

مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية ببعض قضايا الصحة
الإيجابية في محافظة سلفيت

إعداد

غادة عبد الرحيم مصطفى دار صالح

إشراف

د. حسين أحمد

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الجغرافيا بكلية الدراسات العليا
في جامعة النجاح الوطنية نابلس - فلسطين.

مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية ببعض قضايا الصحة
الإيجابية في محافظة سلفيت

إعداد

غادة عبد الرحيم مصطفى دار صالح

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2012/5/14م وأجيزت.

أعضاء لجنة المناقشة

- د. حسين أحمد مشرفاً ورئيساً

- د. حسين الريماوي ممتحناً خارجياً

- د. أحمد رأفت غضية ممتحناً داخلياً

التوقيع

.....

.....

.....

الإهداء

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار
إلى من علمني العطاء بدون انتظار
إلى من دفعني إلى العلم ومن أحمل اسمه بكل افتخار
(والدي العزيز)

إلى ملاكي في الحياة
إلى من كان دعاؤها سر نجاحي
إلى روضة الحب التي تنبت أزكى الأزهار
إلى الغالية التي لا نرى الأمل إلا من عيونها
(أمي العزيزة)

إلى الروح التي سكنت روحي
إلى من به أكبر وعليه أعتمد
إلى من بوجوده أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها
إلى من عرفت معه معنى الحياة
(زوجي الغالي)

إلى أزهار النرجس التي تفيض حبا وطفولة ونقاء وعطرا
(أخواتي الحبيبات نداء وآلاء)

إلى من كانوا ملاذي وملجأني
إلى من تذوقت معهم أجمل اللحظات
(إخوتي الأحباء أحمد ومحمد وجهاد)

إلى فراشاتي الجميلات

(نور ونتال)

إلى كل من ساعدني في انجاز هذا العمل شكري الجزيل وامتناني

شكر وتقدير

(وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون)

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم، وأبدأ شكري لله العظيم الذي ساعدني على انجاز هذا العمل المتواضع وبعد، أتقدم بالشكر الجزيل والعرفان إلى الدكتور حسين أحمد الذي تفضل بالإشراف على هذا البحث فجزاه الله كل خير.

وقبل أن نمضي نقدم أسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة، إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة، إلى جميع أساتذتي الأفاضل. وأخيرا أشكر كل من أعانني على إخراج هذه الرسالة بهذه الصورة وكل من ساهم بمساعدتي بأي شكل كان، ومهما كان بسيطاً، وادعوا الله لهم جميعاً بالخير.

إقرار

أنا الموقع/ة أدناه، مقدم/ة الرسالة التي تحمل العنوان: "مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية ببعض قضايا الصحة الإيجابية في محافظة سلفيت".

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's Name:

اسم الطالب:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	صفحة الإجازة
ت	الإهداء
ث	الشكر و التقدير
ج	الإقرار
ح	فهرس المحتويات
ر	فهرس الجداول
س	فهرس الأشكال
ص	الملخص
1	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها
2	1.1 المقدمة
3	2.1 مشكلة الدراسة
4	3.1 أهمية الدراسة
4	4.1 أهداف الدراسة
5	5.1 أسئلة الدراسة
5	6.1 فرضيات الدراسة
6	7.1 حدود الدراسة
7	8.1 الدراسات السابقة
25	الفصل الثاني: الخلفية النظرية
27	1.2 الصحة الإنجابية
27	1.1.2 خلفية تاريخية
27	2.1.2 مفهوم الصحة الإنجابية
28	3.1.2 مبادئ ونظريات في الصحة الإنجابية
29	4.1.2 العناصر المكونة للصحة الإنجابية
30	2.2 المراقبة والتغيرات الفسيولوجية
30	1.2.2 مفهومها وأهميتها
31	2.2.2 أبرز التغيرات الثمانية المرتبطة بمرحلة المراهقة

34	3.2 تنظيم الأسرة
34	1.3.2 مفهوم تنظيم الأسرة
35	2.3.2 الهدف من تنظيم الأسرة
35	3.3.2 وسائل تنظيم الأسرة
37	4.2 الزواج المبكر
38	1.4.2 مفهوم الزواج المبكر
38	2.4.2 مخاطر الزواج المبكر
39	5.2 الأمراض المنقولة جنسيا
40	1.5.2 الايدز (متلازمة نقص المناعة): التسمية
40	2.5.2 تعريف المرض
40	3.5.2 أعراض المرض
41	4.5.2 دور الدين والأخلاقيات في الوقاية من الايدز
43	الفصل الثالث: الخصائص الديموغرافية لمنطقة الدراسة
44	1.3 نبذة عن المحافظة
46	2.3 السكان والنمو السكاني
48	3.3 التجمعات السكانية والتوزيع الجغرافي للسكان
50	4.3 التركيب العمري والنوعي
35	5.3 الحالة الزواجية
55	6.3 الخصوبة
57	7.3 الوفيات
57	8.3 خصائص الأسرة
58	9.3 الخصائص التعليمية
59	10.3 حالة اللجوء
60	الفصل الرابع: الطريقة والإجراءات
61	1.4 مجتمع الدراسة
63	2.4 منهج الدراسة
63	3.4 عينة الدراسة
69	4.4 أداة الدراسة

70	5.4 إجراءات الدراسة
71	6.4 متغيرات الدراسة
72	7.4 المعالجات الإحصائية
73	الفصل الخامس: مدى معرفة الطالبات بقضايا الصحة الإنجابية وموضوعاتها
75	1.5 المعرفة بموضوع الصحة الإنجابية
75	1.1.5 مفهوم الصحة الإنجابية
77	2.1.5 معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية
82	3.1.5 الموضوعات التي ترغب الفتيات بزيادة معرفتهن بها من قضايا الصحة الإنجابية
86	2.5 مرحلة المراقبة والتغيرات الفسيولوجية
87	1.2.5 معرفة الفتيات بموضوع المراقبة والتغيرات الفسيولوجية
88	2.2.5 ردة فعل الفتيات على هذه التغيرات الفسيولوجية والجسدية
88	3.2.5 المصادر المفضلة للحصول على المعلومات عن مرحلة المراقبة
91	3.5 الزواج المبكر
92	1.3.5 العمر المثالي للزواج الأول من وجهة نظر الفتيات
93	2.3.5 موقف الفتيات من موضوع الزواج المبكر وزواج الأقارب
95	4.5 تنظيم الأسرة
96	1.4.5 معرفة الفتيات بمفهوم تنظيم الأسرة ووسائله
99	2.4.5 معرفة الفتيات بأهمية تنظيم الأسرة
100	3.4.5 موقف الفتيات ونظراتهن المستقبلية تجاه موضوع تنظيم الأسرة
100	5.5 الأمراض المنقولة جنسيا
103	6.5 مصادر المعلومات
107	الفصل السادس: العوامل المؤثرة على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها
108	1.6 مكان السكن
109	2.6 التجمع السكاني

111	3.6 الصف الدراسي
113	4.6 التخصص
116	5.6 عمر الفتاة بالسنوات
118	6.6 خصائص الوالدين
132	7.6 عدد الإخوة والأخوات
135	8.6 عدد أفراد الأسرة
136	9.6 ترتيب الفتاة بين إخوتها
138	10.6 دخل الأسرة
140	النتائج
144	التوصيات
146	المصادر والمراجع
146	أولاً: المصادر العربية
150	ثانياً: المصادر الأجنبية
135	الملحقات
b	الملخص باللغة الإنجليزية

فهرس الجداول

رقم الجدول	الموضوع	الصفحة
جدول (1)	تصنيف الأراضي في محافظة سلفيت اعتمادا على اتفاقية أسلو الثانية 1995.	46
جدول (2)	تطور عدد السكان ومعدل النمو السكاني في محافظة سلفيت خلال الفترة (1931 -2007).	47
جدول (3)	الكثافات السكانية للمحافظة حسب سنوات مختلفة.	49
جدول (4)	التركيب العمري والنوعي للسكان في محافظة سلفيت حسب الجنس والفئات العمرية للعامين 1997 و 2007.	52
جدول (5)	التوزيع النسبي لسكان محافظة سلفيت 12 سنة فأكثر حسب الجنس و الحالة الزوجية لهم، للعامين 1997 و 2007.	54
جدول (6)	النساء الفلسطينيات (12 سنة فأكثر) في محافظة سلفيت اللاتي سبق لهن الزواج وعدد المواليد الذين سبق إنجابهم أحياء ومتوسط عدد الأطفال المنجبين حسب فئة العمرية لعام 2007.	55
جدول (7)	التوزيع النسبي لسكان محافظة سلفيت حسب الحالة التعليمية للعامين 1997 و 2007.	58
جدول (8)	توزيع مجتمع الدراسة تبعا لمتغيري الصف والتخصص.	62
جدول (9)	توزيع العينة حسب متغير حجم التجمع السكاني.	64
جدول (10)	التوزيع النسبي للحالة العملية لكل من الأب والأم.	65
جدول (11)	التوزيع النسبي لمهنة كل من الأب والأم.	66
جدول (12)	التوزيع النسبي للمستوى التعليمي لكل من الأب والأم.	67
جدول (13)	التوزيع النسبي للحالة الزوجية لكل من الأب والأم.	67
جدول (14)	ماذا تعني الصحة الإيجابية بالنسبة لكي	74
جدول (15)	مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإيجابية	78
جدول (16)	ما هو الموضوع الذي ترغبين في زيادة معرفتك به؟	81
جدول (17)	ما هو أفضل مصدر تحصلين من خلاله على معلوماتك عن الصحة الإيجابية	83

86	مدى معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية التي تتعرض لها في هذه المرحلة.	جدول (18)
88	أفضل مصدر حصلت من خلاله على معلوماتك عن التغيرات الجنسية والفسيولوجية	جدول (19)
90	ما المانع من سؤال والدتك أو معلمتك عن موضوعات في الصحة الإنجابية والجنسية	جدول (20)
91	وجهة نظر الطالبات بموضوع الزواج المبكر ومخاطره وزواج الأقارب.	جدول (21)
96	تنظيم الأسرة ووسائله ومدى معرفة الفتيات بأهميته.	جدول (22)
101	مدى معرفة الفتيات بموضوع الأمراض المنقولة جنسيا وأنواع هذه الأمراض وطرق انتقالها.	جدول (23)
104	مصادر الطالبات في الحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية وموضوعاتها المختلفة.	جدول (24)
108	نتائج اختبار (Independent sample t-test) لدلالة الفروق في إجابات أفراد العينة حسب متغير مكان السكن.	جدول (25)
110	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد العينة حسب متغير حجم التجمع السكاني.	جدول (26)
112	نتائج اختبار (Independent sample t-test) لدلالة الفروق في إجابات أفراد العينة حسب متغير الصف.	جدول (27)
114	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد العينة حسب متغير التخصص.	جدول (28)
117	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير عمر الفتاة بالسنوات.	جدول (29)
119	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير عمر الأب.	جدول (30)
120	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير عمر الأم.	جدول (31)
121	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير عمر الأب عند الزواج الأول.	جدول (32)

122	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير عمر الأم عند الزواج الأول.	جدول (33)
123	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأب.	جدول (34)
124	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم.	جدول (35)
125	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد العينة حسب متغير الحالة العملية للأب.	جدول (36)
129	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد العينة حسب متغير الحالة العملية للأم.	جدول (37)
130	نتائج اختبار مربع كاي لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير مهنة الأب.	جدول (38)
132	نتائج اختبار مربع كاي لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير مهنة الأم.	جدول (39)
133	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير عدد الإخوة.	جدول (40)
134	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير عدد الأخوات.	جدول (41)
135	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير عدد أفراد الأسرة.	جدول (42)
136	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير ترتيب الفتاة بين إخوتها.	جدول (43)
138	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة حسب متغير دخل الأسرة.	جدول (44)

فهرس الأشكال

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
45	موقع المحافظة بالنسبة لمحافظة الضفة الغربية.	شكل رقم (1)
48	التجمعات السكانية في محافظة سلفيت.	شكل رقم (2)
50	التوزيع الهرمي لسكان محافظة سلفيت حسب تعداد 2007.	شكل رقم (3)
56	توزيع الأطفال المنجيين للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب عمر الأم في محافظة سلفيت لسنة 2007.	شكل رقم (4)
63	توزيع طالبات المرحلة الثانوية في محافظة سلفيت حسب العدد.	شكل رقم (5)

مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية ببعض قضايا الصحة

الإيجابية في محافظة سلفيت

إعداد

غادة عبد الرحيم مصطفى دار صالح

إشراف

الدكتور حسين احمد

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى معرفة الفتيات في المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإيجابية، والتعرف على مواقف الفتيات من بعض قضايا الصحة الإيجابية مثل الزواج المبكر وزواج الأقارب، وتنظيم الأسرة، بالإضافة إلى التعرف على المصادر الأساسية لمعرفة الفتيات بهذه القضايا.

ولتحقيق هذا الغرض تم تصميم أداة الدراسة المتمثلة بالاستبانة بما يتناسب مع أغراض الدراسة وأهدافها، حيث اشتملت على مجموعة من الأسئلة وكانت مقسمة إلى ثلاثة أقسام، حيث كان الهدف من القسم الأول التعرف على المعلومات الديموغرافية للطالبات والوالدين، وكان الهدف من القسم الثاني التعرف على مدى معرفة الفتيات بقضايا الصحة الإيجابية، أما القسم الثالث فقد هدف إلى التعرف على أكثر المصادر التي تحصل الفتيات من خلالها على معلومات حول الصحة الإيجابية وموضوعاتها.

تم إجراء الدراسة على عينة تكونت من طالبات المرحلة الثانوية (الصفين الأول الثانوي والثاني الثانوي) في المدارس الحكومية الثانوية في محافظة سلفيت، وتم اختيار العينة بالطريقة الطبقيّة العشوائية، وكانت هذه العينة المختارة ممثلة لهؤلاء الطالبات حسب حجم التجمع السكاني ونوعه، وكان حجمها حوالي 520 طالبة بهامش خطأ للعينة مقداره $\pm 4.3\%$ ، واستخدم المنهج الوصفي بالإضافة إلى المنهج التحليلي في هذه الدراسة، وذلك نظرا لملاءمتهما

لأغراض الدراسة، وبعد جمع البيانات تم إدخالها إلى برنامج الرزم الإحصائية (SPSS) ومن ثم تحليل النتائج باستخدام المعالجات الإحصائية اللازمة.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أبرزها أن هناك تأثير لكل من متغير الصف والتخصص والحالة العملية للأم وعدد الأخوات على معرفة الفتيات بمفهوم الصحة الإنجابية، كما أثر كل من متغير التخصص وعمر الفتاة على مدى معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، وكان هناك تأثير لكل من متغير حجم التجمع السكاني والصف والتخصص وعمر الفتاة ومهنة الأب على مدى معرفة الفتيات بموضوع تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى أثر كل من متغير التخصص وعمر الأم عند الزواج الأول والحالة العملية للأم وعدد الأخوات وعدد أفراد الأسرة جميعاً، وترتيب الفتاة بين إخوتها، ودخل الأسرة على مدى معرفة الفتيات بموضوع الأمراض المنقولة جنسياً، في حين تبين أنه لم يكن هناك تأثير لأي من متغيرات الدراسة على مدى معرفة الفتيات بموضوع الزواج المبكر.

وقد أوصت الباحثة بضرورة توعية الفتيات بقضايا الصحة الإنجابية في سن مبكرة، حيث أن الفتاة المثقفة ثقافة جادة وواعية ستكون أكثر إيجابية من غيرها، وأن عدم معرفتها بقضايا الصحة الإنجابية قد يوقعها في مخاطر ومشاكل صحية قد تكون غير قادرة على مواجهتها، بالإضافة إلى ضرورة إسداء المشورة والنصح للفتيات من قبل والديهن أولاً، والمناهج الدراسية والندوات المدرسية ثانياً، والعمل على تثقيفهن في جميع مجالات الصحة الإنجابية.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

1:1 المقدمة

2:1 مشكلة الدراسة

3:1 أهمية الدراسة

4:1 أهداف الدراسة

5:1 أسئلة الدراسة

6:1 فرضيات الدراسة

7:1 حدود الدراسة

8:1 الدراسات السابقة

1.1 المقدمة

تعتبر مرحلة المراهقة من أخطر المراحل التي تمر بها الفتاة، وهي مرحلة مليئة بالصعاب بالنسبة لها، لأنها مرحلة انتقالية بين سن الطفولة والشباب، وتنتقل خلالها من طور تكون فيه معتمدة على الغير إلى طور تعتمد فيه على نفسها، ولهذه المرحلة خصوصيتها حيث تتكون خلالها معالم شخصية الفتاة، كما أنها المدخل إلى الحياة الجنسية والإنجابية والتي تشكل ركنا أساسيا في تكوين وحياة الأسرة وبقاء المجتمع.

تتعرض الفتاة خلال هذه المرحلة لتغيرات فسيولوجية ونفسية سريعة ومتتالية، ونتيجة لهذه التغيرات فهي بحاجة للرعاية والتوجيه والتوعية في عدة جوانب وخاصة الجانب الصحي، وعند التحدث عن الصحة بشكل عام فلا بد من التطرق للصحة الإنجابية خاصة لفئة الفتيات في سن المراهقة كونها جزء لا يتجزأ من الصحة العامة لديهن.

تتفاوت معرفة الفتيات في سن المراهقة بقضايا الصحة الإنجابية من ناحية وصحة المرأة من ناحية أخرى، لذلك من المهم تعزيز مفاهيم الصحة الإنجابية لديهن في مراحل مبكرة من حياتهن، وتزويدهن بالمعلومات والإرشادات لكي يستطعن التعامل مع أي تغير أو مشكله قد تواجههن في مختلف مراحل حياتهن.

تقتصر هذه الدراسة على فتيات المرحلة الثانوية حيث لا يزلن في سن المراهقة، فالفتيات في سن المراهقة من أهم الفئات التي تحتاج للتوعية في مجال الصحة الإنجابية، ومما يزيد من أهمية دراسة مدى معرفتهن بهذا المجال كونهن زوجات وأمّهات المستقبل ومنشآت الأجيال القادمة، فلا بد من العمل بكافة الوسائل حتى ينشأ نشأة صحية سليمة قائمة على معرفة ودراية بضرورة تعليمها، وبأهمية صحتها كأم في المستقبل، ومعرفة بحقوقها كزوجة وكفرد من أفراد المجتمع.

لذلك فإن توعيتها في مجال الصحة الإنجابية أمر في غاية في الأهمية في هذا السن، ويجب أن تسعى كل من الأسرة والمدرسة والمؤسسات الصحية على تقديم المعلومات التي تحيط

بهذا الموضوع لهذه الفئة، لتتسأ بشكل واعي وسليم، لأن زيادة وعي الفتاة المراقبة في بقضايا الصحة الإنجابية يعتبر بداية لتحقيق أمومة آمنة، ومساعدتها على الارتقاء بصحتها وصحة أفراد أسرتها في ما بعد، ويعتبر ذلك حقا من حقوقها وواجب يقع على عاتق المجتمع حيث أن توعيتها منذ سن مبكرة سوف يؤثر بشكل ايجابي على صحتها، وطريقة تعاملها مع أي تغيير أو مشكلة قد تتعرض لها، وقدرتها على اتخاذ قراراتها.

2.1 مشكلة الدراسة

قامت هذه الدراسة على تحديد مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات وقضايا الصحة الإنجابية، حيث قد تتفاوت معرفتهن في هذا المجال تبعا لثقافة المجتمع والقيم الفكرية والتربوية والدينية فيه من جهة، والمستوى التعليمي والثقافي لدى الأهل من جهة أخرى، فأكثر الأمهات يعتبرن أن الخوض في مثل هذه الموضوعات مع فتياتهن بسن مبكرة خاصة أثناء مرحلة المراقبة يشكل خطرا عليهن، وبالتالي ينعكس ذلك على الفتاة حيث يظهر ترددها وخوفها من فتح نقاش مع والدتها أو طرح تساؤل أمامها في هذا الموضوع وقد تلجأ الفتاة أيضا لمصادر أخرى للإجابة عن استفساراتها، وبذلك قد تحصل على معلومات إما أن تكون خاطئة أو منقوصة، فلا تعود الفتاة تعرف ما ينتظرها، وذلك لأن المصدر الذي قد توجهت له لا يملك المعلومة الصحيحة والكاملة.

وبناء على ذلك يلاحظ أن الفتاة المراقبة قد تكون معرضة لمشكلات صحية ونفسية واجتماعية بسبب محدودية معرفتها بموضوعات الصحة الإنجابية، لذلك فإن تعليم الفتاة بموضوعات الصحة الإنجابية أمر ضروري حتى تتفادى ما يمكن أن تتعلمه خطأ من زميلاتها وصديقاتها ولكن شرط أن يكون هذا التعليم سهلا ومبسطا.

وتعتبر كل من موضوعات المراقبة، والزواج المبكر، وحمل المراهقات، وتنظيم الأسرة، من الموضوعات المهمة التي يجب أن تكون الفتاة على معرفة بها في هذه السن المبكرة.

وفي ضوء ما سبق نعتبر أن إهمال الفتيات في سن المراهقة من قبل ذويهن والمؤسسات الصحية من جهة، وتضاؤل معرفتهن بقضايا الصحة الإنجابية من جهة أخرى مشكلة بحد ذاتها.

3.1 أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

1. التعرف على مدى معرفة الفتيات في سن المراهقة بقضايا الصحة الإنجابية في محافظة سلفيت.
2. كونها الدراسة الأولى التي تناولت مدى معرفة الفتيات في سن المراهقة بقضايا الصحة الإنجابية في محافظة سلفيت.
3. قلة الدراسات التي تبين مدى معرفة الفتيات في سن المراهقة بقضايا الصحة الإنجابية.
4. وفرت هذه الدراسة معلومات لصانعي القرار في المؤسسات الصحية وقطاع تخطيط المناهج المدرسية عن مدى معرفة الفتيات بقضايا الصحة الإنجابية وبالتالي إفادتهم في أخذ التدابير اللازمة حسب النتائج التي توصلت إليها الباحثة.

4.1 أهداف الدراسة

سعت هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف إلى مدى معرفة الفتيات في المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية من جهة، ومدى معرفتهن بالتغيرات الفسيولوجية التي يتعرضن لها من جهة أخرى.
2. التعرف على المصادر الأساسية لمعرفة الفتيات بقضايا الصحة الإنجابية.
3. تحليل مدى مساهمة كل من الأسرة والمناهج المدرسية والمراكز الصحية في توعية الفتيات بقضايا الصحة الإنجابية.

