

التمكين الاقتصادي للمرأة والصحة الإنجابية

(دراسة ميدانية في مجال علم اجتماع السكان)

سحر عبد ربه عبد العزيز (*)

مقدمة:

إن الاهتمام بالمرأة وتكريس حقوقها على الصعيدين الوطني والدولي، وتمكينها في كافة المجالات لاسيما الاقتصادية والاجتماعية والسياسية يتطلب أن تتمتع بصحة نفسية وجسدية جيدة، حيث أن تكوينها البيولوجي "المختلف عن تكوين الرجل" يجعلها في أحيان كثيرة في مركز ضعيف، كمرورها بفترات الحمل والولادة، لذلك أجمعت مختلف القوانين على ضرورة تمتع المرأة بالحقوق الصحية والإنجابية حتى تقوم بدورها في المجتمع على أكمل وجه^(١).

ونجد أن الصحة الإنجابية تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية فهي تتأثر سلبا بانتشار الأمية والبطالة وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته، كما تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها سواء بعلاقة الأم مع الأب أو كليهما مع الأبناء والبنات وعلاقة الأخوة ذكورا أو إناثا كما تتأثر بمكانة المرأة في المجتمع ففي كثير من دول العالم يتعرض الإناث للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية والحصول على الرعاية الصحية^(٢).

لذا يجب على الدول أن تتخذ كافة التدابير المناسبة لكي تكفل على أساس من المساواة بين الرجل والمرأة في حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية بما فيها الخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية الإنجابية. وينبغي أن توفر الدول برامج الرعاية الصحية الإنجابية، ولكل الأزواج والأفراد كحق أساسي أن يقرروا بحرية وعدد أطفالهم والتباعد بينهم، وأن يحصلوا على المعلومات اللازمة والتثقيف

(*) هذا البحث مستل من رسالة الدكتوراه الخاصة بالباحثة، وهي بعنوان: "التمكين الاقتصادي للمرأة والصحة الإنجابية" دراسة ميدانية في مجال علم اجتماع السكان، تحت إشراف أ.د. مديحة أحمد عبادة - كلية الآداب - جامعة سوهاج & أ.د. شادية أحمد مصطفى - كلية الآداب - جامعة سوهاج.
١ - غزلان، فليج، الحقوق الصحية والإنجابية كآلية لتحقيق تمكين المرأة، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، مجلد ٧ - عدد ٢ - ٢٠٢٠، ص ٧٤٨.

٢ - كامل، سلوى إبراهيم وآخرون، مؤشرات الصحة الإنجابية خلال الفترة (2014 - 2005)، الجهاز المركزي المصري للتعبئة العامة والإحصاء - مركز الأبحاث والدراسات السكانية، مجلد/عدد ٩٥، يناير ٢٠١٨، ص ٢٢.

المناسب والوسائل لبلوغ ذلك. ونحن بحاجة إلى مزيد من الاهتمام باستكشاف الصلة بين الصحة الإنجابية وبين غيرها من الجوانب الخاصة بتمكين المرأة .

- إشكالية الدراسة:

ومن الحقائق البديهية والمعروفة للجميع والتي ترد في معظم الأدبيات والتقارير المتعلقة بقضايا النساء أن المرأة تشكل نصف المجتمع ولذلك لا يمكن لأي مجتمع أن يتقدم ويتطور ونصفه عاطل أو معطل ، وبالتالي أصبح من المؤكد أن التنمية المستدامة لا تتحقق دون مشاركة المرأة على مختلف المستويات سواء الاقتصادية أو الإجتماعية أو السياسية، الأمر الذي يتطلب تمكينها في مختلف المجالات الحياتية، وعدم اغفال تمكينها صحياً فلكي تكون المرأة بكامل قوتها للقيام بأعمالها كامرأة عاملة وكأم وزوجه لا بد من الاهتمام بصحتها العامه والانجابية حتى تتمكن من القيام بالأعمال المنوطه اليها على أكمل وجه^(١).

يقول موسر (١٩٨٩) أن التمكين وفقاً للنسوية يعرف على انه القوة "أي الحق في تحديد الخيارات في الحياة والتأثير على اتجاه التغيير من خلال القدرة على السيطرة على الموارد المادية وغير المادية الحاسمة ، والقدرة (والسلطة) على اتخاذ تلك الخيارات بكل حرية ودون ضغوط خارجية عن ارادة المرء^٢.

كما تخلص تلك القدرة المرأة من تبعيتها للرجل والنظام الابوي المستبد الذي كان اساس في تدعيم علاقات السيطرة من قبل الرجل على المرأة^٣.

وهو ما اقرته نظرية الحقوق الانجابية لديسكون مولر حيث دعت الى توفير سلطة اتخاذ القرار للمرأة وان الخيارات الانجابية أساسية في تمكين المرأة ، لأنها "من الدرجة الأولى" ، خيارات حياة استراتيجية ضرورية للناس كي يعيشوا في حياتهم التي يريدونها. هذا الحقوق تكمن في صميم تقرير المصير الفردي. والذي يتضمن (١) حرية تقرير عدد الأطفال الذين لديها ومتى (أو ما إذا كان

^١ - أمل محمد علي الخاروف، مؤشرات تمكين المرأة اقتصاديا في الأردن، تقدم تمكين المرأة الاقتصادي بين الكم والنوع، الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية ٢٠١٣، ص ٥.

^٢ SandraGTurner&Tina.M.Maschi -Feminist and empowerment theory and social work practice, Journal of Social Work Practice, V(29), -N(2)- 2015,P 158.

^٣ - Ibid.

ترغب فى الحصول عليهم) ، (٢) الحق فى الحصول على المعلومات والوسائل اللازمة لتنظيم الخصوبة و (٣) الحق فى السيطرة على جسدها^(١).

فمن المعروف انه من شأن قدرة المرأة على اتخاذ قراراتها ان يحسن من صحتها العامة والانجابية، ففي ريف مصر لا يستطيعن النساء اخذ قرارات منفردة بشأن انجابهم وانجاب عدد قليل من الاطفال، ولا يخفى أن التقليل من مكانة المرأة، وحرمانها من التعليم ، ووقدانها للتحكم فى حياتها، بل وفى جسدها، تأثيرات سلبية على الوضع الصحى لها ولعائلتها. ولذلك أنه لكى يمكن تحسين الوضع الصحى للمرأة، فلا بد من أن تتضافر الجهود وتتناغم بين جميع المؤسسات السلطوية للعمل على تحقيق المساواة العادلة بين الجنسين، وتمكين المرأة على كافة المستويات مما ينعكس على صحتها ايجابياً.^(٢) فربط انجاز المرأة بالانجاب والزواج فقط واغفال اهمية خروجها للعمل والمشاركة فى التنمية من أكثر معوقات تمكين المرأة فى اى بلد وكذلك التأثير السلبى على السياسات السكانية الخاصة بتنظيم النسل وصحة الامومه^(٣).

ومن هنا بدأت الدراسات تتجه الى للبحث حول العوامل المؤثره فى تمكين المرأة وتأثيره على الصحة الانجابية لديها، وتعد الدراسة التى قام بها (Oluwole Odutolu, and et al. ٢٠٠٣^(٤) من الدراسات الهامة حول علاقة التمكين الاقتصادى بالصحة الانجابية للمرأة حيث أكد بأن زيادة الوصول إلى الموارد هو عامل رئيسي نحو ضمان التمكين المنشود. وبالتالي تحسين المعرفة و الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية بين النساء وإزالة جميع الحواجز التي تحول دون استخدام هذه الخدمات الصحية. وكذلك تحسين الكفاءة الذاتية واكتساب المهارات ، وبالتالي تقليل التعرض للضغوط لبدء أو مواصلة النشاط الجنسي نتيجة للحرمان

¹- Sarangi Mrutyunjay, women's empowerment and fertility behavior in rural india, doctor of philosophy , the Pennsylvania state university,1998,p:35,38.

² -N.Qureshi and B.T. Shaikh ,women's empowerment and health: the role of insittutions of power in Pakistan, Eastern Mediterranean health Journal,vol.13,No.6,2007,p:1459.

^٣ - دودو، نعيمة، تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة،رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة فرحات عباس بسطيف، الجزائر، ٢٠١١، ص٢٤٩.

⁴ - Oluwole Odutolu, and et al., Economic Empowerment and Reproductive Behaviour of Young Women in Osun State,Nigeria, African Journal of Reproductive Health, Vol. 7, No. 3 (Dec., 2003), pp. 92,95.

الاقتصادي. كما تسلط نتائج الدراسة الضوء على أهمية العلاقة بين تعليم الإناث ، والوصول إلى الموارد الاقتصادية كوسيلة لتعزيز تمكين المرأة وخاصة من حيث سلوكها الإنجابي. كما يرتبط المستوى التعليمي ومستوى الفقر ارتباطاً وثيقاً بالصحة الإنجابية، فقد أشارت النتائج إلى أن النساء غير المتعلّقات اللاتي يعشن تحت خط الفقر ينجن عدداً أكبر من الأطفال.

