

"مدي وعي الشباب الجامعي بقضايا الصحة الإيجابية"

د/ أمل ابراهيم عبده سليمان
استاذ مساعد بقسم الخدمة الاجتماعية
كلية العلوم الاجتماعية- جامعة أم القرى

أولاً : مشكلة الدراسة

تحتل قضية التنمية مكاناً بارزاً في الفكر المعاصر فمنذ نهاية الحرب العالمية الثانية وهذه القضية تشغل أذهان المفكرين على اختلاف تخصصاتهم. وقضية التنمية من القضايا التي تتعدد جوانبها وتتشعب أبعادها وكان أمراً طبيعياً أن يحرص كل فريق من المتخصصين على دراستها غير أن علماء الاقتصاد كانوا أسبق من غيرهم إلى دراسة الجوانب التي أُصطلح على تسميتها التنمية الاقتصادية وقد حاول بعض الاقتصاديين دراسة الواقع الاجتماعي لبعض الدول الأوروبية لمعرفة الطريقة التي تحولت بها هذه المجتمعات من مجتمعات تقليدية إلى مجتمعات متقدمة تعتمد على فن إنتاجي راق وانتهى بعضهم بنوع من الحتمية التكنولوجية وانتهى البعض الآخر بنوع من الحتمية الاقتصادية^(٦).

إلا أن خبرات البلدان النامية قد أوضحت عدم صواب مفهوم التنمية الذي اختزل التنمية إلى مجرد النمو الاقتصادي السريع فقد شهدت بلدان نامية عديدة معدلات نمو الدخل القومي قريبة من المعدل الذي اعتبره الخبراء معدلاً مرغوباً ومع ذلك بقيت مستويات المعيشة فيها بلا تحسن واستمرت قطاعات واسعة من سكانها تعاني من الفقر والجهل والمرض والتعطل ولم تنكمش الفجوة بين الفقراء والأغنياء ولم يساعد النمو الاقتصادي السريع التي شهدته بعض البلدان النامية على تغيير وضعها^(٧). ومن هذا المنظور الاقتصادي تولد مفهوم تنمية الموارد البشرية وترسخ النظر إلى الإنسان على اعتبار أنه مورد من الموارد الاقتصادية وتركز الاهتمام على الإنسان المنتج وعلى إنتاجية العمل بالدرجة الأولى وتردد مقولات بأننا نعني بصحة الإنسان المنتج وعلى إنتاجية العمل بالدرجة الأولى لأنها ذات مردود اقتصادي وكذلك الشأن في تعليمه وفي أنشطته الثقافية والترفيهية ويظل العائد الإنتاجي في ضوء مفهوم الموارد البشرية هو مركز الثقل في الالتفاف إلى العوامل الإنسانية في تخطيط الجهود الإنمائية وما تتضمنه من استثمارات وأولويات ولكن هذه النظرة إلى الإنسان من هذه الزاوية الاقتصادية لم تول الجوانب الاجتماعية والبشرية ما تستحقه من اهتمام^(٨).

^(٦) عبد الباسط محمد: التنمية الاجتماعية، القاهرة، معهد البحوث والدراسات العربية، المطبعة العالمية، ١٩٨٥، ص ١١، ١٢.

^(٧) السيد الحسيني: برامج التثبيت والهيكل من منظور اجتماعي رؤية من داخل العالم الثالث، المؤتمر العلمي السابع (البعد الاجتماعي في سياسات التنمية)، المجلد الأول، الفيوم، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤، ص ١١٥.

^(٨) حامد عمار: التنمية البشرية في الوطن العربي المفاهيم - المؤشرات - الأوضاع، القاهرة، سينا للنشر، ط ١٩٩٢، ص ١٤.

ونتيجة التغيرات التي لحقت بهذه الحقبة بدأت تظهر مع بداية حقبة التسعينيات مجموعة من المفاهيم الحديثة التي غيرت مجرى التنمية والتي اهتمت ببعض الجوانب التي لم تكن ماثرا اهتمام من قبل ومن هذه المفاهيم مفهوم التنمية البشرية^(٩).

والتنمية البشرية هي عملية توسيع الخيارات المتاحة للناس ومن حيث المبدأ يمكن أن تكون تلك الخيارات بلا حدود وأن تتغير عبر الزمان ولكن ثمة خيارات تبقى جوهرية في كل مستويات التنمية وهي أن يعيش المرء حياة طويلة وصحيحة وأن يحصل على المعارف وعلى الموارد الضرورية لتوفير مستوى معيشة لائق ولكن التنمية البشرية لا تقف عند هذا الحد بل هناك خيارات أخرى وهي ذات قيمة عالية عند الناس وهي تمتد من الحرية السياسية والاقتصادية والاجتماعية إلى توافر فرص الخلق والإبداع والتمتع باحترام حقوق الإنسان وهذه الخيارات لا تقل أهمية عن غيرها^(١٠). وتعد التنمية البشرية مدخل شامل للتنمية بكل أبعادها لذا فإنه لا يتم قياس أبعادها وفق الناتج الاقتصادي فقط بل أن هذا القياس يشمل مؤشرات ثلاث هي : الدخل والتعليم والصحة .

ولمفهوم الصحة درجات علي متصل ممتد من مجرد الحياة والبقاء أي الخلو من المرض إلي المناعة ضد العدوى والإصابة بالمرض، إلي قوة الاحتمال والنشاط الجسمي الحيوي، إلي سلامة الجسم والعقل والروح، إلي التوافق والتكيف مع المجتمع والقدرة المبدعة علي العمل والمشاركة في مختلف جوانب الحياة، ويجري الحديث عن حق الإنسان في الصحة كأحد حقوق الإنسان من وجهه النظر القانونية ، كما يجري الحديث عن أهمية تمتع الإنسان بالصحة كحاجة من حاجات الإنسان من وجهه النظر الاجتماعية الإنمائية ، وهي من الناحية القانونية هدف نهائي ، ومن ناحية التنمية البشرية هدف نهائي ووسيلة في نفس الوقت^(١١).

ولقد أخذت منظمة الصحة العالمية بالمفهوم الشامل للصحة باعتبارها حالة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من الأمراض ، والواقع أن مثل هذا التعريف إنما يعني أن الصحة هي في النهاية محصلة أو " دالة " بالمفهوم الرياضي لجملة من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية . ومن الإدراك لهذه المفهوم الشامل لمعني الصحة، فإننا سوف نتناول هنا الصحة من زاوية الصحة الإنجابية وضرورة إدراك الشباب لأهميتها ويأتي

^٩ (محمود محمد محمود: تنمية المجتمع رؤية معاصرة ، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٣، ص ٤٣ .

^{١٠} (إسماعيل صبري عبد الله : التنمية البشرية المفهوم والقياس والدلالة ، المؤتمر العلمي السابع (البعد الاجتماعي في سياسات التنمية) ، المجلد الأول ، جامعة الفيوم ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ١٩٩٤ ، ص ٥١ .

^{١١} (حامد عمار : مرجع سبق ذكره ، ص ١٢٥ .

الاهتمام بفئة الشباب لأنهم يمثلوا الشريحة الأكبر في مجتمعاتنا، ولأنهم مؤسسي أسر المستقبل، وهذا يعني أنه كلما زاد إدراكهم لقضايا الصحة الإنجابية كلما كان هناك أسر مستقرة وقادرة علي بناء المستقبل، ولزيادة الاهتمام بالصحة الإنجابية لدي الشباب نجد أن هناك العديد من لدراسات التي تناول هذا الموضوع ومن هذه الدراسات :

دراسة فريق مكتب السكان لشرق آسيا وشمال أفريقيا ١٩٩٠^(١٢) والتي كان الهدف منها التعرف علي وضع صحة الطفل وصحة المرأة والتي توصلت إلي معظم النساء قد تزوجن في سن مبكر ، وأن متوسط عدد الولادات خمس ولادات أو أكثر كما أظهرت النتائج أن ٥٠% من النساء يعانين من التهابات الجهاز التناسلي.

دراسة هدي زريق وآخرون ١٩٩٢^(١٣) وأظهرت نتائجها وجود مجموعة من الأعراض التي يعاني منها النساء وأنهن يعانين من عبء ثقيل للأمراض الإنجابية واقترحت وضع إستراتيجية لتحسين خدمات الصحة الإنجابية في كافة مراحل الحمل .

دراسة المركز الديموجرافي ١٩٩٥^(١٤) وأظهرت أن مفهوم الصحة الإنجابية غير واضح لدي الشباب من الجنسين وأن المصدر الرئيسي من للمعرفة هي وسائل الإعلام المختلفة أما بالنسبة لقضايا الصحة الإنجابية فقد أيد الشباب الزواج المبكر وختان الإناث وذلك بسبب الأفكار التي ترجع إلي الدين أما بالنسبة للأمومة فقد أيد الشباب أهمية الفحص الطبي قبل الزواج من اجل اكتشاف الأمراض الوراثية والمعدية .

دراسة المركز الديموجرافي ١٩٩٦^(١٥) وتوصلت الي أن هناك قصور في معرفة الأزواج بالصحة الإنجابية لأن المصدر الرئيسي لمعلوماتهم هي وسائل الإعلام والتعليم كما أشارت النتائج إلي أن مشاركة الرجل تتحدد بسهولة الحصول علي الخدمة مقارنة بالوقت الذي يستغرقه للحصول علي الخدمة وتكلفة الخدمة والمعلومات المتاحة حولها .

ودراسة جامعة الإسكندرية ١٩٩٨^(١٦) فقد كان هدف الدراسة التعرف علي درجة الوعي بالصحة الإنجابية بين الزوجات المراهقات وغير المراهقات في المناطق العشوائية واتضح

^(١٢) فريق بحوث الصحة الإنجابية : إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة وصحة المرأة الإنجابية ، مكتب مجلس السكان الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا ، القاهرة ، ١٩٩٠ .

^(١٣) هدي رزق وآخرون : الصحة الإنجابية للمرأة العربية ، ندوة المرأة و المؤسسات ، الدار البيضاء ، المغرب ، ١٩٩٢ .

^(١٤) المركز الديموجرافي: استقصاء مدي إلمام الشباب في مصر بالصحة الإنجابية ، المركز الديموجرافي ، القاهرة ، ١٩٩٥ .

^(١٥)المركز الديموجرافي : دور الأزواج في الصحة الإنجابية ، المركز الديموجرافي ، القاهرة ، ١٩٩٦ .

^(١٦) المعهد العالي للصحة العامة : الصحة الإنجابية للمراهقات المتزوجات بالمناطق العشوائية ، جامعة الإسكندرية ، ١٩٩٨ .

من النتائج أنهن يفتقرن إلي الوعي الصحيح لمفهوم الصحة الإنجابية وارتفاع معدلات الإنجاب نتيجة الزواج المبكر للزوجات المراهقات .

دراسة جامعة أسيوط ١٩٩٨^{١٧} التي كان الهدف منها التعرف علي درجة وعي الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية ودراسة معدلات الانتفاع بخدمات الصحة الإنجابية ودراسة الخلفية الاجتماعية والحضارية والديموجرافية لمن شملتهم الدراسة وتوصلت إلي أن الشباب المراهقين لا تتوافر لديهم المعلومات الكافية حول الصحة الإنجابية .

دراسة فاطمة محمود عبد العليم ١٩٩٩^(١٨) وأظهرت نتائج الدراسة أن ٧٤% من العينة لا يعرفن معنى كلمة الصحة الإنجابية ولا العوامل المؤثرة عليها ، كما أتضح تقارب وعي النساء المتزوجات وعينة الفتيات المتعلقات داخل القرية مما يوضح تأثير التنشئة الاجتماعية في شخصية الفتاة .

دراسة عزت فهميم ٢٠٠٠^(١٩) وتوصلت الدراسة إلي وجود قصور في معرفة الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية ، وتشير النتائج إلي وجود قصور في معرفة الشباب بالأمراض التناسلية وقصور في عي الإناث حول الدورة الشهرية .

أما **دراسة مني محمد ٢٠٠١^(٢٠)** فقد أوضحت نتائج الدراسة أن المتغيرات في مستوى التعليم ومحل الإقامة والحالة العملية للسيدات وعمر السيدة من أهم المتغيرات التي تؤثر علي مستوى الصحة الإنجابية .

ومن هنا جاءت مشكلة الدراسة والتي تهدف إلي توضيح أهمية توعية المراهقين والشباب ووضع برامج للصحة الإنجابية تتناسب معهم في مختلف مراحل التعليم المختلفة وذلك كمحاولة لتحقيق التنمية الشاملة المتوازنة والتي هي السبيل الأمثل للارتقاء بنوعية حياة الإنسان وتلبية احتياجاته وتحقيق تطلعاته وطموحاته ، كما أن ذلك يساعد علي تحقيق خفض معدلات الزيادة السكانية المطردة والغير منتظمة والتي تؤدي إلي خفض مستوى الحياة للأفراد وتتناقص لهم

^(١٧) قسم طب المجتمع : دراسة معدلات الاتجاهات والسلوك تجاه الصحة الإنجابية بين المراهقين في محافظة أسيوط ، كلية الطب ، جامعة أسيوط ، ١٩٩٨ .

^(١٨) فاطمة محمود عبد العليم : برنامج إرشادي مقترح لمواجهة العوامل الاجتماعية الثقافية المؤثرة علي الصحة الإنجابية للمرأة الريفية ، رسالة ماجستير غير منشوره ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة - فرع الفيوم ، ١٩٩٩ .

^(١٩) عزت محروس فهميم الشيشيني: أثر العوامل السكانية الاجتماعية علي معرفة الشباب واتجاهاته تجاه الصحة الإنجابية في مصر ، رسالة دكتوراه غير منشوره ، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية ، جامعة القاهرة ، ٢٠٠٠ .

^(٢٠) مني محمد أحمد فراج : مستوى وتوجه الصحة الإنجابية للمرأة المصرية خلال الفترة من (١٩٩٥/٨٨) رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية ، ٢٠٠١ .

أسباب المتع والرفاهية المادية والمعنوية لما تحدثه الزيادة السكانية من التهام لكافة جهود التنمية. حيث نال موضوع الصحة الإنجابية اهتماماً كبيراً من الدول والمنظمات الدولية المهمة بشئون السكان باعتباره مدخلاً جديداً للمشكلة السكانية حيث انه يعطي إمكانية أكبر لخفض معدلات الخصوبة حيث أنه يعمل علي محورين هما :

الأول : يمكن توسيع قاعدة التوعية السكانية عن طريق إدخال عنصر الشباب غير المتزوج في هذه القاعدة . والثاني : تعزيز برامج تنظيم الأسرة ورفع فاعليتها .

أهداف الدراسة :

تسعي هذه الدراسة إلي تحقيق هدف رئيسي وهو مدى وعي الشباب بقضايا الصحة الإنجابية . ويتحقق هذا الهدف الرئيسي من خلال مجموعة من الأهداف الفرعية وهي كالتالي :

١. دراسة مصادر المعلومات التي يستقي الشباب منها معارفهم عن الصحة الإنجابية.
٢. تحديد درجة وعي الشباب بالتغيرات الجسمية التي تحدث من الطفولة إلي المراهقة .
٣. تحديد درجة وعي الشباب بالصحة الإنجابية للمتزوجين
٤. . تحديد درجة وعي الشباب بوسائل تنظيم الأسرة .

(١) تساؤلات الدراسة :

ما مدي وعي الشباب بقضايا الصحة الإنجابية. ويمكن الإجابة علي هذا التساؤل من خلال مجموعة الأسئلة الفرعية التالية :

- (١) ما مصادر المعلومات التي يستقي الشباب منها معارفهم عن الصحة الإنجابية ؟
- (٢) ما درجة وعي الشباب بالتغيرات الجسمية التي تحدث من الطفولة إلي المراهقة ؟
- (٣) ما درجة وعي الشباب بالصحة الإنجابية للمتزوجين ؟
- (٤) ما درجة وعي الشباب بوسائل تنظيم الأسرة ؟

ثانياً : الإطار النظري للدراسة

- مفهوم الصحة الإنجابية :

تعطي الأهداف الإنمائية الثمانية والتي تحظى باتفاق من زعماء العالم والتي تشرف عليها الأمم المتحدة، الأولوية لتحسين الصحة الإنجابية والخدمات الصحية كما تهدف إلى الحد من وفيات الأمهات والأطفال، والحد من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وتعزيز المساواة بين الجنسين، وتعزيز التنمية المستدامة بيئياً، والتقليل إلى النصف من الفقر والجوع عالمياً بحلول عام ٢٠١٥.

وفقاً لبيانات في تقرير بعنوان حالة سكان العالم ٢٠١٢ ، فإن تحقيق النمو الاقتصادي وتحسين صحة السكان أسهل وأسرع في البلدان التي تقدم خدمات الصحة

الإيجابية ، إلى جانب تحسين نوعية التعلي ، وزيادة المساواة بين الجنسين ، ونظم لمساءلة الحكم، حيث تعتبر سوء الصحة الإيجابية في البلدان النامية اليوم هي المسؤولة عن ١/٥ من عبء المرض والفقر، وسوء الصحة، والخصوبة لا تزال من أعلى المعدلات في البلدان الأقل نموا حيث عدد السكان قد تضاعف ثلاث مرات منذ عام ١٩٥٥ وسوف تتضاعف ثلاث مرات مرة أخرى في السنوات ال ٥٠ المقبلة^(٢١).

ولقد تعددت مفاهيم الصحة الإيجابية ومن هذه المفاهيم أن الصحة الإيجابية هي حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة^(٢٢).

ويتفق هذا التعريف مع التعريف الصادر عن منظمة الصحة العالمية والذي عرف الصحة الإيجابية بأنها اجتياز المرأة لعمرها الإيجابي في صحة بدنية ونفسية واجتماعية سليمة، بمعنى أنه لا ينبغي الوقوف عند حدوث الأمراض والحالات المرضية أثناء الحمل والولادة بل يجب أن يمتد مفهوم الصحة الإيجابية ليشمل تقديم الخدمات التي تحتاجها المرأة - خاصة الوقائية- بين فترات الحمل مع الاهتمام بالصحة النفسية والاجتماعية .

وتعني الصحة الإيجابية قدرة الناس علي التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة وقدرتهم علي الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره ، ويشمل هذا الشرط الأخير ضماناً علي حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمعقولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون وعلي الحق في الحصول علي خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة.

