




## الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية بمحافظة الوادي الجديد دراسة ميدانية بمدينة الخارجة

د. هند أشرف عباس

مدرس علم الاجتماع

كلية الآداب، جامعة الوادي الجديد

[dr.hendashraf4004@gmail.com](mailto:dr.hendashraf4004@gmail.com)

 10.21608/jfpsu.2024.287900.1350



## الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية بمحافظة الوادي الجديد دراسة ميدانية بمدينة الخارجة

### مستخلص

تهدف الدراسة الراهنة إلي التعرف علي الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية بمحافظة الوادي الجديد . من خلال إجراء دراسة ميدانية علي عينة من السيدات المتزوجات في الفئة العمرية من (١٥-٤٩ عام ) بريف وحضر مدينة الخارجة وبلغ عددهم ٣٧٥ سيدة ، وتمثلت مؤشرات الصحة الإنجابية في الدراسة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة ، تغطية الرعاية الصحية للحمل والولادة ، انتشار ظاهرة ختان الإناث . والكشف عن الفروق بين الريف والحضر في هذه المؤشرات، وأظهرت النتائج ارتفاع المستوي التعليمي لعينة الدراسة، ارتفاع مؤشر الصحة الإنجابية فيما يتعلق بنسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الريف والحضر ، وتم العثور علي فروق بين الريف والحضر فيما يتعلق بمؤشر تغطية رعاية الحمل والولادة ، وتبين وجود مشكلات تتمثل في نقص وقصور في الخدمات الصحية وعدم توافر الأطباء وبعد المسافة بين محل الإقامة ومرافق الرعاية الصحية، كما تبين وجود فروق ريفية حضرية فيما يتعلق بمؤشر ختان الإناث فلا تزال المناطق الريفية بمدينة الخارجة أكثر تمسكاً بهذه الممارسة ، مما يعكس العادات والتقاليد الثقافية والأعراف الاجتماعية. وخلص البحث لمجموعة من التوصيات أهمها تعزيز برامج وحملات التثقيف الصحي ، تحسين الخدمات الصحية المقدمة للسكان داخل المحافظة، التأكيد علي دور الرائدات الريفيات ورجال الدين في التوعية المباشرة بموضوع الصحة الإنجابية .

**الكلمات المفتاحية :** الصحة الإنجابية، تنظيم الأسرة، رعاية الحمل والولادة، ختان الإناث.

## Urban-rural Differences in Reproductive Health in New Valley Governorate A Field Study in the City of Kharga

### Abstract

The current study aims to identify rural-urban differences in reproductive health in New Valley Governorate. By conducting a field study on a sample of married women in the age group (15-49 years) in rural and urban areas of the city of Kharga, numbering 375 women. The reproductive health indicators in the study were the use of family planning methods, health care coverage for pregnancy and childbirth, and the spread of the phenomenon of female circumcision. And revealing the differences between rural and urban areas in these indicators, the results showed a high educational level of the study sample, a high reproductive health index with regard to the percentage of use of family planning methods in rural and urban areas, and differences were found between rural and urban areas with regard to the indicator of coverage of pregnancy and childbirth care, and it was found that There are problems represented in the lack and insufficiency of health services, the lack of doctors, and the distance between the place of residence and health care facilities. It was also shown that there are rural-urban differences with regard to the female circumcision index. The rural areas of the city of Kharga are still more committed to this practice, which reflects cultural customs and traditions and social norms. The research concluded with a set of recommendations, the most important of which are strengthening health education programs and campaigns, improving health services provided to the population within the governorate, and emphasizing the role of rural women pioneers and clergy in direct awareness of the issue of reproductive health.

**Keywords:** reproductive health, family planning, pregnancy and childbirth care, female circumcision.

**مقدمة :-**

تعد الصحة الإنجابية جزءاً أساسياً من الصحة العامة للإنسان ، فهي نهج حياتي وإنعكاس لصحة المرأة والرجل خلال مراحل الحياة البشرية منذ الطفولة وحتى الشيخوخة في إطار صحي ونفسي واجتماعي سليم. فالصحة الإنجابية كما عرفتھا منظمة الصحة العالمية بأنها الوصول إلي حالة من إكمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته ، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز. (who, 2006) وبالتالي فإن الصحة الإنجابية تعني أن الناس قادرون على التمتع بحياة جنسية مرضية وآمنة وأن لديهم القدرة على الإنجاب والحرية في تقرير ما إذا كانوا يفعلون ذلك ومتى وكم مرة. (United Nations Population Fund ,UNFPA, 2005)

تعتبر الصحة الإنجابية نهجاً جديداً نسبياً. وهي تنشأ معالجة صحة النساء بصورة متكاملة(خليل، كريمة، ٢٠٠٠)، وقد اكتسب هذا النهج قبولاً واسعاً منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة في عام ١٩٩٤ حيث شكل نقطة تحول في معالجة قضايا السكان والتنمية، وركناً أساسياً في مجال الصحة الإنجابية حيث أثار اهتمام الدول كافة نحو قضايا الصحة الإنجابية ، وتعدي المفاهيم السابقة لقضايا الإنجاب والتي تركزت علي الخصوبة و تنظيم الأسرة ليشمل أبعاداً جديدة لم يسبق تناولها كما أكد علي ضرورة النظر في الجوانب السلوكية والاجتماعية المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية للأفراد. وعلي الصعيد الدولي أكدت مصر التزاماتها بالإتفاقيات الدولية الرئيسية ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية. ( Reproductive Health Inequalities in Egypt, ) (2019)

وأولت الحكومة المصرية إهتماماً كبيراً بالصحة الإنجابية. تجلي ذلك في العديد من الخطط والإستراتيجيات منها خطة التنمية المستدامة ٢٠٣٠ والتي تدعم إطاراً تنظيمياً للصحة الإنجابية ضمن أهدافها الأساسية، وإستراتيجية الصحة الإنجابية(٢٠١٥-٢٠٣٠) التي تُرجمت لمعالجة العديد من قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما من حيث زيادة فرص الحصول على الخدمات وإلى توسيع نطاق شمول خدمات الصحة الإنجابية حسب الفئات العمرية والحالة الاجتماعية. وكذلك الاستراتيجية القومية للسكان حيث تبنت

مجموعة من المبادئ منها حق الأسرة في تحديد عدد أبنائها، مع تأمين حقها في الحصول على وسائل تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية التي تمكنها من الوصول إلى العدد المرغوب من الاطفال.

وتتيح وزارة الصحة والسكان خدمات الصحة الإنجابية وسائل تنظيم الأسرة من خلال الوحدات المتنقلة والثابتة علي مستوى مصر مجاناً وبأسعار رمزية وذلك تماشياً مع الاستراتيجية القومية للصحة الإنجابية . كما نظمت الوزارة العديد من الحملات والمبادرات المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في العديد من المحافظات منها مبادرة العناية بصحة الأم والجنين ، مبادرة فحص المقبلين علي الزواج ، مبادرة صحة الأم ، مبادرة ١٠٠ يوم صحة وهدفها الكشف والتشخيص عن الأمراض .

ووفقاً لصندوق الأمم المتحدة للسكان فإن الصحة الإنجابية في أي عمر تؤثر تأثيراً عميقاً على صحة الفرد لاحقاً . وتشمل الرعاية الصحية الإنجابية الشاملة ما يلي : الاستشارة والمعلومات والتعليم والاتصالات والخدمات السريرية في مجال تنظيم الأسرة؛ الأمومة الآمنة، بما في ذلك الرعاية السابقة للولادة، والرعاية أثناء الولادة (المساعدة الماهرة أثناء الولادة مع الإحالة المناسبة للنساء اللاتي يعانين من مضاعفات الولادة) والرعاية بعد الولادة، والرضاعة الطبيعية، والرعاية الصحية للرضع والنساء؛ رعاية أمراض النساء، بما في ذلك منع الإجهاض، وعلاج مضاعفات الإجهاض، والإنهاء الآمن للحمل على النحو الذي يسمح به القانون؛ الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة جنسياً(بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز). (WHO, 2006) . ولذلك يعد التمتع بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية أمراً ضرورياً وأساسياً للأفراد والأزواج والأسر وأيضاً من أجل تحقيق التنمية المستدامة . ( الحموي ، ٢٠٠٨ )

ويتأثر مستوى الصحة الإنجابية بمجموعة من العوامل إذ أن هناك علاقة متبادلة بين الصحة الانجابية وحالة المجتمع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. كما أنها تتأثر سلباً بإنتشار الأمية والبطالة وبتقاليد المجتمع وعاداته، كما يتأثر مستوى الصحة الإنجابية كذلك بمستوى توفر الخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها. ( الجاسم ، ٢٠١٨ )

وتعد الفوارق بين الريف والحضر في مجال الصحة الإنجابية موضوعاً يثير قلقاً ، حيث

كشفت العديد من الدراسات عن التفاوتات بين الريف والحضر من حيث الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة واستخدام وسائل منع الحمل ، وتغطية رعاية الحمل والولادة ، وإنتشار تشويه الأعضاء التناسلية . وفقاً لتقرير للأمم المتحدة، غالباً ما تواجه النساء في المناطق الريفية تحديات في الوصول إلى خدمات صحة الأم وتنظيم الأسرة مقارنة بالنساء في المناطق الحضرية . ويمكن أن تؤثر هذه التفاوتات على نتائج الصحة الإنجابية للنساء .

وفي ضوء ما سبق جاءت فكرة هذه الدراسة في محاولة التعرف علي الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية في محافظة الوادي الجديد .

#### أولاً : إشكالية الدراسة :-

إن التوجه الإستراتيجي لسياسة مصر السكانية يقوم على تفعيل آلية ذات وجهين، الأول هو خفض الطلب على الإنجاب، والثاني تعظيم أنشطة تبني فكرة تنظيم الأسرة والارتقاء بخصائص السكان. وبالرغم من وجود استراتيجيات وبرامج سكانية وصحية مع عنصر قوي لتنظيم الأسرة والحصول على خدمات الصحة الإنجابية . إلا إن مصر تواجه معتقدات ثقافية والتي غالباً ما تعيق الجهود الوطنية في إحراز مكاسب واضحة في مجال الصحة الإنجابية. ( المجلس القومي للسكان ، ٢٠٢٠ )

وقد يواجه الأفراد تفاوت أوعدم مساواة في خدمات الصحة الإنجابية، وتختلف أوجه عدم المساواة على أساس الحالة الاجتماعية والاقتصادية أو مستوى التعليم أوالعمر أوالموارد المتاحة في بيئتهم، فالصحة الإنجابية في السياقات الريفية و الحضرية أمراً بالغ الأهمية لتنمية سكان هذه المناطق وأمراً أساسياً لتحقيق التنمية المستدامة .فلا بد هنا من فهم الطبيعة المترابطة بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية ونتائجها علي الصحة الإنجابية والفروق الريفية الحضرية في مؤشرات الصحة الانجابية .

وأكد برنامج العمل الدولي الذي اعتمده المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، على عدم استطاعة الكثير من السكان من بلوغ الدرجة المثلى من الصحة الانجابية. (Ebenezer Oluwole, A,2021) . فالصحة الإنجابية مصدر قلق للعديد من

الحكومات والمجتمعات بسبب الوفيات والأمراض التنفسية وخاصة في البلدان النامية. ففي السنوات الأخيرة، أصبح يُنظر إلى قضايا الصحة الإنجابية بشكل متزايد على أنها مشاكل اجتماعية (Kumari, M, 2023)..

ويُعتبر اعتلال الصحة الإنجابية هو المسؤول عن ٢٠% من عبء اعتلال الصحة العامة عند النساء، ١٤% عند الرجال على مستوى العالم، ويشكل النساء في سن الإنجاب (١٥ - ٤٩ سنة) أكثر من خمس سكان العالم، قدر صندوق الأمم المتحدة للسكان بأن نحو ستة ملايين من النساء والفتيات في سن الحمل والإنجاب (من ١٥ - ٤٩ سنة) يحتجن إلى الدعم، حيث أن توفر الرعاية الصحية خلال الحمل والولادة وما بعدها من قبل أشخاص مؤهلين ماهرين يمكن أن يحسن إلى حد كبير معطيات الولادة سواء للأمهات أو للأطفال الرضع بما يتماشى مع البرامج والسياسات الصحية. (مسلم، سارة، ٢٠٢٢).

وبشكل عام، يمثل النقص في البيانات الموثوقة عائقاً طويلاً أمام رصد مؤشرات الصحة الإنجابية، بما في ذلك مؤشرات بشأن الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية. ولا تزال المسوحات السكانية التي تم تحليلها تشير إلى عدم المساواة في مؤشرات الصحة الإنجابية في المناطق الجغرافية المختلفة في مصر (المحافظات الحضرية، وحضر الوجه البحري، وريف مصر السفلى، وحضر صعيد مصر، وريف الصعيد، ومحافظه الحدود). حيث يتميز كل موقع جغرافي بمجموعة مختلفة من تحديات الصحة الإنجابية. فبالنسبة لبيانات المسح السكاني الصحي مصر ٢٠١٤ تبين ارتفاع مستوى الإنجاب إلى ٣,٥ طفل للمرأة في سن الإنجاب (١٥: ٤٩ سنة)، وتشير الدراسات إلى أن ذلك يعود إلى تراجع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة، نقص عدد مقدمي الخدمة المدربين خاصة النساء، عدم كفاية التغطية خاصة للمناطق النائية والعشوائية، ارتفاع نسبة الحاجة غير الملباة.

أما بالنسبة لنتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ تبين وجود تفاوت في معدلات الإنجاب الكلية بصورة واضحة بين المناطق الحضرية حيث انخفض المعدل إلى أقل قيمة ليصل إلى ٢,١٨ طفل لكل سيدة، بينما وصل المعدل لأعلي قيمة في المناطق الريفية إلى ٣,٦٣ طفل لكل سيدة، ومحافظات الحدود ٣,٤١ طفل لكل سيدة. وتبين زيادة نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المحافظات الحضرية ٧٠,٥% عنها في محافظات

الحدود ٦٥,٣% . وأن ثلثي السيدات المتزوجات حالياً في العمر من (١٥-٤٩ عام) يستخدمن وسيلة لتنظيم الأسرة بزيادة حوالي ٨ نقاط عن المستوى الذي تم رصده في المسح الصحي ٢٠١٤ ، وتصل نسبة مستخدمات الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في ٢٠٢١ إلى ٦٥% مقارنة بحوالي ٥٧% في ٢٠١٤ . كما تشير نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ إلى أن حوالي ١٤% من السيدات المتزوجات حالياً لديهن حاجة غير ملبأة لتنظيم الأسرة ٤% للمباعدة بين المواليد ، ١٠% للتوقف عن الإنجاب .

وبالنسبة لختان الإناث أشارت نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ إلى أنه تم ختان ٨٦% من السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (١٥-٤٩ سنة) . وتعد السيدات في الحضر أقل احتمالاً لإجراء عملية الختان عن السيدات في الريف (٧٩% و٩٠% علي الترتيب) ، وهذه العادة أقل شيوعاً في محافظات الحدود ٦٢% .

ويتضح من ذلك أن الاختلاف بين الريف والحضر لا يتوقف عند الجانب الأيكولوجي فحسب وإنما يمتد الى طبيعة الحياة الاجتماعية والسلوكيات الديموغرافية، وعملية الأنجاب واحدة من تلك الاختلافات رغم تشابه البشر في مضمونها وطريقتها إلا أن الاختلاف يكمن في الفروق الريفية الحضرية من حيث وسائل منع الحمل المستخدمة ، طرق تنظيم الأسرة ، عدد الأطفال التي تتجها المرأة، والتباعد بين الولادات، وطرق الحصول علي رعاية الحمل والولادة. (عباس ، نادية صباح ، ٢٠١٨ )

وتساهم العديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والصحية والثقافية مثل الفقر والتعليم والوضع الصحي والعادات والتقاليد والبيئة المحيطة في التفاوت والاختلاف في نتائج الصحة الإنجابية بين المناطق الريفية والحضرية.

واستناداً لهذه البيانات والمؤشرات انطلقت الباحثة في توضيح مشكلة الدراسة من خلال الإجابة علي تساؤل رئيسي مؤداه: ما الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية في محافظة الوادي الجديد ؟



**ثانياً: أهمية الدراسة :**

دراسة الصحة الإنجابية من الموضوعات الهامة ، كونها تؤثر في صحة الإنسان من الحمل حتي الولادة، ومن البلوغ حتي الكبر، كما أنها تعد أحد عوامل التنمية البشرية التي ترعي الفرد جسدياً و نفسياً ، وتعني بمستواه الاجتماعي والاقتصادي . ونظراً لأهمية هذا الموضوع فقد اهتمت الباحثة بدراسة واقع الصحة الإنجابية في محافظة الوادي الجديد ، الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية بالاعتماد علي مجموعة من مؤشرات الصحة الإنجابية ومنها تنظيم الأسرة ، رعاية الحمل والولادة ، انتشار ظاهرة ختان الإناث ، كي يتسنى للباحثين وصانعي القرار وواضعي البرامج والسياسات الصحية الاستتارة بنتائج هذه الدراسة وتوصياتها ، من خلال معرفة الفئات الأكثر احتياجاً للبرامج التي تهدف لتحسين نتائج الصحة الإنجابية.

**ثالثاً : أهداف الدراسة :**

تسعي الدراسة الراهنة إلي تحقيق هدف رئيسي مؤداة الكشف عن الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية في محافظة الوادي الجديد ( مدينة الخارجة ) وانبثق من هذا الهدف الأهداف الفرعية التالية :

- ١- التعرف علي الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة .
- ٢- الكشف عن الفروق الريفية الحضرية في استخدام وسائل تنظيم الأسرة.
- ٣- الوقوف علي الفروق الريفية الحضرية في تغطية رعاية الحمل والولادة في منطقة الدراسة .
- ٤- التعرف علي الفروق الريفية الحضرية في انتشار ظاهرة ختان الإناث .

