المتغيرات المرتبطة بمستوى معارف الريفيات عن الصحة الإنجابية فى بعض قرى محافظة الإسكندرية

هيام محمد عبد المنعم حسيب، مروى محسن أنور، أمينة محمد عثمان[1]

الملخص العربى

أجرى هذا البحث بهدف التعرف على بعض المتغيرات المرتبطة بمستوى معارف الريفيات عن الصحة الإنجابية فى بعض قرى محافظة الإسكندرية، وذلك من خلال التعرف على الخصائص المميزة للمبحوثات، وتحديد مستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية، وتحديد الأهمية النسبية لمصادر معلومات المبحوثات عن الصحة الإنجابية، ثم دراسة العلاقة الارتباطية بين بعض المتغيرات المستقلة ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية كمتغير تابع.

تم إجراء هذه الدراسة على عينة عشوائية بلغ قوامها ٢٥٠ مبحوثة تم اختيارهن من بعض قرى محافظة الإسكندرية، وقد تم استيفاء البيانات باستخدام الاستبيان بالمقابلة الشخصية، واستخدمت النسبة المئوية، معامل الارتباط البسيط لبيرسون كأساليب احصائية.

أشارت أهم النتائج البحثية إلى أن:

١- كان مستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية منخفضا ومتوسطا بنسب ١٨,٨%، ٥٣,٢% على التوالى من جملة المبحوثات.

٢- كانت الوحدة الصحية هى أهم مصادر المعلومات بالنسبة للمبحوثات حيث احتلت المركز الأول فى الأهمية النسبية ثم جاء التليفزيون فى المركز الثانى.

٣- وجدت علاقة ارتباطية معنوية عكسية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ بين كل من سن المبحوثة، وسن الزواج، وعدد سنوات الزواج ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية، بينما كانت هناك علاقة معنوية موجبة عند مستوى معنوية ٠,٠٥ بين كل من مستوى تعليم المبحوثة، ومستوى تعليم الزوج، ومستوى التاريخ الإنجابى للمبحوثة ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية.

المقدمة والمشكلة البحثية

الإنسان هو وسيلة التنمية وهو غايتها و لنجاح أى عملية تنموية فإنه لابد من التركيز على أفراد المجتمع جميعا كل حسب حاجته، ومما لاشك فيه فإن هناك علاقة ارتباطية بين صحة الإنسان وتنمية مجتمعه حيث يؤثر نمط الحياة غير الصحى والمرض والعجز والوفاة سلبيا على الإنتاج الاقتصادى، فالإنسان الذى يعانى من المرض أو الإعتلال الصحى تنخفض إنتاجيته ومن ثم تقل مشاركته فى زيادة الإنتاج الذى يمثل المدخل الحقيقى لتحقيق التقدم وبناء الحياة، والعكس صحيح فتحسين الدخل والنهوض بظروف الحياة له تأثير إيجابى على الصحة كما أن له تأثير على العمر المتوقع للإنسان ويعمل على خفض عدد الوفيات (1993) Fayed et.al و(منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٦).

تعتبر مقاييس الصحة الإنجابية مثل وفيات الأمومة والوزن المنخفض عند الميلاد مؤشرات حساسة ودالة لمستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية لأى دولة، كما أن وضع المرأة فى المجتمع يؤثر على مستوى صحتها الإنجابية، والعكس أيضا صحيح (1992 .(Khanna. Et.al.,

يعد مفهوم الصحة الإنجابية من المفاهيم الصحية التى حظيت باهتمام كبير على المستوى العالمى والمحلى فى الفترة الأخيرة نظرا لما لها من أهمية فى حياة الفرد والأسرة والمجتمع بأسره فعلى مستوى صحة المجتمع والسكان تتضمن الصحة الإنجابية الاستعدادات الاجتماعية والشخصية والبيولوجية لتحمل مسئوليات الحمل والوالدية، وعلى مستوى صحة الفرد تتضمن الصحة الإنجابية تقديم التوعية والتعريف بأسس البناء الاجتماعى للأسرة، والعوامل المتعلقة بالأمومة والطفولة، وتقديم العناية الوقائية من قبل المجتمع وحماية الأطفال والأمهات والأسرة عموما، كما يهتم الإعلام بقضايا الصحة الإنجابية مثل تعليم الأبوين، كل

---

[1] معهد بحوث الإرشاد الزراعى والتنمية الريفية

استلام البحث فى ١٤يونيو الموافقة على النشر فى ٣٠يونيو ٢٠١١

ما يتعلق بالتحصينات، والتخطيط الأسرى، ورعاية الطفل نفسيا وبيولوجيا، وتتضمن الصحة الإنجابية الجيدة الإختبارات المتعلقة بالإعداد للوالدين والحفاظ على الصحة الجنسية للزوجين والتوجه الوقائى للأضرار الصحية والاجتماعية الناتجة عن الإهمال، وقلة الوعى بالصحة الإنجابية (Lowzence, 1999).

جاء فى المؤتمر العالمى للسكان والتنمية (ICPD, 1994) أن منظمة الصحة العالمية قد عرفت الصحة الإنجابية بأنها لا تعنى غياب المرض وإنما تعنى السلامة البدنية والعقلية والوجود الآمن للفرد فى كافة الأمور التى تتعلق بالنظام الإنجابى كعملية تعنى حق الإنسان فى حياة جنسية آمنة وحقه فى اتخاذ قراراته الإنجابية أينما ووقتما يشاء، وكذلك ورد فى (1996) Reproductive Rights and Reproductive Health أن الصحة الإنجابية تعنى أيضا حق الإنسان فى المعرفة والحصول على الخدمات الصحية والرعاية الطبية المثلى والمتكاملة، على أن تراعى برامج وإستراتيجيات التسويق الصحى احتياجات المرأة عبر مراحل حياتها والاهتمام بصحة المراهقين الإنجابية وأن يكون هناك اهتمام بالخدمات الصحية وتحسين نوعية الرعاية المتوفرة، وتعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها الأساليب والتكنيكات والخدمات الصحية التى تسهم فى الحفاظ على الصحة الإنجابية للرجل والمرأة والأبناء عن طريق الوقاية وتوفير الحلول الصحية للمشكلات الإنجابية، وأضاف الشيشينى (٢٠٠١) أن الصحة الإنجابية تعنى بالفرد طوال حياته إلا أن مرحلة الشباب هى أهم المراحل التى يتعرض فيها الفرد للعديد من جوانب النمو التى تهدد صحته الإنجابية، فالمرأة يجب أن تتمتع بحياة صحية آمنة، هذا بالإضافة إلى أن الصحة الإنجابية هى جزء من الصحة العامة.