كما أكد مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية علي أهمية أن يتجاوز مفهوم الصحة الإيجابية مرحلة العمر الإيجابي وأن يبدأ بالطفولة ويستمر إلي المراهقة والشباب والنضج حتى خريف العمر بعد انقضاء الدورة الشهرية وبذلك يندرج تحت

²¹ (Haroon Ashraf : *UN pleads for better reproductive health in poor nations. (Science And Medicine) Dec 7, 2002,*

٢٢) عبد الحليم الجوخدار: أفكار رئيسية حول الصحة الإيجابية، بحث مقدم إلي ورشة العمل الإقليمية حول التربية السكانية، المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (اسيسيكو) وصندوق المم المتحدة للسكان، عمان، ١٩٩٨.

مظلة الصحة الإنجابية العديد من الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية في فترات العمر المختلفة وأثناء الحمل والولادة وما بينهما^(٢٣).

وهناك مجموعة من الموضوعات التي يجب أن تتضمنها الصحة الإنجابية والتي نستعرض منها التالي :

- الصحة الإنجابية والشباب :

أن لكل مرحلة يمر بها الإنسان خصائص وسمات مميزة لها تبعاً لنموه الجسدي والعقلي والعاطفي والاجتماعي لذلك يجب أن نتعرف علي خصائص واحتياجات ومشكلات الشباب في كل مرحلة يمرون بها، مما يساعد علي التعامل معهم بصورة أفضل، فالتربية الصحيحة والمتكاملة للفرد تعده إعداداً طيباً للحياة لذا فلزاماً علينا منح كل حاجاته من المفاهيم الجنسية وذلك لأنه مهما حرصنا علي التكنم الشديد وعلي إخفاء المعلومات الجنسية عن المراهق ، فإنه لن يعدم أن يجد رفيق سوء يتبرع له بتشويه الحقائق ويشوقه إلي نواحيها الشاذة المنحرفة، فمن الخير له ولنا إذا أن نهديه إلي معرفة الحقائق العلمية الصحيحة عن هذه الأمور الغامضة^(٢٤). حيث أن فترة المراهقة هي تلك الفترة من حياة الإنسان التي ينتقل فيها من الطفولة إلي الشباب والنضج، وتشمل التغيرات فيها النمو الجسدي والنمو العقلي والأخلاقي والنمو العاطفي والاجتماعي. ويترك النمو الجسدي أثراً نفسياً على المراهقين فيشتد اهتمامهم بمظهرهم وصحة أجسامهم ورشاقنتهم ومحاولة جذب انتباه الآخرين إليهم أما النمو العقلي فهو عملية تتضمن التغيير في القدرات العقلية العامة والخاصة وصولاً بالمراهقين إلي مرحلة الاستعداد الوظيفي المتكامل، أي النضج العقلي ليصبح الشخص بالغاً راشداً عاقلاً. واهم ما يميز النمو العقلي في مرحلة المراهقة هو نمو القدرات والمواهب، كما تمتاز فترة المراهقة بتطور على صعيد الآراء والمواقف. والنمو العاطفي يعني القدرة على ضبط الانفعالات، ويمر المراهق بمرحلة نمو الانفعالات حتى يصل إلي مرحلة الرشد التي تنترن فيها انفعالاته وتنضبط وتتميز فترة المراهقة بأنها عنيفة منطلقة لا تتناسب مع منبثاتها ولا يستطيع المراهق التحكم بها كما أن المراهق يسعى إلي الاستقلال عن الوالدين والكبار وتكوين شخصيته المستقلة كما يلاحظ انطواءه وتمركزه حول ذاته وخجله وإحساسه بالذنب أو الخطيئة. وتتميز المراهقة بفيض غزير من العاطفة والحماس وتمتج هذه العاطفة بالتأثيرات الروحية.

٢٣) الصندوق الاجتماعي للتنمية: محاور عمل الصندوق لتنمية المرأة الريفية، المؤتمر القومي الثالث للمرأة، المنوفية، ١٩٩٨ ، ص٢٤.

٢٤) زكية حجازي: الطفولة من الحمل والولادة حتى المراهقة (دراسات وتجارب في حب الطفولة)، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٤، ٣٧٠.

وهناك تقسيمات عديدة لمرحلة الشباب والمراهقة ، فهناك من قسمها إلي طور المراهقة وطور الشباب^(٢٥)، بينما وجهة النظر الثانية تقسمها إلي^(٢٦):

أ. فترة المراهقة الأولى: وتمتاز بنمو جسمي وفسولوجي بدني سريع وهي لا تتجاوز العامين وتبدأ من سن الحادي عشر إلي الثالثة عشر .

ب. فترة البلوغ المبكر وتمتد هذه الفترة من الثالثة عشر إلي السادسة عشر وتتميز بأنها فترة الغلظة والمبالغة والحدة والخشونة ويزداد الشعور بالذات ويكتمل خلالها النمو البدني والعقلي .

ج. فترة البلوغ المتأخر : ويمتد من السادسة عشر إلي الثامنة عشر وتتميز بفترة الاهتمام بالأناقة وحب الظهور ، ومحاولة جذب انتباه الجنس الآخر والميل إلي الاستقلال الذاتي وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

وجهة النظر الثالثة وتزي أنها تنقسم إلي التالي^(٢٧) :

أ. طور بلوغ الحلم : وتشمل بداية اكتمال التغيرات الجسمية المرتبطة بالبلوغ الجنسي وتنتهي في حوالي الخامسة عشر، وتشمل المرحلة التعليمية التي تسمى الإعدادية أو المرحلة المتوسطة أو المرحلة الثانية من التعليم الأساسي .

ب. طور البلوغ (الشباب) وهي تسمية أفضل من التسمية الشائعة باسم المراهقة المتأخرة وتبدأ من اكتمال التغيرات الجسمية وتمتد إلي سن الرشد الحقيقي وهو الثامنة عشر أو القانوني وهو العام الحادي والعشرون ، وتشمل المرحلة الثانوية وتمتد إلي المرحلة الجامعية، ومن مظاهر النمو في هذه المرحلة^{٢٨}:

- تباطؤ سرعة النمو الجسمي نسبياً عن المرحلة السابقة .
- زيادة الطول عند كل من الجنسين .
- زيادة الوزن عند كل من الجنسين
- تزداد الحواس دقة وإرهافاً للمس والتذوق والسمع .

^{٢٥} (صالح عبد العزيز: التربية الحديثة (مبادئها - تطبيقاتها العملية) ، السكندرية ، دار الطالب لنشر ثقافة الجامعات ، ص١٧٨، ١٧٩.

^{٢٦} (علي فهمي إسماعيل: مدخل إلي علم النفس العام، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٥، ص١٥٧، ١٥٨.

^{٢٧} (فؤاد أبو حطب : آمال صادق: نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلي مرحلة المسنين ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ط٢، ١٩٩٠، ص ٣٥٦، ٣٥٧.

^{٢٨} (حامد عبد السلام زهران: علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة) القاهرة عالم الكتب للنشر ، ط٤، ١٩٧١، ص ٣٣٥

أما بيان كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان فقد أتفق علي التصنيف التالي لليافعين من الرجال والنساء :

المراهق : من ١٠ إلى ١٩ عاماً .

الشباب : من ١٥ إلى ٢٤ عاماً .

الشبيبة : من ١٠ إلى ٢٤ عاماً .

ووفقاً للتعريف السابق يشكل المراهقين نسبة ٢٠% من عدد السكان في العالم ، في حين يتغير مفهوم الشباب وفقاً للثقافات ، فهناك اتفاق عالمي متزايد علي كون المراهقة مرحلة هامة ومتميزة في حياة المرء . وتختلف أشكال المراهقة من فرد لأخر باختلاف الظروف الأسرية والاجتماعية والثقافية والتربوية ومن أهم أشكالها:

-**المراهقة السوية:** وهي المراهقة الطبيعية المتوافقة والتي تميل إلى الاعتدال والاتزان الانفعالي والخلو من العنف والتوترات الانفعالية الحادة والتوافق مع المجتمع والأسرة والعادات والنظام الاجتماعي السائد

-**المراهقة المنطوية:** وهي تتصف بالانطواء والعزلة والاكتئاب والسلبية والتردد والخجل وقلة النشاط الاجتماعي.

-**المراهقة العدوانية:** ويتصف المراهق فيها بثورته وتمرده على السلطة الوالدية، والمدرسية والقيام بالسلوك العدواني على إخوته وزملائه والعناد الشديد بقصد الانتقام والإسراف في الإنفاق والتأخر الدراسي والقلق الشديد .

أن موضوع **الحقوق الإنجابية للمراهقين** هو موضوع إشكالي ومسألة الحياة الجنسية للمراهق هي مسألة حساسة إذا لم نقل خلافية بالنسبة للعديد من المجتمعات، إلا أننا نجد أنه قد نص عليها ضمن الإطار العالمي لحقوق الإنسان حيث تتضمن الحق في الزواج وتأسيس أسرة والحق في الصحة الإنجابية بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة والصحة الوالدية والمعلومات والتعليم ، والحق في السلامة البدنية ونجد أن هذه الحقوق محمية في ظل عدد من معاهدات حقوق الإنسان المصدق عليها دولياً علي نطاق واسع والتي تلزم الدول الموقعة عليها قانونياً ، كما أن مؤتمرات الأمم المتحدة توصلت إلي اتفاقات دولية تتعلق بالحقوق الإنجابية، وإن لم تكن هذه الاتفاقيات ملزمة بنفس القدر الذي تلزم به المعاهدات، إلا أن هذه الوثائق التي صدرت بتوافق الآراء دليل علي إقرار الدول بضرورة اتخاذ إجراءات محددة لحماية الحقوق الإنجابية واحترامها وتطبيقها^(٢٩).

^{٢٩} (_____) الحقوق الإنجابية والنساء المعوقات لإي إطار حقوق الإنسان ، يناير ٢٠٠٢ ،

www.reproductiverichts.org

وتتضمن الحقوق الإنجابية مبادئ كبيرين من مبادئ حقوق الإنسان هما^(٣٠):

- الحق في الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية : ويتضمن الحق في إمكانية الحصول المنتظم علي خدمات الرعاية الممتازة والأمنة بالصحة الجنسية والإنجاب .
- الحق في تقرير القضايا الإنجابية : ويتضمن حق الإنسان في تنظيم الأسرة واتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة الإنجابية ، والحق في السلامة الجسدية والحق في التحرر من جميع أشكال العنف والتمييز والإكراه فيما يتعلق بالحياة الجنسية والإنجابية للمرأة .

بل أن البعض يري أن الصحة الإنجابية تشملها أيضاً اتفاقية حقوق الطفل والتي تعد واحدة من وثائق حقوق الإنسان الدولية التي تتضمن العديد من الأحكام التي تشتمل علي الحقوق الإنجابية للمراهقين وذلك علي اعتبار أن مرحلة المراهقة هي المرحلة التي يشعر بها الفرد بحقيقة نموه نظراً لما يصاحب هذه المرحلة ممن تغيرات جسمية وفسولوجية، وتنص الفقرة السادسة من اتفاقية حقوق الطفل علي أن لكل طفل حقاً أصيلاً في الحياة، وعلي أن تكفل الدول أقصى حد ممكن لبقاء الطفل ونموه وفي الفقرة ٢٤ " تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوي صحي" وتتفق" علي تطوير التعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة". ويفرض النهج الشامل المأخوذ به في اتفاقية حقوق الطفل إزاء الحق في الصحة التزام علي الحكومات بضمان حصول الفتيات المراهقات علي خدمات الصحية الإنجابية الشاملة، كما تتناول اتفاقية حقوق الطفل التزام الحكومات بأن تحترم خصوصية الأطفال وأن "تكفل للطفل القادر علي تكوين آرائه الخاصة حق التعبير عن تلك الآراء بحرية في جميع المسائل التي تمس الطفل، والتنفيذ الكامل لهذه الأحكام أهمية بالغة بالنسبة لقدرة الأطفال علي تقرير حياتهم المستقبلية ، بما في ذلك إنجاب الأطفال وتوقيته^(٣١) .

وعلي الرغم من أن مصر تعد من أوائل دول العالم الثالث في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة حيث أنه بدأ العمل في تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة منذ الثلاثينيات، وافتتحت أول عيادة تنظيم أسرة بالإسكندرية عام ١٩٤٨ وكانت تابعة لأحدي الجمعيات الخيرية حتى تنبتهت الدولة لأثر الزيادة السكانية وتدني المستوي الصحي للمرأة وأثرهما علي التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، ومع تكاتف الجهود الحكومية والقطاع الخاص حققت مصر بعض النجاحات والذي دلت عليه نتائج المسوح الديموغرافية المتتالية فمثلاً انخفض معدل الزيادة السكانية من ٢,٨% عام ١٩٨٦ إلي ٢,٣% عام ١٩٩٥ ، وانخفض معدل الخصوبة من

(٣٠) _____ تفعيل حقوق الإنسان ، دليل الدعاة إلي عمل هيئات الأمم المتحدة المعنية برصد المعاهدات المتعلقة بالحقوق الإنجابية والجنسية ، www.reproductiverichts.org

(٣١) _____ ، تطبيق الحقوق الإنجابية للمراهقين من خلال اتفاقية حقوق الطفل ، سبتمبر ١٩٩٩ ،

www.reproductiverichts.org

٥,٣ مولود لكل سيدة في سن الإنجاب عام ١٩٨٨ إلى ٤,٤% في عام ١٩٩٢ ثم إلى ٣,٦% عام ١٩٩٥، وارتفعت معدلات استخدام وسائل منع الحمل ٣٨% عام ١٩٨٨ إلى ٤٧% عام ١٩٩٢ ثم إلى ٤٧,٩% في ١٩٩٥ وكان هذا الارتفاع بين عامي ١٩٩٢ و١٩٩٥ بطيئاً مما أدى إلى حالة من الجمود والاستقرار لقراءة ثلاث أعوام ولكن علي الرغم من هذه النسب إلا التي توضح مستوي التقدم إلا أنها تجد أن هناك قصور في الخدمات المقدمة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وخاصة المقدمة للمراهقين والشباب قبل الزواج ويرجع البعض ذلك إلي:

١- المستوي غير المرضي لوحداث تقديم الخدمة بما في ذلك المستوي الفني لتقديم الخدمات وخاصة في الصعيد .

٢- انتشار الإشاعات وتضارب المعلومات عن وسائل منع الحمل .

٣- قصور الإعلام والتعليم والاتصال سواء علي مستوي الإعلام الجماهيري أو الإعلام الموجه عن مواجهه بعض المعتقدات والعادات الراسخة في المجتمع خاصة في منطقة الوجه القبلي^{٣٢} .

وإذا كان دستور منظمة الصحة العالمية يعرف الصحة بأنها حالة من المعافاة الكاملة، بدنياً ونفسياً واجتماعياً، وليس مجرد انتفاء المرض والعجز. فنجد أن هذا التعريف يعبر حدود خلو المرض والعجز، ليشمل ظروفاً يعاني منها ملايين من المراهقين، مثل الفقر وقلة التعليم والاستغلال والحروب والقتال المدنية، والتمييز على أساس العرق والجنس. ومثل هذه الأمور تؤثر على الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية تأثيراً سلبياً. وتعتبر الصحة الإنجابية جزءاً من صحة المراهقين، وحقاً من حقوقهم الأساسية التي تؤثر على نوعية حياتهم ومستقبلهم، وقد أظهرت نتائج الأبحاث والدراسات المختلفة حول صحة الإنجاب، أن الشباب والمراهقين يرغبون في التعرف أكثر على مختلف جوانب الصحة الإنجابية، ومناقشة هذا الأمر فيما بينهم، أو مع ذوي الخبرة من البالغين^{٣٣} .

- التعليم والصحة الإنجابية^(٣٤):

نظراً لما لمرحلة المراهقة من تأثير علي سلوك الفرد وصحته في المراحل العمرية اللاحقة فأن الاهتمام بمواضيع الصحة الإنجابية والجنسية وتدريبها علي نحو ملائم بما يتماشى مع القيم

^{٣٢} (مشيرة الشافعي: توفر خدمات الصحة الإنجابية ونوعيتها ، النشرة السكانية اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، ع ٤٦ ، ١٩٩٨، ص ١، ٢ .

^{٣٣} (مها عشم: ١٢٠ مليون مراهق بالشرق الأوسط يحتاجون لبرامج صحية لعبور هذه المرحلة، الصحة، وزارة الصحة العامة، العدد ٢٣، ٢٠٠٢ .

^{٣٤} (عبد الحليم الجوخدار ، نعيمة القصير : الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الدول العربية ، النشرة السكانية ، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، العدد ٤٦، ١٩٩٨، ص ٤ .

الأخلاقية الفاضلة يكتسب أهمية بالغة ويبرر ضرورة تدريس مواضيع التربية الجنسية وإدماج مضامينها في المواد الحاملة لتلك المفاهيم بما يتناسب مع المرحلة العمرية والبيئة الثقافية واكتشاف أثر الثقافة في المواقف والمشاعر والسلوك الجنسي للفرد ، والتفاعل الجنسي مع الآخرين ، أن الغرض من التربية الجنسية التي تستهدف المراهق يجب أن تتجاوز تعليمهم الحقائق المتعلقة بعلم وظائف التكاثري والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ، فالمرهقون بحاجة إلي أن يشعروا بالراحة والطمأنينة في تعاملهم مع جوانب حياتهم الجنسية علي نحو إيجابي وصحي .

أن التربية الجنسية تشتمل علي الحقائق وكذلك علي نفس المرتبة من الأهمية فهي تتضمن احترام الذات والشعور بالمسئولية وتحمل نتائج الأفعال وكذلك الاهتمام بأثر التصرفات الفردية علي الآخرين ، إلا أن هذا المفهوم ما زال مشوشاً ومضطرباً في أذهان الكثيرين في منطقتنا العربية حيث يساء الظن بمرامي تلك التربية وتطغي العادات والتقاليد والأعراف علي الضوابط الشرعية لتجعل من التربية الجنسية أمراً مذموماً ينافي الخجل والحياء ، ويؤدي إلي انتهاج سلوك غير سوي بدافع الفضول والتجريب ، وتشير دلائل الدراسات التقييمية التي قامت بها منظمة الصحة العالمية لبرنامج التربية الجنسية إلي عدم وجود دليل علي أن تلك التربية تشجع علي التجريب أو تؤدي إلي زيادة النشاط الجنسي لدي المشاركين في تلك البرامج ، فبع استعراض وتحليل ما يزيد علي ألف تقرير تقويمي لبرامج التربية الجنسية في كافة أنحاء المعمورة خلص الخبراء إلي أن دروس التربية الجنسية لا تؤدي إلي نشاط جنسي مبكر وأنها في بعض الحالات أدت إلي تأجيل الممارسات الجنسية .