4. التعرف على مواقف الفتيات من بعض قضايا الصحة الإنجابية مثل الزواج المبكر، وزواج الأقارب، وتنظيم الأسرة.

5.1 أسئلة الدراسة

حاولت الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما مدى معرفة الفتيات في المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية؟
2. ما هو مفهوم الصحة الإنجابية لدى الفتيات في هذه المرحلة وما هي مصادر معرفتهن لهذا المفهوم وموضوعاته؟
3. ما هو دور كل من الأسرة والمدرسة (المناهج المدرسية والندوات الثقافية) ووسائل الإعلام والمؤسسات الصحية في تعريف المراهقات بقضايا الصحة الإنجابية؟
4. ما هي أهمية توعية الفتيات بقضايا الصحة الإنجابية في هذا السن المبكر؟

6.1 فرضيات الدراسة

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغير مكان الإقامة (قرية، مدينة).
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغير حجم التجمع السكاني (كبير، متوسط، صغير).
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغير صف الفتاة (الأول الثانوي، الثاني الثانوي).

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغير تخصص الفتيات الدراسي (علمي ، أدبي، تجاري).

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغير عمر الفتاة.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغيرات الوالدين الديموغرافية (العمر، الحالة العملية، المهنة، المستوى التعليمي، والعمر عند الزواج الأول).

7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة ككل، وعدد الإخوة والأخوات.

8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغير ترتيب الفتاة بين إخوتها.

9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغير دخل الأسرة.

7.1 حدود الدراسة

1. اقتصرت حدود الدراسة مكانيا على المدارس الحكومية الثانوية في محافظة سلفيت، أما مجتمع الدراسة فتكون من طالبات الصفين الأول الثانوي والثاني الثانوي (العلمي والأدبي والتجاري) في المدارس الثانوية في محافظة سلفيت.

2. الحدود الزمنية: فترة جمع العينة، الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي (2010/2011).

8.1 الدراسات السابقة

تناول موضوع الدراسة العديد من الدراسات العربية والأجنبية ومنها:

أولاً: الدراسات العربية:

تناولت العديد من الدراسات العربية موضوعات في الصحة الإنجابية، ومنها الدراسات

التالية:

1 - دراسة فوزي سهاونة ومحمد الجريب 1997، وهي بعنوان "الصحة الإنجابية للأمهات في برامج الإذاعة الأردنية: محتواها وأثرها"، دراسة ميدانية على عينة من الأمهات في مدينة سحاب".

هدفت هذه الدراسة الى دراسة مفهوم الصحة الإنجابية للأمهات والعوامل المؤثرة فيها، وأهمية العناصر المكونة لهذا المفهوم، وهدفت أيضا للتعرف إلى دور وسائل الاتصال عامة والإذاعة خاصة في القضايا التنموية والسكانية والصحية والتعرف على محتوى الصحة الإنجابية للأمهات كما هو في برامج الإذاعة الأردنية وأثره في إكساب الأمهات مزيدا من الوعي.

وخلصت الدراسة إلى انه لا يوجد في الوقت الحاضر مفهوم واضح ومحدد للصحة الإنجابية للأمهات في برامج الإذاعة الأردنية وأن ما يتم الحديث عنه في البرامج من مواضيع لها علاقة بالصحة الإنجابية للأمهات يتم الحديث عنه دون الإشارة إلى ارتباط ذلك بالموضع السكاني وأثره في النمو السكاني ومعدلاته.

2 - دراسة محمود أمين حشمة 2000، وهي بعنوان "الصحة الإنجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات الاجتماعية عليها (دراسة حالة : مخيم الوحدات)".

وتناولت هذه الدراسة موضوع الصحة الإنجابية للمرأة في مخيم الوحدات هادفة إلى التعرف على مفهوم الصحة الإنجابية وأهميتها وعناصرها، وتكونت العينة من 400 سيدة مؤهلة في المخيم وتم اخذ العينة بطريقة العينة الطبقية.

توصل الباحث إلى عدة نتائج في دراسته فبلغت نسبة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة في المخيم 53.8%. وأظهر التحليل أن هناك علاقة طردية بين العمر الحالي للزوجة واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة، وأوصى الباحث بتوفير وسائل تنظيم الأسرة مجاناً، لتكلفتها المادية القليلة وعائدها الإيجابي الكبير.

3 - دراسة سوسن نايف السهلي 2001، وهي بعنوان "دور الأنشطة التربوية الشببية في تحسين المستوى المعرفي لدى الطلبة في مجال الصحة الإنجابية وتعديل اتجاهاتهم نحوها".

وتناولت هذه الدراسة مدى إسهام برامج الصحة الإنجابية على الطلاب الشبيين في تحسين واقعهم المعرفي في مجال الصحة الإنجابية وتشكيل اتجاه ايجابي نحوها. واتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتم تقسيم العينتين إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة لم تتعرض للبرامج السكانية، ومجموعة تجريبية تعرضت للبرامج.

وأظهرت نتائج الدراسة أنه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لدور الأنشطة التربوية الشببية في تحسين المستوى المعرفي لدى الطلبة في مجال الصحة الإنجابية بين طلاب الريف والمدينة للمجموعة التجريبية في الاختبارات (القبلي، البعدي المعجل، البعدي المؤجل)، ولا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لدور الأنشطة التربوية الشببية في تحسين المستوى المعرفي لدى الطلبة في مجال الصحة الإنجابية بين الذكور والإناث للمجموعة التجريبية في الاختبارات (البعدي المعجل، البعدي المؤجل)، ولا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لدور الأنشطة التربوية الشببية في تحسين المستوى المعرفي لدى الطلبة في مجال الصحة الإنجابية بين الفرع الأدبي والعلمي في الاختبارات (البعدي المعجل، البعدي المؤجل). وكان من أهم نتائج تحليل المضمون أن نسبة المفاهيم المتوافرة في مجال السكان والصحة الإنجابية في المنشورات الشببية السكانية بلغت (64.47%).

وأوصت الباحثة بعدد من المقترحات من أجل رفع المستوى المعرفي لدى طلاب المرحلة الثانوية في مجال السكان والصحة الإنجابية، فاقترحت إدراج مفاهيم الصحة الإنجابية غير المتوافرة في البرامج السكانية، كما دعت إلى إدخال مفاهيم الصحة الإنجابية إلى مناهج المرحلة الإعدادية والثانوية لجعلها في متناول الطلاب، إطالة الفترة الزمنية للندوات السكانية وجعلها أكثر تفصيلاً.

4 - دراسة فخري شريف حسين العلي 2001، وهي بعنوان "مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين".

وهدفت هذه الدراسة للتعرف إلى مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين. وتكونت عينة الدراسة من (470) طالب وطالبة أي ما نسبته 31% تقريباً من مجتمع الدراسة.

وأظهرت نتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى الثقافة الصحية بين الذكور والإناث، وكذلك وجود فروق في مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة تعزى لمستوى تعليم الأب والأم. وفي ضوء نتائج هذه الدراسة، أوصى الباحث إلى ضرورة العمل على إيجاد منهاج دراسي يعنى بالمواضيع الصحية لجميع المراحل الدراسية، وأن تركز بشكل خاص على القضايا المتعلقة بالتغذية والصحة الإنجابية.

5- دراسة فؤاد الصلاحي 2003، وهي بعنوان "قضايا المرأة الريفية من منظور النوع الاجتماعي".

وهي دراسة ميدانية تحليلية، يتمحور الهدف الرئيسي لهذه الدراسة بالكشف عن أوضاع المرأة الريفية خاصة في قضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والنوع الاجتماعي، وتم ذلك من خلال التعرف على مدى معرفة المرأة الريفية بقضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة و الخصائص التعليمية والاجتماعية والاقتصادية و دورها في النشاط الاجتماعي والاقتصادي. وشملت الدراسة جميع محافظات الجمهورية اليمنية حيث تم اختيار قريتين من كل محافظة.

أوضحت نتائج الدراسة عددا من الخصائص العامة للمرأة الريفية نوجزها كما يلي: أن عدم الاهتمام بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة لا يرتبط بنوعيات الخدمات الصحية وغيابها بل في جهل المرأة، وظهر وجود اتجاه إيجابي نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وأشارت النتائج أيضا إلى أن هناك استمرار لظاهرة الزواج المبكر للمرأة الريفية .

6 - دراسة أمل رمزي سليمان مطر 2004، وهي بعنوان "دراسة لاتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات الفتيات في المرحلة الثانوية نحو موضوعات الصحة الإنجابية. والتعرف على علاقة المستويات التعليمية والثقافية ودورها في معرفة اتجاهات الفتيات نحو موضوع الصحة الإنجابية. والتعرف على العلاقة بين الصحة الإنجابية وكل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة (مرتفع - متوسط - منخفض). وتكونت العينة من (200 طالبة) في المراحل العمرية من (13-18) سنة، وأظهرت نتائج الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعرف على اتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية باختلاف التخصص (الثانوي العام والثانوي التجاري)، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعرف على اتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية باختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (مرتفع - متوسط - منخفض) وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعرف على اتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية باختلاف مستوى الثقافة الأسرية (مرتفع - متوسط - منخفض)، كما توجد فروق في التعرف على اتجاهات الفتيات نحو موضوعات الصحة الإنجابية.

وأوصت الباحثة بضرورة الاهتمام بموضوعات الصحة الإنجابية وتوفير المعلومات ومصادر لها للفتيات من خلال الكتب الدراسية وتوعية وتنقيف المدرسين في ذلك. وضرورة تشجيع الوالدين وخاصة الأم بالاهتمام بالفتيات ومساعدتهن في الحصول على مصادر المعرفة لموضوعات الصحة الإنجابية.

7 - دراسة كفى عبد الرحيم محمد يامين 2005، وهي بعنوان "مدى تأثير برنامج التثقيف وتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني".

هدفت الدراسة إلى قياس مدى تأثير التدخل بواسطة برامج التثقيف وتعزيز الصحي على مستوى المعرفة والاتجاهات والممارسات عند النساء المتزوجات في سن الإنجاب حول مواضيع الصحة الإنجابية في قرى شمال وجنوب الضفة الغربية وقطاع غزة، ولتحقيق هذا الهدف تم إعداد استبانة صممت لهذا الغرض، شملت الدراسة 1347 امرأة.

وبينت نتائج الدراسة ارتفاع نسبة الزواج المبكر في المناطق الريفية الفلسطينية، وبالنسبة لنتائج المعرفة المتعلقة بتنظيم الأسرة هناك تحسن في مستوى المعرفة مع ملاحظة تدني نسبة المعرفة بمفهوم تنظيم الأسرة إلى ما دون 50%. وأوصت الباحثة إلى ضرورة القيام بالدراسات الأولية حول احتياجات المجتمع وذلك بهدف تحديد الأولويات الخاصة بكافة البرامج التطويرية والتثقيفية لرسم سياسات واضحة تتعلق بالصحة الإنجابية في المجتمع الفلسطيني.

8 - محمد دريدي ومحمد العمري 2005، وهي بعنوان "خصائص الشباب من (10-24) سنه في الأراضي الفلسطينية".

وهدف هذه الدراسة إلى عرض وتحليل واقع الشباب الفلسطيني في سن (10-24) سنه في الأراضي الفلسطينية، في جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية بحيث تغطي مجالات الديمغرافيا، الصحة العامة والصحة الإنجابية، التعليم والعمل، الثقافة والترفيه والحياة العامة والسياسية، وربطها بالخصائص الخلقية للشباب كالجنس وتفصيلات العمر المختلفة والمنطقة.

وخلصت الدراسة لعدة نتائج أهمها أن معرفة الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية ومواضيعها المختلفة متدنية نظرا لكون الفئة من أعلى فئات العمر ارتباطا بمستويات التعليم المختلفة، وتزداد معرفة الإناث بمواضيع الصحة الإنجابية عن الذكور وذلك دلالة على ارتباط

الفتيات مبكرا في قضايا الزواج والإنجاب، وأوصت الدراسة إلى توجيه برامج التنقيف الصحي المنظم لتوعية الشباب وزيادة المعرفة، كما يستدعي الاهتمام بتطور المناهج للقيام بالتوعية الصحية بقضايا الصحة الإنجابية بما يتلاءم مع مستوى التعليم بهدف التدرج في توصيل المعرفة اللازمة في الوقت المناسب.

9 - دراسة محمد العفيفي ورياض العفيفي 2005، وهي بعنوان "واقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية".

وهدفَت الدراسة إلى إلقاء الضوء على واقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في فلسطين بمكوناتها العديدة، وتوفير الرؤية الواضحة والتسهيل على صانعي القرار في مؤسسات الدولة والمؤسسات المعنية من أجل تحسين خدمات الصحة الإنجابية، وتوفير السعادة الزوجية للشباب المقبل على الزواج والحياة. واستهدفت الدراسة فئتي المراهقين والشباب وتم اعتماد قواعد البيانات والمسوحات التي أجراها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، حيث تم تقسيم الفئة العمرية (15-24) سنة إلى فئتين هما فئة المراهقين (15-19) سنة، وفئة الشباب (20-24) سنة.

وكانت أبرز النتائج لهذه الدراسة أن 10.5% من الزوجات في سن المراهقة، و12.5% من الزوجات في سن الشباب قد سمعن عن مفهوم الصحة الإنجابية، وتبين أن الزوجات يعرفن بشكل جيد عن مكونات الصحة الإنجابية دون أن يعرفن أن هذه المكونات هي ما يطلق عليه (الصحة الإنجابية)، وظهر أنه في العام 2000 كان 14.6% من الإناث في سن المراهقة و18% من الإناث في سن الشباب كن متزوجات في سن تقل عن 18 سنة، وتبين أن الغالبية العظمى من الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب يعرفن عن الوسائل المؤقتة والطبيعية لتنظيم الأسرة (97.6% و99.8% على التوالي)، وأن مصدر هذه المعرفة كان من الأصدقاء والزوج والمعارف يليهم وسائل الإعلام المختلفة.

10 - دراسة محمد محمود عيسى أبو زنيد 2006، وهي بعنوان "مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإيجابية".

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على معلومات طلاب وطالبات جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإيجابية وتكونت عينة الدراسة من (400) طالب وطالبة من جامعة النجاح من كافة التخصصات، وكان متوسط أعمارهم 19 عاما، وأظهرت نتائج الدراسة أنه لم يكن هناك مشكلة في تعريف الصحة الإيجابية، وبأنها لا تقتصر على المرأة دون الرجل وإنما تشمل كلا الجنسين، ويفرق غالبية الطلبة بين تنظيم الأسرة وتحديد النسل، وكان هناك نسبة موافقة عالية من الطلبة على أن المصدر الأساسي للثقافة الحياتية يجب أن يكون من البيت ومن ثم تعززه المدرسة من خلال المنهاج وأن الثقافة الإيجابية تساعد كثيرا في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا، وفيما يتعلق بعلامات البلوغ عند الذكور أو الإناث كانت واضحة عند الجنسين، أما فيما يتعلق بالزواج المبكر وزواج الأقارب فإن الطلاب على وعي بأضرارهما على الأسرة وضرورة عمل فحص الدم قبل الزواج لتجنب الأمراض الوراثية. وفي ضوء نتائج هذه الدراسة، أوصى الباحث بضرورة أن تشمل المناهج مواضيع الصحة الإيجابية وأن يتم تدريسها لكافة التخصصات العلمية والأدبية.

11 - دراسة مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار في مصر 2008، وهي بعنوان "تحليل أداء الإعلام السكاني تجاه قضايا الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة".

وهدفت هذه الدراسة للتعرف على اتجاهات الأفراد نحو القضايا المختلفة التي لديها اتجاهات ايجابية نحو قضايا الصحة الإيجابية ، والتعرف على مصادر المعرفة بالمشكلة السكانية وقضايا الصحة الإيجابية وأثر تلك الوسائل الإعلامية والبرامج المختلفة في إثراء الوعي الاجتماعي بتلك القضايا وهدفت كذلك لتحديد أثر الوسائل في تغيير اتجاهات الأفراد لتبني رؤى ايجابية نحو قضايا الصحة الإيجابية.

وأظهرت نتائج الدراسة أن الإناث أكثر إدراكا بموضوعات الصحة الإنجابية وبوجود مشكلة سكانية، وأنهن أكثر رفضا لفكرة الزواج المبكر الذي ينتج عنه عدم إكمال الفتيات لتعليمهن أو حدوث حمل وإنجاب مبكر بما قد يعود على الفتاة بمخاطر صحية، وتبين أنه كلما ارتفع المستوى المعيشي ارتفع إدراك الأفراد لقضايا الصحة الإنجابية ولوجود مشكلة سكانية.

12 - دراسة مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار في مصر 2010، وهي بعنوان "تقييم أثر الوسائل الإعلامية على الوعي والاتجاهات الإنجابية".

وهدفت هذه الدراسة إلى تفعيل دور الإعلام في رفع مستوى الوعي بالمشكلة السكانية وقضايا الصحة الإنجابية، وتحسين اتجاهات وسلوكيات الأفراد تجاه هذه القضايا، وكانت أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة أنه قد بلغت نسبة الأفراد الذين سمعوا عن المشكلة السكانية ومفاهيم الصحة الإنجابية عن طريق التلفزيون حوالي 75.7% خلال مايو 2009، ومن الصحف بنسبة 20.9% والراديو 7.3% خلال مايو 2009، وأن هناك نسبة صغيرة جدا من المبحوثين لا تتجاوز 5.0% قد سمعوا عن المشكلة السكانية ومفاهيم الصحة الإنجابية من خلال: مراكز تنظيم الأسرة، والوحدات الصحية، والعيادات، والمناهج الدراسية، ومن خلال دور العبادة والجمعيات الأهلية، مما يشير إلى تضائل الدور الذي تلعبه هذه المؤسسات في نشر الوعي بقضايا السكان والصحة الإنجابية. ويعد التلفزيون هو المصدر الرئيسي للمعرفة السكانية وقضايا الصحة الإنجابية لمختلف أفراد مجتمع العينة. ويعد الانترنت بالنسبة لفئة كبيرة من الشباب في الفئة العمرية (18 - 29) سنة تصل إلى الخمس تقريبا في مايو 2009 هو أكثر وسيلة إعلامية تعمل على توصيل المعلومات عن الصحة الإنجابية بسرعة وبطريقة سهلة، وتبين ارتفاع نسبة الأفراد في المجتمع المصري الذين لديهم اتجاهات جيدة نحو الزواج المبكر، حيث أن 80% من الأفراد في المجتمع المصري يرفضون الزواج المبكر، ويؤدي المستوى التعليمي دورا مؤثرا في تحديد سلوك الأفراد فيما يتعلق بقضايا الصحة الإنجابية المختلفة.

وكان من أهم التوصيات بهذه الدراسة ضرورة التركيز على تفعيل دور كل المؤسسات الدينية والتعليمية والجمعيات الأهلية والوحدات الصحية في نشر الوعي بالقضية وقضايا الصحة الإيجابية. استهدف فئة الشباب من خلال كافة البرامج والانترنت.

13 - دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي 2011، وهي بعنوان "دراسة تقييمية لمشروع صحة المراهقة ومرشد المعلم في الصحة الإيجابية".

هدفت هذه الدراسة التقييمية إلى معرفة مدى تطبيق برامج وأنشطة مشروع دليل صحة المراهقة في المدارس وذلك من خلال تقييم أداء المدرب من حيث تحقيق التدريب لاحتياجات المدرب لتحسين الأداء وتوفير المهارة لتطبيق الأنشطة، ومعرفة مدى تمكن المدرب من إيصال المعلومة للمتدرب وبالتالي للطلبة، والقيام بتقييم دور الهيئة التدريسية في تعزيز مفاهيم صحة المراهقة، ومعرفة مدى استفادة الطلبة من البرنامج في تحقيق التغيير في النواحي السلوكية والمعرفية والمهارات، ومعرفة مدى تقبل الأهل لمواضيع الدليل، وتقديم التوصيات والمقترحات لتطوير المشروع مستقبلاً من قبل الجهات المستفيدة، لوضع الخطط والبرامج والسياسات التي تحقق الأهداف المرجوة، والعمل على تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والمعوقات للمشروع، واستهدفت هذه الدراسة ذكور وإناث المرحلة الإعدادية (الصف السابع والثامن و التاسع) في محافظات الضفة والقطاع.

ولقد بينت الدراسة مجموعة من النتائج وأهمها أن مفهوم الصحة الإيجابية والجنسية غير واضح لدى الطلبة بمعناه الشامل وكذلك قد تبين أن هناك ضعف معلوماتي ملحوظ لدى الطلبة بعلامات البلوغ والتغيرات الجسمية التي تحدث عند الجنس الآخر والأمراض التي تنتقل من خلال الاتصال الجنسي وطرق الوقاية منها وأساليب تنظيم الأسرة وأنواع العنف الجنسي والأنيميا. كما وأن الطلبة بينوا أنهم في حاجة إلى أن تشرح لهم معلومات بشكل أوضح وأشمل في المدرسة حول مواضيع المراهقة وعلامات البلوغ عند الجنسين والزواج المبكر والإنجاب والخصوبة ووسائل تنظيم الأسرة. وتبين أن الغالبية العظمى من الطلبة لا يؤيدون الزواج المبكر للجنسين إلا أن اعتبار أن السن الذي يُعتبر الزواج فيه مبكراً هو 15.5 عاماً للإناث و17.3 عاماً

للذكور يعتبر مبكراً أيضاً، وكذلك المتوسط العمري المفضل لزواج الفتاة للطلبة المراهقين والذي هو 19.9 عاماً للإناث و 22.1 عاماً للذكور حسب رأى الطلبة.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

ومن الدراسات الأجنبية التي تناولت قضايا في الصحة الإنجابية ما يلي:

1 - دراسة لورا بورتر وليتون كي يو 2000، وهي بعنوان "استخدام خدمات الصحة الإنجابية في أوساط الشباب".

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى حصول الذكور في سن المراهقة على خدمات الصحة الإنجابية وأظهرت النتائج أن 71٪ من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15-19 عاماً قد حصلوا على الفحص البدني في العام الماضي ، و 39 ٪ منهم تلقى خدمات في مجال الصحة الإنجابية. وان أقل من ثلث الشباب تناقش مع طبيب أو ممرضة في مجال الصحة الإنجابية.

