

## المتغيرات السوسيوثقافية - اقتصاديه بيئية المؤثرة في الصحة

### الإيجابية للمرأة دراسة مقارنة بين منطقة عشوائية واخرى حضرية

نجلاء محمد أحمد عبد الرحمن (\*)

\* مقدمة:

لم يعد المفهوم الشامل للصحة معنياً بخلو الجسم من المرض فحسب ، بل و بصحته الكلية ، بمعنى السلامة البدنية و العضلية والنفسية والاجتماعية ، و ذلك في ضوء مجموعة عديدة من المؤثرات التي تؤدي دوراً كبيراً في تشكيل نوعية حياة الإنسان ، وتعكس رؤيته لذاته و للعالم بالنسبة لمفهومه عن الصحة، مثل : البيئة والقيم والعادات والتقاليد وغيرها من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والدينية والثقافية.

ويعد الحفاظ على صحة الإنسان من المقومات الأساسية للمجتمع ، فيقدر بالنظر إلى الصحة باعتبارها مطلباً أساسياً من مطالب الحياة ، بقدر ما هي ضرورة من ضرورات التنمية ، وعاملاً مهماً في إحداث التغيير في البيئة الاجتماعية في سلوك الأفراد ، ولذلك دائماً ما تستخدم السياسة الصحية مدخلاً أساسياً لاجتذاب أفراد المجتمع نحو حل المشكلة السكانية من خلال تنظيم الأسرة . ومع ذلك ، كان الاهتمام الأساسي للصحة الإنجابية مركزاً على " خصوبة المرأة " بدرجة أكبر من الجانب الآخر ، الذي يمس وظيفتها الإنجابية بمعنى " الأمراض الإنجابية " وخاصة العقم أو تأخر الحمل لدي المرأة المصرية ومدى معاناتها سواء بالنسبة لعدم توفر مرافق الخدمة الصحية الملائمة ، أو بالنسبة لتعرض جسدها لتقنيات انتهاكيه مؤلمة و ضارة بصحتها ، وربما تكرر المزيد من الأمراض الإنجابية .

مع أن مفهوم الصحة الإنجابية لا يقتصر مجاله على المرأة وحدها إنما يشمل الرجل أيضاً ، فإن الاتجاه السائد في هذا المجال كان يرى أن الجانب الأكبر منه يخص المرأة ، وخاصة فيما يتعلق بمسألة " الخصوبة " بمعنى القدرة على الإنجاب . وبالرغم من أن هذا قد يكون صحيحاً إلى حد ما ، فإنه يلقي العبء كله على كاهل المرأة ويحدد دورها وأهميتها في المجتمع في الوظيفة الإنجابية فقط ، ويساوي في ذلك بين الصحة الإنجابية للمرأة و بين جوانب أخرى لا تتعلق بصحة المرأة أو تقل عنها في الأهمية .

(\*) هذا البحث مستل من رسالة الدكتوراه الخاصة بالباحثة، وهي بعنوان: [المتغيرات الاجتماعية والثقافية وعلاقتها بالصحة الإنجابية والسلوك الإنجابي دراسة ميدانية في إحدى المناطق العشوائية بمدينة سوهاج]، تحت إشراف: أ.د. عبد الرؤوف أحمد الضبع - كلية الآداب - جامعة سوهاج & أ.م.د. وفاء محمد علي- كلية الآداب - جامعة سوهاج.

### - الصحة الإنجابية للمرأة :

هي مجموعة الوسائل والسبل والخدمات التي تساهم في الصحة العامة والسلامة الإنجابية للمرأة، وتشمل القدرة الإنجابية وحرية الخيار الإنجابي وتوقيتيه، و الأمومة الآمنة والوقاية من الأمراض الجنسية المنقولة عن طريق العلاقات الزوجية<sup>(1)</sup>. أو هي قدرة المرأة على العيش، خلال سنوات الإنجاب وما بعدها بكرامة، مع حقها في الخيار الإنجابي و إمكانية الحمل الناجح و تجنب أمراض النساء ومخاطرها<sup>(2)</sup>.

### - المرض الإنجابي:

يقصد بالأمراض الإنجابية لدي المرأة بصفة عامة الأمراض المتعلقة مباشرة بعملية الولادة ، سواء خلال فترة الحمل أو أثناء الوضع أو ما بعد الولادة ، كما تشمل أيضا بعض أنواع الأمراض ذات الصلة بالعملية الإنجابية كما يندرج تحت قائمة الأمراض الإنجابية أيضاً " العقم العرضي " ضعف الخصوبة، وهي عدم المقدرة على الحمل و الإنجاب مؤقتاً و لفترة زمنية لحين علاج أسبابه ، و التي تؤدي إلى الأمراض المنقولة جنسياً أو الانسداد الأنوبي<sup>(3)</sup> ، و العقم الدائم والمستمر الذي يعني عدم القدرة على الإنجاب مطلقاً ولا يجدي معه أي نوع من أنواع العلاج

### الصحة الإنجابية للمرأة :

تعد الصحة الإنجابية للمرأة واحدة من أهم المتطلبات المهمة و الأساسية في تحقيق التنمية البشرية والاجتماعية في المجتمع. كما تساهم بقدر كبير في تحسين الصحة لجميع أفراد المجتمع وخاصة صحة المرأة ، ليس من حيث مواجهة مشكلاتها الصحية الخاصة المتصلة بالحمل والولادة فقط ، بل وفي تأكيد دورها " الأمومي " في رعاية أسرتها وتربية أطفالها أيضاً . ولذلك فإن الاهتمام بتحسين الصحة الإنجابية للمرأة ، هو في حقيقه الأمر - بالإضافة إلى كونه مدخلاً مهماً في تحسين الصحة العامة - الطريق المباشر لفهم المشكلات الصحية التي تواجه المرأة ، و التعرف على كافة الجوانب الأخرى الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المحيطة بوضعها الإنساني لتحسين موقعها في المجتمع . وتاريخياً لم تكن قضايا المرأة بصفة عامة وصحتها الإنجابية على وجه الخصوص في موضع الاهتمام الملائم لها ، ولم ينظر إليها صانعو السياسة أو

. International Conference on Population and Development 5-13 , ca/cairo-html.www.iisd September 1994 –Cairo

(2)http://www-WHO-int/topics/reproductive health/en.

(3) Ikechebelu,et,al,High Prevalence of male Infertility in Southeastern Nigeria and Egypt,J.Obstet Gynaecol,2003:(23)P.657-59.

الانثروبولوجيون إلا في إطار " المشكلة السكانية " و ارتباطها بالخصوبة ومعدل المواليد و ما تقضي إليه من زياده السكان و انخفاض مستوى الدخل ، ولم يتغير هذا الوضع إلا في العشرين عاماً الماضية نتيجة للمساهمات التي أضافتها المبادرات الاجتماعية الدولية بالنسبة لقضايا " المساواة " و حقوق الإنسان وخاصة " تمكين المرأة " (٤) ، وتعزيزها من قبل الحكومات والتشريعات الوطنية ، ومن ثم أصبحت الصحة الإنجابية للمرأة تمثل مجالاً مهماً وواسعاً في الدراسات والأبحاث الأنثروبولوجية الطبية ، وتناولت مجموعة كبيرة من الاهتمامات مثل : مزاولة التوليد " الولادات المنزلية " و خطر موت الأمهات والأطفال ، و المعتقدات الثقافية حول الصحة والطمث والتغذية والعقم والإجهاض ومنع الحمل وسن اليأس وما إلى ذلك من قضايا تتعلق بالصحة الإنجابية للمرأة .

ويشير تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة الإنجابية للمرأة بأنها " قدرة المرأة على المعيشة ، خلال مراحل حياتها الإنجابية وما بعدها بكرامة ، وأن يكون لها حق الخيار الإنجابي ، وإمكانية الحمل الناجح ، وأن تتجنب أمراض النساء ومخاطرها (٥) ، وهو نفس المفهوم الذي أكدته وثيقه المؤتمر الدولي للسكان في القاهرة في ١٩٩٤ بوصفه " مجموعة الوسائل والسبل والخدمات التي تساهم في الصحة العامة والسلامة الإنجابية للمرأة ، و التي تشمل : القدرة الإنجابية ، و حرية الخيار الإنجابي وتوقيتته ، و الأمومة الآمنة ، و الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق العلاقات الجنسية الزوجية ، و حماية المرأة ضد العنف و التشوية الجسدي .

ويغطي هذا المفهوم كافة الجوانب الصحية الجسدية النفسية الاجتماعية ؛ لتلبية الحاجات الصحية الإنجابية للمرأة ، حيث يشير إلى الصحة الجسدية من خلال الحمل الناجح وتجنب الأمراض الإنجابية ، كما يشير إلى مفهوم الصحة النفسية و الاجتماعية ، من خلال مفهوم الكرامة ، بمعنى " الرفاهية السيكولوجية" ، وحق المرأة في الخيار الإنجابي في ما يتعلق بتوقيت و عدد مرات الإنجاب (٦).

#### مكونات الصحة الإنجابية للمرأة:

كما هو واضح من مفهوم الصحة الإنجابية للمرأة ، أنه لا يعني الخلو من الأمراض - وخاصة الأمراض الإنجابية - فقط ، إنما يشير إلي حالة إيجابية تتمتع فيها المرأة بالصحة الجيدة ، و التي لا تقتصر على مرحلة الإنجاب فقط ،

(٤) Peter J . Brown, Understanding and applying Medical Anthropology, Mayfield Publishing Co. U.S.A, 1982: p.343.

(٥) Ritu Sadana, Definition and Measurement of Reproductive Health , Bullentin of the World Health Organization 2002, 80(50)

(٦) هدى زريق ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٠٢ .

وإنما تشمل جميع مراحل حياتها التي تبدأ من الطفولة إلى ما بعد سن اليأس . وهنا ينبغي التأكيد على عنصرين مهمين في مكونات الصحة الإنجابية للمرأة، وهما القدرة على الإنجاب في إطار ممارسة حياة جنسية مرضية و مأمونة، و الأمومة الآمنة، أما باقي العناصر الأخرى فسوف يتم تناولها في مجال الحديث عن الأمراض الإنجابية.

#### 1- القدرة على الإنجاب في إطار ممارسة جنسية مرضية و مأمونة :

تمثل القدرة الإنجابية للمرأة حق أصيل من حقوقها الإنسانية التي لها علاقة مباشرة بالتنمية المجتمعية ، فعدم قدرة المرأة على الإنجاب - بالإضافة إلى ما تؤدي إليه من مشاكل نفسية تؤثر في صحتها العامة - يحد من قدرتها على المشاركة الإيجابية في تطور و إصلاح المجتمع . كما أن ممارسة الحياة الجنسية المرضية و المأمونة ، وما تقتضيه من ضرورة وجود درجة من الوعي و الثقافة الجنسية السليمة التي تتفق مع القيم والتقاليد المصرية ، هي بلا شك إحدى الدعائم الأساسية للصحة الإنجابية للمرأة .

كما يجب النظر أيضا إلى القدرة الإنجابية و حق الخيار الإنجابي ، في ضوء الرغبة القوية لدي المصريين في إنجاب الأطفال - بغض النظر عن مستوياتهم الطبقيّة - بالرغم من أنها تظهر بدرجة أكبر بين الفقراء والطبقات الدنيا في الريف والحضر . فمع اللامعيارية و الاغتراب ينظر المصريون دائما إلي أطفالهم باعتبارهم تعويضاً عن كل ما يفتقرون إليه في حياتهم الصعبة و اليائسة ، و هو ما يجعل الأزواج في هذه البيئة يمارسون ضغطاً شديداً علي زوجاتهم للإكثار من إنجاب الأولاد . بالإضافة إلي أنه في غياب نظام الضمان الاجتماعي ؛ فإن كبار السن يعتمدون اعتماداً كلياً من الناحية الاقتصادية علي أولادهم<sup>(٧)</sup> . هذا من ناحية ، و من ناحية أخرى كان اهتمام برامج تنظيم الأسرة ينصب أساساً علي التحكم في عدد السكان ، من خلال ترويج استخدام تقنيات مدعومة لمنع الحمل في الأسرة المصرية ، مستهدفة المرأة فقط ، و متجاهلة الاعتقاد بأن المرأة ليست " صانعة الأطفال " طبقاً لنظرية الإنجاب أحادية الجينات الموجودة بين المصريين من الطبقات الفقيرة ، و كان يجب أن توجه هذه البرامج نحو الرجال و تشجيعهم علي استخدام موانع الحمل الذكورية ، و مواجهه الاعتقاد " الأبوي " بسلطة الرجال في مجال الإنجاب ، و التناقض في التجني علي المرأة بالإخفاق في الإنجاب و لذلك فقد أخطأت الهدف في إقناع المصريين بحرية الخيار الإنجابي و في تنظيم الحمل.<sup>(٨)</sup>

(٧) Willem Ombelet,et,al,Infertility and the Provision of Infertility Medical Services In Developing Countries,Human Reproduction Update,2008:V(14),N(6), P.605 .

(8) Marcia C.Inhorn,Quest for Conception,OP.Cit,P.25-26.

## الأمومة الآمنة :

تعد ولادة الطفل من أعظم أحداث الحياة في أي ثقافة، بيد أن هناك احتمالات كبيرة - تتسم بها بعض المجتمعات - لموت الأم أو الطفل أو كليهما أو تعرضهما للإصابة بأمراض خطيرة، ذلك بسبب عدم حصول المرأة على الرعاية التوليدية الأساسية. ويختلف الأمر بين الدول المتقدمة و الدول النامية في هذا الصدد حيث تشير بعض الإحصاءات إلى أن هناك حوالي نصف مليون حالة وفيات للأمهات سنوياً في البلاد النامية، ٨.١ مليون رضيع يموتون كل عام تلتهم في الشهر الأول، والنسبة الأكبر منهم تموت بعد الولادة مباشرة<sup>(٩)</sup>؛ وذلك بسبب مشاكل الحمل والولادة التي تصيب من ينجو منها من الموت بأضرار جسمية قد تصاحبه مدى الحياة. كما تشير الإحصاءات أيضاً إلي أن معدل وفيات الأم في الدول المتقدمة يتراوح ما بين ٨ - ٢٨ لكل مائة ألف حالة حمل ، في حين تبلغ النسبة في مصر ١٧٢ لكل مائة ألف حالة<sup>(١٠)</sup>.