كما أن الذين يعترضون علي التربية الجنسية بأنها تنافي القيم الأخلاقية في مجتمعاتنا العربية والإسلامية ويحيطون المسائل الجنسية بغلاف من التحريم والتكتم والتجاهل يتجاهلون حقيقة أن القرآن الكريم قد ذكر التماسل البشري والعلاقات الحميمة بين الزوجين وآداب الاستئذان والطهارة في مواضع عديدة ، فأيات القرآن الكريم تتحدث بوضوح عما يحفظ الإنسان فرجه وعن لا يحفظه وعن الجماع ليلة الصيام وعن المحيض واعتزال النساء فيه ، وعن خلق الإنسان من اختلاط النطفتين وعن مراحل نمو الجنين (سورة المؤمنون)، وعن الزنا وعن يأتون الرجال شهوة دون النساء، كما يذكر الحديث الشريف في الصحاح آداب الجماع ومباشرة النساء وأحكام الغسل والطهارة ، فكيف يستطيع المراهق تفسير هذه الآيات وأمثالها إذا لم توضح لديه من قبل معلمه أو مربيه حقائقها والمقصود منها، أن طمس معاني هذه الآيات القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة

والمرور عليها مرور الكرام يتنافي مع قواعد التربية الإسلامية الأصيلة، ويتناقض مع دعوة القرآن الكريم إلي فهمه وتدبر معانية .

وعلي الرغم من أهمية التعليم وذلك لزيادة الوعي إلا أننا مازال نجد أن المساواة بين الجنسين في التعليم محددة، وعدم المساواة بين الجنسين الثابتة. يتركز بشكل كبير بالتعليم في الطفولة المبكرة حيث ينتشر في مصر أن أكثر من ٢ مليون من الشباب خارج المدرسة في المحافظات المختلفة. و تبين التصنيفات الإقليمية أن ٨٠% من الذين خارج المدرسة هم من الفتيات من المناطق الريفية في صعيد مصر والعقبات الرئيسية التي تعترض التعليم، النفقات المتصلة بالتعليم والمعايير الثقافية التي تبقى الفتيات خارج المدرسة. حيث أن ٧٧% من الأطفال الملتحقين بالمدارس هم من أغنى الأسر، مقارنة ب ١٤% من الأسر الأكثر فقراً^(٣٥).

- التثقيف الجنسي :

حيث أنه بالإضافة إلي الحق في الرعاية الصحية من حيث توفير خدمات صحية كافية وبأسعار معقولة فإنه يتضمن حق المعلومات والتعليم ، حيث تقدر اتفاقية CEDAW بالحق في إمكانية الحصول علي المعلومات تربية محددة تساعد علي كفالة صحة الأسر ورعايتها ، بما في ذلك المعلومات والإرشادات التي تتناول تنظيم الأسرة ، وتطلب اتفاقية حقوق الطفل CRC من الدول الأطراف "استعدادات رعاية صحية وقاية ، وتقديم دليل للوالدين وتثقيفهم وتقديم خدمات تتعلق بتنظيم الأسرة" وتم تفسير مواد في صكوك أخري لحقوق الإنسان تحمي "الحق في منح وتلقي المعلومات"^(٣٦).

يشكل الحصول علي المعلومات المتعلقة بمرحلة بالنمو والبلوغ (التثقيف) أمر ضروري لجميع الشباب علي اختلاف خصائصهم ، وعلي الرغم من ذلك فإن هناك اختلافات واضحة بين الشباب بسبب اختلاف الإطار الاجتماعي الذي يعيشون فيه ، ويعد النوع أحد أهم المحددات المؤثرة علي مناقشة الشباب لموضوعات متعلقة بالنمو والبلوغ مع الأهل وذلك قبل وصولهم لمرحلة البلوغ ، فالإناث هم أكثر حظاً في تلقي المعلومات عن هذه الموضوعات من خلال الأهل مقارنة بالذكور، فقد أوضحت دراسة أن نحو ٥٠% من الإناث في الفئة العمرية (١٥-٢٩) سنة سبق لهم مناقشة موضوعات متعلقة بالنمو والبلوغ مع الأهل وذلك قبل وصولهم لمرحلة البلوغ، وذلك مقارنة بنسبة ٨% فقط من الذكور ، كما يؤثر محل الإقامة ومستوي

³⁵⁾ National Surveys Provide Insights into Lives of Adolescents in Egypt and Ethiopia- P population Briefs 17 (2) August 2 011

^{٣٦}) بروتوكول بشأن حقوق المرأة في أفريقيا صك للنهوض بالحقوق الإنجابية والجنسية ، WWW.CENTER FOR REPRODUTIV RIGHTS.

المعيشة علي مناقشة الشباب لمثل هذه الموضوعات مع الأهل حيث تصل نسبة الشباب في الريف الذين سبق لهم مناقشة موضوعات متعلقة بالنمو والبلوغ مع الأهل وذلك قبل وصولهم لمرحلة البلوغ نحو ٢٦% مقارنة ٣٢% في الحضر، كما تصل إلي ٢٢% بين الشباب في المستوي المعيشي المنخفض مقارنة ب٣٧% بين الشباب في المستوي المعيشي المرتفع ، كما أثبتت الدراسة محدودية دور المؤسسات الهامة (الأسرة والمدرسة ورجال الدين) والتي يجب أن تؤدي الدور الأساسي في التوعية والتثقيف بين الشباب ، وإن كانت الأسرة تشكل مصدراً أساسياً للتوعية بالنسبة للإناث علي عكس الذكور. (٣٧)

نموذج المكتب البحري الدولي يؤكد أن المعلومات ذات الصلة لممارسة السلوك الجنسي والصحة الإنجابية هو شرط مسبق حاسم الأهمية لبدء وصيانة مثل هذا السلوك. ويرتبط مزيج من الجهل بالمعلومات ذات الصلة بالأداء السلوك الجنسي والصحة الإنجابية والتردد في تقديم هذه المعلومات في البيئات التعليمية أو السريرية مع إهمال الصحة الجنسية والإنجابية هي الطريق إلي السلوك الجنسي الغير سوي عبر ثماني عينات مختلفة قد وجد أن أقل من نصف المراهقين يمكن بشكل صحيح تحديد فترة الخصبة من دورة الطمث و أظهرت أيضا أن المراهقين غالبا ما تفقر لمستوى من التطور المعرفي كافية بالنسبة لتوقع دقيق لخطر الحمل أو في توقع النتائج المستقبلية للإهمال وسائل منع الحمل وفيما يتعلق بالوقاية من فيروس الإيدز تبين وجود جهل عن المعلومات الهامة حول السلوك الوقائي واستراتيجيات المعالجة المعرفية التي تعيق الوقاية هي أيضا شائعة جدا خاصة بين طلاب المدارس الثانوية حيث تبين ارتفاع معدلات الإصابة بفيروس الإيدز للمراهقين (٣٨).

وخير دليل علي أن ذلك لا يتعارض مع تعاليم الشريعة الإسلامية هو ما أوردته المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم الثقافية من مبررات معرفية وتربوية لإدماج مفاهيم الصحة الإنجابية وقضايا النوع في مادة التربية الإسلامية والتي تتمثل في (٣٩):

. كون مبادئ الشريعة الإسلامية تحتم الحفاظ على الصحة الإنجابية لدى الأفراد والجماعات.

. الارتباط الوثيق بين مقاصد الشريعة الإسلامية والتنمية البشرية خصوصاً منها (الحفاظ

على النفس والعقل والنسل) ؛

^{٣٧} (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، الإطار الاجتماعي للصحة الإنجابية بين الشباب في مصر، يونيو ٢٠١٠، ص ٣٢، ٣٣.

^{٣٨} Fisher, William A., Fisher, Jeffrey D., *Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method*. Annual Review of Sex Research, 1998, Vol. 9

^{٣٩} دليل اللابيسكو لإدماج مفاهيم الصحة الإنجابية و النوع الاجتماعي في مناهج التربية الإسلامية

. التأكيد على أن الشريعة الإسلامية في مصادرها الأصلية النصية والاجتهادية هي المرجع الوحيد لتأصيل وتفسير وتوضيح وإدماج قضايا الصحة الإنجابية بما فيها صحة المراهقين في برامج التعليم النظامي ؛

. تأكيد الجانب الوظيفي للتربية الإسلامية في تناول كافة مناحي الحياة ومنها قضايا الصحة وصحة المراهقين وقضايا النوع الاجتماعي ؛

. تلبية حاجات المراهقين (وهم الذين يشكلون نسبة كبيرة من الهرم السكاني لمعظم دول العالم الإسلامي) من خلال تزويدهم بالمعارف والمهارات والاتجاهات وأنماط السلوك الإسلامي المرتبط بمفاهيم الصحة الإنجابية وصحة المراهقين لتجنب الآثار السيئة الناجمة عن الجهل بها ؛
تصحيح المفاهيم الخاطئة في هذا المجال ؛

. بيان الضوابط الأخلاقية الإسلامية والأحكام الشرعية المرتبطة بأبحاث التكاثر البشري وتطبيقاته المختلفة؛

. بيان الأحكام الشرعية والآداب الإسلامية المتصلة بالبلوغ والحث على الاستغفار ؛

. تنفيذ توصيات مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية المتصلة بإدراج التنقيف الصحي بشأن مسائل الصحة الإنجابية في جميع مراحل التعليم النظامي وغير النظامي، مع مراعاة الحق السيادي لكل بلد بما يتماشى مع القوانين الوطنية وأولويات التنمية ومع الاحترام الكامل لمختلف القيم الدينية والأخلاقية والخلفيات الثقافية لكل شعب، ووفقاً لحقوق الإنسان المعترف بها دولياً .

. تنفيذ توصيات اجتماع اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في دورتها الثالثة والأربعين، أكتوبر ١٩٩٦ بضرورة تزويد المراهقين في الوقت المناسب بمعلومات صحيحة وملائمة حول الجوانب البيولوجية في إطار الأحكام والقيم الإسلامية وكذلك المؤتمر الذي عُقد حول السكان والصحة الإنجابية في العالم الإسلامي (القاهرة، فبراير ١٩٩٨).

- الغذاء والصحة :

تتعلق معظم عوامل الخطر الواردة في هذا التقرير بأنماط الحياة المتبعة لا سيما الاستهلاك - سواء كان استهلاكاً مفرطاً أم متدنياً ، حيث توضح تقارير الصحة إلي أنه بينما يعاني ١٧٠ مليون طفل في البلدان الفقيرة من قلة الوزن - يموت منهم سنوياً ثلاثة ملايين طفل نتيجة ذلك - يوجد في الوقت ذاته ما يفوق المليار فرد بالغ في كافة أنحاء العالم يعانون من السمنة وما لا يقل عن ١٣٠ مليون شخص يعانون من السمنة السريرية، ويموت من بين هؤلاء الأشخاص سنوياً حوالي نصف مليون شخص .

وهكذا يتضح أن الفقر يكمن عند أحد كفتي ميزان عوامل الخطر ، حيث يبقى نقص الوزن السبب الرئيسي للأمراض التي تصيب مئات الملايين من أفقر الناس في العالم ، والسبب الأول للوفاة خاصة بين الأطفال حيث تقدر منظمة الصحة العالمية أن حوالي ٢٧% من الأطفال في الفئة العمرية دون سن الخامسة يعانون من نقص في الوزن ، وقد قدر عدد الوفيات التي الناتجة عن ذلك عام ٢٠٠٠ بحوالي ٣,٤ مليون طفل منهم ١,٨ مليون طفل في أفريقيا و ٢,١ مليون طفل في آسيا ، كما شكل نقص الوزن عاملاً مساهماً في ٦٠% من مجموع وفيات الأطفال في البلدان النامية بمعنى أن الوفيات السنوية الناتجة عن نقص الوزن تسلب من أفقر أطفال العالم ما يقدر بمجموعة بحوالي ١٣٠ مليون سنة من الحياة المعافاة الخالية من الأمراض^(٤٠).

هناك عوامل أخرى ضارة بالصحة، أكثر ارتباطاً بأنماط الاستهلاك غير الصحية منها، ضغط الدم المرتفع وكولسترول الدم واستعمال التبغ والسمنة والإفراط في استهلاك المسكرات وانعدام النشاط البدني. وقد أخذت هذه الأنماط الاستهلاكية القاتلة تحل محل الأساليب الغذائية المواتية الصحية في عالم اليوم. كما حل أسلوب الحياة المتمسك بقلة الحركة محل النشاط المنتظم. وقد بدأت هذه التغيرات تؤثر حالياً على صحة الجميع، سواء الشباب أو الشيخوخ، الأغنياء أو الفقراء^(٤١).

وقد أوضحت العديد من الدراسات أن ٥٦,٧% من المصابين بالسمنة وزيادة الوزن تزيد أعمارهم على ٤٠ سنة في حين أن ٦٢,٥ من المصابين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ و ٣٩ عاماً. وتعتبر هذه الدراسات هي الأحدث من نوعها في هذا المجال بقياس علاقة السمنة ببعض الخدمات والأنشطة المدرسية ومنها حصص التربية الرياضية في المدارس حيث وجد أنها لا تزيد على حصتين أسبوعياً فقط كما وجد أن لغرس حب الرياضة في نفوس الطلاب دوراً في تقليل الإصابة بالسمنة في حين وجد أن عوامل أخرى لا تلعب دوراً كبيراً في الإصابة بالسمنة كالجنس ذكراً وأنثى أو البيئة أو المستوى التعليمي للأب والأم وعدد الإخوة. ولا يوجد تركيز كبير على ممارسة الرياضة في المدارس بالرغم من أهميتها للطلاب حيث يتم تعويض حصص المواد الدراسية الأخرى بحصة التربية الرياضية خاصة في الأيام الأخيرة من العام الدراسي، كما يجب

^(٤٠) ما المعافاة في الحد من المخاطر المحتملة : التقرير الخاص بالصحة في العالم ،منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٢، ص ١٠

^(٤١) هبة الحسن : الأمان الصحي ، الصحة ، العدد ٢٣ ، وزارة الصحة العامة ، ٢٠٠٢.

التركيز على الرياضة كهدف وقائي من السمنة والأمراض المترتبة عليها للأجيال المستقبلية، ورصدت الدراسة مشكلات يواجهها مدرس التربية الرياضية وهي عدم توافر أكثر من صالة رياضية واحدة لكافة طلبة المدرسة مما يعوق إقامة برنامج تدريبي متكامل للطلبة، كما توجد مدارس لا يتوافر فيها سوى مدرس واحد للتربية الرياضية رغم وجود أكثر من مرحلة تعليمية بنفس المدرسة، وعدم توافر التجهيزات والإمكانات اللازمة لتفعيل مادة التربية الرياضية في المدرسة وترغيب الطلبة بممارسة الرياضة مما جعلهم يفضلون ممارسة كرة القدم بدلا من مزاوله الرياضيات الأخرى. من جانب آخر أوصت الندوة العربية الأولى حول السمنة والنشاط البدني في الوطن العربي بضرورة متابعة أوزان وأطوال وقياسات السمنة للأفراد لغرض ضبط زيادة الوزن ومكافحة السمنة، وتوفير معلومات غذائية وصحية سليمة مأخوذة من مؤسسات معترف بها، ووضع الجوانب الفسيولوجية والاجتماعية والنفسية المرتبطة بالسمنة في الاعتبار عند علاجها، مع الاهتمام بتزويد الشخص المصاب بالسمنة بمعلومات حول ممارسة النشاط البدني بما يتناسب مع حالته الصحية وعاداته وتقاليده^{٤٢}.

- تنظيم الأسرة :

وكانت البرامج السكانية في البداية تشكل مسألة مثيرة للجدل للغاية ليس من اللائق مناقشتها في المنتديات الحكومية الدولية. وحينما صار من اللائق طرحها في منتدى من قبيل مؤتمر بوخارست في ١٩٧٤، كانت تلك البرامج محل مناقشات محتدمة تنطلق من وجهات نظر سياسية وإيديولوجية ودينية وثقافية مختلفة. وقد أفرز مؤتمر بوخارست خطة مثمرة، خطة العمل العالمية للسكان، التي تعتبر الوثيقة الرسمية الدولية الأولى المخصصة للسياسات والبرامج والتدابير المتعلقة بالسكان. وأقرت الوثيقة برامج تنظيم الأسرة باعتبارها جزءا من السياسات الوطنية في مجال السكان، كما أقرت هذه السياسات باعتبارها عنصرا من العناصر المكونة لسياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وأوصت بأن تعتمد جميع البلدان إلى "احترام وكفالة حق الأشخاص، بغض النظر عن أهدافها الديموغرافية العامة، في اختيار عدد أطفالهم والمدة الفاصلة بين حمل وآخر، على نحو حر وواع ومسئول". وجرى الاتفاق لأول مرة على هذا الحق خلال مؤتمر طهران لحقوق الإنسان (١٩٦٨). وعالجت خطة العمل العالمية للسكان طائفة من القضايا الديموغرافية، بما في ذلك الوفيات، والهجرة، وهيكل الأعمار، والتحضر، وما إلى ذلك،

^{٤٢} (شما عبد الله البحرير : نسبة الإصابة بالسمنة بين طلاب الابتدائي ، الصحة ، وزارة الصحة العامة ، ٢٠٠٢ ،

من الزاوية المثالية للأهداف والاحتياجات الاجتماعية. وجرى تطوير الخطة وإغناؤها في مؤتمر مكسيكو في ١٩٨٤.