وبصفة عامة، فإن نسبة الرجال الذين تلقوا خدمات في مجال الصحة الإنجابية في سن المراهقة كانت منخفضة ، وكانت مقتصرة على موضوعات في الأمراض المنقولة جنسياً والحمل في سن المراهقة، وأشار الأطباء والممرضات إلى ضرورة إدماج خدمات الصحة الإنجابية في الخدمات الصحية الروتينية للذكور في سن المراهقة ، فضلاً عن الإناث أيضاً.

2 - دراسة مارلين رايس 2000، وهي بعنوان "صحة المراهقين الجنسية والإنجابية".

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على حالة الصحة الإنجابية عند المراهقين حيث تختلف مع اختلاف نوع الجنس والعمر، والتعرف على كيفية رفع مستوى المعرفة بالصحة الإنجابية لدى الشباب والمراهقين ، واستهدف البحث موضوعات سن الزواج والإنجاب واستخدام

وسائل منع الحمل، وأوضحت نتائج الدراسة أن وضع المرأة يختلف مع كل بلد ومنطقة من مناطق العالم، وإن لهذا الاختلاف آثار مباشرة على الصحة الإنجابية للسكان، وقد تؤدي إلى عدة عواقب محتملة مثل العجز، والعقم، والعنف الجنسي والاعتداء الجنسي. وأوصت الدراسة بضرورة الحصول على فرص التعليم، والحصول على خدمات الصحة الإنجابية والسلع الأساسية والابتعاد عن بعض السلوكيات مثل الكحول والتبغ و تعاطي المخدرات وغيرها، حيث أنها بأكملها لها تأثير على الصحة الإنجابية في الوقت الحالي والمستقبل وعلى الأجيال القادمة.

3 - دراسة روزاديليا انشيتا وآخرون 2005، وهي بعنوان "ثقافة الصحة الإنجابية والجنسية

بين المراهقات والشباب البالغين".

هدفت هذه الدراسة استكشاف محتوى الجمعيات في مجال الصحة الإنجابية ومصادر هذا المحتوى والتعرف على الثقافة الجنسية والسلوكية والمعرفية لعينة من المراهقات والشباب البالغين، وأظهرت النتائج أن (80) من أفراد العينة تلقوا تعليمهم في مجال الصحة الإنجابية من كلا الوالدين و(92) كانت معرفتهم من مصادر رسمية مثل والمراكز الصحية والمدرسة ووسائل الإعلام، وركز(94) من الآباء على مناقشة موضوع الدورة الشهرية بشكل متكرر مع فتياتهم المراهقات أكثر من غيرها من مواضيع التثقيف الجنسي، في حين ركزت (91) من المصادر الرسمية على تدريس الموضوعات التي تدور حول الأمراض المنقولة جنسيا وكان السن المثالي لتعليم مفاهيم الصحة الإنجابية للمرة الأولى هو سن 12 سنة ويرتبط التعليم المبكر في مجال الصحة الإنجابية مع التعليم من كلا الوالدين والمصادر الرسمية، وذلك للعمل على خفض المخاطر الجنسية بين الفتيات المراهقات.

4 - دراسة أنابيل إيرولكار وآخرون 2006، وهي بعنوان "التفاوت في استخدام برامج الصحة الإيجابية للمراهقين في أديس أبابا ، إثيوبيا".

هدفت هذه الدراسة التركيز على برامج الصحة الإيجابية للمراهقين في أفريقيا وهي عبارة عن برامج تجريبية صغيرة الحجم، وكان هناك اهتمام متزايد في تقديم البرامج على نطاق كبير. وركزت البرامج على تقييمات فردية بين المراهقين، حيث بينت الفرق بين المراهقين الذين يستخدمون خدمات الصحة الإيجابية، مقابل أولئك الذين لا يستخدمونها، وبحثت هذه الدراسة في مدى التغطية والاستفادة من هذه البرامج القائمة للمراهقين في أديس أبابا ، إثيوبيا. وأجريت الدراسات الاستقصائية التي تعتمد على السكان على أكثر من 1000 بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 10-19 سنة في الأحياء الفقيرة في أديس أبابا ، إثيوبيا.

وبينت نتائج الدراسة أن 20% من الذكور و 7 % فقط من الفتيات زاروا مركز الشباب الذي يعرض تلك البرامج التثقيفية في موضوعات الصحة الإيجابية في العام الماضي، و 27 من الفتيان و 15 % من الفتيات قد كانوا على اتصال مع متقفي المركز. وأنه كان لا بد من زيادة وتنويع القطاعات التي تعرض برامج في الصحة الإيجابية للمراهقين والعمل على إثراء محتوى هذه البرامج. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي إيلاء اهتمام المبرمجين لظروف معينة من الشباب والمراهقين في المواقع المحلية، حيث يصعب وصولهم للمراكز وعرضها بشكل خاص بما في ذلك الفتيات.

5 - دراسة أديسيان وآخرون 2009، وهي بعنوان "الصحة الإيجابية في نيجيريا".

واستعرضت هذه الدراسة وضع المراهقين في ثلاثة مدارس ثانوية في نيجيريا من حيث الخصائص الديمغرافية فضلا عن قضايا الصحة الإيجابية واستهدفت الاحتياجات الخاصة للمراهقين في مجال الصحة الإيجابية، وتحدثت الدراسة إلى أن هذه الاحتياجات لا توجد في كثير من البلدان ، وشملت الدراسة 1070 من الطلبة والطالبات في هذه المدارس الثلاث وكانت 539 من الفتيات و 531 من الفتيان وتتراوح أعمارهم بين (10-27) سنة بمتوسط 16 سنة.

وخلصت نتائج الدراسة إلى أن فئة المراهقين فئة فريدة من نوعها في كل شيء بما في ذلك قضايا الصحة الإنجابية. وأنهم بحاجة لرفع مستوى معرفتهم بهذا الموضوع، وأنه يجب العمل على تضمين ثقافة الصحة الإنجابية في المناهج الدراسية في المدارس الثانوية وينبغي أن تساعد المراهقين في الحصول على المعلومات الصحيحة من المصدر الصحيح.

6 - دراسة جيفين وآخرون 2010 وهي بعنوان "استعراض برامج تنمية الشباب الإيجابية (PYD) ورفع مستوى صحة المراهقين الجنسية والإنجابية".

وأشارت هذه الدراسة إلى أنه قد يكون لبرامج تنمية الشباب الإيجابية (Positive Youth Development) إستراتيجية واحدة لتعزيز صحة المراهقين، وتم في هذه الدراسة إجراء استعراض منهجي للبيانات المنشورة عن طريق هذه البرامج التي تعمل على تحسين صحة المراهقين الجنسية والإنجابية. وشملت هذه الدراسة الشباب الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة، واستخدم تصميم التقييم التجريبي أو شبه التجريبي. وكان هناك ثمانية قواعد بيانات للبحث عن مقالات حول برامج PYD التي تم نشرها في الفترة بين عامي 1985 و 2007. وأشارت النتائج إلى أن آثار برنامج التنمية الإيجابية للشباب كانت معتدلة وجيدة وإن هذه البرامج كان لها أثر في تحسين مستوى معرفة المراهقين في مفاهيم ومجالات الصحة الجنسية والإنجابية. وتم الاستنتاج من الدراسة أيضا أن لبرامج PYD أثر في زيادة تعزيز صحة المراهقين الجنسية والإنجابية، فقد كانت هذه البرامج فعالة وينبغي أن تكون جزءا من نهج شامل لتعزيز صحة المراهقين.

أهم الموضوعات والنتائج التي اتفقت واختلفت عليها الدراسات السابقة

أشارت كل من الدراسات السابقة لمجموعة من النتائج في ما يخص قضايا الصحة الإنجابية من حيث مدى وعي الأفراد بمفهومها ومكوناتها، وتأثير كل من مستوى المعيشة والمستوى التعليمي ومكان السكن والتخصص بمدى المعرفة بهذه الموضوعات، وأيضا أظهرت

نتائج بعض الدراسات مصادر المعرفة بموضوعات الصحة الإنجابية، وظهرت بعض النتائج المتعلقة بموضوعاتها مثل الزواج المبكر وتنظيم الأسرة.

فقد أشار **محمد زنيد 2006** في فيما يتعلق بتعريف الصحة الإنجابية لدراسة أجراها على طلبة جامعة النجاح الوطنية انه لم يكن هناك مشكلة في تعريفها، وكان واضحا لدى الغالبية بأنها لا تقتصر على المرأة دون الرجل وإنما تشمل كلا الجنسين. واختلفت نتائج مع نتائج ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011) حيث تبين أن مفهوم الصحة الإنجابية والجنسية لدى أفراد العينة غير واضح بمعناه الشامل وكذلك قد تبين أن هناك ضعف معلوماتي ملحوظ لدى الطلبة بعلامات البلوغ والتغيرات الجسمية التي تحدث عند الجنس الآخر والأمراض التي تنتقل من خلال الاتصال الجنسي وطرق الوقاية منها وأساليب تنظيم الأسرة وأنواع العنف الجنسي والأنيميا. في حين توافق ذلك مع **سوسن السهلي (2001)** حيث توصلت إلى انه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لدور الأنشطة التربوية الشببية في تحسين المستوى المعرفي لدى الطلبة في مجال الصحة الإنجابية بين الذكور والإناث ، وأشارت نتائج مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2008 أن الإناث أكثر إدراكا بموضوعات الصحة الإنجابية وتوافق معه **محمد دريدي ومحمد العمري 2005** حيث أشارا إلى أن معرفة الإناث بمواضيع الصحة الإنجابية تزداد عن الذكور وذلك دلالة على ارتباط الفتيات مبكرا في قضايا الزواج والإنجاب، وأن معرفة الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية ومواضيعها المختلفة، في حين أوضحت نتائج **محمد العفيفي ورياض العفيفي (2005)** أن 10.5% من الزوجات في سن المراهقة، و12.5% من الزوجات في سن الشباب قد سمعن عن مفهوم الصحة الإنجابية، وتبين أن الزوجات يعرفن بشكل جيد عن مكونات الصحة الإنجابية دون أن يعرفن أن هذه المكونات هي ما يطلق عليه (الصحة الإنجابية). وأشارت نتائج **جيفين وآخرون 2010** إلى أن برنامج التنمية الإيجابية للشباب كان لها أثر في تحسين مستوى معرفة المراهقين في مفاهيم ومجالات الصحة الجنسية والإنجابية. أما **اديسيان وآخرون 2009** فقد أشارت نتائج دراستهم إلى أن فئة المراهقين فئة فريدة من نوعها في كل شيء بما في ذلك قضايا الصحة الإنجابية. وأنهم بحاجة لرفع مستوى معرفتهم بهذا الموضوع، وأنه يجب العمل على تضمين ثقافة الصحة الإنجابية في

المناهج الدراسية في المدارس الثانوية. وأشار راييس 2000 إلى أن وضع المرأة يختلف مع كل بلد ومنطقة من مناطق العالم، وأن لهذا الاختلاف آثار مباشرة على الصحة الإنجابية للسكان، وقد تؤدي إلى عدة عواقب محتملة مثل العجز، والعقم، والعنف الجنسي والاعتداء الجنسي. واختلفت نتائج فوزي سهاونة ومحمد الجريب 1997 حيث أشارا إلى أنه لا يوجد في الوقت الحاضر مفهوم واضح ومحدد للصحة الإنجابية لدى الأمهات.

أما عن تأثير كل من المستوى التعليمي والمستوى المعيشي والتخصص ومكان السكن للأفراد على مدى معرفتهم بموضوعات الصحة الإنجابية، فقد أشارت نتائج مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2010 إلى أن المستوى التعليمي يؤدي دوراً مؤثراً في تحديد سلوك الأفراد فيما يتعلق بقضايا الصحة الإنجابية المختلفة، أما عن نتائج أمل مطر 2004 فقد أشارت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعرف على اتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية باختلاف المستوى التعليمي (الثانوي العام والثانوي التجاري). وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعرف على اتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية باختلاف مستوى الثقافة الأسرية (مرتفع - متوسط - منخفض). ووافقها فؤاد الصلاحي 2003 حيث أشار إلى أن عدم الاهتمام بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة لا يرتبط بنوعيات الخدمات الصحية وغيابها بل في جهل المرأة.

أما عن تأثير مستوى المعيشة على مدى معرفة الأفراد بموضوعات الصحة الإنجابية فقد أشارت نتائج مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2008 إلى أنه كلما ارتفع المستوى المعيشي ارتفع إدراك الأفراد لقضايا الصحة الإنجابية ووجود مشكلة سكانية. كما أشارت أمل مطر (2004) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعرف على اتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية باختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (مرتفع - متوسط -

منخفض). وأشار مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2008 إلى أنه كلما ارتفع المستوى المعيشي ارتفع إدراك الأفراد لقضايا الصحة الإنجابية ولوجود مشكلة سكانية. أما عن تأثير والتخصص ومكان السكن على مدى معرفة الأفراد بموضوعات الصحة الإنجابية، فقد أشارت نتائج سوسن السهلي 2001 إلى أنه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لدور الأنشطة التربوية الشببية في تحسين المستوى المعرفي لدى الطلبة في مجال الصحة الإنجابية بين طلاب الريف والمدينة، ولا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لدور الأنشطة التربوية الشببية في تحسين المستوى المعرفي لدى الطلبة في مجال الصحة الإنجابية بين الفرع الأدبي والعلمي.

أما عن النتائج المتعلقة بمصادر معرفة الأفراد بموضوعات الصحة الإنجابية فقد أشارت نتائج مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2010 أن نسبة الأفراد الذين سمعوا عن المشكلة السكانية ومفاهيم الصحة الإنجابية من خلال التلفزيون بلغت 75.7%. وأن التلفزيون يعد المصدر الرئيسي للمعرفة السكانية وقضايا الصحة الإنجابية لمختلف أفراد مجتمع العينة، وأشار إيرولكار وآخرون 2006 إلى أن مركز الشباب كان مصدر معرفة المراهقين بموضوعات الصحة الإنجابية، حيث أن 20% من الذكور و 7% من الفتيات زاروا مركز الشباب الذي يعرض برامج تثقيف في موضوعات الصحة الإنجابية في العام الماضي و 27% من الفتيان و 15% من الفتيات قد كانوا على اتصال مع مثقفي المركز. وأشار انشيتا وآخرون 2005 إلى أن (80) من المشاركين في الجمعيات قد تلقوا تعليمهم في مجال الصحة الإنجابية من كلا الوالدين و (92) كانت معرفتهم من مصادر رسمية وأن (94) من الآباء ركزوا على مناقشة موضوع الدورة الشهرية بشكل متكرر مع فتياتهم المراهقات أكثر من غيرها من مواضيع التثقيف الجنسي. وأشار محمد العفيفي ورياض العفيفي (2005) إلى أن مصدر معرفة الغالبية العظمى

من الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب عن الوسائل المؤقتة والطبيعية لتنظيم الأسرة (97.6% و 99.8% على التوالي) كان من الأصدقاء والزوج والمعارف يليهم وسائل الإعلام المختلفة. وأظهرت نتائج بورتير 2000 أن أقل من ثلث الشباب تناقش مع طبيب أو ممرضة في مجال الصحة الإنجابية. وأن 71% من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15-19 عاما قد حصلوا على الفحص البدني في العام الماضي ، و 39 % منهم تلقى خدمات في مجال الصحة الإنجابية، ونوهت نتائج محمد زنيد 2006 إلى أن هناك نسبة موافقة عالية من طلبة جامعة النجاح إلى أن المصدر الأساسي للثقافة الحياتية يجب أن يكون من البيت ومن ثم تعززه المدرسة من خلال المنهاج وأن الثقافة الإنجابية تساعد كثيرا في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا. وأخيرا أشار اديسيان وآخرون 2009 إلى ضرورة مساعدة المراهقين في الحصول على المعلومات الصحيحة من المصدر الصحيح.

أما في ما يتعلق بنتائج الزواج المبكر فقد أشار مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2010 إلى ارتفاع نسبة الأفراد الذين لديهم اتجاهات جيدة نحو الزواج المبكر في المجتمع المصري ، حيث أن 80% من الأفراد في المجتمع المصري يرفضون الزواج المبكر. وأشار محمد زنيد 2006 إلى أن العمر المثالي للزواج من وجهة نظر طلاب جامعة النجاح الوطنية كان 20 عاما في رأي الذكور والإناث. وأشارت دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي 2011 إلى أن الغالبية العظمى من الطلبة لا يؤيدون الزواج المبكر للجنسين إلا أن اعتبار أن السن الذي يُعتبر الزواج فيه مبكراً هو 15.5 عاما للإناث و 17.3 عاما للذكور يعتبر مبكراً أيضاً، وتبين من نتائج مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2008 إلى توجهات الفتيات الايجابية بموضوع الزواج المبكر، حيث أنهن أكثر رفضا لفكرة الزواج المبكر الذي ينتج عنه عدم إكمال الفتيات لتعليمهن أو حدوث حمل وإنجاب مبكر بما قد يعود على الفتاة بمخاطر صحية، أما عن

نتائج دراسة **كفى يامين 2005** فقد اختلفت عن نتائج الدراسات التي سبق ذكرها في موضوع الزواج المبكر، حيث أن ما نسبته 55.2% من النساء المتزوجات كن دون سن 18 عاما في المرحلة الأولى، وما نسبته 57.3% في المرحلة الثانية وهذا يشير إلى ارتفاع نسبة الزواج المبكر في المناطق الريفية الفلسطينية. وتوافق ذلك مع نتائج **فؤاد الصلاحي 2003** حيث أشارت نتائجه أيضا إلى أن هناك استمرار لظاهرة الزواج المبكر للمرأة الريفية، وذكرت نتائج **محمد العفيفي ورياض العفيفي (2005)** انه في العام 2000 كان 14.6% من الإناث في سن المراهقة و18% من الإناث في سن الشباب كن متزوجات في سن تقل عن 18 سنة.

أما عن النتائج المتعلقة بمدى المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة، فقد أشارت **كفى يامين 2005** إلى أنه هناك تحسن في مستوى المعرفة المتعلقة بتنظيم الأسرة أما **فؤاد الصلاحي 2003** فقد أشار لوجود اتجاه إيجابي نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وأبرزت نتائج **محمود حشمة 2000** انه قد بلغت نسبة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة في مخيم الوحدات 53.8%. وأظهر التحليل أن هناك علاقة طردية بين كل من المستوى التعليمي للزوجة وعدد الأطفال المنجبين والعمر الحالي للزوجة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وقال **محمد العفيفي ورياض العفيفي (2005)** أن الغالبية العظمى من الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب يعرفن عن الوسائل المؤقتة والطبيعية لتنظيم الأسرة (97.6% و 99.8% على التوالي).

أهم ما يميز هذه الدراسة:

1. كونها الأولى التي ستتناول مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية في مرحلة المراهقة في منطقة سلفيت.
2. أنها الدراسة الأولى التي ستجرى في محافظة سلفيت في هذا الموضوع.

الفصل الثاني

الخلفية النظرية

1:2 الصحة الإيجابية

1:1:2 خلفية تاريخية

2:1:2 مفهوم الصحة الإيجابية

3:1:2 مبادئ ونظريات في الصحة الإيجابية

4:1:3 بعض عناصر الصحة الإيجابية

2:2 المراقبة و التغيرات الفسيولوجية

1:2:2 مفهومها وأهميتها

2:2:2 أبرز التغيرات في سن المراهقة

3:2 تنظيم الأسرة

1:3:2 مفهوم تنظيم الأسرة

2:3:2 الهدف من تنظيم الأسرة

3:3:2 وسائل تنظيم الأسرة

4:2 الزواج المبكر

1:4:2 مفهوم الزواج المبكر

2:4:2 مخاطر الزواج المبكر

5:2 الأمراض المنقولة جنسيا (الايدز)

1.5.2 الايدز (متلازمة نقص المناعة): التسمية

2.5.2 تعريف المرض

3.5.2 أعراض المرض

4.5.2 دور الدين والأخلاقيات في الوقاية من الايدز

الفصل الثاني

الخلفية النظرية

1.2 الصحة الإنجابية

1.1.2 خلفية تاريخية

بدأت الخدمات الصحية التي تهتم بالسيدة في سن الإنجاب (وفق مبادرات المنظمات الدولية) في بداية الثمانينات تحت إطار صحة الطفولة والأمومة وتنظيم الأسرة، حيث قامت معظم الدول بإنشاء برامج نوعية لتنظيم الأسرة وخاصة في الدول ذات النمو السكاني المرتفع بالإضافة إلى تأسيس أقسام وإدارات خاصة في وزارات الصحة لصحة الطفولة والأمومة.

وقد كان المفهوم الأولي للصحة الإنجابية متمثلاً ببرامج تنظيم الأسرة، إلا أن المفهوم الحالي لها أصبح يهتم بمشاكل الصحة الإنجابية بطريقة متكاملة وشاملة للرجل والمرأة، وشمل هذا المفهوم العناية الفردية المتأنية بصحة المرأة، وضم المفهوم أيضاً العناية ببعض الفئات التي لم تتلقى عناية وخدمات سابقاً مثلاً المراهقين. ويشمل المفهوم مشاكل المرأة الصحية خلال فترة حياتها كاملة وليس فقط فترة الإنجاب Life Cycle Approach واهتم بالمشورة كجزء هام في خدمات الصحة الإنجابية، والاهتمام بتحسين نوعية الخدمات في كل مجالات الصحة الإنجابية¹.

2:1:2 مفهوم الصحة الإنجابية

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الإنجابية على أنها حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة

¹ <http://www.reefnet.gov.sy/health/hygienic-publications/procreative-health/history.htm#top>
15/8/2010

من الأمراض أو الإعاقة. وتتناول الصحة الإنجابية العمليات والوظائف في جميع مراحل الحياة. وهي تعني توفير الحياة الجنسية المرضية والمأمونة والقدرة على الإنجاب¹.

يمكن القول بأن الصحة الإنجابية تجعل الناس قادرين على التمتع بحياة جنسية بعيدا عن الأمراض، وأن يكونوا قادرين على التكاثر والحرية. ومن الجدير ذكره، أن كل من الرجل والمرأة لهم حقوق متعلقة بالصحة الإنجابية، مثل الحق في الحصول على وسائل آمنة لمنع الحمل والحق في الحصول على خدمات الرعاية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وتهيئ للزوجين أفضل فرصة لإنجاب طفل يتمتع بالصحة².