**رابعاً : تساؤلات البحث :**

التساؤل الرئيسي في الدراسة الراهنة ما الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية وينبثق منه التساؤلات الآتية:

- ١- ما الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة ؟
- ٢- ما الفروق الريفية الحضرية في استخدام وسائل تنظيم الأسرة ؟

٣- ما الفروق الريفية الحضرية في تغطية رعاية الحمل والولادة في منطقة الدراسة ؟

٤- ما الفروق الريفية الحضرية في انتشار ظاهرة ختان الإناث ؟

#### خامساً: الدراسات السابقة :

تشير الأدبيات إلى أهمية موضوع الصحة الإنجابية والفروق بين المناطق الريفية والحضرية في مدي انتشار وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة ، وتغطية رعاية الحمل والولادة والتفاوتات في الوصول إلي خدمات الصحة الإنجابية ، وانتشار ظاهرة ختان الإناث، وأفادت العديد من الدراسات إلي تأثير العديد من العوامل في تشكيل نتائج الصحة الانجابية كالتعليم وعمر الأم والحالة الوظيفية ومحل الإقامة والدخل وغيرها، وقد ساهم الباحثون من مختلف التخصصات، مثل الديموغرافيا وعلم الاجتماع والصحة العامة، في مجموعة المعرفة المحيطة بالصحة الانجابية. وقد أدى هذا النهج متعدد التخصصات إلى مجموعة متنوعة من وجهات النظر والمنهجيات، مما أضاف ثراء إلى الأدبيات المتاحة. وستحاول الباحثة في هذا الجزء مناقشة بعض الأبحاث والدراسات وثيقة الصلة بموضوع الدراسة الراهنة.

- ركز جانب من الدراسات السابقة علي انتشار وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة حيث أوضحت دراسة (Cleland, 2006) أنه ينبغي بذل الجهود لضمان المساواة في الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة في كل من المناطق الريفية والحضرية علي حد سواء لمعالجة الاحتياجات غير الملباة من وسائل منع الحمل. كما ركزت دراسة (Stephenson, R, et al., 2006) علي تفسير الاختلافات الجغرافية في استخدام وسائل منع الحمل الحديثة في ٦ بلدان أفريقية. وتبين وجود علاقة بين استخدام وسائل منع الحمل ومستويات موافقة النساء على تنظيم الأسرة ، وتأثير التعليم فيما يتعلق بصنع القرار بشأن وسائل منع الحمل الحديثة. وأشارت دراسة (Brown, L., & Davis, M. 2012) إلى أن المناطق الحضرية لديها معدل انتشار أعلى لوسائل منع الحمل مقارنة بالمناطق الريفية. تلعب عوامل مثل التعليم والدخل والحصول على خدمات الرعاية الصحية دورًا مهمًا في هذه الاختلافات. وقد أكد (Moronkola, et al, 2006) في دراسته أن النساء اعتبروا موافقة الزوج عاملاً محددًا قويًا لاستخدام وسائل منع الحمل. كما أشار لأهمية المعرفة حول فوائد

تنظيم الأسرة كمؤشر للصحة الإنجابية. أما دراسة ( Saravana bavan, V ,et al., ) (2019) أوضحت أن خدمات الصحة الإنجابية تختلف حسب الحالة الاجتماعية والاقتصادية ومستوى التعليم والعمر والعرق والدين والموارد المتاحة في المجتمع. كما تبين من دراسة (Haque, M ,et al. 2015) أن المستوي العام للمعرفة حول مختلف مكونات الصحة الانجابية فيما يتعلق بتنظيم الأسرة واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية أثناء الحمل ، الأمومة الآمنة ، المباشرة بين الولادات وحجم الأسرة أكثر وضوحا في الحضر مقارنة بالريف ، وأن أفراد الأسرة مصدر المعلومات الرئيسي في المجموعتين . كما أوضحت دراسة (Pliskin, E., 2022) إنه تم استخدام مكان الإقامة كمتغير رئيسي مستقل لتقييم الاختلافات بين سكان الريف والحضر في استخدام تعقيم الإناث كوسيلة من وسائل منع الحمل ، وكانت أكثر انتشاراً في الريف عنه في الحضر. وركزت دراسة (عياد، ٢٠٠٩) علي أن التعليم ومحل الإقامة لهما تأثيراً واضحاً في سن النساء عند إنجاب المولود الأول ، وفي ارتفاع نسبة المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة، تعتبر الرغبة في الإنجاب من أهم أسباب التوقف عن استخدام الوسيلة أو عدم الاستخدام . وأوضحت دراسة ( كامل، سلوي ٢٠١٨ ) ارتفاع مستويات استخدام وسائل تنظيم الأسرة مع تقدم عمر الأم وارتفاع المستوي التعليمي لها ، وبين السيدات العاملات. كما أوضحت دراسة (Akwara, E. , et.al , 2023) أن مخاطر الصحة الجنسية والإنجابية بالنسبة لفقراء المناطق الحضرية في الجنوب العالمي ، تمثلت في ارتفاع معدلات حالات الحمل غير المرغوب فيه ، وضعف النتائج الصحية للأمهات والأطفال، ووجود تباين كبير في الوصول إلى الخدمات. كما تبين من دراسة ( سعد الدين ، ٢٠٢٠ ) العلاقة القوية بين المستوي التعليمي ومتغيرات الصحة الانجابية مثل معدلات المواليد ، واستخدام وسائل منع الحمل ، ومعدل الخصوبة . كما أشارت دراسة ( غادة عبد الحليم ، ٢٠٢٣) إلي وجود علاقة طردية بين عمل المرأة والمستوي التعليمي للزوجين واتجاهاتهم نحو تنظيم الأسرة في المجتمع الريفي ، ووجود علاقة عكسية بين الدخل وتنظيم الأسرة فكلما زاد الدخل قل الاتجاه نحو تنظيم الأسرة . وأشارت دراسة(حسين ، أبو الحسن ٢٠١٩) هناك عوامل مباشرة كالعمر عند الزواج ، والرضاعة ، عدد الأطفال ، موانع الحمل . وأخري غير

مباشرة كالعوامل الاجتماعية والاقتصادية (التعليم ، الدخل ، مكان الإقامة، الدين ، الرغبة في الإنجاب ، المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة ، عمل المرأة) تؤثر علي خصوبة المرأة في الريف والحضر. وتبين من دراسة ( البياتي ، ٢٠١٨ ) ارتفاع معدل الإنجاب لدي النساء الريفيات ،ومدي تتوافر وسائل تنظيم الأسرة ومراكز الصحة الإنجابية في الحضر أكثر من الريف . بينما تبين من دراسة ( آل نادر ٢٠٢٢ ) عدم توافر خدمات كافية للصحة الإنجابية وعدم أستفادة المرأة منها وخاصة العاملة لأن أغلب المراكز الصحية بعيدة و تقدم خدماتها في الصباح أي وقت عملها ، كما تبين وجود علاقة عكسية بين المستوي التعليمي والإنجاب ، ووجود علاقة طردية بين التعليم واستعمال وسائل منع الحمل ، وأن عمل المرأة له أثر إيجابي علي استعمالها وسائل منع الحمل .

- بينما أشار جانب آخر من الدراسات السابقة إلي مدى تغطية رعاية الحمل والولادة كمؤشر للصحة الإنجابية فتبين من دراسة ( Smith, J.& Johnson, A. 2010) أن المناطق الحضرية تتمتع عمومًا بتغطية أعلى لرعاية الحمل والولادة مقارنة بالمناطق الريفية. وتساهم عوامل مثل القرب من مرافق الرعاية الصحية، وتوافر مقدمي الرعاية الصحية المهرة، والتفاوتات الاجتماعية والاقتصادية في هذه الاختلافات. بينما أشارت دراسة (Kumari, 2023) إلي أن النساء الجائلات يلجأن لطلب خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص، واقترحوا تحسين الجودة الشاملة لمرافق الصحة العامة لتقليل النفقات النثرية والاستفادة من خدمات الصحة الانجابية . كما أوضحت دراسة ( Lee. H, et al, ) (2020) مدي الاختلافات بين الريف والحضر في معدلات زيارة مقدمي الخدمة حسب نوع مقدم الخدمة بين النساء في سن الإنجاب في الولايات المتحدة. وتبين من دراسة (السعدي ٢٠١٧) أن هناك مجموعة من المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية ومنها عمر الأم عند الولادة والرعاية السابقة للولادة والتعليم والدخل والمهنة ومدي توافر خدمات الرعاية الصحية ومحل الإقامة في الريف أوالحضر تؤثر علي معدلات وفيات الأمهات حيث حدثت أغلب حالات الوفاة في المستشفى وفي مرحلة النفاس وأثناء الحمل الأول . وارتفعت هذه المؤشرات في الريف عنه في الحضر. وركزت دراسة ( Chitrakar 2003), إلي أهمية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المناسبة ، وتعزيز رفاهية

النساء الحوامل وأطفالهن ، والتركيز علي التعليم ودعم الرضاعة الطبيعية لضمان رحل حمل آمنة صحية . وأوضحت دراسة ( كامل، سلوي ٢٠١٨ ) بالنسبة لمستويات استخدام رعاية الأمومة أثناء الحمل وأثناء الولادة . إنه كلما انخفض عمر الأم كلما حرصت علي تلقي الرعاية الصحية ، وأن الأمهات في الحضر أكثر حرصاً علي تلقي الرعاية الصحية من الأمهات الريفيات . وكشفت دراسة (Bella, 1996) عن وجود نسبة مرتفعة من المشكلات العرضية المبلغ عنها تشير إلي الإصابة بأمراض في مجال الصحة الإنجابية ، واعتمد النساء علي ممارسي القرية غير المؤهلين ، وعدد قليل جدا من النساء الريفيات يذهبن لتلقي العلاج في العيادة الخاصة أو عيادات تنظيم الأسرة وذلك بسبب الفقر - بعد المسافة - العوائق الاجتماعية الأخرى . وتشير دراسة ( عبد الرزاق ، ٢٠٢٣ ) إلي وجود علاقة موجبة بين كل من السن ، وعدد أفراد الوحدة المعيشية، وعدد مرات التردد علي مراكز الأمومة والطفولة، وبين المعارف والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية عند النساء الريفيات المبحوثات من جهة أخرى. كما اتضح من دراسة (خاطر، ٢٠٢٢) إنه كلما زاد المستوى التعليمي للأم ومستوي الثروة زادت نسبة حصولها علي خدمات الرعاية الصحية ، وكلما زاد ترتيب المولود كلما انخفض ذلك ، وبالنسبة لمحل الإقامة فالأم التي تعيش في الحضر تزيد احتمالية حصولها علي خدمات الرعاية الصحية مقارنة بالأم التي تقيم في الريف . وأوضحت دراسة (علي حسن ، انتصار ، ٢٠١٦) انخفاض مستوى الوعي بالصحة الإنجابية ، ووجود بعض المشكلات المتعلقة بتغطية رعاية الحمل والولادة منها عدم كفاية الأطباء المتخصصين من السيدات بكل وحدة صحية ، عدم توافر الأدوية المطلوبة لحالات الطوارئ ، قلة خبرة حديثي الزواج بالصحة الإنجابية ، عدم وجود وعي تثقيفي ، قلة عدد الممرضات في الوحدات الصحية . أما دراسة (عبد الرسول، ٢٠٢٢) أشارت إلي وجود بعض العقبات التي تحول دون الوصول الفعلي لكثير من الفئات المستهدفة سكانياً وصحياً واجتماعياً إلي كافة خدمات الصحة الإنجابية وخاصة في المناطق الريفية والحدودية .

- كما ركز جانب آخر من الدراسات السابقة علي انتشار ظاهرة ختان الإناث حيث أشارت دراسة (كامل، سلوي ٢٠١٨) إلي ارتفاع ظاهرة ختان الإناث في الريف مقارنة

بالحضر. كما تبين من دراسة (Bogale, D, et al, 2014) أن النساء المسلمات والنساء من المناطق الريفية أكثر عرضة للخضوع لهذا الإجراء. بالإضافة إلى ذلك، كانت النساء الأكبر سنًا أكثر عرضة للإبلاغ عن تعرضهن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. واتضح من دراسة (Hosny. F, et al, 2023) إنه لا يزال معدل انتشار ختان الإناث أعلى على الرغم من العواقب الصحية لهذا الإجراء. أن هناك ارتباط كبير بين الإقامة في الريف، وانخفاض مستوى تعليم الأم والأب، والزواج، ووجود ظاهرة الختان.

موقع الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة :

ركزت أغلب الدراسات السابقة على بعض مؤشرات وخدمات الصحة الإنجابية ومنها تنظيم الأسرة وتغطية خدمات الرعاية الصحية والأمومة الآمنة و ختان الإناث ، ومن الملاحظ التباين الكبير في في هذه المؤشرات بين المناطق الحضرية والريفية ، كما عالجت بعض الدراسات العوامل المعقدة والمتراكبة التي تساهم في الصحة الإنجابية على المستوى الفردي والمجتمعي، ويعتبر التعليم والعمر العامل الرئيسي في تحقيق مؤشرات الصحة الإنجابية في العديد من الدراسات . وكان هناك عدد قليل من الدراسات التي ركزت على الاختلافات بين المناطق الحضرية وبعضها وكذلك المناطق الحدودية ، معظم الدراسات تقترح لمواجهة مشكلات الصحة الإنجابية تنظيم برامج توعية وتنقيف لبناء قدرات وتنمية مهارات المرأة وتمكينها اجتماعياً واقتصادياً وسياسياً وصحياً .وتسعي الدراسة الراهنة للوقوف علي الفروق الريفية الحضرية في مدي انتشار وسائل منع الحمل وتغطية خدمات رعاية الحمل والولادة وانتشار ختان الإناث كمؤشرات للصحة الإنجابية في مركز ومدينة الخارجة بالوادي الجديد.

**سادساً- الإطار النظري للدراسة :****١- بعض الآراء النظرية الموجهة لموضوع الدراسة :**

ستقوم الباحثة فيما يلي بعرض أهم الآراء والاتجاهات النظرية المستخدمة في دراسة وتفسير موضوع الصحة الإنجابية ومؤشراتها :

**أ- نظرية كنجلي ديفيز :-**

يعد ديفيز من علماء الاجتماع الذين أعطوا اهتماماً كبيراً لموضوع السكان واختلف عن النظريات السكانية الأخرى في رفضه لتفسير التغير الاجتماعي والتغيرات السكانية بإرجاعها إلى عامل واحد سواء كان اقتصادياً أو ثقافياً أو بيولوجياً، وينظر ديفيز إلى المجتمع علي إنه يميل إلى التوازن الاجتماعي ، ولكن ليس توازناً بين عدد السكان والموارد المتاحة كما زعم مالتس ، وإنما توازناً بين عدد السكان ومتطلبات البناء الاجتماعي ويقصد بمتطلبات البناء الاجتماعي الموارد التي يجب توفيرها لتحقيق الأهداف الدينية والتربوية والفنية والترفيهية والسياسية التي يرمي إليها المجتمع . (جلبي، ١٩٩٣)

ويشير ديفيز إنه إذا اختل توازن المجتمع سواء نتيجة زيادة عدد السكان أو بسبب الإخلال بمتطلبات البناء الاجتماعي ، فإن السكان يميلون إلى التكيف مع هذه الظروف من خلال استجابات متنوعة مثل تأخير سن الزواج أو اللجوء إلى الإجهاض أو إلى تنظيم الأسرة . كما أشار أيضاً إلي أن السبب الذي أدى إلي انخفاض معدلات المواليد في الدول المتقدمة هو إمكانية الاستفادة من الرفاهية المتزايدة التي صاحبت تلك المجتمعات والتي أنعكست آثارها علي الجانب الإنجابي لسكانها .كما يري أن استجابة السكان قد تحدث علي مراحل متعددة مثل ما حدث في اليابان فقد لجأ اليابانيون في بادئ الأمر إلى الإجهاض ثم إلى وسائل تنظيم الأسرة ثم إلى التعليم والهجرة الخارجية ثم مؤخراً إلى تأجيل سن الزواج.

إلا أن ديفيز لم يحاول تعميم نظريته علي كل المجتمعات ولكن اكتفي بتطبيقها علي الدول المتقدمة ولم يتطرق إلى الدول النامية . و في ضوء نظرية ديفيز إذا ما طبقنا آراءه علي الدول النامية نجد أن الطفرة السكانية التي حدثت في هذه الدول قد أدت إلى اختلال التوازن بين السكان ومتطلبات البناء الاجتماعي مما أدى إلى حدوث مشاكل اقتصادية. وحدثت استجابات مختلفة حتى تعود هذه المجتمعات إلى حالة التوازن وتمثلت الاستجابة

الأولى في هجرة الفلاحين من الريف إلى المدن كمحاولة لتحقيق الموازنة بين الأرض المتاحة وعدد العاملين في الزراعة ولكن زيادة الكثافة الحضرية سوف تؤدي إلى محاولة إيجاد استجابات أخرى مثل تبني برامج تنظيم الأسرة التي تحاول بعض الدول النامية تطبيقها لتحقيق التوازن بين حجم السكان ومتطلبات البناء الاجتماعي. (عبد الجواد ، ٢٠٠٩ )

### ب- نظرية فريدمان والخصوبة :-

إن آراء فريدمان تعكس الاتجاه الذي كان سائدا في نهاية القرن ١٩ حتى منتصف الأربعينات ، حيث أهتم علماء السكان بالولايات المتحدة باستخدام منظور العلوم الاجتماعية في ملاحظة وتحليل معدلات الخصوبة فكان يتم تناول الخصوبة كمتغير تابع ، وينظر إلى معدلات المواليد علي أنها رد فعل لتغيرات الظروف الاجتماعية والاقتصادية ، ويتم تفسير اتجاهات الخصوبة من خلال تحديد القوي الاقتصادية والاجتماعية وكيفية تأثيرها علي السلوك الإنجابي. ويرى فريدمان أن التغيرات التنموية التي تشهدها المجتمعات باختلاف أنواعها تعد حافزاً مهماً لسكانها في اللجوء لإنخفاض خصوبتها . ودافعاً لتنظيم الأسرة وضبط النسل في تلك المجتمعات .

كما يؤكد فريدمان علي أن النظم الاجتماعية والثقافية القائمة علي مشاركة الأفراد في إحداث تغييرات فعلية في ظروف الحياة تؤدي إلي تغييرات في الاتجاهات الديموغرافية . فالدور عنده هو الذي يعمل علي إثراء المفاهيم والنظريات المرتبطة بكل جوانب السلوك الإنجابي ، بما في ذلك الخصوبة والتغيرات المباشرة في حجم الأسرة المرغوب فيها .

