

العلاقة بين المعلومات والاتجاهات المرتبطة بالصحة الانجابية لدى عينة من  
الزوجات بمحافظة الاسكندرية والبحيرة ومستوى الحالة الصحية الانجابية لديهن

أ.د. / ليلي محمد إبراهيم الخضري

أستاذ رعاية الأمومة والطفولة  
كلية الزراعة – جامعة الإسكندرية

أ.د. / فاتن مصطفى كمال لطفي

أستاذ إدارة المنزل واقتصاديات الأسرة  
كلية التربية النوعية – جامعة الإسكندرية

د / أمل السيد عبد السلام خطاب

مدرس بكلية التربية النوعية  
جامعة الإسكندرية

أ.د. / جمال الدين عبد الرحيم حسن

أستاذ فسيولوجيا الحيوان  
كلية الزراعة – جامعة الإسكندرية

## الملخص

أجريت هذه الدراسة بغرض توضيح العلاقة بين المعلومات والاتجاهات المرتبطة بالصحة الإنجابية لدى عينة من الزوجات بمحافظة الاسكندرية والبحيرة ومستوي الحالة الصحية الإنجابية لديهن، وقد اختيرت عينة قوامها ٢٠٠ زوجة ممن هم في سن الإنجاب (١٠٠) بمناطق ريفية بمحافظة البحيرة و١٠٠ بمناطق حضرية بمحافظة الإسكندرية)، وأستخدم الإستبيان بالمقابلة الشخصية كوسائل لجمع البيانات. أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة إرتباطية موجبة وجوهية بين كل من المستوى التعليمي للزوجة، المستوى التعليمي للزوج، الدخل الشهري للأسرة، وعمر الزوجة الحالي وعمرها عند الزواج كمتغيرات مستقلة وبين مستوى معلوماتها واتجاهاتها الخاصة بالصحة الأنجابية. كذلك وجدت علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى الحالة الصحية الإنجابية للزوجة كمتغير مستقل وبين كل من المستوى التعليمي للزوجة، المستوى التعليمي للزوج، متوسط الدخل الشهري للفرد في الأسرة، وعمر الزوجة عند الزواج كمتغيرات تابعة.

## Abstract

This study was conducted to examine some factors affecting reproductive health in humans and experimental animals. The first part of the study was a field study. It included 200 wives who are in reproductive age (100 from rural region of El beheera Governorate, and 100 from urban region of Alexandria Governorate): Data were collected through personal interview questionnaire. The results of the correlation coefficients among some variables indicated that: there were a positive correlation between the level of wives' knowledges and attitudes about reproductive health and each of the educational level of wives, the educational level of the husbands, the monthly income of the family, the average monthly income per capita, the current age of the wives and the wives' age at marriage. Also there were a positive reproductive health status between the level of reproductive correlation health status of wives and each of the wives' educational level, educational level for husbands, the average monthly income per capita, the wives' age at marriage ( $P \leq 0.01$ ).

## المقدمة:

لاشك أن صحة الفرد هي الغاية التي يسعى المجتمع لتحقيقها، ولأن التنمية الصحية هي أساس التنمية الاجتماعية والإقتصادية فهي تعتبر القوة الحقيقية الدافعة للتنمية، فالأصحاء من الناس هم الأكثر قدرة على الإسهام في التنمية الاجتماعية والإقتصادية وهذه التنمية بدورها تقدم الموارد الإضافية والطاقة الاجتماعية التي تيسر التنمية الصحية، لذا فإن الفرد في المجتمع بحاجة ماسة إلى الرعاية والعناية لينشأ صحيح الجسم والعقل.

والصحة الإنجابية عبارة عن حالة من التكامل بين النواحي الجسدية والاجتماعية والعقلية لمساعدة الشباب على التوجه السليم نحو البلوغ والمراحل النمائية اللاحقة، ويتحقق ذلك بالتنقيف الصحي والإرشاد والتوعية والمشاركة والتفاعل مع الشباب لمعرفة مشكلاتهم ومساعدتهم في حلها، أو مساعدتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالمسائل ذات الصلة وتنمية المهارات اللازمة لذلك. وتتأصل الصحة الإنجابية والجنسية ضمناً في جذور ومبادئ حقوق الإنسان، وذلك من خلال حق الرجال والنساء في المعرفة والوصول إلى وسائل تنظيم أسرة مأمونة وفعالة ومقبولة وذات تكلفة معقولة ومن إختيارهم، والحق في الوصول لخدمات الرعاية الصحية التي تمكن النساء من المرور بفترات الحمل والولادة بأمان وإتاحة أفضل الفرص للأزواج لولادة طفل صحيح، ورعاية الصحة الإنجابية (والتي تم تعريفها على أنها مجموعة من الطرق والتقنيات والخدمات التي تساهم في الصحة الإنجابية والرفاهية عن طريق منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية)، كما تشمل الصحة الإنجابية أيضاً الصحة الجنسية والتي تهدف إلى تقوية حياة الأشخاص وعلاقاتهم وليس مجرد المشورة والرعاية في الأمور ذات العلاقة بالإنجاب أو الأمراض المنقولة جنسياً (WHO,2008) .

وتشير إيمان ونوس (٢٠١٤) إلى أن هناك بعض الفئات المستهدفة للصحة الإنجابية، ومن أهم هذه الفئات المرأة والرجل في سن الإنجاب، بهدف رفع مستوى الوعي الصحي لديهما، والمراهقون وذلك من أجل تجنبهم الأنماط السلوكية الضارة بصحتهم وبصحة

الأسر التي سوف يكونها فيما بعد، باعتبار هذه المرحلة حساسة وهامة في مراحل نمو الكائن البشري، كذلك الطفل بعد الولادة للحفاظ على صحته وتوفير الرعاية المناسبة له، كما أن النساء مابعد سن الإنجاب أو ما اصطلح على تسميته سن اليأس من أهم الفئات المستهدفة من خلال الصحة الإنجابية وذلك لوقايتهن من الأمراض التي قد تصيبهن في هذا العمر. ويؤكد مفهوم الصحة الإنجابية على دور المرأة والرجل معاً في وضع برامج الصحة الإنجابية وتنفيذها مع التركيز على أهمية مشاركة الفئات الشبابية، ومن هنا يأتي تسليط الضوء على دور الرجل/الزوج في مسائل الصحة الإنجابية لاسيما مايتصل منها بتنظيم الأسرة، حيث كانت معظم الدراسات السابقة تحصر تركيزها على المرأة بوصفها المستهدفة في برامج الصحة الإنجابية والعنصر الأساس فيها. وقد إعترفت مؤتمرات السكان والتنمية في القاهرة وبكين بالدور الهام للرجل في تحسين الصحة الإنجابية فعلى سبيل المثال فإن إسهام الرجل بإيجابية في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً يعد حاسماً من خلال إستخدام وسائل الوقاية المتاحة، ومن الشائع أن الرجال لايعيرون إهتماماً للصحة الإنجابية بكل أبعادها إلا أن الدراسات أشارت إلى أنه عندما يتم توعية الرجل بوسائل تنظيم الأسرة فإنه يرغب في إستخدامها، وكلما زادت أعباء الأسرة كبيرة الحجم كلما رغب في عدد أقل من الأطفال، لذا من الممكن القول أن هناك رجال يشاركون في مسؤوليات الأبوة ويقفون بقوة ضد إستخدام العنف ضد المرأة ولا يمانعون في تحمل مسؤولياتهم، لكن ذلك يحتاج إلى الكثير من الجهد على مختلف المستويات الثقافية والإجتماعية بهدف تغييرها بإتجاه أكثر عدالة وإنصافاً، وذلك من خلال مدخل النوع الإجتماعى Gender والذي يشير إلى المساواة في الدور والمسؤوليات التي يحملها المجتمع للرجل والمرأة على حد سواء، وهى الأدوار التي تؤثر في مختلف أوجه الحياة.

وتتأثر الصحة الإنجابية بعدة عوامل تشمل العوامل الإقتصادية والإجتماعية والثقافية والبيئية بما تتضمنه من متغيرات متنوعة مثل المستوى التعليمي والظروف المعيشية

ونمط الحياة، فهناك عوامل إجتماعية عديدة تؤثر على الصحة الإيجابية فالمستوى التعليمي يرتبط بعلاقة سلبية مع الخصوبة، حيث أنه يؤثر على المتغيرات الديموجرافية الأخرى كتأخر سن الزواج وزيادة إستعمال موانع الحمل وبالتالي إنخفاض عدد الأطفال المنجبين، كما أن الزواج المبكر للفتاة من الأسباب المساعدة على زيادة النسل، ليس بسبب طول فترة الخصوبة ولكن أيضاً لأن الزوجة الصغيرة قد يضعف تأثيرها في عملية إتخاذ القرارات الأسرية، ومنها تلك المتعلقة بتنظيم النسل خاصة في ظل الضغوط الإجتماعية التي تمارس عليها من جانب أقارب الزوج (عدلى أبو طاحون، ٢٠٠٠).

وتشير (هبة مصطفى، ٢٠١٠) إلى أن الطبقة الإجتماعية لها تأثير كبير على صحة المرأة فمحددات الوضع الطبقي وما يقترن به من مستويات معيشية تعتبر عوامل مؤثرة وفاعلة لا تحدد فقط نوعية الحياة التي يعيشها الفرد، بل تحدد أيضاً كم هذه الحياة أو مايعرف بأمد الحياة. وللعوامل البيولوجية أيضاً تأثير كبير على الصحة الإيجابية فالحمل المتكرر والمتلاحق وزواج الأقارب يؤثر على صحة الأم، وبعد تكرار الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية للمرض وسوء التغذية لكل من الأم والطفل.

#### المشكلة البحثية:

علي الرغم من وجود دراسات تحمل عنوان الصحة الإيجابية إلا إنها لم تتناول جميع جوانب ومكونات الصحة الإيجابية وقد ركزت معظمها علي مكون واحد من مكونات الصحة الإيجابية وهو موضوع تنظيم الأسرة، وبإستعراض الدراسات التي تناولت الصحة الإيجابية ومكوناتها مثل (الأمومة الآمنة، الرضاعة الطبيعية، ختان الإناث، الأمراض المنقولة جنسياً، تغذية الأمهات) وجد أنها تناولت المكونات من وجهة نظر الموضوع الذي تعالجه دون ربط أو بيان علاقته أو أثره علي الصحة الإيجابية، كما أنها قد أظهرت قصوراً في المعلومات الخاصة بالصحة الإيجابية لدى الفئات المستهدفة، كما أشارت أيضاً إلى نقص المصادر العلمية السليمة والمتاحة بالنسبة للأفراد. لذا كان من المهم دراسة العوامل المرتبطة بالصحة

الإيجابية حتى يمكن المساهمة في رفع مستواها لدى الأفراد وتجنب العوامل المؤثرة عليها بالسلب.

#### أهداف البحث:

يستهدف هذا البحث بصفة رئيسية دراسة العلاقة بين معلومات واتجاهات الزوجات عينة البحث المرتبطة بالصحة الإنجابية ومستوى الحالة الصحية الانجابية لديهن ، ومن هذا الهدف الرئيسي تنبثق الأهداف الفرعية التالية:

- ١- تحديد الخصائص الإجتماعية- الإقتصادية للعينة البحثية.
- ٢- تحديد مستوى معلومات واتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية.
- ٣- قياس مستوى الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية.
- ٤- قياس العلاقة بين الخصائص الإجتماعية- الإقتصادية، وكل من مستوى معلومات واتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية ومستوى الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية.
- ٥- قياس العلاقة بين معلومات واتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية ومستوى حالتهم الصحية الإنجابية.

#### الأدوات وطرق البحث:

أولاً - المصطلحات العلمية والإجرائية:

#### الحالة الصحية الإنجابية Reproductive Health Status

المقصود بها علمياً الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته وليس فقط الخلو من الأمراض والإعاقة وهي تعد جزءاً أساسياً من الصحة العامة وتعكس المستوى الصحي للرجل والمرأة في سن الإنجاب (WHO، ٢٠٠٨).