هذا وقد أُنِيق مفهوم " الأمومة الآمنة " عن مبادئ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان- الرعاية الخاصة بالأمومة و الطفولة - و ما أعقبه في العديد من المؤتمرات الدولية لتقرير صحة الأم و الطفل. وبالرغم من أن مفهوم الأمومة الآمنة أُستهدف في البداية معالجة و تدارك ما كان منسوباً إليه من تجاهل الأمهات لصالح الأطفال ، و يقدر ما تطور هذا المفهوم خلال السنوات التالية ، فقد ظل ضيقاً إلي حد ما ، و أُنِسم بعدم الشمولية في تعريفه الواسع لصحة و رفاهية المرأة . و أنصب تركيزه الأساسي علي الحد من وفيات الأمهات الناتجة عن الولادة غير الآمنة و عن الإجهاض ، متجاهلاً الكثير من الاحتياجات الصحية الماسة و الفعلية للأمهات ، و هو ما تداركته منظمة الصحة العالمية و المؤسسات الوطنية المعنية بعد ذلك، و التي وسعت في مجال الأمومة الآمنة ، و ضمنت تعريفها جميع مراحل حياة المرأة وجميع الأمراض و المصاعب التي تواجهها في إعلانها لوثيقة الأم و الطفل .

و مما لا شك فيه أن المتاعب الاجتماعية و النفسية و البدنية المترتبة علي الإخفاق في إدراك الأمومة الآمنة تعد إحدى المشكلات الصحية الرئيسية للمرأة في مصر ، حينما تشعر بالخوف من التبعات التالية للزواج و حتي بعد ولادة الطفل الأول ، فالأمومة هي " حتمية ثقافية " بالنسبة للمرأة المصرية تستخدم و تقيم علي أساس القوة و السلطة ، و لا سيما بالنسبة للمرأة التي تنقر إلي التعليم و لمهارات التوظيف، كما أن فشلها في أن تصبح أمماً أو في إنجاب العدد الكافي من

(٩) دلال محمد خليل ، صحة المرأة الإنجابية وتأثير ذلك على معدل وفيات الأمهات ، من أوراق المؤتمر القومي الثالث للمرأة، مارس ١٩٩٨ ، المنوفية ، ص ١٦٣.

(١٠) كوثر عامر ، الصحة الإنجابية ، من أوراق المؤتمر القومي الثالث للمرأة ، مارس ١٩٩٨ ، المنوفية ، ص ٢٢.

الأطفال لزوجها يمثل واقعاً مؤلماً بالنسبة لها<sup>(11)</sup>، و من ثم يحمل في طياته مفاهيماً ثقافية أساسية تفسر الأنماط و الاختلافات السلوكية بين النساء .

#### الأمراض الإنجابية للمرأة وخياراتها العلاجية :

لم تحظ تصورات وسلوك المرأة ، فيما يتعلق بأمراضها الإنجابية ، بالاهتمام الكافي من جانب الباحثين في مجال الاجتماع أو الأنثروبولوجيا الطبية ، باعتبار أن هذه المشكلات الإنجابية تمثل ضغوطاً اجتماعية وثقافية في شكل أدوار الأمومة و الولادة المتعلقة بالعملية الإنجابية و المرتبطة بالمفاهيم الثقافية للسلوك الأمومي والأنثوي<sup>(12)</sup>.

والجسم الفيزيقي للمرأة ليس هو وحدة المعنى بمفهوم الأمراض الإنجابية، وإنما المرأة نفسها تساهم في صنع هذا المفهوم ، من خلال تطوراتها وسلوكها الإنجابي داخل الوسط الاجتماعي والثقافي الذي تعيش فيه ، وسواء كان هذا التصور يتفق مع الأعراض الطبية للمرض أم لا ، و سواء كانت خياراتها العلاجية متلائمة مع المفاهيم العلمية لعلاج المرض أم لا ، بمعنى أن أسلوب المرأة في التعايش مع المرض وطريقتها في التعبير عنه " إنثروبولوجية المرض " هما اللذان يعبران عن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية و الثقافية التي تحدد تصورهما للأمراض الإنجابية ، و تعكسان الممارسات و المعتقدات التي تحدد خياراتها للأنماط العلاجية .

#### ١- الأمراض الإنجابية لدى المرأة :

تنطوي الأمراض الإنجابية للمرأة علي جميع الأمراض المتعلقة بالحمل و الولادة، في خلال فترة الحمل و أثناء الولادة و ما بعدها، و كذلك جميع أمراض النساء بالإضافة إلى الأمراض الأخرى ذات الصلة بالأمراض الإنجابية. و تمثل الأمراض الإنجابية عبئاً ثقيلاً على المرأة المصرية، حيث تتحمل وحدها آثارها ونتائج بسبب البيئة الاجتماعية - الاقتصادية والعوامل الثقافية السائدة في المجتمع المصري.

و تتحدد الأمراض الإنجابية للمرأة في ضوء ثلاثة محددات أساسية هي :  
العوامل المباشرة التي ترتبط بيولوجياً بالمرض الإنجابي ، والعوامل المرتبطة بالسياق الاجتماعي للمرض ( الشخصية و الأسرية و المجتمعية ) ، و العوامل المهنية للمرض الإنجابي ، مثل : سوء التغذية و القابلية للعدوي و التلوث<sup>(13)</sup> .  
و علي ذلك يمكن تقسيم الأمراض الإنجابية للمرأة في فئتين: الأمراض المتعلقة بالحمل و الولادة، و الأمراض الإنجابية الأخرى ذات الصلة.

(11) Marcia C.Inhorn,Quest for Conception,OP.Cit,P.349.

(12) Marcia C.Inhorn,Quest for Conception,OP.Cit,P26.

(13) هدي زريق ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٠٤ .

(أ) العقم :

بداية هل يمكن النظر إلى عقم المرأة المصرية باعتباره مرض إنجابي في حد ذاته ، أم أنه نتيجة لأمراض إنجابية أخرى أو الأمراض ذات الصلة ، الحقيقة أن العقم هو حالة مرضية إنجابية أو نوع من أنواع الأمراض الإنجابية التي تصيب المرأة ، سواء أكان عقمًا عرضياً أو عقمًا نهائياً متواصلًا ، وبغض النظر عن العوامل المسببة له ، سواء أكانت عوامل بيولوجية وراثية ، أو نتيجة لبعض الأمراض النسائية المؤثرة في خصوبة المرأة ، أو بسبب الأمراض الاجتماعية الأخرى التي تنجم عن الفقر والتراصف الطبقي ضيق المسكن وسوء التغذية والبدانة ، أو الزواج المبكر وتعدد الزوجات ، أو الاتجاهات الثقافية السلبية لدى المرأة ، أو بسبب هجرة الأزواج للعمل في الخارج<sup>(١٤)</sup> .

(ب) أمراض النساء :

هي مجموعة الأمراض المتعلقة بالصحة الإنجابية للمرأة بطريقة مباشرة، مثل أمراض الجهاز التناسلي و أمراض الرحم و انقطاع الطمث و الإجهاض المبكر ، أو الأمراض ذات الصلة ، ولعل أخطر ما في هذه الأمراض هي الأمراض المنقولة جنسياً عن طريق العلاقة الزوجية بين الرجل و المرأة. و بافتراض المعايير الثقافية الصارمة بالنسبة للفتاة المصرية قبل الزواج و التربية الدينية المبنية على احترام و قدسية الحياة الزوجية ، فإن احتمال أن تكون المرأة مصدراً لنقل الأمراض الجنسية هو احتمال بعيد ، و الاحتمال الأكبر هو انتقال العدوى من الأزواج نتيجة للآثار السلبية للهجرة للعمل في الخارج لفترات طويلة، و تسبب العقم للمرأة " الزوجة " ، و هي لا تدري ، و مع ذلك تتحمل مسؤولية عقمها<sup>(١٥)</sup> .

ختان الإناث:

بالرغم مما يشاع من أن ختان الإناث عادة مصرية قديمة ، في الواقع أن جذورها لم تنبت في مصر ، إنما انتقلت إليها من الحبشة ، و تم ممارستها في مصر سنة مئة قبل الميلاد أي قبل ظهور الأديان السماوية ، وتوارثت الأجيال عبر القرون ، ومازالت تمارس في مصر حتى الآن وخاصة في الريف المصري و أستمرت لتصبح عبئاً على الإنسانية و إنتهاكاً لحقوق الأنسان .

(14) Bambra CS.,Current Status of Reproductive Behaviour in Africa, Human Reprod.Update, 1999 (5), P.10- 20 .

(15) Marcia C.Inhorn, et,al,Infertility Infection and Latrogenesis in Egypt:The Anthropological Epidemilogy of Blocked Tubes,Med,Anthro.1993(15) P.1-28.

وختان الإناث أو " ظهور الإناث " هو عملية استئصال جزئي أو كلي للأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى لأسباب غير طبية<sup>(16)</sup> ، و لطالما تصدت الأوساط الطبية و الاجتماعية في مصر لهذه العادة البشعة، و ألفت الضوء على مدي خطورتها وما ينجم عنها من أضرار صحية نفسية و اجتماعية ، و بالرغم من ذلك مازال تمارس لكونها مرتبطة بأعراف و عادات و تقاليد متوارثة و خاطئة من جميع جوانبها الدينية و الثقافية ، و دون أي دليل ديني على مشروعيتها .

ومع أنه من المؤكد أن هذه الظاهرة تبدأ في الانقراض مع تقدم درجة الوعي الصحي للمجتمع ، فما زال الأمر مطروحاً على جميع المستويات المعنية بالصحة الإنجابية للمرأة لما تمثله من خطورة بالغة ، خاصة أن هذا الإجراء تقوم به في كثير من الأحوال المولدات أو النساء العجائز القرويات و اللاتي غالباً ما تكون معرفتهن محدودة بمبادئ تعقيم و تطهير الأدوات المستخدمة فيه ، و بالمفاهيم الأساسية للتشريح<sup>(17)</sup> ، بالإضافة إلى ما يترتب عليه من مضاعفات مباشرة و على المدى البعيد ، و التي تؤثر بشكل شديد في الصحة الإنجابية للمرأة، و التي تشمل النزيف ، و تعفن الدم ، و الالتهابات المهبلية ، و عسر الطمث آلام المخاض المكبوت و العقم احتمالات الوفاة<sup>(18)</sup> ، بالإضافة إلى الآثار النفسية التي قد تصيب الفتاة التي يصعب التخلص منها .

#### الانتهاك التكنولوجي لجسد المرأة :

نادراً ما تتجنب أي امرأة مصابة بالعمق من إخضاع جسدها للانتهاك التكنولوجي في سعيها للعلاج ، حيث يتحول الجسم البشري إلي موضع للسيطرة من خلال " تكنولوجيا الجسد " تحت الإكراه و التحكم و الاستسلام ، حينما تضطر المرأة لتعريض جسدها لانتهاك حرمة طوعياً و جراحياً و مهلبياً ، من خلال ممارسات صارخة مثل الصدمة الكهربائية لعنق الرحم و توسيع و كحت الرحم ، و النفخ الأمبوبي .

و بالرغم من أن هذه الإجراءات لم يثبت جدواها في معظم الحالات ، بل و قد تسبب العمق في حد ذاتها<sup>(19)</sup> ، فإن الظروف النفسية و الاجتماعية للمرأة المصابة بالعمق تهينها للاعتقاد في فاعلية هذه الوسائل . و هنا يثار التساؤل : إذا لم تخضع المرأة المصرية بالعمق لهذه الإجراءات الإنتهاكية ، فإين يمكن لها أن تلجأ

(16)WHO.World Health Assembly, Femal Genital Mutilation (FGM):May2008.

(17) Davis G,et,al," Female Circumcision:The Prevalence and Nature of the Ritual in Eritrea" Mil-Med.1999(164):P.11-16 .

(18) Obermeyer CM, " The Consequences of Female Cricumcision for Health and Sexuality :an Update on the Evidence , Cult Health Sex 2005 (7), p.453-458.

(19) Marcia C.Inhorn,Quest for Conception,OP.Cit,P.6-302.

طلباً للعلاج الآمن؟ و قد يري البعض أن الإجابة عن هذا التساؤل تكمن في استخدام التكنولوجيات الحديثة مثل التلقيح الصناعي أو إخصاب الأنابيب ، و هو ما قد يثير بالتالي إشكاليات ثقافية و دينية حول هذا النمط من الحمل .  
خيارات المرأة المصرية في معالجة الأمراض الإنجابية :

تنعكس العوامل الاجتماعية و الثقافية في حياة و واقع المرأة المصرية في تصورها لأعضائها الإنجابية و تشكل مفهومها للمرض الإنجابي، و تحدد سلوكها و اتجاهاتها نحو الخيارات العلاجية. ففي إطار ثقافة مجتمعية تقدر الإنجاب و تحدد مكانة المرأة داخل المجتمع و تربط وجودها بوظيفتها الإنجابية ، تتشكل معرفتها النسائية و تصوراتها . فعندما تتخيل رحم المرأة في صورة بيت الولد أو في صورة عش يحتوي مجموعة من البيض تخرج منه كل بيضة للوجود بمشيئة الله سبحانه و تعالى<sup>(٢٠)</sup> ، فهي تستخدم تخيلات خلاقة تحول اللغة الاصطلاحية للطب الحيوي إلي مفاهيم تضيء معني أعظم للخبرة الحياتية للمرأة، و تبرز من خلالها موقفها و موقف المجتمع من الخصوبة و العقم<sup>(٢١)</sup>.

و غالباً ما تبدأ تطورات المرأة في تفسير سببية المرض الإنجابي بالحكمة الإلهية، و يفسر في مخيلتها وجود مرض يربط بين جسمها و علاقتها الاجتماعية و الخضوع للقدرة و المشيئة الإلهية. كما قد تتضمن هذه التصورات أسباباً " فوق الطبيعية " خارجية المنشأ، خفية و غامضة كالسحر و الحسد و العمل، و تحرك خيارها نحو العلاج الديني، و ما يتضمنه من أنماط حقيقية و رمزية، و زيارة الأماكن المقدسة و أضرحة الأولياء التماساً للبركة و الشفاء. كما قد تتضمن أيضاً أسباباً " طبيعية " طبية المنشأ تؤدي إلي تعطل بعض أعضاء جسمها الإنجابية ، و يتحرك خيارها العلاجي نحو وسائل الطب الحيوي أو الطب الشعبي<sup>(٢٢)</sup> . وهي تفعل ذلك في كل الأحوال من منطلق وازع إيماني لديها بأن الله سبحانه و تعالى خلق الداء و خلق الدواء " الوسيلة العلاجية لأي مرض " ، و من ثم يتحتم عليها مواصلة السعي نحو الشفاء حتى استنفاد جميع الإمكانيات العلاجية المتاحة ، و التوقف عن ذلك ، إنما يعني في الحقيقة شك في حكمة الله و في قدرته عز و جل على الأنعام بالشفاء و بالأطفال على من يشاء و قتما يشاء .

و في كثير من الأحيان تكون المرأة المصرية أكثر ميلاً لتحمل و تقبل مسئولية مرضها الإنجابي ، إستناداً إلي تصورها في وجود خلل في أعضاءها الإنجابية فتلجأ إلي نموذج الطب الحيوي لإصلاح هذا الخلل ، من خلال تقنيات

(٢٠) رحمة بورقيبة ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢٠ .

(21) Marcia C. Inhorn, Quest for Conception, OP. Cit, P.255.

(22) Early, Evelyn A, Fertility and Fate: Medical Practices Among Baladi Women of Cairo , Bloomington: Indiana , University Press, 1993: P.102 .

متخصصة تقنياً ومكلفة ، وتعرض أعضاء من جسمها للانتهاك و الألم الشديد<sup>(23)</sup>، غير أن ما ينطوي عليه نموذج الطب الحيوي من عوائق ، تحول دون وصول وانتفاع المرأة من الطبقة الدنيا إجتماعياً و إقتصادياً من خدماته ، ونظراً لما يتسم به من علاقات القوة غير المتماثلة بين الطبيب والمرأة المريضة ، وهو ما يحبط احترامها لذاتها ، بالإضافة إلى تعزيزه لوسائل علاجية تحمل في طياتها إجراءات انتهاكية لا أساس لها من ناحية الطب الحيوي ، وهو الأمر الذي يهين المرأة المصرية للسعى للعلاج في مجال الطب الشعبي وقبول احتمالات باعتبارها خياراً علاجياً .

و يمارس الطب الشعبي بشكل فعال بين النساء المصريات في الريف وفي بعض الأماكن الحضرية ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي الأقل. ويعمل المتخصصون فيه كمكونات أساسية ومؤيدة للمعتقدات والمعارف النسائية ، بالرغم من تباين فهمهم وتفسيرهم لسببية الأمراض الإنجابية . وفي مصر يوجد خمسة أنماط من المعالجين الشعبيين في مجال أمراض النساء الإنجابية وهم : النساء العجائز- والقابلات - والعطارين " العشابون " - والمنجمون المشايخ ورجال الدين . وتتنحصر معتقداتهم في سببية الأمراض الإنجابية في : الرطوبة " البلبل " - أو الظهر المفتوح - أو " الكبسة " أو الصدمة - أو الالتهابات المهبلية و هبوط الرحم - أو الاعتقاد بوجود قرين تحت الأرض والحسد والعمل وما إلى ذلك ، كما تنطوي وسائلهم العلاجية على بعض الأنماط العامية مثل : كاسات الهواء - وطقوس الكبسة و الخضة - أو بعض الأعشاب الدوائية - والتنبؤ بالأعمال السحرية لإبطالها ، وطقوس الزار و التشفع والتواصل بالأدعية والتمايم والأحجبة ، وزيارة الأضرحة والأولياء الصالحين .

المتغيرات السوسيوثقافية - اقتصادية - بيئية المؤثرة في الصحة الإنجابية للمرأة :

لقد انعكست التحولات والتغيرات الكبيرة و المتعددة في نوعية الحياة في المجتمع المصري على حياة وواقع المرأة المصرية، سواء على مستوى الأسرة كوحدة في البناء الاجتماعي، أو على المستوى الفردي باعتبار المرأة كياناً حقيقياً مستقلاً. وتمثلت أهم هذه التغيرات والتحولات في السياسات الاجتماعية والاقتصادية ، والتشريعات المدنية والاجتماعية التي تناولت قضايا المرأة المصرية ، فيما يتعلق بتوفير التعليم الأساسي لها ومحو أميتها ودخولها سوق العمل العام والخاص ، بالإضافة إلى التغيرات الثقافية التي حدثت نتيجة تطور وسائل الإعلام والاتصال الجماهيري وما حملته من أفكار جديدة حول مكانة المرأة ودورها في المجتمع ، وما طرحته من مفاهيم ومقاولات جديدة في مجال

(23) Renaud Marc , On the Structural Constraints to State Intervention in Health , IN:The Cultural Crisis of Modern Medicine , New york Monthly review Press , 1978:P.101 .

حقوق المرأة بالنسبة لتمكينها ، وعدم التمييز ضدها وحمايتها من ممارسة العنف والانتهاك الجسدي ، وترسيخ فرص المساواة والتكافؤ بما يحفظ حقها وكرامتها وتنميته قدراتها للمشاركة في بناء مجتمع إنساني متوازن<sup>(٢٤)</sup> .  
ومن ثم ، فإن المرأة المصرية تواجه اليوم نتائج هذه التغيرات ، و التي قد تحمل في طياتها انعكاسات سلبية أو إيجابية على صحتها الإنجابية وعلى سلوكها الإنجابي ، أي أنها قد تساعد على قدرتها الإنجابية وتدعم حقها فيه الخيار الإنجابي ، أو قد تكرر المزيد من عوامل الخطر على صحتها في المراحل المبكرة من الحمل أو انتكاسات ما بعد الحمل والولادة أو إصابتها بالعقم ، وتطرح بالتالي هذا التساؤل : هل أدت هذه التغيرات فعلاً إلى تحرير المرأة المصرية وتمكينها وتحسين موقعها وقدرتها داخل المجتمع ؟ أم أنها زادت من حدة معاناتها وتكريس موقعها الهامشي في المجتمع ؟ وهو الأمر الذي ينبغي معه دراسة هذه التحولات من منطلق شمولي لرصد الارتباطات والتأثيرات على جميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية على الصحة الإنجابية للمرأة .  
و هو ما سوف تتناوله الباحثة كما يلي:

#### ١- تأثير التغيرات السوسيوثقافية :

يقصد بالتغيرات السوسيوثقافية هنا التغير في الأفكار و المعتقدات و التصورات و القيم والعادات والرموز التي تتحكم في وضع المرأة في المجتمع ، و المرتبطة بالصحة الإنجابية ، والمؤثرة في وعيها وسلوكها الإنجابي ، و التي تحدد أهدافها وطموحاتها ومكانتها في المجتمع .  
(أ) المكانة الاجتماعية للمرأة :

لقد حددت معظم المجتمعات البشرية ، بغض النظر عن اختلاف مستوياتها من حيث درجة النمو أو التعقيد ، أدواراً معينة للرجل وأخرى للمرأة ، تمكن الرجل من خلالها وبفعل عمليات اجتماعية وبسبب مسؤوليته عن الإعالة وتحمل المخاطر ، من احتكار السلطة والسيطرة في النظام الأسري ، وتراجعت بالمقابل مكانة المرأة بسبب دورها الأنثوي وحاجتها التقليدية إلى كفالة المعيل .  
وعلى الرغم من أن هذا الوضع قد تعرض لتغيرات اجتماعية في بنية الأسرة خلال العقد الأخير من القرن الماضي، والتي أثرت إيجابياً في مكانة المرأة وفي تحسين وضعها الاجتماعي نتيجة التطور العمراني وزيادة فرصتها في التعليم وتنمية قدراتها ومهاراتها و اندماجها في سوق العمل ، فإنها لم تستطع التحرر من عبء التقاليد الموروثة التي تربط مكانة المرأة بدورها الأمومي كزوجة وأم، و تقرنها بقدراتها أو عدم قدرتها على الإنجاب "الخصوبة والعقم" ، وكلاهما موجود ويشكلان علاقة عكسية في مكانة المرأة المصرية . فعقم المرأة ومعاناتها

(٢٤) نجلاء محمد عاطف، تأثير الأبعاد الاجتماعية و الثقافية علي الصحة الإنجابية للمرأة المصرية: دراسة ميدانية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، دار المنظومة، ٢٠٠٩، ص ٤٠٨ .

وتأثيره على وضعها في المجتمع يلقي الضوء على أهمية الخصوبة كقيمة اجتماعية تنعكس في مكانة المرأة المنجبة ، وتعكس في الوقت نفسه نظرة المجتمع الإيجابية للعملية الإنجابية التي تصل إلى حد القداسة ، وتفسر أيضاً ثقافة المرأة المصرية حول مفاهيم الخصوبة وممارسة الخيار الإيجابي، ومعتقداتها حول أهمية الأمومة و الأطفال وكل ما يتعلق بجسمها وعملياته الإنجابية أيضاً.<sup>(٢٥)</sup> وأن معدل الخصوبة الحيوية يتأثر بالقدرة البيولوجية على الإنجاب أثناء فترة الزواج ، أما الخصوبة المتمثلة في عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة ، فهي تتأثر بمعدل الأطفال الفعلي الذي يتأثر بعد الزيجات وعدد مرات الزواج وسن الزواج و فتره استمراريته، وعدم وجود موانع صناعيه تحول دون إنجاب الأطفال<sup>(٢٦)</sup>.

وبالمقابل ، فإن خصوبة المرأة ، وما يضيفي المجتمع من قيمة ومكانة و سلطة وقوة للمرأة المنجبة في الأسرة المصرية ، ينعكس في تصور المرأة للعقم وعدم الإنجاب بوصفه فراغاً في الجسم يؤدي إلي الشعور بالفراغ الاجتماعي الذي يعزلها عن الإحساس بذاتها كسجد أنثوي خصب - وخاصة في ثقافة المجتمعات التي تعرف الأنوثة من خلال الأمومة - وما يترتب عليه من انعزال الاجتماعي داخل المحيط الذي تعيش فيه الأسرة والعائلة و الأقارب وجيران ، ويعكس في الوقت نفسه أيضاً نظرة المجتمع السلبية لها باعتبارها امرأة عديمة الفائدة و مخيبة لآمال زوجها وعائلته في إنجاب ذرية ، حيث ينتهي به الأمر إلى الإهمال وعدم استقرار الحياة الزوجية ، و العنف المنزلي ، والانفصال ، أو الرضوخ لوجود زوجة أخرى بالإضافة إلى وصمها بالمرأة العقيم .

#### لقيم والعادات السلوكية المؤثرة في الصحة الإنجابية للمرأة :

على الرغم من العديد من النتائج الإيجابية لتحسين الصحة الإنجابية من خلال التحول إلى أنماط صحية أفضل في حياه المرأة ، وما ترتب عليها من تحسين في مستوى صحتها بشكل عام و تحسين صحة الطفل ، و انخفاض معدل وفيات الأمهات والأطفال ، والتغلب على معظم التهديدات الرئيسية للصحة ، فإن المرأة قد تتعرض أيضاً لأخطار صحية شديدة نتيجة للتغير في نوعية حياتها وممارسة بعض العادات والسلوكيات التي تمثل تهديداً لصحتها الإنجابية وصحة أطفالها . وذلك بفعل ما أحدثته المساواة في النوع و خروج المرأة للعمل وتقلدها بعض الوظائف المرهقة ذهنياً أو بدنياً ، و امتداد ساعات بقائها في العمل لفترات طويلة تبعاً للاختلاف في أنماط الحياة ، وهو الأمر الذي ترتب عليه تغير في

(٢٥) نجلاء محمد عاطف، تأثير الأبعاد الاجتماعية و الثقافية علي الصحة الإنجابية للمرأة المصرية: دراسة ميدانية، مرجع سابق، ص ٤٠٩ .

(٢٦) محجوب عطيه ، أساسيات علم السكان ، منشورات الجامعة المفتوحة ، طرابلس ، ط ١ ، ١٩٩٧ ، ص ٥٥ .

الأنماط الغذائية حيث أصبحت تعتمد بشكل كبير على الوجبات الغذائية السريعة والجاهزة الغنية بالدهون والشحوم والنشويات وعدم الاهتمام بتناول الخضروات والفواكه والمواد الغذائية الغنية بالبروتينات ، وهو ما يعرضها لأخطار السمنة والبدانة ، بالإضافة إلى انتشار ظاهرة التدخين وتناول المواد المهدئة بين النساء خاصة العاملات منهن للتغلب على إرهاق العمل . وهذه كلها تمثل عوامل سلبية، تشكل خطراً على الصحة الإيجابية للمرأة وعلى تطور ونمو أطفالها و تأخر البلوغ عند الفتيات، كما يسبب لها العديد من الأمراض الإيجابية التي تبدأ من الرحم، فضلاً عن وتأثيرها السلبي على العمر المتوقع للمرأة حين الولادة. معظم هذه السلوكيات لا ينبع عن اختيار فردي إرادي واع ، إنما هي شكل من أشكال التكيف مع التوتر والقلق المزمن الذي ينشأ نتيجة طبيعة العمل أو بسبب ظروف وأحداث سلبية في حياة المرأة أو عدم وجود الدعم الأسرى والاجتماعي .

وهكذا فإن هناك نسبة كبيرة من النساء تباشر الحمل في وجود مسبق " قبل الحمل " لهذه الأخطار الصحية ، كما أن محاولة الحد من هذه الأخطار قد لا يتحقق في المرحلة المبكرة للحمل ، وقد يؤدي إلى انتكاسات خطيرة في ما بعد الحمل (٢٧) .

#### أثير التغييرات الاقتصادية والبيئية :

إن الفقر وتدني المستوى الاقتصادي، و التفاوت الاجتماعي، بالإضافة إلى مشكلات البيئة الاجتماعية، تعد من أكثر العوامل المؤثرة سلبياً في صحة المرأة على امتداد حياتها الإيجابية.

بالرغم من أن دور تنظيم الأسرة في الحد من مستوى الفقر - باعتباره مشكلة ترتبط بقضايا السكان والنمو السكاني - وذلك من خلال تخفيض معدلات خصوبة المرأة وتعزيز صحتها الإيجابية وممارسة حقها في ممارسة الخيار الإيجابي بتشجيعها على استخدام التقنيات الحديثة لمنع الحمل ، هو دور ليس مبالغ فيه، لكنه يرتبط في المقام الأول بتحسين صحة الطفل وتعزيز فرص بقائه على قيد الحياة ، فالمرأة دائماً لا تميل إلى تخفيض معدل خصوبتها ما لم يتحقق هذا الشرط .

كما أن التفاوت والحرمان الاجتماعي بين أوساط الفقراء والمهمشين هما عتبه الفقر المطلق ، سواء على المستوى الفردي " التعليم والطبقة الاجتماعية والدخل ونوعية السكن " أو على مستوى البيئة الاجتماعية خاصة وسط التجمعات العشوائية بفعل تزايد الهجرة الداخلية من الريف و المناطق الحضرية الأشد فقراً

(27) Shahul H, et,al,Overcoming Social and Health Inequalities Among U.S Women of Reproductive Age – Challenges to the Nation's Health in the 21 Century , Health policy , 2009 (90) , P . 146-205.