أما حالة الرفاه الكامل فهي مطلب الإنسان منذ ولادته وتستمر معه حتى النهاية وتتطور وظائف وعمليات الجهاز التناسلي للإنسان مع تطور عمره وتعتبر فترة الخصوبة للإنسان من أهم فترات عمل الجهاز التناسلي ففيها يجدد الإنسان نوعه لتستمر الحياة.

وتعمل حالة الرفاه على التوعية والإرشاد للإناث في مرحلة المراهقة بأهمية الزواج في سن النضج البدني والعقلي والنفسي الكامل موضحة لهم أخطار الزواج المبكر، وأخطار زواج الأقارب، وفي هذا السياق فإن حالة الرفاه تعمل على توعية وإرشاد الشباب لأخطار الأمراض المنقولة جنسيا، مثل مرض الايدز والزهري وغيرها من الأمراض.

3.1.2 مبادئ ونظريات في الصحة الإنجابية

لاقت موضوعات الصحة الإنجابية في الفترة الأخيرة اهتماما كبيرا، ودعا ذلك إلى وضع مجموعة من المبادئ والنظريات في هذا المجال، ومن هذه المبادئ نذكر ما يلي³:

أولاً: الأفراد لهم الحق في التحكم في حياتهم الجنسية والإنجابية واتخاذ القرارات دون تدخل أو إكراه. وهذا المبدأ يدعم توفير خدمات تنظيم الأسرة ، وكذلك يمنع الزواج بالإكراه ،

¹ [http://www.thara-sy.com/thara/modules/news/article.php?storyid=1461\(2010\9\7\)](http://www.thara-sy.com/thara/modules/news/article.php?storyid=1461(2010\9\7))

² world health organization. reproductive health strategy. 2008.

³ <http://translate.google.ps/translate?hl=ar&langpair=en%7Car&u=http://www.unfpa.org/>

ويمنع العنف الجنسي ، ويمنع نقل الأمراض المنقولة جنسياً مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي ، وكذلك لعلاج التهابات الجهاز ضمان المساواة في الحصول التناسلي التي تسبب العقم.

ثانياً: الحق في عدم التمييز واحترام الاختلاف بين الجنسين ويتطلب ذلك من الحكومات على الرعاية الصحية للجميع (النساء والرجال والمراهقين). وهذا المبدأ يدعو إلى الحق في عدم التمييز، وذلك يعني أن خدمات الصحة الإنجابية ينبغي أن تكون في متناول جميع الفئات بمن فيهم المراهقين ، النساء غير المتزوجات ، والسكان الأصليين والمهاجرين ، بما فيهم اللاجئين.

ثالثاً: من أجل تحقيق حقوق الشعب في الحياة والصحة اضطرت الحكومات لجعل خدمات الصحة الإنجابية شاملة ومتاحة، وعملت على إزالة الحواجز على الرعاية وهذا المبدأ حاسم في الحد من وفيات الأمهات، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية واختيار جنس المولود. وينبغي على الدول تخصيص الميزانيات وتنفيذ السياسات ، لتحقيق الصحة الإنجابية للنساء والرجال والشباب.

4.1.2 العناصر المكونة للصحة الإنجابية

تشتمل الصحة الإنجابية على جوانب متعددة تتناولها في إطار برامجها واهتماماتها ومن أهم هذه الجوانب ما يلي:¹

أولاً: رعاية الحمل والولادة وما بعد الولادة.

ثانياً: تقديم خدمات عالية الجودة لتنظيم الأسرة بما فيه معالجة العقم.

ثالثاً: القضاء على ظاهرة الإجهاض غير المأمون.

رابعاً: مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها الإيدز والسرطانات التناسلية.

خامساً: تعزيز الصحة الإنجابية.

¹ <http://www.unfpa.org.sy/ar/newsd.aspx?n=652012\2\18>

أما عن عناصر الصحة الإنجابية فهي كثيرة ومتشعبة، وعلى الرغم من ذلك نلاحظ أن كل منها يعتمد على الآخر فإذا تحسن أحد هذه العناصر غالباً ما تتحسن العناصر الأخرى، ومن عناصر الصحة الإنجابية: رعاية الطفلة: (الطفلة هي الفتاة المراهقة مستقبلاً، وهي الأم الحامل بعد الزواج، ومن هنا تأتي ضرورة تعزيز صحة الفتاة الجنين والفتاة الطفلة والفتاة المراهقة) الرعاية قبل الزواج رعاية الحام الرعاية التوليدية الرعاية بعد الولادة رعاية الولدان تنظيم الأسرة صحة المراهقين الرعاية ما بعد سن اليأس الإيدز الكشف المبكر عن السرطانات النسائية الصحة الإنجابية لذوي الاحتياجات الخاصة النوع الاجتماعي (الجنس)¹.

وفي هذه الدراسة تم تناول مجموعة من أهم عناصر الصحة الإنجابية وهي:

2.2 المراهقة والتغيرات الفسيولوجية

1.2.2 مفهومها وأهميتها

تعرف المراهقة لغة بأنها النمو، ومفهوم النمو هنا يفيد أولاً معنى النمو الجسماني بما فيه البعد الفسيولوجي الجنسي.²

وتم تعريف مرحلة المراهقة من قبل وزارة الصحة بأنها مرحلة انتقالية من مرحلة الطفولة إلى مرحلة النضج والبلوغ، وتمتد عادة من سن الثانية عشر حتى سن التاسعة عشر تقريباً أو قبل ذلك بعام أو عامين، وخلال هذه المرحلة تطرأ تغيرات نفسية وجسمية واجتماعية وعقلية وتبدأ مرحلة المراهقة والنضج غالباً للفتاة قبل الذكر.

تنقسم مرحلة المراهقة إلى ثلاث أقسام:³

1. المرحلة المبكرة تبدأ من عمر 11-14 سنة.

2. المرحلة المتوسطة تبدأ من 14-17 سنة.

¹ <http://www.unfpa.org.sy/ar/newsd.aspx?n=65> 2012\2\18

² مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر: الفتاة العربية المراهقة. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. 2007. ص 34.

³ حسين، منصور ومحمد زيدان: **الطفل والمراهق**. ط1. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية. 1982. ص 57.

3. المرحلة المتأخرة تبدأ من عمر 7 - 21 سنة.

وتعرف المراهقة بأنها مرحلة العمر التي تتوسط الطفولة واكتمال الرجولة أو الأنوثة بمعنى نمو الجسم. وتحسب بدايتها عادة ببداية البلوغ الجنسي، الذي يتفاوت الأفراد فيه تفاوتاً يصل إلى نحو خمس سنوات، وبوجه عام فإن فترة المراهقة تقابل مرحلتى التعليم الإعدادية والثانوية، وهي مرحلة موحدة تمثل فترة الانتقال من الطفولة إلى الرجولة أو الأنوثة.¹

2.2.2 أبرز التغيرات النمائية المرتبطة بمرحلة المراهقة

تعتبر عملية التغيرات الجسدية التي تحدث للإنسان في مرحلة المراهقة عملية نضج واكتمال لنمو أعضاء الجسم ليصبح قادراً على التكاثر الجنسي، وتتم هذه العملية بواسطة إشارات هرمونية تنطلق من الدماغ إلى الغدد التناسلية (المبيضين عند الفتاة، والخصيتين عند الذكور). ورداً على الإشارات التي تصل للغدد التناسلية يتم إنتاج الهرمونات التي تحفز على الرغبة الجنسية ونمو العظام والعضلات والشديين، ومن أهم التغيرات التي تظهر على الفتاة المراهقة:

أولاً: النمو الجسمي:

يمر كل إنسان بتغيرات جسدية أثناء مرحلة المراهقة، وتختلف هذه التغيرات بين شخص وآخر، وغالباً ما يظهر النمو الجسدي لدى الفتيات خاصة بشكل سريع، ثم يبدأ عمل الهرمونات التي تحث الجسم على النمو فيتغير الجسم، ومن أبرز التغيرات التي تظهر على جسم الفتاة خلال مرحلة المراهقة:²

1. تزداد القامة طولاً ويمتلئ الجسم أكثر من قبل.

2. تصبح بشرة الوجه دهنية وقد تظهر عليها بثور أو بقع.

¹ المرجع نفسه. ص124.

² ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع: كتاب الصحة لجميع النساء حيث لا توجد عناية. ط1. بيروت: الفرات للنشر والتوزيع. 2001. ص54.

3. يزداد تصبب العرق.
4. ينبت الشعر تحت الإبط وفوق الأعضاء التناسلية.
5. نمو النهدان مع الشعور بألم فيهما أحياناً.
6. تبدأ الرطوبة (الإفرازات) في المهبل.
7. تحدث تغيرات داخلية أخرى لا تستطيع الفتاة رؤيتها، إذ ينمو الرحم والقناتان (قناتا فالوب) والمبيضان والمهبل ويتبدل وضعها.
8. يبدأ النزف الشهري (الدورة الشهرية، أو الحيض): وتعتبر الدورة الشهرية من أهم التغيرات الجسدية التي تتعرض لها الفتاة خلال مرحلة المراهقة.

ثانياً: النمو الفسيولوجي:

إن مظاهر النمو الفسيولوجي التي تطرأ على المراهقين وخاصة الفتيات ذات أثر كبير على الحياة النفسية لديهن، وتحدث هذه التغيرات على الأجزاء الداخلية للمراهقة، وتشتمل هذه التغيرات على¹ :

1. تغير في غدد الجنس.
2. تغيرات في إفرازات الغدد الصماء وهي عبارة عن غدد عديمة القنوات.
3. تغيرات عضوية أخرى كالتغير في حجم القلب وسرعة الدم.
4. تغيرات جنسية ثانوية، مثل ظهور الشعر في بعض مواضع الجسم وضخامة الصوت عند الذكور وتركز الدهن في أجزاء من جسم الأنثى.
5. النضج الجنسي أو البلوغ وهو وصول الأعضاء التناسلية للنضج الوظيفي الذي يمكن الفرد من أن يصبح قادراً على التناسل.

¹ معوض، خليل ميخائيل: مشكلات المراهق في الريف والمدينة. القاهرة: دار المعارف بمصر، دت. ص29.

ثالثاً: النمو العقلي:

إن عقل الفرد في تطور ونمو مستمرين، وهذا يبدو واضحاً من تصرفاته في مراحل نموه المختلفة، وهذا التطور الذي يطرأ على تصور الطفل وإدراكه وفهمه والذي يصاحب نموه هو ما ينطبق عليه النمو العقلي، فنتجبه في هذه المرحلة الوظائف العقلية للاكتمال والنضج، وتظهر لدى المراهق القدرات الخاصة والميول المتعددة كالميول اللغوية والرياضية والعلمية وأنواع الفنون والهوايات، وتزداد قدرة المراهق على الانتباه من حيث المدة والطول والعمق فيمكن للمراهق أن يتبع موضوعاً أعمق أو درساً أطول أو علاقات أكثر تعقيداً عنه وهو وطفل، ويصاحب القدرة على الانتباه ونمو في القدرة على التخيل والتذكر.

رابعاً: النمو الاجتماعي:

يحتاج الإنسان للانتماء إلى جماعة يكون عضواً فيها يتفاعل مع أفرادها ويتجاوب معها والمراهق كفرد بانتمائه إلى المجتمع وتفاعله معه يؤكد رغبته في التعبير عن ذاته وشخصيته ويحقق استقلاله وفرديته وإننا نلاحظ مقاومة وثورة وتمرداً من المراهق إذا ما ضغطت أو أعيقت هذه الرغبات من الأسرة أو المدرسة أو المجتمع.

يكون المراهق في بداية المراهقة ميالاً بطبيعته للاندماج مع الشلة والامتثال لآرائها محاولاً التخلص من سيطرة الأسرة ونفوذها، وقد أمكن قياس النمو الاجتماعي عن طريق إيجاد علاقة بين العمر العقلي وبين نمو الفرد اجتماعياً وعاطفياً. وأثبتت هذه المقاييس أن هناك علاقة بين النمو العقلي وبين نمو الفرد اجتماعياً أي هناك علاقة بين الذكاء والنضج الاجتماعي كما أنه يوجد علاقة بين النمو الاجتماعي والنمو الجسمي في هذه المرحلة حيث نلاحظ أن الطفل الذي عمره سبع سنوات يمكنه أن يلعب مع آخر في سن خمس سنوات ولكن بمجرد البلوغ يأبى المراهق أن يرافق أو يصاحب إلا من يقاربونه في السن وفي الجسم¹.

¹ معوض، خليل ميخائيل: مشكلات المراهق في الريف والمدينة. دت. مرجع سابق. ص 34-37.

خامسا: النمو النفسي:

ينمو شعور المراهق ويتبدل عن الشعور الطفولي، فيظهر شعور الفتاة المراهقة بأنوثتها وتتبدل تصرفاتها فتصبح أكثر انزانا ورقة، وتأخذ بالاعتناء بنفسها ونظافتها وهندامها وتبدأ اهتمامها بالجنس الآخر، ويبدأ عليها الخجل المعروف بخجل العذارى من امرار الوجدتين وستر العينين عند سماع أي شيء يتعلق بالجنس الآخر، وتصبح الفتاة شديدة الحساسية للنقد وتبكي بحزن وألم شديدين لأقل إهانة.¹

3.2 تنظيم الأسرة

1.3.2 مفهوم تنظيم الأسرة

يعتبر منع الحمل لفترة محدد أمر ضروري لإعطاء الأم فترة للراحة بين كل حملين، وقد أصبح من الحقائق التي لا تقبل الجدل أن أبعاد المدة بين كل حملين يخفض نسبة وفيات الأطفال والأمهات، ولا يمكننا تحديد المدة بين كل حملين إذا يتوقف الأمر على ظروف كل امرأة على حدة من حيث الظروف الصحية، والاقتصادية، والاجتماعية، ولكن تعتبر فترة السنتين فترة كافية بوجه عام.

وتم تعريف عملية تنظيم الأسرة بأنها تأجيل الحمل لفترة زمنية معينة، وذلك بالجوء لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة الصحية المعتمدة، ويعد تنظيم الأسرة حق إنساني للزوجين يتفقان عليه بالتراضي بإنجاب العدد المرغوب فيه من الأبناء. ويمكن اعتبار تنظيم الأسرة تخطيط لإنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال، وتشتمل عملية تنظيم الأسرة على التوقيف الجنسي، والوقاية من العدوى المنقولة جنسيا وتقديم مشورة ما قبل الحمل بالإضافة إلى إدارة العقم.²

¹ عرموش، هاني: الثقافة الجنسية وتنظيم الحمل. ط1. بيروت: دار النفائس. 1990. ص 24.

² عرموش، هاني: الثقافة الجنسية وتنظيم الحمل. 1990. مرجع سابق. ص 50.

2.3.2 الهدف من تنظيم الأسرة

يعتبر الهدف الأساسي من تنظيم الأسرة إيجاد موازنة بين حاجات المجتمع والموارد المتاحة فيه، كما يهدف تنظيم الأسرة إلى تقديم خدمات صحية لأفرادها كبارا وصغارا، أطفالا وأمهات، وذلك عن طريق إيجاد فرق زمني بين فترات الحمل. وبذلك يضمن كل من الأب والأم انه سيتم توفير جميع مطالب الحياة دون مواجهة مشاكل.

3.3.2 وسائل تنظيم الأسرة

إن التعرف على وسائل تنظيم الأسرة المختلفة، ومحاولة اختيار الوسيلة المناسبة يجب أن يكون باستشارة الطبيب، وبعد إجراء الكشف الطبي، وعمل التحاليل الطبية اللازمة. حيث أن استخدام وسيلة تنظيم الأسرة المناسبة وتحت الإشراف الطبي يجنب الزوجين حدوث حمل غير مرغوب فيه، ويمكن تقسيم وسائل تنظيم الأسرة إلى قسمين: وسائل فعالة ووسائل غير فعالة، وقد تصنف إلى وسائل طبيعية وأخرى غير طبيعية، ومن وسائل تنظيم النسل ما يلي¹:

أولا: الوسائل الفعالة وهي:

1. الحبوب: وهي أقراص مكونة من مواد كيميائية خاصة تقوم بمنع التبويض عند المرأة، تتناولها كل يوم بانتظام على مدى ثلاثة أسابيع في المتوسط، ثم تمتنع عن تناولها لمدة أسبوع، وفي هذا الأسبوع يحدث الحيض الشهري.

2. الحقن: من المرجح أن الحقن تمنع الحمل عن طريق التأثير في الغدد النخامية في قاع الرأس، حيث تمنع إفراز بعض الهرمونات التي تحث المبيض على إفراز البويضة. كما يؤثر العقار على مخاط عنق الرحم ويؤثر على الغشاء الداخلي للرحم.

3. الواقي الرحمي (اللولب): يوجد من اللولب عدة أشكال وأحجام، ويصنع من مواد مختلفة كالبلستيك الذي قد يضاف إليه النحاس ولا يركب إلا بواسطة الطبيب، فهو يدخل باستعمال

¹ فرح، نادية رمسيس: حياة المرأة وصحتها. بيروت: دار الجيل. 1992. ص 147-163.

محقق خاص في داخل التجويف الرحمي ويمنع اللولب الحمل من خلال تفاعله مع بطانة الرحم فيمنع إخصاب البويضة أو التصاقها به.

4. الحاجز المهبلي (العجلة): هو عبارة عن غطاء خاص من المطاط ،يصنع في أحجام مختلفة، ويضع عند فوهة الرحم عن طريق إدخاله داخل المهبل فيمنع وصول الحيوانات المنوية إلى البويضة، والعجلة ذات عدة مقاسات، وكل سيدة لها مقاسها الخاص بها،وبذلك لا يمكن استعمال العجلة لأكثر من سيدة لاختلاف المقاسات،ولاحتمال نقل أي عدوى،والطبيب هو الذي يحدد في البداية المقاس الذي يناسب السيدة وكيفية التركيب، وبعد ذلك لا تحتاج إلى أي استشارة من الطبيب.

5. الأقراص المهبلية (ذات الرغبة):وهي عبارة عن مواد كيميائية في صورة أقراص توضع داخل المهبل قبل الاختلاط الجنسي بحوالي 10-15 دقيقة حتى تنتشر بحيث تقوم بشل حركة الحيوانات المنوية عقب القذف المنوي ،وهي وسيلة رخيصة وسهلة الاستعما .

6. الكريمات المهبلية (المانعة للحمل): وتتكون هذه الوسيلة من مادة كيميائية تبطل فاعلية الحيوان المنوي ومعبأة في أنابيب طويلة لها محقق خاص.

7. الواقي الذكري: وهي من أكثر الوسائل استخداما في العالم حيث تتميز بسهولة استخدامها وفعاليتها وتتلخص هذه الطريقة في استخدام غلاف مطاطي لتغطية العضو الذكري قبيل دخوله المهبل مباشرة بحيث يحدث القذف المنوي داخل الغلاف وليس داخل المهبل ،و بهذا يكون الغلاف حاجزا بين الحيوانات المنوية وبين وصولها إلى حيث توجد البويضة.

8. نوريبلانت (كبسولات تحت الجلد) : وهذه تعد وسيلة طويلة المدى وهي تحتوي على مادة البروجسترين فقط، ويعطى العقار المسمى "ليفونور جسترل" عن طريق ستة كبسولات تزرع تحت الجلد.

ثانياً: الوسائل غير الفعالة وهي

1. فترة الأمان: تعتمد هذه الطريقة على فترة التبويض بالنسبة للدورة الشهرية. فتنزل البويضة عادة في منتصف المدة بين الدورة والأخرى، وتبقى لبضعة أيام قابلة للإخصاب، وتكون السيدة معرضة للحمل خلال تلك الفترة فقط فتعتمد هذه الطريقة على عدم الاتصال الجنسي في هذه الفترة.

2. القذف الخارجي (العزل): وتتخلص في انسحاب الرجل قبل نهاية العملية الجنسية مباشرة بحيث يحدث القذف المنوي خارج المهبل.

3. الرضاعة الطبيعية: ويتم ذلك عن طريق زيادة إفراز البرولاكتين ويكون مصحوباً بقصور في الإفراز الهرموني لهرمونات الغدة النخامية المنشطة للمبيض وبالتالي عدم حدوث التبويض من جهة وضعف إفراز هرمونات المبيض من جهة أخرى، ويترتب على عدم التبويض عدم حدوث الحمل كما يترتب على ضعف إفراز هرمونات المبيض انقطاع الحيض.

4.2 الزواج المبكر

نشأت التشريعات الخاصة بتحديد سن الزواج في المجتمعات العربية نتيجة شيوخ معتقدات جديدة حول الصحة والخصوبة وأهمية الحياة الأسرية، ولتلافي الأضرار الصحية والاجتماعية التي تنشأ من الزواج بين صغار السن، أو لتغيير معنى العلاقة بين الزوج والزوجة، ولكنها لم ترمي إلى رفع السن لتحقيق حرية الاختيار¹. ويعتبر تزويج الفتيات في سن مبكرة استلاب للكثير من حقوقهن مثل الحق في التعليم والعمل وحرية الرأي والتعبير والحق في الاختيار وحرية الحركة وغيرها من الحقوق الإنسانية الأخرى، كما انه يدفعهن لتحمل أعباء الزواج قبل أن يكتمل نموهن الجسدي، مما قد يوقعهن في مشاكل ومخاطر عديدة².

¹ حسن، محمود: الأسرة ومشكلاتها. مرجع سابق. 1981. ص 158.

² مفتاح. حقائق حول التزويج المبكر وزواج الأقارب. رام الله. 2004.

1.4.2 مفهوم الزواج المبكر

يعرف الزواج المبكر بأنه: الزواج الذي يقوم على أساس عدم التكافؤ والتجانس المتمثل بزواج الشاب أو الفتاة في مرحلة ما قبل النضج الجنسي والعقلي العاطفي والنفسي والاجتماعي لكلا الجنسين ، وهو الزواج الذي يتم قبل سن 18 سنة.

وعرفت وثيقة حقوق الطفل الصادرة عن اليونسيف الزواج المبكر أيضا بأنه الزواج في سن أقل من الثامنة عشرة¹.