ويقصد بها إجرائياً الدرجة الدالة على المشكلات المتعلقة بالجهاز التناسلي، والتي قد يعانى منها أفراد العينة البحثية.

### نمط الحياة Life Style

نمط الحياة هو المصطلح الذى يستخدم للدلالة على أسلوب المعيشة المتبع من قبل فرد أو جماعة أو دولة، والتي تتشابه عوامل كثيرة فى تحديده لكل فرد كالعوامل الثقافية والسياسية والإقتصادية والدينية كما يتأثر بشكل كبير بالنواحي الديموجرافية والتكنولوجية المحيطة (Lynn، ٢٠١١)

ويقصد به إجرائياً الدرجة الدالة على كل من الممارسات التغذوية والنشاط المبذول من خلال الرياضة والعمل والتعرض للملوثات البيئية والشعور بالأمان النفسى لأفراد العينة البحثية.

### ثانياً – منهج البحث:

إستخدام فى الدراسة المنهج الوصفى التحليلي.

### ثالثاً – الشاملة والعينة:

#### أ- شاملة البحث:

تتضمن شاملة البحث جميع السيدات المتزوجات ممن هم فى مرحلة الإنجاب بمحافظة الإسكندرية (مناطق حضرية) ومحافظة البحيرة (مناطق ريفية).

#### ب- العينة البحثية :

عينة عمدية من السيدات المتزوجات ممن هم فى مرحلة الإنجاب تتراوح أعمارهن من ٢٠ إلى ٣٥ عام يمثلن مستويات إجتماعية وإقتصادية مختلفة، بلغ قوامها ٢٠٠ سيدة (١٠٠ بالمناطق الريفية و ١٠٠ بالمناطق الحضرية) وإختيرت العينة الريفية من ١٠ قرى تابعة لمركز كفر الدوار بمحافظة البحيرة هى قرى (أبو صالح، أبو نعيجة، المكورة، أباطة، البرج، المنياوى، الوكيل، كوم البركة، سيدى غازى، سامون) بواقع ١٠ من كل قرية، وذلك من خلال

زيارة الوحدة الصحية التي تتبعها القرية، بينما إختيرت العينة الحضرية من محافظة الإسكندرية من خلال أربعة أحياء هي (حى شرق، حى المنتزة، حى وسط ، حى العجمى) بواقع ٢٥ من كل حى، وذلك من خلال زيارة للعيادات الخاصة وبعض الأندية وأماكن عمل أفراد العينة(بعض المدارس والكليات).

### أدوات الدراسة وأسلوب جمع البيانات:

تحقيقاً لأهداف الدراسة تم تصميم إستمارة إستبيان تتضمن عدة محاور:

**المحور الأول:** تضمن الخصائص الإجتماعية والإقتصادية لأفراد العينة البحثية (عمر الزوجة، عمرها عند الزواج، عمر الزوج، مستواهما التعليمي ومهنتهما، عدد أفراد الأسرة ومتوسط الدخل الشهري للفرد فى الأسرة).

**المحور الثانى:** تضمن معلومات وإتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بمكونات الصحة الإيجابية (مفهوم الصحة الإيجابية، ختان الإناث، العقم، الإجهاض، وسائل منع الحمل، الأمراض المنقولة جنسياً، سرطان عنق الرحم)، حيث بلغ عدد الأسئلة الخاصة بالمعلومات ٩٣ سؤال ولتقييم مستوى المعلومات تم وضع درجات رقمية (cores) تراوحت من ١ إلى ٣ درجات بحيث أعطيت ثلاث درجات للإجابة الصحيحة وأعطيت درجة واحدة للإجابة الخاطئة وأعطيت درجتان فى حالة عدم معرفة الإجابة، بلغ الحد الأقصى للدرجات ٢٧٩ درجة والحد الأدنى ٩٣ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاث مستويات للمعلومات المتعلقة بالصحة الإيجابية وهى مستوى منخفض (من ٩٣ إلى ١٥٤ درجة)، مستوى متوسط (من ١٥٥ إلى ٢١٧ درجة)، مستوى جيد (من ٢١٨ إلى ٢٧٩ درجة).

تم قياس الإتجاهات المتعلقة بالصحة الإيجابية من خلال ٦٢ سؤال ولتقييم مستوى المعلومات تم وضع درجات رقمية (cores) تراوحت من ١ إلى ٣ درجات بحيث أعطيت ثلاث درجات للإتجاه الإيجابي وأعطيت درجة واحدة للإتجاه السلبي وأعطيت درجتان فى حالة الإتجاه المحايد، بلغ الحد الأقصى للدرجات ١٨٦ درجة والحد الأدنى ٦٢ درجة، قسمت



العينة تبعاً لها إلى ثلاث مستويات للإتجاهات المتعلقة بالصحة الإنجابية وهي إتجاه سلبي (من ٦٢ إلى ١٠٢ درجة)، إتجاه محايد (من ١٠٣ إلى ١٤٤ درجة)، إتجاه إيجابي (من ١٤٥ إلى ١٨٦ درجة).

**المحور الثالث:** تضمن الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية، وإشتمل على (كتلة ونمط الجسم، إجراء عملية الختان من عدمه، إنتظام الدورة الشهرية، الإصابة بالأمراض أثناء الحمل ونوعيتها إن وجدت، النزيف أثناء الحمل وتوقيته، الإصابة بالإجهاض من قبل، طريقة الولادة، عدد الولادات الميئة، معالجة الزوج أوالزوجة من العقم أوتأخر الإنجاب، والإصابة بأى نوع من الأمراض المنقولة جنسياً). كما تم حساب مؤشر كتلة الجسم من خلال المعادلة الآتية: مؤشر كتلة الجسم = Body Mass Index = الوزن بالكجم/ مربع الطول بالمتر، وتم تقييم نمط الجسم تبعاً لقيمة الـ BMI كالتأتى: أقل من ١٨,٥ (نحيل) (٤)، من ١٨,٥ إلى ٢٤,٩ (وزن مناسب) (٦)، من ٢٥ إلى ٢٩,٩ (زيادة فى الوزن) (٥)، من ٣٠ إلى ٣٤,٩ (بدانة من الفئة الأولى) (٣)، من ٣٥ الى ٣٩,٩ (بدانة من الفئة الثانية) (٢)، من ٤٠ فأكثر (بدانة مفرطة) (١).

وتم تقييم مستوى الحالة الصحية الإنجابية من خلال إعطاء درجات رقمية (scores) بحيث أعطيت الدرجة الأعلى للحالة الأفضل، بلغ الحد الأقصى للدرجات ٣٩ درجة والحد الأدنى ١٧ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاث مستويات للحالة الصحية الإنجابية وهي: مستوى منخفض (من ١٧ إلى ٢٣ درجة)، مستوى متوسط (من ٢٤ إلى ٣١ درجة)، مستوى جيد (من ٣٢ إلى ٣٩ درجة).

### تقنين أدوات الدراسة: حساب الصدق:

للتحقق من صدق محتوى أدوات الدراسة تم إعداد صورة متكاملة من الإستبيان وعرضت على مجموعة من الأساتذة المتخصصين وذلك للتعرف على آرائهم من حيث مدى مناسبة العبارة للجانب الذى تقيسه، ومدى صحة ووضوح صياغة العبارة. وقد تم حساب تكرارات الإتفاق بين المحكمين على كل عبارات الإستبيان وترواحت نسبة الإتفاق ما بين ( ٦٩% و ١٠٠% ) وطبقاً لأراء الأساتذة المحكمين تم إستبعاد بعض العبارات وإعادة صياغة عبارات أخرى ثم أعدت الصورة النهائية لأدوات الدراسة .

### حساب الثبات:

تم التحقق من ثبات أدوات الدراسة بإستخدام طريقة إعادة التطبيق، فتم تطبيق الإستبيان بفارق زمنى إسبوعين، وذلك على عينة إستطلاعية قوامها ٣٠ من الزوجات، وإستخدمت معادلة الفا كرونباخ Cronbach Alpha لحساب معامل الثبات للإستبيان وبلغت قيمته (٠.٩١٤) وهى قيمة مرتفعة لمعامل الثبات وهذا مؤشر على ثبات الإستبيان.

### إسلوب جمع البيانات :

إستخدمت المقابلة الشخصية فى جمع البيانات.

### النتائج والمناقشة:

#### أولاً - الخصائص الإجتماعية- الإقتصادية لأفراد العينة البحثية:

إشتملت الخصائص الإجتماعية- الإقتصادية على: عمر الزوجة، عمرها عند الزواج، عمر الزوج، مستواهما التعليمى ومهنتهما، عدد أفراد الأسرة ومتوسط الدخل الشهرى للفرد فى الأسرة.

## عمر الزوجة:

يتضح من جدول (١-١) أن متوسط عمر الزوجات في العينة الحضرية قد بلغ ٣,٢٦±٣٠,١٧ مقابل ٣,٧٣±٢٦,٦٢ للزوجات في العينة الريفية، وقد كان الفرق بين المتوسطين جوهرياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ لصالح زوجات العينة الحضرية حيث بلغت قيمة إختبار ت ٧,١٦٣، ولقد أظهرت النتائج أن أكثر من نصف الزوجات بالعينة الحضرية (٥٩%) قد تراوحت أعمارهن ما بين ٣٠ إلى أقل من ٣٥ عاماً مقابل ٢٦% من الزوجات بالعينة الريفية، وأن ٣٥% من الزوجات الحضريات قد تراوحت أعمارهن بين ٢٥ إلى أقل من ٣٠ عام مقابل ٤٢% من الزوجات الريفيات، بينما ٦% فقط من الزوجات الحضريات قد بلغت أعمارهن ٢٠ إلى أقل من ٢٥ عام مقابل ٣٢% من الزوجات الريفيات. من هنا يتضح إرتفاع أعمار الزوجات بالعينة الحضرية عن أعمار الزوجات بالعينة الريفية، وقد كان الفرق بين المجموعتين جوهرياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٣١,٢٨٣.

## عمر الزوجة عند الزواج:

يتضح من جدول (٢-١) أن متوسط عمر الزوجات عند الزواج في العينة الحضرية كان ٢,٩٨±٢٤,٢٤ مقابل ٢,٠٩±٢٠,١٣ للزوجات في العينة الريفية، وقد كان الفرق بين المتوسطين جوهرياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ لصالح الزوجات بالعينة الحضرية حيث بلغت قيمة إختبار (ت) ١١,٣٠٩، وقد أظهرت النتائج أن ما يقرب من نصف الزوجات بالعينة الريفية (٤٢%) قد تزوجن في عمر أقل من ٢٠ عاماً مقابل ١% فقط من الزوجات بالعينة الحضرية، وأن ٤٥% من الزوجات الحضريات قد تزوجن في عمر تراوح من ٢٥ إلى أقل من ٣٠ عام مقابل ٢% فقط من الزوجات الريفيات، بينما ٦% من الزوجات الحضريات تزوجن في عمر تراوح من ٣٠ إلى ٣٥ عام وفي المقابل لا يوجد أى من الزوجات الريفيات تزوجن في هذه المرحلة.