ولقد وقع تغير نموذجي في مؤتمر القاهرة في ١٩٩٤، حيث وصل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى توافق جديد للآراء، واعتمد برنامجا للعمل أكد من جديد حق الأفراد والأزواج في اختيار عدد أطفالهم والمدة الفاصلة بين حمل وآخر بحرية ومسؤولية. غير أن برنامج العمل أتى بمستجدات تمثلت في كون المبادئ والأهداف والإجراءات التي وردت فيه وضعت الفرد، ولا سيما المرأة والفتاة وحقوقهما، في قلب السياسات المتبعة في مجال السكان والتنمية. وذلك ما أبطل التأكيد الذي وضع في مؤتمري بوخارست ومكسيكو على دور الدولة والمجتمع في إحداث التغيير الديموغرافي المفضي إلى التنمية.

وظلت مسألة إتاحة تنظيم الأسرة على الصعيد العالمي الهدف المنشود، غير أن العزم عقد في القاهرة على أن يحقق هذا الهدف في إطار نهج موسع للنهوض بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية على امتداد دورة الحياة. وصار تمكين المرأة هدفا في حد ذاته، إضافة إلى دوره في جعل المرأة والرجل يشتركان في ممارسة حق الاختيار في اتخاذ القرارات الخاصة بحجم أسرتهما، وفي تحسين نوعية الحياة للجميع. وقد ارتكزت مناقشة الطائفة العريضة لقضايا السكان والتنمية في برنامج العمل على مبادئ الحقوق، والاختيار الفردي، والاشتراك الاجتماعي الموسع، واحترام المناظير الثقافية^{٤٣}.

وتعتبر الصحة الإنجابية من الأمور شديدة الأهمية لصحة وسلامة النساء والأطفال في العالم النامي. فلو أتاحت لكل امرأة إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وعلى رعاية فائقة الجودة أثناء الحمل والولادة لانخفض عدد الوفيات النفاسية ووفيات حديثي الولادة ووفيات الأطفال^{٤٤}.

ولقد زاد استعمال موانع الحمل زيادة كبيرة في كثير من البلدان النامية، ويكاد مستوي استعمالها في البلدان النامية يبلغ ما هو ممارس في البلدان المتقدمة ومع ذلك تشير المسوحات المضطلع بها إلي أن هناك في البلدان النامية والبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية ما يزيد علي ١٢٠ مليون من الأزواج الذين لا يحصلون علي احتياجاتهم من موانع الحمل علي الرغم من

^{٤٣} (المجلس الاقتصادي والاجتماعي : تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي ،الجمعية العامة ، الدورة التاسعة والخمسون ، الأمم المتحدة ، ٢٠٠٤ ، ص٢٤٨٣٣-٠٤ .

^{٤٤} (ثريا /حمد عبيد :يوم الصحة العالمي ، UNFPA،٢٠٠٥

إبدائهم رغبتهم في تجنب حدوث الحمل في المستقبل أو رغبتهم في المباشرة بين حالات الحمل في المستقبل.^{٤٥}

إلا أن ذلك لا يشير إلي زيادة وعي الشباب بالصحة الإنجابية فقد أوضحت احدي الدراسات أن المراهقين يفتقرون إلى المعرفة من وسائل منع الحمل واستخدامها بشكل غير منظم بين النساء في سن المراهقة حيث أن ٣٧,٥ % يعرفون بعض وسائل منع الحمل ؛ ٣٦,٣ % يعرفون وسيلة حديثة. بينما الرجال في سن المراهقة ، ٥٠,٣ % يعرفون بعض الطرق ، ونفس النسبة عرف ثلاث طرق حديثة ومع ذلك ، في آخر مسح واحدة من بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم ١٨ إلى ٢٤ فإن ٩٧,٧ % من الذكور و ٩٨,٤ % من الإناث على الأقل يعرفون طريقة واحدة لمنع الحمل ، ٦ % بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم من ١٨ إلى ٢٤ من ذوي الخبرة عن طريق الاتصال الجنسي ، أفاد حوالي ٧ % من النساء المتزوجات في سن المراهقة لم يستخدمن أي وسيلة من وسائل منع الحمل ، وأقل من ٥ % استخدمت طريقة حديثة.

وبلغت نسبة عدم الالتجاء إلي وسائل منع الحمل خوفاً من المضاعفات ٤٦,٧ % من الذكور و ٤٨,٥ % للإناث ، أما عن عدم استخدامها وفقاً للمعتقدات الدينية فبلغت النسبة ١٢ % من الذكور و ٢١,٢ % للإناث ويعتقد ٤٠ % من الشباب أن الواقي الذي من شأنه أن يقلل النشاط الجنسي^(٤٦).

- التدخين :

تتسم مرحلة المراهقة والشباب بحالة من التغير وعدم الاستقرار مما ينعكس علي كافة اتجاهات وسلوكيات الشباب ومنها عادة التدخين حيث تشير العديد من نتائج الدراسات إلي أن عادة التدخين واسعة الانتشار بين الفتيان وذلك لعدة أسباب وهي :التأثر بالأصدقاء،التباهي والتفاخر،إهمال الوالدين ، تقليد الكبار ثم إثبات الذات^(٤٧).

ويعتبر أن التدخين بين الشباب أصبح رمزاً من النضج والاستقلال ، . بالنسبة لهم ، واستخدام التبغ يوفر فرصة لمشاركته في السلوك الذي يتحدى الأعراف الاجتماعية الراسخة. ويعتبر الأولاد أكثر عرضة من البنات للدخان ، والشراب ، واستخدام المخدرات. هذا ينطبق على البلدان النامية

^{٤٥} (منظمة الصحة العالمية:إستراتيجية تسريع التقدم (نحو بلوغ المراعي والأهداف الإنمائية الدولية المتصلة بالصحة الإنجابية) ، ص ١٤ .

^{٤٦}Written by Kenya Casey : **Adolescent Reproductive Health in Nigeria** ,October 2001 *Advocates for Youth*
^{٤٧} (وحدة البحوث والدراسات السكانية جامعة الدول العربية: الشباب والصحة الإنجابية، إضافات سكانية ، نوفمبر ٢٠٠١ ، ص ١٢ .

أيضا ، على الرغم من أن المعدلات تتزايد بين الفتيات بشكل ملحوظ. وخاصة مع ظهورها كالسلوكيات من الأشخاص المهمين في البيئة المباشرة من المراهقين الذين قد يبدو كقدوة من حيث تلعب دوراً في التأثير علي أنشطة المراهقين^(٤٨).

- ختان الإناث (تشويه الأعضاء الأنثوية للمرأة) :

أن تعبير تشويه الأعضاء التناسلية تعبير جامع يطلق علي عدد من الممارسات التقليدية المختلفة التي تتضمن بتر الأعضاء التناسلية الأنثوية ، ورغم وجود عدد من التبريرات لاستمرار هذه الممارسة إلا أن الظاهرة ترتبط في الأساس بالرغبة في إخضاع المرأة وضبط سلوكها الجنسي. ويقدر أن هناك ١٣٠ مليون فتاة وامرأة في العالم ممن تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية ، كما يتعرض ما لا يقل عن مليون فتاة سنوياً إلي خطر الخضوع لأحد أشكال هذه الممارسات ، ويمارس تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في ٢٨ بلداً أفريقياً جنوب الصحراء في الوقت الحاضر ، إضافة إلي المناطق الشمالية الشرقية من أفريقيا ، كما تشير التقارير إلي وجود حالات متفرقة في بعض دول الشرق الأوسط ولدي بعض الجماعات الأثنية في الهند وسريلانكا ، كما أن مجتمعات المهاجرين القادمين من بلدان تسود فيها هذه الممارسات تمارس تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية هي أيضاً . وثمة عواقب خطيرة لتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى علي صحة المرأة والطفلة وتشمل المضاعفات المباشرة من الألم الشديد والنزف الذي قد يتطور إلي نزيف شديد الذي قد يؤدي إلي الصدمة الدموية (هبوط الدورة الدموية) والموت وقد أجريت دراسات قليلة عن الآثار النفسية لهذه الممارسة ، ومن ناحية ثانية أفادت بعض النساء بحدوث عدد من المشاكل مثل اضطراب النوم والمزاج^{٤٩} .

ولقد أدي النشاط المتنامي في أفريقيا إلي نشوء وعي دولي بقضية تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بوصفة انتهاكا كبير لحقوق النساء والفتيات ، وبالتالي فإن جملة كبيرة من هيئات الأمم المتحدة ومؤتمراتها قد دعت الحكومات إلي تبني تدابير تهدف إلي إزالة هذه الممارسة التقليدية المؤذية كما أن عدد من دول أفريقيا ، ودول الغرب قد جرت هذه الممارسات .

وقد جاء إعلان القاهرة كنوع من الاستجابة لذلك ، حيث أنه في يوليو ٢٠٠٣ اجتمع في القاهرة أكثر من مئة من الخبراء الذين يمثلون الحكومات والمنظمات غير الحكومية علي المستوي الوطني والمنظمات الدولية لتتساور بشأن الوسائل القانونية لمنع تشويه الأعضاء

⁴⁸) Tobacco use among adolescent students and the influence of role models

^{٤٩}) أنيفة رحمان ،ناهد طوبيا : تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (دليل القوانين والسياسات حول العالم)،مركز الحقوق الإنجابية ، ط٢، ٢٠٠٦، ص٤، ٥.

التناسلية الأنثوية ، وقد ناقش الخبراء أهمية القانون بوصفه عنصراً من عناصر استراتيجيات إيقاف لمثل هذه الممارسات وخرجوا بتوصيات من أجل وجود استجابة قانونية فاعلة لمثل هذه الممارسات .

- بعض التدابير الخاصة بالصحة الإنجابية :

وعلى الرغم مما حظي به مجالاً الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للمراهقين من الاهتمام من جانب المجتمع العالمي وأحرزت أجزاء من مناطق العالم تقدماً رائعا في تمكين الشباب من التعامل بشكل إيجابي مع حياتهم الجنسية، وأفلحت في تقليل حالات الحمل بين المراهقات. وخلال العقد المنصرم، تزايد الاهتمام بأهمية الطرق التي تتوافر للإناث لغرض منع الحمل. غير أن أجزاء أخرى من هذه المناطق ما زال عليها إحراز قدر كبير من التقدم في هذا المضمار. وبالرغم من إعطاء مزيد من الأولوية لقضايا الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين، فقد ظلت هذه القضايا عالية الحساسية ولم تقم سوى بلدان قليلة جدا بوضع استراتيجيات شاملة لمواجهتها وحشد الموارد لتنفيذها.

ولا بد من بذل مزيد من الجهود لتوفير تعليم جنسي يلبي احتياجات الجنسين ومعلومات وخدمات ذات صلة، تكون شاملة وسرية وفي المتناول. ولم تكن التعهدات السياسية بمعدل مستقيم واحد، بالرغم من الضرورة الواضحة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، ولمكافحة الاتجار بالفتيات والمراهقات. ونظرا لقلّة الموارد، كثيرا ما تعاني البرامج الموجهة للشباب من نقص التمويل ولا تُنفذ بصورة تامة. ولا بد من بذل جهود إضافية لضمان المشاركة الكاملة للشباب في وضع السياسات والبرامج المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وتنفيذها ورصدها وتقييمها^{٥٠}.

وهناك تحديان أساسيان لا بد من تناولها من أجل تطوير واختبار مؤشرات عملية الصحة الإنجابية ويتمثلان في :

التحدي الأول وهو ضرورة وجود إجماع واضح على الحاجة إلى تحديد وقياس الصحة الإنجابية ، وتحديد الاحتياجات وتقييم التدخلات البديلة.

التحدي الثاني هو كيفية تعريف مفهوم الصحة الإنجابية -- مع التركيز على حالة الإنسان -- قد تخدم كأساس لمؤشرات التشغيلية^{٥١}.

^{٥٠} (تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي ، الدورة التاسعة والخمسون ، البند ١٢ من القائمة الأولية ، ١٧ شباط /فبراير ٢٠٠٤، ص ١٤،١٥

^{٥١}) Ritu Sadana . : Definition and measurement of reproductive health *Bulletin of the World Health Organization*, May 2002,

ويأتي في مقدمة هذه التدبير أهمية العيادات المدرسية في وقاية المراهقين من الوقوع في السلوكيات الجنسية الخاطئة فالرعاية الشاملة في المدرسة المستندة إلى العيادات يشير إلى إدراج الإرشاد والتعليم من قبل جميع موظفي العيادات والمكونات الرئيسية للخدمات التي يقدمونها. الهدف من الموظفين ليست مجرد عيادة لعلاج مرض أو إصلاح مشكلة، ولكن أيضا لتمكين المراهقين من المشاركة في الرعاية الخاصة بهم المصير من خلال مساعدتهم على فهم أنفسهم وبيئتهم. في هذه الطريقة ، يمكن للشباب اكتساب شعور التفوق والسيطرة على حياتهم. يجب أن تشمل الرعاية للمراهقين مجموع خدمات الصحة النفسية. على عكس الأطفال الذين يعانون من المشاكل الرئيسية المتعلقة بالصحة والأمراض المعدية ، والكبار وما يتصل بهم من قضايا رئيسية تتعلق بالأمراض المزمنة والنكسات الصحية ، والمشاكل الصحية لدى المراهقين هي في المقام الأول تتمثل على سبيل المثال، البحث عن هوية المراهق وتعريف الذات، والتي غالبا ما تؤدي إلى مخاطر سلوكيه واكتئاب. كما أنها تشمل قضايا احترام الذات وضغط الأقران. فالمرهقون يحتاجون بشكل واضح من الاستفادة من التفاعل مع المهنيين الذين هم على استعداد وقادرين على المشاركة في العلاقات العلاجية لمساعدتهم على حل هذه الصعوبات والارتباك⁵². وسيكون لقاء التحدي في صحة المراهقين من خلال برامج الصحة المدرسية لن يكون سهلا. أولا، لا بد من حل مشاكل التمويل. معظم برامج الصحة المدرسية التي تعتمد اعتمادا كبيرا على عائدات المريض، ولكن هناك العديد من المبادرات المبتكرة لحل هذه المشكلة ومنها علي سبيل المثال الشراكات المجتمعية بين المدارس والإدارات الصحية، ومؤسسات العمل الاجتماعي في المجتمع ، والمستشفيات ومراكز الصحة النفسية، وغيرها من الوكالات المحلية وكثيرا ما توفر التمويل المشترك ومع ذلك، لن تحل جميع المشاكل في تمويل برامج الصحة المدرسية للمراهقين. فالمصدر الرئيسي لتمويل خطط الدولة للرعاية المدارة، لا تغطي مجموعة واسعة من خدمات الصحة المدرسية التي يحتاجها معظم المراهقين. هذا بالإضافة إلي أن الخدمات "الطبية" لا تحل المشاكل النفسية والاجتماعية التي تتداخل مع تحقيق الصحة البدنية ، بالإضافة إلى ذلك ، ليس كل المراهقين مؤهلة للحصول على المساعدة الطبية. العديد من "سقوط من خلال الشقوق"

⁵²) Harold, Nancy B., Harold, Rena D., *Social Work in Education, School-Based Health Clinics: A Vehicle for Social Work Intervention*, Apr1991, Vol. 13, Issue 3

لرعاية الصحية، وذلك لأن دخل آباءهم منخفض جدا لشراء التأمين الصحي الخاص وبعض الدول تحاول حل هذه المشاكل من خلال توسيع نطاق التغطية لأنشطة الصحة المدرسية ومعايير الأهلية من خلال رفع الدخل في البرامج الطبية الخاصة بهم. أما فيما يتعلق العاملون الاجتماعيون فلهم أدوارا حاسمة للعب في برامج الصحة المدرسية للشباب في سن المراهقة. يمكن أن يحضر إلى القضايا النفسية والاجتماعية والقوى الأخرى التي تؤثر على قدرة الطلاب على الإفادة القصوى من خبراتهم التعليمية والصحية لتحقيق الأمثل. العاملون الاجتماعيون فهم ديناميكية العلاقات بين الطلاب، والأقران والآباء والمعلمين التي تؤثر على قدرة الشباب على أداء جيدا في المدرسة. لديهم أيضا خبرة واسعة في التعامل مع تعاطي المخدرات ، والعنف، والحمل في سن المراهقة والإيذاء وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وغيرها من المسائل المتصلة بالصحة التي تؤثر على أداء الطلاب. فحوصات الصحة العقلية، وتقديم المشورة ، والتدخل في الأزمات ، وحل المشكلات التدخلات مع الوالدين والمعلمين وتمثل الوظائف الرئيسية التي العاملين الاجتماعيين يؤدون بالفعل في العديد من برامج الصحة المدرسية والأخصائيين الاجتماعيين يؤمنون بأن مهنتهم لا بد أن تقوم ب⁽⁵³⁾:

- توفير القيادة في تعريف "الصحة" على نطاق واسع في مجال الصحة المدرسية
- إثبات صلة بين مشاكل التعلم والمشاكل الاجتماعية
- ضمان وتمثيل الخدمة الاجتماعية في وضع جدول أعمال للصحة المدرسية
- التأكيد على المساهمات بجعل الخدمة الاجتماعية في الصحة المدرسية في العلاج والوقاية
- تحديد والمشاركة في التعاون القائمة التي تتناول الصحة المدرسية
- تحديد الاحتياجات التي لم تلبى وتحديد كيف يمكن أن يستجيب الأخصائيين الاجتماعيين بحيث يتم دعم العاملين في المدرسة ويتم توسيع البرامج القائمة
- الخدمة الاجتماعية ودور السوق في مجال الصحة المدرسية
- تقييم النتائج وإثبات دور الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة المدرسية
- ضمان وجود تعريف واسع الخدمة الاجتماعية في الرعاية الصحية

⁵³ (Hutchinson, Marvin R. "Reg", Poole, Dennis L., Health & Social Work, Adolescent Health and school Health :It's time to meet the challenge , Feb98, Vol. 23,

• المشاركة في تحالفات لتطوير برامج الصحة المدرسية.

