرشادي مقترح لمواجهة العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على الصحة الإنجابية للمرأة الريفية ، القاهرة ، ص٥.

٨-المجلس القومى للسكان ، ١٩٩٨ ، دراسة لمعرفة الاتجاهات والسلوك تجاه الصحة الإنجابية بين المراهقين والشباب فى محافظة أسيوط ، ص٩.
٩-عثمان ، عز الدين ، ١٩٩٩ ، دراسة الحاجات غير الملباه فى مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة بمصر ، منشورات إقليم العالم العربى ، الاتحاد الدولى لتنظيم الأسرة ، القاهرة.
١٠-إبراهيم ، محمد محمد سليمان ، خليفة ، إبراهيم عبد الرحمن ، فرج ، محمد عبد الجليل ، ٢٠٠٦ ، اتجاهات خطباء المساجد فى الريف نحو عمل المرأة والصحة الإنجابية ، دراسة ميدانية بمحافظتى الشرقية والإسماعيلية ، المؤتمر (٣٦) ، المركز الديموجرافى ، مونوجراف (٣٦) ، ج٣.

A STUDY OF THE INFLUENCE OF SOCIO- ECONOMIC DETERMINANTS ON THE REPRODUCTIVE HEALTH BEHAVIOR OF RURAL FAMILY IN A VILLAGE AT DAKAHLIA GOVERNORATE

Abou Husien Ebthal,M.K.* And Enas A. Rezk**
*** Fuculty of agric., mans. Univ.**
**** ARC.**

ABSTRACT

The reproductive health is considered as on of the most important programs that the state pays great attention because of the significant impact the State seeks to achieve by working on decreasing the high rates of reproduction, especially in rural Egypt.

The study attempts to identify the impact of socio-economic determinants that prevent access to reproductive health towards the desired objectives, through the four research objectives are:

1- Identify the relationship between socio-economic determinants and the perception degree of the respondents concerning the knowledge of reproductive health.
2- Identify the relationship between socio-economic determinants and the attitudes of the respondents concerning the knowledge of reproductive health.
3- Identify the relationship between socio-economic determinants and the practices of the respondents concerning the knowledge of reproductive health.
4- Identify the relationship between socio-economic determinants and the behavior of the respondents concerning the knowledge of reproductive health.

Showha village was selected to carry out the field study on a sample of 200 families. The study found a number of the most important results which can be presented as follows:

1- There is a significant relationship between education level, wife work, husband job and income, and the knowledge degree of respondents concerning reproductive health.

2- Also, there is a significant relationship between wife work and the respondents' attitudes toward reproductive health.

3- Moreover, there is an effect of education level family type and husband job on the respondents' practices of reproductive health.

4- Finally, the findings revealed that there is a significant relationship between wife work, family type, and husband job concerning the reproductive health behavior of the study sample.