جدول (١) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية طبقاً للخصائص الاجتماعية والاقتصادية

المجموع (٢٠٠) ن		العينة الريفية (١٠٠) ن	العينة الحضرية (١٠٠) ن	الخصائص الاجتماعية والاقتصادية
العدد	%	%	%	
١٩,٠٠	٣٨	٣٢,٠٠	٦,٠٠	١- عمر الزوجة
٣٨,٥	٧٧	٤٢,٠٠	٣٥,٠٠	٢٠- >٢٥ عام
٤٢,٥	٨٥	٢٦,٠٠	٥٩,٠٠	٢٥- >٣٠ عام
		**٣١,٢٨٣		كأ <sup>(١)</sup>
		٣,٧٣±٢٦,٦٢	٣,٢٦±٣٠,١٧	المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري
		**٧,١٦٣		قيمة اختبار (ت)
٢١,٥	٤٣	٤٢,٠٠	١,٠٠	٢- عمر الزوجة عند الزواج
٥٢,٠	١٠٤	٥٦,٠٠	٤٨,٠٠	>٢٠ عام
٢٣,٥	٤٧	٢,٠٠	٤٥,٠٠	٢٥- >٣٠ عام
٣٠,٠	٦	٠,٠٠	٦,٠٠	٣٠- >٣٥ عام
		**٨٥,٠٤٩		كأ <sup>(٢)</sup>
		٢,٠٩±٢٠,١٣	٢,٩٨±٢٤,٢٤	المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري
		**١١,٣٠٩		قيمة اختبار (ت)
١,٥	٣	٣,٠٠	٠,٠٠	٣- عمر الزوج
١٨,٥	٣٧	٣٣,٠٠	٤,٠٠	٢٠- >٢٥ عام
٤١,٠٠	٨٢	٤٣,٠٠	٣٩,٠٠	٢٥- >٣٠ عام
٢٥,٠٠	٥٠	١٧,٠٠	٣٣,٠٠	٣٠- >٣٥ عام
١٤,٠٠	٢٨	٤,٠٠	٢٤,٠٠	٤٠ عام فأكثر
		**٤٥,٣٣١		كأ <sup>(٣)</sup>
		٤,١٢±٣١,٠٨	٦,٨٥±٣٦,٢٣	المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري
		**٦,٤٤٦		قيمة اختبار (ت)

\* فروق جوهرية عند مستوى معنوية ٠,٠١

من هنا يتضح إنخفاض عمر الزوجات عند الزواج بالعينة الريفية عن عمر الزوجات عند الزواج بالعينة الحضرية، الأمر الذي يشير إلى إستمرار إنتشار الزواج المبكر في الريف ولعل السبب في ذلك يعود إلى الظروف الإقتصادية وسوء الحالة المادية للكثير من الأسر الريفية والتي جعلت أغلبهم يميلون إلى تزويج بناتهم مبكراً. وقد كان الفرق بين المجموعتين جوهرياً عند مستوى معنويه ٠,٠١ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٨٥,٠٤٩.

## عمر الزوج :

يتضح من جدول (١-٣) أن متوسط عمر الأزواج في العينة الحضرية قد بلغ ٦,٨٥±٣٦,٢٣ مقابل ٤,١٢±٣١,٠٨ للأزواج في العينة الريفية، وقد كان الفرق بين المتوسطين جوهرياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ لصالح أزواج العينة الحضرية حيث بلغت قيمة ت ٦,٤٤٦. وقد أظهرت النتائج أن أكثر من ثلث الأزواج بالعينة الحضرية (٣٩٪) قد تراوحت أعمارهم ما بين ٣٠ إلى أقل من ٣٥ عاماً مقابل ٤٣٪ من الأزواج بالعينة الريفية، وأن ٣٣٪ من أزواج العينة الحضرية قد تراوحت أعمارهم بين ٣٥ إلى أقل من ٤٠ عام مقابل ١٧٪ من أزواج العينة الريفية. وأن ٢٤٪ من أزواج العينة الحضرية قد بلغت أعمارهم ٤٠ عام فأكثر مقابل ٤٪ فقط من أزواج العينة الريفية، بينما ٣٣٪ من أزواج العينة الريفية قد تراوحت أعمارهم بين ٢٥ إلى أقل من ٣٠ عام مقابل ٤٪ فقط من أزواج العينة الحضرية. من هنا يتضح إرتفاع أعمار الأزواج بالعينة الحضرية عن أعمار الأزواج بالعينة الريفية، وقد كان الفرق بين المجموعتين جوهرياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٤٥,٣٣١.

وربما يرجع اختلاف وتباين سن الزوج في العينة الريفية عنه في العينة الحضرية إلى تأخر سن الزواج للشباب في الحضر عن الريف نظراً للظروف الإقتصادية وإرتفاع نسبة البطالة والتي تعد من أهم الأسباب التي من الممكن أن تفسر ظاهرة تأخر الشباب عن الزواج في الحضر، كذلك حدوث تغير في الكثير من العادات والتقاليد الإجتماعية مما كان له تأثير في أن تتحول بعض الكماليات الي أساسيات مما يؤدي لضخامة أعباء الزواج علي عاتق الشباب.

## المستوى التعليمي للزوجة:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (١-٤) أن نسبة الزوجات الأميات واللاتي يقرآن ويكتبن في العينة الريفية قد بلغت ٣٦٪، بينما لم تكن هناك زوجات أميات أو يقرآن ويكتبن في العينة

الحضرية، كذلك أظهرت النتائج أن نسبة الأمهات اللاتي تلقين تعليماً جامعياً في العينة الحضرية كانت مرتفعة عن مثيلتها بالعينة الريفية (٧٠٪ و ٢٤٪ على التوالي)، كما أن هناك ٦٪ من الزوجات بالعينة الحضرية قد تلقين تعليماً أعلى من الجامعي، وبذلك يتضح إرتفاع المستوى التعليمي للزوجات بصفة عامة بالعينة الحضرية عنها بالعينة الريفية. وقد ظهرت فروق جوهرية بين المستوى التعليمي للزوجات بعينتي الدراسة عند مستوى معنوية ٠,٠١، حيث بلغت قيمة مربع كاي (٨٤,٨٧٤). وربما يشير ذلك إلى إستمرار بعض العادات والتقاليد التي ما زالت تسيطر على سلوك بعض الأفراد في الريف والتي من شأنها أن تؤدي إلى حرمان الفتاة من التعليم وعدم مواصلته ذلك لأن طبيعة التنشئة الإجتماعية غرست في أذهان الأباء والأمهات فكرة أن المكان المناسب للفتاة هو البيت وبالتالي لا داعي لذهابها إلى المدرسة أو الإستمرار في التعليم.

#### عمل الزوجة:

تبين من نتائج جدول (١-٥) أن نصف عدد الزوجات في العينة الريفية (٥٠٪) كن لايعلنن مقابل ١٨٪ من الزوجات في العينة الحضرية، وأوضحت النتائج أن ٦٠٪ من الزوجات الحضريات يعملن بوظائف حكومية مقابل ٣٪ من الزوجات الريفيات، ولكن بلغت نسبة الزوجات اللاتي يعملن في الأعمال الزراعية في العينة الريفية ٣٩٪، بينما بلغت نسبة الزوجات العاملات في أعمال مهنية ٨٪ من العينة الحضرية في حين لا توجد أى من الزوجات في العينة الريفية يقمن بأعمال مهنية. من هنا يتضح لنا تباين نوعية الأعمال التي تقوم بها الزوجات بكل من عينتي الدراسة والتي تتناسب مع منطقة السكن. وقد أظهرت النتائج أن الفرق بين المجموعتين كان جوهرياً عند مستوى معنوية ٠,٠١، حيث بلغت قيمة مربع كاي (٨٢,٣٨٠). ويمكن إرجاع نتائج العينة الريفية إلى عدم التركيز على تعليم الفتيات ودفعهن إلى الزواج المبكر والنظرة التقليدية للمرأة ودورها الإجتماعي والتي ترى أن الأنتى مخلوق ضعيف مكانها البيت ووظيفتها الإنجاب.

تابع جدول (١) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية طبقاً للخصائص الاجتماعية والاقتصادية

المجموع ن (٢٠٠)	العينة الريفية ن (١٠٠) %	العينة الحضرية ن (١٠٠) %	الخصائص الاجتماعية والاقتصادية
العدد %	العدد %	العدد %	
٨,٥	١٧	١٧,٠٠	٤- المستوى التعليمي للزوجة
٩,٥	١٩	١٩,٠٠	أمية
٥,٠٠	١٠	١٠,٠٠	تقرأ وتكتب
٥,٠٠	١٠	١٠,٠٠	تعليم ابتدائي
٢٢,٠	٤٤	٢٠,٠٠	تعليم إعدادي
٤٧,٠	٤٩	٢٤,٠٠	تعليم ثانوي أو ما يعادله
٣,٠	٦	٠,٠٠	تعليم جامعي
			أعلى من جامعي
		٨٤,٨٧٤**	كأ <sup>(٦)</sup>
٣٤,٠٠	٦٨	٥٠,٠٠	٥- عمل الزوجة
١,٥	٣	٢,٠٠	لا تعمل
١٩,٥	٣٩	٣٩,٠٠	أعمال حرفية
١,٥	٣	٠,٠٠	أعمال زراعية
٤,٠٠	٨	٤,٠٠	أعمال كتابية
٤,٠٠	٨	٢,٠٠	أعمال حرة
٣١,٥	٦٣	٣,٠٠	أعمال تجارية
٤,٠٠	٨	٠,٠٠	وظيفة حكومية
			أعمال مهنية
		٨٢,٣٨٠**	كأ <sup>(٧)</sup>

\*\* فروق جوهرية عند مستوى معنوية ٠,٠١

المستوى التعليمي للزوج:

أظهرت نتائج الدراسة أن ٢٩٪ من الأزواج في العينة الحضرية قد تلقوا تعليماً ثانوياً أو ما يعادله مقارنة بـ ٢٤٪ من الأزواج في العينة الريفية، كذلك بلغت نسبة الأزواج الذين تلقوا تعليماً جامعياً في العينة الحضرية ٥٨٪ مقارنة بـ ٢٢٪ فقط من أزواج العينة الريفية، وكان هناك ١٣٪ من الأزواج في العينة الحضرية تلقوا تعليماً أعلى من التعليم الجامعي في حين لا يوجد أي من الأزواج في العينة الريفية تلقوا تعليماً أعلى من الجامعي. من هنا يتضح إرتفاع المستوي التعليمي للأزواج بالعينة الحضرية عنهم في العينة الريفية وقد دل على ذلك وجود فروق جوهرية بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، حيث بلغت قيمة مربع كاي (٨٣,٦٧٢) (جدول ١-٦).

تابع جدول (١) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية طبقاً للخصائص الاجتماعية والاقتصادية

المجموع ن (٢٠٠) العدد %		لعينة الريفية ن (١٠٠) %	لعينة الحضرية ن (١٠٠) %	الخصائص الاجتماعية والاقتصادية
٢,٠٠	٤	٤,٠٠	٠,٠٠	٦- المستوى التعليمي للزوج أمي
٦,٥	١٣	١٣,٠٠	٠,٠٠	يقرأ ويكتب
٨,٥	١٧	١٧,٠	٠,٠٠	تعليم ابتدائي
١٠,٠٠	٢٠	٢٠,٠٠	٠,٠٠	تعليم إعدادي
٢٦,٥	٥٣	٢٤,٠٠	٢٩,٠	تعليم ثانوي أو ما يعادله
٤٠,٠٠	٨٠	٢٢,٠٠	٥٨,٠	تعليم جامعي
٦,٥	١٣	٠,٠٠	١٣,٠	أعلى من جامعي
		**٨٣,٦٧٢		كأ <sup>٢</sup> (١)
٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٧- عمل الزوج لا يعمل
١,٠٠	٢,٠٠	١,٠٠	١,٠٠	يعمل
		---		كأ <sup>٢</sup>
٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٨- نوع العمل للزوج أعمال حرفية
١٥,٥	٣١	٣١,٠٠	٠,٠٠	أعمال زراعية
١٤,٥	٢٩	٢٩,٠٠	٠,٠٠	أعمال كتابية
٥,٠٠	١٠	٥,٠٠	٥,٠٠	أعمال حرة
٥٠,٠٠	٣٠	١٤,٠٠	١٦,٠٠	أعمال تجارية
١٧,٠٠	٣٤	١٤,٠٠	٢٠,٠٠	وظيفة حكومية
٣٣,٠٠	٦٦	٧,٠٠	٥٩,٠٠	أعمال مهنية
		**٩٦,٦٣٣		كأ <sup>٢</sup> (١)
٦٩,٠٠	١٣٨	٤٢,٠٠	٩٦,٠٠	٩- عدد أفراد الأسرة الذين يشتركون في معيشة اقتصادية واحدة
٢٢,٥	٤٥	٤١,٠٠	٤,٠٠	٣-٤ أفراد
٦,٥	١٣	١٣,٠٠	٠,٠٠	٥-٦ أفراد
٢,٠٠	٤	٤,٠٠	٠,٠٠	٧-٨ أفراد
		**٦٨,٥٥٣		أكثر من ٨ أفراد
		١,٨٣±٤,٩٢	٠,٦٢±٣,٢٤	كأ <sup>٢</sup> (٣)
		**٨,٦٩٥		المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري قيمة اختبار ت

\*\* فروق جوهريّة عند مستوى معنوية ٠,٠١

عمل الزوج:

أظهرت النتائج الواردة بجدول (١-٧)، (١-٨) أن جميع أزواج العينتين الحضرية والريفية يعملوا، حيث إتضح أن نسبة الأزواج الذين يعملون بالأعمال الزراعية بالعينة الريفية قد بلغت



٣١٪ وأن نسبة ٢٩٪ كانوا يعملون بالأعمال الكتابية، ولقد بلغت نسبة الأزواج الذين يعملون في وظائف حكومية ٢٠٪ من العينة الحضرية مقابل ١٤٪ من العينة الريفية، كما بلغت نسبة الأزواج الذين يعملون أعمالاً مهنية ٥٩٪ من العينة الحضرية مقارنة بـ ٧٪ فقط من الأزواج بالعينة الريفية، وأن ١٦٪ من الأزواج في العينة الحضرية يعملون بالأعمال التجارية مقابل ١٤٪ من الأزواج بالعينة الريفية، من هنا يتضح لنا تباين نوعية الأعمال التي يقوم بها الأزواج بكل من عيني الدراسة والتي تتناسب مع منطقة السكن. ولقد كانت الفروق بين المجموعتين جوهرياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، حيث بلغت قيمة مربع كاي (٩٦,٦٣٣).