وركزت دراسات فريدمان علي متغير واحد من المتغيرات السكانية وهو الخصوبة حيث أنه يرى أن معدلات الخصوبة هي العامل الذي يشكل مشكلة سكانية فمعدلات النمو في أي مجتمع تعتمد أساسا علي مستويات الخصوبة والوفيات وتتأثر بدرجة ضئيلة بالهجرة الخارجية هذا وأن معدلات الوفيات في البلاد النامية إما أنها قد انخفضت فعلا أو من المتوقع أن تنخفض نتيجة لاستخدام التكنولوجيا الحديثة إلا أن معدلات الخصوبة من المتوقع أن تظل مرتفعة لفترة طويلة ، وبالتالي فإن معدلات النمو ستزيد حتى تصل إلى درجة تهدد مجهودات التنمية والبرامج التنموية الاجتماعية والاقتصادية (Freedman,



1975)

وركز في تناوله لموضوع الخصوبة علي متغيرين أساسيين هما الطلب أو الرغبة في الأطفال من قبل الوالدين ، وتبني مفهوم وسائل تنظيم الأسرة ، فإن الخصوبة كاتجاه وكمسلوك تتأثر وتتوثر في عوامل اجتماعية وثقافية وسياسية واقتصادية وديموجرافية عديدة ومتشابهة ويصعب عزلها عن بعضها الأخرى . فعلي سبيل المثال ، أكدت كثير من الدراسات وجود علاقة بين الخصوبة وسن الزواج والتعليم إلا أن هذه العلاقة تباينت من مجتمع إلى آخر ، وفي نفس المجتمع من فترة زمنية إلى أخرى ومن منطقة إلى أخرى داخل حدود نفس البلد وهذا يترجم تأثير المتغيرات الفردية بالظروف المجتمعية بصفة عامة.

### ج- نموذج المعتقدات الصحية :-

هو عبارة عن نموذج لتغير السلوك الصحي والنفسي تم وضعه من قبل روزنستوك في عام ١٩٦٦ لدراسة وتشجيع الإقبال على الخدمات الصحية. (Rosenstock, 1966) وقد تم تعزيز وتطوير هذا النموذج من قبل بيكر وزملاؤه في السبعينات والثمانينات. وقد اجريت تعديلات على هذا النموذج فيما بعد في اواخر عام ١٩٨٨ وذلك لاستيعاب النتائج والأدلة التي تم التوصل إليها في مجال الصحة حول الدور الذي يلعبه كل من المعرفة والتصورات في المسؤولية الشخصية (Glanz K,2002) في بداية الأمر تم تصميم هذا النموذج للتنبؤ بالاستجابات السلوكية للعلاج الذي يتلقاه الأشخاص الذين يعانون من امراض حاده ومزمنة، ولكن في السنوات الأخيرة تم استخدام هذا النموذج للتنبؤ بالسلوكيات الصحية العامة. ويعد هذا النموذج دليلاً لتقييم عوامل إتخاذ القرار واستمرار السلوك الصحي .

ووفقاً لنموذج المعتقدات الصحية الذي تم تطويره من قبل الباحثين في خدمة الصحة العامة في الولايات المتحدة . وتم استلهامه من دراسة بحثت الأسباب وراء سعي بعض الناس للقيام لفحص مرض السل عن طريق الأشعة السينية، فإن احتمال تبني سلوك وقائي بالنسبة للفرد يتم تحديده بواسطة أربعة أنواع من المدركات وهي كالاتي :

- القابلية المدركة للإصابة : (تقييم الفرد لإمكانية الإصابة بالمرض أو العدوى)

- الخطورة المدركة للمرض : (تقييم الفرد لخطورة الوضع وأثاره المحتملة)
- الفوائد المدركة للفعل : (تقييم الفرد للنتائج الإيجابية لتبني السلوك)
- المعوقات أو التكاليف المدركة ( الحواجز ) : (تقييم الفرد للتأثيرات التي تسهل أو تثبت تبني السلوك المعزز)

ويعد نموذج المعتقد الصحي من الاتجاهات النظرية المؤثرة في تفسير الأسباب التي تدفع الأفراد لممارسة السلوك الصحي .وتبعاً لهذا النموذج فإن معرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن يتحقق من خلال معرفة عاملين وهما : مدي إدراك الفرد لأنه معرض لتهديد صحي علي المستوي الشخصي ، وإدراكه بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد . ( خشاب ، ٢٠١٠ )

ولقد تمت مراجعة واستكمال هذا النموذج من طرف بيكر (Becker) حيث أضاف دور مواقف الأفراد التي تحدد من مستويين وهما : المستوي الفردي والمستوي الاجتماعي والديموغرافي . وللربط بين الأنواع المختلفة للتصورات والسلوك الصحي المتوقع تمت إضافة متغيرات وسيطة لهذا النموذج: المتغيرات الديموغرافية (مثل العمر والجنس والعرق والمهنة) ، المتغيرات الاجتماعية والنفسية (مثل الحالة الاجتماعية والاقتصادية والشخصية، واستراتيجيات المواجهة) ، إدراك الفعالية (التقييم الذاتي للفرد على القدرة على تبني السلوك المطلوب بنجاح) ، الإشارات إلى العمل (التأثيرات الخارجية التي تعزز السلوك المطلوب، يمكن أن تشمل على معلومات مقدمة أو طلبت من قبل اشخاص من سلطة عليا، أو محادثات مقنعة، أو تجارب شخصية) ، الحوافز الصحية (حتى وإن كان الشخص دفع للتمسك بهدف صحي معين) ، إدراك السيطرة (مقياس لمستوى الكفاءة الذاتية) ، إدراك التهديد (حتى وإن كان الخطر الناتج من عدم اتباع فعل صحي موصى به يعتبر خطر عظيم).

وفي النهاية إن التنبؤ الذي يقوم به هذا النموذج هو عبارة عن مدى احتمالية الشخص المعني للقيام بالإجراءات الصحية الموصى بها (مثل الإجراءات الصحية الوقائية والعلاجية).

**د- نظرية السلوك المخطط :-**

في عام ١٩٨٥ أجرى العالم النفسي أجزن (Ajzen, I. 1985) توسيع لنظرية الفعل المعقول، فحصل على نظرية السلوك المخطط التي تؤكد على أهمية نوايا الفرد ودوافعه في تشكيل السلوك وأدائه، ووفقاً لنظرية أجزن فإن السلوك الإنساني يتعلق بثلاثة أمور:

- ١-المعتقدات السلوكية: وتمثل ما يعتقد الفرد بشأن النتائج المترتبة على أداء سلوك ما .
- ٢-المعتقدات المعيارية: وتمثل في رؤية الآخرين لهذا السلوك وتوقعاتهم من الفرد، بالإضافة إلى الدوافع التي تحمل الفرد على الامتثال لتوقعاتهم والسير وفق رؤيتهم.٣-
- معتقدات التحكم: تصور الفرد عن قدرته على أداء أو عدم أداء الفعل المطلوب.

فهذه الثلاثة تمثل أضلاع مثلث الفعل السلوكي حسب نظرية السلوك المخطط لأجزن . فإن المعتقدات السلوكية تنتج موقفاً مناسباً أو غير مناسب نحو السلوك؛ المعتقدات المعيارية تؤدي إلى الضغوط الاجتماعية المتصورة أو المعيار الشخصي، ومعتقدات التحكم تؤدي إلى السيطرة السلوكية المتصورة. إجمالاً، فإن الموقف تجاه السلوك، المعيار الشخصي، والشعور بالسيطرة السلوكية يؤدي إلى تشكيل نية سلوكية.

وإجمالاً تذهب هذه النظرية إلى أن المعرفة الجيدة تؤدي إلى وجود اتجاه إيجابي مما يؤدي في النهاية إلى سلوك إيجابي.(Fielding et al., 2008) . وفي ضوء تلك النظرية يمكن القول بأن المرأة التي تمارس سلوك مخطط لتنظيم الأسرة وتحرص علي الحصول علي الرعاية الصحية لها ولأطفالها لضمان مستقبل أفضل لأسرتها . فإنها غالباً ما تكون أكثر ممارسة للصحة الإنجابية وعلى العكس والنقيض من ذلك فإن المرأة غير المخططة والتي تسير أمورها بشكل عشوائي فإنها في غالباً تمارس سلوكيات تتعارض مع مبادئ الصحة الإنجابية.( عبد الرازق ، ٢٠٢٣).

**٢-مؤشرات الصحة الإنجابية في الدراسة الراهنة :**

حددت منظمة الصحة العالمية قائمة مختصرة تضم ١٧ مؤشراً للصحة الإنجابية(WHO,2006). تشمل بعض هذه المؤشرات معدل الخصوبة الإجمالي، ومعدل انتشار وسائل منع الحمل ، والوفيات النفاسية وتغطية الرعاية السابقة للولادة ، والولادة تحت إشراف كوادر صحية ماهرة ، توافر الرعاية التوليدية الأساسية والشاملة ، انتشار

ختان الإناث. وتُمثل هذه المؤشرات الرئيسية في العديد من الأرقام والإحصائيات التي تستخدم لقياس الصحة الإنجابية. وهي تختلف بين البلدان والمناطق، ولكن يتم حساب معظمها باستخدام البيانات الخاصة بالصحة الإنجابية. مثل معدلات الخصوبة والوفيات المرتبطة بالحمل والولادة، معدل الولادة السابقة لأوانها. وهذه المؤشرات حاسمة لتقييم حالة الصحة الإنجابية وتوجيه استراتيجيات التدخل لتحسين نتائج الصحة الإنجابية، وتشمل مؤشرات الصحة الإنجابية في الدراسة الراهنة ما يلي:

#### أ- استخدام وسائل تنظيم الأسرة :

يعتبر مكون تنظيم الأسرة من أهم مكونات الصحة الإنجابية. فتنظيم الأسرة هو السلوك الحضاري الذي يوفر للزوجين الخيار المناسب للتحكم بموعد البدء في إنجاب الأطفال وعددهم والفترة الفاصلة بين المولود والآخر، ومتى يجب التوقف عن الإنجاب، كل حسب ظروفه ومقدرته، وبموافقة الزوجين معاً، وضمن الإطار الصحي الذي يركز على صحة الأم والطفل معاً.

فالمعرفة بوسائل تنظيم الأسرة هي أساس قرار استخدام الوسائل وأيضاً تحديد أى وسيلة تستخدم وتشتمل هذه الوسائل على نوعين وسائل حديثة (الحبوب - اللولب - الحقن - كبسولات تحت الجلد- الواقي الذكري) ووسائل تقليدية (فترة الأمان - الرضاعة الطبيعية)، وتعتبر المعلومات عن الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة أحد المقاييس الأساسية لتقييم نجاح البرنامج القومي لتنظيم الأسرة. (سلوي كامل، ٢٠١٨)

وأكد تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد بالقاهرة في سبتمبر ١٩٩٤ على أن تكون برامج تنظيم الأسرة جزءاً متكاملًا في الاستراتيجيات السكانية والتنمية، كما ركزت السياسات السكانية الحالية في مصر على تنظيم الأسرة كأحد المداخل الهامة لضبط الخصوبة، وزيادة معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة وتقليل الحاجة غير الملباة في المناطق التي يقل بها معدل الاستخدام ويرتفع فيها معدل الحاجة غير الملباة.

ويتطور مفهوم تنظيم الأسرة من خلال المحددات المجتمعية العامة والخاصة، بمعنى إنه كلما تطور المجتمع إقتصادياً وإجتماعياً وسياسياً وثقافياً كلما أدي ذلك إلي زيادة الوعي العام بأهمية تنظيم الأسرة وبأهمية الصحة الإنجابية لدي المرأة والرجل ( عيد ، ٢٠١١).

ومن أهم مؤشرات تنظيم الأسرة نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن وسبق لهن استخدام وسيلة تنظيم الأسرة، نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة لتنظيم الأسرة ، وسيط عدد الاطفال عند الإستخدام الأول لتنظيم الأسرة ، نسبة الحاجه الغير ملبأة .

ويساعد تنظيم الأسرة وإستخدام وسائل منع الحمل النساء على الحماية من حالات الحمل غير المرغوب فيه، وبالتالي ينقذهن من حالات الحمل عالية الخطورة أو الإجهاض غير الآمن . كما يعزز حق الإنسان المكفول للناس في تحديد عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات . ولقد أكدت دراسة أجريت في الولايات المتحدة بين عامي ٢٠١٥-٢٠١٩ أن هناك اختلافات في وسائل منع الحمل المستخدمة بين نساء الريف والحضر . على سبيل المثال، تعتمد نسبة أعلى من النساء الريفيات على تعقيم الإناث، في حين تعتمد النساء في المناطق الحضرية بشكل أكبر على الواقي الذكري والسحب، بالإضافة إلى ذلك، من المرجح أن تعتمد المرأة الريفية على الأساليب الهرمونية قصيرة المدى مقارنة بالنساء الحضريات(Pliskin, E,2022).

ويعتبر معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة من أهم المؤشرات العامة التي تدل على نجاح السياسات السكانية وبرامج تنظيم الأسرة في الدول التي تهدف إلى الحد من النمو السكاني. كما يعد معدل انتشار وسائل منع الحمل مؤشراً هاماً للصحة والسكان والتنمية وتمكين المرأة، وهو بمثابة مقياس بديل للوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية الأساسية لتحقيق نتائج صحية مختلفة.

وهناك عدة عوامل تؤثر على استخدام وسائل منع الحمل بين النساء، منها المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي ، ومعرفة المرأة ومعتقداتها وتصوراتها حول الآثار الجانبية والمخاطر الصحية ، بالإضافة إلى تفضيلات الخصوبة والوضع الاجتماعي ، كما يلعب تأثير الشركاء الذكور والأقارب والأصدقاء وتوقعات الأسر أيضاً دوراً في استخدام وسائل منع الحمل . وكذلك تؤثر المعايير الاجتماعية والثقافية على استخدام وسائل منع الحمل والتوقعات المتعلقة بحجم الأسرة وتوقيتها. ومدي توافر الخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها وسريتها وتكاليفها، فضلاً عن مواقف وسلوك ومهارات الممارسين الصحيين .

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن نحو ٢٢٢ مليون امرأة في جميع أنحاء العالم لا يمكنهن الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة، وأكثر المحرومين من الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة هم الفقراء وسكان المناطق الريفية والأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية. ويعتبر نقص إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل في الدول النامية سبباً رئيسياً للحمل غير المقصود مما يتسبب بنتائج إنجابية أسوأ. ووفقاً لصندوق الأمم المتحدة للسكان فإن حصول جميع النساء على خدمات منع الحمل يمكن أن تمنع وفاة واحدة من بين كل ثلاث حالات وفاة متصلة بالحمل والولادة. (UNFPA)

وتشير نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ إلى أن ثلثي السيدات المتزوجات حالياً في العمر من (١٥-٤٩) يستخدمن وسيلة لتنظيم الأسرة، وتصل نسبة مستخدمي الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في ٢٠٢١ إلى ٦٥%، بينما تصل نسبة استخدام الوسائل التقليدية إلى أقل من ٢%، وتصل نسبة مستخدمي اللولب إلى ٢٩% بينما ٢٠% يستخدمون الحبوب، في حين تصل نسبة مستخدمي الحقن إلى ١٠% بالمقارنة مع بيانات مسح ٢٠١٤.

ومن أهم الأسباب لعدم استخدام أو التوقف عن استخدام وسائل منع الحمل هما الرغبة في إنجاب طفل آخر والخوف من الآثار الجانبية. كما يعد عدم الوصول إلى الخدمات الجيدة لتنظيم الأسرة وعدم توافر وسائل منع الحمل سبباً رئيسياً لعدم تلبية الحاجات، مما يشير إلى أن قضايا الوصول والجودة يجب أن تكون موجهة. مما يشير إلى أهمية توسيع مزيج الطريقة، وتحسين الاستشارة، وتعزيز الكفاءة الفنية لمقدمي الخدمات لتحسين الوصول والجودة. وقد تحتاج المجموعات التي يصعب الوصول إليها، مثل النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية والنساء الحاصلات على تعليم أقل إلى وصول أفضل إلى الخدمات. لذلك فإن رداءة نوعية تلك الخدمات قد تقلل الطلب عليها. وتلاحظ أن حوالي ثلث النساء المتزوجات (١٥ - ٤٩ سنة) ينقطعن عن الممارسة خلال العام الأول لأسباب مختلفة بعضها يرجع لمستوى جودة تقديم الخدمة. (Atsuko Aoyam, 2001). وفي مصر، حصل ٤٢% من مستخدمي وسائل منع الحمل على الخدمات خارج مجتمعاتهم، مستشهدين بأن السبب هو نقص الخدمات الجيدة لتنظيم الأسرة. (Population

Information Program.1996) وتم تحديد ثلاثة عوامل بإعتبارها ضرورية لتحسين استخدام وسائل منع الحمل وفعاليتها. أولاً: لابد من تحسين الاستشارة حتى يعرف العملاء كيفية استخدام اختياراتهم بشكل صحيح ويكونون على دراية بخيارات الطريقة الأخرى إذا ثبتت الطريقة غير ملائمتها. ثانياً، ينبغي توسيع مزيج الأساليب ليشمل الطرق المتوافقة مع الرضاعة الطبيعية للنساء اللاتي يعترضن عليها اللولب ووسائل منع الحمل المرتبطة بالجماع. ثالثاً، استهداف الرجال بشكل أكثر ، فهم صناع القرار الرئيسيين بشأن استخدام وسائل منع الحمل. (El-Zanaty,1993)

#### **ب- تغطية رعاية الحمل والولادة ( الرعاية السابقة للولادة - رعاية ما بعد الولادة) :-**

تعد الخدمات الصحية وخاصة خدمات الصحة الإنجابية مؤشراً لما وصل إليه المستوى الحضاري للبلد، فإذا ما ارتفعت تلك الخدمات قلت الأمراض وازداد النشاط والعمل وارتفعت إنتاجية السكان. وعلى نقيض ذلك فان انخفاض الخدمات الصحية يؤدي إلى ازدياد الأمراض وارتفاع الوفيات ومنها وفيات الأمهات الذي لا يرجع فقط إلى قلة كفاءة الرعاية الطبية وسوء التغذية أثناء الحمل والولادة والنفاس فحسب وإنما أيضاً إلى نمط السلوك الإنجابي الذي يتمخض عنه إرهاق صحة الأم وتعرضها للمخاطر. فضلاً عن قلة التسهيلات المتعلقة بالولادة الآمنة والصحية، فهي لا تتاح إلا لقلّة مختارة في المناطق الحضرية والمدن الرئيسية. وتبعاً لذلك ينخفض وبشكل فعال نسبة وفيات النساء الناجمة عن الحمل والولادة في الدول التي توفر خدمات الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل. وتوجد مؤشرات عديدة للمكون الصحي الخدمي للصحة الإنجابية ومنها : نسبة السيدات اللاتي حصلن على رعاية صحية أثناء الحمل ، نسبة الولادات تحت إشراف طبي ، نسبة السيدات اللاتي حصلن على مساعدة طبية أثناء عملية الولادة من داية ، نسبة السيدات اللاتي حصلن على رعاية طبية بعد الولادة ، نسبة المواليد التي تمت ولادتهم بعملية قيصرية .