2.4.2 مخاطر الزواج المبكر

يعرض الزواج المبكر الفتاة للعديد من المشاكل والمخاطر التي تنعكس عليها وعلى أسرتها التي كونتها وهي في سن صغيرة، ومن أبرز هذه المخاطر:

أولاً: مخاطر صحية:

يمكن إجمال المشاكل الصحية للأم التي تزوجت في سن مبكر بعدة أمور منها أن الحمل في سن مبكرة يبدد المخزون الغذائي في الجسم والذي سوف يذهب للجنين، بالإضافة إلى ارتفاع معدل فقر الدم، وان ارتفاع معدل الولادات المبكرة وغير الطبيعية وخاصة العمليات القيصرية قد بسبب عدم اكتمال نمو الحوض، كما ترتفع معدلات الإجهاض ووفيات الأمهات اللواتي في سن صغيرة.

ثانياً: مخاطر اجتماعية:

تتمثل المخاطر الاجتماعية في تأخر حدوث الحمل بسبب السن الصغيرة الذي يدخلها في متاهات المعالجة الصحية غير اللازمة، وإن عدم النضوج العاطفي والنفسي نتيجة صغر السن سوف يشكل ضغطاً جسدياً و نفسياً نتيجة مسؤوليات الزواج مما يؤثر على الأداء والصحة،

¹ www.fouliteracies.org\ Arabic\ MISSION\ 2004\ early marriage. Htm.2012\1\9

ويعتبر الزواج المبكر سببا في حرمان الفتاة من استكمال التعليم مما سيفقدها سلاحا هاما يعزز شخصيتها ويدعم مكانتها الاجتماعية ويؤثر على أدائها تجاه عائلتها وأولادها في سن المدرسة.

ثالثا: مخاطر وسلبات الزواج المبكر التي تعود على المجتمع:

تتمحور التأثيرات السلبية للزواج المبكر على المجتمع في أن المرأة التي تتزوج في سن مبكرة والتي غالبا لم تحصل على تأهيل مناسب تكون قد أفقدت المجتمع فرصة عمل كان من الممكن استغلالها بطريقة مناسبة، ومن جهة أخرى فإن المرأة التي تتزوج في سن مبكرة ستكون معرضة لاحتمال إنجاب عدد أكبر من الأطفال، وبالتالي يؤثر ذلك على معدلات الخصوبة الكلية للمجتمع مما يؤدي لزيادة المعدل السنوي للنمو السكاني، والذي يعتبر من أهم معوقات التنمية الاقتصادية في مجتمعنا، ويؤثر بدوره على الإستراتيجيات اللازمة لمكافحة الفقر وتردي الصحة العامة وتحقيق العدالة¹.

5.2 الأمراض المنقولة جنسيا

تعرف الأمراض المنقولة جنسيا بأنها عبارة عن الالتهابات التي تنتقل أثناء الاتصال الجنسي من شخص إلى آخر. ويمكن لأي نوع من المجامعة أن ينقل مرضا من هذه الأمراض. وقد ينتقل المرض المنقول جنسيا لمجرد احتكاك عضو ذكري مصاب أو مهبل مصاب بالأعضاء التناسلية للشخص الآخر. أو ينتقل من الأم الحامل إلى جنينها، إما قبل الولادة أو أثناءها².

أما عن أشهر الأمراض الجنسية وأكثرها فتكا بالإنسان فهو مرض الايدز الذي سيتم الحديث عنه بشكل مفصل في ما يلي:

¹ Ministry of health. The status of health in Palestine. Palestine.2002.

² عرموش، هاني: الثقافة الجنسية وتنظيم الحمل. مرجع سابق. 1990. ص 131.

1.5.2 الايدز (متلازمة نقص المناعة المكتسبة)، التسمية:

كلمة الايدز أو السيدا هما مجموعة أحرف تلخص اسم وباء اكتشف للمرة الأولى في أوائل الثمانينات بين أواسط الشاذين جنسياً.

وأصل التسمية بالانجليزية هو: Acquired Immune Deficiency Syndrome.

ما أصل التسمية بالفرنسية هو: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis.

أما باللغة العربية فيسمى متلازمة العوز المناعي المكتسب. وهذا الاسم يشير إلى فقدان جسم المريض القدرة على مقاومة الأمراض في المرحلة النهائية العدوى، حيث تنهار دفاعات الجسم الطبيعية ويصبح الجسم عرضة للإصابة بعدد من الجراثيم والفطريات والأورام¹.

3.5.3 تعريف المرض

يعتبر وباء الايدز أو السيدا أو فقدان المناعة المكتسبة في الحقيقة مجموعة من الأمراض والالتهابات يسببها فيروس مميز يدعى بالانجليزية (Human Immune Defi) يعمل على غزو جسم المصاب بالعدوى ويجرده من جهاز مناعته المكتسبة ويؤدي به إلى الموت المحتم².

5.5.3 أعراض المرض

تبدو على المريض أعراض مرضية قد تظهر منفردة في أمراض أخرى، ولكن تلاحظ هذه الأعراض مع بعضها البعض هو الذي يميز مرض الايدز. وهناك فرق علمي وفارق زمني بين العدوى بفيروس الايدز وبين انهيار المناعة وحدوث مرض الايدز، فأعراض المرض تظهر بعد ظهور العدوى بمدة تتراوح بين بضعة أسابيع وبضع سنوات، وتسمى هذه الفترة بفترة الحضانة، وخلال هذه الفترة يكون الشخص حاملاً للفيروس ومصدر لعدوى الآخرين وان كان مظهره لا يدل على مرضه³.

¹ شتيوي، معمر حسني: ايدز. طولكرم، مطبعة الشعراوية. 1997. ص 3.

² فاخوري، سيرو: الأمراض المتناقلة عبر الجنس. ط1. بيروت: دار العلم للملايين. 1991. ص 180.

³ شتيوي، معمر حسني: ايدز. مرجع سابق. 1997. ص 3.

ولا تظهر أعراض وعلامات مرضية معينة منذ بدء الإصابة بالمرض، ولكن البعض يشكون من بعض الأعراض البادرية التي تظهر عليهم عند بدء الإصابة بالمرض، ومن أبرز الأعراض التي تظهر على مريض الايدز هي¹:

أولاً - العلامات الكبرى: ومن أبرز هذه العلامات نقص الوزن بنسبة تزيد عن 10% من وزن الجسم، الإسهال المزمن لمدة شهر أو أكثر، حمى متقطعة أو مستمرة لمدة تزيد عن شهر.

ثانياً - العلامات الصغرى: ومن أبرز هذه العلامات سعال مستمر لمدة تزيد عن شهر، التهاب جلدي حكي مستمر، حلا نطاقي متكرر، داء المبيضات في الحلق والفم، عدوى مزمنة ومنتشرة في الحلا البسيط، اعتلال عقدي لمفي منتشر.

أضف إلى ذلك أن وجود سرطان كابوسي أو التهاب السحايا بالميكروبات المستخفية يكفي لتشخيص مرض الايدز حتى لو لم يتوافر العدد المطلوب من العلامات الكبرى والصغرى.

8.5.2 دور الدين والأخلاقيات في الوقاية من الايدز

أن للدين موقفاً معروفاً وليس على خلاف مع المتع الحسية، فهو ليس موقف الإباحية المطلقة ولا هو موقف التحريم المطلق، وإنما يبيح الدين من هذه المتع صنوفاً معينة تسمى بلغة الدين حلالاً، ويمنع صنوفاً أخرى تسمى في لغته حراماً.

وليس من أحكام الشرع الرباني المنزل على أي من أنبياء الله ورسله تحريم مطلق للمتع الحسية ولا إباحة مطلقة لها. لأن التحريم المطلق ينافي الفطرة البشرية التي خلق الإنسان عليها ففي هذه الفطرة غرائز وقوى تقتضي الإشباع بأنواع المتع الحسية المختلفة لأن الإباحة المطلقة تحول الإنسان من كائن مكرم مميز بعقله، إلى كائن أدنى من الحيوان الأعجم الذي يهتدي بفطرته إلى ما ينفعه وإلى ما يضره فيتجنبه، وإذا كانت طرق نقل العدوى بالايديز والأمراض

¹ المرجع نفسه، ص 26.

المنقولة جنسيا تدور حول محور المتع التي يحلها الإنسان لنفسه وصور السلوك التي يباشر بها للحصول على هذه المتع فإن جميع الأديان السماوية تحل الزواج وترغب فيه وتحض عليه وتحرم ما سواه من وسائل الاستمتاع الجنسي، وأنها تأمر بالمحافظة على القوة العقلية للإنسان وتحرم كل مؤثر عليها من المخدرات أيا كان نوعها وبصرف النظر عن طريقة تناوله، وأنها توجب على العناية بالنظافة العامة والصحة العامة عناية تمنع الإنسان من الوقوف في مسببات الإصابة بالأمراض المهلكة ومن أهمها في عصرنا هذا الأمراض المنقولة جنسيا وأبرزها مرض الايدز¹.

¹ شتيوي، معمر حسني: ايدز. مرجع سابق. 1997. ص 35.

الفصل الثالث

الخصائص الديموغرافية لمنطقة الدراسة

1.3 نبذة تاريخية عن المحافظة

2.3 السكان والنمو السكاني في المحافظة

3:3 التجمعات السكانية والتوزيع الجغرافي للسكان

4.3 التركيب العمري والنوعي للسكان

5.3 الحالة الزواجية

6.3 الخصوبة

7.3 الوفيات

8.3 خصائص الأسرة

9.3 الخصائص التعليمية

10.3 حالة اللجوء

1.3 نبذة عن المحافظة

تعتبر محافظة سلفيت من البؤر الساخنة والتي تمثل أحد المواضيع المهمة في المفاوضات الفلسطينية الإسرائيلية وذلك لوقوعها بالقرب من خط الهدنة (1949) ولوقوعها على أكبر حوض مائي جوفي، حيث تنتشر فيها الينابيع في مختلف قرأها وبلداتها وتوجد الآبار الارتوازية التي يزيد عددها عن أربعة عشر بئراً دمر الاحتلال معظمها¹.

تقع محافظة سلفيت في وسط فلسطين، في الجزء الشمالي الغربي من الضفة الغربية، حيث تمتد بشكل طولي من الشرق إلى الغرب²، وبلغت مساحة المحافظة الكلية³ حوالي 204 كم²، أي حوالي 3.6% من إجمالي أراضي الضفة الغربية⁴، وتقسم أراضيها حسب الاستخدام إلى ثلاثة أقسام: أولاً أراضي زراعية وبلغت مساحتها 84.5 كم²، ثانياً أراضي أحرار وبلغت مساحتها 11.8 كم²، ثالثاً أراض مبنية واستخدامات أخرى وبلغت مساحتها⁵ 107.7 كم². ويحد المحافظة من الشمال محافظة قلقيلية ومن الجنوب محافظة رام الله، ومحافظة نابلس من الشرق وفلسطين المحتلة 1948 من الغرب⁶، وتبين الخارطة رقم (1) موقع المحافظة بالنسبة لمحافظة الضفة الغربية.

¹ <http://www.arab-eng.org/vb/t121063.html> 2010\9\19

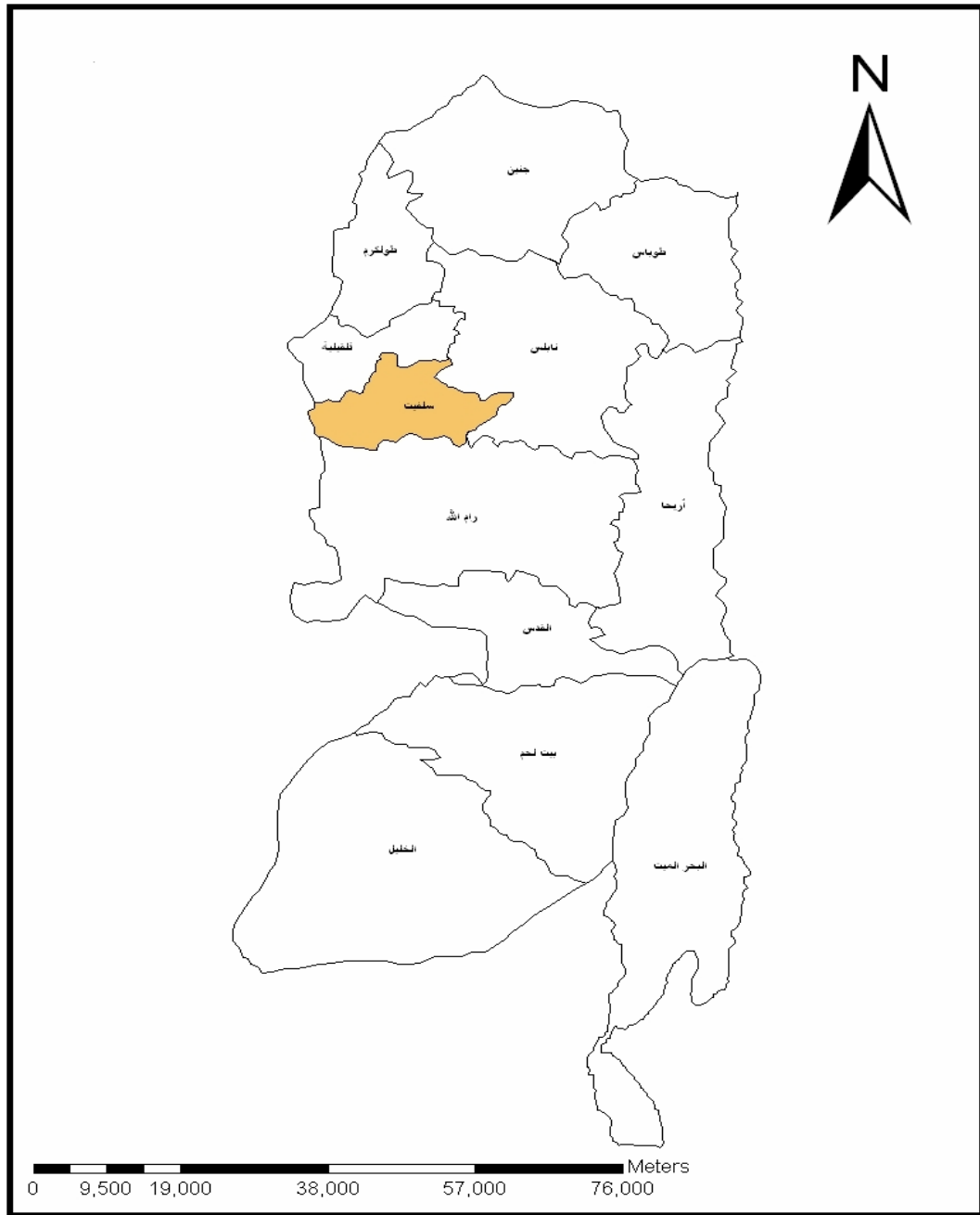
² <http://www.arab-eng.org/vb/t121063.html> 2010\9\19

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد، سلسلة التقارير التنفيذية للمحافظات (06)، منطقة سلفيت. رام الله - فلسطين.

⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2010. كتاب محافظة سلفيت الإحصائي السنوي (2). رام الله - فلسطين.

⁵ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. كتاب فلسطين الإحصائي السنوي. رقم "10"، رام الله - فلسطين.

⁶ معهد الأبحاث التطبيقية (أريج) 2008. الوضع البيئي الراهن في محافظة سلفيت، القدس - فلسطين.



الشكل رقم (1): موقع محافظة سلفيت بالنسبة لمحافظة الضفة الغربية.

قسمت محافظة سلفيت استنادا إلى معاهدة أوسلو لعام 1995 واتفاقية شرم الشيخ لعام 2000 إلى ثلاثة مناطق "أ"، "ب"، "ج". وتبلغ مساحة الأراضي التي تم تصنيفها كمناطق "أ" في المحافظة 12.64 كم² والتي تتركز فيها معظم المناطق السكنية، أما المناطق التي تم تصنيفها

كمناطق "ب" فتبلغ مساحتها 38.10 كم² ، أما الباقي 151.33 كم² فتقع ضمن مناطق "ج" وتشمل معظم الأراضي الزراعية والمناطق المفتوحة في المحافظة¹. جدول رقم (1).

الجدول رقم (1)

تصنيف الأراضي في محافظة سلفيت اعتماداً على اتفاقية أسلو الثانية 1995.

تصنيف الأراضي	من المساحة الكلية للمحافظة (%)
مناطق أ	6.2
مناطق ب	18.9
مناطق ج	74.9
المساحة الكلية	100

المصدر: معهد الأبحاث التطبيقية (أريج). 2008. الوضع البيئي الراهن في محافظة سلفيت، القدس فلسطين.

2.3 السكان والنمو السكاني في المحافظة

بلغ عدد سكان محافظة سلفيت حسب تعداد 1997 حوالي 46688 نسمة²، في حين بلغ عدد السكان حسب نتائج تعداد 2007 حوالي 58800 نسمة³، وقد شكل سكان المحافظة 2.5% من مجمل سكان الضفة الغربية الذين بلغ عددهم 2350583 نسمة⁴ لنفس العام (2007)، ومما سبق يمكن الإشارة إلى أن معدل النمو السكاني في المحافظة خلال الفترة 1997-2007 قد بلغ 2.3%. جدول رقم (2).

¹ معهد الأبحاث التطبيقية (أريج). 2008. مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد. مرجع سابق.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. رام الله فلسطين.

⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 2007: النتائج النهائية للتعداد في الضفة الغربية - ملخص (السكان والمساكن). رام الله فلسطين.

الجدول رقم (2)

تطور عدد السكان ومعدل النمو السكاني في محافظة سلفيت خلال الفترة (1931 - 2007).

السنة	عدد السكان	الفترة الزمنية	معدل الزيادة السكانية خلال تلك الفترة
1931	8729		
1945	12050	1945- 1931	%2.30
1961	19012	1961- 1945	%2.85
1967	17934	1967- 1961	%0.02
1997	46688	1997- 1967	%3.19
2007	58800	2007- 1997	%2.33

المصدر: حسابات الباحثة، ومصدر البيانات من:

1. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2008. النتائج النهائية لتعداد - ملخص - (التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت) - محافظة سلفيت. رام الله - فلسطين.
2. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. دليل التجمعات السكانية- منطقة سلفيت: المجلد الخامس. رام الله - فلسطين.

3. http://www.folklore.ps/index.php?option=com_content&view=article&id=287%3A2009-05-31-23-41-38&catid=37%3A2009-05-28-10-52-35&Itemid=71&limitstart=3. 22/7/2011.

ومن خلال الجدول رقم (2) يلاحظ التفاوت في معدل الزيادة السكانية في المحافظة ضمن الفترات الزمنية المختلفة، حيث شهدت الفترة ما بين 1961- 1967 اقل زيادة سكانية، وقد يعود ذلك للأوضاع السياسية في الأراضي الفلسطينية في تلك الفترة حيث نشبت حرب عام 1967 وتم احتلال مساحات كبيرة من الأراضي الفلسطينية في تلك الفترة وتعرض أفراد الشعب الفلسطيني على إثر هذه الأوضاع إلى عملية التهجير إلى البلدان العربية المجاورة، بالإضافة إلى أنه قد منع عدد كبير من الفلسطينيين اللذين كانوا خارج الضفة من العودة إلى الأراضي الفلسطينية، في حين شهدت الفترة ما بين 1967- 1997 اكبر زيادة سكانية في المحافظة ويعود ذلك إلى أنه لم تحدث عمليات التهجير القسرية في تلك الفترة الزمنية، بالإضافة إلى أن هذه

الفترة قد شهدت عودة عدد كبير من الفلسطينيين العائدين الذين رجعوا إلى الضفة الغربية مع قدوم السلطة الفلسطينية.

3.3 التجمعات السكانية والتوزيع الجغرافي للسكان

تبلغ مساحة محافظة سلفيت حوالي 204 كم² ، ويتوزع السكان فيها على 20 تجمع سكاني بين قرية ومدينة وهي موزعة كما هو مبين في الشكل رقم (2)، حيث تم تصنيف كل من سلفيت وبديا بأنها تجمعات حضرية وذلك حسب تصنيف نوع التجمع المعتمد في الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني¹ لعام 2007 ، في حين صنف بقية التجمعات السكانية على أنها تجمعات ريفية.



الشكل رقم (2): التجمعات السكانية في محافظة سلفيت.

أما عن توزيع السكان على هذه التجمعات الحضرية والريفية، فقد تبين من تعداد عام 1997 أن نسبة السكان الذين يقيمون في المناطق الحضرية كانت 28.2%، أما نسبة السكان في المناطق الريفية فشكلت 71.8%، وبالمقارنة مع تعداد 2007 تبين أنه قد بلغت نسبة السكان في

¹ معهد الأبحاث التطبيقية (أريج). 2008. مرجع سابق.

المناطق الحضرية 36.3%، ونسبة السكان¹ للذين يقيمون في المناطق الريفية 63.7%. ويظهر مما سبق تزايد نسبة السكان في المناطق الحضرية في تعداد 2007 عن نسبتهم في تعداد 1997، وقد يعود ذلك إلى أنه قد تم تصنيف بديا على أنها تجمع حضري وذلك بعد تعداد 2007.

وبلغت الكثافة السكانية في منتصف عام 1997 حوالي 238 فرد/كم²، وارتفعت في عام 2007.

فبلغت حوالي (288 فرد/كم²)². وكان ذلك نتيجة للنمو السكاني في المحافظة، جدول رقم (4).

الجدول رقم (3)

الكثافات السكانية للمحافظة حسب سنوات مختلفة.

السنة	الكثافة السكانية (فرد/كم ²)
1931	43
1945	59
1961	93
1967	93
1997	238
2007	288

المصدر: حسابات الباحثة ومصدر البيانات من:

1. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008. النتائج النهائية لتعداد - ملخص - (التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت) - محافظة سلفيت. رام الله - فلسطين.
2. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. دليل التجمعات السكانية- منطقة سلفيت: المجلد الخامس. رام الله - فلسطين.

3. http://www.folklore.ps/index.php?option=com_content&view=article&id=287%3A2009-05-31-23-41-38&catid=37%3A2009-05-28-10-52-35&Itemid=71&limitstart=3 4.3. 22/7/2011.