تتمثل أهم قضايا الصحة الإنجابية فى مصر فى:

أ- التخطيط الأسرى بمعنى إمداد الأفراد بكافة المعلومات والخدمات التى تمكنهم من اتخاذ القرارات الاختيارية حول التوقيت المناسب للزواج، والرعاية السليمة للأم والجنين. ب- الوقاية من الأمراض والممارسات الصحية الخاطئة عن طريق توضيح الممارسات الخاطئة كالتوعية بخطورة التدخين. ج- تحسين مستوى خدمات الصحة الإنجابية quality of care وهو من المفاهيم الهامة فى مجال الصحة الإنجابية والتخطيط الأسرى وذلك من خلال توفير الخدمات والإمكانيات الخاصة بالرعاية الصحية، والتعامل مع الجمهور من منطلق التوعية والتوجيه. د) تغير النظرة السلبية إلى حقوق المرأة فى المجتمع وضرورة الاهتمام بصحة المرأة وعدم تجاهل الاحتياجات الصحية والمعرفية لها مع مراعاة حقها فى الاختيار الزواجى والإنجابى وتوفير متطلبات الأمومة الصحية لها Health Maternal. هـ) الاهتمام بالتثقيف والتوعية الصحية (شيبة، ٢٠٠٣).

للصحة الإنجابية كجزء أساسى فى الصحة العامة بعض المحددات التى تشمل كل من الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والعوامل البيئية، وأساليب حياة الأفراد، والعوامل التغذوية بالنسبة للأمهات والأطفال، وبالإضافة إلى مدى إتاحة خدمات الرعاية الصحية وسهولة الوصول إليها (Mbizvo, 1999).

مما سبق يتبين أن كلا من الرجل والمرأة لهما احتياجات واهتمامات متعلقة بالصحة الإنجابية إلا أن المرأة وحدها تتحمل مخاطر الحمل والولادة، وتأخذ على عاتقها مسئولية تنظيم الأسرة، واستخدام وسائل منع الحمل، كما قد تعانى من أمراض الجهاز التناسلى المزمن، ومن الناحية البيولوجية والاجتماعية تكون المرأة أكثر عرضة للإصابة بالأمراض التناسلية المعدية وأمراض نقص المناعة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٦).

ونظرا لأن المرأة الريفية هى حجر الزاوية بالنسبة للعائلة، ويوكل لها مسئولية معظم الأعمال والوظائف الحيوية فى الأسرة فإن صحة المرأة أصبحت مطلبا أساسيا لصحة العائلة وبالتالى المجتمع ككل لذلك فمن الأهمية بمكان التعرف على معارف الريفيات عن الصحة الإنجابية ولذلك فإن هذا البحث يهدف إلى دراسة بعض المتغيرات المرتبطة بمستوى معارف الريفيات عن الصحة الإنجابية فى بعض قرى محافظة الإسكندرية.

أهداف البحث

يهدف هذا البحث بصفة أساسية إلى دراسة بعض المتغيرات المرتبطة بمستوى معارف الريفيات عن الصحة الإنجابية فى بعض قرى محافظة الإسكندرية وذلك من خلال تحقيق الأهداف التالية.

١- التعرف على الخصائص المميزة للمبحوثات.

٢- تحديد مستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية.

٣- تحديد الأهمية النسبية لمصادر معلومات المبحوثات عن الصحة الإنجابية.

٤- دراسة العلاقة الارتباطية بين بعض المتغيرات المستقلة ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية كمتغير تابع.

الدراسات السابقة:

دراسة المركز الديموجرافى بالقاهرة والجمعية المصرية لتنظيم الأسرة (١٩٩٥) وتهدف إلى استقصاء المعرفة والاتجاهات والآراء بين الشباب من الجنسين فى مصر فى موضوعات تنظيم الأسرة وتوقيت الزواج والحمل، والصحة الجنسية، والصحة الإنجابية ومشكلاتها المختلفة، الأمومة الآمنة، والإجهاض غير المأمون، ومعرفة أنسب القنوات التى يراها الشباب للحصول على المعلومات والخدمات اللازمة لهم فى مجال الصحة الإنجابية وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

بالنسبة لمجال الصحة الإنجابية أتضح أن مفهومها غير معروف تماما بين الشباب وحتى الذين أجابوا بأنهم يعرفونه ظهر أنهم لا يعرفون المضمون بالكامل وإنما يعرفون جزئية واحدة منه مثل تنظيم الأسرة أو الرعاية الصحية للأم، وأتضح أن المصدر الرئيسى الحالى للحصول على معلومات عن الصحة الإنجابية هو وسائل الإعلام بالنسبة للذكور والإناث، أما اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية فظهر أن نسبة صغيرة جدا من شباب العينة لا تتعدى ٤% تؤيد الزواج المبكر للإناث وبالنسبة للختان فقد ظهر أن ٦٤% من الذكور و٤٢% من الإناث يؤيدون ختان الإناث. وفى مجال الأمومة الآمنة والوالدية المسئولة ظهر أن أقل من ثلث المتزوجين من شباب العينة الذين سبق لهم أن أقروا بضرورة الفحص الطبى قبل الزواج هم الذين أجروا بالفعل هذا الفحص.

ودراسة الجندى (١٩٩٧) للتعرف على مدى نجاح البرامج التليفزيونية فى إمداد المرأة الريفية بالمعلومات الصحية. واستخدمت الباحثة أسلوب مجموعات النقاش المركزة Focus Group Discussions بمقابلة ٤٦ مفردة تشمل سيدات وآنسات من قريتى "منيل شيحه" و"المنوات" بمحافظة الجيزة تتوافر فيهن بعض الخصائص الواجبة توافرها فى المفردات كاختلاف المستوى التعليمى، الحالة الاجتماعية، السن، وقامت الباحثة باختيار أربع حلقات من برامج تركز على الموضوعات الصحية فى مضمونها وتم اختيارها من بين البرامج المذاعة على القناة الأولى خلال أسبوع وهى: حلقتان من برنامج: "استشارة طبية" وبرامج "هى" و"الوقاية تقى من العلاج" وتوصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: يزداد الانتباه للحلقات التى تركز على موضوعات تشبع اهتمامات المرأة الريفية المتزوجة وغير المتزوجة ومن ثم الاستفادة منها، جاءت الفئات الأقل تعليما أكثر اكتسابا للمعلومات العامة والتفصيلية معا، ولوحظ الاختلاف فى حجم معلوماتهن قبل التعرض وبعده على عكس مجموعات المتعلمات من المبحوثات، حيث لا يقف عدم التعليم عقبة أمام فهم المرأة الريفية للمعلومات الصحية، ولذلك توصلت الدراسة إلى أن البرامج الصحية تستطيع إمداد المرأة الريفية بالمعلومات الصحية ويزداد اكتساب المعرفة بين المرأة الأمية ومع الموضوعات التى تشبع احتياجا قائما.