تعتبر الرعاية الصحية خلال فترة الحمل وأثناء الولادة وفترة ما بعد الولادة علي قدر كبير من الأهمية لصحة الأم والطفل وتشمل الرعاية التي حصلت عليها السيدات أثناء فترة الحمل من مقدمي الخدمة الصحية ومصدرها وعدد الزيارات ، والتطعيمات اللازمة أثناء

فترة الحمل ، ومكان الولادة والمساعدات التي قدمت لها أثناء الولادة ، بالإضافة إلي الرعاية الصحية التي حصلت عليها الأمهات في فترة ما بعد الولادة والفحوصات التي أجريت للأطفال . وأوضحت نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ أن ٩٧% من الأمهات حصلن علي الرعاية الصحية خلال فترة الحمل علي يد طبيب ، ٨٨% حصلن عليها من القطاع الخاص ، وحصلت ٩٠% من الأمهات علي رعاية حمل منتظمة ( أربع زيارات فأكثر ) من مقدم خدمة صحية وزادت عدد الولادات القيصرية في مصر بشكل كبير حيث أن ٧ من كل ١٠ ولادات تمت بولادة قيصرية . ( المسح الصحي ٢٠٢١ )

وأشارت العديد من الدراسات أن الجهود المبذولة في رعاية الصحة الإنجابية لم تحقق النجاح المطلوب لتحسين أوضاع المجتمعات الريفية وذلك لصعوبة النقل وارتفاع تكاليفه وطول الطريق ووعورته وعدم توافر وسيلة النقل ، وبالتالي صعوبة وصول النساء إلى المراكز الصحية لتلقي الرعاية المناسبة والعناية الطبية الملائمة في موقع الخدمة أثناء الحمل والولادة. فضلاً عن إرتفاع نسبة الأمية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني، ووجود بعض العادات المحلية الضارة للأم. يضاف لها عدم الرغبة لدى النساء الحوامل من مراجعة المراكز الصحية وعيادات الصحة الإنجابية في الريف حتى وأن كانت قريبة من مساكنهم، لأن أغلب العاملين فيها هم أقل خبرة، وبساطة نوعية الخدمات الصحية المقدمة للنساء وكونها غير متطورة مقارنةً بالمناطق الحضرية.

وتعد الجهود الرامية إلى التصدي لهذه المعوقات في الوصول إلى المكان المناسب في الوقت الملائم من الأمور المصيرية لتخفيض وفيات الأمهات وإنقاذ حياتهن و حياة أطفالهن. والتخفيض المذكور يتطلب أن تحظى الأم برعاية صحية جيدة أثناء الحمل، وأن تجري الولادة على أيدي متدربات كالأطباء والقابلات المؤهلات مع وجود نظام لتقديم خدمات بمستوى عال أو مقبول للرعاية الطارئة للتوليد.

وناقشت العديد من البحوث الفوارق الصحية بين النساء الريفيات ، مع التركيز على أنهن يعانين من نتائج صحية أسوأ وأنهن يحصلن على رعاية صحية أقل من النساء في المناطق الحضرية. ويشمل ذلك محدودية الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية، وانخفاض معدلات بدء الرعاية قبل الولادة، وارتفاع معدلات دخول المستشفيات بسبب



مضاعفات أثناء الولادة مقارنة بالنساء في المناطق الحضرية ( Pliskin, E., 2022 ).  
 فالوصول على رعاية جيدة قبل الولادة، بما في ذلك الفحوصات المنتظمة والتثقيف بشأن  
 عادات الحمل الصحية، التغذية الكافية والنظام الغذائي المتوازن أثناء الحمل لدعم صحة  
 كل من الأم والجنين، تجنب المواد الضارة مثل التبغ والكحول والمخدرات التي يمكن أن  
 يكون لها آثار سلبية على صحة الأم والطفل، الإدارة السليمة لأي حالات طبية  
 موجودة، مثل مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم، لضمان الصحة المثلى أثناء الحمل،  
 التعليم ودعم الرضاعة الطبيعية لفوائدها الصحية للأم والطفل من استراتيجيات الأمومة  
 الآمنة الموصى بها. (AtsukoAoyam,2001).

الرعاية السابقة للولادة : يقصد بها أيضاً الرعاية أثناء الحمل والهدف منها هو تقديم  
 الفحوصات الدورية التي تتيح للأطباء والممرضات علاج المشاكل الصحية المحتملة أثناء  
 فترة الحمل والوقاية منها وتعزيز أنماط الحياة الصحية التي يستفيد منها كل من الأم  
 والطفل. وتتلقى السيدة الحامل خلال هذه الفحوصات المعلومات الطبية اللازمة  
 بشأن التغيرات الفسيولوجية أثناء الحمل، والتغيرات البيولوجية، والتوصيات بشأن التدابير  
 العلاجية والتغيير لأنماط حياة صحية أفضل ، وإدارة التغذية بما في ذلك الوقاية من فقر  
 الدم وعلاجه، والتثقيف الصحي والتغذوي بما في ذلك تشجيع الرضاعة الطبيعية. وتوفر  
 رعاية ما قبل الولادة أيضاً روابط لرعاية الولادة. فهي تسهم بشكل كبير في تقليل  
 حالات وفيات الأمهات والإجهاض التلقائي والتشوهات/العيوب الخلقية والأطفال ناقصي  
 الوزن عند الولادة، وعدوى الأطفال حديثي الولادة، والمشاكل الصحية التي يمكن الوقاية  
 منها. ذكرت منظمة الصحة العالمية أنه في عام ٢٠١٥ كان هناك نحو ٨٣٠ سيدة يفقدن  
 حياتهن كل يوم بسبب مشكلات الحمل والولادة. وخمس فقط ممن يعيشن في الدول ذات  
 الدخل المرتفع، أما الباقي فيعيشن في الدول ذات الدخل المنخفض. (Who, 2017)

ومن أجل تقليل خطر الوفيات النفاسية إلى الحد الأدنى، ينبغي أن تتاح لجميع النساء  
 العوامل إمكانية الحصول على رعاية جيدة قبل الولادة مع ربط جيد بخدمات مستوى  
 الإحالة. حيث يمكن للرعاية عالية الجودة قبل الولادة أن تقلل من مخاطر الولادة التي  
 يمكن تجنبها من خلال الكشف المبكر عن المضاعفات والإحالة السريعة إلى المنشأة

الطبية الإحتياطية المناسبة. وفي بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ترتبط زيادة تغطية الرعاية السابقة للولادة بإنخفاض معدل وفيات الأمهات.

وهناك العديد من المؤشرات تشير إلي عدم تلقي السيدات لرعاية ما قبل الولادة منها عدم إجراء الفحوصات المنتظمة ، تكلفة خدمات الرعاية الصحية، صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية ، العوائق الثقافية كعدم وجود الإناث لتقديم الخدمة .

وتشير نتائج المسح الصحي إلي أن هناك توجه عام للحصول علي رعاية حمل منتظمة بين السيدات الأصغر سناً عن السيدات الأكبر سناً . وأشارت ٩٣% من السيدات في العمر أقل من ٢٠ سنة حصولهن علي رعاية حمل منتظمة مقارنة ب ٨٨% من السيدات في العمر من ٣٥-٤٩ سنة ، كما تبين أن الأمهات في المناطق الحضرية هن الأكثر احتمالاً للحصول علي رعاية الحمل المنتظمة من النساء الريفيات والنساء في المناطق الحدودية . كما تشير إلي أن تغطية رعاية الحمل والولادة زادت بشكل جوهري في مصر منذ عام ٢٠٠٨ فزادت من ٧٤% إلي ٩٧% عام ٢٠٢١ م .

رعاية ما بعد الولادة: تعد رعاية ما بعد الولادة ذات أهمية بالغة للأم والطفل ، وتوصي وزارة الصحة والسكان بضرورة إجراء فحص بعد الولادة خلال يومين من حدوث الولادة ، كما أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة خلال أول ٢٤ ساعة وقبل نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة وبعد ستة أسابيع من الولادة ، إذ تعد الرعاية ما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأومومة الآمنة لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات والرضع وضمان الصحة البدنية والعقلية ورفاهية الأمهات .

رعاية ما بعد الولادة هي الفترة ما بعد الولادة بستة أسابيع وتشمل مجموعة من الخدمات منها التأكد من رجوع الأم لوضعها الصحي السابق، التشجيع على متابعة الرضاعة الطبيعية ، تحديد وسائل تنظيم الأسرة التي تناسب الأم ، معالجة المشاكل الصحية المتبقية بعد الحمل، الكشف المبكر لأعراض اكتئاب ما بعد الولادة.

على الرغم من زيادة تغطية الرعاية السابقة للولادة في معظم منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ، لا تزال تغطية الرعاية بعد الولادة أقل بكثير. يجوز للأم زيارة أحد المرافق

الصحية للتشاور بشأن صحة طفلها الرضيع ولكنها لا تأتي في كثير من الأحيان لنفسها للحصول على رعاية ما بعد الولادة ، ولا يقوم العاملون الصحيون بزيارة الأمهات بشكل روتيني في منازلهن. وقد يكون المعتقد الثقافي الذي يقضي بضرورة بقاء المرأة في المنزل لفترة معينة من الوقت بعد الولادة. من أسباب ضعف التغطية لرعاية ما بعد الولادة في مناطق معينة .

وتشير نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ إلى أن ٧٩% من السيدات تم فحصهن خلال اليومين التاليين للولادة ، ويزداد احتمالية الحصول علي رعاية بعد الولادة بالنسبة للولادات التي تمت في منشأة صحية عن غيرها من الولادات ، ونجد أن ٨٣% من السيدات اللاتي ولدن داخل منشأة صحية قد حصلن علي رعاية ما بعد الولادة خلال يومين من الولادة ، ١٩% فقط من السيدات اللاتي ولدن خارج منشأة صحية حصلن علي الرعاية خلال ستة أسابيع من الولادة .وتزيد معدلات رعاية ما بعد الولادة في الحضر قليلاً عن الريف (٨١% مقابل ٧٩% ) . وتزداد النسبة مع ارتفاع المستوى التعليمي و الاقتصادي .

#### ج- انتشار ظاهرة ختان الإناث :-

يعد ختان الإناث من مؤشرات الصحة الإنجابية وهو ممارسة اجتماعية و عادة تقليدية مدعومة بضغوط اجتماعي بهدف كبت الرغبة الجنسية وتمارس من خلال قص أو بتر أي جزء من الأعضاء التناسلية للأنثى. ولذا تعرف على أنها تشويه الأعضاء التناسلية للإناث كما أن لها آثار صحية وخيمة أثناء العملية وعلى المدى الطويل. ويعتبر ختان الإناث أحد أوجه العنف ضد الإناث. (الاستراتيجية القومية للسكان ٢٠١٥-٢٠٣٠)

تنتشر ظاهرة ختان الإناث في مصر انتشاراً واسعاً ،ويرجع ذلك إلى عوامل تقليدية وضغوط اجتماعية ليس لها أي أساس ديني أو شرعي وماهى إلا عادات وتقاليد نشأ عليها المجتمع ولا يزال متمسك بها، وتؤدي عملية ختان الإناث إلى تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، بالإضافة إلى المخاطر الصحية والنفسية المترتبة عليها. وحسب نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ تم ختان ٨٦ % من السيدات التي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية من (١٥-٤٩عام) .

يعد موضوع ختان الإناث من الموضوعات التي حولها جدال كبير وتختلف فيها اتجاهات

الناس ما بين معارض لهذه العادة ويرى أنها انتهاك للمرأة وأخر أكثر تحفظاً يعتبرها مظهرًا للاحتشام والعفة والحفاظ على العادات والتقاليد. (كامل، سلوي، ٢٠١٨)

عكست نتائج المسح الصحي لعام ٢٠٢١ انخفاضاً في معدلات الختان بين الفتيات في الفئة العمرية (٠-١٩ عام) لتصل إلى ١٤ ٪ مقارنة ب ٢١ ٪ في عام ٢٠١٤ ، أما عن الفئة العمرية (من ١٥ - ١٧ عام) ، فقد تراجع معدل ختانهن لتبلغ ٣٦,٨ ٪ مقارنة ب ٦١ ٪ في عام ٢٠١٤ ، كذلك انخفضت نسبة الأمهات اللاتي لديهن النية للقيام بختان بناتهن في المستقبل من ٣٥ ٪ إلى ١٣ ٪ على التوالي.

ومازال الطبيب يمارس إجراء عملية الختان لغالبية الحالات حيث أن حوالي ٨٣ ٪ من حالات الختان قام بإجرائها أشخاص يعملون في المجال الطبي حوالي ٧٤ ٪ بواسطة طبيب و ٩ ٪ بواسطة ممرضة أو عاملون آخرون في المجال الطبي، وهذه النسبة أعلى من تلك التي عكسها المسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤ (٨٢ ٪) ، وهو ما يستدعي ضرورة تفعيل القانون رقم ١٠ لعام ٢٠٢١ ، ورفع وعي مقدمي الخدمات الطبية بالعقوبات القانونية المتعلقة بجريمة الختان، وكذلك وضع وتعزيز الآليات الرقابية المعنية بالإبلاغ، فضلاً عن تعزيز ثقافة الإبلاغ على المستوى الوطني والمجتمعي.

ولا ينطوي ختان الإناث على أي فوائد صحية، وله آثار سلبية على الصحة الإنجابية والجنسية بما في ذلك الألم الحاد والصدمة والنزف والكزاز أو الإلتان (عدوى بكتيرية) واحتباس البول والقروح المفتوحة في منطقة الأعضاء التناسلية وإصابة الأنسجة التناسلية المجاورة للمثانة، والتهابات المسالك البولية، والخُرَّاجات، وزيادة خطر العقم ومضاعفات الولادة ووفيات المواليد. وتؤدي إجراءات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية التي تسبب انغلاق أو تضيق فتحة المهبل إلى الحاجة إلى إجراء عمليات جراحية في المستقبل للقطع من أجل السماح بالاتصال الجنسي والولادة .

ووفقاً لصندوق الأمم المتحدة للسكان فإن ختان الإناث ينتهك مبادئ ومعايير حقوق الإنسان - بما في ذلك مبدأي المساواة وعدم التمييز على أساس الجنس، والحق في عدم التعرض للتعذيب أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، والحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، وحقوق الطفل، والحق في السلامة البدنية والعقلية، بل والحق

في الحياة.

### ٣- مفاهيم الدراسة :

**أ- الفروق الريفية الحضرية Rural-Urban Differences:** تشير إلى دراسة أو تحليل الفروق بين السيدات المتزوجات في العمر من (١٥-٤٩ عام) الذين يعيشون في الريف والحضر في معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة ومنع الحمل ، تغطية رعاية الحمل والولادة وتلقي الرعاية الصحية ، انتشار ظاهرة ختان الإناث كمؤشرات للصحة الإنجابية. وأيضاً الفروق بين السيدات المتزوجات في الريف والحضر في الخصائص الديموغرافية كالعمر عند الزواج والعمر عند الحمل وعدد الأطفال داخل الأسرة ، والخصائص الاجتماعية والاقتصادية كالمستوى التعليمي والحالة الوظيفية والدخل الشهري للأسرة وعدد الأطفال.

**ب- الصحة الإنجابية Reproductive health:** تُعرّف الصحة الإنجابية بأنها حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي الكامل، بما في ذلك الحمل الآمن، والإدارة السليمة للعقم، والبقاء الصحي للرضع ونموهم، والحياة الجنسية المرضية والآمنة. وحق الزوجين في اتخاذ قرار بشأن الإنجاب. (Chitrakar G ,2003)

ويرتبط بالصحة الإنجابية مفهوم آخران هما الصحة الجنسية والحقوق الإنجابية، ويقصد بالصحة الجنسية: قدرة الناس التمتع بحياة جنسية مأمونة وتشمل أشكال السلوك اللازمة للتصدي الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، أما الحقوق الإنجابية: فهي تشمل الحق الأساسي لجميع الأزواج والافراد في تقرير عدد الأولاد الذين يرغبون بأنجابهم ومدة التباعد بينهم وكذلك توقيت إنجابهم وأن تكون لديهم الوسائل والمعلومات اللازمة لذلك .

ويشمل مفهوم الصحة الإنجابية في الدراسة الراهنة إلي نسبة انتشار واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، الأمومة الآمنة، والحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز فترة الحمل والولادة بأمان ، وختان الأنث.

**ج- وسائل تنظيم الأسرة:** يعنى قيام الزوجين وبالتراضي بينهما باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل أو تعجيله، بما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية

وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهما. (عبد الرازق، ٢٠٢٣)

كما عرف بأنه: الوسائل التي تساعد علي المباحدة بين فترات الحمل بحيث تكفل هذه الوسائل منع حدوث حمل لفترة محددة، وبمجرد التوقف عن استخدامها تعود الأم للإنجاب بشكل طبيعي . كما يعرف بأنه إنجاب أطفال بصورة منتظمة علي فترات متباعدة دون إجبار وعن قناعة من الزوجين ،مع مراعاة الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة. (عبد الحليم ، ٢٠٢٣)

ويعرف تنظيم الأسرة إجرائياً بأنه : من أهم مؤشرات الصحة الإنجابية ويشير إلي كل ما تستخدمه الزوجة من وسائل منع الحمل بهدف تنظيم فترات معينة للحمل والإنجاب وهي خدمة صحية تعود بفوائد جمة علي صحة الأم والطفل .

**د- تغطية الرعاية السابقة للولادة :** تعرف إجرائياً بإنها نسبة النساء اللاتي قمن بتلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل مرة واحدة على الأقل ، في مكان مخصص لذلك سواء حكومي أو خاص، من قبل موظفين صحيين ماهرين ، وتلقين الفحوصات الدورية لعلاج المشكلات الصحية أثناء الحمل.

**هـ- تغطية الرعاية ما بعد للولادة :** تعرف إجرائياً بإنها فترة الستة أسابيع التالية للحمل وولادة الطفل ، وتقوم السيدة بزيارة الطبيب للحصول علي الرعاية الصحية والفحوصات الطبية ومساعدتها في اختيار الوسيلة المناسبة لتنظيم الأسرة .

**و- ختان الإناث :** يعرف إجرائياً بأنه نوع من أنواع العنف الجسدي التي تتعرض له الفتاة . وهو عبارة عن بتر وتشويه بعض الأعضاء التناسلية الخارجية للبنات في سن صغيرة حوالي من ٥-١٠ سنوات اعتقاداً أن تلك الممارسة تحافظ على عفة الفتاة وشرفها.