كما تشير نتائج المسح السكاني الصحي في مصر لعام ٢٠١٤ الى أن فرص النساء عموماً، ولا سيما اللاتي يعشن في الريف والمناطق المحرومة، تقل عن فرص الرجال في الالمام بالمعلومات الصحية، فتعد النساء في ريف الوجة القبلى بمصر الاكثر احتياجاً الى خدمات تنظيم الاسرة التي لم تتم تلبيتها وتبلغ نسبتها ١٧% وأظهرت النتائج على مستوى المحافظات أن أعلى نسبة من الاحتياجات التي لم تتم تلبيتها لوحظت في المحافظات الاشد فقراً (سوهاج- اسيوط- قنا) كما وجد أن الفترات الفاصلة بين المواليد أطول بالنسبة للنساء اللاتي يعملن مقابل أجر نقدي، كما ان معدل الخصوبة الكلى في ريف الوجة القبلى بمصر – وهى المنطقة التي تشهد أعلى معدلات الفقر يبلغ ١,٤ مولود لكل امرأة. وللصلة بين الفقر وارتفاع الخصوبة تأثير سلبى على تمكين المرأة^(١).

ويمكن تفسير تلك الزيادة في معدلات الانجاب بريف مصر نتيجة للقيم الثقافية والتوجهات العقلية التي تميز ريف مصر حيث ووفقا لبورديو ان الهابيتوس "نسق من الاستعدادات المكتسبة التي تحدد سلوك الفرد ونظرته إلى نفسه وإلى العالم الذي يكتنفه، وهو أشبه ما يكون بطبع الفرد أو بالعقلية التي تسود في الجماعة الذى ننشأ بها لتشكل منطق رؤيتها للكون والعالم. ووفقا لهذا التصور يعد "الهابيتوس" جوهر الشخصية والبنية الذهنية المولدة للسلوك والنظر والعمل، وفقاً للثقافة المحيطة بالفرد والذى يتوجهه في اطارها سلوكه"^٢، ولما كانت الثقافة المكتسبة في ريف مصر تحث على ضرورة وقيمة الانجاب وربط مكانة المرأة بمعدل انجابها نجد الأزواج تتجه سلوكياتهم استجابة الى تلك القيم وامتثالاً للمعايير الثقافية لجماعتهم نحو انجاب المزيد من الاطفال ورفض في معظم الاحيان استخدام وسائل لتنظيم الاسرة حيث ان قرار حجم الاسرة يتم حسمة ثقافياً وتضفى

^١ - المسح السكاني الصحي، مصر، ٢٠١٤، ص ٤١-٤٢، ٦٤.

^٢-Cristina Costa, Mark Murphy- Bourdieu, Habitus and Social Research, London,2015,P16-30

الثقافة مكانة عالية على الأسرة التي بها عدد كبير من الاطفال^١. وهو ما يشير إلى التجسيد المادي لرأس المال الثقافي ، والى العادات والمهارات والتصرفات الراسخة بعمق التي نمتلكها بسبب تجارب حياتنا والتي نستدعيها لنطبقها بشكل عفوى كما ذكر بورديو فلكل منا هابيتوس يتصرف وفقاً له^٢.

وبناءً على ماسبق كان هناك ضرورة لدراسة الصلة بين التمكين الاقتصادى للمرأة والصحة الانجابية فى مجتمع الدراسة فنحن بحاجة الى إجراء المزيد من الابحاث بشأن تاطر الصحة الانجابية بمشاركة المرأة الاقتصادية وانعكاس ذلك على الأبعاد المختلفة لصحتها .لدم البرامج والسياسات المتعلقة بهذا الشأن .لذلك تحاول الدراسة الراهنة تحليل وتفسير العلاقة بين التمكين الاقتصادى للمرأة والمؤشرات المختلفة للصحة الانجابية بين عينة من النساء العاملات (مده لا تقل عن ثلاث سنوات) المتزوجات حالياً وفى سن الانجاب (٢٠ - ٤٩) فى إحدى قرى محافظة سوهاج (الاصلاح) ، والجدير بالذكر ان الباحثة فى هذا الدراسة سوف تحدد التمكين الاقتصادى للمرأة باربعة متغيرات اساسية تتماشى مع طبيعة الدراسة الحالية وهما(قدرة المرأة على اتخاذ القرار - الملكية الخاصة للمرأة- عمل المرأة - الموروث الثقافى).وللتحقيق من ذلك كان التساؤل الرئيسى للدراسة هو: ما هى العلاقة بين التمكين الاقتصادى للمرأة وصحتها الانجابية؟

أهداف الدراسة:

يدور الهدف الرئيسى للدراسة الراهنة فى محاولة التعرف على طبيعة العلاقة بين التمكين الاقتصادى للمرأة والصحة الانجابية ويندرج تحت هذا الهدف مجموعة من الاهداف الفرعية، وذلك على النحو التالى:-

- معرفة تأثير الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية للمرأة على درجة تمكينها وصحتها الانجابية.
- دراسة أثر واستقلالية المرأة فى صنع القرار فى المجالات المختلفة على قراراتها الانجابية ومستوى صحتها.
- رصد العلاقة بين عمل المرأة و صحتها الانجابية.

^١ - شكرى، علياء ، الخولى، حسن، زايد، احمد ' المرأة فى الريف والحضر، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٨ .
ص ٣٥٢.

^٢-Cristina Costa, Mark Murphy- Bourdieu, Habitus and Social Research,Ibid .

- كشف مدى تأثير الملكية الخاصة للمرأة وحدود استخدامها على صحتها الانجابية.
- التعرف على تأثير الموروث الثقافى على التمكين الاقتصادى للمرأة والصحة الانجابية.
- تحليل اهم المقترحات والرؤية المستقبلية لدى عينة الدراسة لزيادة تمكين المرأة وتحسين مستوى صحتها الانجابية؟.

تساؤلات الدراسة:

التساؤل الرئيسى للدراسة هو: ما العلاقة بين التمكين الاقتصادى للمرأة وصحتها الانجابية؟

ويندرج تحت هذا التساؤل الرئيسى مجموعه من التساؤلات الفرعية خاصة بمغيرات الدراسة هي :

- * ما اهم الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة؟
- * كيف تؤثر قدرة المرأة على اتخاذ القرار فى تمكنها الاقتصادى وصحتها الانجابية ؟
- * كيف تؤثر الملكية الخاصة للمرأة على تمكينها الاقتصادى و صحتها الانجابية؟
- * ما أثر عمل المرأة على الصحة الانجابية لديها؟
- * ما تأثير الموروث الثقافى على التمكين الاقتصادى للمرأة وعلى صحتها الانجابية؟
- * ما اهم المقترحات والرؤية المستقبلية لدى عينة الدراسة لزيادة تمكين المرأة وتحسين مستوى صحتها الانجابية؟

٣- اهمية الدراسة :

ان العرض السابق لموضوع الدراسة واشكاليته يقودنا الى التاكيد على اهمية الدراسة انطلاقاً من الاعتبارات النظرية او التطبيقية وتتمثل اهمية تلك الدراسة فى الاسباب التالية:-

الاهمية النظرية:-

* اثراء المجال النظرى فى العلوم الاجتماعية بطرحها للرؤى الاجتماعية والاقتصادية التى تناقش قضية تمكين المرأة والصحة الانجابية وهذا الموضوع من الموضوعات الهامة ليس على المستوى الفردى ولكن على المستوى المجتمعى

وذلك من خلال رسم صورة وافيه عن قضية الدراسة تلك الصورة التي تساعدنا على اختبار مدى كفاءة القضايا النظرية المطروحة وتفسير العوامل المسؤولة عن وجودها.

* كما تستمد الدراسة جزء من أهميتها في محاولة التأسيس النظرى لمفومين مهمين في العلوم الاجتماعية وهما (التمكين الاقتصادي - الصحة الانجابية) ومعرفة مؤشراتهم.

*بناءً على ما تقدمه الدراسة الحالية من بيانات ومعلومات، وما يمكن أن تسفر عنه من نتائج وحقائق مستمدة من الواقع الفعلي الراهن لأوضاع النساء بمنطقة الدراسة، فقد تكون هذه الدراسة وغيرها من الدراسات المماثلة مرشداً علمياً للباحثين والمهتمين بقضايا المرأة والسكان بصفة خاصة.

*كذلك فإن التعرف على العوامل المرتبطة والمحددة لمستويات التمكين الاقتصادي للنساء ، قد يؤدي إلى فائدة تطبيقية تتمثل في دعم وتنشيط العوامل ذات التأثير الإيجابي على مستوى تمكين السيدات والذي يؤثر بدوره على تحسين المستوى الصحى لديهن بشكل عام وصحتهم الانجابية بشكل خاص ، في مقابل العمل على مواجهة العوامل ذات التأثير السلبي .