أما دراسة الششينى (٢٠٠١) فتهدف إلى التعرف على اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية وتأثير العوامل السكانية والاجتماعية على تكوين تلك الاتجاهات وتحديد مصادر معرفة الشباب بموضوعات الصحة الإنجابية، ودور العوامل السكانية والاجتماعية فى تحديد هذه المصادر وأيضا التعرف على رؤية الشباب نحو المصادر التى يفضلها مستقبلا لاستقاء معلوماته عن موضوعات الصحة الإنجابية.

وتمثل مجتمع الدراسة من الشباب فى فئة العمر (١٥-٤٢ سنة) – الطلبة والعاملين فى مؤسسات القطاع الخاص وحجم العينة (٣١٩٨) من الشباب تم اختيارهم من الريف والحضر من أربعة محافظات، القاهرة – الغربية- المنيا – قنا.

وقد اختيرت العينة من طلبة وطالبات المدارس الثانوية والفنية والجامعات، والعاملين فى مؤسسات القطاع الخاص وكانت أبرز النتائج: لا يوجد مسح قومى شامل عن معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية، ولا يوجد إطار محدد لعناصر المعرفة التى يجب أن يلم بها الشباب فى موضوعات الصحة الإنجابية، ويوجد قصور فى معرفة الشباب بتنظيم الأسرة، الأعضاء التناسلية، الأمراض المنقولة جنسيا، العلوم السلوكية والدراسات السكانية،

وأن هناك معرفة وفهما خاطئا عن مفهوم الصحة الإنجابية، كذلك ضرورة وجود برامج توعية للشباب بالصحة الإنجابية ومجالاتها فى الأماكن التى يفضلونها، و يمكن تواجدهم بها.

ودراسة مصطفى (٢٠٠٦): فاعلية برنامج إرشادى لتنمية الوعى بالصحة الإنجابية لدى فتيات جامعة المنوفية، أجريت الدراسة بهدف التعرف على فاعلية برنامج إرشادى لتنمية وعى فتاة المرحلة الجامعية بالصحة الإنجابية وذلك من خلال قياس مستوى وعى عينة من فتيات المرحلة الجامعية بالصحة الإنجابية، والتعرف على مصادر معلومات عينة من فتيات المرحلة الجامعية بالصحة الإنجابية، وتحديد احتياجات الفتاة فى سن الجامعة فيما يختص بالصحة الإنجابية، وتخطيط وتنفيذ وتقييم برنامج إرشادى وفقا للاحتياجات التدريبية للفتاة فى سن الجامعة فيما يختص بالصحة الإنجابية، واشتملت عينة البحث الأساسية على ٣٦٠طالبة من جامعة المنوفية، و تم اختيارها عشوائيا من مستويات اجتماعية واقتصادية مختلفة، وعينة تجريبية قوامها ٢٥طالبة من كلية الاقتصاد المنزلى تم اختيارهن من ذوات مستوى الوعى المنخفض من عينة البحث الأساسية أو تم جمع البيانات باستخدام استمارات الاستبيان وأسفرت النتائج عما يلى:

١- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين فتيات الكليات العملية والكليات النظرية فى الوعى بالصحة الإنجابية لصالح الكليات العملية.

٢- ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين فئتى السن (١٧-١٩) و(٢٠-٢٣) سنة فى مستوى الوعى بالصحة الإنجابية لصالح الفئة الأصغر سنا.

٣- ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين فتيات الحضر والريف فى مستوى الوعى بالصحة الإنجابية لصالح فتيات الريف.

٤- ولا توجد علاقة بين حجم الأسرة وتعليم الوالدين وبين الصحة الإنجابية ككل وذلك لكثرة مصادر الحصول على المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية مثل وسائل الإعلام المختلفة.

٥- يرتفع مستوى وعى الفتاة بمحاور الاستبيان ككل فى فئتين الدخل المنخفض والمرتفع.

٦- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الفتيات قبل وبعد تطبيق البرنامج.

مؤدى هذه الدراسات أن مفهوم بعض مجالات الصحة الإنجابية غير معروف تماما بين الشباب، وأن هناك قصور فى معرفة الشباب ببعض مجالات الصحة الإنجابية، وأن المصدر الرئيسى الحالى للحصول على معلومات عن الصحة الإنجابية هو وسائل الإعلام بالنسبة للذكور والإناث، وأن البرامج الصحية تستطيع إمداد المرأة الريفية بالمعلومات الصحية ويزداد اكتساب المعرفة بين المرأة الأمية ومع الموضوعات التى تشبع احتياجا قائما، وأن الفئة الأكثر اهتماما هم الأكثر اكتسابا للمعرفة.

الفروض البحثية:

أجرى هذا البحث على عينة عشوائية من الريفيات بلغ قوامها ٢٥٠ مبحوثة منها ١٢٠ مبحوثة من قرية البرنس القبلية، ١٣٠ مبحوثة من قرية حوض ١٢ التابعتين للإدارة الزراعية بالمعمورة بمحافظة الإسكندرية، وتشكل هذه العينة نسبة ١٠% من إجمالى شاملة البحث والبالغ قدرها ٢٥٠٠ زوجة حائز من سجلات الحيازة الزراعية بالجمعيات الزراعية التابع لها القريتين.

وقد تم استيفاء البيانات البحثية ميدانيا باستخدام صحيفة استبيان أعدت مسبقا وأجرى عليها اختبار مبدئي Pre-test، وقد استخدم النسب المئوية والتكرارات ومعامل الارتباط البسيط لبيرسون كأساليب إحصائية لعرض بيانات الدراسة.