### **سابعاً: الإجراءات المنهجية :**

**١- نوع الدراسة:** تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية لكونها أنسب أنواع الدراسات ملائمة لطبيعة موضوع الدراسة وهو رصد الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية في محافظة الوادي الجديد ، و تهدف إلى دراسة العلاقة بين متغيرين متغير مستقل وهو الفروق الريفية الحضرية ومتغير تابع وهو مؤشرات الصحة الإنجابية .

**٢- منهج وأدوات الدراسة:** تنتهج الدراسة الحالية منهج المسح الاجتماعي بالعينة . كما اعتمدت على الاستبيان بالمقابلة الشخصية لجمع البيانات من مجتمع الدراسة ، بعد اختبار صلاحية استمارة الاستبيان في تحقيق أهداف البحث ، وقد تم تصميم الاستبيان وتقسيمه لأربعة أقسام تناول القسم الأول خصائص مجتمع الدراسة مثل ( العمر - صلة القرابة - الحالة الزوجية - الحالة التعليمية - الحالة الوظيفية - الدخل الشهري - عدد الأطفال داخل الأسرة - العمر عند الزواج- العمر عند الحمل) ، بينما تناول القسم الثاني انتشار وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة كمؤشر للصحة الإنجابية موزعة علي (١٥ سؤال) ، أما القسم الثالث تناول تغطية الرعاية الصحية للحمل والولادة موزعة علي (١٧ سؤال) ، بينما تناول القسم الرابع انتشار ظاهرة ختان الإناث كمؤشر للصحة الإنجابية موزعة علي (١٠ أسئلة) . وتم عرض الاستبيان علي خمسة محكمين من الأساتذة المتخصصين في السكان والعلوم الإجتماعية من داخل وخارج الجامعة وذلك للحكم علي صلاحية الاستبيان من حيث الشكل والمحتوي ، وبناءً علي آراء المحكمين تم إدخال التعديلات اللازمة لتصبح الاستمارة صالحة لجمع البيانات البحثية .

**٣- مجالات الدراسة :** المجال المكاني : قامت الباحثة بإجراء الدراسة في مدينة الخارجة بمحافظة الوادي الجديد (حضر- ريف ) وهي إحدى المحافظات الحدودية ، وتمثل الحضرة في مدينة الخارجة ، أما الريف تمثل في المنيرة - قرية العبور - ناصر الثورة - جناح - بولاق - قرية المستقبل - صنعاء - فلسطين .

المجال البشري ( عينة الدراسة ) وذلك بالتطبيق علي السيدات في سن الإنجاب (١٥-٤٩ عام ) حسب محل الإقامة حيث بلغ عددهم الإجمالي في منطقة الدراسة ١٦٨٢٦ سيدة ، بلغ العدد في الحضرة ١٣١٥٧ ، وفي الريف ٣٣٠٩ . وذلك بالإستعانة ببيانات الجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء ، المجلس القومي للسكان ، مركز المعلومات بمحافظة الوادي الجديد . وتمثلت عينة الدراسة في عينة عشوائية بسيطة بلغ الإجمالي ٣٧٥ مفردة منها ٣٠٠ مفردة في الحضرة ، ٧٥ مفردة في الريف. وتم حساب حجم العينة باستخدام معادلة ستيفن تامبسون :

$$n = \frac{N \times p(1 - p)}{\left[ \left[ N - 1 \times (d^2 \div z^2) \right] + p(1 - p) \right]}$$

حيث إن: N: حجم المجتمع = ٣٧٥ مفردة

Z: الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة (٠,٩٥) وتساوي (١,٩٦)

d: نسبة الخطأ وتساوي (٠,٠٥)

P: نسبة توفر الخاصية والمحايدة وتساوي (٠,٥٠)

وقد تم الإستعانة بعدد من الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات منها التكرارات والنسب المئوية - اختبار كا تربيع - معامل ارتباط سبيرمان وذلك بإستخدام البرنامج الإحصائي spss 20 .

واستعانت الباحثة بالعديد من مصادر البيانات ومنها :- اصدارات ونشرات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، - المسح السكاني الصحي في مصر ٢٠١٤ ، المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ ، - مديرية الصحة والسكان بمحافظة الوادي الجديد ، بعض المصادر الوطنية والدولية .

#### ٤- خصائص العينة :

- عمر الزوجة الحالي :- يتوزع أفراد العينة حسب العمر الحالي للزوجة في الحضر كالتالي : بلغ إجمالي العينة ٣٠٠ مفردة كان أعلى عدد ٧٦ بنسبة ٢٥,٣% في الفئة العمرية (٣٠-٣٤) ، وتليها الفئة العمرية (٢٥-٢٩) وعددهم ٦٩ مفردة بنسبة ٢٣% ، ثم بلغت الفئة العمرية (٣٥-٣٩) وعددهم ٤٦ سيدة بنسبة ١٥,٣% . أما في الريف بلغ الإجمالي ٧٥ مفردة وتوزع أفراد العينة كالاتي: عدد ٢١ مفردة بنسبة ٢٨% في الفئة العمرية (٢٠-٢٤) ، وعدد ١٥ بنسبة ٢٠% في الفئة العمرية (٣٠-٣٤) ، ويليهما عدد ١٢ مفردة بنسبة ١٦% في العمر (٣٥-٣٩) .

- صلة القرابة بين الزوجين :- توزع أفراد العينة بين عدد ٢١٣ بنسبة ٧١% لا توجد بينهم صلة قرابة ، ٨٧ بنسبة ٢٩% توجد صلة قرابة بين الزوجين في الحضر، أما في الريف بلغ عدد من لا توجد بينهم صلة قرابة ٤٩ بنسبة ٦٥,٣% ، وعدد ٢٦ بنسبة



٣٤,٧% توجد بينهم صلة قرابة .

**- الحالة الزوجية:-** توزع أفراد العينة في الحضر بعدد ٢٧٥ مفردة بنسبة ٩١,٧% متزوجة ، ١٦ بنسبة ٥,٣% مطلقة ، وعدد ٩ بنسبة ٣% أرملة ، أما في الريف بلغ عدد المتزوجات ٦٩ بنسبة ٩٢% ، وعدد ٤ مطلقات بنسبة ٥,٣% ، ٢ أرامل بنسبة ٢,٧% .

**- الحالة التعليمية للزوجة :-** بلغ أعلى توزيع لعينة الدراسة في الحضر بين التعليم الثانوي وعددهم ١٢٥ بنسبة ٤١,٧% والتعليم الجامعي بنسبة ٦٤,٣% وعددهم ١٣٩ مفردة ، وبالمثل في الريف تراوحت أعلى معدلات المستوي التعليمي بين التعليم الثانوي وعددهم ٤٧ بنسبة ٦٢,٧% والتعليم الجامعي وعددهم ١٥ بنسبة ٢٠% . وبشكل عام المستوي التعليمي للسيدات في الحضر يرتفع عن الريف ، ويتفق ذلك مع ماجاء في المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ حيث بلغت نسبة من أتمن التعليم الثانوي في الحضر ٦٧% مقابل ٥٣% ممن أتمن التعليم الثانوي في الريف . وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة التعليمية للزوجة ومحل الإقامة عند مستوي دلالة ٠,٠٥ ودرجة حرية ٥ .

**- مهنة الزوجة:-** أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائياً بين محل الإقامة ومهنة الزوجة عند مستوي دلالة ٠,٠٥ وتوزع أفراد العينة في الحضر لمن يعملون عمل حكومي بنسبة ٣٧,٧% وعددهم ١١٣ ونسبة ٣% وعددهم ٩ يعملون عمل خاص أما نسبة من لا يعملون فجاءت أعلى نسبة ٥٩,٣% وعددهم ١٧٨ مفردة ، أما في الريف عدد من لا يعملون ٦٣ بنسبة ٨٤% ، ونسبة ١٣,٣% وعددهم ١٠ ممن يعملون بالقطاع الحكومي وعدد ٢ فقط بنسبة ٢,٧% يعملون بالقطاع الخاص . ويتفق ذلك مع دراسة ( ال نادر ٢٠٢٢ ) حيث أن عمل المرأة له أثر إيجابي علي استعمالها وسائل منع الحمل .

**- الدخل الشهري للأسرة :-** وجد أن معظم أفراد العينة في الحضر من فئة الدخل (١٠٠٠-٣٠٠٠) وبلغ عددهم ٩٢ بنسبة ٣٠,٧% وتليها فئة الدخل من ( ٥٠٠١-٧٠٠٠ ) وعددهم ٨٥ بنسبة ٢٨,٣% ثم فئة الدخل (٧٠٠١ فأكثر) بلغت نسبتهم ٢١,٧% ، أما في الريف بلغ أعلى معدل للدخل الشهري للأسرة ( ٣٠٠١-٥٠٠٠ ) جنيهاً بنسبة ٣٤,٧% وتليها (١٠٠٠-٣٠٠٠) جنيهاً بنسبة ٢٢% ووهذا يعني انخفاض متوسط دخل

الأسرة في الريف عن الحضر، وأشارت النتائج إلي وجود علاقة دالة إحصائياً بين الدخل وحل الإقامة وبلغت نسبة كا ٢١,٠٣١ عند درجة حرية ٣ . ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه دراسة ( نجوي ،٢٠٠٧ ) في أن زيادة الدخل ترتبط بتحسن الحالة الصحية وبالتالي تحسين نتائج الصحة الإنجابية.

**-العمر عند الزواج :-** بلغ عدد ١٤١ مفردة في الحضر بنسبة ٤٧% تزوجن في الفئة العمرية (٢٠-٢٤) بينما جاءت نسبة ٤٠% وعددهم ١٢٠ لمن تزوجن في الفئة العمرية (٢٥-٢٩) ، أما في الريف جاءت النسب متشابهة فبلغ عدد من تزوجن في الفئة العمرية (٢٠-٢٤) ٤١ بنسبة ٥٤,٧% ، ومن تزوجن في الفئة العمرية (٢٥-٢٩) نسبة ٢٥,٣% وهذا يوضح أن نسبة من تزوجن بسن صغير (٢٠-٢٤) في الريف أعلى من الحضر .

**- عدد الأطفال داخل الأسرة :-** أوضح توزيع أفراد العينة في الحضر ان أعلى عدد للأطفال داخل الأسرة هو ( ٣ أطفال) وبلغ عددهم ١٠١ بنسبة ٣٣,٧% ، يليها ( طفلان ) وبلغ عددهم ٩٦ بنسبة ٣٢% ، أما في الريف بلغت أعلى نسبة ٣٠,٧% لعدد ٣ أطفال) والنسبة التي تليها ٢٩,٣% لعدد ( ٤ أطفال فأكثر) وهذا علي العكس من الحضر. ويتفق ذلك مع دراسة ( البياتي ، ٢٠١٨ ) حيث ارتفاع معدل الإنجاب وعدد الأطفال داخل الأسرة لدي النساء الريفيات.

**- العمر عند الحمل:-** تبين من توزيع مفردات الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر عند الحمل ومحل الإقامة عند مستوي ٠,٠٥ ، وفي الحضر كانت نسبة ٥٤% في الفئة العمرية (٢٥-٢٩ عام) وعددهم ١٦٢ هو عمر الزوجة عند الحمل ، أما في الريف العمر عند الحمل جاءت أعلى نسبة له ٥٣,٣% وعددهم ٤٠ سيدة في الفئة العمرية (٢٠-٢٤) .

-ويتضح من العرض السابق لخصائص العينة : أن نتائج التحليل الإحصائي أشارت إلي أن متوسط عمر الزوجة في الحضر (٣٠-٣٤ عام ) بينما بلغ متوسط عمر الزوجة في الريف (٢٥-٢٩ عام )، كما تبين ارتفاع سن الزواج في الحضر (٣٠-٣٤) عنه في الريف (٢٠-٢٤) عاماً ، واتضح وجود صلة قرابة بين الزوجين في الريف أكثر من الحضر، انخفاض نسبة الطلاق في الريف وهذا يعكس مدي تمسك المجتمع الريفي

بالعادات والتقاليد والقيم المتعلقة بالزواج المبكر للفتاة والطلاق ، كما تبين ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة في الحضر عن الريف . وجاءت نسبة من لا يعملون في الريف أعلى من الحضر ، وكذلك ارتفاع عدد الأطفال داخل الأسرة في الريف وانخفاض متوسط الدخل عنة في الحضر. وهذه الخصائص تعكس طبيعة المجتمع الريفي عن المجتمع الحضري ومدى الاختلاف في العديد من العوامل الاجتماعية والثقافية والديموجرافية والاقتصادية.

### ثامناً : عرض وتحليل النتائج ومناقشتها في ضوء أهداف الدراسة :

أولاً- الفروق الريفية الحضرية في استخدام وسائل تنظيم الأسرة كمؤشر للصحة الإنجابية :

الجدول رقم ( ١ ) يوضح العلاقة بين محل الإقامة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة

#### كمؤشر للصحة الإنجابية

م	محل الإقامة / المؤشر	(استخدام وسائل تنظيم الأسرة) المتغير	حضر% (٣٠٠) مفردة	ريف% (٧٥) مفردة	قيمة $\chi^2$	df	مستوي الدلالة
١	هل يستخدم وسائل تنظيم الأسرة	نعم	٢٣٢	٦٠	٠,٧٧٤	٢	غير دالة إحصائياً
		لا	٦٨	١٥			
		الإجمالي	٣٠٠	٧٥			
٢	إية الوسيلة التي تستخدمها	حبوب	٦٠	١٥	٠,٧٩٥	٤	غير دالة إحصائياً
		لولب	١٤٣	٣٤			
		حقن	١٨	٧			
		وسائل طبيعية	١١	٤			
٣	مشكلات الحصول على الوسيلة	صعوبة الحصول على الوسيلة	٩	٣	٠,٩٥٣	٤	غير دالة إحصائياً
		عدم توافر الوسيلة المناسبة	١٩	٤			
		ارتفاع تكلفة الوسيلة	٣٤	١٠			
		لا توجد مشكلات	١٧٠	٤٣			
		الإجمالي	٢٣٢	٦٠			
٤	في حالة لا ليه مش بتستخدمها	الزوج لا يرغب	٢٢	٥	٠,٧٩١	٩	غير دالة إحصائياً
		رفض أهل الزوج	٥	١			
		رفض أهل الزوجة	٢	٠			
		لانجاب الذكور	٨	٤			
		بتضايق الزوج أو الزوجة	٢	١			
		سفر الزوج	٧	١			
		الرغبة في الانجاب	١٤	٣			
		لأعرف المصدر	١	٠			
		انفصال الزوجين	٧	٠			
		الإجمالي	٦٨	١٥			
٥	ما مصدر الحصول على	وحدة صحية بالحضر	٩٦	٥	٠,٧٩١	٩	غير دالة إحصائياً
		وحدة صحية بالريف	٠	٣١			
		تأمين صحي	١٥	١			
		مستشفى / طبيب	٧٥	١٩			

دالة إحصائياً عند ٠,٠٥	٧	٠,٠٠٠	٣,٤%	٢	١٦,٨%	٣٩	خاص مراكز رعاية الأمومة والطفولة	الوسيلة	٦
			٠%	٠	٠%	٠	الوحدات المتنقلة		
			٣,٤%	٢	٣%	٧	صيدلية		
			١٠٠%	٦٠	١٠٠%	٢٣٢	الإجمالي		
غير دالة إحصائياً	٣	٠,٤٧٩	٦٣,٣%	٣٨	٦٨,١%	١٥٨	المساعدة/ التأجيل	ما سبب الاستخدام	٧
			٣٦,٧%	٢٢	٣١,٩%	٧٤	التحديد/ إيقاف الإنجاب		
			١٠٠%	٦٠	١٠٠%	٢٣٢	الإجمالي		
غير دالة إحصائياً	٢	٠,٢٥٤	٦٤,٨%	٤٦	٦٢,٣%	١٦٥	نعم	هل سبق وأن توقفتي عن الاستخدام	٨
			٣٥,٢%	٢٥	٣٧,٧%	١٠٠	لا		
			١٠٠%	٧١	١٠٠%	٢٦٥	الإجمالي		
دالة إحصائياً عند ٠,٠٥	٧	٠,٠٠٦	٥٢,٢%	٢٤	٦٩,٧%	١١٥	الرغبة في الحمل	في حالة نعم لما السبب	٩
			٤,٢%	٢	٥,٤%	٩	فشل الوسيلة		
			١٩,٥%	٩	٩,٧%	١٦	لها أعراض جانبية		
			٠%	٠	١,٨%	٣	غير مناسبة		
			١٠,٧%	٥	٥,٤%	٩	إستخدام وسيلة أكثر فاعلية		
			٦,٥%	٣	٧,٤%	١٢	انفصال الزوجين		
			٨,٧%	٤	٠,٦%	١	سفر/ وفاة الزوج		
١٠٠%	٤٦	١٠٠%	١٦٥	الإجمالي					
دالة إحصائياً عند ٠,٠٥	٢	٠,٠١٥	٢٢,٧%	١٧	١٠,٧%	٣٢	نعم	هل حدثت حالة حمل غير مخطط لها أو غير مرغوب فيها	١٠
			٧٧,٣%	٥٨	٨٩,٣%	٢٦٨	لا		
			١٠٠%	٧٥	١٠٠%	٣٠٠	الإجمالي		
دالة إحصائياً عند ٠,٠٥	٤	٠,٠٠١	٧٦,٥%	١٣	٧١,٨%	٢٣	فشل الوسيلة	في حالة نعم ما السبب	١١
			٢٣,٥%	٤	٦,٢٥%	٢	نسيان الحبوب		
			٠%	٠	٦,٢٥%	٢	صدفة		
			٠%	٠	٠	٠	إستخدام وسيلة طبيعية		
			٠%	٠	١٥,٧%	٥	عدم وجود وسيلة		
			١٠٠%	١٧	١٠٠%	٣٢	الإجمالي		
دالة إحصائياً عند ٠,٠٥	٥	٠,٠١١	٢,٧%	٢	١%	٣	١ طفل	في رأيك ما العدد الأمثل للأطفال	١٢
			٣٧,٣%	٢٨	٤٧,٣%	١٤٢	٢ طفلان		
			٤١,٣%	٣١	٤١%	١٢٣	٣ أطفال		
			١٨,٧%	١٤	١٠,٧%	٣٢	٤ أطفال فأكثر		
			١٠٠%	٧٥	١٠٠%	٣٠٠	الإجمالي		
دالة إحصائياً عند ٠,٠٥	٥	٠,٠٠٠	٤%	٣	١٣,٧%	٤١	الرعاية الصحية الجيدة	ما السبب لذلك	١٣
			١,٣%	١	٧,٧%	٢٣	الحفاظ على صحة الأم		
			١٤,٧%	١١	٨,٧%	٢٦	التعليم الجيد		
			٠%	٠	١,٣%	٤	انجاب الذكور		
			٩,٣%	٧	٤,٧%	١٤	عزوة وسند		
			١٤,٧%	١١	٣٣,٣%	١٠٠	التنشئة السليمة وتنظيم الأسرة		
			٥٣,٣%	٤٠	٢٩%	٨٧	ارتفاع الأسعار وغلاء المعيشة		
			٢,٧%	٢	١,٧%	٥	توافر الأماكنيات وحب الأطفال		
			١٠٠%	٧٥	١٠٠%	٣٠٠	الإجمالي		

- من خلال إستقراء بيانات الجدول السابق تبين ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الحضر بنسبة ٧٧,٣% وعدددهم ٢٣٢ من إجمالي عينة الدراسة ، وفي الريف نسبة ٨٠% وعدددهم ٦٠ من إجمالي عينة الدراسة ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرين الدراسة. ويتفق ذلك مع دراسة كل من (Cleland,2006) ، ودراسة ( كامل، سلوي ٢٠١٨ ) حيث أوضحت ارتفاع مستويات استخدام وسائل تنظيم الأسرة مع تقدم عمر الأم وارتفاع المستوي التعليمي لها . وهذا يؤكد أيضاً ما أشار إليه ديفيز في نظريته عن اللجوء لتنظيم الأسرة لإحداث التوازن بين عدد السكان ومتطلبات البناء الاجتماعي ، لكن يختلف ذلك قليلاً مع نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ حيث تختلف معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين المناطق الجغرافية المختلفة ، فبلغ معدل الاستخدام في الحضر ٦٨% مقابل ٦٥% في الريف في عام ٢٠٢١ . لكن في الدراسة الراهنة ارتفع معدل الاستخدام في الريف عن الحضر وقد يرجع ذلك لعدم وجود اختلافات كبيرة في طبيعة الريف والحضر في المحافظات الحدودية كالوادي الجديد. ويشير تقرير توظين أهداف التنمية المستدامة أن محافظة الوادي الجديد سجلت في مؤشر نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة ٦٥,٧% ولكنها بعيدة عن المستهدف الوطني ٢٠٣٠ بنسبة ١١%

-وتبين من نتائج الدراسة أن نسبة المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة أقتربت من ١٠٠% سواء في الريف أو الحضر حيث أن جميع النساء أصبحن لديهن معرفة تامة بجميع وسائل تنظيم الأسرة وذلك عن طريق التلفزيون والراديو بالنسبة للحضر وبلغت نسبتهم ٣٢,٧% وعن طريق الأهل والأقارب في الريف بنسبة ٤٤% وتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين محل الإقامة وطريقة السماع بوسائل تنظيم الأسرة عند درجة معنوية ٠,٠٥ .