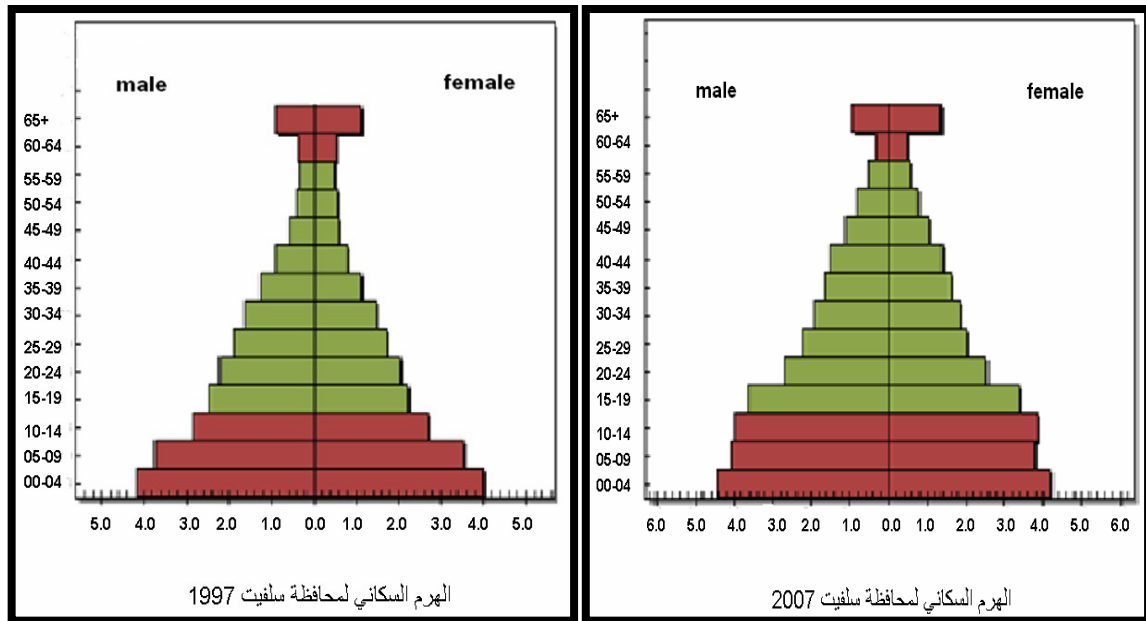
¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

4.3 التركيب العمري والنوعي للسكان

ظهر أن نسبة صغار السن في المحافظة كانت مرتفعة، الشكل رقم (3) ، فشكلت نسبة السكان اللذين أعمارهم (أقل من 15) سنة 44.9% في تعداد 1997، ونحو 41.4% في تعداد 2007، وكان هذا نتيجة لارتفاع معدلات الخصوبة في المحافظة شأنها شأن بقية مناطق الضفة الغربية الأخرى، وكون النسبة الغالبة من سكان ريفيون ترتفع لديهم معدلات الخصوبة.

أما نسبة الأشخاص الذين أعمارهم (15-64) سنة وهي الفئة المنتجة في المجتمع فنجد أنها شكلت نحو 50.6% في تعداد 1997، ونحو 54.6% في تعداد 2007، وهذه النسبة تكاد تتماثل مع ما هو موجود في الضفة الغربية. أما عن نسبة كبار السن (65+) فشكلت نحو 4.4% في تعداد 1997، ونحو 3.8% في تعداد¹ 2007.



الشكل رقم (3): التوزيع الهرمي لسكان محافظة سلفيت حسب تعداد 1997 وتعداد 2007.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

وبلغ العمر الوسيط لسكان المحافظة حسب تعداد 1997 حوالي 17 سنة¹ ، أما في تعداد عام 2007 فقد بلغ العمر الوسيط حوالي 18.1 سنة، وبالمقارنة مع الضفة الغربية فقد وصل العمر الوسيط فيها إلى حوالي 17 سنة حسب تعداد 2007، وهذا يدل على أن سكان محافظة سلفيت يقعون ضمن مرحلة الشباب من مراحل الانتقال الديموغرافي، ويتضح ذلك من خلال الهرم السكاني لمحافظة سلفيت المبين في الشكل رقم (3)، والذي يظهر من خلاله أن مجتمع محافظة سلفيت مجتمع فتي، فيلاحظ اتساع قاعدة الهرم السكاني المتمثلة بالأفراد صغار السن والذين يشكلون نسبة مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، وبارتفاع العمر يقل عدد السكان. ومن هنا يمكن القول أنه قد بلغت نسبة كبار السن إلى صغار السن سنة 1997 حوالي 9.7% في حين انخفضت نسبة كبار السن إلى صغار السن قليلا سنة 2007 فبلغت حوالي 9.4%. ومن ذلك يظهر لدينا ارتفاع نسبة الإعاقة لصغار السن، فحسب نتائج تعداد 1997 بلغت نسبة الإعاقة الخام في المحافظة حوالي 97.4%، في حين انخفضت هذه النسبة إلى 83.0% وذلك حسب نتائج تعداد 2007².

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

² المرجع نفسه.

الجدول رقم (4)

التركيب العمري والنوعي للسكان في محافظة سلفيت حسب الجنس والفئات العمرية للعامين 1997 و 2007.

فئة العمر		كلا الجنسين		ذكور		إناث	
		2007	1997	2007	1997	2007	1997
4- 0		8635	4188	4434	3991	4201	
9- 5		7864	3735	4073	3525	3791	
14- 10		7829	2833	3992	2705	3837	
14- 0		24328	10756	12499	10221	11829	
19- 15		7036	2445	3635	2218	3401	
24- 20		5218	2226	2694	2025	2524	
29- 25		4208	1897	2201	1730	2007	
34- 30		3796	1633	1926	1476	1870	
39- 35		3258	1254	1658	1125	1600	
44- 40		2906	914	1493	821	1413	
49- 45		2187	593	1125	592	1062	
54- 50		1601	389	831	548	770	
59- 55		1043	341	504	483	539	
64- 60		800	364	336	536	464	
64- 15		32053	12056	16403	11554	15650	
+65		2290	917	935	1124	1355	
غير مبين		129	32	47	28	82	
المجموع		58800	23761	29884	22927	28916	

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان- محافظة سلفيت. رام الله فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت -1997:النتائج النهائية. تقرير السكان - منطقة سلفيت، (الجزء الأول). رام الله-فلسطين.

بلغت نسبة الجنس في المحافظة حوالي 103.6 ذكر لكل 100 أنثى¹ وذلك حسب تعداد 1997، في حين بلغت نسبة الجنس حسب تعداد 2007 حوالي 103.3 ذكر لكل 100 أنثى² وبذلك يظهر أن نسبة الجنس في المحافظة تقل عن النسبة الموجودة في الضفة الغربية والتي وصلت إلى 103.2 ذكر لكل 100 أنثى³ عام 2007 . وظهر مما سبق أن نسبة الذكور في مرحلتي الطفولة والشباب أعلى من نسبة الإناث، في حين ترتفع نسبة الإناث عن الذكور مع تقدم العمر في فئة كبار السن (65 سنة فأكثر)، وذلك يعود إلى أن الذكور يتعرضون خلال حياتهم للجهد والخطر بشكل أكبر من الإناث خلال عملهم، ومع تقدم العمر قد يؤثر ذلك على وضعهم الصحي وهذا الوضع موجود في معظم المجتمعات حيث أن نسبة الممرضات من الإناث أكثر من نسبة المعمرين من الذكور .

5.3 الحالة الزوجية

أظهرت نتائج تعداد 2007 أنه قد بلغ عدد السكان المتزوجين والذين أعمارهم 12 سنة فأكثر في محافظة سلفيت 20097 فرداً، ويشكلون ما نسبته 51.4% من مجمل السكان 12 سنة فأكثر في المحافظة، ومن الجدول رقم(5) يظهر أنه قد ارتفعت نسبة الإناث المتزوجات عن الذكور وذلك بسبب انتشار تعدد الزوجات وهجرة عدد من أرباب الأسر وترك عائلاتهم في المحافظة، وارتفعت نسبة الإناث الأرمال عن الذكور، والجدول رقم(4) يظهر ارتفاع عدد الإناث في مرحلة الشيخوخة عن عدد الذكور، وارتفعت نسبة الإناث المطلقات أيضاً عن الذكور، وقد يفسر ذلك بطبيعة المجتمع وعاداته السائدة حيث لا يواجه الرجل المطلق أو الأرمال صعوبة في الزواج مرة أخرى، في حين ينظر للمرأة المطلقة أو الأرملة نظرة مختلفة.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد. مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2009. فلسطين في أرقام 2008. رام الله- فلسطين.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد. مرجع سابق.

الجدول رقم(5)

التوزيع النسبي لسكان محافظة سلفيت 12 سنة فأكثر حسب الجنس و الحالة الزوجية لهم،
للعامين 1997 و 2007.

سنة 2007		سنة 1997		الحالة الزوجية
ذكور	إناث	ذكور	إناث	
48.6	39.7	44.9	34.3	لم يسبق لهم الزواج
50.4	52.4	53.8	56.7	متزوج
0.2	1.1	0.2	1.1	مطلق
0.6	6.2	0.7	7.5	أرمل
0.1	0.4	-	-	منفصل
0.1	0.2	0.4	0.4	غير مبين
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. رام الله. فلسطين.

بلغ العمر الوسيط عند الزواج الأول في المحافظة حسب نتائج تعداد 1997 حوالي 23

سنة للذكور، و19 سنة للإناث¹، في حين قد بلغ العمر الوسيط عند الزواج الأول لعام 1997 في

الضفة الغربية 24 سنة للذكور و 18 سنة للإناث ، أما حسب تعداد 2007 فقد بلغ العمر عند

الزواج الأول 25.2 سنة للذكور ، في حين بلغ 20 سنة للإناث ، وبالمقارنة مع الضفة الغربية

فقد ظهر أنه حسب تعداد 2007 قد بلغ العمر الوسيط عند الزواج الأول 25.4 سنة للذكور،

و20.1 سنة للإناث²، ومن الملاحظ أنه لا يوجد فارق ملحوظ في العمر عند الزواج الأو بين

المحافظة والضفة الغربية.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. ورشة عمل حول الواقع الاجتماعي لسكان محافظات شمال الضفة

الغربية، 2010، رام الله - فلسطين.

6.3 الخصوبة

أشارت نتائج تعداد 2007 إلى أن عدد النساء اللواتي أعمارهن 12 سنة فأكثر وسبق لهن الزواج قد بلغ 11645 امرأة، وبلغ مجموع المواليد اللذين سبق إنجابهم أحياء لهؤلاء النساء حوالي 56463 مولود حي، كان منهم 29256 ذكر و 27207 أنثى¹، أي أن متوسط عدد الأطفال المنجبين لكل امرأة سبق لها الزواج في محافظة سلفيت حسب نتائج تعداد 2007 قد بلغ 4.9 طفلاً²، في حين بلغ متوسط عدد الأطفال المنجبين في الضفة الغربية حوالي 4.6 طفلاً³ ويظهر التقارب في متوسط عدد الأطفال المنجبين في المحافظة والضفة الغربية بشكل عام، جدول رقم (6).

الجدول رقم (6)

النساء الفلسطينيات (12 سنة فأكثر) في محافظة سلفيت اللاتي سبق لهن الزواج وعدد المواليد الذين سبق إنجابهم أحياء ومتوسط عدد الأطفال المنجبين حسب فئة العمرية لعام 2007.

الفئة العمرية	مجموع النساء (12 سنة فأكثر) اللاتي سبق لهن الزواج	عدد المواليد اللذين سبق إنجابهم أحياء	متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة في المحافظة حسب الفئة العمرية
14- 12	3	---	---
19- 15	306	160	0.5228
24- 20	1382	2076	1.5022
29- 25	1696	4654	2.7441
34- 30	1680	7133	4.2458
39- 35	1466	7597	5.1821
44- 40	1276	7340	5.7523
49- 45	961	5957	6.1988
+65- 50	2875	21546	7.4943
المجموع	11645	56463	4.8487

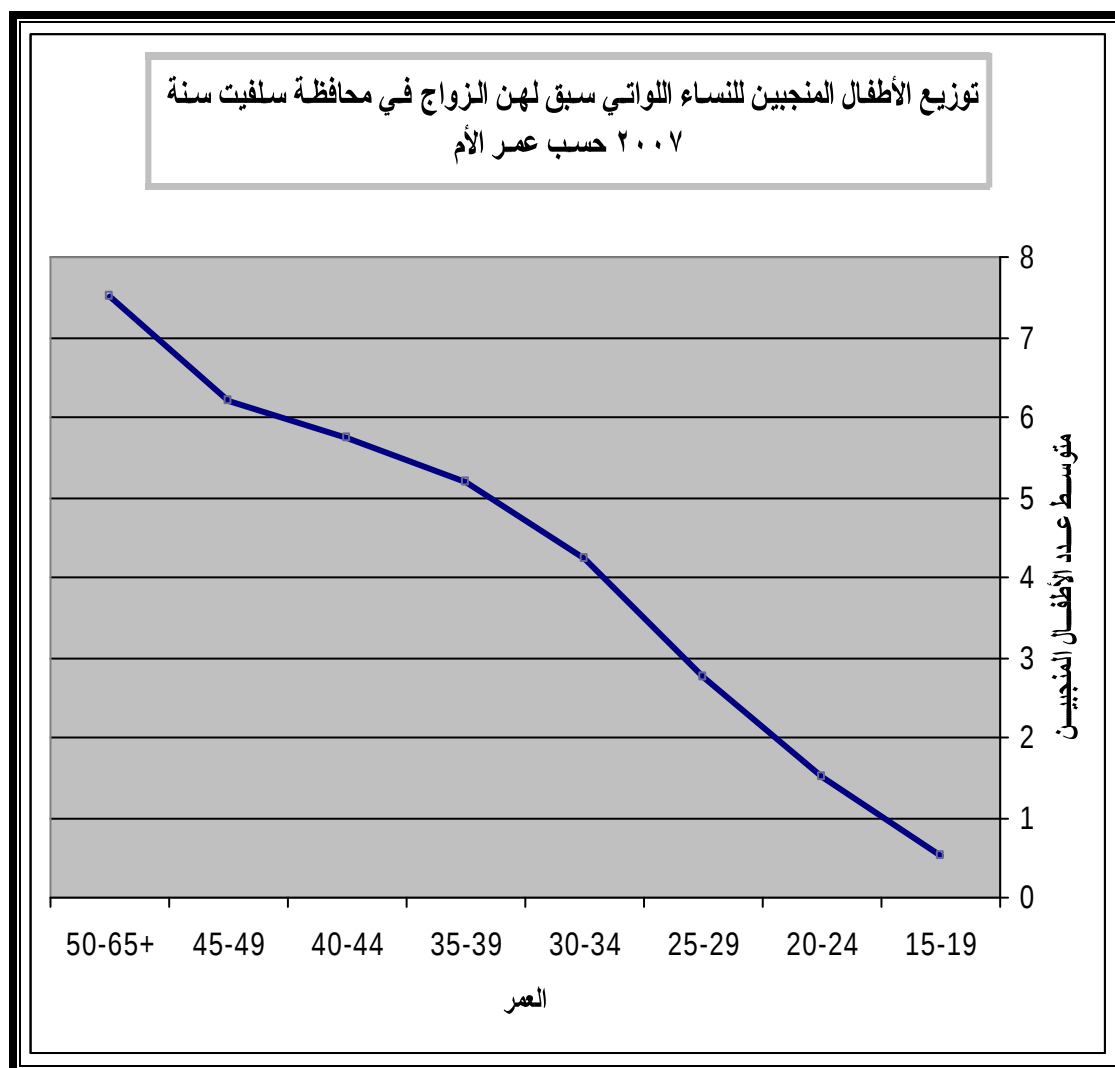
المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان محافظة سلفيت. رام الله - فلسطين.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. ورشة عمل حول الواقع الاجتماعي لسكان محافظات شمال الضفة الغربية، مرجع سابق.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. كتاب فلسطين الإحصائي السنوي. رقم "10"، مرجع سابق.

وبين الشكل رقم (4) توزيع الأطفال المنجبين للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب عمر الأم في محافظة سلفيت لسنة 2007، والذي يظهر ارتفاع أعداد الأطفال المنجبين كلما ارتفع عمر الأم، حيث أنه من المعلوم أنه كلما زاد عمر الأم كلما زاد عدد الأطفال المنجبين لها.



المصدر: إعداد الباحثة.

الشكل رقم (4): توزيع الأطفال المنجبين للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب عمر الأم في محافظة سلفيت لسنة 2007.

من جهة أخرى فقد تبين أن معدل الخصوبة العام في المحافظة لسنة 2007 قد بلغ 124.5 بالآلف¹. وتبين أنه قد بلغ معدل المواليد الخام في المحافظة 29.3 بالآلف، وبالمقارنة مع الضفة الغربية تبين أن معدل المواليد الخام قد بلغ فيها سنة 2007 حوالي 30.6 بالآلف².

7.3 الوفيات

بلغ عدد الوفيات المسجلة في المحافظة لعام 2007 حوالي 202 شخص منهم 107 ذكر و 95 أنثى³، وبذلك فقد بلغ معدل الوفاة الخام في المحافظة 3.4 بالآلف. وبالمقارنة مع الضفة الغربية فقد بلغ معدل الوفاة الخام فيها سنة 2007 حوالي 3.4 بالآلف⁴، أما عن وفيات الأطفال الرضع، فقد بلغ عدد الأطفال الرضع المسجلين لسنة 2007 في المحافظة 8 أطفال (4 ذكور، 4 إناث)⁵ ويظهر أن معدل وفيات الأطفال الرضع قد بلغ 4.6 بالآلف وهذا المعدل منخفض جدا وذلك يدل على أنه قد يكون هناك نقص في تسجيل وفيات الأطفال الرضع في المحافظة، أو ارتفاع في المستوى الصحي.

8.3 خصائص الأسرة

بلغ متوسط حجم الأسرة حوالي 6 فرد حسب نتائج تعداد 1997 في المحافظة⁶، وكان متوسط حجم الأسرة في الضفة الغربية قد بلغ 6 فرد أيضا، وإذا قارنا هذه النتائج بنتائج تعداد 2007 نجد أنه قد بلغ متوسط حجم الأسرة في المحافظة 5.4 فردا⁷، وبالمقارنة مع الضفة

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. ورشة عمل حول الواقع الاجتماعي لسكان محافظات شمال الضفة الغربية، مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. فلسطين في أرقام 2008. مرجع سابق.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. كتاب فلسطين الإحصائي السنوي. رقم "10"، مرجع سابق.

⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. فلسطين في أرقام 2008. مرجع سابق.

⁵ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. كتاب فلسطين الإحصائي السنوي. رقم "10"، مرجع سابق.

⁶ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد. مرجع سابق.

⁷ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد - تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

الغربية تبين أن متوسط حجم الأسرة قد بلغ في نفس العام 5.5 فرد¹، وهذا يدل على انخفاض متوسط حجم الأسرة في المحافظة والصفة الغربية بشكل عام وذلك بسبب الاتجاه العام نحو الانخفاض في متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة كما سبق وذكرنا، بالإضافة إلى اتجاه الأسر نحو الأسر النووية.

9.3 الخصائص التعليمية

ظهر أن نسبة الأفراد الحاصلين على الشهادة الإعدادية كانت أعلى نسبة بين الحالات التعليمية الأخرى حيث بلغت 21.1 % في تعداد 2007، في حين كانت نسبة من هم حاصلين على التعليم الابتدائي أعلى في تعداد 1997، جدول رقم(7).

الجدول رقم(7)

التوزيع النسبي لسكان محافظة سلفيت حسب الحالة التعليمية للعامين 1997 و 2007.

سنة 2007	سنة 1997	الحالة التعليمية
9.9	12.4	أمي
18.8	17.1	ملم
17.5	25.4	ابتدائي
21.1	22.5	إعدادي
14.1	12	ثانوي
5.5	5.2	دبلوم متوسط
11.9	4.2	بكالوريوس
0.1	0.1	دبلوم عالي
0.8	0.4	ماجستير
0.2	0.1	دكتوراه
0.1	0.6	غير مبين
100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. رام الله - فلسطين.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008. فلسطين في أرقام 2007، رام الله - فلسطين.

تبين من الجدول رقم (7) أن نسبة الأمية قد تراجعت بشكل واضح في المحافظة، حيث انخفضت نسبة الأمية في المحافظة من 12.4% لعام 1997 لتصبح 9.9% لعام 2007، وذلك من إجمالي عدد السكان 10 سنوات فأكثر، وتنتشر الأمية بين الإناث أكثر منها بين الذكور، حيث بلغت نسبة الأمية عند الذكور 3.3% أما عند الإناث فقد بلغت نسبة الأمية 12.8% وحسب نوع التجمع فقد كانت نسبة الأمية في المناطق الريفية أعلى منها في المناطق الحضرية فقد بلغت نسبة الأمية في أرياف المحافظة 8.7%، أما في الحضر فقد بلغت النسبة 6.7%¹ ومن المعروف أن نسبة الأمية ترتفع بين كبار السن وخاصة الإناث منهن بسبب عدم توفر الدراسة الخاصة بالإناث في المناطق الريفية في الزمن الماضي وبالتالي كانت الأسر تهتم بتعليم الذكور أكثر من الإناث على اعتبار أن تعليم الذكر هو نوع من الاستثمار الاقتصادي للأسرة.

10.3 حالة اللجوء

لا يوجد أي مخيمات للاجئين في محافظة سلفيت، أما عن عدد اللاجئين المسجلين في المحافظة فقد بلغ عددهم حسب نتائج تعداد 2007 حوالي 4880 لاجئاً أي بنسبة 8.3% من مجمل السكان الفلسطينيين في المحافظة، وكانوا موزعين بواقع 1881 لاجئاً في المناطق الحضرية بنسبة 8.8% من مجمل السكان الفلسطينيين المقيمين في المناطق الحضرية من المحافظة، و 2999 لاجئاً في الريف ويشكلون ما نسبته 8% من مجمل السكان الفلسطينيين المقيمين في المناطق الريفية من المحافظة².

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد. تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد. تقرير السكان - محافظة سلفيت. مرجع سابق.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

1.4 مجتمع الدراسة

2.4 منهج الدراسة

3.4 عينة الدراسة

4.4 أداة الدراسة

5.4 إجراءات الدراسة

6.4 تصميم الدراسة

7.4 المعالجات الإحصائية

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

يشمل هذا الفصل على عرض للمنهجية التي تم إتباعها في هذه الدراسة، وتشتمل هذه المنهجية على مجتمع الدراسة وعينته، ومنهج الدراسة، وتم وصف الأدوات والإجراءات التي تم وفقها تطبيق هذه الدراسة، وأهم المعالجات الإحصائية التي تم استخدامها لتحليل البيانات والتوصل إلى أبرز النتائج، وفي ما يلي تفصيل للعناصر سابقة الذكر:

1.4 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من طالبات المرحلة الثانوية (الصفين الأول الثانوي والثاني الثانوي) في المدارس الحكومية الثانوية في محافظة سلفيت، وكان ذلك للفصل الدراسي الثاني للعام (2010/2011)، وشملت العينة كافة التخصصات (العلمي والأدبي والتجاري)، وقد قامت الباحثة بالاطلاع على الإحصاءات المتعلقة بعدد طالبات المرحلة الثانوية، حيث بلغ عدد الطالبات الدارسات فيها حوالي 1718 طالبة، موزعات بين الصفين الأول ثانوي والثاني ثانوي وعلى التخصصات المختلفة، جدول رقم (8)¹.