التعريفات الإجرائية:

١- التاريخ الإنجابى:

يقصد به فى هذا البحث الأحداث التى مرت بها المبحوثة الخاصة بالصحة الإنجابية والتى تم رصدها من خلال عدة مؤشرات وهى عدد الأبناء، وعدد فاقد الحمل، وفترة الخصوبة للمبحوثة، والفترة بين آخر ولادتين، ومكان آخر ولادة، وطبيعة آخر ولادة، والقائم بعملية التوليد، واستخدام وسيلة لتنظيم الأسرة، ومشكلات الصحة الإنجابية التى تعرضت لها المبحوثة.

٢- فترة الخصوبة للمبحوثة:

يقصد بها فى هذا البحث الفترة الزمنية بين سن المبحوثة عند أول حمل وسن المبحوثة عند آخر حمل، وقد أوضحت منظمة الصحة العالمية (١٩٨٨) أن فترة الخصوبة الآمنة تكون فى سن ٢٠-٣٥ سنة إلا أن الدراسات الحديثة (1993)

Cnattingiusetal. أضافت أن الولادات التى تحدث بين الأمهات قبل سن ٢٠ سنة أو بعد سن ٤٠ سنة يصاحبها عادة العديد من المشاكل التى تهدد حياة الأطفال. وتشمل هذه المشاكل انخفاض الوزن عند الميلاد، تعسر الولادة، سوء التغذية، الأمراض المعدية، بطء النمو والتطور الجسمى، والتشوهات الخلقية.

٣- دور التليفزيون فى إكساب المبحوثات المعارف الخاصة بالصحة الإنجابية:

يقصد به فى هذا البحث درجة اعتماد المبحوثات على التليفزيون كمصدر لإكسابهن المعارف الخاصة بالصحة الإنجابية من خلال ما يقدمه من برامج مختلفة تتضمن مؤشرات الصحة الإنجابية والمعلومات المتعلقة بها.

٤- مستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية:

يقصد به فى هذا البحث مدى إلمام المبحوثات بالمعارف الخاصة بالمؤشرات المختلفة للصحة الإنجابية وما تتضمنه هذه المؤشرات من معلومات هامة تؤثر على صحة المرأة خلال مراحل حياتها قبل وبعد الزواج.

قياس متغيرات الدراسة:

أولا: المتغيرات المستقلة:

١- تم استخدام الدرجات الخام لكل من سن المبحوثة، سن الزوج، عدد سنوات الزواج، عدد مصادر المعلومات.

٢- مستوى تعليم كل من المبحوثة والزوج: تم تقسيم مستوى التعليم إلى خمس فئات هى أمى، يقرأ ويكتب، تعليم أساسى، تعليم متوسط، تعليم عالى.

٣- التاريخ الإنجابى للمبحوثة:

تم قياسه من خلال تسعة بنود تشتمل على ستة عشر سؤال متمثلة فيما يلى:

١- عدد الأبناء: وتم قياسه بسؤال المبحوثة عن عدد الأبناء، وتم إعطاء الإجابات ١-٢ طفل، ٣ طفل، ٤ طفل أو أكثر، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٢- عدد فاقد الحمل: وتم قياسه من خلال سؤالين عن عدد وفيات الأبناء وعدد حالات الإجهاض، وتم إعطاء الإجابات لا يوجد، ١-٢ مرة، ٣ مرات أو أكثر، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٣- فترة الخصوبة للمبحوثة: وتم قياسها من خلال سؤالين عن سن المبحوثة عند أول حمل وسن المبحوثة عند آخر حمل، وتم إعطاء الإجابات ٢٠-٣٥ سنة، أكثر من ٣٥ سنة، أقل من ٢٠ سنة، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٤- الفترة بين آخر ولادتين: وتم قياسها من خلال سؤال المبحوثة عن المدة الزمنية بين آخر ولادتين وقد أعطيت الإجابات أكثر من ٤ سنوات، من ٢-٤ سنوات، أقل من سنتين، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٥- مكان آخر ولادة: وتم قياسه من خلال سؤال المبحوثة عن المكان الذى حدثت فيه آخر ولادة، وتم إعطاء الإجابات مستشفى خاص، مستشفى عام أو وحدة صحية، المنزل، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٦- طبيعة الولادة: وتم قياسها من خلال سؤال المبحوثة عن نوع الولادة، وتم إعطاء الإجابات طبيعية، جفت أو شفاط، قيصرية، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٧- القائم بعملية التوليد: وتم قياسه من خلال سؤال المبحوثة عن الشخص الذى قام بعملية توليد المبحوثة، وتم إعطاء الإجابات طبيب، ممرضة، داية أو أحد من الأهل أو الأقارب أو الأصدقاء، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٨- استخدام وسيلة تنظيم الأسرة: وتم قياسه من خلال سؤال المبحوثة عن مدى استخدامها لأى وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، وتم إعطاء الإجابات نعم، لا، لا ينطبق، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٩- المشكلات الصحية التى تعرضت لها المبحوثة: وتم قياسها من خلال ستة أسئلة عن المشكلة الصحية التى تعرضت لها المبحوثة قبل الحمل، وأثناء الحمل، وبعد الولادة، وبين الولادات، وأثناء استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وقد أعطيت الإجابات لا توجد مشكلة، توجد مشكلة وقامت المبحوثة بتصرف صحيح، توجد مشكلة وقامت المبحوثة بتصرف غير صحيح، الدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

وقد تراوحت الدرجات التى حصلت عليها المبحوثة بين ٤٨، ١٦ درجة، وتم تقسيمها إلى ثلاث فئات وهى: مستوى مرتفع (٣١-٤٤ درجة)، ومستوى متوسط (١٧-٣٠ درجة)، ومستوى منخفض (١٦ درجة فأقل).