- كما أتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين محل الإقامة والوسيلة المستخدمة لتنظيم الأسرة وحسب نتائج المسح الصحي يظل اللولب هو الوسيلة الأكثر استخداماً وتليها الحبوب وهذا ما أكدته نتائج الدراسة فبالنسبة للحضر تبين أن عدد ١٤٣ بنسبة ٦١,٧% يستخدمون اللولب ، وعدد ٦٠ بنسبة ٢٥,٨% يستخدمون الحبوب ، بينما في الريف عدد ٤٣ ونسبتهم ٥٦,٧% اللولب ، وعد ١٥ بنسبة ٢٥% يستخدمون الحبوب

وهذا يشير إلى التشابه في الوسيلة المستخدمة بين الريف والحضر. ويختلف ذلك مع دراسة (Pliskin, E., 2022) حيث تعتمد النساء الريفيات على تعقيم الإناث كوسيلة لتنظيم الأسرة، في حين تعتمد النساء في المناطق الحضرية بشكل أكبر على الواقي الذكري والسحب.

- أسفرت نتائج الجدول السابق عن عدم وجود مشكلات في الحصول علي الوسيلة وبلغت النسبة في الحضر ٧٣,٣% بينما بلغت النسبة في الريف ٧١,٧% من إجمالي عينة الدراسة ، بينما أشارت نسبة ١٤,٧% في الحضر و١٦,٧% في الريف إلي أن ارتفاع تكلفة الوسيلة قد يكون سبباً في صعوبة الحصول علي الوسيلة .ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين محل الإقامة ومشكلات الحصول علي الوسيلة. وتبين إن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة يرجع في معظم الحالات إلى الزوجين حيث وصلت النسبة إلى ٦٥,٧% في الحضر ، ونسبة ٤٩,٣% في الريف استخدموا الوسيلة بعد الطفل الأول.

- أما عن أسباب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة أوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، ويرجع سبب عدم الاستخدام في الحضر لعدم رغبة الزوج بنسبة ٣٢,٣% والرغبة في الإنجاب بنسبة ٢٠,٥% ، أما في الريف يرجع السبب إلي أيضاً لعدم رغبة الزوج بنسبة ٣٣,٣% ويليه الرغبة في إنجاب الذكور بنسبة ٢٦,٦% وهذا يتفق مع عادات وتقاليد الريف فيما يخص تفضيل إنجاب الذكور. كما تبين أن نسبة ٨١,٣% من السيدات بالحضر ، ٩٢% من السيدات بالريف يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية . واتفق ذلك مع دراسة (Chitrakar G , 2003) في أهمية دعم الرضاعة الطبيعية لضمان رحلة حمل وولادة آمنة صحية .

- يعتبر القطاع الحكومي هو المصدر الرئيسي للحصول على وسائل تنظيم الأسرة، فحسب نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ فنحو ٦١% من المستخدمين حصلن على وسيلة تنظيم الأسرة من القطاع الحكومي عام ٢٠٢١ مقابل حوالي ٥٧% في عام ٢٠١٤، ويتفق ذلك مع نتائج الدراسة الراهنة حيث تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوي ٠,٠٥ بين مصدر الحصول علي الوسيلة ومحل الإقامة فجاءت

النسبة في الحضر بالنسبة للقطاع الحكومي من وحدات صحية بالحضر بنسبة ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ٥٨,٢% بينما تم الحصول عليها من مستشفى أو طبيب خاص بنسبة ٣٢,٣%، أما بالنسبة للريف من وحدة صحية بالريف بنسبة ٥١,٦% أما مستشفى أو طبيب خاص بنسبة ٣١,٧%. ولا توجد مساهمة لجمعيات تنظيم الأسرة والوحدات المتنقلة مما يستلزم ضرورة دعم الجمعيات الأهلية والتأكيد علي دورها التوعوي في تقديم خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية .

- أتضح من نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين محل الإقامة والسبب في استخدام وسائل تنظيم الأسرة وجاء سبب المباحة/التأجيل بنسبة ٦٨,١% في الحضر ، وبنسبة ٦٣,٣% في الريف .ويتفق ذلك مع دراسة ( Haque, M , etal. 2015) المباحة بين الولادات أكثر وضوحاً في الحضر مقارنة بالريف وهذا ما أشار إليه نموذج المعتقدات الصحية حيث مدي إدراك السيدات لأهمية السلوك الصحي الخاص بالمباحة بين الولادات كمؤشر لتنظيم الأسرة. كما تعتبر الحاجة غير الملباه لتنظيم الأسرة في مصر أعلى باستمرار عن المتوسط في الدول الأخرى والتي على نفس مستوى الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة (El-Saharty, et al, 2022) .

- كما أشارت نتائج الدراسة إلي أن هناك نسبة ٦٢,٣% في الحضر ، ٦٤,٨% في الريف سبق وأن توقف عن استخدام الوسيلة ، ويعتبر الرغبة في الحمل والإنجاب السبب الرئيسي في التوقف عن استخدام الوسيلة ف جاء بنسبة ٦٩,٧% ، يليه وجود أعراض جانبية للوسيلة بنسبة ٩,٧% في الحضر، أما في الريف جاءت الرغبة في الحمل بنسبة ٥٢,٢% يليها وجود أعراض جانبية بنسبة ١٩,٥% ، ويتضح هنا وجود علاقة دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ .

- بالنسبة لحدوث حالة حمل غير مخطط لها أو غير مرغوب فيها أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة ٨٩,٣% في الحضر ، ونسبة ٧٧,٣% في الريف لم يحدث ذلك . وتوجد هنا علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ وأن النسبة البسيطة التي حدث لها ذلك سواء في الريف أو الحضر كان بسبب فشل الوسيلة . ويتفق ذلك مع نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ .

- أما فيما يخص العدد الأمثل للأطفال أسفرت نتائج الدراسة عن أن نسبة ٤٧,٣% في الحضر أوضحوا أن العدد الأمثل هو طفلان، بينما في الريف جاءت النسبة الأعلى لعدد ٣ أطفال وبلغت ٤١,٣% . وتتفق النسبة في الحضر مع متوسط العدد الأمثل للأطفال حسب ما جاء في نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١. كما يؤكد ما أشارت إليه نظرية السلوك المخطط حيث أن المرأة التي تمارس سلوك مخطط لتنظيم الأسرة تكون أكثر ممارسة للصحة الإيجابية . ويتفق مع دراسة (حسين ،أبو الحسن ٢٠١٩) حيث أشارت إلي أن عدد الأطفال من العوامل المباشرة التي تؤثر علي خصوبة المرأة في الريف والحضر. وتوجد هنا علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوي ٠,٠٥ بين محل الإقامة والعدد الأمثل للأطفال .

- وأختلفت الأسباب حول العدد الأمثل للأطفال بين الريف والحضر وتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوي معنوية ٠,٠٥ ، حيث أشارت عينة الدراسة إلي السبب في الحضر يرجع إلي التنشئة السليمة للأطفال وتنظيم الأسرة بنسبة ٣٣,٣% يليه ارتفاع الأسعار وغلاء المعيشة بنسبة ٢٩% ثم الرعاية الصحية الجيدة للأم بنسبة ١٣,٧%، وهذا يؤكد علي ما أشار إليه فريدمان في نظريته عن الخصوبة حيث أشار إلي مدي ارتباط الخصوبة بالرغبة والطلب علي الأطفال وتبني وسائل تنظيم الأسرة ، وأيضاً هذا ما تناوله نموذج المعتقدات الصحية حيث أن مدي إدراك المرأة لأهمية اتباع السلوك الصحي الخاص بالإيجاب وممارسته والتنبؤ به يسهم في تحسين نتائج الصحة الإيجابية . بينما جاءت أعلى نسبة في الريف لسبب ارتفاع الأسعار وغلاء المعيشة بنسبة ٥٣,٣% تليها التعليم الجيد والتنشئة السليمة وتنظيم الأسرة بنسبة ١٤,٧% لكل منهما ، ثم لأن الأطفال عزوة وسند بنسبة ٩,٣% .



## ثانياً- الفروق الريفية الحضرية في الرعاية الصحية للحمل والولادة كمؤشر للصحة الأنجابية :

يوضح الجدول رقم (٢) العلاقة بين محل الإقامة والرعاية الصحية للحمل والولادة كمؤشر

### للصحة الإنجابية

م	محل الإقامة المؤشر	رعاية الحمل والولادة المتغير	حضر% (٣٠٠)		ريف% (٧٥)		قيمة كاس x <sup>2</sup>	df	مستوي الدلالة
١	هل تلقيتي رعاية صحية أثناء الحمل	نعم	٢٨٨	%٩٨,٣	٦٨	%٩٣,٢	٠,٠٥٤	٢	دالة إحصائياً
		لا	٥	%١,٧	٥	%٦,٨			
		الإجمالي	٢٩٣	%١٠٠	٧٣	%١٠٠			
٢	مكان تلقي الرعاية الصحية	وحدات صحية بالحضر	٧٩	%٢٧,٤	٢	%٢,٩	٠,٠٠٠	٦	دالة إحصائياً
		وحدات صحية بالريف	١	%٠,٤	٢٥	%٣٦,٧			
		مستشفى حكومي	٤٣	%١٤,٩	٩	%١٣,٣			
		مستشفى خاص	٢٧	%٩,٥	١	%١,٥			
		طبيب/عيادة خاص	١١٤	%٣٩,٤	٣٠	%٤٤,١			
		مراكز رعاية الأمومة والطفولة	٢٤	%٨,٤	١	%١,٥			
٣	علي يد من تلقيتي الرعاية أثناء الحمل	الإجمالي	٢٨٨	%١٠٠	٦٨	%١٠٠	٠,٢٤٦	٣	غيردالة إحصائياً
		طبيب	٢٧٩	%٩٦,٩	٦٧	%٩٨,٥			
		ممرضة	٨	%٢,٧	١	%١,٥			
		داية	١	%٠,٤	٠	%٠			
٤	في حالة لا ما أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية	الإجمالي	٢٨٨	%٩٦	٦٨	%١٠٠	٠,٠٣	٦	دالة إحصائياً
		عدم توافر الخدمة الصحية	٢	%٢٨,٥	١	%١٤,٣			
		عدم توافر الأطباء	١	%١٤,٣	٠	%٠			
		البعد عن مكان الخدمة	١	%١٤,٣	٠	%٠			
		عدم الوعي بأهمية الأمور الصحية	٠	%٠	٤	%٥٧,٢			
		عدم وجود مقدم خدمة سيئة	١	%١٤,٤	٠	%٠			
		أخري تذكر	٢	%٢٨,٥	٢	%٢٨,٥			
٥	كم عدد مرات زيارة الطبيب	الإجمالي	٢٩٢	%١٠٠	٧	%١٠٠	٠,٠٤٦	٣	دالة إحصائياً
		١	٠	%٠	٠	%٠			
		٢	١٨	%٦,١	٧	%١٠,٣			
		٣	٦٧	%٢٢,٩	٨	%١١,٧			
		٤ فأكثر	٢٠٧	%٧١	٥٣	%٧٨			
		سنة	٤٧	%١٦,٧	١٢	%١٧,٣			
٦	ما فترة المباعدة بين الولادات	سنتين	١٢٠	%٤٢,٧	٤١	%٥٩,٥	٠,٠٣٤	٤	دالة إحصائياً
		٣ سنوات	٨٢	%٢٩,٢	١٥	%٢١,٧			
		٣ سنوات فأكثر	٣٢	%١١,٤	١	%١,٥			
		الإجمالي	٢٨١	%١٠٠	٦٩	%١٠٠			
		طبيعية	١٤٠	%٤٨	٣٣	%٤٥,٨			
٧	نوع الولادة	قيصرية	١٥٢	%٥٢	٣٩	%٥٤,٢	٠,٠٣٣	٣	دالة إحصائياً
		الإجمالي	٢٩٢	%١٠٠	٧٢	%١٠٠			

دالة إحصائياً	٣	٠,٠٠٠	٨٦,١%	٦٢	٥٤,٨%	١٦٠	حكومي	مكان الولادة	٨
			١١,١%	٨	٤٣,٥%	١٢٧	خاص		
			٢,٨%	٢	١,٧%	٥	المنزل		
			١٠٠%	٧٢	١٠٠%	٢٩٢	الإجمالي		
غير دالة إحصائياً	٣	٠,٥٧٦	٩٤,٤%	٦٨	٩٦,٩%	٢٨٣	طبيب	بمساعدة مین تمت الولادة	٩
			٢,٨%	٢	١,٧%	٥	ممرضة		
			٢,٨%	٢	١,٤%	٤	داية		
			١٠٠%	٧٢	١٠٠%	٢٩٢	الإجمالي		
دالة إحصائياً	٢	٠,٠٠١	٦٨%	٤٩	٨٦%	٢٥١	نعم	هل حصلتي علي رعاية وفحص ما بعد الولادة	١٠
			٣٢%	٢٣	١٤%	٤١	لا		
			١٠٠%	٧٢	١٠٠%	٢٩٢	الإجمالي		
غير دالة إحصائياً	٢	٠,٨٤٧	٩٨,٦%	٧١	٩٧%	٢٨٥	نعم	هل حصل الطفل علي رعاية وفحص ما بعد الولادة	١١
			١,٤%	١	٣%	٧	لا		
			١٠٠%	٧٢	١٠٠%	٢٩٢	الإجمالي		
دالة إحصائياً	٩	٠,٠٢٤	٢٠%	١٥	١٨,٧%	٥٦	عدم توافر الخدمة الصحية	ما مشكلات الحصول علي الرعاية الصحية	١٢
			٦,٧%	٥	٢١,٧%	٦٥	عدم توافر الأطباء		
			١,٣%	١	١,٧%	٥	عدم توافر الأدوية		
			٢٠%	١٥	١٠%	٣٠	بعد المسافة		
			٤%	٣	١,٧%	٥	عدم وجود تمريض		
			٤%	٣	٢%	٦	عدم وجود مقدم خدمة سيدة		
			٢,٧%	٢	١,٣%	٤	عدم وجود مقدم خدمة		
			١٠,٧%	٨	٥,٧%	١٧	تكلفة الخدمة		
			٢,٧%	٢	١,٧%	٥	عدم توافر وسيلة النقل		
			٢٨%	٢١	٣٥,٧%	١٠٧	لا توجد		
١٠٠%	٧٥	١٠٠%	٣٠٠	الإجمالي					

- من خلال إستقراء بيانات الجدول السابق تبين ارتفاع نسبة تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل في الحضر بنسبة ٩٨,٣% وعدددهم ٢٨٨ من إجمالي عينة الدراسة ، وفي الريف بنسبة ٩٣,٦% وعدددهم ٦٨ من إجمالي عينة الدراسة ، وتبين وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠٥ ويتفق ذلك مع دراسة (Smith, J.& Johnson, A. 2010) حيث أشار إلي أن المناطق الحضرية تتمتع عمومًا بتغطية أعلى لرعاية الحمل والولادة مقارنة بالمناطق الريفية. وتساهم عوامل مثل القرب من مرافق الرعاية الصحية، وتوافر مقدمي الرعاية الصحية المهرة في هذه الاختلافات. وفسرت ذلك نظرية السلوك المخطط فالمرأة التي تحرص علي تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل تكون أكثر ممارسة للصحة الإنجابية. ويتفق ذلك مع ارتفاع المستوى التعليمي لعينة الدراسة حيث توجد علاقة طردية بين ارتفاع المستوى التعليمي والحصول علي الرعاية الصحية.