ثانياً:- الأهمية التطبيقية:

* الوصول الى نتائج ومقترحات قابلة للتطبيق لدى واضعى السياسات والجهات المعنية بقضايا المرأة والسكان، كالمركز القومي للمرأة، المجلس القومي للسكان.

* أن نتائج هذه الدراسة ستساهم في تخطيط برامج إرشادية تساعد افراد المجتمع على ادراك اهمية حصول المرأة على خدمات الصحة الانجابية ومشاركتها في كافة المجالات .

١-نوع الدراسة:

دراسة تفسيرية، وهي البحوث التي تعرض خصائص الظاهرة كميًا وكيفيًا بصورة محكمة ودقيقة بناء على تساؤلات سببية معينة يحدد فيها الباحث مدى وجود علاقات سببية بين الظواهر وتحاول الباحثة تفسير وتحليل العلاقة بين التمكين الاقتصادي للمرأة والصحة الانجابية من خلال جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها واستخلاص دلالاتها ومن ثم الوصول إلى إصدار تعميمات بشأن الموقف

أو الظاهرة التي تقوم الباحثة بدراستها.^(١) وتندرج هذا الدراسة ضمن علم اجتماع السكان.

٢- منهجية الدراسة:

المنهج الوصفي التحليلي: يمكننا تعريف المنهج الوصفي التحليلي بالطريقة المرتبة والمنهجية التي يتبعها الباحث لدراسة بحثه العلمي، وذلك بجمعه مقدار كبير من المعلومات والبيانات، ثم وضع الفروض او المتغيرات البحثية التي توضح العلاقات بين المتغيرات البحثية، ثم استخدام ما يناسب من أدوات تحليل، تقود الى الوصول الى نتائج وتفسيرات وحلول منطقية لموضوع البحث العلمي. فهو من مناهج البحث العلمي القادرة على تحليل مشكلة أو ظاهرة البحث العلمي بشكل دقيق، والتعرف على أسباب حدوثها، مما يساعد على الوصول الى استنتاجات ونتائج وحلول دقيقة لها، ولذلك سوف يتم اعتماد هذا المنهج في الدراسة وجمع البيانات عن طريق:-

أ- المسح الاجتماعي بالعينة.

ب - دليل المقابلة المتعمقة.

٤- عينة الدراسة

وفيما يتصل بحجم العينة ونوعها فقد استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية العينة العمدية (الغرضية) والتي يكون الاختيار في هذا النوع من العينات على أساس حر من قبل الباحث، و حسب طبيعة بحثه بحيث يحقق هذا الاختيار، اهداف الدراسة المطلوبة. وقد بلغ حجم العينة المطبق عليهم صحيفة الاستبيان وفقاً لمعادلة تحديد العينة والتي استمدت بياناتها من تعداد السكان واتباع طريقة تحديد العينة و قد تم تحديد حجم العينة (٤٧٥)، وذلك بنسبة (٢٠%)، ومن ثم اختيار عينة قوامها (٢٥) حالة ليطبق عليهم دليل المقابلة من المستويات الثلاث للتمكين، وما فيما يتصل بشروط العينة: ان تكون سيدة متزوجة منذ اكثر من خمس سنوات وتعمل فترة لا تقل عن ثلاث سنوات سنوات وفي سن الانجاب من ٢٠-٤٩ سنة.

١- حسن، عبد الباسط محمد، أصول البحث الاجتماعي، القاهرة، الطبعة الحادية عشر، مكتبة وهبة، ١٩٩٠، ص ١٣٤.

٢ - تيسير، محمد، نبذه حول المنهج الوصفي التحليلي، نشر مؤسسة المجلة العربية للعلوم ونشر الابحاث، ٢٠٢٣، ص ٥.

٥-مجالات الدراسة:

أ - المجال الجغرافى:

يتمثل المجال الجغرافى للدراسة الراهنة فى احدى قرى مراكز محافظة سوهاج بمركز البلينا والتي بلغ اجمالى عدد سكانه(مركز البلينا) وفقاً لتعداد ٢٠١٧ (٥٢٢,١٥٤) وبالتحديد سوف تجمع البيانات من قرية الاصلاح والتي بلغ عدد سكانها وفقاً لتعداد ٢٠١٧ (١٢,٨٦٦).

ب- المجال البشرى:

ويقصد بها الفئات البشرية التى اجريت عليها الدراسة, ويتمثل المجال البشرى لهذا الدراسة فى السيدات المتزوجات منذ اكثر من خمس سنوات وتعمل فترة لا تقل عن ثلاث سنوات وفى سن الانجاب من ٢٠-٤.

ج- المجال الزمنى: وهى فترة جمع البيانات من الميدان وقد امتدت الدراسة الميدانية من تاريخ ديسمبر ٢٠٢٢ الى ابريل ٢٠٢٣. ثم قامت الباحثة بتحليل البيانات وتفسيرها والتعليق عليها واستخلاص النتائج.

٦:- أدوات الدراسة:

اعتمدت الباحثة على مجموعه من الأدوات فى جمع مادتها النظرية والميدانية وهذه الأدوات هى: أ-السجلات الإحصائية والوثائق والمسوح: ذات الصلة بموضوع الدراسة التى تحوى بيانات ومعلومات تمثل أهمية لموضوع البحث، ومن هذه السجلات الإحصائية والوثائق التى تم الاستناد إليها ما يأتى:

- ❖ تعداد السكان لعام ١٩٩٦-٢٠٠٦-٢٠١٧م.
- ❖ كتاب وصف مصر بالمعلومات.
- ❖ مصر فى أرقام الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء.
- ❖ المسح السكاني الصحى لمصر أعوام ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠١٤ و ٢٠٠٨م.
- ب-صحيفة الاستبيان.
- ج- دليل المقابلة.

٧: أساليب تحليل البيانات ومعالجتها:

أ- البيانات الكمية: بعد الإنتهاء من جمع البيانات عن طريق الاستبيان، تم مراجعة البيانات للتأكد من إستيفائها وصدقها واستبعاد الاستمارة الغير مكتملة او تعدد الاجابات بها ولذلك تم استبعاد عدد ٢٥ استمارة من اجمالى ٤٧٥ استمارة ليتبقى عدد ٤٥٠ استمارة, و تم إدخال البيانات الميدانية على برنامج SPSS ، وهو

برنامج لتحليل بيانات العلوم الاجتماعية تحليلاً إحصائياً وتم التحليل على مستويين: الأول الجداول البسيطة بالاعتماد على النسب المئوية للتوزيع التكراري و من مقاييس النزعة المركزية تم إجراء المتوسط الحسابي، والثاني هو معامل ارتباط بيرسون.

ب- وبالنسبة للتحليل الكيفي لدليل المقابلة: بعد أن تم جمع الباحثة البيانات من عدد ٢٥ حالة من المستويات الثلاثة للتمكين ، قامت بتفريغ هذه البيانات وتصنيفها وفقاً لمحاور الدراسة وأهدافها، ومن ثم قراءة هذه البيانات أكثر من مرة على فترات متباعدة إلى حد ما، بهدف الوصول إلى حالة من الفهم العميق لهذه النصوص، ثم بعد ذلك عملية تفسير البيانات، من خلال إلقاء الضوء عليها، وتوضيح ما تم استخلاصه منها، والكشف عن الدلالات المختلفة التي حملتها هذه البيانات، واعتمدت عملية تفسير البيانات على الربط بين الإطار التصوري للدراسة والمادة الميدانية التي تم جمعها، والربط كذلك ما بين نتائج الدراسة الراهنة ، وبعض النتائج التي توصل إليها باحثون آخرون والنظريات المفسرة .

رابعاً: مفاهيم الدراسة:

وتتعدد المفاهيم المستخدمة في البحث، ولعل أهمها التمكين الاقتصادي للمرأة ومفهوم الصحة الانجابية ويمكن إيجازهم فيما يأتي:

اولاً: مفهوم التمكين الاقتصادي للمرأة:

ويعرف صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة التمكين الاقتصادي :على أنه توفير فرص أكبر للمرأة للحصول على الموارد والتحكم في المجتمع أي أن التمكين هو مشاركة المرأة مشاركة تامة في صنع القرارات والسياسات المتعلقة بحياتهم وفي تنفيذها ضمن حيز الواقع^(١).

ولكي تتمكن من تحقيق التمكين الاقتصادي للمرأة لا بد من توافر أربعة مقومات أو عناصر أساسية وهي^(٢):

١- التقدم والنمو الاقتصادي من خلال زيادة الدخل والعائد من العمل.

^١ -صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة. ٢٠٠٠. مدخل سياسات النوع الاجتماعي، مكتب غرب آسياص. ٦٤.

^٢ - Women's Economic Empowerment in M4P Projects, Swiss Agency For Development and Cooperation SDC Regional Cooperation / Latin America Division, 19 March to 10 April 2012 ,p3-4.