إلى ضواحي المدن ، و التي تتسم بعدم التكامل الاجتماعي وانعدام الثقة والتعاون و المساعدة بين أفرادها ، يمكن أن تؤدي إلى الاستبعاد الاجتماعي وبالتالي فهي تؤثر تأثيراً شديداً على الصحة الإنجابية للمرأة وتعرضها للكثير من الأمراض الإنجابية والاضطرابات النفسية أو الوفاة نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية و أنماط الحياة الضارة خلال فترة الحمل و الولادة أو خلال مرحلة البلوغ . هذا بالإضافة إلى احتمال تعرض المرأة لتنتائج صحية سيئة - بدافع الحرص على السلامة الشخصية واستخدام وسائل ترفيهية غير ملائمة - أو المكوث فترات طويلة أمام " التلفاز " وما يترتب على ذلك من البقاء داخل المنزل ، مما يعرضها لأخطار السمنة وأمراض القلب وبالتالي يؤثر علي صحتها الإنجابية<sup>(٢٨)</sup>.

وهناك أيضاً تأثير بيئي سلبي على الصحة الإنجابية للمرأة ، بسبب دخول أنواع كثيرة ومتعددة من المواد الكيميائية بعضها من " الدوكسين " والتي تستخدم تجارياً ، تطوق كل الجوانب الحياتية للمرأة بزعم أنها مواد تعزز أسلوب المعيشة و نوعية الحياة ، مثل الكيماويات المضافة للمنظفات المنزلية ، وأدوات تجميل السيدات ، والكيماويات التي تضاف لمواد اللصق والطلاء والأحبار ، والأصبغ والمواد الحافظة المضافة لبعض المواد الغذائية المعلبة ، وجميعها بمثابة سموم تؤثر في الصحة الإنجابية للمرأة في خصوصيتها وتسبب لها بعض الأمراض مثل التهابات الرحم وسرطان المبايض فضلاً عما قد يترتب على الاستمرار في استعمالها من عيوب خلقية في المواليد .

يضاف إلى ذلك الآثار البيئية المدمرة للتدخين على الصحة الإنجابية للمرأة سواء أكانت المرأة نفسها تمارس التدخين أو تعيش في محيط وبيئة من المدخنين ، حيث يكون الحمل بالنسبة لها أكثر صعوبة ، علاوة على ذلك ما قد ينتج عن آثار التدخين من مضاعفات الحمل والولادة مثل العمليات القيصرية أو الولادة المبكرة وما يترتب عليها من انخفاض وزن المولود وتعرضها لاحتمال الوفاة ، كما يؤدي أيضاً إلى إصابة المرأة بالعقم . ولذلك فأن انسحاب المرأة من التدخين أو محيط التدخين هو خيار صحي للأم والجنين أيضاً.

ثانياً: الدراسات التي تناولت الصحة الإنجابية:

هناك العديد من الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع الصحة الإنجابية للمرأة المصرية في الريف والحضر ، و المرأة العربية ، و التي تتميز بتنوع و ثراء موضوعاتها ، فمنها ما تناول موضوع الصحة الإنجابية للمرأة من حيث الخصوبة ، و الممارسات الشعبية المتعلقة بها ، ومنها ما تناول صحة المرأة الإنجابية من خلال الأمراض الإنجابية التي تتعرض لها المرأة خلال مراحل

(28) Whitaker R.C,et,al, Prediciting Obesity in Young Adulthood From Childhood and Parental Obesity , New England J. of Medicine, 1997 : (337) ,P. 869-873

الحمل والولادة ، أو من حيث العلاقة بين الإنجاب والثقافة النسائية ، التصورات والسلوكيات والطقوس الإنجابية ، ومنها ما ركز على حالة " العقم " لدى المرأة المصرية ومدى معاناتها وتعرضها للانتهاك الجسدي خلال رحلة العلاج لطلب الحمل، أو تلك التي ركزت على العوامل المرتبطة بنوعية حياة المرأة في سن الإنجاب خلال السنة الأولى بعد الولادة.

١- دراسة مارثا انهورن<sup>(٢٩)</sup> :

هي دراسة ميدانية وتعد من أهم الدراسات الأنثروبولوجية في مجال الصحة الإنجابية للمرأة المصرية وقد أجرتها الباحثة - وهي أمريكية الجنسية - وقدمتها باللغة الإنجليزية ، وذلك خلال خمسة عشر شهراً من أكتوبر ١٩٨٨ - ديسمبر ١٩٨٩ ، قامت خلالها بدراسة حالة العديد من النساء العقيمات في صعيد مصر وفي مستشفى الشاطبي بالإسكندرية ، صوّرت فيها المرأة المصرية الفقيرة طوال صراعتها الشديد في مواجهة العقم ، وعرضت حكايات تنقلها ما بين الطب الحيوي والطب الشعبي في مجال أمراض النساء لمحاولة علاج العقم ، كما تناولت بالشرح والتحليل الأثر التدميري للعقم على المرأة المصرية المهتدة بالطلاق من زوجها ، و بالإيذاء من أهل زوجها ، و بالنبذ بوصمة العقم من جيرانها . و خلصت الدراسة إلى:

- أن الوسائل العلاجية للعقم في مصر في كل من الطب الحيوي والطب الشعبي غالباً ما تكون فعالة ، وفي بعض الأحيان قد تكون مؤذية و ضارة بصحة المرأة الإنجابية ، بالإضافة إلى ما تمثله التقنيات الإنجابية التقليدية في مجال الطب الحيوي من انتهاك شديد لجسد المرأة .

- بافتراض أن هذه الوسائل " غير علاجية " ، وبالنظر إلى مترتبات مشكلة العقم في مصر ، فإنه ينبغي دراسة حالة المرأة المصرية في ضوء حاجتها إلى سياسة صحية إنجابية ، ودخول تقنيات إنجابية حديثة بدلاً من التقنيات التقليدية في الطب النسائي الحيوي في مصر .

٢- دراسة هدى زريق : بعنوان الصحة الإنجابية للمرأة العربية<sup>(٣٠)</sup> :

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على صحة المرأة في المجتمع المحلي على نطاق الوطن العربي، من خلال بحث الارتباطات المتداخلة بين صحة الطفل وصحة الأم في سياق الأسرة والمجتمع المحلي.

وتناولت فيها تعريف الأمراض الإنجابية التي تتعرض لها المرأة ، خلال الحمل والولادة " الوضع " وما بعد الولادة ، و انتهت الدراسة إلى:

(29) Marvia C .Inhorn, Quest for Conception, University of Pennsylvania press Philadelphia, U.S.A, 1994:P.1-440.

(٣٠) هدى زريق ، الصحة الإنجابية للمرأة العربية ، منشور في : المرأة العربية \_ الواقع والتصور ، دار المرأة العربية للنشر \_ نور ، القاهرة ، ١٩٩٥ ، ص ١٠١-١١٣ .

- ضرورة التوسع في خدمات الصحة الإنجابية .  
- إعداد وتدريب المهنيين في مجال العلوم الطبية والاجتماعية لإيجاد الحلول المناسبة لمشكلة الصحة الإنجابية لدى المرأة.

- استمرار الجهود البحثية لاستحداث مقاييس تشخيص و رصد الأمراض الإنجابية.

٣- دراسة رحمة بورقبيبة : بعنوان "الإنجاب والثقافة النسائية"<sup>(٣١)</sup>:

تهدف هذه الدراسة إلى بحث التصورات والسلوكيات والطقوس الإنجابية للمرأة في وسط اجتماعي وثقافي معين ، و دراسة سلوكها الإنجابي مع التركيز على استراتيجية هذا السلوك في إطار المعارف والثقافة النسائية .

وتناولت هذه الدراسة موضوع تحديد النسل من جانب النساء سواء التحديد التلقائي " الطبيعي " أو الإرادي ، ثم استعرضت مسألة خصوبة المرأة وما تضيفه عليها ثقافة الأفراد وثقافة المجتمع من قيمة اجتماعية ، على عكس النظرة السلبية للعقم وما يعنيه من الإحساس بالفراغ الاجتماعي لدى المرأة ، والذي يؤدي في نهاية إلي إقصاء اجتماعي . وهو الأمر الذي يدفع معظم النساء لزيارة الأماكن المقدسة وأضرحة الأولياء وأداء طقوس معينة طلباً للاستشفاء من حالة العقم ، أو ممارسة بعض الأساليب العلاجية الوهمية التي تبني على الاعتقاد في فكرة " الجنين النائم " لمحاولة إيقاظه ، أو اللجوء إلى أساليب الطب الشعبي التقليدي ووصفاته المعروف لدى النساء التي يعتقدن في مفعولها .

و انتهت الدراسة إلى أن تصوير العقم باعتباره حالة مرضية يتم البحث عن مسبباته من جهة المرأة وليس من جهة الرجل ، ومن خلال أساليب استطلاعية ليس لها أي ضمان حول جدواها ومفعولها بالإضافة إلى الاعتقاد في طقوس رمزية خلقتها ثقافته المجتمع و تبنتها النساء للاحتماء بها

دراسة بلجين أكين مع آخريين : بعنوان العوامل المرتبطة بنوعية حياة المرأة من عمر ١٥ إلى ٤٩ سنة خلال السنة الأولى بعد الولادة في تركيا<sup>(٣٢)</sup>:

تهدف هذه الدراسة إلى بحث العوامل ذات الصلة بنوعية حياة المرأة خلال السنة الأولى بعد الولادة، وذلك من خلال إجراء دراسة إقليمية للتعرف على العوامل المتصلة بنوعية حياة المرأة في مدينة " قونيا " تركيا ، وقد أجريت على ١٧٤٩ امرأة في السنة الأولى بعد الولادة ، وتمت قياسات النتيجة الأساسية ، من خلال قياس نوعية الحياة و العوامل المرتبطة بها بعد الولادة .

وخلصت الدراسة إلى أن العوامل البيئية و السوسيوبيوجرافية تلعب دوراً مهماً في نوعية حياة المرأة بعد الولادة ، حيث كشفت النتائج عن أن النساء فوق

(٣١) رحمة بورقبيبة ، الإنجاب والثقافة النسائية ، منشور في : المرأة العربية \_ الواقع والتصور، دار المرأة العربية للنشر \_ نور ، القاهرة ، ١٩٩٥ ، ص ١١٥-١٢٥ .

(٣٢) Belgin akyn,et,al,Quality of life and Related Factors in Women Aged 15-49 in the 12 Month Post-Partum Peried in Turkey,J.Obstet Gynaecol,Res,V.(35),N(4) , 2009:P.86-93.

سن ال ٣٥ سنة و المتزوجات من أزواج ذوي مستوى تعليمي و دخل اقتصادي منخفض ، و اللائي لديهن عدد كبير من الأطفال يقعن داخل المجموعة المعرضة للخطر. وذلك لعدم وجود دعم اجتماعي سواء من الزوج أو من أفراد عائلتها للرعاية الشخصية للأم أو للمولود ، ولعدم وجود وقت للراحة والنوم بالنسبة للأم أيضاً ، بالإضافة إلى عدم المتابعة الطبية خلال فترة الحمل والولادة ، وهذه تمثل عوامل الخطر بالنسبة للتغير السلبي في نوعية حياة المرأة بعد الولادة . كما أكدت على ضرورة إجراء المتابعة عن قرب من جانب الممرضات العاملات في مجال الرعاية الصحية الأساسية لأولئك النساء اللائي في مثل هذه الظروف، كما ينبغي أيضاً مساعدة الأم في تخطيط وقتها؛ حتى تستطيع توفير وقت الفراغ الضروري لراحتها ونومها.

### الإجراءات المنهجية للدراسة

#### أولاً: مشكلة البحث ومبررات دراستها:

إن مشكلة أي بحث غالباً ما ترتبط بموقف غامض غير محدد وبالتالي فإن عملية البحث في جوهرها تدور حول جمع الحقائق والمعلومات التي تساعد على إزالة الغموض الذي يحيط بالظاهرة ومحاولة الوصول إلى تفسيرات عملية تتعلق بموضوع الدراسة<sup>(٣٣)</sup> ولذلك فإن تحديد مشكلة البحث تحتل أهمية خاصة بين خطوات البحث حيث تؤثر تأثيراً كبيراً على جميع إجراءات البحث وخطواته حيث يتوقف عليها اختيار المنهج الملائم للبحث وكذلك الأدوات الملائمة لجمع البيانات ونوع المعلومات التي سيتم الحصول عليها وما يمكن أن تسهم به في تقدم المعرفة.<sup>(٣٤)</sup>

وفي ضوء ما جاء يمكن القول أن إشكالية الدراسة تتمثل في محاولة كشف العلاقة بين المتغيرات الثقافية و الاجتماعية و علاقتها بالصحة الإنجابية من الموضوعات ذات الأهمية في علم الاجتماع السكاني و علم الاجتماع الطبي ومحل اهتمام الباحثين والمنظرين الذين يهتمون بالسياسة السكانية و بتأثير المتغيرات الثقافية و الاجتماعية و علاقتها بالصحة الإنجابية و السلوك الإنجابي علي الأفراد داخل مجتمعاتهم.

#### ثانياً : الأهمية العلمية للدراسة :

إن أهمية أي بحث علمي إنما تنبع من المشكلة التي يعالجها هذا البحث ومدى ارتباطها بقضايا المجتمع ومشكلاته ولا شك أن الصحة الإنجابية يعد من القضايا الهامة التي تهتم بها المجتمعات النامية بصفة عامة ومصر بصفة خاصة إذ يمر المجتمع المصري بفترة حاسمة وهامة في تاريخية المعاصر تتطلب تضافر

(٣٣) عبد الباسط محمد حسن . أصول البحث الاجتماعي، ط٥، القاهرة مكتبة وهبة، ١٩٧١، ص١٤٤.

(٣٤) محمد علي محمد . علم الاجتماع والمنهج العلمي، مرجع سابق، ص٥٩٢.

كافة الجهود لتحقيق التنمية المطلوبة والتغلب على المشكلات التي تعوق هذا الهدف وبذلك يمكن القول أن الاهتمام بدراسة الأزمت ومشكلات المجتمع المعاصر وتغيراتها وكشف العوامل المؤدية إليها يعد من أهم المهام الملقة على عاتق علم الاجتماع في المرحلة الراهنة.

كما تتبع أهمية الدراسة الراهنة من كونها محاولة للإسهام في الجهود العلمية التي تبذل من جانب الباحثين لدراسة موضوع " المتغيرات الثقافية و الاجتماعية و علاقتها بالصحة الإنجابية

وكذلك تحاول الدراسة الراهنة إثراء الجانب النظري لعلم الاجتماع السكاني فيما يتعلق بموضوع الصحة الإنجابية بالمناطق العشوائية ومحاولة الوصول إلى مجموعة من الحقائق والنتائج التي تسهم في إثراء النظرية السوسولوجية.