٤- دور التليفزيون فى إكساب المبحوثات المعارف الخاصة بالصحة الإنجابية:

تم قياس هذا المتغير من خلال ستة أسئلة اشتملت على ما يلى:

١- مدى مشاهدة المبحوثة للبرامج التليفزيونية حيث تجيب المبحوثة بدائما أو أحيانا أو نادرا بدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٢- مدى متابعة المبحوثة للبرامج التليفزيونية حيث تجيب المبحوثة إما بصورة منتظمة أو لحد ما أو غير منتظمة بدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٣- أنواع البرامج التى تشاهدها المبحوثة فى التليفزيون وقد تم تصنيف هذه البرامج إلى كل من الدراما العربية، والبرامج الصحية، وإعلانات التوعية، وبرامج المرأة، والبرامج العلمية والثقافية، وبرامج الأسرة، والطفل بحيث تجيب المبحوثة عن كل نوع من البرامج السابقة إما بدائما أو أحيانا أو نادرا بدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٤- المعلومات التى تكتسبها المبحوثة من خلال البرامج التليفزيونية وقد تم تصنيف هذه المعلومات إلى المعلومات العامة، والثقافية، والصحية، والبيئية، والدينية، والسياسية، والاقتصادية، والرياضية، وأخيرا الطرائف بحيث تجيب المبحوثة عن كل نوع من أنواع المعلومات السابقة إما بدائما أو أحيانا أو نادرا بدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٥- تم سؤال المبحوثة عن أكثر البرامج التليفزيونية التى تقدم معلومات عن الصحة الإنجابية وقد تم تصنيف هذه البرامج إلى البرامج العلمية، والثقافية، والبرامج الصحية، وبرامج المرأة، وبرامج الأسرة والطفل، والبرامج الدينية بحيث تجيب المبحوثة عن كل نوع من أنواع البرامج السابقة إما بدائما أو أحيانا أو نادرا بدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

٦- تم سؤال المبحوثة عن مدى تعرض المبحوثات للموضوعات المختلفة عن الصحة الإنجابية والمتمثلة فى الختان، والزواج المبكر، والأمراض المنقولة جنسيا، والحمل، وتنظيم الأسرة، والدورة الشهرية، والأمومة الآمنة فى البرامج التليفزيونية ودرجة الاستفادة بها حيث تجيب المبحوثة عن درجة التعرض لهذه الموضوعات إما بدائما أو أحيانا أو نادرا بدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى أما عن درجة الاستفادة فكانت تجيب المبحوثة عنها إما بدرجة كبيرة أو متوسطة أو ضعيفة لكل موضوع على حدة بدرجات ٣، ٢، ١ على التوالى.

وبذلك يكون قد تراوح إجمالى ما تحصلت عليه المبحوثة من درجات بين ١٠٨، ٣٦ درجة، تم تقسيمها إلى ثلاث فئات عن دور التليفزيون وهى دور كبير (أكثر من ٨٤ درجة)، ودور متوسط (٦٠-٨٤ درجة)، ودور محدود (أقل من ٦٠ درجة).

ثانيا: قياس المتغير التابع:

١- مستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية:

تم قياس هذا المتغير من خلال مجموعة من العبارات المتعلقة بمؤشرات الصحة الإنجابية والتى تمثلت فى الموضوعات التالية: الختان، والزواج المبكر، والأمراض المنقولة جنسيا، والحمل، وتنظيم الأسرة، والدورة الشهرية، والأمومة الآمنة حيث اشتمل كل موضوع من الموضوعات السبعة السابقة على مجموعة عبارات بلغ عددها ستة عبارات تجيب عنها المبحوثة إما بنعم أو لا بدرجات ٢، ١ على التوالى، وبالتالى يكون قد بلغ عدد العبارات الخاصة بمستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية اثنين وأربعين عبارة، وقد تراوحت الدرجات التى حصلت عليها المبحوثة بين ٨٤، ٤٢ درجة، وقد تم تقسيمها إلى ثلاث فئات وهى مستوى مرتفع (أكثر من ٧٠ درجة)، ومستوى متوسط (٥٦-٧٠ درجة) – ومستوى منخفض (أقل من ٥٦ درجة).

النتائج ومناقشتها

تشير النتائج الواردة بجدول (١) إلى الخصائص المميزة للمبحوثات ويلاحظ منها أن ٥٨,٨% من المبحوثات تبلغ أعمارهن ٤٦ سنة فأقل مما يسهل تقبلهن للإرشاد والتوجيه والتعليم خاصة وأن أقل قليلا من ثلاثة أرباع عينة المبحوثات

٧٣,٦% متعلمات بمستويات مختلفة، وكما أن مستوى التاريخ الإنجابى مرتفع بالنسبة لأكثر من ثلاثة أرباع عينة المبحوثات ٧٦% بمعنى أنهن قد مررن بكثير من الأحداث الخاصة بالصحة الإنجابية مما أكسبهن خبرة وزاد من معارفهن الخاصة بالصحة الإنجابية، وبالإضافة إلى أن عدد مصادر معلومات غالبية المبحوثات ٨٨,٤% يتراوح ما بين ٣-٧ مصدر للمعلومات، ويتفق ذلك مع ما توصل إليه مصطفى (٢٠٠٦) من حيث كثرة عدد مصادر المعلومات عن الصحة الإنجابية التى تستقى منها المبحوثات معلوماتهن، ويفيد تعدد مصادر المعلومات فى إعداد برامج إرشادية موجهة للريفيات وبثها من خلال تلك المصادر التى تتلاءم مع فئاتهن العمرية المختلفة وظروفهن وإمكانياتهن مما يحقق أكبر استفادة ممكنة، كما أن عدد سنوات زواج غالبية المبحوثات ٨٣,٦% تتراوح ما بين ١-٣٢ سنة مما يساعد على مرورهن بأحداث ومواقف خاصة بالصحة الإنجابية فيكتسبهن خبرة تزيد من معارفهن الخاصة بالصحة الإنجابية، ويلاحظ أيضا من بيانات جدول (١) أن ٥٢,٤% من أزواج المبحوثات يبلغ أعمارهم ٥١ سنة فأقل ما يسهل من تقبلهم للإرشاد والتوجيه خاصة وأن ٧٩,٦% منهن متعلمين بمستويات مختلفة.

للتليفزيون دور هام فى التثقيف والتوعية ونشر الوعى الصحى لدى المواطنين، بالإضافة على تقديمه يد العون لكل مريض لا يستطيع الإنفاق على العلاج وهو الدور الإنسانى (الجندى، ١٩٩٧)، وأضافت حسين (٢٠٠٦) أن التليفزيون لا يكتفى بهذا الدور فقط وإنما يهتم أيضا ببعض المشكلات الصحية التى تنتج عن بعض العادات والتقاليد الراسخة فى المجتمع المصرى ريف وحضر، وحيث إنهن فى حاجة إلى معرفة لأضرار الزواج المبكر، والحمل المتكرر على صحة الأم والطفل، وأهمية تنظيم الأسرة، وكيفية رعاية الطفل فى سنوات حياته الأولى، وكانت البرامج التى سعت لتحقيق ذلك هى: (أمومة وطفولة، زحمة، بلاش نداري، كامل العدد، سكانيات، سكان سكان، أجيال ورا أجيال، كاميرا الحياة، بدون مقابل) وتقدم معظم هذه البرامج على القنوات الإقليمية ما عدا برنامج (يوم ورا يوم) الذى تقدمه القناة الأولى، وبرنامج (أمومة وطفولة) الذى يقدم على القناة الثانية، أى إنها توجه فى الغالب إلى قاطنى الريف والصعيد.