أما فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والقطاع الأهلي فإن الجمعيات الأهلية تأتي في أغلب الأحوال في المرتبة الثانية بعد الجهات الحكومية ذلك انتشارها الواسع وسط القواعد الشعبية، وتقديمها خدمة صحية بنوعية عالية، وإن مقابل الخدمة الصحية إن وجد، يغطي فقط تكلفة الخدمة. هذا ولم تتوفر بيانات شاملة عن إعداد المستفيدين من الخدمات الصحية عامة والصحة الإنجابية خاصة، إلا أن البيانات المتوفرة في المسح الصحي الشامل تشير إلى أنه لا يقل عدد المستفيدين من الخدمات الصحية للجمعيات عن ١٦% من إجمالي طالبي الخدمة الصحية، وهو ما يشير إلى عدة ملايين . لقد أوضح أحدث مسح صحي عدد محدود من مستخدمي وسائل تنظيم الأسرة، وطالبي الصحة الإنجابية يحصلون على الخدمات الصحية من الجمعيات الأهلية. إن هذه النتيجة تشير إلى الخدمات الصحية في الوجه القبلي-عن طريق الجمعيات الأهلية تتسم بالمحدودية ، وإذا أمكن تفعيل دور هذه المنظمات غير الحكومية ، فإن ذلك يعني تحقيق أهداف تقوية ونشر الخدمات الصحية من ناحية وزيادة فعالية سياسات الصحة الإنجابية من ناحية أخرى^٤ وخاصة فيما يتعلق بالخدمات الصحية للمراهقين .

ثالثاً : الإستراتيجيات المنهجية للدراسة

(١) نوع الدراسة: تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية التي تهدف إلى وصف وتحديد درجة وعي الشباب بالصحة الإنجابية وكيفية حصولهم على المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية .

(٢) المنهج المستخدم: المنهج الكمي واستخدمت الباحثة منه طريقة المسح الاجتماعي الشامل حيث أنه من أنسب المناهج ملائمة لهذه الدراسة لاتساقه مع مشكلتها وأهدافها وقد استخدمت الباحثة أسلوب المسح الاجتماعي الشامل لطلاب الفرقة الأولى لكافة الكليات بجامعة الفيوم .

(٣) أدوات الدراسة :

صممت الباحثة استمارة استبيان للتعرف على درجة وعي الشباب بالصحة الإنجابية .

(٤) مجالات الدراسة :

^٤ (أماني قنديل : دور الجمعيات الأهلية في تنفيذ الأهداف الإنمائية ، ٢٠٠٥، ص ١٠ .

١. **المجال البشري:** طلاب الفرقة الأولى بكليات جامعة الفيوم وعددهم ١٥٠٠ طالب كان الحضور منهم خلال شهر ديسمبر ٢٠١٣ عدد ١٠٩٩ طالب وطالبة
٢. **المجال المكاني:** كليات جامعة الفيوم الأربع عشر وهى الزراعة والتربية والهندسة والخدمة الاجتماعية ودار العلوم والسياحة والفنادق والعلوم والطب والآثار والتربية النوعية ورياض الأطفال والآداب والحاسبات والمعلومات والتمريض
٣. **المجال الزمني:** ويعنى فترة إجراء الدراسة وقد تم تطبيق الأداة على الطلاب في الفترة من أول ديسمبر حتى ٣٠ ديسمبر عام ٢٠١٣
- رابعاً: معطيات الدراسة

جدول (١) يوضح نوع المبحوثين و محل ميلاد المبحوثين ن=١٠٩٩

م	النوع	التكرار	النسبة	محل الميلاد	التكرار	النسبة
١	ذكر	١١٠	%١٠	ريف	٥٩٧	%٥٤,٣
٢	أنثى	٩٨٩	%٩٠	حضر	٥٠٢	%٤٥,٧
	المجموع	١٠٩٩	%١٠٠	المجموع	١٠٩٩	%١٠٠

يشير بيانات الجدول رقم (١) إلى توزيع مجتمع البحث وفقاً للنوع أن نسبة الذكور بلغت %١٠ ونسبة الإناث وصلت إلى %٩٠ ، كما توضح أيضاً توزيع مجتمع البحث وفقاً لمحل الميلاد أن نسبة %٥٤,٣ من المبحوثين يقطنون بالريف بينما نسبة %٤٥,٧ يسكنون بالحضر .

جدول (٢) يوضح هل يستمع المبحوثين الراديو و البرامج التي يستمع إليها المبحوثين ن=١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة	البرامج	التكرار	النسبة
١	لا يوجد عندنا راديو	١٦	%١,٥	الأخبار	٢٢٠	% ٢٠
٢	لا استمع إليه	٩٤	%٨,٥	برامج الأسرة	١٤١	% ١٢,٨
٣	اسمعه يوميا	٢٨٣	%٢٥,٨	التمثيلات	٦١٢	% ٥٥,٧
٤	استمع إليه مرات قليلة في	٦١٢	%٥٥,٧	الأغاني	٥٩٧	% ٥٤,٣

الأسبوع		%	
مرة كل أسبوع	-	٧٥٥	٦٨,٧
اقل من مرة كل أسبوع	٩٤	١١٠	١٠
المجموع	١٠٩٩		

أظهرت بيانات الجدول رقم (٢) أن نسبة من يستمعون إلي الراديو مرات قليلة في الأسبوع ٥٥,٧%، يليه من يستمع إليه يومياً ٢٥,٨%، بينما تساوت نسبة كلاً من لا يستمع إليه ومن يستمع إليه أقل من مرة كل أسبوع حيث بلغت ٨,٥%، ووصلت نسبة من لا يوجد عنده راديو إلي ١,٥% . وهذا يدل علي أنه من رغم من التقدم التكنولوجي في وسائل الحصول علي المعلومات من انترنت وغيره إلا أنه ما زال هناك إقبال علي الاستماع إلي الراديو وأن قل عما كان في السابق، كما يوضح الجدول نوعية البرامج التي يستمع إليها المبحوثين حيث يأتي في مقدمتها القرآن الكريم وبلغت النسبة ٦٨,٧% ، يليها التمثيليات وبلغت ٥٥,٧% ، يليها الأغاني ونسبتها ٥٤,٣%، ثم الأخبار ونسبتها ٢٠%، ثم برامج الأسرة ونسبتها ١٢,٨%، وأخيراً البرامج الصحية ونسبتها ١٠%، وهذا يوضح عدم وجود وعي لدى مجتمع البحث بأهمية البرامج الصحية وقد يرجع ذلك إلي عدم تطوير أسلوب تقديم هذه البرامج حتى يمكن أن تجذب المستمع أو تقديمها في أوقات غير مناسبة .

جدول (٣) يوضح هل يشاهد المبحوثين التلفزيون والبرامج التي يشاهدها المبحوثين في

التلفزيون ن = ١٠٩٩

البيان	التكرار	النسبة	البرامج	التكرار	النسبة
لا يوجد عندنا تلفزيون	١٦	١,٥%	الأخبار	٣٣٠	٣٠,٠%
لا أشاهده	٣١	٢,٨%	البرامج الصحية	١٨٨	١٧,١%
أشاهده يوميا	٨٣٢	٧٥,٧%	التمثيليات	٧٧٠	٧٠,١%
أشاهده مرات قليلة كل	٢٠٤	١٨,٦%	الأغاني	٤٨٧	٤٤,٣%

أسبوع		%	
مرة كل أسبوع	١٦	٢٦٧	٢٤,٣ %
		مباريات كرة القدم	١,٥ %
		البرامج الدينية	١٨٨
			١٧,١ %

وقد أسفرت نتائج الجدول رقم (٣) علي أن نسبة مشاهدة التلفزيون لمجتمع البحث لمن يشاهده يومياً ٧٥,٧% ، ويليه من يشاهده مرات قليلة كل أسبوع وبلغت نسبتهم ١٨,٦% ، ونسبة من لا يشاهد التلفزيون ٢,٨% ، وتساوت نسبة كلاً من لا يوجد عنده تلفزيون ومن يشاهده مرة كل أسبوع لتصل إلي ١,٥% ، وهذا يدل علي أن التلفزيون وسيلة تواصل فعالة يمكن من خلالها توصيل الرسائل المراد إرسالها إلي المشاهد وأنه يتضمن نسبة مشاهدة عالية ، كما أظهرت أيضاً نتائج الجدول أن التمثيليات قد سجلت أعلى نسبة مشاهدة بالنسبة لمجتمع البحث وبلغت النسبة ٧٠,١% ، ويليهما الأغاني ونسبتها ٤٤,٣% ، ثم الأخبار ونسبتها ٣٠% ، ويليهما مباريات كرة القدم ونسبتها ٢٤,٣% ، وتساوت نسبة كلاً من البرامج الصحية والبرامج الدينية بنسبة ١٧,١% ، وهذا يدل علي عدم اهتمام مجتمع البحث بالتوعية الصحية وضعف ثقافتهم الصحية وقد يرجع ذلك إلي تقديم المادة الإعلامية فيما يتعلق بالبرامج الصحية بصورة تجذب المشاهد وذلك علي الرغم من أن مشاهدة التلفزيون لمجتمع البحث عالية كما أنه قد يرجع إلي عدم اختيار الوقت الملائم لتقديمها وهذا ما أكدته دراسة فايز زكي من ضعف وقصور البرامج التلفزيونية والإذاعية في التوعية ببرامج تنظيم الأسرة و معرضة رجال الدين لها وقلة الإمكانيات مع حاجة الحملات الإعلامية إلي مبالغ ضخمة للقيام بها (٥٥).

جدول (٤) يوضح البرامج التي استمع إليها المبحوثين في الراديو أو شاهدها في التلفزيون خلال الستة شهور الماضية

ن = ١٠٩٩

م	البرامج	الراديو		التلفزيون	
		التكرار	%	التكرار	%
١	برنامج عن تنظيم الأسرة	١٥٧	١٤,٣ %	٣٧٧	٣٤,٣ %

(٥٥) فايز زكي طه : دور الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في بعض مراكز تنظيم الأسرة التابعة للنشاط الشعبي بالقاهرة ، ماجستير ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، ١٩٧٥ .

٢	برنامج عن الفحص قبل الزواج	١١٠	١٠,٠ %	٢٧٧	٢٥,٢ %
٣	برنامج عن الإيدز	٤٧	٤,٣ %	١٥٧	١٤,٣ %
٤	لم استمع لأي من البرامج السابقة	٨٤٨	٧٧ %	٥٣٤	٤٨,٦

يستنتج من الجدول رقم (٤) أن أعلى نسبة كانت عدم استماع مجتمع البحث لأي من البرامج سواء كانت تنظيم الأسرة أو الفحص قبل الزواج أو برنامج عن الإيدز من خلال الراديو وكانت نسبتها ٧٧%، ثم يليها برامج تنظيم الأسرة ونسبتها ١٤,٣%، ثم برامج عن الفحص قبل الزواج ونسبتها ١٠%، وتأتي في المؤخرة البرامج التي تتحدث عن الإيدز ونسبتها ٤,٣% وهذا يدل علي عدم وجود وعي بأهمية الصحة الإنجابية وعدم وجود اهتمام بمعرفة أي شئ عنها من مجتمع البحث، كما يبين الجدول أن عدم استماع مجتمع البحث لأي من برامج تنظيم الأسرة أو برامج عن الفحص قبل الزواج أو برامج عن الإيدز كانت أعلى نسبة حيث وصلت إلي ٤٨,٦%، ويليهما برامج تنظيم الأسرة ونسبتها ٣٤,٣%، ثم برامج عن الفحص قبل الزواج ونسبتها ٢٥,٢%، وأخيراً برامج الإيدز ونسبتها ١٤,٣% عدم وجود اهتمام من قبل مجتمع البحث بمشاهدة هذه البرامج وقد يرجع ذلك إلي عدم إدراكهم ووعيهم بأهميتها بالنسبة لهم.

جدول (٥) يوضح مصدر معلومات المبحوثين عن التغيرات الجسمية من الطفولة إلى المراهقة

ن = ١٠٩٩

م	مصدر المعلومات	التكرار	%
١	الأصدقاء	٥٠٢	٤٥,٧ %
٢	الأم	٣٦١	٣٢,٨ %
٣	الأب	٣١	٢,٨ %
٤	الأخ / الأخت	١١٠	١٠,٠ %
٥	الأقارب	١١٠	١٠,٠ %
٦	المدرسة	٥٥٠	٥٠,١ %
٧	الطبيب	٤٧	٤,٣ %
٨	رجل الدين	٧٩	٧,٢ %
٩	الكتب والجرائد والمجلات	١٨٨	١٧,١ %
١٠	الراديو	١٢٦	١١,٥ %
١١	التلفزيون	٤٤٠	٤٠,٠ %

ويوضح الجدول رقم (٥) أن مصدر المعلومات عن التغيرات الجسمية من الطفولة إلى المراهقة بالنسبة لمجتمع البحث يكون في المرتبة الأولى من المدرسة ونسبتها ٥٠,١%، ويليهما الأصدقاء بنسبة ٤٥,٧%، ثم التليفزيون بنسبة ٤٠%، ثم الأم ونسبتها ٣٢,٨%، يليه الكتب والجرائد والمجلات بنسبة ١٧,١%، ثم الراديو بنسبة ١١,٥%، ويتساوى في النسبة كلاً من الأخ/والأخت والأقارب بنسبة ١٠%، ثم رجال الدين بنسبة ٧,٢%، ويليه الطبيب بنسبة ٤,٣%، ثم الأب بنسبة ٢,٨% وهذا يتفق مع ما أكدته تغريد عبد الله من أن العديد من الأهل يجد صعوبة في التطرق مع أولادهم إلى المواضيع الجنسية والنمو الجسمي لخلهن حيناً أو لعدم قدرتهن علي نقل المعلومة بشكل صحيح وعلمي أو حتى أرشادهن إلي من يقدم لهم المعلومة بشكل صحيح وهذا ما يجعل الشباب إلي الإستعانة بمصادر أخرى والتي قد تكسبهم مفاهيم خاطئة تؤدي بهم إلي سلوك طرق محفوفة بالمخاطر^(٥٦).

جدول (٦) يوضح كيفية اهتمام المبحوثين بأنفسهم خلال فترة المراهقة ن=١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	الحرص على التغذية السليمة	٨٧٩	٨٠,٠%
٢	الابتعاد عن الوجبات السريعة	١٥٧	١٤,٣%
٣	الاهتمام بالرياضة	٦٩١	٦٣,٠%
٤	إتباع أسلوب نظافة دائم	١٤١	١٢,٨%

ويبين الجدول رقم (٦) كيفية اهتمام المبحوثين بأنفسهم خلال فترة المراهقة يكون من خلال التغذية السليمة بنسبة ٨٠%، ويليه الاهتمام بالرياضة بنسبة ٦٣%، ثم الابتعاد عن الوجبات السريعة بنسبة ١٤,٣%، ويأتي في المرتبة الأخيرة إتباع أسلوب نظافة دائم بنسبة ١٢,٨% وهذا يختلف مع دراسة عبد الرحمن كامل والتي أوضحت ارتفاع ظاهرة البدانة وزيادة الوزن بين الشباب وكذلك دراسة سليمان بن ناصر والتي تري أن تغذية المراهقين من المشكلات الهامة والتي من سببها تناول الأغذية غير الصحية وقلة النشاط البدني والذي أدى إلي تزايد البدانة بين الشباب، وهذا يتفق أيضاً مع دراسة هزاع بن محمد والتي أظهرت أن نسبة عدم ممارسة الحد الأدنى من النشاط البدني تقارب ٧١% لدي الشباب من سن ١٧-٢٣ سنة.

^{٥٦} (تغريد عبد الله : المراهقون يعترفون وعلم النفس يحمل الأهل المسؤولية ، المستقبل ، العدد ١٧٥٤ ، ٢٠٠٤ ، ص ٧

جدول (٧) يوضح كيف يقضى المبحوثين وقت فراغهم ن = ١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	مع الأصدقاء	٣١٤	٢٨,٦ %
٢	في ممارسة هواياتي	٢٢٠	٢٠,٠ %
٣	أشاهد التلفزيون	٨٣٢	٧٥,٧ %
٤	الانضمام إلى جمعية أهلية/ نادي	١٧٣	١٥,٧ %

وأوضحت نتائج الجدول رقم (٧) عن كيفية قضاء المبحوثين وقت فراغهم أن مشاهدة التلفزيون يأتي في المرتبة الأولى بنسبة ٧٥,٧%، ثم الأصدقاء بنسبة ٢٨,٦%، ويليه ممارسة هواياتي بنسبة ٢٠%، ويأتي في المرتبة الأخيرة الانضمام إلى جمعية أو نادي ونسبتها ١٥,٧%.

جدول (٨) يوضح هل تحدث أي فرد مع المبحوثات حول الدورة الشهرية ن = ٩٨٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٥٦٥	٥٧,١ %
٢	لا	٤٢٤	٤٢,٩ %
	المجموع	٩٨٩	١٠٠ %

وأظهرت نتائج الجدول رقم (٨) عن تحدث أي فرد مع المبحوثات عن الدورة الشهرية فبلغت الإجابة بنعم نسبة ٥٧,١%، ولا بنسبة ٤٢,٩%.

جدول (٩) يوضح المتحدث مع المبحوثات حول الدورة الشهرية ن=٥٦٥

م	البيان	التكرار	النسبة
١	الصديقات	٢٥١	٤٤,٤%
٢	الأم	٣٣٠	٥٨,٤%
٣	الأب	—	—
٤	الأخ / الأخت	٧٩	١٤,٠%
٥	الأقارب	٤٧	٨,٣%
٦	المدرسة	٢٢٠	٣٩,٠%
٧	الطبيب	١٦	٢,٨%
٨	رجل الدين	١٦	٢,٨%

ويبين الجدول رقم (٩) أن المتحدث مع المبحوثات حول الدورة الشهرية تأتي الأم في المرتبة الأولى بنسبة ٥٨,٤%، ثم الصديقات بنسبة ٤٤,٤%، ثم المدرسة بنسبة ٣٩%، ويليه الأخت/الأخ بنسبة ١٤%، ثم الأقارب ٨,٣%، ثم كلاً من الطبيب ورجل الدين بنسبة ٢,٨%، وهذا يوضح علي عدم وجود وعي بأهمية الحصول علي المعلومات من المصادر الصحيحة والذي قد يؤدي إلي تناقل بعض الوسائل والطرق التقليدية والتي قد تكون خاطئة وضارة.