- وأشارت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥

بين محل الإقامة ومكان تلقي رعاية الحمل حيث جاءت نسبة ٣٩,٤% من النساء في الحضر تلقين الرعاية عند طبيب/عيادة خاص وتليها وحدات صحية بالحضر بنسبة ٢٧,٤% ، أما في الريف فجاءت أيضاً أعلى نسبة لمن تلقين رعاية الحمل في عيادة خاص بنسبة ٤٤,١% وتليها وحدات صحية بالريف بنسبة ٣٦,٧% . أما بالنسبة لنتائج علي يد من تلقيتي الرعاية أثناء الحمل فجاءت نسبة ٩٦,٩% ، ٩٨,٥% من النساء (الحضر- الريف علي الترتيب ) ممن تلقين الرعاية الصحية علي يد طبيب ، وتشير النتائج هنا لعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية . ويتفق ذلك مع دراسة (Kumari,2023) حيث تبين أن النساء يلجأن لطلب خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص، وأكدوا علي ضرورة تحسين جودة المرافق الحكومية لتعظيم الاستفادة من خدمات الصحة الانجابية . ويختلف مع دراسة دراسة (Bella , 1996) التي كشفت عن وجود نسبة مرتفعة من المشكلات في مجال الصحة الإنجابية ، واعتمد النساء علي ممارسي القرية غير المؤهلين ، وعدد قليل جدا من النساء الريفيات يذهبن لتلقي العلاج في العيادة الخاصة أو عيادات تنظيم الأسرة وذلك بسبب الفقر - بعد المسافة - العوائق الاجتماعية الأخرى، بينما اتفق ذلك مع نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية حيث بلغت نسبة من تلقين الرعاية الصحية خلا فترة الحمل علي يد طبيب ٩٧% ، بينما حصل أكثر من ٨٨% علي رعاية الحمل من القطاع الخاص ( مستشفى أو طبيب خاص ) . سجل مؤشر نسبة الولادة التي يشرف عليها أخصائيون مدربون ٩٨% في تقرير توطين أهداف التنمية المستدامة لمحافظة الوادي الجديد .

- وتشير نتائج الدراسة إلي وجود علاقة دالة معنوياً عند ٠,٠٥ و أن النسبة القليلة من عينة الدراسة التي لم تتلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل أرجعت السبب في ذلك بالنسبة للحضر بنسبة ٢٨,٥% إلي عدم توافر الخدمة الصحية ونسبة ١٤,٣% لعدم توافر الأطباء ، أما بالنسبة للريف فكان عدم الوعي بأهمية متابعة الأمور الصحية من الأسباب الرئيسية بنسبة ٥٧,٢% ويليه عدم توافر الخدمة الصحية بنسبة ١٤,٣% . وهذا ما أكدته دراسة (علي حسن ، انتصار ، ٢٠١٦) انخفاض مستوي الوعي بالصحة الإنجابية ، ووجود بعض المشكلات المتعلقة بتغطية رعاية الحمل والولادة منها عدم كفاية الأطباء

المتخصصين بكل وحدة صحية.

- كما أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة من قمن بزيارة الطبيب أو العيادة أثناء الحمل ( ٤ مرات فأكثر ) بلغت في الحضر ٧١% ، وارتفعت النسبة في الريف إلى ٧٨% . ويؤكد ذلك ما أشار إليه ( عبد الرزاق ، ٢٠٢٣ ) في الارتباط بين عدد مرات التردد على زيارة الطبيب ومراكز الأمومة والطفولة وبين المعارف والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية عند النساء الريفيات . ويتفق ذلك أيضاً مع نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ حيث حصلت ٩٠% من السيدات علي رعاية حمل منتظمة (أربع زيارات أو أكثر) من مقدم خدمة صحية .بينما يختلف ذلك مع نتائج المسح في أن النساء في المحافظات الحدودية هن الأقل حصولاً علي رعاية الحمل المنتظمة . وتوجد علاقة إحصائية ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠٥ .

- وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة إحصائياً بين محل الإقامة وفترة المباشرة بين الولادات حيث بلغت أعلى نسبة في الحضر والريف علي الترتيب ٤٢,٧% ، ٥٩,٥% وكانت لفترة مباحدة سنتين .

- اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ في ارتفاع نسبة الولادات القيصرية بشكل كبير في مصر ٢٠٢١ حيث أن ٧ من كل ١٠ سيدات تمت الولادة قيصرية ، وأكدت نتائج الدراسة الراهنة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ ، وبلغت نسبة من تمت الولادة قيصرية ٥٢,٢% للحضر ، ٥٤,٢% للريف .

- وتبين من نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين محل الإقامة ومكان الولادة فتراوحت أعلى نسبة لمكان الولادة في الحضر بين القطاع الحكومي بنسبة ٥٤,٨% والقطاع الخاص بنسبة ٤٣,٥% ، أما في الريف جاءت أعلى نسبة ٨٦,١% في الريف للقطاع الحكومي .

- أكدت نتائج الدراسة علي عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين محل الإقامة وبمساعدة مين تمت الولادة فكانت النسبة الأعلى بالنسبة للحضر والريف علي الترتيب ٩٦,٩% ، ٩٤,٤% تمت الولادة بمساعدة طبيب . ويتفق ذلك مع نتائج المسح حيث ساعد الطبيب في ولادة ٩٦% من الولادات خلال الخمس سنوات السابقة للمسح .

- اتضح من نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإقامة في الريف والحضر وحصول الأم علي رعاية وفحص مابعد الولادة وتبين أن ٨٦% من الأمهات في الحضر حصلن علي الرعاية ، أما في الريف فجاءت النسبة أقل وبلغت ٦٨%، ويشير ذلك إلي مدي الوعي بأهمية الرعاية الصحية المقدمة للأم بعد الولادة في تجنب حدوث أي مضاعفات لدي النساء الحضرريات مقارنة بالنساء الريفيات . حيث تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل وفترة الولادة وما بعد الولادة مؤشر هام لصحة الأم والطفل ومؤشر للصحة الإيجابية . ويتفق ذلك مع دراسة (Pliskin, E., Welte, K., & Manlove, J. 2022) حيث تعاني النساء الريفيات من نتائج صحية أسوأ ويحصلن على رعاية صحية أقل من النساء في المناطق الحضرية. ويشمل ذلك محدودية الوصول إلى خدمات الصحة الإيجابية، وانخفاض معدلات بدء الرعاية قبل الولادة، وارتفاع معدلات دخول المستشفيات بسبب المضاعفات أثناء الولادة .

- كما أشارت نتائج الدراسة إلي عدم وجود فروق دلالة إحصائية بين الريف والحضر في حصول الطفل علي رعاية وفحص ما بعد الولادة ، إذ يتضح ارتفاع النسبة في الحضر والريف حيث بلغت ٩٧% ، ٩٨,٦% علي الترتيب . وهذا يوضح مدي إهتمام السيدات بفحص ورعاية أطفالهن بعد الولادة .

- تعددت مشكلات الحصول علي الرعاية الصحية وتباينت بين الريف والحضر فأشارت أكثر من نصف العينة بالحضر أن المشكلات جاءت بين عدم توافر الأطباء بنسبة ٢١,٧% ، نسبة ١٨,٣% بسبب عدم توافر الخدمة الصحية ، ونسبة ١٠% لبعدها المسافة ، ٥,٧% تكلفة الخدمة ، عدم توافر الأدوية وعدم توافر وسيلة النقل بنسبة ١,٧% لكل منهما. وهذا يؤكد ما أوضحت مؤشرات الصحة الإيجابية في مصر عن عدم المساواة في الصحة الإيجابية أن المحافظات الحدودية تعاني من عدم إمكانية الوصول إلى الخدمات مع ارتفاع نسبة الإبلاغ عن مرافق الرعاية الصحية البعيدة إلى جانب صعوبة النقل وعدم توافر الأدوية. بينما أكد ٣٥,٧% من عينة الدراسة بأنه لا توجد مشكلات. أما بالنسبة للريف جاء السبب بنسبة ١٥% لكل من عدم توافر الخدمة الصحية وبعدها المسافة ، وبسبب تكلفة الخدمة بنسبة ١٠,٧% ، بينما أشارت نسبة ٢٨% من السيدات بعد وجود

مشكلات. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠٥ بين محل الإقامة ومشكلات الحصول علي الرعاية الصحية. ويتفق ذلك مع دراسة ( Bella, 1996) عن وجود نسبة مرتفعة من المشكلات تشير إلي الإصابة بأمراض في مجال الصحة الإنجابية عدم وجود أطباء مؤهلين ، وعدد قليل جدا من النساء الريفيات يذهبن لتلقي العلاج في العيادة الخاصة أو عيادات تنظيم الأسرة وذلك بسبب الفقر - بعد المسافة ، وانفتحت أيضاً مع دراسة ( علي حسن ، انتصار ، ٢٠١٦ ) في وجود بعض المشكلات المتعلقة بتغطية رعاية الحمل والولادة منها عدم كفاية الأطباء المتخصصين من السيدات بكل وحدة صحية ، عدم توافر الأدوية المطلوبة لحالات الطوارئ ، قلة عدد الممرضات في الوحدات الصحية .

**ثالثاً- الفروق الريفية الحضرية في انتشار ظاهرة ختان الإناث كمؤشر للصحة الإنجابية :**

**يوضح الجدول رقم (٣) العلاقة بين محل الإقامة وانتشار ظاهرة ختان الإناث كمؤشر للصحة الإنجابية**

م	محل الإقامة المؤشر	( ختان الإناث المتغير	حضر % (٣٠٠) مفردة		ريف % (٧٥) مفردة		قيمة كا <sup>٢</sup>	df	مستوي الدلالة
			٢٠٥	%٦٨,٣	٦٣	%٨٤			
١	هل تعرضتي للختان	نعم	٢٠٥	%٦٨,٣	٦٣	%٨٤	٠,٠٠٧	١	دالة إحصائياً
		لا	٩٥	%٣١,٧	١٢	%١٦			
		الإجمالي	٣٠٠	%١٠٠	٧٥	%١٠٠			
٢	كم كان عمرك	٧-٥	٦١	%٢٩,٧	٢١	%٣٣,٣	٠,٠٤٩	٣	دالة إحصائياً
		١٠-٨	١٢٦	%٦١,٥	٣٨	%٦٠,٣			
		١٣-١١	١٨	%٨,٨	٤	%٦,٤			
		١٣ فأكثر	٠	%٠	٠	%٠			
٣	مين أجري لكي عملية الختان	الإجمالي	٢٠٥	%١٠٠	٦٣	%١٠٠	٠,٠٠٠	٣	دالة إحصائياً
		طبيب	٨٢	%٤٠	٣٧	%٥٨,٧			
		ممرضة	٥٩	%٢٨,٨	١١	%١٧,٥			
		داية	٦٤	%٣١,٢	١٥	%٢٣,٨			
٤	هل أجريتي عملية الختان لأحد أبنائك	نعم	٣٢	%١٠,٧	٢٩	%٣٨,٧	٠,٠٠٠	١	دالة إحصائياً
		لا	٢٦٨	%٨٩,٣	٤٦	%٦١,٣			
		الإجمالي	٣٠٠	%١٠٠	٧٥	%١٠٠			

دالة إحصائياً	٣	٠,٠٠٠	٥٥,٢%	١٦	٥٦,٢٥%	١٨	٧-٥	كم كان عمرها	٥
			٤٤,٨%	١٣	٣٧,٥%	١٢	١٠-٨		
			٠%	٠	٦,٢٥%	٢	١٣-١١		
			٠%	٠	٠%	٠	١٣ فأكثر		
			١٠٠%	٢٩	١٠٠%	٣٢	الإجمالي		
دالة إحصائياً	٤	٠,٠٠٠	٨٦,٢%	٢٥	٥٩,٤%	١٩	طبيب	مين أجري لها عملية الختان	٦
			٦,٩%	٢	٣٧,٥%	١٢	ممرضة		
			٦,٩%	٢	٣,١%	١	داية		
			١٠٠%	٢٩	١٠٠%	٣٢	الإجمالي		
دالة إحصائياً	٢	٠,٠٠٠	٨,٧%	٤	٧,٨%	٢١	نعم	هل تنوي لاجراء عملية الختان لأحد أبنائك	٧
			٩١,٣%	٤٢	٩٢,٢%	٢٤٧	لا		
			١٠٠%	٤٦	١٠٠%	٢٦٨	الإجمالي		
غيردالة إحصائياً	٤	٠,٥٦٩	٠%	٠	٤,٨%	١	رغبة الزوج	نعم لماذا	٨
			٧٥%	٣	٣٣,٣%	٧	العادات والتقاليد		
			٢٥%	١	٢٣,٨%	٥	ضرورة دينية		
			٠%	٠	٣٨,١%	٨	لحماية عفة البنت		
			٠%	٠	٠%	٠	أخري تذكر		
			١٠٠%	٤	١٠٠%	٢١	الإجمالي		
دالة إحصائياً	٥	٠,٠٠٠	٣٨,١%	١٦	٥٥,١%	١٣٦	عدم الاقتناع	لا لماذا	٩
			٩,٥%	٤	٤,٨%	١٢	اعتراض الزوج		
			٥٠%	٢١	٢٥%	٦٢	خوفاً من تعرض الفتاة لمشكلات صحية		
			٠%	٠	١١,٨%	٢٩	قد تؤدي لوفاة البنت		
			٢,٤%	١	٣,٣%	٨	أخري تذكر		
			١٠٠%	٤٢	١٠٠%	٢٤٧	الإجمالي		
			دالة إحصائياً	٥	٠,٠٠٠	٤٩,٣%	٣٧		
٨%	٦	١٠%				٣٠	المباعدة بين الولادات		
٩,٣%	٧	٣٤,٧%				١٠٤	التثقيف والوعي الصحي		
٦,٧%	٥	١٤,٧%				٤٤	استخدام وسائل تنظيم الأسرة		
٢١,٣%	١٦	٩,٣%				٢٨	عدم زواج الفتاة في سن مبكر		
٥,٣%	٤	٠%				٠	أخري تذكر (جميع ماسبق)		
١٠٠%	٧٥	١٠٠%				٣٠٠	الإجمالي		

- يتضح من إستقراء بيانات الجدول السابق أن نتائج الدراسة كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين محل الإقامة والتعرض للختان فتيبين أن نسبة ٦٨,٣% من السيدات في عمر (١٥-٤٩) عام تعرضن للختان بالحضر ، بينما نسبة ٨٤% ممن تعرضن للختان في الريف . ويتفق ذلك مع دراسة كلاً ( كامل، سلوي ٢٠١٨ ) ودراسة ( Bogale, D. et al, 2014 ) و دراسة ( Hosny. F , etal, 2023 ) حيث ارتفاع ظاهرة ختان الإناث في الريف مقارنة بالحضر .

- كشفت نتائج الدراسة عن ارتفاع معدلات الختان في الفئة العمرية (٨-١٠) سنوات في الحضر بنسبة ٦١,٥% ، أما في الريف فبلغت النسبة ٦٠,٣% للفئة العمرية (٨-١٠) سنوات، ٣٣,٣% في الفئة العمرية (٥-٧) سنوات. ويتفق ذلك مع نتائج المسح حيث أن حوالي نصف السيدات المتزوجات اللاتي تم ختانهن في الفئة العمرية من (٧-١٠) سنوات قبل بلوغهن ١٥ عاماً.

- أشارت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠٥ بين محل الإقامة ومن أجري عملية الختان للسيدة ، وتبين أن عملية الختان تمت علي يد طبيب بنسبة ٤٠% في الحضر ، ٥٨,٧% في الريف .

- أما بالنسبة لإجراء عملية الختان للبنات تبين وجود علاقة إحصائية دالة عند مستوى ٠,٠٥ بين محل الإقامة وإجراء الختان لأحد الأبناء ، والعمر عند الختان ، ومن أجري عملية الختان . وكشفت نتائج الدراسة عن أن نسبة ٨٦,٣% في الحضر ، ٦١,٣% في الريف لم يقمن بإجراء عملية الختان لأحد الأبناء . في حين أن من أجروا عملية الختان نسبتهم في الحضر والريف علي التوالي ١٠,٧% ، ٣٨,٧% . أما عن عمر الفتاة عند إجراء عملية الختان جاءت نسبة ٥٦,٢% في الحضر ، ونسبة ٥٥,٢% في الريف تم ختانهن في الفئة العمرية من (٥-٧) سنوات ، ويتفق ذلك مع نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية لعام ٢٠٢١ ، ومازال الطبيب يمارس إجراء عملية الختان لغالبية الحالات في الحضر جاءت النسبة ٥٦,٤% ، أما في الريف بنسبة ٨٦,٢% . وهذه النسبة أعلى من تلك التي عكسها المسح السكاني الصحي عام ٢٠٢١ (٨٣%) والمسح الصحي عام ٢٠١٤ (٨٢% ) ، وجاء في تقرير توطيّن أهداف التنمية المستدامة أن نسبة الإناث في



العمر من ٠-١٩ سنة التي تم ختانهن أو متوقع ختانهن سجلت المحافظة نسبة ٧١% في عام ٢٠١٥ وهي أعلى من المستوى الوطني الذي سجل ٥٦,٣% بينما تستهدف المحافظة في ٢٠٣٠ نسبة ٤٧,٦% .

- أتضح من نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ ، أن نسبة من لديهن النية لإجراء عملية الختان لأحد الأبناء نسبة قليلة جداً بلغت في الحضر ٧,٨% ، أما في الريف ٨,٧% . ويتفق ذلك مع نتائج المسح حيث انخفضت نسبة الأمهات اللاتي لديهن النية للقيام بختان بناتهن في المستقبل من ٣٥% إلى ١٣% على التوالي. ويتفق ذلك أيضاً ما أكدته نموذج المعتقدات الصحية حيث مدي إدراك الأفراد لأهمية إتباع السلوك الصحي وممارسته والتنبؤ به ، ويشير إلي مدي إدراك عينة الدراسة بأن عدم ممارسة ختان الإناث للأبناء يؤثر إيجابياً علي الصحة الإنجابية .

- كما كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الريف والحضر في أسباب النية لإجراء الختان فجاء السبب الرئيسي في الحضر بنسبة ٣٨,١% لحماية عفة البنت ، بينما كان السبب في الريف العادات والتقاليد بنسبة ٧٥%. أما بالنسبة للسبب في عدم النية لإجراء عملية الختان لأحد الأبناء تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عن مستوى ٠,٠٥ .

وأشارت أكثر من نصف العينة في الحضر أن السبب الرئيسي هو عدم الإقتناع بنسبة ٥٥,١% ، يليه خوفاً من تعرض الفتاة لمشكلات صحية ، بينما أشارت عينة الريف أن السبب الرئيسي بنسبة ٥٠% خوفاً من تعرض الفتاة لمشكلات صحية .

- تبين من نتائج الدراسة بسؤال العينة عن الأمور التي تساهم في تحسين الصحة الإنجابية تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الريف والحضر في ذلك . حيث أشارت عينة الحضر أن من الأمور التي تساهم في ذلك التثقيف والوعي الصحي بنسبة ٣٤,٧% ، أما في الريف كان الاهتمام بتعليم الفتاة ٤٦,٣% ، يليه عدم زواج الفتاة في سن مبكر بنسبة ٢١,٣% من أهم الأمور التي تساهم في تحسين نتائج الصحة الإنجابية.