#### عدد أفراد الأسرة الذين يشتركون في معيشة إقتصادية واحدة :

يتضح من البيانات الواردة بجدول (١-٩) أن هناك فروق جوهرياً بين متوسطي أعداد أفراد الأسر بالعينة الريفية والحضرية عند مستوى معنوية ٠,٠١ وذلك لصالح العينة الريفية حيث بلغت قيمة ت (٨,٦٩٥). وقد أتضح أن معظم الأسر بالعينة الحضرية (٩٦٪) قد تراوح عدد أفرادها ما بين ٣ إلي ٤ أفراد مقابل ٤٢٪ فقط من أسر العينة الريفية، بينما ٤١٪ من أسر العينة الريفية تراوح عدد أفرادها ما بين ٥ إلي ٦ أفراد مقابل ٤٪ فقط بالعينة الحضرية. من هنا يتضح إرتفاع عدد أفراد الأسرة بصفة عامة في عينة الريف عن عينة الحضر. وربما يرجع ذلك إلى الموروث الثقافي الموجود في الريف والذي يعتبر أن كثرة عدد الأبناء يمثل عزوة لأبيهم أو تكون مصدراً للدخل المادى من خلال العمل ومشاركة الأب في تحمل الأعباء المادية للأسرة.

#### الدخل الشهري للأسرة:

يتضح من البيانات الواردة بجدول (١-١٠) أن متوسط الدخل الشهري للأسرة في العينة الحضرية قد بلغ ٣٠٦٦,٥ ± ١٠٩٢,٠٠٠ جنيهاً مصرياً مقابل ١٨٣٥,٠ ± ٥٣٠,٥٦٦ جنيهاً مصرياً في العينة الريفية. ومن هنا يتضح إرتفاع متوسط الدخل الشهري للأسرة في العينة الحضرية عنها في العينة الريفية، وقد يرجع ذلك إلى أن نسبة كبيرة من الزوجات الحضريات هن من الزوجات العاملات وهذا بدوره يساعد على زيادة مستوى دخل الأسرة. وقد أوضحت

النتائج أن الدخل الشهري للأسرة لحوالي ربع العينة الريفية (٢٤٪) قد تراوح ما بين ١٠٠٠ إلى أقل من ١٥٠٠ جنيهاً، مقابل ٨٪ فقط في العينة الحضرية، في حين أن حوالي ثلاثة أرباع العينة الحضرية (٧٢٪) قد بلغ الدخل الشهري للأسرة فيها ٣٠٠٠ جنيهاً مصرياً فأكثر، مقابل ٨٪ فقط من الأسر الريفية، ومن ذلك يتضح إرتفاع الدخل الشهري لأسر العينة الحضرية عن أسر العينة الريفية، وقد ظهرت فروق جوهرية بين عينتي الدراسة عند مستوى معنوية ٠,٠١، حيث بلغت قيمة مربع كاي (١١٢,٥٢٤).

#### متوسط الدخل الشهري للفرد في الأسرة:

توضح بيانات جدول (١-١١) أن متوسط الدخل الشهري للفرد في العينة الحضرية قد بلغ ٣٧٣,٩٥±٩٧١,٠٠ جنيهاً مصرياً مقارنةً ب ١٩٧,٧٤±٤٢٣,٠٦ جنيهاً مصرياً في العينة الريفية، وقد كان الفرق بين المتوسطين جوهرياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ لصالح الأسر الحضرية، حيث بلغت قيمة ت(١٢.٩٥٣). وقد أوضحت النتائج أن متوسط الدخل الشهري للفرد في حوالي خمس العينة الريفية (٢٢٪) قد تراوح ما بين ٢٠٠ إلى أقل من ٣٠٠ جنيهاً، مقابل ٢٪ فقط في العينة الحضرية، كذلك بينت النتائج أن متوسط الدخل الشهري للفرد في حوالي ربع العينة الريفية (٢٤٪) قد تراوح ما بين ٤٠٠ إلى أقل من ٥٠٠ جنيهاً، مقابل ٢٪ فقط في العينة الحضرية، في حين أن حوالي ثلثي العينة الحضرية (٦٠٪) قد بلغ متوسط الدخل الشهري للفرد فيها ١٠٠٠ جنيهاً فأكثر، وذلك مقابل ٣٪ فقط في العينة الريفية. من ذلك يتضح إرتفاع الدخل الشهري للفرد بين أسر العينة الحضرية عن أسر العينة الريفية. وقد ظهرت فروق جوهرية بين عينتي البحث عند مستوى معنوية ٠,٠١، حيث بلغت قيمة مربع كاي (١٢٧.١٢٤).

تابع جدول (١) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية طبقاً للخصائص الاجتماعية والاقتصادية

المجموع ن (٢٠٠) العدد %		العينة الريفية ن (١٠٠) %	العينة الحضرية ن (١٠٠) %	الخصائص الاجتماعية والاقتصادية
١,٥	٣	٠,٠٠	٣,٠٠	١٠- الدخل الشهري للأسرة > ٥٠٠ جنيهاً مصرياً
٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	من ١٠٠٠ > ٥٠٠ جنيهاً مصرياً
١٦,٠٠	٣٢	٢٤,٠٠	٨,٠٠	من ١٥٠٠ > ١٠٠٠ جنيهاً مصرياً
١٠,٥	٢١	١٩,٠٠	٢,٠٠	من ٢٠٠٠ > ١٥٠٠ جنيهاً مصرياً
٢١,٥	٤٣	٤١,٠٠	٢,٠٠	من ٢٥٠٠ > ٢٠٠٠ جنيهاً مصرياً
١٠,٥	٢١	٨,٠٠	١٣,٠٠	من ٣٠٠٠ > ٢٥٠٠ جنيهاً مصرياً
٤٠,٠	٨٠	٨,٠٠	٧٢,٠٠	٣٠٠٠ جنيهاً مصرياً فأكثر
		**١١٢,٥٢٤		كا <sup>(٦)</sup>
		٥٣٠,٥٦±١٨٣٥,٠		المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري
		**١٠,١٤٤		قيمة اختبارت
١,٥	٣	٠,٠٠	٣,٠٠	١١- متوسط الدخل الشهري للفرد في الأسرة
٤,٠٠	٨	٨,٠٠	٠,٠٠	> ١٠٠ جنيهاً مصرياً
١٢,٠٠	٢٤	٢٢,٠٠	٢,٠٠	من ٢٠٠ > ١٠٠ جنيهاً مصرياً
٩,٥	١٩	١٤,٠٠	٥,٠٠	من ٣٠٠ > ٢٠٠ جنيهاً مصرياً
١٣,٠٠	٢٦	٢٤,٠٠	٢,٠٠	من ٤٠٠ > ٣٠٠ جنيهاً مصرياً
٦,٥	١٣	١٢,٠٠	١,٠٠	من ٥٠٠ > ٤٠٠ جنيهاً مصرياً
٨,٠	١٦	١٢,٠٠	٤,٠٠	من ٦٠٠ > ٥٠٠ جنيهاً مصرياً
٤,٠	٨	١,٠٠	٧,٠٠	من ٧٠٠ > ٦٠٠ جنيهاً مصرياً
١٠,٠٠	٢٠	٤,٠٠	١٦,٠٠	من ٨٠٠ > ٧٠٠ جنيهاً مصرياً
٠,٠٠	٠,٠	٠,٠٠	٠,٠٠	من ٩٠٠ > ٨٠٠ جنيهاً مصرياً
٣١,٥	٣	٣,٠٠	٦٠,٠٠	١٠٠٠ جنيهاً مصرياً فأكثر
		**١٢٧,١٢٤		كا <sup>(١٠)</sup>
		١٩٧,٧٤±٤٢٣,٠٦		المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري
		**١٢,٩٥٣		قيمة اختبارت

\*\* فروق جوهرية عند مستوى معنوية ٠,٠١

ثانياً - معلومات واتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية:

١- مستوى معلومات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية:

تشير البيانات الواردة بجدول (٢) إلى إختلاف المتوسط الحسابي لمستوي معلومات الزوجات فيما يتعلق بالصحة الإنجابية في العينتين حيث بلغ ٣٣.٥٣±٢٥٥.٦٨ لعينة الحضر في

مقابل  $36.04 \pm 196.97$  لعينة الريف، وقد كان الفرق جوهريا بين العينتين عند مستوى معنوية ٠.٠١ لصالح الزوجات الحضريات، حيث دل على ذلك قيمة ت التي بلغت (١١.٩٢٧). ونستنتج من ذلك أن مستوى معلومات أفراد العينة البحثية الحضرية كان أفضل من مستوى معلومات أفراد العينة البحثية الريفية حيث كانت الفروق بين المجموعتين جوهرية عند مستوى معنوية (٠.٠١) ودل على ذلك قيمة مربع كاي التي بلغت (٦١.٩١٤). ويمكن تفسير ذلك بارتفاع المستوى التعليمي للزوجات الحضريات عن الزوجات الريفيات، الأمر الذي يعمل على رفع مستوى المعرفة والثقافة الصحية وكذلك متابعة البرامج التلفزيونية ومواقع الأنترنت التي تهتم بصحة المرأة الإنجابية .

كما أتضح من نتائج جدول (٢) أن ٧٨٪ من الزوجات الحضريات كان مستوى معلوماتهن فيما يتعلق بالصحة الإنجابية جيد مقابل ٢٤٪ فقط من الزوجات الريفيات، في حين أن حوالي ثلثي الزوجات الريفيات (٦١٪) كان مستوي معلوماتهن متوسط، مقابل ٢٢٪ فقط من الزوجات الحضريات. وهذا يعني إرتفاع مستوى المعلومات الصحية لزوجات عينة الحضر عن زوجات عينة الريف. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات أحمد مصطفى (٢٠٠٣)، وطارق عميرة (٢٠٠٤)، محمد عبد الفتاح وعزت الشيشيني (٢٠١٠)، ومنى خليفة (٢٠١٢)، حيث أشارت هذه الدراسات إلى أن المعارف المرتبطة بالصحة الإنجابية لدى المرأة كانت منخفضة في المناطق الريفية عن المناطق الحضرية وأن محل الإقامة كان له تأثير كبير على فهم الصحة الإنجابية بجوانبها المختلفة وذلك لصالح المناطق الحضرية، كذلك فإن سيدات المناطق العشوائية كانت لديهن إحتياجات ومشكلات ملحة بشأن الإستفادة من خدمات الصحة الإنجابية.