جدول (١٠) يوضح هل تحدثت المبحوثات مع احد عند حدوث الدورة الشهرية لهن ومن تحدثت معهن المبحوثات عند حدوث الدورة الشهرية

م	البيان	التكرار	النسبة
هل تحدثن مع أحد ن = ٩٨٩			
١	نعم	٧٨٥	% ٧٩,٤
٢	لا	٢٠٤	% ٢٠,٦
	المجموع	٩٨٩	% ١٠٠
من تحدثن معهن المبحوثات ن = ٧٨٥			
١	الصديقات	٣١٤	٣١٤
٢	الأم	٥٨١	٥٨١
٣	الأب	-	-
٤	الأخ / الأخت	١٤١	١٤١
٥	الأقارب	١٦	١٦
٦	المدرسة	١٦	١٦
٧	الطبيب	-	-
٨	رجل الدين	١٦	١٦

ويوضح الجدول رقم (١٠) عن تحدث المبحوثات مع أحد عند حدوث الدورة الشهرية فكانت الإجابة بنعم بنسبة %٧٩,٤، وكانت نسبة الإجابة بلا %٢٠,٦، وأظهرت نتائج الجدول والتي تتعلق مع من تحدثت المبحوثات عن الدورة الشهرية فنجد أن الأم تأتي في المرتبة الأولى بنسبة %٧٤، ثم الصديقات ونسبتهم %٤٠، ويليه الأخت/الأخ بنسبة %١٨، في حين تساوت نسبة كل من الأقارب والمدرسة ورجل الدين ونسبتهم %٢ ولم يحصل كل من الطبيب والأب علي أي نسبة، ويوضح ذلك عدم وجود حصول المبحوثات علي المعلومات الصحية من مصدر طبي والذي قد يؤدي إلي تداول بعض العادات غير الصحية أو السليمة وقد يرجع ذلك إلي أن نسبة المبحوثات من الريف والذي يتسم ببعض العادات التي تتحرج فيها الفتاه من إلي الذهاب إلي الوحدات الصحية أو الحديث عن نفسها .

جدول (١١) يوضح رأي المبحوثات في هل تحتاج فترة الدورة الشهرية إلى إتباع أسلوب نظافة خاصة وأسلوب النظافة الخاص المتبع خلال فترة الدورة الشهرية ن = ٩٨٩

م	البيان	التكرار	النسبة	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٩٨٩	% ٥٠,٨	الاستحمام يوميا	٥٠٢	% ٥٠,٨
٢	لا	-	% ٥٠,٨	النظافة	٥٠٢	% ٥٠,٨
٣	المجموع	٩٨٩	% ١٠٠	استخدام الفوط الصحية	٨٩٥	% ٩٠,٥

ويوضح الجدول رقم (١١) رأي المبحوثات عن حاجة فترة الدورة الشهرية إلى إتباع أسلوب نظافة خاص فكانت الإجابة بنعم بنسبة ١٠٠% ، ويظهر الجدول رأي المبحوثات في أسلوب النظافة المتبع خلال فترة الدورة الشهرية فكان استخدام الفوط الصحية بنسبة ٩٠,٥% ، والاستحمام يوميا بنسبة ٥٠,٨% ، ثم يليه النظافة ٥٠,٨% .

جدول (١٢) يوضح هل تحدث المبحوثين معهم احد حول مرحلة البلوغ ن = ١١٠

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٧٩	% ٧٢
٢	لا	٣١	% ٢٨
	المجموع	١١٠	% ١٠٠

ويبين الجدول رقم (١٢) أن هناك من تحدث معهم حول مرحلة البلوغ حيث كانت الإجابة بنعم بنسبة ٧٢% ، والإجابة بلا بنسبة ٢٨% .

جدول (١٣) يوضح من الذي تحدث مع المبحوثين حول مرحلة البلوغ ن = ٧٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	الأصدقاء	٩٤	١١٩
٢	الأم		
٣	الأب		
٤	الأخ / الأخت		
٥	الأقارب	١٦	% ٢٠,٣

	المدرسة	٦
	الطبيب	٧
	رجل الدين	

وأظهرت نتائج الجدول رقم (١٣) أن من تحدث مع المبحوثين حول مرحلة البلوغ هم الأصدقاء وبلغت نسبتهم ١١٩% ، ثم الأقارب ونسبتهم ٢٠,٣% ولم يكن هناك أي مصدر آخر للمعلومات بالنسبة لهم .

جدول (١٤) يوضح رأي المبحوثين في هل هناك فترات تكون المرأة أكثر قابلية لحدوث حمل

ن=١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٤٨٧	٤٤,٣%
٢	لا	-	-
٣	لا اعرف	٦١٢	٥٥,٧%
	المجموع	١٠٩٩	١٠٠%

ويوضح الجدول رقم (١٤) عن رأي المبحوثين حول الفترات التي تكون فيها المرأة أكثر قابلية لحدوث الحمل فبلغت الإجابة بلا أعرف نسبة ٥٢,٩% ، والإجابة بنعم بنسبة ٤٧,١% وتوضح نتائج الجدول علي قلة الوعي لدي الشباب بالصحة الإنجابية .

جدول (١٥) يوضح رأي المبحوثين في هل يمكن حدوث حمل من خلال اتصال جنسي واحد

ن=١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٥١٨	٤٧,١%
٢	لا	-	-
٣	لا اعرف	٥٨١	٥٢,٩%
	المجموع	١٠٩٩	١٠٠%

وتبين نتائج الجدول رقم (١٥) عدم معرفة المبحوثين بطرق حدوث الحمل حيث أنه كانت نسبة لا أعرف (٥٢,٩) وبلغت نسبة أعرف (٤٧,١) .

جدول (١٦) يوضح رأى المبحوثين في ما هي طرق ووسائل منع الحمل التي سمعوا عنها

ن = ١٠٩٩

م	البيان	نعم	لا
		النسبة	النسبة
١	التعقيم	٢٣٦	٨٦٣
		% ٢١,٥	% ٧٨,٥
٢	أقراص منع الحمل	١٠٣٦	٦٣
		% ٩٤,٣	% ٥,٧
٣	اللولب	٩٢٦	١٧٣
		% ٨٤,٣	% ١٥,٧
٤	الحقن	٨٤٨	٢٥١
		% ٧٧,٣	% ٢٢,٨
٥	الكبسولات	٧٣٨	٣٦١
		% ٦٧,٢	% ٣٢,٨
٦	الواقي الذكري	٤٢٤	٦٧٥
		% ٣٨,٦	% ٦١,٤

وتظهر نتائج الجدول رقم (١٦) عن معرفة المبحوثين بطرق ووسائل منع الحمل فكانت نسبة

التعقيم ٧٨,٥%، ويليه الواقي الذكري بنسبة ٦١,٤%، ثم الكبسولات بنسبة ٣٢,٨%، وبلغت

نسبة الحقن ٢٢,٨%، ثم اللولب ١٥,٧%، وأقراص منع الحمل ٥,٧%. وهذا يوضح أنه قد

يكون المبحوثين علي علم بوسائل منع الحمل ولكن لا يكونوا علي علم بالوسيلة المناسبة وكيفية

استخدامها بطريقة آمنة لا تعرضهم لمخاطر نقل العدوى ..

جدول (١٧) يوضح هل المبحوث/ة سوف يستخدم إحدى وسائل تنظيم الأسرة بعد الزواج

ن = ١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٧٣٨	% ٦٧,١
٢	لا	٤٧	% ٤,٣
٣	لا اعرف	٣١٤	% ٢٨,٦
	المجموع	١٠٩٩	% ١٠٠

ويوضح الجدول رقم (١٧) والتي تتعلق ب هل سوف يستخدم المبحوثين احدي وسائل تنظيم

الأسرة فكانت الإجابة بنعم بنسبة ٦٧,١%، الإجابة بلا اعرف بنسبة ٢٨,٦%، ثم الإجابة بلا

بنسبة ٤,٣% وهذه الدراسة قد أنفقت مع دراسة تم الأردن للشباب عام ٢٠٠٠ حيث يعتقد

الشباب أن وسائل تنظيم الأسرة يساعد علي بناء الحياة المستقبلية للشباب /والشابة.

جدول (١٨) يوضح المكان الذي سوف يحصل منه المبحوثين على وسائل تنظيم الأسرة ن =

٧٣٨

م	المصدر	التكرار	النسبة
١	المستشفى	٩٤	% ١٢,٧
٢	الوحدة الصحية	٣١٤	% ٤٢,٥
٣	العيادات الخاصة	٥٩٧	% ٨٠,٩
٤	الصيدلية	٢٦٧	% ٣٦,٢
٥	العيادات المتنقلة	٦٣	% ٨,٥
٦	القوافل الطبية	٦٣	% ٨,٥

وتبين نتائج الجدول رقم (١٨) حول المكان الذي سوف يحصل منه المبحوثين علي وسائل تنظيم الأسرة فبلغت نسبة العيادات الخاصة ٨٠,٩%، ثم الوحدات الصحية نسبة ٤٢,٥%، ويليه الصيدلية ٣٦,٢%، ثم المستشفى بنسبة ١٢,٧% ويأتي في المرتبة الأخيرة كلاً من العيادات المتنقلة والقوافل الطبية بنسبة ٨,٥% .

جدول (١٩) يوضح رأى المبحوثين في هل يجب أن تقدم خدمات تنظيم الأسرة لغير

المتزوجين ن = ١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٦١٢	% ٥٥,٧
٢	لا	٤٨٧	% ٤٤,٣
	المجموع	١٠٩٩	% ١٠٠

وأظهرت نتائج الجدول رقم (١٩) عن رأى المبحوثين في تقديم الخدمات تنظيم الأسرة لغير المتزوجين فكانت نسبة الإجابة بنعم ٥٥,٧%، ونسبة الإجابة بلا ٤٤,٣% .

جدول (٢٠) يوضح الخدمات التي يجب أن تكون متاحة لغير المتزوجين من وجهة نظر

المبحوثين ن = ٦١٢

م	الخدمات المقدمة	التكرار	النسبة
١	المعلومات / المشورة	٥٨١	٩٥,٠
٢	الأقراص	٣١	٥,١
٣	الحقن	٣١	٥,١

٤

الرعاية الطبية الطارئة

١٦

٢,٦

ويوضح الجدول رقم (٢٠) رأى المبحوثين حول الخدمات التي يجب أن تكون متاحة لغير المتزوجين فوصلت نسبة الخدمات الخاصة بالمعلومات/المشورة إلي ٩٥%، ويليه كل من الأقراص والحقن بنسبة ٥,١%، ثم الرعاية الطبية الطارئة ٢,٦%.

جدول (٢١) يوضح رأى المبحوثين في ما هي الأنيميا و ما هو سبب الأنيميا ن=١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة	السبب	التكرار	النسبة
١	نقص في خلايا الدم الحمراء	١٧٣	١٥,٧ %	نقص في استهلاك اللحوم والأسماك والكبد	٧٠٧	٦٤,٣ %
٢	فقر الدم	٤٤٠	٤٠,٠ %	نقص في الخضروات والفواكه	٨٠١	٧٢,٩ %
٣	عدم كفاية الحديد في الدم	٧٣٨	٦٧,١ %	الإصابة بالأمراض الطفيلية	١٢٦	١١,٥ %
٤	نقص الفيتامينات	٣٤٥	٣١,٤ %	الإصابة بالنزيف	٩٤	٨,٦ %

وأظهرت نتائج الجدول رقم (٢١) عن معرفة المبحوثين في ما هي الأنيميا ، فكانت نسبة عدم كفاية الحديد بالدم ٦٧,١ % ، ويليه فقر الدم بنسبة ٤٠ % ، ثم نقص الفيتامينات بنسبة ٣١,٤ % ، ويأتي في المرتبة الأخيرة نقص في خلايا الدم الحمراء بنسبة ١٥,٧ % ، يوضح الجدول حول رأى المبحوثين لأسباب الأنيميا فكان في المرتبة الأولى نقص في الخضروات والفواكه بنسبة ٧٢,٩ % ، ويليه نقص في استهلاك اللحوم والأسماك والكبد بنسبة ٦٤,٣ % ، ثم الإصابة بالأمراض الطفيلية ١١,٥ % وأخيراً الإصابة بالنزيف بنسبة ٨ % .

جدول (٢٢) يوضح رأى المبحوثين في كيفية علاج الأنيميا ن = ١٠٩٩

م	العلاج المقترح	التكرار	النسبة
١	تناول أقراص الغنية بعنصر الحديد	٥٠٢	٤٥,٧ %
٢	زيادة وجبات اللحوم والأسماك والكبد	٤٥٥	٤١,٤ %
٣	زيادة الوجبات التي تحتوى على الخضروات الفواكه	٨٧٩	٨٠ %
٤	علاج الأمراض الطفيلية والنزيف	٦٣	٥,٧ %

يوضح جدول (٢٢) رأى المبحوثين عن كيفية علاج الأنيميا فكانت زيادة الوجبات التي تحتوي علي الخضر والفواكه تأتي في المرتبة الأولى بنسبة ٨٠ % ، ثم تناول الأقراص الغنية بعنصر

الحديد ٤٥,٧% ، يليه زيادة وجبات اللحوم والأسماك والكبد بنسبة ٤١,٤% ، ويأتي في المرتبة الأخيرة علاج الأمراض الطفيلية والنزيف بنسبة ٥,٧% .

جدول (٢٣) يوضح رأى المبحوثين في الاعتقاد بضرورة إجراء الكشف الطبي قبل الزواج

للمقبلين على الزواج ن = ١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٩٨٩	٩٠,٠%
٢	لا	١١٠	١٠,٠%
	المجموع	١٠٩٩	١٠٠%

ويبين الجدول رقم (٢٣) عن رأى المبحوثين حول إجراء الكشف الطبي قبل الزواج للمقبلين علي الزواج فبلغت نسبة الإجابة بنعم ٩٠% ، ونسبة الإجابة بلا ١٠% وقد يكون ذلك دليل علي زيادة وعي هذه الفئة بأهمية هذه الفحوصات وقد يرجع ذلك إلي مستوي التعليم .وذلك يختلف عن ما كان في السابق فدراسة فاطمة محمود أشارت إلي أن نسبة من لا يوافق علي الفحص الطبي قبل الزواج ٥٢% وهي أعلى من الذين وافقوا وكانت نسبتهم ٤٨ ونتيجتها تتفق مع ما جاءت به الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة حول وعي الشباب في مصر بالصحة الإنجابية حيث أظهرت أن ثلث الشباب فقط يوافقون علي إجراء الفحص الطبي قبل الزواج^(٥٧).

جدول (٢٤) يوضح رأى المبحوثين حول من يختار الشخص الذي ستتزوجه/ ستتزوجينه ن =

١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	الوالدان	٣١	٢,٨%
٢	بنفسك	١٥٧	١٤,٣%
٣	الوالدان وأنت	٩١١	٨٢,٩%
	المجموع	١٠٩٩	١٠٠%

ويظهر الجدول رقم (٢٤) حول من يختار الشخص الذي ستتزوجه / ستتزوجينه فكانت الوالدان وأنت بنسبة ٨٢,٩% ، يليه بنفسك ١٤,٣% ، ثم الوالدان بنسبة ٢,٨% ، وهذا يوضح اختلاف طرق الاختيار عن السابق حيث كان المتحكم بها أكثر الوالدين علي الرغم من أن أغلب عينة مجتمع البحث من الريف إلي ذلك قد يرجع إلي المستوى التعليمي .

^{٥٧} (فاطمة محمود عبد العليم : برنامج إرشادي مقترح لمواجهة العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤثر علي الصحة الإنجابية

للمرأة الريفية "رسالة ماجستير غير منشور" كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، ١٩٩٩ .

جدول (٢٥) يوضح رأي المبحوثين في عدد الأطفال المراد إنجابهم ن = ١٠٩٩

م	العدد المقترح	التكرار	النسبة
١	٠ - ٢	٤٧١	٤٢,٨ %
٢	٢ - ٤	٥٨١	٥٢,٩ %
٣	٤ - ٦	١٦	١,٥ %
٤	من ٦ أطفال فأكثر	٣١	٢,٨ %
	المجموع	١٠٩٩	١٠٠ %

وتبين نتائج الجدول رقم (٢٥) حول رأي المبحوثين في عدد الأطفال المراد إنجابهم فكانت نسبة من ٢-٤ أطفال بلغت ٥٢,٩%، ويليه الإجابة بطفلين بنسبة ٤٢,٨%، ثم من ٦ أطفال فأكثر بنسبة ٢,٨% ثم من ٤-٦ أطفال بنسبة ١,٥%، وهذا يوضح اختلاف المعتقدات عما كان في السابق من كثرة الإنجاب حيث أشارت دراسة سلوى رمضان إلي رأي المبحوثين حول عدد الأطفال من سبعة فأكثر حيث كثرة الإنجاب من أجل العزوة وهو ما يتفق مع المسح الديموجرافي المصري ١٩٩٥ والذي أظهر ارتفاع نسبة المتزوجات في سن مبكر وعلاقة السن عند الزواج بعدد مرات الحمل^(٥٨).

جدول (٢٦) يوضح وجهة نظر المبحوثين في من الذي يقرر عدد الأطفال المراد إنجابهم ن = ١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	الزوجين معا	١٠٢١	٩٣,٠ %
٢	الزوج	٤٧	٤,٣ %
٣	الزوجة	٣١	٢,٨ %
٤	اسر الزوجين	٣١	٢,٨ %

ويوضح الجدول رقم (٢٦) عن وجهه نظر المبحوثين في من يقرر عدد الأطفال المراد إنجابهم فبلغت نسبة الزوجين معا ٩٣%، ثم الزوج بنسبة ٤,٣%، وتساوت كل من الزوجة و أسر الزوجين بنسبة ٢,٨% وهذا يتفق مع ما جاء في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة فيما يتضمن الحق في الصحة الإنجابية الذي تم تعريفه في

^{٥٨} (سلوى رمضان: دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة وحدات تنظيم الأسرة بالريف علي تحقيق أهدافها، رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، ١٩٩٣.

الوثيقتين على النحو التالي " الحق الأساسي لجميع الأزواج ولأفراد أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسئولية عدد أولادهم وفترات التباعد فيما بينهم " .