- الأهمية التطبيقية للدراسة :

فتمثل أهمية هذا البحث في أنه يتناول بالدراسة موضوعاً حيوياً ألا وهو المتغيرات الثقافية و الاجتماعية و علاقتها بالصحة الإنجابية " دراسة في احدي المناطق العشوائية بمدينة سوهاج و لما كان وضع تطبيقات العلوم في خدمة المجتمع هو اتجاه متفق عليه بين علماء الاجتماع فإن الباحثة سعت لنفس الغرض في أنه سوف تقوم بعرض ما سوف تتوصل إليه دراستها التطبيقية واستخلاصاتها وذلك في ضوء نتائج الدراسات والبحوث السابقة مما قد يؤدي إلى آثار جديدة ويبرز أسئلة ومشكلات عديدة قد تتيح فرصاً لحلها أو مناقشتها من قبل المتخصصين في المجتمع والمسؤولين والمهتمين بهذا الجانب الأمر الذي ربما يؤدي إلى تحقيق فائدة قومية للمجتمع المصري هذا بالإضافة إلى ما قد يثيره هذا البحث من قضايا واستفسارات يمكن أن تكون منطلقاً أساسياً تبدأ منه دراسات مستقبلية ، جديدة تفيد هي الأخرى في المجال التطبيقي.

ثالثاً : أهداف الدراسة Study:

ينجيه البحث العلمي في غايته إلى تحقيق أهداف عامة غير شخصية ذات قيمة علمية ودلالة اجتماعية<sup>(٣٥)</sup>.

وتستهدف هذه الدراسة التعرف علي توضيح و تفسير المتغيرات الاجتماعية والثقافية و علاقتها بالصحة الإنجابية دراسة ميدانية مقارنة بين عينة من سكان المناطق العشوائية وهينة من سكان المناطق الحضرية غير العشوائية يتفرع من هذا الهدف بعض الأهداف الفرعية التي تتلخص في الآتي:

١- ما الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية لمجتمع البحث و تأثيرها علي السلوك الإنجابي ؟

(٣٥) أحمد بدر . أصول البحث العلمي ومناهجه، الكويت، وكالة المطبوعات، ١٩٧٧، ص ٧٠.

٢-إلي أي مدي تتوفر مصادر المعرفة التي تمكن المرأة في المناطق ( العشوائية - الحضرية ) من الحفاظ علي صحتها الإنجابية ؟  
رابعاً: تساؤلات الدراسة:

١. ما الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية لمجتمع البحث و تأثيرها علي السلوك الإنجابي ؟

٢. هل هناك علاقة بين نوع المولود - و تعدد مرات الحمل - و الاتجاه نحو تنظيم الأسرة ؟

٣. إلي أي مدي تتوفر مصادر المعرفة التي تمكن المرأة في المناطق (العشوائية - الحضرية ) من الحفاظ علي صحتها الإنجابية ؟

خامساً: ١- منهج المسح الاجتماعي بالعينة

وهو من المناهج التي تسعى إلى وصف وتحليل الظاهرة أو المجتمع المدروس وبتيح الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات ومعرفة الأبعاد الحقيقية لتلك الظاهرة ولقد استخدمته حيث أنه لا يعتمد على أداة بحث واحدة بل على مجموعة من الأدوات التي تساهم في الإجابة على تساؤلات الدراسة.

٢- المنهج المقارن:

وإستخدم هذا المنهج لعقد مقارنات بين زوجات في منطقتين مختلفتين:  
- منطقة عشوائية: "هي منطقة تم البناء عليها بدون تخطيط، مع عدم توفر جميع الخدمات بها". وعينة من سكان المناطق الحضرية غير العشوائية  
- منطقة حضرية: " هي منطقة ذات تخطيط عالي، بالإضافة لتوفر جميع الخدمات بها".

لأن المنهج المقارن من الممكن استخدامه بين موقفين مختلفين في كل الجوانب دون واحدة، أو قد يستخدم بين موقفين متماثلين دون جانب واحد<sup>(٣٦)</sup>.

سادساً: أدوات جميع البيانات

ومن الأدوات التي استعنت بها: الاستبيان:

الاستبيان هي وسيلة هامة في جمع البيانات من المبحوثين، وذلك عن طريق الاتصال الشخصي المتعمد القائم على التفاعل وجها لوجه بين الباحث والمبحوثين.<sup>(٣٧)</sup>

١-وقد تم تقسيم الاستمارة إلى بنود وأقسام فرعية ترتبط بالإطار النظري للدراسة وهي كالتالي :

<sup>(٣٦)</sup> محمد عارف، المنهج في علم الاجتماع-المنهج الكيفي والمنهج الكمي، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٧٢م، ص ٤٧.

<sup>(٣٧)</sup> محجوب عطية الفاندى. طرق البحث العلمي بالعلوم الاجتماعية، البيضاء، منشورات جامعة عمر المختار، ١٩٩٠، ص ١١٣.

- أسئلة تتعلق بالخصائص الاجتماعية و الديموغرافية لمجتمع البحث و تأثيرها علي السلوك الإنجابي .

- أسئلة تتعلق بمدي تنوفر مصادر المعرفة التي تمكن المرأة في المناطق ( العشوائية - الحضرية ) من الحفاظ علي صحتها الإنجابية .

سابعاً: عينة الدراسة :

زوجات في منطقتين مختلفتين: - منطقة عشوائية: "هي منطقة تم البناء عليها بدون تخطيط، مع عدم توفر جميع الخدمات بها".

منطقة حضرية: "هي منطقة ذات تخطيط عالي، بالإضافة لتوفر جميع الخدمات بها".

ثامناً : مجالات الدراسة :

\* المجال البشري : زوجات في منطقتين مختلفتين:

- منطقة عشوائية: "هي منطقة تم البناء عليها بدون تخطيط، مع عدم توفر جميع الخدمات بها". - منطقة حضرية : " هي منطقة ذات تخطيط عالي، بالإضافة لتوفر جميع الخدمات بها".

\* المجال الزمني :

ويتمثل في الفترة الزمنية التي استغرقتها عملية جمع البيانات عن مجتمع الدراسة وتطبيق الجانب الميداني من الدراسة وقد استغرقت هذه الفترة حوالي عام ونصف

\* المجال الجغرافي:

ويقصد به المنطقة الجغرافية التي ستجرى بها الدراسة الميدانية، و هي مدينة سوهاج حيث تنقسم المدينة إلي حيين هما: ١- حي غرب: قطاع غرب<sup>(٣٨)</sup>: و هي المنطقة العشوائية التي سوف يتم بها التطبيقو تم اختيار المنطقة الثانية بحي شرق باعتبارها المنطقة الحضرية : و هي المحصورة بين شارع (١٥) من الجهة القبليّة ونهاية الكردون من الجهة البحرية ويحدها شارع التحرير والجزء الشرقي من الناحية الغربية ونهر النيل من الشرق.

تاسعاً : مفاهيم الدراسة :

التعريف الإجرائي للصحة الإنجابية : هي حالة الاكتمال الصحي و البدني و النفسي و الاجتماعي في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه و عملياته في كافة مراحل العمر ، والتي تمكن الفرد من تحقيق غرائزه و التمتع بها خاصة غريزتي الجنس و الاستخلاف ، كما تشمل علي حق الزوجين " الرجل - المرأة " في معرفة و استخدام أساليب تنظيم النسل ، و علي الحق في الحصول

(٣٨) المصدر : الوحدة المحلية لحي غرب ، الدليل الإحصائي ٢٠١٩ ، مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار.

علي خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من اجتياز فترة الحمل و الولادة بأمان.

عاشراً : نوع الدراسة وانتماءاتها :

لابد لكل دراسة من استراتيجية تحدد أسلوب وخطوات وإجراء هذه الدراسة بما يحقق الهدف أو الأهداف منها ، وهنا يجب الإشارة إلى أهمية أن يتكامل الإطار المنهجي للدراسة مع البحث والأهداف التي يسعى إلى تحقيقها ، ويتحدد نوع الدراسة على أساس مستوى المعلومات المتوفرة لدى الباحث وعلى أساس الهدف الرئيسي للبحث<sup>(٣٩)</sup> ، وتستهدف هذه الدراسة التعرف على تأثير المتغيرات الثقافية و الاجتماعية وعلاقتها بالصحة الإنجابية " دراسة ميدانية مقارنة بين عينة من سكان المناطق العشوائية واخرى من منطقة حضرية غير عشوائية

### البيانات الميدانية

جدول ( ١ ) يوضح عدد أفراد العينة لكلاً من المناطق العشوائية و الحضرية :

| الاجمالي | منطقة حضرية | منطقة عشوائية | العدد  |
|----------|-------------|---------------|--------|
| ٣٠٠      | ١٥٠         | ١٥٠           |        |
| % ١٠٠    | % ٥٠        | % ٥٠          | النسبة |

يتضح من الجدول السابق إن عينة الدراسة تتكون من ٣٠٠ مبحوثة ( زوجة ) أنطبقت عليهم شروط الدراسة أو استمارة الاستبيان ، و تتمثل شروط اختيار العينة في :

- ١- الحالة الاجتماعية : متزوجة - أرملة - مطلقة - منفصلة .
  - ٢- مكان الإقامة :
  - أ- المنطقة العشوائية : تم اختيار ١٥٠ زوجة من المنطقة المحددة و هي قطاع غرب و التي تم تحديدها كمنطقة عشوائية بناءً علي وحدة تطوير العشوائيات بالديوان العام للمحافظة و مركز المعلومات و دعم إتخاذ القرار بالوحدة المحلية لحي غرب ، مدينة سوهاج ، بمحافظة سوهاج ، بجمهورية مصر العربية .
- قطاع غرب : يضم الشوارع التالية ( الحويطي - غرب الكوبري - عزبة راشد - العمري ) . و هي المناطق التي تم تطبيق استمارة الاستبيان بها و الخاصة بالمنطقة العشوائية .

(٣٩) سمير محمد حسن . تحليل المضمون، القاهرة، ط ٢، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٦، ص ٢١.

ب- المنطقة الحضرية : تم اختيار ١٥٠ زوجة من المنطقة المحددة و هي المنطقة الثانية بحي شرق و التي تم تحديدها كمنطقة حضرية بناءً علي الوحدة المحلية لحي شرق ، بمدينة سوهاج ، محافظة سوهاج ، جمهورية مصر العربية .  
المنطقة الثانية : و هي المحصورة بين شارع ١٥ من الجهة القبليية و نهاية الكردون من الجهة البحرية و يحدها شارع التحرير و الجزء الشرقي من الناحية الغربية و نهر النيل من الشرق .

٣- الحالة الإنجابية : طبقت علي الزوجة المنجبة التي لديها طفل واحد : فأكثر (مستثني من التطبيق الزوجة التي تعاني من العقم ) .

\*\*\*\*\* من أجل التعمق أكثر بالدراسة تم تطبيق أستمارة الاستبيان علي الزوجات المقيمت بالمنطقة الحضرية و قياس آرائهم و ذلك من أجل عقد المقارنة و تبين أوجه الاختلاف و التشابه بين كلاً من المنطقة الحضرية و المنطقة العشوائية ، و التعرف علي تأثير كلتا المنطقتين علي طبيعة الحياه الإنجابية لكلتا الزوجتين .

جدول رقم ( ٢ ) يوضح الحالة التعليمية للزوجات و الأزواج :

| التكرار | المنطقة الحضرية |     |        |     |       |     | المنطقة العشوائية |     |       |                |  |
|---------|-----------------|-----|--------|-----|-------|-----|-------------------|-----|-------|----------------|--|
|         | العدد           | %   | الزوجة |     | الزوج |     | الزوجة            |     | الزوج |                |  |
|         |                 |     | العدد  | %   | العدد | %   | العدد             | %   | العدد | %              |  |
| ١٠٨     | ١٨%             | -   | -      | ٢   | ١,٣%  | ٦٥  | ٤٣,٣%             | ٤١  | ٢٧,٣% | امي            |  |
| ٩١      | ١٥,١%           | ٢   | ١,٣%   | ٤   | ٢,٧%  | ٤٠  | ٢٦,٧%             | ٤٥  | ٣٠%   | يقرأ و يكتب    |  |
| ١٣٦     | ٢٢,٧%           | ٣١  | ٢٠,٧%  | ٢٧  | ١٨%   | ٣٥  | ٢٣,٣%             | ٤٣  | ٢٨,٧% | مؤهل متوسط     |  |
| ٢٢٠     | ٣٦,٧%           | ٩٢  | ٦١,٣%  | ٩٩  | ٦٦%   | ١٠  | ٦,٧%              | ١٩  | ١٢,٧% | مؤهل جامعي     |  |
| ٤٥      | ٧,٥%            | ٢٥  | ١٦,٧%  | ١٨  | ١٢%   | -   | -                 | ٢   | ١,٣%  | مؤهل فوق جامعي |  |
| ٦٠٠     | ١٠٠%            | ١٥٠ | ١٠٠%   | ١٥٠ | ١٠٠%  | ١٥٠ | ١٠٠%              | ١٥٠ | ١٠٠%  | الاجمالي       |  |

١- المنطقة العشوائية : يتضح من الجدول السابق إرتفاع نسبة الأمية بين عينة البحث من الزوجات بالمناطق العشوائية بنسبة ٤٣,٣% ، مقابل ٢٧,٣% بين الأزواج ، و هو ما يثبت استفحال مشكلة الأمية و آثارها السلبية علي الزيادة السكانية ، و تقلص فرص نجاح التنمية المستدامة في أهم المناطق و أكثرها معاناه من الفقر و الجهل و المرض و التكاثر ، فإرتفاع نسبة الأميات يصاحبه دائماً إرتفاع مستمر لمعدلات الحمل و الإنجاب ، و أيضاً إرتفاع عدد الوفيات الرضع و الأطفال نتيجة إنخفاض متوسط السن عند الزواج و الفقر و الحرمان ، و هذا ما أكدت معظم الدراسات السوسيوديموجرافية و التقارير السكانية و التنموية أن ( الأمية تجئ علي قمة تدني الخصائص السكانية في المجتمع المصري

كما يؤكد الجدول السابق انعدام المبحوثات الحاصلات علي مؤهلات فوق جامعية ، مقابل ١,٣% للأزواج ، و هو ما يتماثل مع النسب الواقعية و الحالة التعليمية علي مستوي المجتمع المصري ككل و المناطق العشوائية بصفة خاصة ، و هو ما أكدته الدراسات السابقة مثل دراسة الأوضاع الاجتماعية لسكان منشأة ناصر سنة ١٩٩٨ ، و دراسة مركز الوزراء للمناطق العشوائية سنة ٢٠٠٨ ، و دراسة عزة كريم سنة ٢٠١١ عن الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية للأسرة في التجمعات العشوائية التي انتهت إلي أن الأمية لدي الزوجات بلغت ٧٠% في مجتمع البحث ( الزاوية الحمراء و المرج ) و أفادت بأن أهم أسباب هذا الارتفاع في الأمية يرجع إلي انخفاض مستوي الدخل مقارنة بمتطلبات الحياة الاجتماعية و الاقتصادية ، مما يساعد علي ارتفاع نسب التسرب و عدم الالتحاق بالمدارس ، و لجوء الأطفال إلي العمل في سن مبكرة ، لعدم وجود عائد ملموس أو سريع من التعليم لمواجهة متطلبات الحياة ، و لعدم مقدرة الآباء - الأميين - علي المذاكرة لأبنائهم .<sup>(٤٠)</sup>

٢- المنطقة الحضرية : أما بالنسبة للمنطقة الحضرية فيظهر تباين واضح بينها و بين المنطقة العشوائية ، حيث يتضح من الجدول السابق انعدام الأمية بين الزوجات عينة البحث في المنطقة الحضرية ، مقابل ١,٣% للأزواج ، و ارتفاع نسبة المؤهل الجامعي و فوق الجامعي بين الزوجات عينة البحث بنسبة ٧٨% ، مقابل ٧٨% للأزواج بالمنطقة الحضرية ، و هذا يوضح أهمية قيمة التعليم و الحرص عليه في المنطقة الحضرية عنه في المنطقة العشوائية .