## جدول (٢) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية وفقاً لمستوى معلوماتهن فيما يتعلق بالصحة الإنجابية بمنطقتي الدراسة

المجموع ن (٢٠٠) العدد %		العينة الريفية ن (١٠٠) %	العينة الحضرية ن (١٠٠) %	مستوى المعلومات
٥١,٠٠	١٠٢	٢٤,٠٠	٧٨,٠٠	جيد ( ٢١٨ - ٢٩٧ درجة )
٤١,٥	٨٣	٦١,٠٠	٢٢,٠٠	متوسط ( ١٥٥ - ٢١٧ درجة )
٧,٥	١٥	١٥,٠٠	٠,٠٠	منخفض ( ٩٣ - ١٥٤ درجة )
		**٦١,٩١٤		كما <sup>(٢)</sup>
		٣٦,٠٤±١٩٦,٩٧	٣٣,٥٣±٢٥٥,٦٨	المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري
		**١١,٩٢٧		قيمة اختبار (ت)

\*\* فروق جوهريّة عند مستوى ٠,٠١

كما وجد محمد البغدادى (٢٠٠٨) فى دراسته التى هدفت إلى تنمية وعى السيدات الريفيات فى صعيد مصر بالصحة الإنجابية من خلال تطبيق برنامج تدريبي أن هناك قصوراً شديداً فى وعى الريفيات بالصحة الإنجابية على نحو علمى سليم. كذلك وجد Haque وآخرون (٢٠١٥) فى دراستهم والتي أجريت على عينة مكونة من ٢٠٠ سيدة تراوحت أعمارهن بين ١٩-٣١ عام وذلك بمنطقة ريفية وأخرى حضرية بينجلاديش وأسفرت نتائجها عن أن أفراد العينة الحضرية قد إرتفع مستوى معلوماتهن الخاصة بالصحة الإنجابية وخصوصاً بمسائل تنظيم الأسرة والرعاية أثناء الحمل والأمومة الأمانة ورعاية حديثى الولادة والمسافة الفاصلة بين الولادات.

### ٢- مستوى إتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية :

تشير البيانات الواردة بجدول (٣) إلى إختلاف المتوسط الحسابي لمستوي إتجاهات الزوجات فيما يتعلق بالصحة الإنجابية في العينتين حيث بلغ ١٦٠.٧٠±٢٥.٩٥ لعينة الحضر في مقابل ١٢٥.٩٩±٢٢.٢٣ لعينة الريف، وقد كان الفرق جوهرياً بين العينتين عند مستوي معنوية ٠.٠١ حيث دل علي ذلك قيمة (ت) والتي بلغت (١٠٠٩). كما إتضح من نتائج الجدول (٣) أن ٧٩% من الزوجات الحضريات كانت إتجاهن إيجابياً نحو الصحة الإنجابية

مقابل ٢٥٪ فقط من الزوجات الريفيات، في حين أن حوالي ثلثي الزوجات الريفيات (٦٠٪) كان إيجاباً محايداً، مقابل ١٧٪ فقط من الزوجات الحضريات. وهذا يعني إرتفاع اتجاهات زوجات عينة الحضرة الإيجابية عنها لدي زوجات عينة الريف، وقد يرجع ذلك إلى إرتفاع المستوى التعليمي للزوجات الحضريات وإرتفاع مستوى معلوماتهن عن الصحة الإيجابية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة أمل مطر (٢٠٠٤) والتي هدفت إلى التعرف على اتجاهات الفتيات نحو قضايا الصحة الإيجابية (ختان الإناث، المراهقة، التغذية السليمة، الزواج المبكر) وأجريت بمناطق مختلفة بمحافظة القاهرة حيث تكونت عينة الدراسة من ٢٠٠ فتاة في مراحل عمرية من ١٣-١٨ سنة وقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الفتيات نحو الصحة الإيجابية بإختلاف منطقة السكن (منطقة عشوائية أو حضرية) وكذلك بإختلاف المستوى الإجماعي والإقتصادي والثقافي للأسرة.

جدول (٣) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية وفقاً لإتجاهاتهم فيما يتعلق بالصحة الإيجابية بمنطقتي الدراسة

الإتجاهات	العينة الحضرية ن(١٠٠) ٪	العينة الريفية ن(١٠٠) ٪	المجموع ن(٢٠٠) العدد ٪
إيجابي (١٤٥ - ١٨٦ درجة)	٧٩.٠٠	٢٥.٠٠	١٠٤
محايد (١٠٣ - ١٤٤ درجة)	١٧.٠٠	٦٠.٠٠	٧٧
سالب (٦٢ - ١٠٢ درجة)	٤.٠٠	١٥.٠٠	١٩
كا <sup>(٢)</sup> المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري قيمة اختبارات	٢٥.٩٥ ± ١٦٠.٧٠	٢٢.٢٣ ± ١٢٥.٩٩	٦١.٩١٤**
		١٠.٠٩**	

\*\* فروق جوهرية عند مستوى ٠.٠١

### ثالثاً- الحالة الصحية الإيجابية لأفراد العينة البحثية:

#### نمط الجسم:

أشارت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-١) إلى أن ٥٨% و ٢٣% من الزوجات الحضريات والريفيات على التوالي كان وزنه مناسبا، في حين أن ٢١% و ٦٢% منهن على التوالي كان لديهن زيادة في الوزن، كذلك بلغت نسبة من يعانون من الفئة الأولى للبدانة ٢١% و ١٥% علي التوالي. وبلغ المتوسط الحسابي لنمط الجسم للعينة الحضرية ٢٦.٢٣ ± ٣.٧٥ مقابل ٣٠.١٩ ± ٢٧.٦٠ للعينة الريفية. وهذا يشير إلى زيادة وزن جسم الزوجات الريفيات عن الحضريات بصفة عامة حيث بلغت قيمة ت ٢.٧٧٢، لذا فقد ظهرت فروق جوهرية بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٣٦.٣٧٦. ويمكن تفسير ذلك بأن إنخفاض المستوى التعليمي لديهن يؤدي إلى إنخفاض مستوى معلوماتهن وممارساتهن التغذوية مما يؤثر على أوزانهن.

وقد وجدت أمل خطاب (٢٠١٢) في دراستها التي أجريت على عينة من الزوجات بمنطقة ريفية وأخرى حضرية (محافظة البحيرة والأسكندرية) واستهدفت دراسة العلاقة بين بعض ملوثات لبن الأم والحالة الصحية ونمو وتطورالأطفال الرضع في الريف والحضر، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الزوجات بعينتي الريف والحضر فيما يتعلق بمستوي معلوماتهن التغذوية لصالح عينة الحضر.

جدول (٣) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية طبقاً للحالة الصحية الإنجابية بمنطقتي  
الدراسة

المجموع ن (٢٠٠) العدد %	العينة الريفية ن (١٠٠) %	العينة الحضرية ن (١٠٠) %	البيان
			١- نمط الجسم
٤٠.٥	٢٣.٠٠	٥٨.٠٠	وزن مناسب
٤١.٥	٦٢.٠٠	٢١.٠٠	زيادة وزن
١٨.٠	١٥.٠٠	٢١.٠٠	بدانة
	**٣٦.٣٧٦		كا <sup>(٢)</sup>
٣.١٩ ± ٢٧.٦٠	**٢.٧٧٢	٣.٧٥ ± ٢٦.٢٣	المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري قيمة اختبار (ت)
			٢- الخضوع لعملية الختان
٧٦.٥	٨٣.٠	٧٠.٠	نعم
٢٣.٥	١٧.٠	٣٠.٠	لا
	*٤.٧٠		كا <sup>(١)</sup>
			٣- المعاناة من أحد مضاعفات الختان أو أكثر
(ن=١٥٣)	(ن=٨٣)	(ن=٧٠)	
٤٩.٠	٥١.٨	٤٣	نعم
٥١.٠	٤٨.٢	٤٠	لا
	٠.٥٦٤		كا <sup>(١)</sup>
			٤- مدى إنتظام الدورة الشهرية
٣٠.٠٠	٢٨.٠٠	٣٢.٠٠	منتظمة
٧٠.٠٠	٧٢.٠٠	٦٨.٠٠	غير منتظمة
	٨٣١		كا <sup>(١)</sup>
			٥- الإصابة بالأنيميا أثناء الحمل الأخير
١٧.٥	٢٣.٠٠	١٢.٠	نعم
٨٧.٥	٧٧.٠٠	٨٨.٠	لا
	*٥.١٠٣		كا <sup>(١)</sup>

\* \* فروق معنوية عند مستوى ٠.٠١

\* فروق معنوية عند مستوى ٠.٠٥

الخضوع لعملية الختان:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-٢) أن ٧٠٪ من الزوجات في العينة الحضرية قد خضعن لإجراء عملية الختان، مقابل ٨٣٪ من الزوجات الريفيات، وقد كانت الفروق جوهرياً بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠.٠٥ حيث بلغت قيمة (ت) ٤.٧٠. وبالرغم من وجود



فروق جوهرية بين المجموعتين إلا أنه يتضح إرتفاع نسبة أفراد العينة سواء الحضريات أو الريفيات اللاتي خضعن لعملية الختان الأمر الذي يشير إلى حاجة المجتمع لمزيد من الجهد لتوضيح أضرار ومخاطر ختان الإناث. وتتفق هذه النتائج مع مع نتائج دراسة عبد الحميد النور وإجلال المولى (٢٠٠٩) والتي إجريت في السودان على عينة عشوائية بإقليم دار فور وبلغ عددها ٨٩٢ امرأة في سن الإنجاب، وذلك بغرض معرفة الأمراض المرتبطة بالصحة الإنجابية ومدى تأثيرها على الخصوبة حيث وجدا أن نسبة السيدات اللاتي خضعن لإجراء عملية الختان بأنواعه المختلفة ٩١.٩ ٪ من إجمالي عدد أفراد العينة البحثية.

#### المعاناة من أحد مضاعفات الختان أو أكثر:

أوضحت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-٣) أن ٤٥.٧ ٪ و ٥١.٨ ٪ من الزوجات الحضريات والريفيات على التوالي قد عانين من أحد مضاعفات الختان وأكثر، ولم يكن هناك فروق جوهرية بين العينيتين (جدول ٣-٣) وتشير هذه النتيجة إلى أن ما يقرب من نصف عدد أفراد العينة البحثية سواء الريفية أو الحضرية قد عانين آثاراً ضارة من إجراء عملية الختان سواء كانت آثار نفسية أو عضوية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة عبد الحميد النور وإجلال المولى (٢٠٠٩) حيث وجدا أن الختان يرتبط بصورة مباشرة بالعديد من مشكلات المعاشرة الزوجية والولادة.

#### مدى إنتظام الدورة الشهرية:

أوضحت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٤-٣) أن ٦٨ ٪ و ٧٢ ٪ من الزوجات الحضريات والريفيات على التوالي لم تكن الدورة الشهرية لديهن منتظمة، ولم يكن هناك فروق جوهرية بين العينيتين. ويشير عبد الحميد النور وإجلال المولى (٢٠٠٩) إلى أن إضطرابات الحيض أو عدم إنتظامه جزئياً أو كلياً، وأتفاوت الفترات الفاصلة بين الطمث، أو تحوله إلى نزف رحمى غزير، أو إمتداده على فترة زمنية أطول من المدة المحسوبة له، أو مجيئه مره واحدة كل شهرين هي واحدة من علامات إنقطاع التبويض عند المرأة أو قد تكون نتيجة خلل في إفرازات الهرمونات من الغدة النخامية التي تتحكم في إفراز هرمونات المبيضين.

### الإصابة بالأمراض أثناء الحمل:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-٥) أن ١١٪ فقط من الزوجات الحضرية قد أصبن بأمراض أثناء الحمل الأخير (الأنيميا) مقابل ٢٣٪ من الزوجات الريفيات ولم تذكر أى من الزوجات فى العينتين إصابتهن بأمراض أخرى (أمراض القلب، السكرى، أمراض الكلى، الأمراض الصدرية، تسمم الحمل، نزلة شعبية، نزلة معوية ) وقد كانت الفروق جوهريه بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠.٠٥ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٥.١٠٣. ويمكن تفسير ذلك بإنخفاض المستوى الإقتصادي ومستوى دخل الأسر فى العينة الريفية وهذا بدوره ينعكس على نوعية الأطعمة التى تتناولها المرأة الحامل والتى قد تكون منخفضة فى محتواها من البروتينات الحيوانية عالية القيمة الغذائية بسبب إرتفاع أسعارها.