جدول (٢٧) يوضح السن المناسب للمرأة لإنجاب أول طفل لها من وجهة نظر المبحوثين ن =

١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسب
١	٢٥ - ٢٠	٧٩	% ٧,٢
٢	٣٠ - ٢٥	٧٨٥	% ٧١,٤
٣	٣٥ - ٣٠	١٨٨	% ١٧,١
٤	٣٥ سنة فأكثر	٤٧	% ٤,٣
	المجموع	١٠٩٩	% ١٠٠

ويوضح الجدول رقم (٢٧) عن رأي المبحوثين حول السن المناسب للمرأة لإنجاب أول طفل فبلغت نسبة من ٢٥-٣٠ سنة ٧١,٤%، ثم من ٣٥-٣٠ سنة بنسبة ١٧,١%، ويليهما من ٢٠-٢٥ سنة بنسبة ٧,٢%، وأخيراً من ٣٥ سنة فأكثر بنسبة ٤,٣%، وقد اختلف ذلك عما كان في السابق من تفضيل الإنجاب ٢٠ فأقل وقد يرجع ذلك إلي تأخر سن الزواج في الفترات الحالية نتيجة الظروف الاقتصادية وارتفاع المستوى التعليمي لدي الفتاه ورغبتها في تحقيق آمالها وهذا ما أكدته دراسة أماني محمد من أن الفتاة كلما كانت حاصلة علي مؤهل عال كلما تقدم بها العمر لتواصل تحقيق طموحها.^(٥٩) ونجد أن هذه الدراسة قد اختلفت عن ما كان متعارف عليه في السابق حيث أشارت دراسة سلوى رمضان أن سن الزواج يكون أقل من ٢٠ سنة وكانت النسبة علي ذلك ٩٣% وذلك لأن تلك الفترة التي تعمل علي إطالة فترة الخصوبة والإنجاب كما أوضحت أن السن عند أنجاب أول طفل هو ١٦ سنة وهي تري أن درجة التعليم ترفع من مستوي وعي المرأة بخطورة تكرار الحمل .

جدول (٢٨) يوضح السن المناسب للرجل لإنجاب أول طفل له من وجهة نظر المبحوثين ن =

١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسب
١	٢٥ - ٢٠	٤٠٨	% ٣٧,١
٢	٣٠ - ٢٥	٥٩٦	% ٥٤,٢

^{٥٩} (أماني محمد: العمل مع الجماعات والمشكلات المترتبة علي تأخر سن الزواج للفتاه العاملة، "رسالة ماجستير غير منشورة" كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، ٢٠٠٧.

٣	٣٥ - ٣٠	٧٩	٧,٢ %
٤	٣٥ سنة فأكثر	١٦	١,٥ %
	المجموع	١٠٩٩	١٠٠ %

وتظهر نتائج الجدول رقم (٢٨) حول السن المناسب للرجل لإنجاب أول طفل فكانت من ٢٥-٣٠ سنة في المرتبة الأولى بنسبة ٥٤,٢% ، ويليه من ٢٠-٢٥ سنة بنسبة ٣٧,١% ثم من ٣٥-٣٠ سنة بنسبة ٧,٢%، ويأتي في المرتبة الأخيرة من ٣٥ سنة فأكثر بنسبة ١,٥% وفي تقرير عن التنمية عام ٢٠٠٧ أشار التقرير إلي ارتفاع متوسط عمر الزواج الأمر الذي يؤدي بدوره إلي إطالة المدة الزمنية التي قد ينخرط الشباب خلالها في سلوك جنسي حافل بالمخاطر ومن ثم زيادة احتمالات انتشار الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، وهذا في استقاء الشباب معلوماتهم من الأصدقاء كما أوضحت الدراسة وليس من مصادر طبية وتوضح لهم مخاطر هذه السلوكيات..

جدول (٢٩) يوضح المدة التي يعتقد المبحوثين أن المرأة يجب أن تنتظرها بعد إنجاب الطفل

الأول لكي تنجب طفلا آخر ن = ١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسب
١	٢ - ٤	٩٤٢	٨٥,٧ %
٢	٤ - ٦	٧٨	٧,١ %
٣	٦ - ٨	٦٣	٥,٧ %
٤	٨ - ١٠	١٦	١,٥ %
	المجموع	١٠٩٩	١٠٠ %

ويبين الجدول رقم (٢٩) حول المدة التي يجب أن تنتظرها المرأة بعد إنجاب الطفل الأول لكي تنجب طفل آخر من ٢ - ٤ سنوات بنسبة ٨٥,٧% ويليه من ٤-٦ سنوات بنسبة ٧,١%، ثم من ٦-٨ سنوات بنسبة ٥,٧%، ثم من ٨-١٠ سنوات، وقد اختلفت هذه النتائج عن السابق والذي كان يقتضي بضرورة عدم انتظار المرأة كل هذه المدة كانت أكبر مدة يمكن أن تنتظرها المرأة في السابق سنة علي الأكثر وقد يرجع ذلك إلي ارتفاع المستوي التعليمي لكل من الشاب والفتاه عن السابق.

جدول (٣٠) يوضح المبحوثين في ماذا تفعل المرأة إذا كان حملها غير مرغوب فيه ن =

١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	تستمر في الحمل حتى تنجب الطفل	٩٧٣	٨٨,٥ %

تجهض نفسها	١٢٦	١١,٥ %
المجموع	١٠٩٩	١٠٠ %

وأظهرت نتائج الجدول رقم (٣٠) عن رأي المبحوثين في ماذا تفعل المرأة إذا كان حملها غير مرغوب فيه فكانت الإجابة بالاستمرار في الحمل حتى تتجب الطفل بنسبة ٨٨,٥% ، وكانت نسبة اختيار الإجهاض كوسيلة بنسبة ١١,٥% ويوضح ذلك زيادة الوعي بخطورة الإجهاض حيث كان في السابق يتم التخلص من الحمل ببعض الوسائل غير الآمنة وسرية وقد يرجع ذلك إلي نوعيه المستوي التعليمي بالنسبة لمجتمع البحث وهو يختلف عما توصلت إليه دراسة فاطمة محمود والتي كانت نسبة التخلص من الحمل من خلال الإجهاض بنسبة ٢٨% وكانت أعلى من نسبة الإجابة بلا ..

جدول (٣١) يوضح الأشخاص الذين تحدث إليهم المبحوثين حول الموضوعات الجنسية التي

لا يعرفها ن = ١٠٩٩

م	الأشخاص	التكرار	النسبة
١	الأصدقاء	٨٣٢	٧٥,٧ %
٢	الوالدين	١٧٣	١٥,٧ %
٣	الأخوة	١٧٣	١٥,٧ %
٤	الأقارب	١٥٧	١٤,٣ %
٥	المدرس	١٦	١,٥ %
٦	الطبيب	٤٧	٤,٣ %
٧	رجل الدين	١١٠	١٠,٠ %

ويوضح الجدول رقم (٣١) عن الأشخاص الذي سوف يتحدث إليهم المبحوثين حول الموضوعات الجنسية التي لا يعرفها فكان الأصدقاء في المرتبة الأولى بنسبة ٧٥,٧% ويليه كل من الوالدين والأخوة بنسبة ١٥,٧% ، ثم الأقارب بنسبة ١٤,٣% ، ثم رجل الدين بنسبة ١٠% ، والطبيب بنسبة ٤,٣% ، ويأتي المدرس في المرتبة الأخيرة بنسبة ١,٥% .

جدول (٣٢) يوضح هل سبق ودرس المبحوثين في المدرسة أو الجامعة عن الموضوعات

الجنسية
ن = ١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	كيفية عمل الجهاز التناسلي للرجل المرأة	٦٥٩	٦٠,٠%
٢	طرق منع الحمل	٤٧١	٤٢,٩%
٣	الأمراض المنقولة جنسيا	٦٧٥	٦١,٤%

ويوضح الجدول رقم (٣٢) هل سبق للمبحوثين دراسة الموضوعات الجنسية في المدرسة أو الجامعة ، فبلغت دراسة الأمراض المنقولة جنسياً بنسبة ٦١,٤%، ويتقارب معها في النسبة دراسة كيفية عمل الجهاز التناسلي للرجل والمرأة فنسبتها ٦٠%، ثم طرق منع الحمل بنسبة ٤٢,٩%.

جدول (٣٣) يوضح هل سبق للمبحوثين تدخين السجائر ن = ١٠٩٩

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٤٧	٤,٣%
٢	لا	١٠٥٢	٩٥,٧%
	المجموع	١٠٩٩	١٠٠%

ويظهر الجدول رقم (٣٣) النتائج حول تدخين المبحوثين للسجائر فكانت الإجابة بلا بنسبة ٩٥,٧%، وبلغت نسبة الإجابة بنعم ٤,٣% .

جدول (٣٤) يوضح سن المبحوثين عند تدخين أول سيجارة و مع من دخن المبحوثين أول

سيجارة
ن = ٤٧

م	السن	التكرار	النسبة	البيان	التكرار	النسبة
١	١٠ - ١٣	٣٠	٦٣,٨%	مع صديق	٣١	٦٦,٠%
٢	١٣ - ١٥	١٠	٢١,٢%	بمفردي	٨	١٧,٠%
٣	١٥ - ١٧	٧	١٥,٠%	مع الشلة	٨	١٧,٠%
	المجموع	٤٧	١٠٠%	المجموع	٤٧	١٠٠%

وتبين نتائج الجدول رقم (٣٤) حول تدخين المبحوثين لأول سيجارة فكانت من ١٠-١٣ سنة بنسبة ٦٣,٨%، ويليه من ١٣-١٥ سنة بنسبة ٢١,٢%، ثم من ١٥-١٧ سنة بنسبة ١٥% وهذا يدل علي أن عادة التدخين قد بدأت لديهم منذ المرحلة الإعدادية وهي بداية مرحلة المراهقة

والتي يحاول أن يثبت فيه المراهق ذاته ويفقد ما يقوم به الكبار كنوع من إثبات الرجولة، ويبين الجدول أيضاً أن أعلى نسبة من أول من دخن معهم السجارة وفق آراء المبحوثين هم الأصدقاء ونسبتهم تصل إلي ٦٦%، ثم تتساوى كل من الشلة وبمفردي لتصل كل منهما إلي ١٧%، وهذا ما أوضحتها دراسة فتحي أحمد والتي أكدت علي أن جماعة الأصدقاء تعد عامل هام مرتبط بسلوك التدخين لدي المراهق الذي يميل إلي مخالطة الآخرين خاصة من زملائه وتمارس جماعة الأصدقاء ضغوط في اتجاه دفع المراهق إلي ممارسة التدخين واستجابة المراهق لهذه الضغوط بغرض مجارة معايير هذه الجماعة^(١٠).

جدول (٣٥) يوضح عمر المبحوثين المدخنين بانتظام ن = ٤٧

م	البيان	التكرار	النسبة
١	١٥ - ١٣	٨	١٧,٠ %
٢	١٧ - ١٥	٣١	٦٦,٠ %
٣	١٩ - ١٧	٨	١٧,٠ %
	المجموع	٤٧	١٠٠ %

ويوضح الجدول رقم (٣٥) عمر المبحوثين المدخنين بانتظام فكانت أعلى نسبة من سن ١٥-١٧ سنة وبلغت ٦٦%، وتساوت كل من الأعمار من (١٣-١٥ سنة)، (١٧-١٩ سنة) وبلغت ١٧%.

جدول (٣٦) يوضح هل مازال المبحوثين يدخنون ن = ٤٧

م	البيان	التكرار	النسبة
١	نعم	٣٩	٨٣,٠ %
٢	لا	٨	١٧,٠ %
	المجموع	٤٧	١٠٠ %

وتبين نتائج الجدول رقم (٣٦) إذا ما زال المبحوثين يدخنون فبلغت نسبة الإجابة بنعم ٨٣%، ونسبة الإجابة بلا ١٧% وقد يرجع ذلك كما أوضحت دراسة عبد الحليم جوخدار أنه مع نمو الوعي الصحي ووجود الاتفاقيات اللازمة لمكافحة التبغ فقد لجأت شركات التبغ إلي استخدام رسائل إعلامية إبداعية ومبتكرة للإعلان عن منتجاتها التي لها تأثير سلبي علي الصحة وذلك لجذب الشباب إليها.

^{١٠} فتحي أحمد السيسى:دراسة وصفية لدور الخدمة الاجتماعية في مواجهه الآثار الاجتماعية والنفسية المترتبة علي تدخين تلاميذ المرحلة الثانوية "رسالة ماجستير غير منشورة"، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، ١٩٨٩.

خامساً : عرض وتحليل النتائج العامة للدراسة

انطلاقاً من الأهداف العامة للدراسة الحالية ومجموعة التساؤلات التي تم طرحها سابقاً ، والتي تم السعي للتحقق منها والإجابة عليها وذلك من خلال التحليلات النظرية والميدانية فلقد توصلت الدراسة الحالية إلي عدد من النتائج والتي تتمثل في التالي :

فيما يتعلق بالتساؤل الأول وهو ما مصادر المعلومات التي يستقي الشباب منها معارفهم عن الصحة الإنجابية ؟

حيث أتضح التالي :

- أن نسبة استماع المبحوثين للراديو وإن كانت ليست بالكبيرة إلا أن ما يقدم فيها من برامج عن الصحة الإنجابية هي الأقل استماعاً لدي عينة البحث وأرجع البعض ذلك إلي أسلوب تقديم هذه البرامج وكذلك أوقات تقديمها .

- أن نسبة مشاهدة الشباب للتلفزيون عالية إلا أنه مع ذلك فإن نسبة مشاهدة الشباب للبرامج الصحية فيه ضعيفة ويرجع ذلك إلي قصور البرامج الصحية في هـ وأيضاً نتيجة معارضة رجال الدين لها .

- أما عن البرامج التي حصلت علي أعلى نسبة من المشاهدة في تلك البرامج وذلك يشمل التلفزيون والراديو فهي برامج تنظيم الأسرة وبرامج الفحص قبل الزواج وقد حصلت علي نسب ضعيفة جداً وهذا يدل علي عدم وعي الشباب بأهمية الصحة الإنجابية وعدم الاهتمام بمعرفة معلومات عنها .

- وأن من أهم المصادر التي يحصل الشباب منها علي المعلومات هي المدرسة والأصدقاء وذلك لصعوبة التطرق لمثل هذه المواضيع مع الأهل وذلك إما لجهل الأهل في كيفية توصيل المعلومات إلي الأبناء أو حتى إرشادهم إلي من يقدم المعلومة بشكل صحيح وخاصة لدي الشباب من الذكور .

- وتظهر نتائج الدراسة أن الشباب يأخذ أغلب المعلومات الجنسية التي لا يعرفها من الأصدقاء وبلغت نسبة ذلك ٧٥,٧% وهذا يدل علي عدم وجود وعي لدي الشباب بأن هناك مخاطر يمكن أن يتعرضوا لها من تعرفهم علي بعض السلوكيات الخاطئة التي يمكن أن ينقلها لهم أصدقائهم دون وعي أو إدراك بخطورتها .

- وتوضح نتائج الدراسة عن ضعف المعلومات التي يحصل علي الشباب عن الموضوعات الجنسية والتي تجعلهم عرضة للمخاطر حيث بلغت أعلى نسبة لما تحصلوا عليه من معلومات سواء من الجامعة أو المدرسة من ٦٠% لكيفية عمل الجهاز التناسلي، ٦١,٤% للأمراض المنقولة جنسياً ٤٢,٩% لطرق منع الحمل وهذا يدل علي ضعف ما يحصلوا عليه من معلومات يمكن أن تقيهم .

أما عن التساؤل الثاني وهو ما درجة وعي الشباب بالتغيرات الجسمية التي تحدث من الطفولة إلى المراهقة ؟

يتضح التالي :

- معرفة الشباب بكيفية الاهتمام بأنفسهم خلال فترة المراهقة إلا الدراسة توضح عدم إتباع الشباب للعادات الصحية السليمة والتي قد يرجع ذلك إلى انتشار الوجبات السريعة وعدم التعود على التغذية السليمة .

- قلة ممارسة الشباب للرياضة وقضاء الجانب الأكبر من وقت فراغهم في مشاهدة التلفزيون أو مع الأصدقاء وهذا يدل على عدم وعي الشباب بالطرق الصحية السليمة للمحافظة على سلامة صحتهم البدنية .

- أن نسبة من يتحدث مع الأهل مع الأبناء عن الأمور الصحية يكون أكبر للأنثى من الذكور ويرجع ذلك إلى ما قد يصاحب الأنثى من تغيرات واضحة وخاصة فيما يتعلق بالدورة الشهرية وأن أكثر من يتحدث مع الأبناء في تلك الموضوعات هي الأم ويليهما بعد ذلك الأصدقاء والتي قد يؤدي سؤالهم إلى إتباع طرق صحية غير سليمة ويوضح ذلك عدم توافر المصادر الصحيحة والتي تؤدي غلي تناقل بعض الوسائل والطرق التقليدية والتي قد تكون خاطئة وضارة .

- ونلاحظ وجود وعي لدي المبحوثين عن ضرورة وإتباع أسلوب نظافة خاص في وقت الدورة الشهرية .

- وقد أوضحت نتائج الدراسة أن أكثر من يتحدث معهم المبحوثين عن مرحلة البلوغ هم الأصدقاء ويليهم بعد ذلك الأقارب ونجد أن المبحوثين لم يقدموا استجابات لأي مصادر أخرى للحصول على المعلومات وهذا دليل على عدم وعيهم ممن يمكن أن يتم الحصول على المعلومات منه فلم يذكر أي منهم مثلاً الأطباء أو الوحدات الصحية في المدرسة .

أما عن التساؤل الثالث وهو ما درجة وعي الشباب بالصحة الإنجابية للمتزوجين ؟

يتضح التالي :

- قلة وعي الشباب بالفترات التي تكون المرأة أكثر قابلية لحدوث الحمل للشباب من التلفزيون أكثر من أي وسيلة من أخرى الاتصال الجماهيري ولذلك لا بد من الاهتمام بما يقدم فيه من برامج وتقديمها بطريقة أكثر ملائمة لهم وذلك لجذب هذه الفئة وتوعيتهم .

- وأيضاً أتضح قلة وعي الشباب بالاتصال الجنسي وكيفية حدوث الحمل .

- توضح الدراسة قلة وعي الشباب بالأمراض التي يمكن أن تؤثر على الصحة الإنجابية حيث أن معرفتهم بماهية مرض الأنيميا كان ضعيف وحتى وعيهم عن أسباب الإصابة بها على الرغم من أن البعض أكد على أهمية أكل الخضر والفاكهة وتناول الأسماك والكبد إلا وعيهم بكيفية العلاج كان ضعيف .