- ٢- الوصول إلى الأصول والخدمات والدعم الضروري للنهوض اقتصادياً.
- ٣- المشاركة في صنع القرار في مختلف المجالات بما في ذلك القرارات والشؤون المالية للأسرة المعيشية.
- ٤- الحصول على الفرص وفرص الحياة مثل تنمية المهارات أو فرص العمل.

ويصف البنك الدولي تمكين المرأة على أنه "توسيع لحرية الاختيار والتصرف، التي من شأنها زيادة سلطة المرأة وتحكمها بالموارد والقرارات الخاصة بحياتها". وتؤثر "حرية الاختيار والتصرف والتي يحددها التمكين المجتمعي والفردى، على النتائج الصحية بالنسبة للمرأة عبر تمكين التغذية المناسبة والوصول إلى موارد الرعاية الصحية والتحكم بالصحة الإنجابية والأمومة والحصول على التمويل وغيرها من العوامل. ومقاومة الاعراف والمؤسسات الاجتماعية التي تسهم في اعاقه او عرقلة الخيارات المتعلقة بالنساء سواء برضاهن او لا^(١).

المفهوم الاجرائى للتمكين الاقتصادى للمرأة : العملية التي يتم من خلالها تعزيز قدرة المرأة على المشاركة واثاحة فرص العمل مساواة بالرجال، بالإضافة الى تحسين فرص التعليم والحصول على الاستقلال المادى الخاص بها والتصرف في دخلها، والذي من شأنه زيادة سلطة المرأة وتحكمها بالموارد والقرارات الخاصة بحياتها". مثل صحتها الإنجابية والأمومة اى متى تريد ان تصبح ام وكم تريد من الاطفال ومتى تستخدم وسيلة لظبط انجابها وتحديد الرعاية الصحية المناسبة والوصول اليها بدون عائق.

ثانياً: مفهوم الصحة الانجابية:

ولقد تعددت مفاهيم الصحة الانجابية ومن هذا المفاهيم ان الصحة الانجابية هى حالة رفاة كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الامور المتعلقة بالجهاز التناسلى ووظائفه وعملياته وليست السلامة من المرض او الاعاقه

ويتفق هذا التعريف مع التعريف الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذى تعرف الصحة الإنجابية (باتها الوصول إلى حالة اكتمال السلامة البدنية والنفسية

١ - تمكين صحة المرأة لتحقيق التنمية المستدامة، القمة العالمية للحكومات، ٢٠١٩، ص ١٢.

والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته ، وليس فقط الخلو من الامراض والاعاقة^(١) , بمعنى انه لا ينبغي الوقوف عند حدوث الامراض والحالات المرضية اثناء الحمل والولادة , بل يجب ان يمتد مفهوم الصحة الانجابية ليشمل تقديم الخدمات التي تحتاجها المرأة- خاصة الوقائية- بين فترات الحمل مع الاهتمام بالصحة النفسية والاجتماعية^٢.

* مؤشرات الصحة الانجابية ١٧ مؤشراً بالترتيب حسب منظمه الصحة العالمية^(٣):

- ١- معدل الخصوبة الكلى.
- ٢- معدل انتشار وسائل منع الحمل.
- ٣- معدل وفيات الامهات.
- ٤- تغطية الرعاية السابقة للولادة.
- ٥-نسبة الولادات تحت اشراف موظفين صحيين مهرة.
- ٦- توافر رعاية التوليدالاساسية.
- ٧- توافر رعاية التوليدالاساسية.
- ٨- معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة. ٩- انتشار انخفاض الوزن عند الولادة .
- ١٠- انتشار مصل الزهري الايجابي عند النساء الحوامل. ١١-انتشار فقر الدم عند النساء.
- ١٢- الاجهاض الغير امن.
- ١٣- ختان الاناث(تشوية الاعضاء التناسلية للاناث). ١٤- انتشار العقم عند النساء.
- ١٥- نسبة التهاب الاحليل عند الرجال ١٦- انتشار نقص المناعة البشرية عند النساء الحوامل.
- ١٧- المعرفة بالممارسات الوقائية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية.

ومن خلال ما سبق يمكن ان نقول المفهوم الاجرائي للدراسة هو:-

" العملية التي يتم من خلالها تعزيز قدرة المرأة على اتخاذ القرار بامور حياتها, كتحديد عدد الاطفال التي ترغب في انجابهم, ومتى ترغب بهم, والمدة بين الحمل والآخر, والحرية في استخدام وسائل تنظيم مناسبة وامنة, وتلقى الرعاية الصحية,

^١ - كامل، سلوى إبراهيم وآخرون , مؤشرات الصحة الإنجابية خلال الفترة (2014 - 2005) , مرجع سابق,ص ٢٢.

^٢ - سليمان, امل ابراهيم عبده" وعى الشباب الجامعى بقضايا الصحة الانجابية, مرجع سابق, ص ٤٨.

وتعزيز مشاركتها في سوق العمل بما يمكنها من تحسين فرص حصولها على الرعاية الصحية عند طبيب دون قيود، وتوسيع مجال ملكيتها والموارد لديها مما يؤدي الى اعتمادها على ذاتها وتحسين وضعها الاقتصادي والصحي.

التوجه النظري للدراسة:

١- النظرية النسوية:-

تنطلق النظرية النسوية من ان تهميش المرأة وسيطرت الرجل المطلقة عليها والتي منحها هو لنفسه كان السبب في ظهور جماعات ذكورية متطرفة كانت لها نظرتها التي يملئها حب التحكم والتسلط والقيادة واستبعاد المرأة حتى لا تكون لها فرصة لإثبات وجودها مما ادى الى ظهور تفرقه وتمييز بين الجنسين الرجل والمرأة والمراد هنا هو تفضيل الرجل لجنسه على جنس المرأة , ولذلك ارتكزت النظرية النسوية على مبدئين اساسيين هما مبدأ المساواة التماثلية بين الرجل والمرأة وثانيهما الحرية المطلقة للمرأة في ممارستها اليومية وان هذين المبدئين متكاملين اي لا يمكن فصل احدهما عن الاخر كما لا يمكن وجود الاول دون الثاني او العكس وهذه^(١).

فترض النظرية النسوية ما جاءت به النظرية البيولوجية والتي تعطي للخصائص البيولوجية التي يتمتع بها الفرد أهمية وتجعلها هي المحدد الاول لوظيفة الفرد في المجتمع ، وفكرتها الرئيسية هي ان وظيفة المرأة تقتصر على عمليات الحمل والولادة ورعاية الاطفال، اما المهام الاخرى فهي من نصيب الرجل، كما أن تقسيم العمل بين الرجل والمرأة ركز على المعيار البيولوجي اي حسب التكوين الجسمي لكلا منهما، على اعتبار أن المرأة تتميز ببنية ضعيفة مما يحتم عليها المكوث بالمنزل والقيام بأعبائه وأنها خلقت للحمل والولادة ، وهناك من يرى بأن خروجها للعمل قد يضع أئوتتها في الغالب وهذا القول يؤيده أنصار النظرية البيولوجية على بينما ترفضه النظرية النسوية^(٢).

^١ - رضاني، مريم ، تجليات النظرية النسوية في ترجمة الادب النسوي، رسالة ماجستير، جامعة وهران، كلية الاداب واللغات، ٢٠١١-٢٠١٢، ص ٧-٨.

^٢ - دودو، نعيمة، تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة ، مرجع سابق ، ص ٣٠

لذا كان هدف هذه النظرية الاساسى هو التغيير الشامل لوضعية المرأة فى المجتمع ، و التوسع فى الحقوق القانونية التى كانت للرجل مثل: التصرف فى الملكية الخاصة والوصاية على الابناء وحقها فى العمل والتوظيف والاجور ومساواتها باجور الرجال^(١).

فهناك ارتباط دائماً بين الوضع المتمدنى للمرأة ودخلها المنخفض والحالة الصحية بشكل عام والمرأة وأسرتها بشكل خاص, فنتيجة لعدم توفر فرص العمل المناسبة والظروف الاقتصادية الصعبة التى تمر بها المرأة فانها لا يتوفر لديها من الدخل ما يكفى لاشباع الاحتياجات الصحية لها ولافراد اسرتها كما يرتبط انخفاض الدخل ايضاً بالعديد من المشكلات الصحية التى تواجهها أسرة المرأة وخاصة المرأة المعيلة مثل نقص التغذية لابنائها واصابتهم بالامراض وعدم القدرة على توفير الرعاية الصحية فى الوقت المناسب, كما أن ضعف الجانب الاقتصادى للأسرة يعد مسئولاً عن لجوئها للسكن فى مساكن غير صحية تساعد على ظهور بعض الامراض التى تزيد حاجه الاسرة للعلاج والادوية^(٢).