التعليم و السلوك الإنجابي : إن الهدف من التعليم هو تحقيق حاضر ومستقبل جيد للأجيال ، ولتحقيق هذا الهدف نجد النسق التعليمي ينتج أناساً علي درجه من التعلم لسد حاجه الدولة<sup>(٤١)</sup> ، و يصبح الأمر أكثر ضرورة عندما يرتبط بتعليم الفتيات ،

<sup>(٤٠)</sup> عزة كريم ، الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية للأسرة في المجتمعات العشوائية ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية ، مرجع سابق ، ص ٢٠ - ٢١

<sup>(٤١)</sup> Tony Barnett , Sociology and Development , Hutchinson Education , London , 2005 , p . 138

جدول رقم ( ٣ ) يوضح مفهوم الزوجة للصحة الإنجابية :

| التكرار |       | المنطقة الحضرية |       | المنطقة العشوائية |       |  |
|---------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|--|
| %       | العدد | %               | العدد | %                 | العدد |  |
| ١٦,٧%   | ٥٠    | -               | -     | ٣٣,٣%             | ٥٠    | القدرة علي الإنجاب   |
| ٨%      | ٢٤    | ٢,٧%            | ٤     | ١٣,٣%             | ٢٠    | السلامة في الجهاز التناسلي                                     |
| ٧٥,٣%   | ٢٢٦   | ٩٧,٣%           | ١٤٦   | ٥٣,٤%             | ٨٠    | حالة من التكامل البدني و<br>العقلي و الاجتماعي لأجل<br>الإنجاب |
| ١٠٠%    | ٣٠٠   | ١٠٠%            | ١٥٠   | ١٠٠%              | ١٥٠   | الاجمالي   |

١- المنطقة العشوائية : يتضح من الجدول السابق إن ٥٣,٤% من المبحوثات اجابوا علي مفهوم الصحة الإنجابية بأنه : حالة من التكامل البدني و العقلي و الاجتماعي لأجل الإنجاب ، بينما ٣٣,٣% من المبحوثات يحرصون مفهوم الصحة الإنجابية في : القدرة فقط علي الإنجاب دون مراعاة لأي عوامل ( جسدية - عمرية - عقلية - اجتماعية ) .

٢- المنطقة الحضرية : في المقابل يتضح من الجدول السابق إن ٩٧,٣% من المبحوثات يعرفون الصحة الإنجابية : بأنها حالة من التكامل البدني و العقلي و الاجتماعي لأجل الإنجاب ، بينما ٢,٧% من المبحوثات يعرفون الصحة الانجابية بانها السلامة في الجهاز التناسلي ، مع انعدام من يعرفون الصحة الإنجابية : بأنها القدرة علي الانجاب فقط ، و هو ما يدل علي مدي وعي المنطقة الحضرية بضرورة الاكتمال ( النفسي - و الصحي - و الجسدي - و العقلي - و العمري - و الاجتماعي ) و اعتبارها المقومات و المعايير الاساسية اللازمة للمرأة من أجل أكتمال الحالة الانجابية و المحافظة علي صحة المرأة المنجبة ، فلا يمكن مراعاة عنصر و اهمال باقي العناصر

حيث يشير المسح الصحي الديموجرافي لسنة ٢٠٠٨ ، و دراسات الخصوبة المتعددة التي تجريها المراكز الديموجرافية ( المجلس القومي للسكان - مركز دراسات السكان بالجهاز المركزي للتعبئة العامة و الإحصاء ، و المركز الديموجرافي بالقاهرة CDC إلى أن معدل إنجاب السيدة المصرية انخفض في الفترة الأخيرة إلي ٣,٥ أطفال لكل سيدة ( التسعينات ) و زيادة الإقبال علي استخدام تنظيم الأسرة ، و ارتفاع متوسط السن عند الزواج ، و لكن في المناطق العشوائية لا يزال معدل الإنجاب مرتفعا لمعظم السيدات في تلك المناطق ، فقد أكدت المسوح السابقة أن السيدات يفضلن إنجاب عدد كبير من الأطفال حتي وصل متوسط المواليد في كثير من المناطق العشوائية إلي ٤,٧% أطفال لكل سيدة

متزوجة ، و انخفض قليلاً عن فترة الثمانينيات حيث كان متوسط المواليد ٥,١ أطفال لكل سيدة .<sup>(٤٢)</sup>

جدول رقم (٤) يوضح أجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج :

| التكرار |       | المنطقة الحضرية |      | المنطقة العشوائية |       |          |
|---------|-------|-----------------|------|-------------------|-------|----------|
| العدد   | %     | العدد           | %    | العدد             | %     |          |
| ٢٧٨     | ٩٢,٧% | ١٤٧             | ٩٨%  | ١٣١               | ٨٧,٣% | نعم      |
| ٢٢      | ٧,٣%  | ٣               | ٢%   | ١٩                | ١٢,٧% | لا       |
| ٣٠٠     | ١٠٠%  | ١٥٠             | ١٠٠% | ١٥٠               | ١٠٠%  | الاجمالي |

١- المنطقة العشوائية : يتضح من الجدول السابق إن ٨٧,٣% من المبحوثات قمن بإجراء فحوصات طبية قبل الزواج ، بينما ١٢,٧% لم يقمن بإجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج .

٢- المنطقة الحضرية في المقابل يتضح من الجدول السابق إن ٩٨% من المبحوثات قد قمن بإجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج ، بينما ٢% فقط من لم يقمن بإجراء الفحوصات الطبية .و دراسة مورجان خواجه و آخرون ، المعارف و المواقف تجاه الصحة الجنسية و الصحة الإنجابية بين البالغين في شيراز ٢٠١٣

هدفت الدراسة إلي تقييم مستوي المعارف و المواقف تجاه الصحة الجنسية و الإنجابية بين البالغين في شيراز بجمهورية إيران الإسلامية و هي دراسة قومية نفذت عام ٢٠١٠ ، و شملت ٢٧٦ رجلاً ، و ٢٨١ امرأة خلال حصص التوعيه قبل الزواج ، و قد تم التطبيق بإستبيان تكون من ٣٣ بند ، و أتضح للباحثين أن المستوى العام للمعارف بين الرجال والنساء كان منخفضاً ، فقد كان لدى كل من النساء والرجال درجات منخفضة في معارفهم عن تشريح الأعضاء التناسلية ، و الأمراض المنقولة جنسياً ، و استخدام موانع الحمل ، وقد كان لدي الغالبية العظمى من المشاركين بالدراسة مواقف إيجابية تجاه تنفيذ برامج تثقيفية حول قضايا الصحة الجنسية و الإنجابية لدي الشباب البالغين قبل الزواج ، مما يدل على أن هناك حاجة لبرامج تثقيفية مؤثرة تقدم أحدث المعلومات حول الصحة الإنجابية و الصحة الجنسية في جمهوريه إيران الإسلامية .<sup>(٤٣)</sup>

(٤٢) سيدروي كالن ، عالم يفيض بسكانه - عرض لأسباب المشكلة و حل جذري لها ، ترجمة ليلى الجبالي ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، سبتمبر ، ١٩٩٦ ، ص ٢٤

(٤٣) M . Khajehei , s . Ziyadlou and A . Ghanizadeh , Knowledge of and attitudes towards sexual and reproductive health in adults in

جدول رقم ( ٥ ) يوضح في حالة الاجابة بنعم أو لا ، تذكر الأسباب :

يتضح من التساؤل السابق إن المبحوثات يرجعن الأسباب إلي :

- ١- أسباب إجراء الفحوصات الطبية : أجمعت أغلب المبحوثات في كلتا المنطقتين ( العشوائية - الحضرية ) أن أسباب قيامهن بالفحوصات قبل الزواج يرجع إلي أن الفحوصات من متطلبات عقد الزواج ( أغلبها روتين لا يعبر عن الواقع الإنجابي الفعلي
- ٢- أسباب عدم إجراء الفحوصات الطبية : حيث أجمعت المبحوثات اللاتي لم يقمن بإجراء الفحوصات الطبية ، أرجعن السبب بأنها لم تكن الفحوصات إجبارية لهم من أجل عقد الزواج بالإضافة إلي أنهم يتركون الأمور علي الله علي حد تعبيرهم ، و أن إجراء الفحوصات قبل الزواج يعتبر فإل غير حسن ، كما أنه عيب علي حد تعبيرهم أن تتعرض الفتاه لفحوصات طبية قبل الزواج .

دراسه منير كرداشه ونايف البنوي ، الإتجاهات القدرية والسلوك الإنجابي في الأردن ٢٠١٠

استهدفت الدراسه بحث علاقته المتغيرات الاجتماعيه - الاقتصاديه - و الديموغرافيه مع مستويات الأزواج القدرية ، وذلك إستناداً إلي تحليل بيانات مسح السكان و الصحة الأسرية ٢٠٠٢ ، وقد استخدمت الدراسه عدداً من النماذج الاحصائيه الوصفيه إضافه إلي نموذج تحليل الانحدار اللوجستي ، و اختيار الانحدار الخطي العام ، و أظهرت نتائج الدراسه أن هناك ما نسبته ٥% من النساء عينه الدراسه لديهن إتجاهات قدرية بخصوص سلوكهن الإنجابي ، كما أظهرت النتائج أن المتغيرات المستقلة مثل : مستوى تعليم المرأة ، والعمر عند الزواج ، وعمر الزوجه الحالي ، وحجم الأسرة ، وسبق إستخدام موانع الحمل في الأسرة علاقته إحصائية دالة مع إتجاهاتهن القدرية بخصوص سلوكهن الإنجابي ، كما بينت الدراسه أن المتغيرات مثل تعليم الزوج ، وصله القرابه بين الزوجين ، وحالة عمل المرأة ، و اجراء فحص الطبي قبل الزواج ، والدين ، أهميه هامشية ، وضعيفه احصائيا مع اتجاهاتهم القدرية بخصوص سلوكهن الإنجابي .<sup>(٤٤)</sup>

shiraz , aneed for fother education , Eastren Medilterrane health journal , vol 19 , no 12 , 2013 , p. 982 - 989

(٤٤) نايف البنوي ومنير كرداشه ، الإتجاهات القدرية والسلوك الإنجابي في الأردن : دراسه مرجعيه ، مجله العلوم الاجتماعيه ، مجلس النشر العلمي ، جامعه الكويت ، المجلد ٣٨ ، العدد ٢٠١٠ ، ١ ، ص ٢٩٨ - ٣٢٥

جدول رقم (٦) يوضح الزوجات التي قد عانت من أمراض إنجابية و تم معالجتها :

| التكرار |       | المنطقة الحضرية |       | المنطقة العشوائية |       |          |
|---------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|----------|
| %       | العدد | %               | العدد | %                 | العدد |          |
| %٥٣,٣   | ١٦٠   | %٦٦,٧           | ١٠٠   | %٤٠               | ٦٠    | نعم      |
| %٤٦,٧   | ١٤٠   | %٣٣,٣           | ٥٠    | %٦٠               | ٩٠    | لا       |
| %١٠٠    | ٣٠٠   | %١٠٠            | ١٥٠   | %١٠٠              | ١٥٠   | الاجمالي |

#### ١- المنطقة العشوائية :

يتضح من الجدول السابق إن ٦٠% من المبحوثات لم يعانين من أمراض إنجابية و أن حملهم و إنجابهم تم بصورة طبيعية و بدون أي مشكلات ، بينما ٤٠% من المبحوثات قد كانت لهن مشكلات و امراض إنجابية قد منعتهن من الإنجاب لفترة زمنية ، و قد انقسموا الي قسمين هما :

أولاً: من قمن بالمتابعة و الكشف ( عند طبيب متخصص ) إلي أن تمكن من الحمل و الإنجاب بعد العديد من المحاولات و العلاج .

ثانياً : أن عدد منهن أرجعن سبب عدم الإنجاب و المرض الذي لديهن إلي السحر و أعمال الربط للزوجين ، و ذهبوا إلي الشيوخ أو الأضرحة و اعتقادهم بان سبب انجابهم بعد ذلك يرجع الي فك أعمال السحر و الربط المتعلقة بعدم إنجابهم .

#### ٢- المنطقة الحضرية : في المقابل يتضح من الجدول السابق أن ٦٦,٧% من المبحوثات قد عانين من مشكلات إنجابية و قد قمن بمتابعة

الفحوصات و العلاج عند طبيب متخصص إلي أن أنجبن ، بينما ٣٣,٣% من المبحوثات لم يعانين من أي أمراض إنجابية . و بناءً علي نتائج الجدول السابق يتضح أن كلتا المنطقتين العشوائية و الحضرية عانت فيها المبحوثات من أمراض نسائية و إنجابية و هو ما يؤكد علي إرتفاع نسبة الإمراض الإنجابية المنتشرة بين السيدات .