### حدوث النزيف أثناء الحمل:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-٦،٣-٧) أن ١١٪ من الزوجات الحضرية قد أصبن بالنزيف أثناء الحمل مقابل ١٣٪ بالعينة الريفية. كما إتضح أن ٥٤.٥٪، ٧٦.٩٪ من الزوجات بعينتي الحضر والريف على التوالى واللتي تعرضن للنزيف أثناء الحمل قد تعرضن له خلال الشهور الثلاثة الأولى ولم توجد فروق جوهريه بين المجموعتين.

### الإصابة بالإجهاض من قبل:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-٨) أن ٨٧٪ من الزوجات الحضرية لم يتعرضن للإجهاض من قبل، فى حين أن ٦٥٪ من الزوجات الريفيات قد تعرضن له. وقد يرجع ذلك إلى إرتفاع مستوى الخدمات الصحية فى الحضر عن الريف، إضافة إلى أرتفاع المستوى التعليمى للزوجات الحضرية عن الريفيات الأمر الذى يظهر فى حرصهن منذ حدوث الحمل على متابعة الطبيب بشكل منتظم وبالتالي تفادى أى مشكلة صحية قد تؤدى لحدوث الإجهاض وقد وجدت فروق جوهريه بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٥٦.٨٣١. وتشير منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٤) إلى أن التهاب الغدة الدرقية الناتج عن نقص اليود يعد سبباً قوياً فى حدوث الإجهاض وكذلك وفيات الأجنة.

### تابع جدول (٣) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية طبقاً للحالة الصحية بمنطقتي الدراسة

المجموع ن (٢٠٠) العدد %	العينة الريفية ن (١٠٠) %	العينة الحضرية ن (١٠٠) %	البيان
٦- حدوث النزيف أثناء الحمل			
١٢.٠٠	٢٤	١٣.٠٠	١١.٠٠
٨٨.٠٠	١٧٦	٨٧.٠٠	٨٩.٠٠
		٢.٦٧١	
٧- توقيت حدوث النزيف			
	(٢٤=ن)	(١٣=ن)	(١١=ن)
٦٦.٧	١٦	٧٦.٩	١٠
٢٠.٨	٥	١٥.٤	٢
١٢.٥	٣	٧.٧	١
		٣.٣١٢	
٨- الإصابة بالإجهاض من قبل			
٣٩.٠٠	٧٨	٦٥.٠٠	١٣.٠٠
٦١.٠٠	١٢٢	٣٥.٠٠	٨٧.٠٠
		**٥٦.٨٣١	
٩- طريقة الولادة			
٤١.٥	٨٣	٣٣.٠٠	٥٠.٠٠
٥٨.٥	١١٧	٦٧.٠٠	٥٠.٠٠
		*٥.٩٥٢	
١٠- هل سبق العلاج من العقم أو تأخر الإنجاب			
١٥.٥	٣٠	٢١.٠٠	٩.٠٠
٨٥.٠٠	١٧٠	٧٩.٠٠	٩١.٠٠
		*٥.٦٤٧	

\* فروق معنوية عند مستوى ٠.٠٥

\*\* فروق معنوية عند مستوى ٠.٠١

### طريقة الولادة:

أشارت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-٩) إلى أن نصف عدد الزوجات الحضريرات ولدن ولادة طبيعية في حين أن حوالي ثلثي العينة الريفية (٦٧٪) ولدن ولادة طبيعية. وربما يرجع ذلك إلى انخفاض مستوى الحالة الإقتصادية لأفراد العينة الحضرية وأيضاً عدم توافر الكثير من المستشفيات في الريف، أما بالنسبة للحضر فقد تطلب النساء الولادة القيصرية لأنهن

يخشين ألم الولادة الطبيعية حيث تفضل النساء ذوات المستوى الإقتصادي الجيد الولادة القيصرية على الولادة الطبيعية لإعتقادهن بأنها أكثر أماناً وخالية من الألم والقلق. وقد وجدت فروق جوهرية بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠.٠٥ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٥.٩٥٢. ولم يوجد لدى أى من العينتين ولادات ميتة.

#### علاج الزوجة من العقم أو تأخر الإنجاب:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-١٠) أن ٩% و ٢١% من الزوجات الحضريرات والريفيات على التوالي، سبق أن عولجن من العقم أو تأخر الإنجاب، ويمكن تفسير إرتفاع نسبة الزوجات الريفيات اللاتي يلجأن للعلاج في حالة تاخر الإنجاب إلى القلق المصاحب للتأخير في حدوث الحمل سواء من الزوجة أو المحيطين من أهل الزوج والزوجة الأمر الذي يجعل الزوجة تسرع في طلب العلاج. وقد وجدت فروق جوهرية بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠.٠٥ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٥.٦٤٧.

#### علاج الزوج من العقم أو تأخر الإنجاب :

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-١١) أن ٥% و ١٢% من أزواج الحضر والريف على التوالي، سبق أن عولجوا من العقم أو تأخر الإنجاب، ولم توجد فروق جوهرية بين المجموعتين حيث يلاحظ إنخفاض النسبة في العينتين.

#### متابعة الطبيب بشكل منتظم أثناء الحمل :

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-١٢) أن ٨٣% من الزوجات في العينة الحضرية يتابعن الطبيب بشكل منتظم أثناء الحمل، في حين أن ٥٠% من الزوجات الريفيات لا يتابعن الطبيب بشكل منتظم، وقد يرجع ذلك إلى أن إرتفاع المستوى التعليمي لأفراد العينة الحضرية يجعلهن أكثر وعياً بضرورة متابعة الطبيب بشكل منتظم منذ بداية الحمل، كما أن إنخفاض المستوى الإقتصادي للأسرة في العينة الريفية قد يجعل من الصعب عليها تحمل التكلفة المالية اللازمة للمتابعة المنتظمة. وقد كانت الفروق جوهرية بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٢٤.٤٤٢

### أخذ حقنة التيتانيوس أثناء الحمل :

أظهرت نتائج الدراسة الواردة أن ٧١٪ من الزوجات في العينة الحضرية يحرصن على أخذ حقنة التيتانيوس أثناء الحمل، مقابل ٦٣٪ من الزوجات الريفيات، ولم تكن هناك فروق جوهرية بين العينتين (جدول ٣-١٣).

### هل لدى الزوج أى مشاكل خاصة بعملية الإنجاب:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-١٤) أن ١٥٪ من الزوجات في العينة الحضرية كان أزواجهن لديهم مشاكل خاصة بعملية الإنجاب، مقابل ٤٠٪ من الزوجات الريفيات، وقد كانت الفروق جوهرية بين المجموعتين عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث بلغت قيمة مربع كاي ١٥.٦٧٤.

تابع جدول (٣) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية طبقاً للحالة الصحية بمنطقتي الدراسة

المجموع ن (٢٠٠) العدد %	العينة الريفية ن (١٠٠) %	العينة الحضرية ن (١٠٠) %	البيان
----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------

١١- هل سبق علاج الزوج من العقم أو تأخر الإنجاب

٨.٥	١٧	١٢.٠٠	٥.٠٠	نعم
٩١.٥	١٨٣	٨٨.٠٠	٩٥.٠	لا
		٣.١٥٠		كأ <sup>٢</sup> (١)

١٢- متابعة الطبيب بشكل منتظم أثناء الحمل

٦٦.٥	١٣٣	٥٠.٠٠	٨٣.٠٠	نعم
٣٣.٥	٦٧	٥٠.٠٠	١٧.٠٠	لا
		**٢٤.٤٤٢		كأ <sup>٢</sup> (١)

١٣- أخذ حقنة التيتانوس أثناء الحمل

٦٧.٠٠	١٣٤	٦٣.٠٠	٧١.٠٠	نعم
٣٣.٠٠	٦٦	٣٧.٠٠	٢٩.٠٠	لا
		١.٤٤٧		كأ <sup>٢</sup> (١)

١٤- هل لدى الزوج أى مشاكل خاصة بعملية الإنجاب

٢٧.٥	٥٥	٤٠.٠٠	١٥.٠٠	نعم
٧٢.٥	١٤٥	٦٠.٠٠	٨٥.٠٠	لا
		**١٥.٦٧٤		كأ <sup>٢</sup> (١)

١٥- هل تعانين (أو الزوج) من أى من الأمراض المنقولة جنسياً

١٣.٥	٢٧	١٧.٠٠	١٠.٠٠	نعم
٨٦.٥	١٧٣	٨٣.٠٠	٩٠.٠٠	لا
		٢.٠٩٨		كأ <sup>٢</sup> (١)

\* فروق معنوية عند مستوى ٠.٠٥

\*\* فروق معنوية عند مستوى ٠.٠١

المعاناه من أى من الأمراض المنقولة جنسياً:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بجدول (٣-١٥) أن ١٠٪ من الزوجات فى العينة الحضرية كن يعانين من أحد الأمراض المنقولة جنسياً أو أكثر، مقابل ١٧٪ من الزوجات الريفيات، ولم تكن هناك فروق جوهرية بين العينتين.

### مستوى الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية:

تشير البيانات الواردة بجدول (٤) إلى أن نسبة الزوجات اللاتي يتميزن بمستوى جيد من الحالة الصحية الإنجابية في العينة الحضرية والريفية قد بلغت ٧٤٪ و ٢٧٪ على التوالي، كما بلغت نسبة من كن مستوى حالتهن الصحية متوسطة (٢٤٪، ٥٨٪ في المجموعتين على التوالي)، بينما بلغت نسبة من كن مستوى الحالة الصحية الإنجابية لهن منخفضة (٢٪، ١٤٪ على الترتيب). بلغ المتوسط الحسابي لمجموع الدرجات الدالة على الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية الحضرية ٢٤.٤٦ مقابل ٢٢.٩١ لأفراد العينة الريفية لصالح العينة الحضرية، وقد كان الفرق بين المجموعتين جوهرياً عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث بلغت قيمة مربع كاي ٤٤.٩٦٥. ويمكن تفسير ارتفاع مستوى الحالة الصحية الإنجابية لأفراد عينة الحضر عن عينة الريف بإرتفاع مستوى الدخل للأسر الحضرية (جدول ١) وهذا بدوره يؤثر على نوعية الغذاء المتناول والذي يمكن أن يؤثر على مستوى الحالة الصحية بوجه عام والحالة الصحية الإنجابية بوجه خاص، وكذلك فإن ارتفاع مستوى الدخل يتيح للأسرة الحصول على خدمات الرعاية الصحية المطلوبة، أيضاً ارتفاع المستوى التعليمي للزوجات والأزواج الأمر الذي ينعكس على الثقافة الصحية الإنجابية وقد ظهر ذلك من خلال نتائج هذه الدراسة والتي أظهرت ارتفاع مستوى المعلومات (جدول ٢).