كما أكدت النظرية النسوية أن النوع الاجتماعى يفترض به القيام بدورين رئيسيين-

أ- الأدوار المرتبطة بالمجال الخاص (الدور الإنجابى-الخدمى-المجتمعي): هذه الأدوار مرتبطة بالمجال الخاص، أو المجال الذى لا يتم ممارسة السياسة بها، وهو مرتبط باستمرار التناسل، وتوطيد العلاقات الاجتماعية، وقد أكدت النظرية النسوية بمختلف موجاتها أن القمع الذى تعاني منه المرأة مرتبط بالأساس بحصر دورها على هذا المجال، بالإضافة لتحميلها جميع الأعباء المرتبطة به، والتقليل من أهميته. فالمجال الخاص هو مجال مناقشة كل ما هو خاص مثل(الإنجاب - الأدوار داخل المنزل - الحياة الأسرية والجنسية - العلاقات داخل الأسرة)، وهو كذلك مجال

١ - - رودكر, نرجس, ترجمة ضافره, هبة, فيميزم الحركة النسوية, مفهومها, أصولها النظرية وتياراتها الاجتماعية, مرجع سابق, ص ٨٩-٩٠.

٢ - محمد, تهامى, مصعب, جعفرورة, تمكين المرأة كآلية لتحقيق أهداف السياسة السكانية فى الجزائر, دراسة ميدانية على عينة من النساء المتزوجات بمدينة الاغواط, مجلة العلوم الاجتماعية, مجلد ١٣ - عدد ٤, ٢٠١٦, ص ١٩٢.

مناقشة العنف ضد النساء بكافة اشكاله والذي يحدث في المجال الخاص مثل(الختان -العنف الأسري - الاغتصاب الزوجي - تقييد حرية الحركة) وغيرها^(١).

ب- الأدوار المرتبطة بالمجال العام (التمثيل السياسي- الدر الإنتاجي): وهي الأدوار التي تتركز بها عملية صنع القرار، والسيطرة على مصادر القوة داخل المجتمع، والتأثير على العلاقات والأنماط الاجتماعية التي تربط الأفراد داخل المجتمع، وترى المدرسة النسوية أن أستبعاد المرأة من هذا المجال أدى لغياب الأصوات النسائية التي تمتلك القدرة في نقل احتياجات المرأة في المجتمع، وهو ما انعكس بالسلب على وضع المرأة في المجال الخاص، حيث أن المجال العام اصبح يصدر قرارات وعدد من الأفعال التي لا تراعي النوع الآخر المكون للمجتمع^(٢). ويمكن اعتبار النظام الأبوي الأيدولوجية الأكثر تغلغلا في حضارتنا التي تركز على مفهوم القوة، وهي ذات الأيدولوجية التي يمكن اعتبارها المصدر الأول للسيطرة على النساء وقمعهن"^(٣). ولذلك أشارت الى عدم صحة الفصل التام بين المجالين العام والخاص. فالمجال الخاص يتأثر متأثرا بالغا بالمجال العام ولذلك دعت هاربيت الى ضرورة التعليم والعمل لتحقيق الاكتفاء الذاتي والاستقلالية^(٤).

٢ - الهابيتوس لبير بورديو

يلعب مفهوم الهابيتوس دورا مركزيا فلى اعمال بورديو عند معالجة للظواهر السيسولوجية، لفهم طبيعية الممارسات الاجتماعية، ويتكون الهابيتوس عند"بييربورديو" من مجموع الاستعدادات التي يكتسبها الفرد عبر تجاربه الشخصية لتتحول مع مرور الوقت الى بنيات ناظمة للسلوك ومنتظمة فى نفس الان: اى الى مبدا مولدا للفعل ونتاج له°.

^١ - محمود، هند و طنطاوي، شيماء ، دليل للمبادرات النسوية/ النسائة الشابة، الطبعة الاولى- نظرة للدراسات النسوية- ٢٠١٦- ص ٢٤.

^٢- Haney Lynn "Feminist State Theory: Applications to Jurisprudence, Criminology, and the Welfare State." Annual Review of Sociology 26 (2000): 641-661-

^٣- Nancy Levit., "Reconstructing Images of Gender in Theory" In The Gender Line: Men, Women, and the Law., (New York; NYU Press, 1998(PP199-215.

^٤ - محمود، هند و طنطاوي، شيماء ، دليل للمبادرات النسوية/ النسائة الشابة، مرجع سابق ص ٢٥.

° - لعربى، صلاح الدين، مفهوم الهابيتوس عند بيير بورديو، جامعة سيدى محمد بن عبدالله، المغرب، مجلة العلوم الاجتماعية، ع ٩، نوفمبر ٢٠١٤، ص ٦٣.

وبذلك فان ممارسة الاشخاص كيفما كانت , سواء اتخذت نشاط رمزي او تظهت على شكل سلوك عملي, فهي محكومة بالتجربة السابقة للافراد, وبمختلف اشكال التنشئة الاجتماعية, وهذا ما جعل ديبار "CL.DUBAR" يتحدث عن التنشئة الاجتماعية كاستنباط للهابيتوس الذي يشير الى مجموعة من الاستعدادات المتعلمة الى الممارسة التي يتم تلقينها في محيد اجتماعي محدد, وتساهم الاسرة والمدرسة في بناء هذا الالية التي تحمل سمات الطبقة التي ينتمي اليها الفرد, لذا فالهابيتوس هو عبارة عن تلك البيئة المولدة لكل ممارسة , والموجهة لكل ما هو مقبول وما هو مرفوض من جانب الفرد^(١).

فالهابيتوس الموروث مقنع لا لانه موروث فحسب, بل ايضاً لان ايعازاته تقوم على ثوابت تم التاكيد من صحتها على مدى الاجيال والقرون. من هنا تبدا العادات والتقاليد والاعراف على الدوام صحيحة, في المعتقد العام, لكونها ثمرة تجارب موضوعية خاضها الاهل والاجداد والاسلاف ومطابقة للحس السليم العام. واي هابيتوس ينبع من ثبات في الاستخلاص التجريبي, كما انه يسعى الى اعادة انتاج هذا الثبات لاقناع اصحابه بصحة الموضوعية^(٢).

فمثلا اذا حللنا العلاقة بين الرجل والمرأة في الثقافة الريفية التقليدية المكتسبة من التنشئة الاجتماعية لوجدنا ميل الثقافة على العموم على اظهار ضعف المرأة, وانها تابعة للرجل مقابل الرجل الذي تعطية تلك الثقافة السيطرة والحرية فما هو مرفوض وممنوع على النساء مصرح به ومقبول للرجال بدون اي تدخلات وعلى كلا منهم ممارسة الدور المتوقع له في المجتمع في ممارستهم^(٣).

ولذلك نجد الثقافة تحمل قناعات موروثة لدى الريفين بالخصوص في تفضيل عدم خروج المرأة خارج منزلها, كما يوحي المجتمع بأن عدم خروجها أفضل من لها, بل يرفع من شأنها لدى الاخرين, وتؤكد ذلك الامثال السائرة "قعدتى بين اعتابى, ولا قعدتى بين احبابى" و"واللى يخرج من دارة يتقل مقداره". كما يرون في خروجها تفكك واهمال لاسرتها فمن الصعب التوفيق بين مهام العمل والاسرة ومن ثم الاسرة اولاً, فيقوم الزوج برفض عملها خارج الاسره لان الامر

١ - مرجع سابق, ص ٦٦.

٢ - معتوق, فريدريك "الهابيتوس العربى العنيد والعنيد" مرجع سابق, ص ١٤٢

٣ - علي حسين مظلوم المعموري, المرغوبية الاجتماعية لمهنة التمريض, مجلة العلوم الإنسانية /كلية التربية للعلوم الإنسانية, المجلد ٢٢ /العدد الثالث/أيلول/٢٠١٥, ١٢٦٥.

دائماً متروك للأسرة التي يرأسها الاب، ومن ثم متروك للزوج بعد الزواج، وعليها السماح والطاعة^١.

فاذا نظراً الى المرأة الريفية من خلال الجنس وانسال الاطفال نجد ان البيئة المحيطة بالمرأة والتي تنشئة بها هي والزوج تجعل الزوج الريفي ومجتمعة يرون في عقم الزوجة امرأ مهيناً، ومن ثم يرفعون من قيمة الزوجة الولود ويقولون في المثل "ربنا يجعلك شجرة تطرح وتملا المطرح"^٢.