جدول رقم (٧) يوضح في حالة وجود مرض إنجابي تم معالجته يذكر ما هو :

| التكرار |       | المنطقة الحضرية |       | المنطقة العشوائية |       |   |
|---------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|---|
| %       | العدد | %               | العدد | %                 | العدد |   |
| %٣٤,٤   | ٥٥    | %٤٦             | ٤٦    | %١٥               | ٩     | إنسداد أنبوبي                             |
| %٢٤,٤   | ٣٩    | %٢٤             | ٢٤    | %٢٥               | ١٥    | تكرار الاجهاض                             |
| %٢٠     | ٣٢    | %١٢             | ١٢    | %٣٣,٣             | ٢٠    | أمراض الرحم ( اللوفه - داء القطط - .... ) |
| %١٠     | ١٦    | %١٠             | ١٠    | %١٠               | ٦     | اضطرابات الدورة الشهرية                   |
| %١١,٢   | ١٨    | %٨              | ٨     | %١٦,٧             | ١٠    | أخري تذكر                                 |
| %١٠٠    | ١٦٠   | %١٠٠            | ١٠٠   | %١٠٠              | ٦٠    | الاجمالي                                  |

- ١- المنطقة العشوائية : يتضح من الجدول السابق إن ٣٣,٣% من المبحوثات اللاتي عانين من امراض إنجابية تمثلت مرضهم الإنجابي في أمراض الرحم ( اللوفا - داء القطط - ..... ) ، بينما ١٦,٧% أرجعن السبب عدم إنجابهن إلي السحر و أعمال الربط للزوجين ، و ذهبوا إلي الشيوخ و الأضرحة و اعتقادهم بأن سبب انجابهم بعد ذلك يرجع الي فك أعمال السحر و الربط المتعلقة بعدم إنجابهم ، و إنهن ينجبن بعد حل مشكلتهن عند المشايخ .
- ٢- المنطقة الحضرية : يتضح من الجدول السابق إن ٤٦% من المبحوثات اللاتي عانين من امراض إنجابية تمثل مرضهم الإنجابي في الإنسداد الأنبوبي ، بينما ٨% من المبحوثات أوضحت أن سبب عدم الإنجاب جزء متعلق بهم ، بالإضافة الي وجود معوقات لدي أزواجهم ( مشكلات ذكرية إنجابية تم معالجتها بأخذ العلاج المناسب ) . جدول رقم ( ٨ ) يوضح متابعة الزوجة الحامل تتم عن طريق :

| التكرار        | المنطقة الحضرية |       | المنطقة العشوائية |       |     |
|----------------|-----------------|-------|-------------------|-------|-----|
|                | العدد           | %     | العدد             | %     |     |
|                | ١٥٥             | ٥١,٧% | ١٤٦               | ٩٧,٣% | ٩   |
| طبيب خاص       | ٨٧              | ٢٩%   | ٤                 | ٢,٧%  | ٨٣  |
| مستشفى حكومي   | ١٢              | ٤%    | -                 | -     | ١٢  |
| مستوصف         | ٤٦              | ١٥,٣% | -                 | -     | ٤٦  |
| لا يوجد متابعة | ٣٠٠             | ١٠٠%  | ١٥٠               | ١٠٠%  | ١٥٠ |
| الاجمالي       |                 |       |                   |       |     |

#### ١- المنطقة العشوائية :

يتضح من الجدول السابق أن ٦١,٣% من المبحوثات يتابعون و يرون حاجة الزوجة الحامل إلي المتابعة ، منقسمة الي ( الذهاب لطبيب خاص ٦% ، و إلي المستشفيات الحكومية ٥٥,٣% ) ، كما يكشف تحليل الجدول عن رغبة و ممارسة واضحة بين جميع أفراد المجتمع البحثي لإنجاب الأبناء عن طريق الزواج الشرعي ، و من ثم ينتظر الجميع من الزوجين الفرصة للتلميح بأعراض الحمل ، و خاصة في مراته الأولى ، و لعل هذا ما يدفع جميع السكان إلي الرغبة الواضحة في متابعة الحمل في مراته الأولى ، خاصة أن أكثر من نصف سكان العينة و ذلك بنسبة ٥٥,٣% يقومون بالمتابعة في مستشفى حكومي ، و ذلك لقلّة التكاليف اللازمة به ، لانه يقدم بعض الخدمات مثل التطعيمات اللازمة للحوامل .

و هناك نسبة ٣٠,٧% من العينة لا يتابعون الحمل ، و هن السيدات اللاتي لا يرغبن حقيقية في المتابعة : ( نظراً لظروفهن المادية الصعبة - أو يقضون حوائجهم بالكتمان كما ذكرن ) ، أو قد تكون لظروف تتعلق بخجلهن من التعرض

للأطباء الرجال و هي ما يطلق عليها أحياناً بثقافة الصمت ، فهناك من السيدات من تكابدن مشقة الألم و الإنهاك البدني خوفاً من طلبهن الذهاب للأطباء للمتابعة .

٢- المنطقة الحضرية : في المقابل يتضح من الجدول السابق أن ٩٧,٣% من المبحوثات يتابعن الحمل عن طريق طبيب خاص ، هو ما يظهر الوعي بأهمية المتابعة الصحية و الإنجابية للزوجة الحامل بالمنطقة الحضرية عنه في المنطقة العشوائية . وتشير دراسته آسيا شريف ، واقع الصحة الإنجابية و الجنسية في البلاد العربي ، ٢٠١٢

هدفت الدراسة إلى إبراز واقع الصحة الإنجابية و الجنسية في عدد من الدول العربية ، و في ضوء نتائج الدراسة تبين أن مستوى الصحة الإنجابية و الجنسية و أبعادها في الدول العربية التي شملتها الدراسة غير متجانسه ، حيث لا تزال تغطيتها نسبيته ، ولا يزال مستواها دون الحد المطلوب نحو الأهداف التنموية للألفية ، كما أتضح أن التعليم لا يعزز وعي المرأة الثقافي و درايتها بكل ما يحيط بها فحسب ، و إنما أبعد من ذلك فهو يمكنها من إتخاذ القرارات المتعلقة بصحتها ، فالمرأة المتعلمه أكثر استعداداً لعملية التثقيف الصحي ، و أكثر حرصاً على صحتها ، و أكثر تفوقاً لكل مرحلة تمر بها أثناء الحمل وبعده ، و أكثر تمكيناً للاتصال مع الوحدة الصحية من أجل الوصول إلى المعلومات الصحية اللازمة ، فالتعليم يعد مفتاحاً و عنصراً محفزاً من أجل التميز في حياة المرأة .<sup>(٤٥)</sup>

جدول رقم ( ٨ ) يوضح مكان الولادة :

| التكرار | المنطقة الحضرية |      | المنطقة العشوائية |       |              |
|---------|-----------------|------|-------------------|-------|--------------|
|         | العدد           | %    | العدد             | %     |              |
|         | ٣٣              | %١١  | ٣                 | %٢    | المنزل       |
|         | ١٥              | %٥   | -                 | -     | مستوصف       |
|         | ٨٤              | %٢٨  | ٤                 | %٥٣,٣ | مستشفى حكومي |
|         | ١٦٨             | %٥٦  | ١٤٣               | %١٦,٧ | طبيب خاص     |
|         | ٣٠٠             | %١٠٠ | ١٥٠               | %١٠٠  | الاجمالي     |

١- المنطقة العشوائية : توضح بيانات الجدول السابق أن نسبة كبيرة من الزوجات أفراد عينة البحث يلدن أولادهن بالمستشفى الحكومي بنسبة ٥٣,٣% ، و ٢٠% يلدن في المنزل أي يفقدن الولادة تحت إشراف فريق طبي متخصص ، و هو ما يدل علي الفقر و قلة الإمكانيات المادية التي تتيح المتابعة و الولادة تحت الإشراف الطبي اللازم .

<sup>(٤٥)</sup> آسيا شريف ، واقع الصحة الإنجابية و الجنسية في البلاد العربي ، مرجع سابق

٢- المنطقة الحضرية : في المقابل يتضح من الجدول السابق أن ٩٥,٣% من أفراد المبحوثات يلدن عند طبيب خاص ، و هو ما يدل علي توفر الإمكانيات المادية لهم من أجل توفر الرعاية الطبية اللازمة و الكاملة للزوجة ابتداء من الحمل حتي الإنجاب و رعاية الطفل .  
تشير بيانات الأمم المتحدة إلي أن هناك ما يقرب من ٢٥٠ سيدة ، أي ربع مليون سيدة تتعاضد لحمي النفاس سنوياً نتيجة انعدام الخدمات الصحية أو ندرتها ، و أيضاً هناك ما يزيد عن ٥٠ مليون عملية إجهاض في العالم نتيجة الحمل غير المأمون ، و هو ما دفع الأمم المتحدة لوضع ميثاق الاتحاد الدولي لرعاية الأسرة سنة ١٩٩٥ ، وقعت عليه ١٢٧ دولة ، و أكدت فيه علي كل حقوق المرأة خاصة حقها في الحياه و الرعاية الصحية ، خاصة في أثناء الحمل و الولادة .

جدول رقم ( ٩ ) يوضح السن عند أول ولادة :

| التكرار        | المنطقة الحضرية |       | المنطقة العشوائية |      |     |
|----------------|-----------------|-------|-------------------|------|-----|
|                | العدد           | %     | العدد             | %    |     |
| أقل من ١٨ سنة  | ٢٧              | %٩    | -                 | %١٨  | ٢٧  |
| من ١٨ : ٢٤ سنة | ٩٠              | %٣٠   | ٣٠                | %٤٠  | ٦٠  |
| من ٢٥ : ٢٩ سنة | ١٦١             | %٥٣,٧ | ١٠٤               | %٣٨  | ٥٧  |
| من ٣٠ : فأكبر  | ٢٢              | %٧,٣  | ١٦                | %٤   | ٦   |
| الاجمالي       | ٣٠٠             | %١٠٠  | ١٥٠               | %١٠٠ | ١٥٠ |

١- المنطقة العشوائية : يتضح من الجدول السابق إلي الفترة العمرية من ١٨ : ٢٤ سنة هو عمر الأم عند أول ولادة بنسبة ٤٠% ، تليها الفترة من ٢٥ : ٢٩ سنة بنسبة ٣٨% و هي فترة الانتقال من الزواج و أعبائه إلي البحث عن الحمل و إجراءاته ، في حين أن نسبة ١٨% من العينة عمرهن عند أول ولادة لا يتجاوز الثامنة عشر عاماً ، و هي تؤكد أن نسبة ليست بالقليلة منهن يتعرضن للحمل و الإنجاب المبكر و المتكرر ، و هو ما يزيد قدرتهن علي تكرار مرات الحمل و الإنجاب بعد ذلك .  
٢- المنطقة الحضرية :

في المقابل يتضح من الجدول السابق أن الفترة العمرية من ٢٥ : ٢٩ سنة هو عمر الأم عند أول ولادة بنسبة ٦٩,٣% ، و هو ما يرهن بالفترة المثالية من حيث إكمال للنضج الجسدي و النفسي و الإستعداد الكامل لعملية الإنجاب و الولادة .

جدول رقم ( ١٠ ) يوضح القائم بعملية الولادة :

| التكرار |       | المنطقة الحضرية |       | المنطقة العشوائية |       |              |
|---------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|--------------|
| %       | العدد | %               | العدد | %                 | العدد |              |
| %٨٤     | ٢٥٢   | %٩٨             | ١٤٧   | %٧٠               | ١٠٥   | طبيب / طبيبة |
| %٥      | ١٥    | -               | -     | %١٠               | ١٥    | ممرضة        |
| %١١     | ٣٣    | %٢              | ٣     | %٢٠               | ٣٠    | داية         |
| %١٠٠    | ٣٠٠   | %١٠٠            | ١٥٠   | %١٠٠              | ١٥٠   | الاجمالي     |

- ١- المنطقة العشوائية : هناك نسبة ٧٠% يلدن عند الطبيب / الطبيبة ، و نسبة ١٠% تكون ولادتها علي يد ممرضة فقط و هذا يدل علي ضعف المباشرة و الرعاية الصحية اللازمة ، و هناك ٢٠% من المبحوثات يلدن تحت إشراف الدايات و هذه من الممارسات التي تحول دون توفر الرعاية الصحية اللازمة ، و أحياناً ما تؤدي إلي وفيات الأمهات ، و هي إحدي المشكلات الصحية و الاجتماعية خاصة في المناطق العشوائية .
- ٢- المنطقة الحضرية : في المقابل يتضح من الجدول السابق أن ٩٨% من المبحوثات يلدن عند طبيب / طبيبة ، مما يجعلهن يحصلن علي قدر كبير من الرعاية و الإشراف الطبي و الصحي اللازم للزوجة و لطفلها المولود.

جدول رقم ( ١١ ) يوضح فترات المباشرة بين كل حمل و آخر :

| التكرار |       | المنطقة الحضرية |       | المنطقة العشوائية |       |            |
|---------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|------------|
| %       | العدد | %               | العدد | %                 | العدد |            |
| %٤,٣    | ١٣    | -               | -     | %٨,٧              | ١٣    | أقل من سنة |
| %٥٥,٧   | ١٦٧   | %٢٩,٣           | ٤٤    | %٨٢               | ١٢٣   | ١ : ٢ سنة  |
| %٤٠     | ١٢٠   | %٧٠,٧           | ١٠٦   | %٩,٣              | ١٤    | ٣ : ٥ سنة  |
| %١٠٠    | ٣٠٠   | %١٠٠            | ١٥٠   | %١٠٠              | ١٥٠   | الاجمالي   |

تمثل طول أو قصر فترة المباشرة بين الولادات من أهم محددات السلوك الإنجابي في المجتمع ، و لعل طول أو قصر هذه الفترة يخضع لمجموعة من القيم و الاتجاهات و المتغيرات السلوكية ، و لعل من أهم هذه الاتجاهات و المتغيرات السلوكية ما يشيع في التجمعات الحضرية العشوائية من ضرورة إنجاب الأولاد في سن متقاربة ليحدث بينهم الوفاق و التقارب العمري .

- ١- المنطقة العشوائية : بالنسبة للفترة بين الولادات فأكدت نسبة كبيرة من المبحوثات ٨٢% من حجم العينة أنها تتراوح من سنة واحدة إلي سنتين ، و هي فترة الرضاعة الطبيعية ، و قد أكدت النتائج الميدانية للبحث أن معظم مفردات العينة يرضعن رضاعة طبيعية .
- ٢- المنطقة الحضرية : في المقابل يتضح من الجدول السابق أن ٧٠,٧% من المبحوثات يحددن فترة المباشرة بين الولادات من ٣ : ٥ سنة من أجل تنظيم الأسرة و توفير الرعاية الكاملة للطفل - و إستعادة الأم لصحتها .  
جدول رقم ( ١١ ) يوضح فائدة الراحة بين الحمل و الآخر :

| التكرار |       | المنطقة الحضرية |       | المنطقة العشوائية |       |                     |
|---------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|---------------------|
| العدد   | %     | العدد           | %     | العدد             | %     |                     |
| ٨٣      | ٢٧,٧% | ٢٠              | ١٣,٣% | ٦٣                | ٤٢%   | إلتامام الرضاعة     |
| ٧٧      | ٢٥,٧% | ٣٢              | ٢١,٣% | ٤٥                | ٣٠%   | راحة الأم           |
| ١١٢     | ٣٧,٣% | ٩٠              | ٦٠%   | ٢٢                | ١٤,٧% | تنظيم الأسرة        |
| ٢٨      | ٩,٣%  | ٨               | ٥,٤%  | ٢٠                | ١٣,٣% | توفير الرعاية للطفل |
| ٣٠٠     | ١٠٠%  | ١٥٠             | ١٠٠%  | ١٥٠               | ١٠٠%  | الاجمالي            |

- ١- المنطقة العشوائية : و لقد أجمعت المبحوثات علي فائدة فترات الراحة بين الحمل و الآخر ، و لكن بأختلاف الأسباب فيما بينهم ، و قد جاءت الأسباب الدافعة للراحة بين مرات الحمل : ٤٢% من أجل إتمام عملية الرضاعة الطبيعية لمدة سنتين متصلتين ، و ٣٠% من أجل راحة صحة الأم .
- ٢- المنطقة الحضرية : في المقابل يتضح من الجدول السابق أن ٦٠% من المبحوثات يرون أن من أهم أسباب الراحة بين حمل و آخر هو من أجل تنظيم الأسرة .