جدول (٤) التوزيع النسبي لأفراد العينة البحثية في منطقتي الدراسة وفقاً لمستوى الحالة الصحية الإنجابية

مستوى الحالة الصحية الإنجابية	العينة الحضرية ن (١٠٠) %	العينة لريفية ن (١٠٠) %	المجموع ن (٢٠٠) العدد %
جيد (٣٢ – ٣٩ درجة)	٧٤.٠٠	٢٧.٣٠	١٠١ ٥٠.٨
متوسط (٢٤ – ٣١ درجة)	٢٤.٠٠	٥٨.٦٠	٨٢ ٤١.٢
منخفض (١٧ – ٢٣ درجة)	٢.٠٠	١٤.١٠	١٦ ٨.٠٠
كا <sup>٢</sup> (٢)		** ٤٤.٩٦٥	

\*\* فروق جوهرياً عند مستوى ٠.٠١

## العلاقات الارتباطية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة:

١- العلاقة الارتباطية بين الخصائص الإجتماعية- الإقتصادية كمتغيرات مستقلة ومستوى معلومات وإتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإيجابية كمتغيرات تابعة:

أ- العلاقة الإرتباطية بين المستوى التعليمي للزوج والزوجة ومستوى الدخل الشهري وعدد أفراد الأسرة كمتغيرات مستقلة ومستوى معلومات وإتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإيجابية كمتغيرات تابعة:

تشير البيانات الواردة بجدول (٥) إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة وجوهرية عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين كل من المستوى التعليمي للزوجة والزوج، الدخل الشهري للأسرة، متوسط الدخل الشهري للفرد في الأسرة، وعدد أفراد الأسرة الذين يشتركون في معيشة إقتصادية واحدة كمتغيرات مستقلة ومستوى معلومات وإتجاهات الزوجات نحو الصحة الإيجابية كمتغيرات تابعة. أي أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للزوجة والزوج وكلما إرتفع دخل الأسرة ومتوسط الدخل الشهري للفرد في الأسرة كلما إرتفع مستوى معلومات الزوجة وكانت إتجاهاتها إيجابية نحو الصحة الإيجابية، ويمكن تفسير ذلك بأن إرتفاع المستوى التعليمي للزوجة من شأنه أن يحسن من مستوى معلوماتها وإتجاهاتها نحو الصحة الإيجابية ويجعلها أكثر وعياً وإدراكاً بصحتها الإيجابية وأكثر حرصاً على تثقيف نفسها صحياً للمحافظة على صحتها الإيجابية، حيث أنها تكون أكثر وعياً بمخاطر الحمل المتكرر وكثرة عدد الأولاد وأهمية التغذية الجيدة ورعاية الحمل والولادة الآمنة وغيرها من الأمور التي تؤثر بالإيجاب أو السلب على صحتها الإيجابية، كما أنها تكون أكثر إلماماً بكيفية التعامل مع المشكلات الصحية سواء بنفسها أو سرعة العرض على المتخصصين لتلقى الرعاية الصحية المناسبة. كذلك كلما إرتفع المستوى التعليمي والثقافي للزوج كلما أدى ذلك إلى زيادة إدراكه لدوره ومسؤوليته وإتجاهاته نحو الصحة الإيجابية حيث أن للزوج دوراً كبيراً في عملية إتخاذ القرارات الخاصة بالصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة. كذلك فإن إرتفاع دخل الأسرة ومتوسط الدخل الشهري للفرد في



الأسرة إنما يعنى فرصة أكبر لإطلاع الزوجة والحصول على الكتب التنقيفية ومتابعتها للبرامج التلفزيونية وشبكة الإنترنت للإطلاع والتنقيف وتصحيح معلوماتها وإتجاهاتها الخاصة بالصحة الإنجابية.

### جدول (5) العلاقة الارتباطية بين الخصائص الإجتماعية والإقتصادية ومستوى معلومات وإتجاهات أفراد العينة البحثية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية

مستوى المعلومات معامل الارتباط (r)	مستوى الإتهادات	الخصائص الإجتماعية والإقتصادية
**٠.٧٠٤	**٠.٧٥١	المستوى التعليمي للزوجة
**٠.٤٥٦	**٠.٤٤٥	المستوى التعليمي للزوج
**٠.٣٤٤	**٠.٣٨٧	الدخل الشهري للأسرة
**٠.٣١٣	**٠.٣٥٨	متوسط الدخل الشهري للفرد فى الأسرة
**٠.٢٠٧-	**٠.٢٣٩-	عدد أفراد الأسرة الذين يشتركون فى معيشة إقتصادية واحدة

\*\*علاقة معنوية عند مستوى ٠.٠١

كما وجدت علاقة إرتباطية سالبة عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين عدد أفراد الأسرة الذين يشتركون فى معيشة إقتصادية واحدة وبين مستوى معلومات وإتهادات الزوجات فيما يتعلق بالصحة الإنجابية. أي أنه بزيادة عدد أفراد الأسرة ينخفض مستوى معلومات وإتهادات الزوجات نحو الصحة الإنجابية، ويمكن تفسير ذلك بأنه بزيادة عدد أفراد الأسرة تزداد أعباء الزوجة ومسئولياتها وبالتالي لا يتوافر لديها الوقت الكافى للإطلاع والتنقيف وتصحيح معلوماتها وإتهاداتها الخاصة بالصحة الإنجابية .

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (2011) Al-Agamy and Rizk والتي إجريت بمحافظة الدقهلية وإستهدفت التعرف على وعى الأزواج بالصحة الإنجابية وذلك من خلال (المعلومات والإتهادات والممارسات) كذلك التعرف على العلاقة الإرتباطية بين بعض المتغيرات كمستوى التعليم ومستوى الدخل وبين سلوك الأزواج المرتبط بالصحة الإنجابية وخصوصاً تنظيم الأسرة، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة وجوهريّة عند

مستوى معنوية ٠.٠١ بين مستوى التعليم ومستوى دخل الأسرة وبين معارف وممارسات وإتجاهات أفراد العينة البحثية نحو الصحة الإنجابية وخصوصاً تنظيم الأسرة.

ب- العلاقة الارتباطية بين عمر الزوجة والزوج كمتغيرات مستقلة ومستوى معلوماتها وإتجاهاتها فيما يتعلق بالصحة الإنجابية كمتغيرات تابعة:

تشير البيانات الواردة بجدول (٦) إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة عند مستوي معنوية ٠.٠١ بين كل من عمر الزوجة عند الزواج وعمرها الحالي وعمر زوجها وبين مستوى معلوماتها وإتجاهاتها فيما يتعلق بالصحة الإنجابية. أى أنه كلما ارتفع عمر الزوجة عند الزواج وعمرها الحالي وكذلك عمر زوجها كلما ارتفع مستوى معلوماتها وكانت إتجاهاتها أكثر إيجابية نحو الصحة الإنجابية، ويمكن تفسير ذلك بأنه كلما تزوجت المرأة فى سن مبكر فإن ذلك يرفع نسبة فرصة تسربها من التعليم ربما قبل إنهاء تعليمها الأساسى وهذا بالضرورة ينعكس على مستوى معلوماتها وإتجاهاتها نحو الصحة الإنجابية. كما أنه فى المجتمع المصرى فإن قضية الصحة الإنجابية للمرأة تبدو من القضايا الشائكة غير المسموح للفتيات غير المتزوجات صغيرات السن بالتحدث فيها وهذا يجعل الفتاة التى تزوجت مبكراً ليست لديها المعلومات الصحيحة والكافية المتعلقة بصحتها الإنجابية.

جدول (٦) العلاقة الارتباطية بين عمر الزوج والزوجة ومستوى معلوماتها وإتجاهاتها نحو الصحة الإنجابية

مستوى المعلومات معامل الارتباط (r)	مستوى الإتجاهات	العوامل البيولوجية
**٠.٣٥٠	**٠.٣٩٨	عمر الزوجة عند الزواج
**٠.٢٣١	**٠.١٩٩	عمر الزوجة
٠.١٢٩	*٠.١٦٦	عمر الزوج

\*\*علاقة معنوية عند مستوى ٠.٠١

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة Dongxian وآخرون (٢٠١٠) والتي إجريت على عينة قوامها ٤٧٦٩ إمراة وتم إختيارهن بطريقة عشوائية بمدن مختلفة بالصين حيث تهدف لدراسة العلاقة الإرتباطية بين بعض العوامل الإجتماعية والديموجرافية ومن بينها العمر، وبين المعارف والإتجاهات نحو الصحة الجنسية والإنجابية وقد أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة وجوهية عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين العمر وبين معارف وإتجاهات أفراد العينة البحثية نحو الصحة الإنجابية.

٢- العلاقة الإرتباطية بين الخصائص الإجتماعية- الإقتصادية كمتغيرات مستقلة ومستوي الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية كمتغيرات تابعة:

أ- العلاقة الإرتباطية بين المستوى التعليمي للزوج والزوجة والدخل الشهري للأسرة وعدد أفراد الأسرة كمتغيرات مستقلة والحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية كمتغيرات تابعة:

تشير البيانات الواردة بجدول (٧) إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة وجوهية عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين كل من المستوى التعليمي للزوجة، المستوى التعليمي للزوج، الدخل الشهر للأسرة ومتوسط دخل الفرد في الأسرة كمتغيرات مستقلة ومستوى الحالة الصحية الإنجابية للزوجة كمتغير تابع. أي أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للزوجة وإرتفع المستوى التعليمي لزوجها وإرتفع دخل الأسرة وإرتفع متوسط دخل الفرد في الأسرة كلما إرتفع مستوى حالتها الصحية الإنجابية.

ويمكن تفسير ذلك بأن إرتفاع المستوى التعليمي للزوجة وكذلك الزوج من شأنه أن يحسن من مستوى معلوماتها وإتجاهاتها نحو الصحة الإنجابية وجعلها أكثر وعياً وإدراكاً بكيفية الإهتمام بصحتها الإنجابية وأكثر حرصاً وإهتماماً بصحتها الإنجابية، كما أن إرتفاع دخل الأسرة ومتوسط الدخل الشهري للفرد في الأسرة إنما يعنى تغذية أفضل ورفاهية أفضل وإمكانية الحصول على الوجبات الغذائية المتزنة مرتفعة القيمة والمحتوية على كافة العناصر الغذائية التي من شأنها رفع مستوى الحالة الصحية الإنجابية وكذلك فإن إرتفاع مستوى الدخل إنما

يعنى رعاية صحية أفضل بالشكل الذى ينعكس بلا شك على مستوى الحالة الصحية  
الإيجابية.

جدول (٧) العلاقة الارتباطية بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية كمتغيرات مستقلة  
والحالة الصحية الإيجابية لأفراد العينة البحثية كمتغيرات تابعة

مستوى الحالة الصحية الإيجابية	الخصائص الاجتماعية والاقتصادية
معامل الارتباط (r)	
**٠.٦٧٨	المستوى التعليمي للزوجة
**٠.٣٨٣	المستوى التعليمي للزوج
**٠.٣٢٩	الدخل الشهري للأسرة
**٠.٣٠٠	متوسط الدخل الشهري للفرد فى الأسرة
**٠.١٩٤-	عدد أفراد الأسرة الذين يشتركون فى معيشة اقتصادية واحدة

\*\* علاقة معنوية عند مستوى ٠.٠١

كما وجدت علاقة إرتباطية سالبة عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين عدد أفراد الأسرة الذين  
يشتركون فى معيشة إقتصادية واحدة وبين مستوى معلومات وإتجاهات الزوجات فيما يتعلق  
بالصحة الإيجابية. أي أنه بزيادة عدد أفراد الأسرة ينخفض مستوى الحالة الصحية الإيجابية  
للزوجة، ويمكن تفسير ذلك بأنه بزيادة عدد أفراد الأسرة تزداد أعباء الزوجة ومسئولياتها وجهداها  
المبذول لرعاية أفراد أسرتها والإهتمام بهم وبالتالي لا يتوافر لديها الوقت الكافى للإطلاع  
والتتقيف والإهتمام بصحتها الإيجابية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج (Hammadeh, ٢٠١٠) والتي  
تم فيها دراسة العلاقة الإرتباطية بين مجموعة مؤشرات الصحة الإيجابية كمتغيرات  
مستقلة ومجموعة العوامل الإقتصادية والإجتماعية كمتغيرات تابعة، حيث تم إجرائها على  
عينة من السيدات المتزوجات فى محافظات مختلفة بسوريا. وقد وجدت علاقة ذات دلالة  
إحصائية بين مستوى التعليم وعمل المرأة ومستوى الحالة الصحية الإيجابية لها، كذلك وجدت  
علاقة معنوية بين مجموعة المتغيرات الإقتصادية والإجتماعية ومؤشرات الصحة الإيجابية.