لذلك نجد المرأة تسعى جاهدة الى رفع مكانتها من خلال انجابها حتى وان كان على حساب صحتها، فمن المعروف ان كثرة الانجاب مضره بالمرأة والجنين فهي تعمل على زيادة فرصة إصابة المرأة بأمراض الحمل والولادة مثل: النزيف والولادة المبكرة وزيادة تعرضها للإجهاد وسكري الحمل ووزن ناقص لطفل بوزن ناقص لذا فمعظم الدراسات اوصت بوجود فارق عامين الى ثلاثة بين كل مولود والآخر حفاظاً على صحة الام والجنينف، وان كثرة إنجاب الأبناء بدون وجود أي فوارق زمنية بينهم يؤدي لإصابة الأم بالكثير من الأمراض مثل: هبوط الرحم، الأنيميا الحادة، شحوب الجلد، احتمالات الإصابة بأمراض السكر وارتفاع ضغط الدم^(٣). كما تجعل كثرة الإنجاب الأم في حالة من الضغط الدائم والعصبية بسبب كثرة الأعباء والمسئوليات المطلوبة منها، مما يجعلها تهتم بالأبناء على حساب نفسها وصحتها. ولكن نظراً لعدم امتلاك المرأة تقرير مصيرها ومع ضغوط الاسرة نجدها تمتثل لذلك^(٤)، كما ان موقف الزوجة الريفية الضعيف تحت التهديد بحق الرجل في الطلاق والزواج من اكثر من واحدة تجعل المرأة الريفية تهتم اهتماماً خاصاً بزيادة عدد الاطفال تدعيماً لمركزها، وحماية لاسرتها^(٥)..

^١ - الساعاتي، سامية حسن، علم اجتماع المرأة، رؤية معاصرة لاهم قضاياها، دار الفكر العربي، ١٩٩٩. ص ١٠٩.

^٢ - مرجع سابق، ص ١٠٧-١٠٩.

^٣ - Sharmila Pokharel -Major Risk Factors Faced by Women During Pregnancy in Kathmandu Metropolitan City, June 2020Tribhuvan University Journal 35(1):84-96.

^٤ Sharmila Pokharel, Ibid.

^٥ - الساعاتي، سامية حسن، علم اجتماع المرأة، مرجع سابق ص ١٠٨.

٣- نظرية الحقوق الانجابية:

تعتبر ديكسون-مولر (نظرية الحقوق الانجابية ١٩٩٤) الحقوق الإنجابية و الحرية الإنجابية للمرأة حق اساسي من حقوق الانسان. ، كما تعتبر الخيارات الإنجابية أساسية في تمكين المرأة ، لأنها "من الدرجة الأولى" ، خيارات حياة إستراتيجية ضرورية للناس كي يعيشوا في حياتهم التي يريدونها. وحسب رأيها ، هذا الحقوق تكمن في صميم تقرير المصير الفردي. والذي يتضمن (١) حرية تقرير عدد الأطفال الذين لديها ومتى (أو ما إذا كان) ترغب في الحصول عليهم ، (٢) الحق في الحصول على المعلومات والوسائل اللازمة لتنظيم الخصوبة و (٣) الحق في السيطرة على جسدها. نظرًا لأن هذه الحقوق الانجابية للمرأة مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بقرارات الخصوبة لذلك من الضروري إلقاء نظرة مختصرة على قرارات الخصوبة ، ولماذا تعتبر مشاركة المرأة فيها مهمة. فالقرارات المتعلقة بالخصوبة هي في جوهرها تعبير عن، القرارات الشخصية للزوجين المتعاشين معاً^(١).

وهو ما تم الاعتراف به في الوثائق الدولية حيث نجد في سياق ماسبق يقدم برنامج العمل المنبثق من المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الأمم المتحدة، ١٩٩٥ - أ، الفصل الأول، القرار ١، المرفق)، تفسيراً شاملاً للصحة الإنجابية. إذ تعلن الفقرة ٧-٢ ما يلي:

"الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره".

وبمراجعة التعريف السابق، تشمل الحقوق الانجابية الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضا بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان...وينبغي

¹- Sarangi Mrutyunjay, women's empowerment and fertility behavior in rural india, Ibid,p:35,38.

أن يكون تعزيز الممارسة المسؤولة لهذه الحقوق بالنسبة لجميع الناس هو المرتكز الأساسي للسياسات والبرامج التي تدعمها الحكومة والمجتمع في مجال الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة. وكجزء من التزامهم، ينبغي إيلاء الاهتمام الكامل لتعزيز إيجاد علاقات بين الجنسين تتسم بالاحترام المتبادل والإنصاف^(١).

لذلك التواصل المستمر بين الزوجين ضروري لتشكيل القرارات المختلفة حول عدد الأطفال والمباعدة بينهم. حيث أن قرارات الخصوبة متسلسلة بطبيعتها وتتأثر بمحددات العرض والطلب السائدة داخل الأسرة ، ولذلك أكدت على الحاجة إلى مزيد من التواصل بين الزوجين والأسرة .

كما أشارت النظرية الى ضرورة مشاركة الزوجة بشكل فعال وقوى حيث لا تكون مشاركة أو مساهمة هامشية في عملية صنع القرار. ويشير هال (١٩٨٣) إلى أنه على الرغم من الواضح أن ديناميات علاقات القوى لها تأثير مباشر على متواليات صنع القرار ، والتواصل والتعاطف هما أيضاً أبعاد الرابطة الزوجية التي تؤثر على سلوك الخصوبة. حيث وجد أن اتخاذ القرارات الأكثر مساواة و تقليص هيمنة الزوج في البلدان النامية ترتب عليه انخفاض الطلب على الأطفال واستخدام أكثر فعالية لوسائل منع الحمل وبالتالي انخفاض الخصوبة ، إلا أن الأبحاث لم تقدم دعماً تجريبياً ثابتاً لهذه الفرضية فاستناداً إلى أدلة من مجال الديموغرافية والصحة. توصلت الدراسات الاستقصائية والأدبيات المتعلقة بصنع القرارات المتعلقة بالخصوبة ، إلى استنتاج مفاده أن الأزواج والزوجات لا يناقشون بشكل متكرر حجم الأسرة أو وسائل منع الحمل بشكل مباشر وصريح^(١).

^١ - السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة المكتسب (الايدز) ، التقرير الموجز، الامم المتحدة، ادارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان ، نيويورك، ٢٠٠٢، ص ١١٣.

^٢ - Sarangi Mrutyunjay, women's empowerment and fertility behavior in rural india, Ibid P 38.

* اهم نتائج الدراسة:

اولاً: من حيث الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة؟

* بالنسبة لتوزيع أفراد العينة حسب السن الحالي، وتظهر النتائج أن العينة متنوعة وإشتملت على زوجات من فئات عمرية مختلفة ولم تقتصر على فئة عمرية على حساب أخرى من حيث السن. والملاحظ أن أعلى فئة تكرارية تتمثل في الفئة (٤٠-٤٤) بنسبة ٢٨,٠%، وأن النسبة التالية تتمثل في الفئة (٣٥-٣٩) وبلغت ٢٤,٠% تليها النساء في الفئة العمرية (٣٠-٣٤) بنسبة ٢٠,٠%، ثم النسبة المئوية الممثلة للفئة العمرية (٢٥-٢٩) التي بلغت ١٢,٠%، تليها في الفئة العمرية (٤٥-٤٩) بنسبة ١٠,٠% بينما أقل نسبة بلغت ٦,٠% في الفئة العمرية (٢٠-٢٤).

* كشفت نتائج الدراسة أن حوالي ٤١% من النساء في العينة تزوجن بعمر يقل عن ٢٠ سنة؛ حيث ما يقرب من ٤١,٠% من الزوجات كان عمرهم عند الزواج الأول يتراوح في الفئة ما بين ١٥-١٩ عاماً وذلك مقابل ٣٩,١% من الزوجات كان عمرهن عند الزواج الأول يتراوح ما بين ٢٠-٢٤ عاماً، بينما بلغت نسبة من هم في الفئة ٢٥-٢٩ نسبة ١٥,٩% عند الزواج الأول.

ومنهن ٤,٠% قد تزوجن في سن يتراوح ما بين ٣٠-٣٤، وهو ما يشير إلى إنتشار قيمة الزواج المبكر وإتجاهاته بين مفردات العينة.

* اتضح من الدراسة الميدانية للمبحوثات أن نسبة ١٢,١% من المبحوثات غير متعلقات، ، ثم تليها نسبة الحاصلين على المرحلة المتوسطة بنسبة ١٥,٩%، ثم الحاصلين على مؤهل متوسط بنسبة تقدر ب ٢٠%، ثم الحاصلات على مؤهل فوق متوسط بنسبة ١٨% ، ، ثم فئة الجامعيين فأعلى التي تشكل الغالبية بنسبة تعادل ٣٤,٠%، مما يؤكد إرتفاع نسبة النساء الحاصلات على تعليم مرتفع في مجتمع الدراسة (جامعة فما فوق).

*وبالنظر إلى مهنة السيدات في مجتمع الدراسة ؛ فنجد أن اعلى نسبة السيدات اللاتي يعملن حالياً في المهن العلمية والادارية بلغت ٣٠,٩% ، تليها نسبة النساء العاملات في مجال الخدمات والبيع ٢٧,٦% وتأتي في المرتبة الثالثة النساء في المهن الزراعية وتقاربت نسبة العاملات بقطاع المهن الطبية والاعمال الحرة بنسبة ١٣,١% ، ١٢,٩% على التوالي.