¹ مديرية التربية والتعليم. قسم التعليم العام. سلفيت. 2010/4/19 .

الجدول رقم (8)

توزيع مجتمع الدراسة تبعا لمتغيري الصف والتخصص.

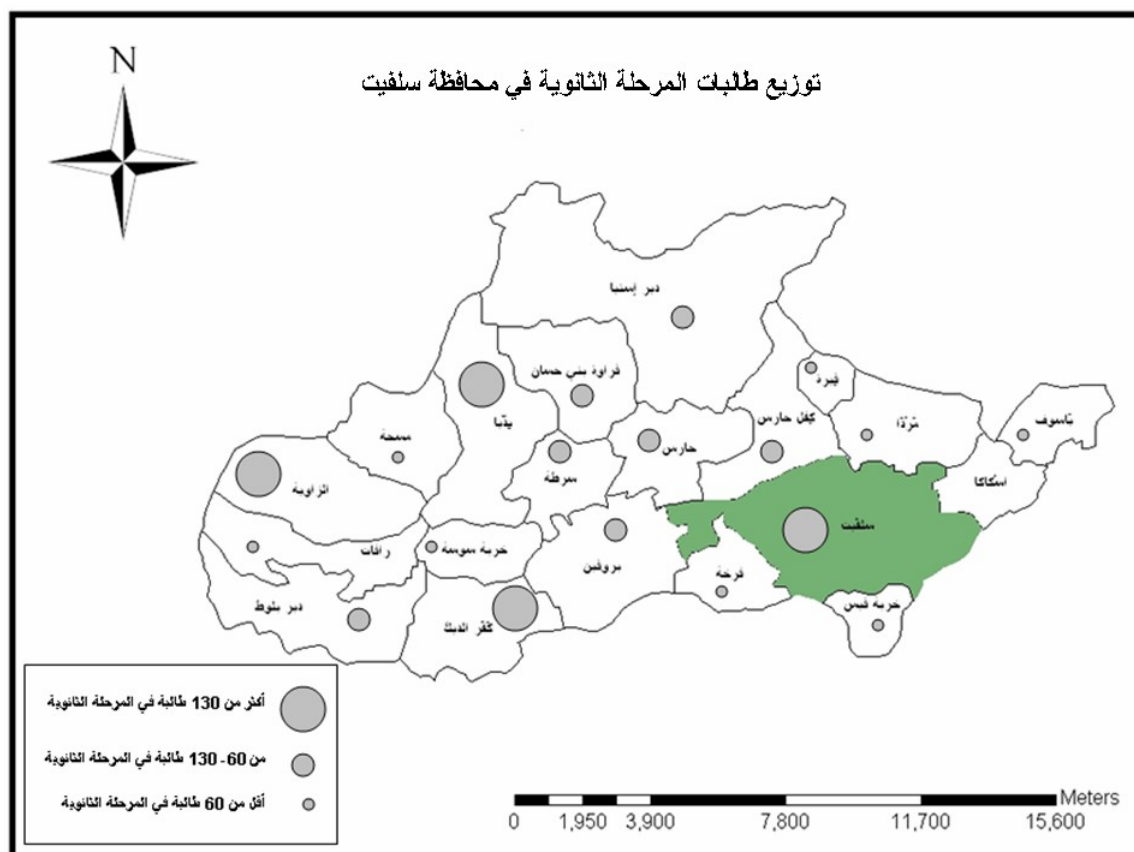
عدد الطالبات حسب التخصص								الصف
المجموع		تجاري		أدبي		علمي		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%48.5	833	%5.7	98	%30.4	522	%12.4	213	الأول ثانوي
%51.5	885	%7.0	121	31.1	535	%13.3	229	الثاني ثانوي
%100	1718	%12.7	219	%61.5	1057	%25.7	442	المجموع

المصدر: مديرية التربية والتعليم، سلفيت، 2010.

قامت الباحثة بأخذ نسبة معينة من طالبات المرحلة الثانوية حسب أعدادهن في المدارس،

حيث كان هناك تفاوت بين أعدادهن من مدرسة لأخرى حسب حجم التجمع السكاني، ويبين

الشكل رقم (5) توزيع طالبات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة سلفيت حسب العدد.



الشكل رقم (5): توزيع طالبات المرحلة الثانوية في محافظة سلفيت حسب العدد.

2.4 منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي بالإضافة إلى المنهج التحليلي في هذه الدراسة، وذلك نظرا لملائمته لأغراض الدراسة.

3.4 عينة الدراسة

تم اختيار عينة من مجتمع الدراسة السابق ذكره، حيث كان حجم العينة حوالي 520 طالبة أي (30%) من طالبات المرحلة الثانوية في المدارس الحكومية في محافظة سلفيت للعام الدراسي (2010/2011) بهامش خطأ للعينة مقداره $\pm 4.3\%$ ، وتم اختيار العينة بالطريقة الطبقيّة العشوائية، وتم اختيار عينة ممثلة لهؤلاء الطالبات حسب نوع التجمع السكاني وحجمه، فقد كان 55.1% من أفراد العينة يسكنون في القرى والباقي يسكنون تجمعات حضرية، أما عن

حجم التجمعات السكانية في المحافظة فقد تم تقسيمها إلى ثلاثة أقسام حسب حجم التجمع السكاني (تجمعات كبيرة، تجمعات متوسطة، تجمعات صغيرة)، فكانت نسبة من يسكن في تجمعات سكنية كبيرة الحجم 44.9% وقد اشتملت على محافظة سلفيت وبديا، و 40.1% يسكن قرى متوسطة الحجم واشتملت على قرى ديرستيا وكفل حارس وحارس، أما البقية فقد كانوا يسكنون قرى صغيرة الحجم واشتملت على كل من قرية ياسوف ومردة وقيرة. جدول رقم (9).

الجدول رقم (9)

توزيع العينة حسب متغير حجم التجمع السكاني.

عدد الطالبات حسب التخصص									
المجموع		تجاري		أدبي		علمي			
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	الصف	التجمع السكاني
%21.8	113	%3.5	18	%12.7	66	%5.6	29	الأول ثانوي	تجمع كبير
%22.5	117	%4.8	25	%11.7	61	%6.0	31	الثاني ثانوي	
%19.5	101	%2.3	12	%11.0	57	%6.2	32	الأول ثانوي	تجمع متوسط
%21.1	110	%2.1	11	%12.5	65	%6.5	34	الثاني ثانوي	
%7.4	39	%0.0	0	%6.7	35	%0.77	4	الأول ثانوي	تجمع صغير
%7.7	40	%0.0	0	%6.9	36	%0.77	4	الثاني ثانوي	
%100	520	%12.6	66	%61.5	320	%25.7	134		المجموع

المصدر: إعداد الباحثة.

أما عن توزيع الطالبات حسب الصف والتخصص فقد بلغت نسبة الطالبات اللواتي من الصف الأول ثانوي 52.2%، والباقي من الصف الثاني ثانوي، وكانت 61.0% من الطالبات ملتحقات بالفرع الأدبي، و 26.3% بالفرع العلمي وما تبقى بالفرع التجاري.

ولقد تبين أن متوسط عمر الطالبات اللواتي شملهن المسح قد بلغ 17 سنة، ومتوسط عمر الآباء في العينة قد بلغ 47.8 سنة، في حين بلغ متوسط عمر الأمهات حوالي 42.3 سنة. أما عن الحالة العملية للأب والأم فيظهر ذلك من خلال الجدول رقم (10).

الجدول رقم (10)

التوزيع النسبي للحالة العملية لكل من الأب والأم.

الحالة العملية	الأب	الأم
يعمل	84.6	19.1
عاطل عن العمل	11.1	5.2
ربة بيت	0.0	75.7
متقاعد	3.0	0.0
مكتفي (بملك النقود وغير بحاجة للعمل)	1.2	0.0
المجموع	100.0	100.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

يلاحظ من الجدول رقم (10) ارتفاع نسبة الآباء العاملين ممن شملتهم الدراسة الميدانية 2010، وترتفع هذه النسبة كون الأب هو المعيل الأول للأسرة، ويتبين أن 11.1% منهم كان عاطلا عن العمل، كما يظهر ارتفاع نسبة الأمهات ربات البيوت وانخفاض نسبة من يعملن ومن هن عاطلات عن العمل، ويعود ذلك إلى تدني المستوى التعليمي للأمهات، حيث كانت حوالي ثلاثة أرباع أمهات العينة في المستوى التعليمي الثانوي فأقل، وأيضا قد نفسر ذلك بانخفاض العمر عند الزواج الأول للأم حيث بلغت نسبة الأمهات المتزوجات تحت سن 19 سنة حوالي 61%.

أما عن مهنة الأب والأم فيظهر ذلك في الجدول رقم (11).

الجدول رقم (11)

التوزيع النسبي لمهنة كل من الأب والأم.

نوع المهنة	مهنة الأب	مهنة الأم
تجارة	14.1	9.4
خدمات	22.4	47.9
زراعة	4.3	1.7
صناعة	6.1	1.7
بناء	23.2	0.0
نقل ومواصلات	6.4	0.0
هندسة	1.6	0.0
طب	1.4	3.4
أخرى	20.6	35.9
المجموع	100.0	100.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

من الجدول رقم (11) يلاحظ أن مهنة البناء من أكثر المهن التي يعمل فيها الآباء ممن شملتهم العينة، ويعود ذلك إلى ارتفاع أعداد العاملين في هذه المهنة خاصة داخل منطقة الهدنة (فلسطين 48)، وأيضاً إلى انخفاض المستوى التعليمي لدى الآباء الذين شملتهم العينة حيث تبين أن حوالي ثلثي الآباء في المستوى التعليمي ثانوي فأقل، وكانت نسبة العاملين في قطاع الخدمات أيضاً مرتفعة بالنسبة لغيرها من النسب الأخرى، وقد يفسر ذلك بأن ثلث الآباء تقريباً ممن شملتهم العينة حاصلين على شهادات الدبلوم والبيكالوريوس، في حين توزعت باقي النسب على بقية المهن.

أما في ما يتعلق بمهنة الأم فظهر أن حوالي نصف الأمهات العاملات تقريباً كن يعملن في قطاع الخدمات في حين تدنت نسبة عمل الأمهات في قطاع التجارة والزراعة والبناء والصناعة. وقد يعود ذلك التفاوت إلى تقبل المجتمع لعمل المرأة في قطاع الخدمات وخاصة

التعليم، ومن جهة أخرى رفضه لعمل المرأة في القطاعات الأخرى مثل البناء والنقل والمواصلات والتجارة والصناعة.

وتبين من الدراسة أنه قد بلغ متوسط دخل الأسرة لأفراد العينة حوالي 3289 شيكل.

وأظهرت الدراسة الميدانية 2010 المستوى التعليمي لكل من الأب والأم، حيث ظهر تفاوت في المستويات التعليمية المختلفة ما بين الأب والأم، جدول رقم (12).

الجدول رقم (12)

التوزيع النسبي للمستوى التعليمي لكل من الأب والأم.

المستوى التعليمي	الأب	الأم
أمي	2.2	2.7
ابتدائي	10.3	10.7
إعدادي	17.4	21.8
ثانوي	35.8	39.5
دبلوم	15.2	12.5
بكالوريوس فأعلى	19.2	12.8
المجموع	100.0	100.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

يلاحظ من الجدول رقم (12) ارتفاع نسبة الحاصلين على التعليم الثانوي من الآباء والأمهات، ويلاحظ ارتفاع النسبة عند الأمهات أكثر من الآباء، حيث بلغت نسبة الأمهات الحاصلات على التعليم الثانوي 39.5%، ويعود ذلك إلى أن غالبية الإناث يتزوجن قبل العمر 19 سنة أي عند إتمام المرحلة الثانوية، في حين بلغت نسبة الآباء الحاصلين على التعليم الثانوي 35.8%، وقد يعود ذلك إلى وجود ظاهرة تسرب بعض الذكور من المدرسة قبل الوصول للمرحلة الثانوية من أجل العمل في حين تقل نسبة الإناث اللواتي يتسربن بهذا السن من أجل العمل.

و يلاحظ أيضا أن نسبة الآباء الحاصلين على شهادة الدبلوم والبيكالوريوس أكثر من نسبة الأمهات، حيث أن 34.4% حصلوا على مؤهل الدبلوم أو البكالوريوس، مقابل 25.3% من الأمهات قد حصلن على مؤهل الدبلوم أو البكالوريوس. ويعود ذلك إلى ارتفاع نسبة الزواج المبكر لدى الفتيات مما حرمهن من إكمال تعليمهن الجامعي.

وإذا ما تطرقنا للحالة الزوجية لكل من الأب والأم فيلاحظ ذلك في الجدول رقم (13).

الجدول رقم (13)

التوزيع النسبي للحالة الزوجية لكل من الأب والأم.

الحالة الزوجية	الأب	الأم
متزوج	99.2	94.6
مطلق	0.4	0.6
أرمل	0.4	4.8
المجموع	100.0	100.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

يلاحظ أن 0.8% فقط من الآباء الذين شملتهم العينة غير متزوجين ، وأن 94.6% من الأمهات كن متزوجات، ويتبين أيضا ارتفاع نسبة الأرامل والمطلقات لدى الأمهات أكثر منها لدى الآباء، وقد يعود ذلك إلى نظرة مجتمعنا السلبية للمرأة المطلقة أو الأرملة في حين لا يواجه الرجل مثل هذه النظرة السلبية.

وتبين من الدراسة ارتفاع متوسط العمر عند الزواج الأول للآباء عن الأمهات، حيث بلغ متوسط العمر عند الزواج الأول للآباء 24.5 سنة، في حين بلغ متوسط العمر عند الزواج الأول للأمهات حوالي 19.4 سنة، وقد يعود ذلك الفرق في العمر عند الزواج الأول بين الأمهات والآباء إلى ارتفاع نسبة الزواج المبكر لدى الإناث أكثر من الذكور.

ويتبين من الدراسة انه قد بلغ متوسط عدد أفراد الأسرة حوالي 7.8 فرد، كان منهم 3.5 ذكور و4.2 إناث، أما عن متوسط عدد الأخوة والأخوات لأفراد العينة فقد بلغ 5.6 أخ وأخت، كان منهم 2.7 إخوة ذكور، و 2.9 أخوات إناث.

وبرز من الدراسة أن غالبية الطالبات كان ترتيبها بين إختها الأولى حيث بلغت نسبتهن 21.5%، أما نسبة الطالبات اللواتي كان ترتيبها الثانية أو الثالثة بين إختها فقد بلغت 22.1%.

4.4 أداة الدراسة

تم تصميم أداة الدراسة المتمثلة بالاستبانة بما يتناسب مع أغراض الدراسة وأهدافها، حيث اشتملت على مجموعة من الأسئلة وكانت مقسمة إلى ثلاثة أقسام كما يلي:

القسم الأول: كان الهدف من هذا القسم في الاستمارة هو التعرف على المعلومات الديموغرافية للطالبات والوالدين.

القسم الثاني: كان الهدف من هذا القسم في الاستمارة هو التعرف على مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية ببعض قضايا الصحة الإنجابية، وتشكيل صورة متكاملة عن مدى معرفتهن بهذه الموضوعات. وقد تم هنا تقسيم الاستمارة إلى خمسة موضوعات كالآتي:

▪ الموضوع الأول: الصحة الإنجابية وموضوعاتها.

▪ الموضوع الثاني: المراهقة والتغيرات الفسيولوجية.

▪ الموضوع الثالث: الزواج المبكر.

▪ الموضوع الرابع: تنظيم الأسرة.

▪ الموضوع الخامس: الأمراض المنقولة جنسيا.

القسم الثالث: كان الهدف من هذا القسم في الاستمارة هو التعرف على أكثر المصادر التي تحصل الفتيات من خلالها على معلومات حول الصحة الإنجابية وموضوعاتها.

وقامت الباحثة بالرجوع إلى كافة المناهج المدرسية من الصف السابع إلى الصف الثاني ثانوي، وتم استخراج ما بهذه المناهج من معلومات عن الصحة الإنجابية وموضوعاتها، وتم تصنيفها حسب الموضوع كالآتي:

(1) الصحة الإنجابية.

(2) المراهقة والتغيرات الفسيولوجية.

(3) الزواج المبكر.

(4) تنظيم الأسرة.

(5) الأمراض المنقولة جنسيا.

ومن ثم تم الاطلاع على نتائج إجابات الطالبات على موضوعات الاستمارة المختلفة، وربط هذه الإجابات مع ما احتوته المناهج الدراسية من معلومات، وذلك من خلال تحديد نقاط القوه ونقاط الضعف في المناهج التي كان لها تأثير كبير على إجابات الطالبات.

وقامت الباحثة بمراجعة الاختبار الذي أعدته ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011)، واختبار الباحثة أمل مطر (2004)، ومن خلال الاختبارين تم اختيار مجموعة من الأسئلة التي لها علاقة بالموضوع وإضافتها إلى الاستبانة الخاصة بهذه الدراسة.

5.4 إجراءات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة، تم إتباع الخطوات الآتية:

- تم تحديد عينة الدراسة الملائمة وهن طالبات الصفين الأول الثانوي والثاني الثانوي بتخصصات (الأدبي والعلمي والتجاري) للعام الدراسي (2010/2011) من بين المدارس الثانوية في محافظة سلفيت.

- تم إعداد الاستبانة وعرضها على المشرف.
- تم أخذ الموافقة من وزارة التربية والتعليم لتطبيق الدراسة.
- تم تحديد المدارس التي سيتم تطبيق الاستبانة في مدارسها لإجراء هذه الدراسة.
- تم أخذ موافقة مدير تربية سلفيت ومن ثم موافقة مديري المدارس التي تم تطبيق الاستبانة على طالباتها.
- طبق الاختبار على عينة الدراسة البالغة 520 طالبة، وذلك بإشراف الباحثة شخصيا على عملية الإجابة عن الأسئلة، وكان ذلك في بداية الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (2010-2011).
- استغرقت عملية تطبيق الاختبار على الطالبات شهرا كاملا من تاريخ البدء في تطبيق الاختبار.
- تم تجميع الاختبار والعمل على إدخال البيانات إلى برنامج الرزم الإحصائية (SPSS) ومن ثم تم تحليل النتائج باستخدام المعالجات الإحصائية اللازمة.

6.4 تصميم الدراسة:

صممت هذه الدراسة لتبين مدى معرفة الفتيات المراهقات في المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية في محافظة سلفيت، وقد تضمنت الدراسة عدد من المتغيرات سيتم عرضها كالآتي:

متغيرات الدراسة:

أ - المتغيرات المستقلة وهي:

1. متغير مكان الإقامة وله مستويان (قرية، مدينة).
2. متغير حجم التجمع السكاني وله ثلاث مستويات (كبير، متوسط، صغير).
3. متغير الصف وله مستويان (الأول الثانوي، الثاني الثانوي).

4. متغير التخصص الدراسي وله ثلاث مستويات (علمي ، أدبي، تجاري).

5. متغير عمر الفتاة.

6. متغير خصائص الوالدين الديموغرافية ولها عدة مستويات (العمر، الحالة العملية،

المهنة، المستوى التعليمي، والعمر عند الزواج الأول).

7. متغير عدد أفراد الأسرة ككل، وعدد الإخوة والأخوات.

8. متغير ترتيب الفتاة بين إخوتها.

9. متغير دخل الأسرة.

ب - المتغيرات التابعة:

استجابة الفتيات على اختبار مدى المعرفة بموضوعات الصحة الإنجابية.

7.4 المعالجات الإحصائية :

من أجل اختبار فرضيات الدراسة والتوصل إلى أبرز النتائج، قامت الباحثة باستخدام

برنامج الرزم الإحصائية (SPSS)، وقد تم استخدام مجموعة من المعالجات الإحصائية وهي

كما يلي:

(1) التكرارات والنسب المئوية، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

(2) استخدام اختبار (Independent sample t-test) لفحص دلالة الفروق بين

متوسطين حسابيين.

(3) استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) واختبار شيفيه

للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية.

(4) استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لفحص الارتباط بين متغيرات الدراسة.

(5) استخدام اختبار مربع كاي لفحص دلالة الفروق بين إجابات أفراد العينة.

الفصل الخامس

مدى معرفة الطالبات بقضايا الصحة الإيجابية وموضوعاتها

1.5 المعرفة بموضوع الصحة الإيجابية

1.1.5 مفهوم الصحة الإيجابية

2.1.5 معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإيجابية

3.1.5 الموضوعات التي ترغب الفتيات بزيادة معرفتهن بها من قضايا الصحة الإيجابية

4.1.5 المصادر المفضلة للحصول على المعلومات عن الصحة الإيجابية

2.5 مرحلة المراهقة والتغيرات الفسيولوجية

1.2.5 معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية

2.2.5 ردة فعل الفتيات على هذه التغيرات الفسيولوجية والجسدية

3.2.5 المصادر المفضلة للحصول على المعلومات عن مرحلة المراهقة

3.5 الزواج المبكر

1.3.5 العمر المثالي للزواج الأول من وجهة نظر الفتيات

2.3.5 موقف الفتيات من موضوع الزواج المبكر وزواج الأقارب

4.5 تنظيم الأسرة

1.4.5 معرفة الفتيات بمفهوم تنظيم الأسرة ووسائله

2.4.5 معرفة الفتيات بأهمية تنظيم الأسرة

3.4.5 موقف الفتيات ونظرتهم المستقبلية تجاه موضوع تنظيم الأسرة

5.5 الأمراض المنقولة جنسيا

6.5 مصادر المعلومات

1.5 المعرفة بموضوع الصحة الإيجابية

مدى معرفة الطالبات بقضايا الصحة الإنجابية وموضوعاتها

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية، وتم اختبار ذلك من خلال استمارة تم إعدادها لتحقيق هذا الهدف، وفي ما يلي توضيح لأبرز النتائج المتعلقة بمعرفة الفتيات بموضوع الصحة الإنجابية وأبرز مكوناتها.