## ب- العلاقة الارتباطية بين الخصائص البيولوجية للزوجة كمتغيرات مستقلة والحالة الصحية الإيجابية لها كمتغير تابع:

تشير البيانات الواردة بجدول (٨) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة عند مستوي معنوية ٠.٠١ بين كل من عمر الزوجة عند الزواج وعمرها الحالي وطولها وبين مستوى الحالة الصحية الإيجابية لها، كما وجدت علاقة ارتباطية سالبة عند مستوي معنوية ٠.٠١ بين وزن الزوجة ومؤشر كتلة جسمها وبين مستوى الحالة الصحية الإيجابية لها. ويمكن تفسير ذلك بأن لزواج المرأة في سن مبكر مخاطر عديدة حيث أن الفتاة في هذا العمر تكون غير مهية فسيولوجياً ونفسياً واجتماعياً للحمل وتكوين أسرة كما أن الزواج في هذا السن يعرض الفتاة ذاتها لمخاطر عديدة ومشاكل صحية منها عدم تكامل الهرمونات المسؤولة عن تنظيم الدورة الشهرية، انخفاض مستوى الوعي فيما يتعلق ببiod الصحة الإيجابية ومنها وسائل تنظيم الأسرة مما يؤدي إلى تكرار حدوث الحمل والإنجاب ومن ثم يكون التأثير الصحي مضاعفاً (جسدياً ونفسياً) إضافة إلى زيادة أعباء تربية الاطفال، وفي بعض الحالات فإن تأخر حدوث الحمل بسبب عدم اكتمال نمو الجهاز التناسلي يؤدي لزيادة الضغوط النفسية على الزوجة الصغيرة. وتتفق هذه النتائج مع ما وجدته Eti وآخرون (٢٠١٦) حيث أجروا دراستهم بهدف تحديد العلاقة الارتباطية بين الطول والوزن ومؤشر كتلة جسم المرأة وبين الحالة الصحية الإيجابية حيث إجريت الدراسة على عينة قوامها ٣٠٠ سيدة تم إختيارهم بطريقة عشوائية من المتردات على عيادات أمراض النساء وتراوحت أعمارهن من (١٩-٤٧ عام) بأماكن مختلفة بالهند، وقد وجدت علاقة ارتباطية موجبة وجوهرية بين زيادة الوزن ومعدل كتلة الجسم وبين العقم، عدم إنتظام الدورة الشهرية وزيادة حالات الإجهاض.

جدول (٨) العلاقة الارتباطية بين الخصائص البيولوجية للزوجة الحالة الصحية الإنجابية لها

مستوى الحالة الصحية الإنجابية	الخصائص البيولوجية
معامل الارتباط (r)	
**٠.٣٢٦	عمر الزوجة عند الزواج
**٠.٢٠٣	عمر الزوجة
**٠.٣٢٥	طول الزوجة
**٠.٣٧١-	وزن الزوجة
**٠.٥٦٨-	مؤشر كتلة الجسم للزوجة
٠.١٣٣	عمر الزوج

\*\*علاقة معنوية عند مستوى ٠.٠١

وتوضح العديد من الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين مؤشر كتلة الجسم BMI والعقم، فسواء كان هناك زيادة في الوزن (والتي يكون فيها مؤشر كتلة الجسم من ٢٥ إلى ٢٩.٩) أو نقص في الوزن (والتي يكون فيها مؤشر كتلة الجسم > ١٩) فإن ذلك يرفع معدلات الإصابة بالعقم، أما البدانة المفرطة (التي يكون مؤشر كتلة الجسم فيها < ٣٠) فيتضاعف بسببها حدوث اضطرابات التبويض مرتين أكثر (Chavarro, ٢٠٠٧)، ولاشك أن زيادة الوزن تقلل معدل الخصوبة لدى النساء بشكل أكبر من الرجال (Chavarro وأخرون، ٢٠١٠). وقد أشار (Hassan and Killick 2004) إلى أن السيدات ذوات مؤشر كتلة الجسم المنخفض (> ١٩) يحتجن وقت أطول لحدوث الحمل من غيرهن، حيث يحتجن في المتوسط ٢٩ شهر لحدوث الحمل مقارنةً بـ ٦.٨ شهر لدى ذوات مؤشر كتلة الجسم الطبيعي، ويذكر Chavarro وأخرون (٢٠١٥) أنه لا بد من توافر حد أدنى من الكتلة الدهنية في جسم المرأة للمحافظة على وظيفة المبيض ومن ثم فإن سوء التغذية المتمثل في اضطرابات تمثيل مواد الطاقة ونقص التغذية كان مرتبطاً بضعف التلقيح وزيادة نسبة العقم.

٣- العلاقة الارتباطية بين مستوى المعلومات والاتجاهات نحو الصحة الإنجابية كمتغيرات مستقلة ومستوى الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية كمتغير تابع :

جدول (٩) العلاقة الارتباطية بين كل من مستوى المعلومات والاتجاهات نحو الصحة الإنجابية ومستوى الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية

مستوى الحالة الصحية الإنجابية	البيان
معامل الارتباط (r)	
**٠.٨٥٨	مستوى المعلومات
**٠.٨٧٧	مستوى الاتجاهات

\*\* : دال عند ٠.٠١

تشير البيانات الواردة بجدول (٩) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة وجوهية عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين كل من مستوى المعلومات والاتجاهات نحو الصحة الإنجابية ومستوى الحالة الصحية الإنجابية لأفراد العينة البحثية، أى كلما ارتفع مستوى المعلومات والاتجاهات الخاصة بالصحة الإنجابية للزوجات المبحوثات كلما ارتفع مستوى الصحة الإنجابية لهن.

ويمكن تفسير ذلك بأن المعلومات والاتجاهات الخاطئة قد تؤدي إلى ممارسات خاطئة من شأنها أن تقلل من مستوى الحالة الصحية الإنجابية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة Wieseloe وآخرون (٢٠١٦) والتي أجريت في المملكة المتحدة على ١١٦ من السيدات (٦٠ من المصابات بسرطان الثدي و٥٦ كعينة ضابطة) من أجل تقييم العلاقة بين الإصابة بسرطان الثدي وكل من العادات الغذائية والمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية وأظهرت النتائج أن عوامل الخطورة للإصابة بسرطان الثدي تنخفض بطول مدة الرضاعة الطبيعية وكذلك تناول الخضروات والفاكهة.

## التوصيات:

- فى ضوء النتائج التى أسفر عنها البحث يمكن التوصل إلى التوصيات الآتية:
١. توجيه الإعلام بأهمية معالجة قضايا الصحة الإنجابية.
  ٢. سن القوانين والتشديد فى تطبيق إجراء الفحص الطبى قبل الزواج.
  ٣. تعزيز تقديم خدمات المشورة للمراهقين والشباب قبل الزواج فيما يتعلق بالصحة الإنجابية.

## المراجع

### أولاً المراجع العربية

- أحمد عبد الجواد مصطفى(٢٠٠٣): العوامل المؤثرة فى الإستفادة من خدمات صحة الأمومة فى مصر، المؤتمر الرابع والثلاثون، المركز الديموجرافى، القاهرة.
- أمل السيد عبد السلام خطاب(٢٠١٢): تأثير بعض ملوثات لبن الأم على الحالة الصحية ونمو وتطور الأطفال الرضع، رسالة ماجستير، كلية التربية النوعية، جامعة الأسكندرية.
- أمل رمزي سليمان مظر(٢٠٠٤): دراسة لاتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الانجابية.رسالة ماجستير.معهد الدراسات العليا للطفولة .جامعة عين شمس. مصر.
- إيمان أحمد ونوس (٢٠١٤): حقوق المرأة ومستوياتها الكاملة فى كافة المجالات، مجلة الحوار المتمدن، ٤٣٤١: ٢١-٤٣.
- ثريا سيد عبد الجواد وماهر عبد العال الضبع (٢٠٠٤): المعارف والإتجاهات والسلوك لدى الشباب نحو الصحة الإنجابية ومدى الإستفادة من الخدمات المقدمه منها فى مجتمعاتهم، المجلس القومى للسكان، القاهرة.
- طارق عميرة (٢٠٠٤): دراسة إحتياجات المجتمعات العشوائية من المعلومات وخدمات الصحة الإنجابية، القاهرة، المجلس القومى للسكان، الإدارة العامة للبحوث.



- عبد الحميد النور وإجلال فضل المولى: (٢٠٠٩) الصحة الإنجابية فى عمر الإنجاب والخصوبة بمدينة الفاشر ولاية شمال دارفور – السودان، مجلة السودان. مجلد ٣٣: ١٥-٣٣.
- عدلى على أبو طاحون (٢٠٠٠): حقوق المرأة، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- محمد رضا محمود البغدادى (٢٠٠٨): محو الامية الانجابية لتنمية الابعاد المتضمنة لدى ريفيات بعض قرى صعيد مصر دراسة ميدانية، مجلة كلية التربية بالفيوم، ٨: ١-٤٢.
- محمد نجيب عبد الفتاح وعزت الشيشيني (٢٠١٠): معرفة الشباب بالصحة الإنجابية، المؤتمر السادس والثلاثون، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.
- منى خليفة (٢٠١٢): تحديد مستويات الصحة الإنجابية للمرأة المصرية، المؤتمر السابع والثلاثون، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.
- منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٤): الصحة الإنجابية ، الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية السابعة والخمسون.
- هبة محمد عادل مصطفى (٢٠١٠): الأبعاد الإجتماعية والثقافية المؤثرة على الصحة الإنجابية للمرأة فى المناطق العشوائية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

### ثانياً: المراجع الأجنبية

- Al-Agamy, M.M and Rizk,I.A .** (2011):Husbands' Behavior Concerning Family Planning and Its Relation To Some Variables In A Village of Dakhlia Governorate. Journal of Agriculture. Econom.and Social Science, Mansoura Univ. 2:1085-1098.
- Chavarro , J.E., Rich, J.W., Rosner, B.A. and Willett, W.C.** (2007): Diet and lifestyle in the prevention of ovulatory disorder infertility. Obstetrics and Gynecology. 110: 1050–1058.
- Chavarro,J.E., Toth, T.L., Wright, D.L., Meeker, J.D. and Hauser, R.** (2010): Body mass index in relation to semen quality, sperm DNA integrity, and serum reproductive hormone levels among men attending an infertility clinic. Fertility and Sterility. 93:2222–2231.
- Chavarro , J.E., Gaskins, A.J. and Afeiche, M.C.** (2015): Nutrition and Ovulatory Function. In Nutrition Fertility and Human Reproductive Function; Tremellen, K., Pearce, K., Eds.; CRC Press: Boca Raton, FL, USA, p. 27.
- Dongxian, Z., Yongyi ,B.i., Jay ,E. Maddock., and Shiyue, L.i.** (2010): Sexual and Reproductive Health Knowledge Among Female College Students in Wuhan. China. Asia Pacific Journal of Public Health. 22: 118-126.
- Eti, M., Chandana, M.P., Roopkala ,B.M.and Nagarathamma, R.** (2016): Knowledge of obesity and its effects on cardiometabolic and reproductive health in women. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology .5: 143-147.
- Haque, M.I, Hossain, S. and Ahmed, K .R., et al** (2015): A Comparative Study on Knowledge about Reproductive Health among Urban and Rural Women of Bangladesh .Journal of Family & Reproductive Health. 9 :35-40.
- Hammadeh,A(2010):** Using Canonical Correlation for Determining Factors Which Have More Effect on The Reproductive Health in Syria. Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Economic and Legal Sciences Series .32:4.
- Hassan, M.A. and Killick, S.R.** (200٤): Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. evidence for the decline in male fertility with increasing age. Fertility and Sterility. 79 :1520-1527.

- Lynn, R. K. and Angeline G. C. (2011):** Consumer Behavior Knowledge for Effective Sports and Event Marketing. New York: Routledge. ISBN 978-0-415-87358-1.
- WHO (2008):** Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa: A Guide for Reporters. [www.prb.org/reports/2008/mediaguide.aspx](http://www.prb.org/reports/2008/mediaguide.aspx).
- Wielsoe, M., Gudmundsdottir, S., and Bonfeld-Jorgensen, E. C. (2016):** Reproductive history and dietary habits and breast cancer risk in Greenlandic Inuit: a case control study. *Journal of Public Health*.137:50-58.