وتشير النتائج الواردة بجدول (١) إلى أن دور التليفزيون كان كبيراً ومتوسطاً لنسبة ٤٨,٨%، ٤٨,٨% على التوالى من جملة المبحوثات فى حين كان هذا الدور محدود فى إكساب المعارف الخاصة بالصحة الإنجابية لنسبة ٢,٤% فقط من جملة المبحوثات أى أن الغالبية العظمى من المبحوثات ذكرن أن للتليفزيون دور فعال فى إكسابهن المعارف المختلفة الخاصة بالصحة الإنجابية.

جدول ١. توزيع المبحوثات وفقاً لخصائصهن المميزة

الخصائص	عدد	%
١- سن المبحوثة:		
صغير (٣٥ سنة فأقل)	٦٩	٢٧,٦
متوسط (٣٦-٤٦ سنة)	٧٨	٣١,٢
كبير (أكثر من ٤٦ سنة)	١٠٣	٤١,٢
٢- مستوى تعليم المبحوثة:		
أمى	٦٦	٢٦,٤
يقرا ويكتب	٧٣	٢٩,٢
تعليم أساسى	٤٣	١٧,٢
تعليم ثانوى	٦٦	٢٦,٤
تعليم جامعى	٢	٠,٨
٣- مستوى التاريخ الإنجابى		
منخفض (١٦ درجة فأقل)	١٦	٦,٤
متوسط (١٧-٣٠ درجة)	٤٤	١٧,٦
مرتفع (٣١-٤٤ درجة)	١٩٠	٧٦
٤- عدد مصادر المعلومات		
٣ مصدر فأقل	٦٥	٢٦
٤ - ٧ مصدر	١٥٦	٦٢,٤
٨ - ١١ مصدر	٢٩	١١,٦
٥- عدد سنوات الزواج:		
١ - ١٦ سنة	٨٩	٣٥,٦
١٧ - ٣٢ سنة	١٢٠	٤٨
٣٣ - ٤٨ سنة	٤١	١٦,٤
٦- سن الزوج:		
صغير (٤٠ سنة فاقل)	٦٥	٢٦
متوسط (٤١-٥١ سنة)	٦٦	٢٦,٤
كبير (أكثر من ٥١ سنة)	١١٩	٤٧,٦
٧- مستوى تعليم الزوج:		
أمى	٥١	٢٠,٤
يقرا ويكتب	٩٥	٣٨
تعليم أساسى	٣٤	١٣,٦
تعليم ثانوى	٦٨	٢٧,٢
تعليم جامعى	٢	٠,٨
٨-دور التليفزيون فى إكساب المبحوثات المعارف عن الصحة الإنجابية:		
محدود (أقل من ٦٠ درجة)	٦	٢,٤
متوسط (٦٠-٨٤ درجة)	١٢٢	٤٨,٨
كبير (أكثر من ٨٤ درجة)	١٢٢	٤٨,٨

ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة الجندى (١٩٩٧)، مصطفى (٢٠٠٦) من حيث أن للتليفزيون دور هام فى إكساب المرأة الريفية المعارف الصحية بصفة عامة والإنجابية بصفة خاصة.

ثانياً: مستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية:

أوضحت النتائج الواردة بجدول(٢) مستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية حيث اتضح أن مستوى معارف المبحوثات كان متوسطاً لأكثر من نصف العينة ٥٣،٢% بينما كان مستوى معارفهن منخفض بنسبة ١٨,٨% من جملة المبحوثات ومرتفعاً لنسبة ٢٨% من جملة المبحوثات، أى أن ما يقرب من ثلاثة أرباع العينة ٧٢% مستواهن المعرفى منخفض ومتوسط مما يشير إلى أهمية تكثيف البرامج الإرشادية والإعلامية للريفيات بصفة خاصة لرفع مستواهن المعرفى فى مجال الصحة الإنجابية مما لهذا المجال من تأثير كبير على حياتهن الأسرية، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة المركز الديموجرافى (١٩٩٥)، ودراسة الشيشينى (٢٠٠١) من أن هناك نقص معرفى بالموضوعات المختلفة المتعلقة بالصحة الإنجابية.

جدول٢. توزيع المبحوثات وفقاً لمستوى معارفهن عن الصحة الإنجابية

مستوى المعارف	عدد	%
منخفض (أقل من ٥٦ درجة)	٤٧	%١٨,٨
متوسط (٥٦ – ٧٠ درجة)	١٣٣	%٥٣,٢
مرتفع (أكثر من ٧٠ درجة)	٧٠	٢٨
الإجمالى	٢٥٠	١٠٠

ثالثاً: الأهمية النسبية لمصادر معلومات المبحوثات عن الصحة الإنجابية:

أوضحت النتائج الواردة بجدول(٣) الأهمية النسبية لمصادر معلومات المبحوثات عن الصحة الإنجابية ويتضح من ذلك أن الوحدة الصحية قد احتلت المركز الأول بنسبة ٢٠,٧% من المبحوثات وقد يرجع ذلك إلى توافر الوحدة الصحية بقرى الدراسة بالإضافة إلى رخص أسعارها، وبينما احتل التليفزيون المركز الثانى بنسبة ١٦,٥% من المبحوثات وقد يرجع ذلك إلى أن التليفزيون يعتبر وسيلة تعليمية إرشادية مجانية فعالة ومن أكثر وسائل الاتصال الجماهيرى فعالية وتأثيراً حيث يتيح استخدام حاستى السمع والبصر معاً مما يزيد كثيراً فى سرعة وفعالية عملية التعليم، كما أنه أقرب وسائل الاتصال بالجماهير من طرق الاتصال المباشر والذى يتم وجها لوجه، ويتقارب ذلك مع ما توصلت إليه دراسة المركز الديموجرافى بالقاهرة والجمعية المصرية لتنظيم الأسرة (١٩٩٥) والجندى (١٩٩٧) ومصطفى(٢٠٠٦) من حيث احتلال التليفزيون كوسيلة إعلام جماهيرية مرتبة متقدمة كمصدر للمعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية، بينما احتل الطبيب الخاص المركز الثالث بنسبة ١٤% من المبحوثات ويمكن تفسير تراجع أهمية الطبيب كمصدر للمعلومات عن الصحة الإنجابية إلى أن هناك بعض الموضوعات الحساسة والمرتبطة بالعادات والتقاليد المنتشرة فى الريف ويخجل البعض من التحدث عنها للطبيب أو وجود حالات طبية حرجة تكون فى حاجة إلى طبيب مختص إلا أنه أحياناً يكون غير موجود فى القرية أو فى مكان بعيد يصعب الوصول إليه بالإضافة إلى أنه يتطلب توافر مقدرة مالية حتى يمكن الوصول إليه، وبينما تراجع ترتيب الجماعات المرجعية إلى المراكز الرابع والخامس والخامس مكرر بالنسبة للأسرة والأصدقاء والأقارب بنسب ١٢,٧%، ١٠,٢%، ١٠,٢% من المبحوثات على التوالى ويشير ذلك إلى أهمية الجماعات المرجعية مثل أفراد الأسرة والأصدقاء والأقارب فى تناقل الخبرات والمعارف الصحية، وبينما احتلت المصادر الإرشادية ذات الاتصال المباشر مثل المرشدة الزراعية والزائرة الصحية المركزين السادس والسابع ٥,٣%، ٤,٨% من المبحوثات على التوالى وتعتبر الزيارات المنزلية اتصال مباشر بين المرشدة الزراعية أو الزائرة الصحية والريفيات ويفيد ذلك فى حصول المرشدة أو الزائرة الصحية على معلومات واقعية عن أحوال الأسرة الريفية، وكما أن الزيارات المنزلية تزيد الثقة فى الإرشاد والتوجيه وتزيد من فاعلية الطرق الإرشادية الأخرى، وكما تفيد مع الريفيات اللاتى لا يشتركن فى الأنشطة الإرشادية أو من يصعب الوصول إليهم عن طريق وسائل الإعلام الجماهيرية مما يتطلب معه بذل مزيد من الجهود الإرشادية فى مثل هذه القرى، وأما الإذاعة فقد احتلت المركز الثامن ٣,٢% من المبحوثات ولكن يمكن عن طريق الإذاعة الوصول إلى قطاع كبير من الريفيات وهى وسيلة فعالة لمن ترتفع لديه نسبة الأمية، وبينما اشترك كلاً من الدورات التدريبية والكتب فى المركز التاسع والأخير حيث يتطلب الاشتراك فى الدورات التدريبية والإطلاع

على الكتب توافر قدر من التعليم والوقت المناسب والمقدرة المالية (جدول ٣).

جدول٣. توزيع المبحوثات وفقاً للأهمية النسبية لمصادر معلوماتهن عن الصحة الإنجابية

المصدر	تكرار	الأهمية النسبية
١- الوحدة الصحية	٢٥١	٢٠,٧
٢- التليفزيون	٢٠٠	١٦,٥
٣- طبيب خاص	١٧٠	١٤,٠٠
٤- الأسرة	١٥٤	١٢,٧
٥- الأصدقاء	١٢٣	١٠,٢
٦- الأقارب	١٢٣	١٠,٢
٧- مرشدة زراعية	٦٤	٥,٣
٨- زائرة صحية	٥٩	٤,٨
٩- الإذاعة	٣٩	٣,٢
١٠- دورات تدريبية	١٤	١,٢
١١- كتب	١٤	١,٢
الإجمالي	١٢١١	١٠٠

رابعاً: العلاقة الارتباطية بين بعض المتغيرات المستقلة ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية كمتغير تابع

بدراسة العلاقات الارتباطية بين كل من سن المبحوثة، ومستوى تعليمها، وسن الزوج، ومستوى تعليمه، وعدد سنوات الزواج، ومستوى التاريخ الإنجابى للمبحوثة، وعدد مصادر معلوماتها، ودور التليفزيون فى إكساب المبحوثات المعارف الخاصة بالصحة الإنجابية كمتغيرات مستقلة ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية كمتغير تابع فقد أوضحت النتائج الواردة بجدول(٤) أن هناك علاقة ارتباطية عكسية معنوية عند مستوى احتمالى ٠,٠٥ بين كل من سن المبحوثة، وسن الزوج، وعدد سنوات الزواج ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية، بينما كانت هناك علاقة ارتباطية معنوية موجبة عند مستوى احتمالى ٠,٠٥ بين كل من مستوى تعليم المبحوثة، ومستوى تعليم الزوج، ومستوى التاريخ الإنجابى كمتغيرات مستقلة ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية.

ويمكن تفسير هذه العلاقات فى ضوء أنه كلما كان سن كل من المبحوثة وزوجها صغيراً، وكذا كلما انخفضت عدد سنوات الزواج ارتفع مستوى معارف المبحوثة عن الصحة الإنجابية ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن كلما كان سن المبحوثة وزوجها صغيراً يكونون أكثر بحثاً وشغفاً باكتساب المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية للمحافظة على صحتهما وصحة أبنائهم وأكثر تقبلاً للحصول على المعلومة من ذوى الخبرة والعلم كذلك يكونون أكثر دراية بأهمية المتابعة عند الطبيب والسؤال عن كل ما يتعلق بالصحة الإنجابية، كذلك انخفاض عدد سنوات الزواج يجعل المبحوثة غير ملمة بكافة الموضوعات المتعلقة بالصحة الإنجابية مما يجعلها تسعى وراء الحصول على المعلومات اللازمة لصقل معلوماتها عن الصحة الإنجابية من ذوى الخبرة مما يعمل على رفع مستوى معارفها كذلك نجد أنه بارتفاع مستوى تعليم كل من المبحوثة وزوجها وكذلك ارتفع مستوى تاريخها الإنجابى كان مستوى معارفها عن الصحة الإنجابية مرتفعاً ويمكن تفسير ذلك فى ضوء أن هناك العديد من المعلومات التى تكتسبها المبحوثة من خلال المناهج الدراسية وكذا نتيجة الإطلاع على مختلف الكتب العلمية والثقافية التى تتناول الموضوعات الخاصة بالصحة الإنجابية نتيجة ارتفاع مستوى تعليمها وكذا بارتفاع مستوى تعليم الزوج فإنه يعتبر مصدر مهم لمعلوماتها كذلك كلما كان مستوى التاريخ الإنجابى للمبحوثة مرتفع أدى ذلك لارتفاع مستوى معارفها حيث تكون قد مرت بالعديد من التجارب والخبرات التى كان من شأنها رفع مستوى معارفها عن الصحة الإنجابية.