- وتوضح نتائج الدراسة أن نسبة المدخنين من عينة البحث قليلة ولكن قد يرجع ذلك أن نصف عينة الدراسة من الفتيات، ولكن فيما يتعلق بسن التدخين فكانت من سن (١٠-١٣) سنة وهو يوضح السن الخطر وهو سن بداية المراهقة الذي يحاول الفرد فيه أن يثبت ذلك وهنا يأتي التأثير الكبير بالأصدقاء حيث أن النسبة الأكبر من العينة أشارت أن أول سيجارة كانت من الأصدقاء وهذا يدل علي ضرورة الاهتمام بهذا السن وتقديم المعلومات الصحية اللازمة وبطرق مختلفة عن طرق الإرشاد والنصح .

- وتظهر النتائج أيضاً عدم وعي الشباب بمخاطر التدخين وتأثير ذلك علي الصحة الإنجابية لهم في المستقبل وعدم محاولتهم للتخلص من هذه العادة السيئة حيث أن نسبة من مازال منهم مستمر في التدخين ٨٣% وقد يرجع ذلك كما أوضحت دراسة عبد الحليم جوخدار أنه مع نمو الوعي الصحي ووجود الاتفاقيات اللازمة لمكافحة التبغ فقد لجأت شركات التبغ إلي استخدام رسائل إعلامية إبداعية ومبتكرة للإعلان عن منتجاتها التي لها تأثير سلبي علي الصحة وذلك لجذب الشباب إليها.

- وبالنسبة لوعي الشباب بضرورة إجراء الكشف الطبي قبل الزواج فند أن هناك زيادة كبيرة لدي الشباب بضرورة إجراء هذه الفحوصات الطبية حيث بلغت نسبة الإجابة بضرورتها بلغت ٩٠% .
- ويتضح لنا من نتائج هذه الدراسة من وجود وعي لدي الشباب من ضرورة وجود رأي لهم عند اختيار شريك الحياة حيث كانت النسبة الأكبر لمن يمكن أن يختار لهم من الشريك الآخر (الوالدين وأنا) ٨٢,٩% .

- تبين نتائج الدراسة بزيادة وعي الشباب حول السن المناسب لإنجاب أول طفل حيث بلغت نسبة من قالوا في سن (٢٥-٣٠) ٧١,٤% بالنسبة لفتاه وهذا يدل علي تضائل فكرة الزواج المبكر للفتيات وضرورة الإنجاب المبكر الذي قد يؤثر علي كلاً من صحة الأم والطفل أيضاً وقد يرجع ذلك إلي تأخر سن الزواج في الفترات الحالية نتيجة الظروف الاقتصادية وارتفاع المستوى التعليمي لدي الفتاه ورغبتها في تحقيق آمالها وهذا ما أكدته دراسة أماني محمد من أن الفتاة كلما كانت حاصلة علي مؤهل عال كلما تقدم بها العمر لتواصل تحقيق طموحها،

- وتشير نتائج الدراسة عن السن المناسب للرجل لإنجاب أول طفل فالنسبة الأكبر كانت للسن من (٢٥-٣٠) وقد يرجع ذلك إلي اعتقاد البعض منهم في أن زيادة السن يجعلهم أكثر قدرة علي تحمل المسؤوليات الأسرية وقد يرجع ذلك أيضاً إلي الظروف الاجتماعية من الأعباء المادية المرتفعة للزواج والتي أدت إلي ارتفاع سن الزواج لكل من المرأة والرجل ، وفي تقرير عن التنمية عام ٢٠٠٧ أشار التقرير إلي ارتفاع متوسط عمر الزواج الأمر الذي يؤدي بدوره إلي إطالة المدة الزمنية التي قد ينخرط الشباب خلالها في سلوك جنسي حافل بالمخاطر ومن ثم زيادة احتمالات

انتشار الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، وهذا في استقاء الشباب معلوماتهم من الأصدقاء كما أوضحت الدراسة وليس من مصادر طبية وتوضح لهم مخاطر هذه السلوكيات. -توضح النتائج زيادة الوعي بخطورة الإجهاض حيث كان في السابق يتم التخلص من الحمل ببعض الوسائل غير الآمنة وسرية وقد يرجع ذلك إلي نوعيه المستوي التعليمي بالنسبة لمجتمع البحث .

أما فيما يتعلق بالتساؤل الرابع وهو ما درجة وعي الشباب بوسائل تنظيم الأسرة ؟
يتضح التالي :

-توضح الدراسة وجود وعي لدي الشباب بضرورة استخدام وسائل تنظيم الأسرة حيث أنها تساعد علي بناء وتنظيم الحياة المستقبلية .
-توضح أيضاً نتائج الدراسة أن هناك وعي لدي الشباب بوسائل منع الحمل ولكن هذا الوعي يتفاوت من طريقة لأخرى حيث أنهم علي علم بأكثر الطرق انتشاراً ولكنهم ليس علي علم بإضرار أو فوائد بعض هذه الوسائل كما أتضح أيضاً أنهم ليس لديهم وعي بكيفية استخدام بعض من هذه الوسائل .

-توضح النتائج أيضاً بوجود وعي لدي الشباب من حيث إذا كان سوف يستخدموا وسائل تنظيم الأسرة بعد الزواج فكانت الإجابة الأكبر من نصيب أنهم سوف يقوموا باستخدامها وهذا يوضح الاختلاف في زيادة نسبة الوعي بها حيث في دراسة سابقة للمركز الديموجرافي ولجامعة أسيوط فكانت نسبة من أبدوا رغبة في استخدام وسائل منع الحمل بعد الزواج قليلة وذلك نظراً لاعتقاد البعض منهم بأنها مخالفة لرأي الدين علي الرغم من أن نسبة من أبدوا رغبتهم في استخدام وسائل منع الحمل في هذه الدراسة ليست بالارتفاع المطلوب حيث بلغت نسبتهم ٦٧,١% ونسبة من قالوا لا أعرف ٢٨,٦% .

-أما عن وعي الشباب بالأماكن التي يحصلوا منها علي وسائل منع الحمل فنجد أن هناك وعي لدي الشباب بالأماكن التي يمكن الحصول منها علي وسائل منع الحمل .
-وبالنسبة لوعي الشباب عن تقديم خدمات تنظيم الأسرة لغير المتزوجين فنجد علي الرغم من أن النسبة من قالوا نعم ٥٥,٧% وهي أعلى من الذين قالوا لا ونسبتهم ٤٤,٣% إلا هذه النسبة تدل علي ضعف الوعي بضرورة تقديم هذه الخدمات لغير المتزوجين واعتقاد الكثير أن هذه الخدمات قاصرة علي المتزوجين فقط وقد يرجع ذلك إلي عدم وجود الدعاية الكافية في وسائل الإعلام المختلفة علي أهمية هذه المراكز لغير المتزوجين وأيضاً علي تأثر الكثير بالعادات والتقاليد التي تشعر البعض بالخجل إذا حاول الحصول علي هذه الخدمات من بعض الأماكن الخاصة بها وخاصة في المناطق الريفية.

- وتوضح هذه الدراسة بعدم وجود وعي بالخدمات التي يمكن أن تقدم لغير المتزوجين حيث أن إجابة الكثير منهم جعلت الخدمات التي يمكن أن تقدم لغير المتزوجين قاصرة علي المشورة وتقديم المعلومات حيث وصلت بها النسبة إلي ٩٥% حتى أن نسبة الرعاية الطبية الطارئة بلغت نسبتها ٢,٦% وهذا يدل علي ضعف وعي الشباب بضرورة هذه الخدمات لغير المتزوجين وعن ضعف وعيهم حتى بنوعية الخدمات التي يمكن أن تقدم لهم .
- ونتائج الدراسة توضح زيادة وعي الشباب بضرورة تنظيم الأسرة وعدم إنجاب العدد الكبير من الأطفال وهذا علي خلاف المعتقدات السابقة من الرغبة في كثرة الإنجاب من أجل العزوة .
- وتبين نتائج الدراسة من وجود وعي متنامي لدي الشباب من أن قرار عدد الأطفال الذين يرغبوا في إنجابهم بأنه قرار مشترك بين الزوج والزوجة وليس قرار فردي في يد الزوج .
- وتبين نتائج الدراسة زيادة الوعي لدي الشباب عن الفترة التي يجب أن تنتظرها المرأة بعد إنجاب الطفل أول حيث أوضحت استجاباتهم أن هذه الفترة يجب أن تتراوح من سنتين إلي أربع سنوات ، وقد اختلف هذا عن السابق والذي كان يقتضي بضرورة عدم انتظار المرأة كل هذه المدة كانت أكبر مدة يمكن أن تنتظرها المرأة في السابق سنة علي الأكثر وقد يرجع ذلك إلي ارتفاع المستوي التعليمي لكل من الشاب والفتاه عن السابق .

المراجع

المراجع العربية

١. إسماعيل صبري عبد الله: التنمية البشرية المفهوم والقياس والدلالة ، المؤتمر العلمي السابع (البعث الاجتماعي في سياسات التنمية)، المجلد الأول، جامعة الفيوم ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ١٩٩٤ .
٢. أماني قنديل: دور الجمعيات الأهلية في تنفيذ الأهداف الإنمائية ، ٢٠٠٥ .
٣. أماني محمد: العمل مع الجماعات والمشكلات المترتبة علي تأخر سن الزواج للفتاه العاملة، رسالة ماجستير غير منشورة "كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، ٢٠٠٧ .
٤. أنيفة رحمان ،ناهد طوبيا: تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (دليل القوانين والسياسات حول العالم)، مركز الحقوق الإنجابية، ط٢، ٢٠٠٦ .
٥. تغريد عبد الله : المراهقون يعترفون وعلم النفس يحمل الأهل المسؤولية ، المستقبل ، العدد ١٧٥٤ ، ٢٠٠٤ .
٦. تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي ، الدورة التاسعة والخمسون ، البند ١٢ من القائمة الأولية، ١٧ فبراير ٢٠٠٤ .
٧. ثريا أحمد عبيد: يوم الصحة العالمي ، ٢٠٠٥، UNFPA
٨. حامد عبد السلام زهران: علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة) القاهرة عالم الكتب للنشر، ط٤، ١٩٧١ .
٩. حامد عمار: التنمية البشرية في الوطن العربي المفاهيم- المؤشرات- الأوضاع ، القاهرة، سينا للنشر، ط١، ١٩٩٢ .
١٠. دليل الإلبيسيكو لإدماج مفاهيم الصحة الإنجابية و النوع الاجتماعي في مناهج التربية الإسلامية
١١. زكية حجازي: الطفولة من الحمل والولادة حتى المراهقة (دراسات وتجارب في حب الطفولة)، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٤ .
١٢. سلوى رمضان: دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة وحدات تنظيم الأسرة بالريف علي تحقيق أهدافها، "رسالة ماجستير غير منشورة " ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم ، ١٩٩٣ .
١٣. السيد الحسيني: برامج التثبيث والهيكلي من منظور اجتماعي رؤية من داخل العالم الثالث، المؤتمر العلمي السابع (البعث الاجتماعي في سياسات التنمية)، المجلد الأول، الفيوم ، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤ .

١٤. شما عبد الله البحير : نسبة الإصابة بالسمنة بين طلاب الابتدائي ، الصحة ، وزارة الصحة العامة ، ٢٠٠٢ ،
١٥. صالح عبد العزيز: التربية الحديثة (مبادئها - تطبيقاتها العملية)، الاسكندرية ، دار الطالب لنشر ثقافة الجامعات ١٩٩٧ .
١٦. الصندوق الاجتماعي للتنمية: محاور عمل الصندوق لتنمية المرأة الريفية، المؤتمر القومي الثالث للمرأة، المنوفية، ١٩٩٨ .
١٧. عبد الباسط محمد: التنمية الاجتماعية ، القاهرة، معهد البحوث والدراسات العربية ، المطبعة العالمية ، ١٩٨٥ .
١٨. عبد الحليم الجوخدار، نعيمة القصير: الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الدول العربية، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، العدد ٤٦ ، ١٩٩٨ .
١٩. عبد الحليم الجوخدار: أفكار رئيسية حول الصحة الإنجابية، بحث مقدم إلي ورشة العمل الإقليمية حول التربية السكانية، المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (اسيسيكو) وصندوق المم المتحدة للسكان، عمان ، ١٩٩٨ .
٢٠. عزت محروس فهيم الشيشيني: أثر العوامل السكانية الاجتماعية علي معرفة الشباب واتجاهاته تجاه الصحة الإنجابية في مصر، رسالة دكتوراه غير منشوره ، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية ، جامعة القاهرة ، ٢٠٠٠ .
٢١. علي فهيم إسماعيل: مدخل إلي علم النفس العام، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٥ .
٢٢. فاطمة محمود عبد العليم : برنامج إرشادي مقترح لمواجهة العوامل الاجتماعية الثقافية المؤثرة علي الصحة الإنجابية للمرأة الريفية، رسالة ماجستير غير منشوره ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة - فرع الفيوم ، ١٩٩٩ .
٢٣. فايز زكي طه : دور الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في بعض مراكز تنظيم الأسرة التابعة للنشاط الشعبي بالقاهرة ، ماجستير ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، ١٩٧٥ .
٢٤. فتحي فتحي أحمد السيسى: دراسة وصفية لدور الخدمة الاجتماعية في مواجهه الآثار الاجتماعية والنفسية المترتبة علي تدخين تلاميذ المرحلة الثانوية "رسالة ماجستير غير منشورة" ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٨٩ .

٢٥. فريق بحوث الصحة الإنجابية : إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة وصحة المرأة الإنجابية ، مكتب مجلس السكان الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا ، القاهرة ، ١٩٩٠.
٢٦. فؤاد أبو حطب، آمال صادق: نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلي مرحلة المسنين ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ط٢ ، ١٩٩٠.
٢٧. قسم طب المجتمع : دراسة معدلات الاتجاهات والسلوك تجاه الصحة الإنجابية بين المراهقين في محافظة أسيوط ،كلية الطب،جامعة أسيوط ،١٩٩٨.
٢٨. المجلس الاقتصادي والاجتماعي: تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي ،الجمعية العامة ،الدورة التاسعة والخمسون،الأمم المتحدة ، ٢٠٠٤.
٢٩. محمود محمد محمود: تنمية المجتمع رؤية معاصرة ، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٣.
٣٠. المركز الديموجرافي : دور الأزواج في الصحة الإنجابية ، المركز الديموجرافي، القاهرة ، ١٩٩٦.
٣١. المركز الديموجرافي: استقصاء مدي إلمام الشباب في مصر بالصحة الإنجابية ، المركز الديموجرافي ، القاهرة ، ١٩٩٥.
٣٢. مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ،الإطار الاجتماعي للصحة الإنجابية بين الشباب في مصر ،يونيو ٢٠١٠.
- ٣٣.مشيرة الشافعي: توفر خدمات الصحة الإنجابية ونوعيتها ، النشرة السكانية للجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، ع ٤٦ ، ١٩٩٨.
- ٣٤.المعهد العالي للصحة العامة : الصحة الإنجابية للمرهقات المتزوجات بالمناطق العشوائية ، جامعة الإسكندرية ، ١٩٩٨.
- ٣٥.منظمة الصحة العالمية: "ما المعافاة في الحد من المخاطر المحتملة"التقرير الخاص بالصحة في العالم ،منظمة الصحة العالمية، جنيف ، ٢٠٠٢.
٣٦. منظمة الصحة العالمية:،إستراتيجية تسريع التقدم (نحو بلوغ المراعي والأهداف الإنمائية الدولية المتصلة بالصحة الإنجابية) .
٣٧. مني محمد أحمد فراج : مستوي وتوجه الصحة الإنجابية للمرأة المصرية خلال الفترة من (١٩٩٥/٨٨)رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، ٢٠٠١.

٣٨. مها عشم: ٢٠ مليون مراهق بالشرق الأوسط يحتاجون لبرامج صحية لعبور هذه المرحلة، الصحة، وزارة الصحة العامة، العدد ٢٣، ٢٠٠٢.
٣٩. هبة الحسن : الأمان الصحي ، الصحة ، العدد ٢٣ ، وزارة الصحة العامة ، ٢٠٠٢ .
٤٠. هدي رزق وآخرون : الصحة الإنجابية للمرأة العربية ، ندوة المرأة و المؤسسات ، الدار البيضاء ، المغرب ، ١٩٩٢ .
- ٤١ . وحدة البحوث والدراسات السكانية جامعة الدول العربية: الشباب والصحة الإنجابية، إضافات سكانية ، نوفمبر ٢٠٠١ .

المراجع الاجنبية:

42. (Haroon Ashraf : *UN pleads for better reproductive health in poor nations*. (Science And Medicine) Dec 7, 2002,
43. (Hutchinson, Marvin R. "Reg", Poole, Dennis L., Health & Social Work, Adolescent Health and school Health: It's time to meet the challenge, Feb98, Vol. 23,
44. Fisher, William A., Fisher, Jeffrey D., *Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method*. Annual Review of Sex Research, 1998, Vol. 9
45. Harold, Nancy B., Harold, Rena D., *Social Work in Education, School-Based Health Clinics: A Vehicle for Social Work Intervention*, Apr1991, Vol. 13, Issue 3
46. *National Surveys Provide Insights into Lives of Adolescents in Egypt and Ethiopia*- P population Briefs 17 August 2 011
47. Ritu Sadana. : **Definition and measurement of reproductive health** *Bulletin of the World Health Organization*, May 2002,
48. **Tobacco use among adolescent students and the influence of role models**
49. *Written by Kenya Casey : Adolescent Reproductive Health in Nigeria ,October 2001 Advocates for Youth*

مواقع الانترنت

٥٠. ، تطبيق الحقوق الإنجابية للمراهقين من خلال اتفاقية حقوق الطفل ، سبتمبر ١٩٩٩ ، www.reproductiverights.org
٥١. تفعيل حقوق الإنسان ، دليل الدعاة إلي عمل هيئات الأمم المتحدة المعنية برصد المعاهدات المتعلقة بالحقوق الإنجابية والجنسية ، www.reproductiverights.org
٥٢. بروتوكول بشأن حقوق المرأة في أفريقيا صك للنهوض بالحقوق الإنجابية والجنسية ، FOR REPODUTIV RIGHTS. WWW.CENTER