* اظهرت النتائج ان اعلى نسبة من عينة الدراسة تتمركز فى مستوى الدخل تحت المتوسط من ١٠٠٠ - ٢٠٠٠ بنسبة ٣٥,١% تليها اللاتى فى مستوى المتوسط للدخل من ٣٠٠٠ - ٤٠٠٠ بنسبة ٣٢,٣% ثم اللاتى فى المستوى الفوق متوسط ٥٠٠٠ بنسبة بلغت ١٢% بينما كانت اقل نسبة فى المستوى الاعلى للدخل والمستوى الادنى للدخل بنسب متساوية بلغت فى كلاً منها ١٠,٠%.

* ان نسبة بلغت ٥٦,٨% من عينة الدراسة تمتلك المرتب مقابل ٢٠,٢% حساب بنكى و ١٣,٦% اراضى زراعية ونسبة ضئيلة جداً عقارات ٤% ونسبة ٤,٥% جميع ما سبق.

ثانياً: تأثير قدرة المرأة على اتخاذ القرار فى تمكنها الاقتصادى وصحتها

الانجابية.

* اظهرت النتائج ان الغالبية العظمى من العينة يؤيدن الحمل والانجاب بعد الزواج مباشرةً، بنسبة ٩٥,١% مقابل ٤,٩% من النساء اللاتى لا يؤيدون الحمل بعد الزواج مباشرةً.

* كشفت النتائج أن العدد الأمثل للاطفال لافراد العينة أو الذى يرغب فى إنجابه من ١-٣ أطفال (٣٠,٢%)، "بينما بلغت نسبة من يرغب فى عدد من ٤-٦ مولود تبلغ تقريباً نصف العينة (٤٩,٨%) وهى أكثر من النسبة المئوية للنساء اللاتى يرغبن فى إنجاب من ١-٣ طفل ونسبة ٢٠% ترغب فى ٧ اطفال فأكثر مما يظهر أن نسبة كبيرة من المبحوثات يفضلن حجم الأسرة الكبيرة أكثر من خمسة أفراد.

* اظهرت نتائج الدراسة أن الغالبية العظمى من أفراد العينة يعتقدن بوجود فرق فى مكانتهم العائلية بإنجاب الذكور؛ حيث بلغت نسبة النساء اللاتى يؤيدن وجود علاقة بين المكانة الإجتماعية لهن بإنجاب الذكور ٨٣% مقابل ١٧% لا يعتقدن بوجود علاقة، كانت نسبة ٣٧,٧% يعتقدن بوجود معاملة أفضل لهن من الأسرة؛ حيث تصبح المرأة على قدر أكبر من الثقة بنفسها بإنجابها الذكور (٣٢,٨%).

* بصفة عامة؛ تشير نتائج العينة إلى أن ٤٢,٦% يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، وهى نسبة تقل كثيراً عن نسبة المستخدمات على مستوى الجمهورية التى بلغت ٥٩%.

* وتشير النتائج الى أن الزوجة هى التى تحدد نوع الوسيلة المستخدمة بنسبة ٤٢,٨%، فتقول احدى الحالات "انا اللى بقرر بكل حرية لانه عندنا اطفال وارغب

في تربيتهم تربية جيدة وزوجي لا يمانع في ذلك والبيت لا اخذ برأيهم" بينما نسبة ضئيلة يقوم الزوج باختيار الوسيلة المستخدمة لتنظيم الاسرة بلغت ٤,٨%, بينما بلغت نسبة مشاركة الزوجين معاً في تحديد الوسيلة ٢١,٤%.

*تشير النتائج الى ان غالبية النساء في مجتمع الدراسة ٥٣.٣% ذكرن أنهن يتخذن قرار إستخدام وسيلة مع أزواجهن (قرار مشترك بين الزوجين) كما توضح النتائج أن ٢٤,٤% يتخذن القرار مع الزوج والأسرة (قرار مشترك بين الزوجين والأسرة ، وقرار يفرد به الزوج نسبة ١٣.٣% ، وتكون النساء أقل نسبة في إتخاذ القرار الخاص بإستخدام وسائل لتنظيم الأسرة بمفردهن(٨.٨).

* كشفت النتائج ان نسبة ٦٠% من العينة تفضل وجود تباعد بين الولادات اى أكثر من نصف العينة وبالنسبة للفترة بين الولادات فأكدت نسبة ٦٤,٨% من حجم العينة أنها تتراوح من سنة واحدة إلى سنتين, تليها من ٣- ٥ سنوات ثم سنة فاقل بنسبة ٢٠%, ١٤,٨% على التوالي .

* اوضحت نتائج الدراسة ان نسبة اللاتي قمن باستشارة طبيب نسا قبل الزواج ٢٣,٣% مقابل نسبة اكثر من ثلاثي العينة لم يقمن باستشارة طبيب قبل الزواج ٧٦,٧%, وعن سؤال العينة عن اسباب او موانع عدم الاستشارة جاءت العادات والتقاليد والحرع التي تمنع ذلك بنسبة ٤٣%, تليها رفض الاهل للفكرة بنسبة ٢٩% ونسبة ضئيلة بلغت ٥% تقريباً أجابن ليست لديهن الحرية لفعل ذلك.

*كشفت نتائج الدراسة ان نسبة ٤٢% أجابن بانهم قادرات بكل حرية على زيارة الطبيب باي وقت معبرة عنه قول احدهم " انا اللي باخذ قرار الزيارة ومواعيدها وقت ما أكون حاسه انه عاوزه ازور الدكتور او في حاجه لكده بروح", وانا مشغولة في البيت وكدة من نفسي بروح لو محتاجة ده" مقابل ٣٤% غير قادرات على ذلك.

ثالثاً: الملكية الخاصة لعينة الدراسة وتأثيراتها على الصحة الانجابية لديهم:

* كشفت نتائج الدراسة ان نسبة بلغت ٤٢% غير قادرات على التصرف في دخولهن بدون استشارة او مشاركة الزوج " لازم يعرف ويعرف بعمل ايه بيه طبعا", مقابل ٣٦% يتأخذن قرار التصرف في الدخل بدون استشارة ازواجهن.

* اكدت نتائج الدراسة الحالية ان اكثر من ثلاثي العينة تقريباً ٧٢% لم يحصلوا على ميراثهم مقابل ٢٧% اللاتي حصلن على ميراثهم. واكثر اشكال الورث شيوعاً عند توريث النساء كان في شكل اموال فلوس ٦٨% مقابل ١٦% ارض زراعية و ٨% عقارات ويعبر عن ذلك قول احدي الحالات " **البنات بيتظلموا الاخ الواد بيديها رضوة بس من حقها وفي ابهات بتوصي عيالهم من بعدهم انه ما يدوش اخواتهم البنات ورث من الارض بالذات لانه بالنسبة ليهم واحد غريب اللي واخذ اختهم وانا مش هطلبهم بيه عشان منحسرش "**

* كشفت النتائج فيما يخص مدى قدرة النساء في مجتمع الدراسة على اخذ قرار المطالبة بالورث اجابن بنسبة ٦٤% انهم غير قادرات على المطالبة بحقهم في الميراث مقابل نسبة ضئيلة بلغت ٢٤,٦% اجابن بنعم.

* اوضحت نتائج الدراسة ان نسبة اقتربت من ثلثي العينة ٦٩% ترى وجود علاقة بين المرأة التي لديها مال وقدرتها على علاج المشكلات الخاصة بالانجاب بشكل خاص والمشاكل الصحية بشكل عام عن المرأة التي ليس لديها مال.

* كشفت نتائج الدراسة ان نسبة بلغت ٥٠% اجابن بأن لدخلهن دور في زيادة عدد مرات المتابعة لدى الطبيب وفي اماكن افضل. فتقول احدهم معبره عن ذلك " اكد انه بتفرق هشوف حته كويسة حتى لو غالية واتابع فيها غير لو مش معايا هقبل باي مكان وكمان عدد زياراتي هيزيد هتابع باستمرار "

رابعاً:- تأثير عمل المرأة على صحتها الانجابية:

* وتشير نتائج الدراسة ان نسبة بلغت ٥٠% كان قرار الخروج للعمل قرار مشترك ما بين الزوجين, مقابل ١٦,٧% قرار الزوجين والاسرة ونسبة ٣٣,٣% قرار الزوجة بمفردها.

* كشفت نتائج الدراسة عن مدى تأثير عمل المرأة على زيادة مرات زيارة الطبيب ان نسبة بلغت ٦٤,٨% انه قرار مشترك الى حد ما , مقابل ٢٤% اجابن بنعم له تاثير, مقابل ١١,٢% اجابن بلا. ومن ذلك يتضح ان لعمل المرأة تاثير على زيادة مرات متابعتها للطبيب , ومن النصوص المعبرة على ذلك ما يلي :فتقول احدي حالات الدراسة "ايوة لما اشتغلت بقيت بعرف ارواح براحتي عشان انا اللي هدفع فلوس الكشف فمش هقعد بقى اقول عاوزه ارواح واستنى لما تيجي فلوس وغيره .