جدول ٤. العلاقة الارتباطية بين بعض المتغيرات المستقلة ومستوى معارف المبحوثات عن الصحة الإنجابية كمتغير تابع

المتغيرات المستقلة	قيمة معامل الارتباط
سن المبحوثة	-٠,٣٢٠*
مستوى تعليم المبحوثة	٠,٢٢٢*
سن الزوج	-٠,٢٦٤*
مستوى تعليم الزوج	٠,٢٧٣*
عدد سنوات الزواج	-٠,٣٠٤*
مستوى التاريخ الإنجابى	٠,١٨٠*
عدد مصادر المعلومات	-٠,٠٤٣
دور التليفزيون	٠,١١٠

* معنوى عند مستوى معنوية ٠,٠٥

التوصيات

بناء على ما أظهرته الدراسة من نتائج بحثية فإن هذا البحث يوصى بما يلى:

١- إعداد وتنفيذ برامج إرشادية مناسبة حسب خصائصهن من شأنها العمل على توعية الريفيات بمجالات الرعاية الصحية

والصحة الإنجابية لإيجاد وإنشاء ثقافة صحية سليمة لدى الريفيات لما لذلك من تأثير على صحتهن وصحة أطفالهن.

٢- أهمية تكثيف البرامج التليفزيونية الخاصة بالتوعية بالصحة الإنجابية بحيث تعد بصورة مبسطة وواضحة للعمل على رفع مستوى معارف الريفيات بصفة خاصة عن الصحة الإنجابية.

٣- ضرورة الاهتمام بدمج الموضوعات الخاصة بالصحة الإنجابية في برامج التوعية والبرامج التنموية بهدف توعية النشء الجديد.

٤- إعداد برامج تدريبية للرائدات الريفيات والزائرات الصحيات من أجل تحسين مستوى أدائهن وتفعيل دورهن فى إكساب المرأة الريفية للمعارف المتعلقة بالصحة الإنجابية.

المراجع

أولا: المراجع العربية:

- الجندى، ابتسام (١٩٩٧): دور البرامج التليفزيونية فى إمداد المرأة الريفية بالمعلومات الصحية فى ندوة قضايا المرأة المصرية بين الواقع والمستقبل، وزارة الشئون الاجتماعية، القاهرة.
- الشيشينى، عزت فهيم (٢٠٠١): أثر العوامل السكانية والاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية فى مصر، المركز الديموجرافى، القاهرة.
- المركز الديموجرافى بالقاهرة الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة (١٩٩٥): مسح مدى إلمام الشباب بالصحة الإنجابية فى مصر، التقرير النهائى، القاهرة، ديسمبر ١٩٩٥.
- حسين، منى (٢٠٠٦): التليفزيون والمرأة، دوره فى تلبية احتياجاتها التربوية، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة.
- شيبة، شدوان على (٢٠٠٣): تأثير الإعلان الاجتماعى على الاتجاهات نحو الصحة الإنجابية، دراسة ريفية حضرية مقارنة، رسالة دكتوراه، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.
- مصطفى، نهى عبد الستار عبد المحسن (٢٠٠٦): فاعلية برنامج إرشادى لتنمية الوعى بالصحة الإنجابية لدى فتيات جامعة المنوفية، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد المنزلى، جامعة المنوفية.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٨٨): إرشادات للعاملات بالتوليد، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية فى شرق البحر المتوسط، الإسكندرية.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٨٨): "الأمومة الآمنة"، ملف إعلامى بمناسبة يوم الصحة العالمى، ٧ أبريل، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، الإسكندرية.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٦): منير الصحة العالمى، مجلة دولية للتنمية الصحية، المجلد الحادى عشر الأعداد ١-٤ مختارات، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الإسكندرية، مصر.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

- Cnattinigius, S., For man, M. R., Berendes, H. W and Isotalo, L. (1992): Delayed child bearing and risk of adverse perinatal out come, A population – based study. JAMA. Vol. 268, No.7, pp.886-890.
- Fayed, H.M., A bid, S. F. and stevens, B. (1993): Risk Factors in Extreme grand multiparty, International Journal of Gynecology and obstetrics, Vol. 41, No. (12) pp.17-22.
- ICPD (1994): "Report of the international conference on population and development" Cairo 5-12 September United Nation.
- Khanna, J., Vanlook, P. and Griffin, P. (Eds) (1992): "Reproductive Health: A key to brighter Future: special Programms of research development and research", Training in human reproduction Biennial Report. 1990-91, Who, 6eneva.
- Low Zence, W. 6, Judith, M. and to son, o. (1999): Community and population Health, New York.
- Mbizvo, M. T. (1999): Reproductive and sexual health, a research and developmental challenge, cent. Afr. J. Med. Vol. 24, No. 3, p.p80-85.
- Reproductive Rights and Reproductive Health (1999): A concise Report, United Nations, New York.

SUMMARY

Variables Related to Rural Woman's Knowledge Level about Reproductive Health in some Villages of Alexandria Governorate

Hayam M. A. Hassieb, Marwa M. Anwar and Amina M. Othman

This research aimed mainly to study variables related to rural woman's knowledge level about reproductive health in Some Villages of Alexandria Governorate. The study was carried out through achieving the following Sub - goals:

1- Asses some characteristics of the respondents.
2- Define knowledge leve of the respondents about the reproductive health.
3- Define the important of knowledge resources of the respondents about the reproductive health.
4- Study relations between some independent variables and knowledge level of the respondents about the reproductive health.

Data were collected by a questionnaire through personal interviews with a random sample consisted of 250 rural respondents, person correlation and percentages were used in data analysis.

Data indicated the following result:

1- Low and median knowledge levels were observed among 18.8%, 53.2% of respondents.
2- Clinical units and television were the main sources of knowledge about reproductive health.
3- There were negative significant relations between respondent age, husband age and numbers of marriage years and knowledge level. But positive significant relations between educational level of respondent, educational level of husband and the level of the reproductive history and the knowledge level of respondents