#### نتائج و توصيات الدراسة :-

اهتم البحث الراهن بطرح تساؤل رئيسي يستهدف توضيح و تفسير المتغيرات الاجتماعية و الثقافية و علاقتها بالصحة الإنجابية دراسة ميدانية مقارنة بين عينة من سكان المناطق العشوائية و اخرى من سكان منطقة حضرية غير عشوائية الوعي الصحي الإنجابي .

مدي توفر مصادر المعرفة التي تمكن المرأة في المناطق ( العشوائية - الحضرية ) من الحفاظ علي صحتها الإنجابية :-

( المنطقة العشوائية ) : كشفت نتائج البحث عن مكونات ثقافية قد تكون غير مسبوقة في نتائج الدراسات السابقة ، و هي تنامي مصادر استقاء المعلومات

المتعلقة بتنظيم الأسرة من التلفزيون كأكبر جهاز إعلامي و ثقافي مؤثر في تكوين اتجاهات و سلوكيات المبحوثات ، بالإضافة الي مصدر الأهل / الجيران و ذلك بنسبة ٧٤% ، و هذا يدل علي مدي التقارب الثقافي المتدني بين المبحوثات في أهم الموضوعات المتعلقة بحياتهم بصفة عامة و الإنجابية و الصحية بصفة خاصة .

كذلك أكد البحث أن الثقافة المنتشرة بين المبحوثات تحبذ بأن يكون الاستخدام الفعلي لوسائل تنظيم الأسرة يكون بعد المولود الرابع و ذلك بنسبة ٤٥% ، و يكون بعد إنجاب الذكور عادة ، هذا بالإضافة إلي بعض المكونات الثقافية الأخرى المؤيدة لبعض الفتاوي الدينية و الآراء الشعبية التي ترفض تنظيم الأسرة و اعتبارها حرام ، و لها تأثير واضح في تشكيل اتجاهات و سلوكيات عينة البحث .

( المنطقة الحضرية ) : تنامي مصادر استقاء المعلومات بتنظيم الأسرة من الطبيب المتابع و ذلك بنسبة ٨٣,٨% ، و هذا يدل علي وعي المبحوثات في أهم الموضوعات المتعلقة بحياتهم بصفة عامة و الإنجابية و الصحية بصفة خاصة .

\*\*\* أشار البحث الراهن إلي أن هناك صعوبات بالغة في تغيير الإنسان بصفة عامة و السلوك الإنجابي بصفة خاصة ، و لكن من خلال الانطلاق من تفسير و تحليل ديناميات الواقع الاجتماعي و الاقتصادي للسكان في هذه المناطق و غيرها ، و استخدام الخصائص السكانية الإيجابية و تدعيمها ، و تحسين الخصائص التعليمية و الاجتماعية ، و كذلك الأوضاع الاقتصادية و الصحية للسكان ، حيث يمكن ترشيد السلوك الإنساني و الإنجابي علي حد سواء ، فالسلوك الإنجابي ليس وليد لحظة بعينها أو ظروف و أوضاع متلاحقة ، و إنما ينهض و يقوي بناءً علي ما تم تشكيله و تكوينه و اكتسابه من معارف و عادات و تقاليد و قواعد منذ الصغر ، و من ثم يصعب تغيير السلوك الإنجابي بسهولة ، لأنه نتاج عملية تتفاعل فيها العوامل الحيوية و المؤثرات الاجتماعية ، كما أنه نتاج التفاعل و التواصل الاجتماعي خاصة في المجتمعات النامية ، و ذات الثقافات الفرعية ، و الجانحة أحياناً نحو مزيد من العزوة العصبية ، و فرض السيطرة بالقوة أو بوضع اليد ، كما هو سائد و منتشر في المناطق العشوائية ، و منها مجتمع الدراسة .

و مجمل القول أن المدخل الأساسي لتعديل أو ترشيد - و ليس تغيير - السلوك الإنجابي هو الانطلاق من تحسين الخصائص السكانية للأفراد خاصة للإناث و اللاتي تسود بينهن الأمية بكل أنواعها ، و بنسب كبيرة تشكل حاجزاً كبيراً لتحسين قدراتهن ، و خصائصهن الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية و الديموجرافية الدافعة للإنجاب و التكاثر ، مما يستوجب تعديل و ترشيد السلوك الإنجابي عما هو

عليه ، و في المناطق العشوائية خاصة ، و إحداث تنمية ذاتية و إنسانية و بيئية شاملة لتعديل الاتجاهات و القيم الإنجابية إلي اتجاهات و قيم إنسانية تحفز علي إعلاء قيمة التعليم و الاستمرار فيه بدلاً من التسرب من التعليم ، و من فصول محو الأمية ، و من مراكز التدريب المهني أيضاً ، و كذلك قنوات الاتصال الثقافي و الاجتماعي ، و لعل ذلك يتفق مع ما أكدته نظرية التحول الديموجرافي ، و هي أن التنمية الاجتماعية و الاقتصادية ، عن طريق برامج و مشروعات التنمية البشرية و نجاحها يؤدي إلي سهولة الامتثال للإتجاهات و القيم الإنجابية التي تؤدي لارتفاع مستوى الطموح و الرفاهية و انخفاض معدل المواليد و الوفيات .

### توصيات

- ١- كثيف قنوات الاتصال المباشرة - مثل الندوات التثقيفية السكانية ، و كذلك رجال الدين ، و علماء الاجتماع و الأطباء في ندوات ، و حلقات نقاشية مستمرة ، و في أوقات و أماكن تحفز المواطنين علي حضورها و التفاعل معها .
- ٢- دمج موضوعات الثقافة السكانية ضمن البرامج و المشروعات الصحية و الاجتماعية و الاقتصادية المنفذة ، مثل : ثقافة و ممارسة الفحص الطبي قبل الزواج ، و الأهمية الصحية للأمهات و الأطفال و الأسرة و المجتمع ككل .
- ٣- عقد دورات تثقيفية - صحية و اجتماعية و دينية - للمقبلين علي الزواج من خلال حصرهم عن طريق المأذون و الكنيسة .
- ٤- عقد ندوات و حلقات نقاشية و توعية مستمرة لتوضيح الأخطار الصحية و الديموجرافية لزواج الأقارب .
- ٥- تعزيز الإتجاهات الداعمة لتبني زيادة فترة المباحدة بين المواليد إلي أكثر من سنتين ، و لتكن مثلاً من ثلاث إلي خمس سنوات ، و ذلك حتي يمكن تخفيض مرات الحمل و الإنجاب ، لتحقيق أهداف السياسة السكانية .
- ٦- تبصير الأفراد بأخطار الزواج المبكر ، و الإنجاب المبكر و المتكرر علي الصحة العامة و الإنجابية لهم و لأبنائهم ، و يكون ذلك عن طريق عقد لقاءات ثقافية و صحية و دينية مشتركة بكل أحياء المجتمع ، و ضرورة تحفيز المواطنين لحضورها ، و للتفاعل معها .
- ٧- تحسين الخصائص السكانية للأفراد سواء الاجتماعية و التعليمية و الثقافية و الاقتصادية و المهنية و الصحية ، و كذلك الاستثمارية لقدراتهم الخاصة ، و ذلك عن طريق استخدام مؤسسات المجتمع المدني و دور العبادة .

٨- تنمية الاتجاهات الإيجابية و رفع مستويات الطموح لدي معظم الأفراد ، و ذلك بغرض تغيير الاتجاهات السلبية و العنف بكل أنواعه المسيطر عليهم

## المراجع

١. أحمد بدر . أصول البحث العلمي ومناهجه، الكويت، وكالة المطبوعات، ١٩٧٧،.
  ٢. احمد مجدى حجازى ، العولمة بين التفكيك و اعاده التركيب : دراسات في تحديات النظام العالمي الجديد ، الدار المصريه ، القايره ، ٢٠٠٤ ،
  ٣. خالد عبد الفتاح ، العائد الاجتماعي من التعليم في مصر ، المجله العربيه لعلم الاجتماع ، مركز البحوث والدراسات الاجتماعيه ، كليه الاداب ، جامعه القايره ، العدد الحادي عشر ، يناير ٢٠١٣ ،
  ١. دلال محمد خليل ، صحة المرأة الإنجابية وتأثير ذلك على معدل وفيات الأمهات ، من أوراق المؤتمر القومي الثالث للمرأة، مارس ١٩٩٨ ، المنوفية ،
  ٢. رحمة بورقية ، الإنجاب والثقافة النسائية ، منشور في : المرأة العربية \_ الواقع والتصور ، دار المرأة العربية للنشر \_ نور ، القايره ، ١٩٩٥
  ٣. سمير محمد حسن . تحليل المضمون، القايره، ط ٢، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٦،
  ٤. سيدروي كالن ، عالم يفيض بسكانه - عرض لأسباب المشكلة و حل جذري لها ، ترجمة ليلى الجبالي ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، سبتمبر ، ١٩٩٦ ، ص ٢٤
  ٥. عبد الباسط محمد حسن . أصول البحث الاجتماعي، ط٥، القايره مكتبة وهبة، ١٩٧١، ص١٤٤.
  ٦. عزة كريم ، الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية للأسرة في المجتمعات العشوائية ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية ، مرجع سابق ، ص ٢٠ - ٢١
  ٧. كوثر عامر ، الصحة الإنجابية ، من أوراق المؤتمر القومي الثالث للمرأة ، مارس ١٩٩٨ ، المنوفية ، ص ٢٢.
  ٨. محجوب عطية الفاندى. طرق البحث العلمي بالعلوم الاجتماعية، البيضاء، منشورات جامعة عمر المختار، ١٩٩٠، ص ١١٣.
  ٩. محجوب عطيه ، أساسيات علم السكان ، منشورات الجامعة المفتوحة ، طرابلس ، ط ١ ، ١٩٩٧، ص ٥٥
- هدى زريق ، الصحة الإنجابية للمرأة العربية ، منشور

- في : المرأة العربية \_ الواقع والتصور ، دار المرأة العربية للنشر \_ نور ، القاهرة ، ١٩٩٥ ، ص ١٠١-١١٣ .
- ١٠ . محمد عارف، المنهج في علم الاجتماع-المنهج الكيفي والمنهج الكمي، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٧٢م، ص ٤٧ .
- ١١ . محمد على محمد . علم الاجتماع والمنهج العلمي، مرجع سابق، ص ٥٩٢ .
- ١٢ . نايف البنوي ومنير كرداشه ، الاتجاهات القدرية والسلوك الإنجابي في الأردن : دراسه مرجعيه ، مجله العلوم الاجتماعيه ، مجلس النشر العلمي ، جامعه الكويت ، المجلد ٣٨ ، العدد ١ ، ٢٠١٠ ، ص ٢٩٨ - ٣٢
- ١٣ . نجلاء محمد عاطف، تأثير الأبعاد الاجتماعية و الثقافية علي الصحة الإنجابية للمرأة المصرية: دراسة ميدانية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، دار المنظومة، ٢٠٠٩، ص ٤٠٨ .
- ١٤ . نجلاء محمد عاطف، تأثير الأبعاد الاجتماعية و الثقافية علي الصحة الإنجابية للمرأة المصرية: دراسة ميدانية، مرجع سابق، ص ٤٠٩ .

15. Bambra CS.,Current Status of Reproductive Behaviour in Africa, Human Reprod.Update, 1999 (5), P.10- 20 .  
Marcia C.Inhorn, et,al,Infertility Infection and Latrogenesis in Egypt:The Anthropological Epidemiology of Blocked Tubes,Med,Anthro.1993(15) P.1-28.
16. Belgin akyn,et,al,Quality of life and Related Factors in Women Aged 15-49 in the 12 Month Post-Partum Peried in Turkey,J.Obstet Gynaecol,Res,V.(35),N(4) , 2009:P.86-93.
17. Davis G,et,al," Female Circumcision:The Prevalence and Nature of the Ritual in Eritrea" Mil-Med.1999(164):P.11 Obermeyer CM, " The Consequences of Female Cricumcision for Health and Sexuality :an Update on the Evidence , Cult Health Sex 2005 (7), p.453-458.

18. Early, Evelyn A, Fertility and Fate: Medical Practices Among Baladi Women of Cairo , Bloomington: Indiana , University Press, 1993: P.102 .
19. <http://www-WHO-int/topics/reproductive health/en>.
20. Ikechebelu, et, al, High Prevalence of male Infertility in Southeastern Nigeria and Egypt, J. Obstet Gynaecol, 2003: (23) P.657-59.
21. International Conference on Population and Development 5-13 , ca/cairo-html.www.iisd September 1994 –Cairo
22. M . Khajehei , s . Ziyadlou and A . Ghanizadeh , Knowledge of and attitudes towards sexual and reproductive health in adults in Shiraz , a need for further education , Eastern Mediterranean health journal , vol 19 , no 12 , 2013 , p. 982 - 989
23. Peter J . Brown, Understanding and applying Medical Anthropology, Mayfield Publishing Co. U.S.A, 1982: p.343.
24. Renaud Marc , On the Structural Constraints to State Intervention in Health , IN: The Cultural Crisis of Modern Medicine , New York Monthly review Press , 1978: P.101 .
25. Ritu Sadana, Definition and Measurement of Reproductive Health , Bulletin of the World Health Organization 2002, 80(50)
26. Shahul H, et, al, Overcoming Social and Health Inequalities Among U.S Women of Reproductive Age – Challenges to the Nation's Health in the 21 Century , Health policy , 2009 (90) , P . 146-205.

Whitaker R.C, et, al, Predicting Obesity in Young Adulthood From Childhood and Parental Obesity , New England J. of Medicine, 1997 : (337) , P. 869-873 Marvia

- C .Inhorn, Quest for Conception, University of Pennsylvania press Philadelphia, U.S.A, 1994:P.1-440.
27. Tony Barnett , Sociology and Development , Hutchinson Education , London , 2005 , p . 13
28. WHO.World Health Assembly, Femal Genital Mutilation (FGM):May2008.
29. Willem Ombelet,et,al,Infertility and the Provision of Infertility Medical Services In Developing Countries,Human Reproduction Update,2008:V(14),N(6), P.605 .