* اظهرت نتائج الدراسة ان نسبة اكثر من نصف العينة تقريباً ٦٤,٤% فضلن انجاب عدد اقل من الاطفال نتيجة لخروجهم للعمل ورغبتهن منهن للتوفيق بين العمل والاسرة مقابل ٣٥,٦% لم يفضلن ذلك, فتقول احدى الحالات موضحة مدى تقيضها لذلك " انا ان شاء الله عاوزة عدد ٣ عشان اعرف اشوف حياتي الاطفال متعبين جدا عشان نعرف نربيهم بقى محتاج مجهود مضاعف مع الحياة دلوقتى "

* اوضحت نتائج الدراسة ان نسبة بلغت ٦٩% اجابن بنعم يمثل الانجاب فى سن مبكر من وجه نظرهن عائق على النجاح فى العمل وكذلك يؤثر على صحة المرأة مقابل نسبة بلغت ١٨% الى حد ما, بينما ١٣% اجابن بلا يؤثر. وفيما يرتبط بالبيانات الكيفية تقول احد الحالات " اكيد يعنى انا لو مش اتاخرت فى الجواز لغيت ماخلفت دراسة واشتغلت كمان كان ممكن مقدرش اعمل اى حاجة من اللى وصلتة دلوقتى ."

خامساً: تأثير الموروث الثقافى على الصحة الانجابية:

* كشفت نتائج الدراسة ان نسبة ٢٨% من العينة اجابن بنعم تواجهن صعوبة او خوف من معارضة الزوج او التعبير عن الرغبة فى تحديد عدد الابناء او انجاب عدد قليل من الابناء خوفاً من ان يغضب او يعنفها, مقابل أكثر من نصف العينة ٥٦,٤% اجابن بلا يواجهون اى صعوبة او خوف فى التعبير عن رغباتهم الانجابية

* كشفت نتائج الدراسة فيما يخص مدى اجبار الزوج او الاسرة الزوجة على الانجاب المتكرر لمزيد من الذكور, معظم افراد العينة اجابن ٨٦,٦% بنعم يرغب الزوج او الاسرة فى الانجاب المتكرر للحصول على عدد اكبر من الذكور فتقول احدهم " كل الرجالة بتحب الولاد والله لو اخذ اعلى كلية ولا مهندس ولا دكتور بردوه يحب يبقي عنده ولاد ويشيلوا اسمة كلهم كده"

* كشفت نتائج الدراسة ان نسبة ٦٠% من افراد العينة لا يرفضن ازواجهن متابعتهم عند طبيب ذكر مقابل ٤٠% يرفضن ازواجهن متابعتهم عن طبيب ذكر ويفضلن المتابعة عند طبيبة انثى.

* كشفت نتائج الدراسة ان نسبة ٥٧% ترى ان الزواج المبكر لا يمثل مشكلة, مقابل نسبة بلغت ٢٢,٢% اجابن بنعم يمثل خطورة وعن اشكال هذا الخطورة من

وجه نظرة المجيبين بنعم نسبة ٤٣% ترى انه يمثل مشكلة لعدم قدرة الفتاة الصغيرة على تحمل المسؤولية في ذلك السن الصغير, بينما بلغت نسبة ٢٥% يرون انها تتجنب في سن مبكر مما يمثل خطورة على صحتها, وتقول احدى حالات الدراسة "طبعاً علمياً يكون غلط صحياً عليها انها تحمل وهي اعضائها لسه مش مؤهلة لدة.

* كشفت نتائج الدراسة فيما يتعلق بتفضيل الطب البديل, الخلطات والاعشاب عن زيارة الطبيب ؟ واجابن نسبة بلغت ٢٩,٧% بلا, مقابل ٢٢% اجابن احياناً, بينما نسبة بلغت ٤٨% اجابن بنعم يفضلن ذلك مؤكدين انه لا يغنى عن الطبيب ومن الملاحظات الميدانية انه جميع الحالات يلجن الى الاعشاب والادوية السابقة لاستخدامهم في اعراض مشابهة قبل الذهاب للطبيب كحل مؤقت حتى الذهاب للطبيب مؤكدين في حالة تم الشفاء لا يذهبن. فنقول احدى الحالات "اول ما بتعب بشرب يانسون وليمون بالعسل لو بقيت بخير مش بروح للدكتور".

* كشفت الدراسة الى ان نسبة بلغت ٢٠% من عينة الدراسة لديها الايمان والاعتقاد في الممارسات الشعبية لحل تأخر الانجاب, مقابل نسبة بلغت ٧١% لا تعتقد في ذلك .

المراجع والمصادر:

- ١- أمل محمد علي الخاروف، مؤشرات تمكين المرأة اقتصاديا في الأردن، تقدم تمكين المرأة الاقتصادي بين الكم والنوع، الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية ٢٠١٣.
- ٢- تيسير، محمد، نبذه حول المنهج الوصفي التحليلي، نشر مؤسسة المجلة العربية للعلوم ونشر الابحاث، ٢٠٢٣.
- ٣- دودو، نعيمة، تاثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة فرحات عباس بسطيف، الجزائر، ٢٠١١.
- ٤- رمضان، مريم، تجليات النظرية النسوية في ترجمة الادب النسوي، رسالة ماجستير، جامعة وهران، كلية الاداب واللغات، ٢٠١١-٢٠١٢.
- ٥- رودكر، نرجس، ترجمة ضافر، هبة، فيمينزم الحركة النسوية، مفهومها، أصولها النظرية وتياراتها الاجتماعية، المركز الاسلامي للدراسات الاستراتيجية، لبنان، بيروت، ط١، ٢٠١٩.
- ٦- صندوق الأمم المتحدة الانماني للمرأة ٢٠٠٠. مدخل سياسات النوع الاجتماعي، مكتب غرب آسيا.
- ٧- علي حسين مظلوم المعموري، المرغوبية الاجتماعية لمهنة التمريض، مجلة العلوم الانسانية /كلية التربية للعلوم الانسانية، المجلد ٢٢ /العدد الثالث/أيلول/٢٠١٥.
- ٨- غزلان، فليج، الحقوق الصحية والإنجابية كآلية لتحقيق تمكين المرأة، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، مجلد ٧- عدد ٢٠٢٠.
- ٩- كامل، سلوى إبراهيم وآخرون، مؤشرات الصحة الإنجابية خلال الفترة (2014 - 2005) ، الجهاز المركزي المصري للتعبئة العامة والإحصاء - مركز الأبحاث والدراسات السكانية ،مجلد/عدد ٩٥، يناير ٢٠١٨.
- ١٠- لعريني، صلاح الدين، مفهوم الهاييتوس عند بيبير بورديو، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، المغرب، مجلة العلوم الاجتماعية، ع ٩، نوفمبر ٢٠١٤.
- ١١- محمد، تهامي، مصعب، جعفرورة، تمكين المرأة كآلية لتحقيق أهداف السياسة السكانية في الجزائر، دراسة ميدانية على عينة من النساء المتزوجات بمدينة الاغواط، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد ١٣ - عدد ٤، ٢٠١٦.
- ١٢- محمود، هند و طنطاوي، شيماء، دليل للمبادرات النسوية/ النسانة الشابة، الطبعة الاولى- نظرة للدراسات النسوية- ٢٠١٦.

13- Haney Lynn "Feminist State Theory: Applications to Jurisprudence, Criminology, and the Welfare State." Annual Review of Sociology 26 (2000):

14-N.Qureshi and B.T. Shaikh ,women's empowerment and health: the role of insittutions of power in Pakistan, Eastern Mediterranean health Journal,vol.13,No.6,2007.

15-Nancy Levit,. "Reconstructing Images of Gender in Theory" In The Gender Line: Men, Women, and the Law,.)New York; NYU Press, 1998(PP199-215.

16- Oluwole Odutolu, and et al., Economic Empowerment and Reproductive Behaviour of Young Women in Osun State,Nigeria, African Journal of Reproductive Health, Vol. 7, No. 3 (Dec., 2003).

17- Reproductive health indicators : guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Reproductive Health and Research, World Health Organization 2006.

18-SandraGTurner&Tina.M.Maschi -Feminist and empowerment theory and social work practice, Journal of Social Work Practice, V(29), -N(2)- 2015.

19- Sarangi Mrutyunjay, women's empowerment and fertility behavior in rural india, doctor of philosophy , the Pennsylvania state university,1998.

20- Sharmila Pokharel -Major Risk Factors Faced by Women During Pregnancy in Kathmandu Metropolitan City, June 2020Tribhuvan University Journal 35(1).

21-Women's Economic Empowerment in M4P Projects, Swiss Agency For Development and Cooperation SDC Regional Cooperation / Latin America Division, 19 March to 10 April 2012.