**-استخلاص النتائج النهائية :**

انطلاقاً من الهدف الرئيسي للدراسة وهو التعرف الفروق الريفية الحضرية في الصحة الإنجابية في محافظة الوادي الجديد كشفت الدراسة الراهنة عن النتائج التالية :-  
- تبين من نتائج الدراسة الميدانية ارتباط المستوي التعليمي ارتباطاً وثيقاً بمؤشرات الصحة الانجابية حيث أشارت النتائج إلي أن ارتفاع المستوي التعليمي يرتبط بزيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وتلقي رعاية الحمل والولادة .

- كشفت الدراسة الميدانية عن ارتفاع مؤشر الصحة الإنجابية فيما يتعلق بنسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة حيث بلغت ١٠٠% تقريباً في الريف والحضر ، كما تبين عدم وجود فروق في الوسيلة المستخدمة فاللولب هو الوسيلة الأكثر إستخداماً لتنظيم الأسرة في الريف والحضر. أما عن مصدر الحصول علي الوسيلة فكانت الوحدة الصحية بالريف والحضر والطبيب الخاص هما المصدر الرئيسي للحصول علي الوسيلة .

- كما تبين من نتائج الدراسة الميدانية وجود فروق بين الريف والحضر في استخدام الوسيلة للمباعدة / التأجيل فسجل الحضر النسبة الأعلى عن الريف .وبالنسبة لحدوث حالة حمل غير مخطط لها كانت النسبة الأعلى في الريف وهذا يوضح عدم اهتمام المرأة الريفية بمتابعة الأمور الخاصة بالصحة الإنجابية مقارنة بالمرأة الحضرية . ويؤكد علي إنه لا تزال الاحتياجات غير الملباة للنساء في الريف تشكل عبئ نفسي عليهم فهم يحتاجون إلى دعم نفسي وإحداث تغييرات ثقافية إيجابية في إطار نظام للرعاية الاجتماعية والصحية.

- بالنسبة للعدد الأمثل للأطفال والسبب في ذلك كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ريفية حضرية في العدد الأمثل فكان في الحضر طفلان للتنشئة والتربية السليمة وتنظيم الأسرة ، أما في الريف ٣ أطفال وجاء السبب لارتفاع الأسعار وغلاء المعيشة ، وهذا يؤكد وعي المرأة الحضرية بموضوع الصحة الإنجابية وأهمية تنظيم الأسرة مقارنة بالمرأة الريفية .

- تم العثور علي فروق بين الريف والحضر فيما يتعلق بمؤشر تغطية رعاية الحمل والولادة ، حيث أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن تلقي الرعاية الصحية للنساء

الحضرية أعلى من الريفية ولكن بنسبة بسيطة . وتبين وجود مشكلات تتمثل في نقص وقصور في الخدمات الصحية وعدم توافر الأطباء في الحضر ، بينما كانت المشكلة الأكبر في الريف إلي جانب هذه المشكلات بعد المسافة بين محل الإقامة ومرافق الرعاية الصحية . وبالنسبة لتلقي الأم فحص ورعاية ما بعد الولادة لها وللطفل أسفرت نتائج الدراسة عن أن النساء الريفية هن الأقل حصولاً علي رعاية حمل وولادة منتظمة مقارنة بالنساء الحضرية.

- كما تبين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الريف والحضر في عدد مرات زيارة الطبيب وفترة المباشرة بين الولادات. وارتفاع معدل الولادات القيصرية في المؤسسات الحكومية بالنسبة للريف والحضر. تميل النساء بالمناطق الحضرية عن المناطق الريفية إلى تلقي الرعاية الصحية بشكل أكبر علي يد الكوادر المتخصصة المدربين في الرعاية الصحية، مما يساهم في تحسين تغطية رعاية الحمل والولادة في هذه المناطق.

- أوضحت نتائج الدراسة الميدانية بالنسبة لانتشار ظاهرة ختان الإناث التي تعد من أكثر عوامل الخطر التي تهدد الصحة الإنجابية . وجود فروق ريفية حضرية فلا تزال المناطق الريفية في مدينة الخارجة بمحافظة الوادي الجديد هي الأكثر تمسك بممارسة ختان الإناث ، مما يعكس الممارسات الثقافية والأعراف الاجتماعية. واتضح أيضاً بالنسبة للريف والحضر أن تعرض الفتاة للختان جاء في الفئة العمرية من (٥-٧) سنوات علي يد طبيب ، أما بالنسبة للنساء لإجراء عملية الختان كشفت نتائج الدراسة عن عدم توافر النية لإجراء ذلك مستقبلاً لأحد الأبناء. وتباين السبب ففي الريف كان خوفاً من تعرض الفتاة لمشكلات صحية ، أما في الحضر لعدم الإقتناع بهذه الممارسات الضارة . مما يعكس درجة الوعي لخطورة القيام بعملية الختان للبنات مستقبلاً سواء في الريف أو الحضر .

- أسفرت نتائج الدراسة الميدانية عن وجود فروق بين الريف والحضر في الأمور التي تساهم في تحسين الصحة الإنجابية فأوضحت النساء بالريف أن تعليم الفتاة وعدم زواجها في سن مبكر يساهم في ذلك ، بينما أكدت النساء بالحضر علي التثقيف والوعي الصحي كأمر هامه تساهم في تحسين الصحة الإنجابية .

**تاسعاً: التوصيات :**

- في إطار النتائج التي توصلت إليها الدراسة فإن الباحثة تقترح جملة من التوصيات التي من الممكن أن تساهم في تحسين نتائج الصحة الإنجابية بالمحافظة وهي كالآتي:
- تبني وإدماج عنصر الصحة الإنجابية في خدمات الصحة بشكل عام.
  - تعزيز برامج وحملات التثقيف الصحي والتركيز على الصحة الإنجابية، وخاصة بين النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩) عام في المناطق الريفية.
  - توفير وسائل تنظيم الأسرة ، وتيسير الحصول عليها في المنشآت الصحية والعيادات المتنقلة. وخاصة اللولب لأنه يعتبر من أكثر الوسائل انتشاراً وتفضيلاً بين السيدات .
  - توفير فرق طبية وعيادات متنقلة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية في المراكز الصحية.
  - أن تكون خدمات الرعاية الصحية المقدمة شاملة ومتاحة بشكل عادل يمكن من الوصول إليها . وخاصة للمناطق المحرومة من الخدمات الصحية .
  - تحسين الخدمات الصحية المقدمة للسكان داخل المحافظة من خلال العمل على إنشاء مستشفيات حكومية داخل كل ناحية تفنقر إليها ، وتوسيع خدمات الرعاية الصحية الأولية وخاصة فيما يتعلق بصحة الأم في المناطق الريفية .
  - يجب على الكوادر الطبية المختصة بعدم التشجيع والسماح للأمهات لأجراء العمليات القيصرية إلا للضرورة القصوى والحالات الحرجة وليس لمجرد رغبة شخصية من قبل الأمهات.
  - التأكيد علي دور الرائدات الريفيات ورجال الدين في التوعية المباشرة بموضوع الصحة الإنجابية .
  - إنشاء نظام للتنسيق فيما بين وزارة الصحة والسكان ومنظمات المجتمع المدني للتعامل بشكل فعال فيما يتعلق بالإطار الشمولي للصحة الإنجابية وكيفية استثمار تلك المنظمات في تقديم الخدمات الصحية.

**- المراجع المستخدمة :**

- ١- آل نادر ، سارة مسلم هادي (٢٠٢٢) : التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة كربلاء المقدسة ، قسم الجغرافية التطبيقية ، كلية التربية للعلوم الإنسانية ، جامعة كربلاء ، العراق.
- ٢- الاستراتيجية القومية للصحة الانجابية ٢٠١٥-٢٠٢٠، المجلس القومي للسكان، مصر، ٢٠١٥ .
- ٣- البياتي، فراس فاضل ، نادية صباح محمود (٢٠١٨): السلوك الإنجابي للمرأة الريفية والحضرية دراسة اجتماعية ، العراق ، آداب الرافدين ، العدد ٧٥ .
- ٤- الحموي، أسامة، (٢٠٠٨) : الصحة الإنجابية في الفقه الإسلامي، دراسة مقارنة ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد ٢٤، العدد الثاني، ص ٤٩٧
- ٥- جلبي ،علي عبد الرازق (١٩٩٣) : علم اجتماع السكان ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .
- ٦- حسين ،أبو الحسن حسين (٢٠١٩): نوعية الحياة وعلاقتها بخصوبة المرأة المصرية في ضوء بعض العوامل النفسية دراسة ميدانية على شرائح اجتماعية متباينة ، مجلة العلوم البيئية ، معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس ، المجلد الخامس والأربعون، الجزء الثاني.
- ٧- خاطر، السيد محمد السيد ، أيمن أحمد أمين عبد اللاه ، إسلام قطب مصطفى درة ، ( ٢٠٢٢ ) : المحددات الاجتماعية والاقتصادية للرعاية الصحية للأم في مصر ، المجلة العلمية للبحوث التجارية ، العدد الأول
- ٨- خشاب ، سعاد ، ٢٠١٠ : علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدي المتزوجين ، رسالة ماجستير ، قسم العلوم الاجتماعية ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة الحاج الأخضر ، باتنا ، ص ٤٢ .
- ٩- سعد الدين ، سيد (٢٠٢٠) : الصحة الإنجابية في محافظة أسيوط من منظور جغرافي ، المؤتمر الدولي العاشر للتنمية والبيئة في الوطن العربي ٨-١٠ نوفمبر ، مجلة البحوث والدراسات البيئية جامعة أسيوط .

- ١٠- شعبة السكان بالأمم المتحدة: تم الإطلاع في ١٧ مايو ٢٠٢٣.
- ١١- عبد الرسول، عبد المعبود محمد (٢٠٢٢): إليات الإحتواء الاجتماعي لتعزيز خدمات الصحة الإنجابية للفئات المستهدفة ، سلسلة أوراق ديموجرافية ، محور التدخل الصحي ( الصحة الإنجابية ) السنة الثانية ، العدد ١٩ ، الجزء ٢ .
- ١٢- علي حسن ، انتصار ، ٢٠١٦ : دراسة اجتماعية لقياس وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية لبعض قرى محافظة الوادي الجديد ، مجلة العلوم الاقتصادية والزراعية ، جامعة المنصورة ، المجلد ٧ ، العدد ١٢ .
- ١٣- منظمة الصحة العالمية، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ١٩٩٤، ص ١٠
- ١٤- الجاسم، زينب يعقوب مجيد، (٢٠١٨) : الصحة الإنجابية في العراق وسبل تنميتها من خلال المناهج الدراسية، جامعة عين شمس ، كلية الآداب ، حوليات آداب عين شمس، مج ٤٦ ، ص ١٥-١٠ .
- ١٥- السعدي ، عباس فاضل (٢٠١٧) : وفيات الأمهات وتوزيعاتها المكانية في العراق، جامعة الدول العربية ، مجلة صحة الاسرة العربية والسكان ، المجلد العاشر ، العدد ٢٣ ، يناير ٢٠١٧ م
- ١٦- عبد الجواد ، مصطفى خلف (٢٠٠٩) : دراسات في علم اجتماع السكان ، القاهرة ، دار المسيرة .
- ١٧- عبد الحليم ، غادة محمد أحمد (٢٠٢٣) : العوامل الاقتصادية والاجتماعية وعلاقتها بتنظيم الأسرة في المجتمع الريفي، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ، العدد ٣٨ .
- ١٨- عبد الرازق ، علي حسين وآخرون (٢٠٢٣) : دراسة سوسولوجية لبعض العوامل المحددة للصحة الإنجابية للمرأة الريفية فى بعض قرى مركز أدكو محافظة البحيرة - جمهورية مصر العربية ، مجلة التقدم في البحوث الزراعية ، المجلد ٢٨،
- ١٩- عياد ، مها السيد وآخرون (٢٠٠٩) : السلوك الانجابي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة للنساء صغيرات السن ، مجلة السكان : بحوث ودراسات، ع ٧٨ ، الجهاز المركزي المصري للتعبئة العامة والإحصاء ، مركز الأبحاث والدراسات السكانية ، ص ٨٩ - ١١٠ .

- ٢٠- عيد ، حسام سليمان ، ٢٠١١ : محددات استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين النساء الفلسطينيات، مجلة جامعة الشارقة للعلوم النسائية والاجتماعية، المجلد ٨ ، عدد ٢ ، كلية التربية، جامعة القدس المفتوحة، قطاع غزة، فلسطين. ص ٢٩٠ .
- ٢١- كامل، سلوى إبراهيم وآخرون ، ( ٢٠١٨ ) : مؤشرات الصحة الإنجابية خلال الفترة ٢٠١٤ - ٢٠٠٥ . السكان : بحوث ودراسات، ع ٩٥ ، ٢١ - ٣٤ . الجهاز المركزي المصري للتعبئة العامة والإحصاء - مركز الأبحاث والدراسات السكانية.
- ٢٢- كريمة خليل وآخرون ، ( ٢٠٠٠ ) : دمج إطار الصحة الإنجابية فى خدمات الرعاية الأساسية . تجربة دراسة تدخل الصحة الإنجابية ، سلسلة سياسات الصحة الانجابية رقم ٦ ، مجموعة بحوث الصحة الإنجابية، المكتب الإقليمي لمجلس السكان بغرب آسيا وشمال أفريقيا، ، مجلس السكان .
- ٢٣-وزارة التخطيط : صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل : اللجنة الوطنية للسياسات السكانية فى العراق.

24-A, Ebenezer Oluwole (2021): Sexual and Reproductive Health and Rights An Overview, In book: Contemporary Obstetrics and Gynecology for Developing Countries (pp.3-6).

25- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), Action-control: From cognition to behavior (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.

26- Akwara, E., et.al (2023); The Urban Environment and Disparities in Sexual and Reproductive Health Outcomes in the Global South: a Scoping Review, The New York Academy of Medicine.

27- Aoyam, A . (2001): Reproductive Health in the Middle East and North Africa Well-Being for All The World Bank Washington.

28- Bella C., Patel; Khan, M.E.,1996: Reproductive Health Problems of Women in Rural Uttar Pradesh: Observations from a Community Survey. Social Change. Sept-Dec 1996. 26(3-4).p.245-270.

29- Bogale, D ., Markos. D, and Kaso. M . (2014); Prevalence of female genital mutilation and its effect on women's health in Bale zone, Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Public Health ; Published online 2014 Oct16. doi: 10.1186/1471-2458-14-1076

- 30- Center for Communication Programs, Population Information Program.1996. "Meeting Unmet Need: New Strategies." Population Reports, series J, no. 43.Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimor
- 31- Chitrakar G, (2003): Reproductive health and safe motherhood strategies, Vol. 5,Iss: 1.
- 32- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. The Lancet, 368(9549), 1810-1827.
- 33- El-Zanaty, F. H., H. A. A. Sayed, H. H. M. Zaky, and A. A. Way. 1993. "Egypt Demographic and Health Survey 1992." National Population Council, Cairo, and Macro International, Inc., Calverton, Md.
- 34-Family planning. <https://egypt.unfpa.org/en/node/22543.13/1/2024>.
- 35- Fielding, K.S. R., McDonald, , W.R and Louis. (2008). Theory of planned behavior, identity and intentions to engage in environmental activism. Journal of Environmental Psychology 28, 318–326.
- 36-Freedman,R.(1975): "The Sociology of Human Fertility",Halsted Press Divison,New York.
- 37- Haque, M ,etal. (2015): A Comparative Study on Knowledge about Reproductive Health among Urban and Rural Women of Bangladesh, Family Reproductive Health, journal of family and reproductive health , 9 (1 ), 35-40
- 38- Hosny. F , etal, (2023): Prevalence of Female Genital Mutilation at Beni-Suef Governorate, Egypt ,Egyptian Journal of HealthCare, EJHC , Vol14.No.1.
- 39- Smith, J., & Johnson, A. (2010). Urban-rural differences in coverage of pregnancy and childbirth care: A systematic review. Journal of Reproductive Health,25(2), 123-145.
- 40- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. " (2002) : "Health Behavior and Health Education ,theory research and practice .
- 41- Rosenstock IM (1966), "Why people use health services", Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (3): 94–127.
- "Female genital mutilation". World Health Organization..



<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation.5/2/2024>.

42-Brown, L., & Davis, M. (2012). Exploring the impact of urban-rural differences on contraceptive prevalence: A cross-sectional study. *International Journal of Population Studies*, 40(3), 256-278.

43-Kumari,m,2023 ;Reproductive Health Status and Utilization of Health Services of Women Street Vendors in Varanasi City, Uttar Pradesh . *International Journal for Multidisciplinary Research*. E-ISSN: 2582-2160.Website: [www.ijfmr.com](http://www.ijfmr.com) Volume 5, Issue 2, March-April 2023.

44-Lee .H., et al., (2020) : Determinants of rural-urban differences in health care provider visits among women of reproductive age in the United States, DOI: 10.1371/journal.pone.0240700.

45-Moronkola OA, Ojediran MM, Amosu A. (2006). Reproductive health knowledge, beliefs and determinants of contraceptives use among women attending family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *Afr Health Science*, 6(3), 155-9. doi: 10.5555/afhs.2006.6.3.155 .

46-Pliskin, E., Welti, K., & Manlove, J. (2022). Rural and urban women have differing sexual and reproductive health experiences. Bethesda, MD: Child Trends. <https://doi.org/10.56417/6910b2254v>

47-Rashad H, Khadr Z, Shawky S, 2019; Reproductive Health Inequalities in Egypt: Evidence for guiding policies.The Social Research Center/The American University in Cairo.

48-Reproductive Health Guidance Document, 2010: Standards, Programs & Community Development Branch Ministry of Health Promotion, Ontario.

49-Reproductive Health Indicators Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring, World Health Organization,2006

50-Saravana bavan, V., Reshma, C.U. & Preethi, S. (2019). Determinants of reproductive health in working women in Thrissur district, Kerala. *Geo Journal* 86, 239–253 <https://doi.org/10.1007/s10708-019-10051>.

51-Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M., & Madise, N. (2006). Contextual influences on modern contraceptive use in sub-Saharan Africa. *American Journal of Public Health*,

96(7), 1234-1240. the United Nations Population Fund / Arab States Regional Office.

52-United Nations Population Fund (UNFPA), 2005.

[www.population.un.org/dataportal/home](http://www.population.un.org/dataportal/home) <https://population.un.org/dataportal/home>.