1.5 المعرفة بموضوع الصحة الإنجابية

1.1.5 مفهوم الصحة الإنجابية

للتعرف على مدى معرفة الفتيات بمفهوم الصحة الإنجابية وأبرز مكوناتها تم طرح مجموعة من الأسئلة، وتظهر النتائج في يلي. جدول رقم (14).

الجدول رقم (14)

معنى الصحة الإنجابية لطالبات المرحلة الثانوية

الرقم	ماذا تعني الصحة الإنجابية بالنسبة لكي	%
1	الخصوبة والحمل والإنجاب	12.3
2	السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية والنفسية في الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي وعملياته	24.4
3	غياب الأمراض	2.5
4	1+2	40.9
5	لا أعرف	16.9
6	لا إجابة	3.1
7	المجموع	100.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

لقد تم سؤال الطالبات عن مفهوم الصحة الإنجابية مع عرض الخيارات المختلفة وظهر أن حوالي ربع الطالبات قد عرّفنها بالسلامة البدنية والعقلية والاجتماعية والنفسية في الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي وعملياته وتبين أن 12.3% من الطالبات قد عرّفن الصحة الإنجابية على أنها الخصوبة والحمل والإنجاب، في حين كانت أعلى نسبة للطالبات اللواتي اخترن

الإجابة رقم (4) أي أنه يعني الأمرين معاً، وقد نفسر ارتفاع نسبة اختيار الطالبات لهذه الإجابة إلى أنها أكثر شمولية وتعبيراً عن مفهوم الصحة الإنجابية في نظرهن، حيث اشتملت هذه الإجابة على المفهوم الصحيح للصحة الإنجابية وهو (السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية والنفسية في الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي وعملياته) بالإضافة إلى الخصوبة والحمل والإنجاب، دون معرفة منهن أن الخصوبة والحمل والإنجاب موضوع بحد ذاته من موضوعات الصحة الإنجابية وليس مفهوما للصحة الإنجابية.

ومن النتائج السابقة يلاحظ أن ثلاثة أرباع الطالبات لم يكن على معرفة بالمفهوم الصحيح للصحة الإنجابية، وقد يعود ذلك لعدة عوامل منها تجنب الأهل الحديث بمثل هذه الموضوعات أمام فتياتهن خاصة في هذا السن. بالإضافة إلى أنه لم يتواجد في المناهج المدرسية مفهوم ثابت ومحدد للصحة الإنجابية، فقد تم تعريفه بعدة أشكال، ففي منهج التربية المدنية للصف الثامن تم تعريف الصحة الإنجابية بأنها مراعاة توقيت الإنجاب بمعنى تباعد الولادات ومراعاة ظروف الأسرة وعمر الزوجين. وفي منهج علوم الصحة والبيئة للصف التاسع فقد تم تعريف الصحة الإنجابية حسب ما عرفه مؤتمر السكان والتنمية العالمي عام 1994 على أنه حالة السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليس مجرد انعدام المرض أو الإعاقة. أما في منهج الاقتصاد المنزلي للصف العاشر فقد تم تعريف الصحة الإنجابية على أنها قدرة الزوجين على التمتع بحياة جنسية مرضية وأمومة والإنجاب من حيث تقرير مواعده وتواتره. ومما سبق يتبين أن الطالبات لم يستطعن إيجاد مفهوم محدد في أذهانهن للصحة الإنجابية، ومن ذلك يمكن القول أن سبب عدم معرفة ثلاثة أرباع الطالبات للمفهوم الصحيح للصحة الإنجابية يعود إلى وجود أكثر من تعريف للصحة الإنجابية في المناهج الدراسية التي درستها الطالبات.

وفي مقارنة لنتائج هذه الدراسة مع الدراسات السابقة تبين في نتائج دراسة أجرتها ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011) أن نسبة الطالبات والطلاب الذين عرفوا الصحة الإنجابية بالتعريف الصحيح كانت حوالي 25.4% وهو (تكامل الجوانب الجسدية والانفعالية والعقلية والاجتماعية للحياة الجنسية بشكل ينمي الهوية الذاتية والتواصل والحب) وأن 12.2% من الطلبة صرحوا بأنهم لا يعرفون الإجابة، وتعتبر نتائج دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي سنة 2011 قريبة جداً من نتائج هذه الدراسة، وقد توافقت نتائج الدراسة مع دراسات أخرى مثل دراسة أمل مطر (2004) حيث تبين أن بعض الفتيات لا يعلمن أي شيء عن الصحة الإنجابية سوى أنها تعني الإنجاب فقط، وفي دراسة محمد دريدي ومحمد العمري (2005) تبين أن معرفة الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية ومواضيعها المختلفة متدنية نظراً لكون فئة الشباب من أعلى فئات العمر ارتباطاً بمستويات التعليم المختلفة، وفي دراسة محمد العفيفي ورياض العفيفي (2005) تبين أن 10.5% من الزوجات في سن المراهقة فقط قد سمعن عن مفهوم الصحة الإنجابية، وتبين من دراسة فوزي سهاونة ومحمد الجريب (1997) أنه لا يوجد في الوقت الحاضر مفهوم واضح ومحدد للصحة الإنجابية للأمهات في برامج الإذاعة الأردنية مما قلل من معرفتهن بمفهوم الصحة الإنجابية.

2.1.5 معرفة الفتيات بمكونات الصحة الإنجابية

لتقدير مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وإظهار مدى رغبتهم في زيادة معرفتهن بهذه الموضوعات تم طرح مجموعة من الأسئلة لاختبار ذلك، جدول رقم (15).

الجدول رقم (15)

مدى معرفة الفتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية

الرقم	السؤال	نعم	لا	لا إجابة
1	هل تعرفين الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية	63.3	36.1	0.6
2	حسب معرفتك، هل يعتبر تنظيم الأسرة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية	92.5	6.9	0.6
3	هل تعتبر المراهقة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية	53.6	45.1	1.3
4	هل يعتبر الإنجاب والحمل والولادة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية	94.4	4.6	1.0
5	هل يعتبر الزواج المبكر من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية	74.7	24.4	1.0
6	هل تعتبر التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للذكور والإناث في سن المراهقة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية	67.0	31.9	1.2
7	هل تعتبر صحة الجهاز التناسلي من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية	89.1	10.0	1.0
8	هل تعتبر الأمراض المنقولة جنسيا من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية	82.1	16.9	1.0
9	هل ترغبين في زيادة معرفتك بموضوعات الصحة الإنجابية والجنسية	65.1	33.2	1.7
10	هل ترغبين في حضور ندوات إرشادية تتحدث عن موضوعات الصحة الإنجابية	70.2	28.2	1.5
11	هل تتجنبين استشارة والدتك بالموضوعات الخاصة بالصحة الإنجابية لأنها تعتبره عيبا	35.1	63.9	1.0
12	هل تتجنب أمك الحديث أمامك عن موضوعات الصحة الإنجابية	31.5	66.8	1.7
13	أفضل أن أتناقش مع زميلاتي بموضوعات الصحة الإنجابية	28.6	67.6	3.8
14	بشكل عام، هل تواجهين صعوبة في الوصول إلى معلومات حول الثقافة الجنسية والإنجابية	48.9	48.4	2.7

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

من خلال الجدول رقم (15) تبين أن حوالي ثلثي الطالبات يعرفن الموضوعات التي

تشتمل عليها الصحة الإنجابية، وذلك يعود لعدة عوامل مثل تطرق المناهج المدرسية لبعض هذه

الموضوعات مثل تنظيم الأسرة الذي تم التطرق إليه في عدة صفوف ومناهج مثل منهاج التربية

الإسلامية للصف الثاني عشر ومنهاج علوم الصحة والبيئة للصف التاسع والعاشر، والتربية المدنية للصف الثامن والاقتصاد المنزلي للصف العاشر، أما عن موضوع الزواج المبكر فقد تعددت أيضا المناهج التي تطرقت لهذا الموضوع مثل منهاج علوم الصحة والبيئة للصف التاسع والتربية المدنية للصف الثامن والتاسع والاقتصاد المنزلي للصف السابع، وتم التطرق لموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية في المناهج المدرسية أيضا بشكل متكرر في مناهج عديدة مثل منهاج التربية الإسلامية للصف الثامن، ومنهاج الصحة والبيئة للصف السابع والثامن والعاشر، ومنهاج الاقتصاد المنزلي للصف السابع والثامن والتاسع، وأخيرا منهاج العلوم العامة للصف العاشر، أما موضوع الأمراض المنقولة جنسيا فقد تم الحديث عنه في مناهج العلوم العامة وعلوم الصحة والبيئة للصف العاشر، ومن العوامل الأخرى التي ساعدت الطالبات على معرفة موضوعات الصحة الإنجابية عقد بعض الندوات الإرشادية في المدارس التي تتضمن موضع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على الفتاة في هذه المرحلة. وأيضا البيئة المحيطة بالفتاة مثل الأم والأخوات والصديقات كلهن يعتبرن مصادر قد تتلقى الفتيات منهن معلومات عن موضوعات الصحة الإنجابية.

كما يتبين من الجدول رقم (15) أن معرفة الطالبات في الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية قد اختلفت حسب الموضوع، فيتضح أن الغالبية العظمى من الطالبات كن على معرفة بأن موضوع الحمل والإنجاب وتنظيم الأسرة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية، وقد يعود ارتفاع نسبة معرفة الطالبات لهذين الموضوعين أكثر من غيرهما إلى أن موضوعي الحمل والإنجاب وتنظيم الأسرة من الموضوعات التي تتعدد مصادر معلومات الفتاة حوله، فقد تحصل على المعلومات دون السؤال بشكل مباشر، وذلك من خلال تلقائها للمعلومات عن مثل هذه الموضوعات من البيئة المحيطة بها مثل الأم والأخوات والتلفاز والمدرسة، ومن

الجدير بالذكر أيضا أن موضوع تنظيم الأسرة بالذات من أكثر الموضوعات التي تم التطرق لها في المناهج المدرسية على أنها موضوع من موضوعات الصحة الإنجابية.

أما عن الموضوعات الأخرى فتبين أن حوالي نصف الطالبات فقط أجبن بنعم على أن موضوع المراهقة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية، وقد يعود ذلك إلى أن الطالبات لا يعتبرن أن موضوع المراهقة من الموضوعات التي لها علاقة وصلة بمفهوم الصحة الإنجابية وموضوعاته، على الرغم من أن هذا الموضوع والموضوعات الأخرى تم التطرق لها في المناهج المدرسية بشكل متكرر، إلا أنه لم يتم الإشارة إلى أن هذه الموضوعات جزء من موضوعات الصحة الإنجابية، (باستثناء موضوع تنظيم الأسرة كما ذكر سابقا). وتوزعت معرفة الطالبات بالموضوعات الأخرى بنسب متفاوتة تظهر في الجدول رقم (15).

وإذا تم مقارنة نتائج هذه الدراسة مع الدراسات السابقة يتبين أنها توافقت مع نتائج دراسة **محمد العفيفي ورياض العفيفي (2005)** من حيث أن الزوجات في سن المراهقة والشباب يعرفن بشكل جيد عن مكونات الصحة الإنجابية دون أن يعرفن أن هذه المكونات هي ما يطلق عليه (الصحة الإنجابية)، وتوافقت أيضا مع دراسة **فوزي سهاونة ومحمد الجريب (1997)** التي توصلت إلى أن ما يتم الحديث عنه في البرامج التلفزيونية من مواضيع لها علاقة بالصحة الإنجابية للأمهات يتم الحديث عنه دون الإشارة إلى ارتباط ذلك بموضوعات الصحة الإنجابية والوضع السكاني، وتبين من نتائج دراسة **مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار (2008)** التي أجريت في مصر أن الإناث كن أكثر إدراكا بموضوعات الصحة الإنجابية وبوجود مشكلة سكانية.

أما عن رغبة الفتيات في زيادة معرفتهن بموضوعات الصحة الإنجابية والجنسية فيظهر ذلك من خلال الجدول رقم (15)، حيث تبين أن حوالي ثلثي الطالبات يرغبن في زيادة معرفتهن

بموضوعات الصحة الإنجابية والجنسية، وأن 70.2% منهم يرغبون في حضور ندوات إرشادية تتحدث عن موضوعات الصحة الإنجابية. وقد تكون هذه الرغبة نابعة من حرصهن على رفع مستوى معرفتهن ووعيهن بموضوعات ستفيدهن في المستقبل.

الموضوعات التي ترغب الفتيات بزيادة معرفتهن بها من قضايا الصحة الإنجابية

تعددت قضايا الصحة الإنجابية وكانت رغبة الفتيات في زيادة معرفتهن بهذه القضايا متفاوتة، جدول رقم (16).

جدول رقم (16)

ما هو الموضوع الذي ترغبين في زيادة معرفتك به؟

ما هو الموضوع الذي ترغبين في زيادة معرفتك به	%
التغيرات الفسيولوجية	15.3
مرحلة المراهقة	16.3
مخاطر الزواج المبكر	28.2
طرق تنظيم الأسرة	34.0
الايذز	6.2
المجموع	100.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

ويظهر من خلال الجدول رقم (16) أن أكثر من ثلث الطالبات قد فضلن الحصول على معلومات في موضوع تنظيم الأسرة من بين موضوعات الصحة الإنجابية المختلفة، وقد يعود ذلك إلى وعيهن بأهمية موضوع تنظيم الأسرة، وآثاره الإيجابية التي تعود على صحة الأم والطفل، على اعتبار أنهن سيكون أمهات المستقبل، وقلت رغبتهن في زيادة معرفتهن بموضوعي المراهقة والتغيرات الفسيولوجية. وقد يعود ذلك إلى أن الفتيات اللواتي شملتهن العينة قد تخطين التغيرات الجسدية التي تحدث في مرحلة المراهقة، وانخفضت النسبة بشكل أكبر لموضوع الايذز حيث بلغت 6.2% وقد يعود ذلك إلى قلة انتشار مثل هذه الأمراض في مجتمعنا.

واختلفت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011) بخصوص متطلبات الطلبة المراهقين بزيادة معلوماتهم بموضوعات الصحة الإنجابية، حيث كانت النسبة الأكبر في دراسة ألفا العالمية للأبحاث واستطلاعات الرأي لموضوع المراهقة وعلامات البلوغ عند الجنسين حيث بلغت النسبة 28.7% ومن ثم أتت النسبة لصالح موضوع الزواج المبكر ومخاطره ومن ثم الإنجاب والخصوبة ووسائل تنظيم الأسرة في حين كانت النسبة الأكبر لموضوع تنظيم الأسرة في هذه الدراسة، ويعود الاختلاف بين نتائج الدراستين إلى أن العينة التي شملتها عينة ألفا العالمية للأبحاث واستطلاعات الرأي كانت من طلاب الصفوف الإعدادية (السابع والثامن والتاسع)، في حين أن هذه الدراسة اشتملت على طالبات المرحلة الثانوية (الأول ثانوي والثاني ثانوي)، وهذا يجعل من طالبات هذه الدراسة أكبر سناً وأكثر وعياً وتوجهاً لمثل هذه الموضوعات، بالإضافة إلى أن دراسة ألفا العالمية للأبحاث واستطلاعات الرأي اشتملت على كلا الجنسين (الذكور والإناث)، في حين اقتصرت هذه على الإناث فقط ، وتوافقت النسبة بين الدراستين حول موضوع الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها مرض الإيدز وطرق الوقاية منه، حيث كانت النسبة في دراسة ألفا العالمية للأبحاث واستطلاعات الرأي 3%، وهي النسبة الأقل بين الموضوعات المختلفة للدراستين.

3.1.5 المصادر المفضلة للحصول على المعلومات عن الصحة الإنجابية

ويلاحظ من الجدول رقم (15) أن حوالي نصف الطالبات يواجهن صعوبة في الوصول لمعلومات حول الثقافة الجنسية والإنجابية، وقد يعود ذلك إلى عدة عوامل منها حساسية الموضوع، وخجل الفتيات من الاستفسار عن موضوعات تخص الصحة الإنجابية ، والخوف من ردة فعل أي شخص قد تسأله عن مثل هذه الموضوعات.

أما في ما يتعلق بمصادر معلومات الفتيات حول الصحة الإنجابية، فقد تم سؤال الطالبات عن أفضل مصدر يحصلن من خلاله على معلومات عن الصحة الإنجابية، وتبين التفاوت في نظرة الطالبات لكل مصدر من المصادر. جدول رقم (17).

جدول رقم (17)

ما هو أفضل مصدر تحصلين من خلاله على معلوماتك عن الصحة الإنجابية

أفضل مصدر تحصلين من خلاله على معلوماتك عن الصحة الإنجابية؟	%
والدتك	47.5
أخواتك	7.0
صديقاتك	7.2
المدرسة	12.8
التلفاز	5.6
الانترنت	13.6
الكتب والمجلات	6.2
المجموع	100.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

يبين الجدول رقم (17) أفضل مصادر المعلومات بالنسبة للطالبات، وقد كانت الأم هي أفضل هذه المصادر، حيث وصلت النسبة إلى النصف تقريبا، ويعود ذلك إلى أن الفتاة تشعر بالطمأنينة لوالدتها، ولكن تجدر الإشارة إلى أن معلومات الأم في هذا الموضوع قد لا تكون مبنية على أساس قوي وصحيح وهنا ستواجه الفتاة مشكلة أخرى، إلا أن المستوى التعليمي للأم قد يلعب دورا مهما في هذه الحالة، حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم زاد وعيها بضرورة توعية فتياتها بمثل هذه الموضوعات في سن مبكرة، وبطريقة أو بأخرى قد تكون الأم مصدرا من المصادر التي تحصل الفتاة على معلومات عن طريقها وذلك بشكل غير مباشر، وذلك إما أن يكون عن طريق السمع أو الملاحظة أو التوجيه وليس عن طريق السؤال المباشر، ومن جهة أخرى فقد تبين من الجدول رقم (15) أن حوالي 35.1% من الطالبات يتجنبن

استشارة أمهاتهن بموضوعات الصحة الإنجابية، حيث أن الفتاة قد تخجل من فتح هذه الموضوعات مع والدتها، أو قد تقلق من ردة فعلها، وتبين أيضا أن حوالي 31.5% من الأمهات يتجنبن الحديث أمام فتياتهن بموضوعات تخص الصحة الإنجابية، لأنهن يعتبرن أن فتياتهن لا يزلن صغيرات ولا يجوز أن يكن على علم بمثل هذه الموضوعات في هذا السن، وفي مثل هذه الحالة قد تلجأ الفتاة لمصادر أخرى للحصول على المعلومات من خلالها مثل الزميلات في المدرسة، حيث يظهر من الجدول رقم (15) أن 28.6% من الطالبات يفضلن النقاش مع زميلاتهن بموضوعات الصحة الإنجابية بدلا من الحديث مع أمهاتهن اللواتي قد تكون ردة فعلهن سلبية حين تطرح ابنتها عليها سؤالا عن هذه الموضوعات. وبذلك يظهر أن طبيعة علاقة الفتاة بوالدتها هي التي تحدد إذا كانت الأم أفضل مصدر أم لا.

وقد توافقت هذه النتائج مع دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011) حيث كانت الأم هي أفضل مصدر للحصول على المعلومات وارتفعت النسبة لدى الطلبة الإناث أكثر من الذكور، وأشارت نتائج دراسة أمل مطر (2004) أن لأم دورا في حصول الفتيات على معلومات عن موضوعات الصحة الإنجابية، وبين محمد زنيد (2006) أيضا في نتائج دراسته انه كان هناك نسبة موافقة عالية من طلبة جامعة النجاح الوطنية على أن المصدر الأساسي للثقافة الحياتية يجب أن يكون من البيت. وتوافقت النتائج أيضا مع دراسة لروزاديليا انشيتا وآخرون، 2005" حيث أظهرت النتائج أن (80) من أفراد العينة يتلقون تعليمهم في مجال الصحة الإنجابية من الوالدين.

أما عن الانترنت كمصدر من مصادر المعلومات فقد اتخذ المرتبة الثانية بعد الأم، ويعود ذلك إلى أن الإنترنت يعتبر وسيلة إعلامية تعمل على توصيل المعلومات عن الصحة الإنجابية بسرعة وبطريقة سهلة وسرية وبدون مشاركة أحد، وتوافقت النتائج مع دراسة أمل مطر (2004)

ودراسة مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2010 حيث اعتبر أفراد العينة في كلا الدراستين أن الانترنت أفضل مصدر للحصول على المعلومات عن الصحة الإنجابية، في حين اختلفت مع نتائج دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي 2011 حيث احتل الانترنت نسبة ضئيلة من بين المصادر الأخرى على الرغم من أن حوالي نصف الطالبة توفر لهم الانترنت في البيت، وقد يعود ذلك إلى وجود رقابة من قبل الأهل على استعمال أبنائهم للانترنت، خاصة أن مرحلة المراهقة مرحلة حرجة وتحتاج لجهد كبير من قبل الأهالي من أجل أن يتخطاها الأبناء بأمان.

يتبين من نتائج الجدول رقم (17) أن التلفاز كانت له أقل نسبة كمصدر من مصادر الحصول على معلومات عن الصحة الإنجابية، وقد يعود ذلك إلى أنه قد لا تتاح الفرصة للفتاة لمشاهدة التلفاز وحدها، وفي الوقت نفسه قد تخلج من مشاهدة برامج تتحدث عن الصحة الإنجابية وموضوعاتها مع وجود أفراد العائلة عامة والذكور منهم خاصة، ومن جهة أخرى قد تكون كثير من برامج التلفاز غير محتوية على مفاهيم واضحة للصحة الإنجابية وموضوعاتها، وقد توافقت هذه النتيجة مع دراسة فوزي سهاونة ومحمد الجريب (1997) التي خلصت إلى انه لا يوجد في الوقت الحاضر مفهوم واضح ومحدد للصحة الإنجابية للأمهات في برامج الإذاعة الأردنية وأن ما يتم الحديث عنه في البرامج من مواضيع لها علاقة بالصحة الإنجابية للأمهات يتم الحديث عنه دون الإشارة إلى ارتباط ذلك بموضوعات الصحة الإنجابية والوضع السكاني وأثره في النمو السكاني ومعدلاته. في حين اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار (2010) حيث تبين أن التلفاز كان المصدر الرئيسي للمعرفة السكانية وقضايا الصحة الإنجابية لمختلف أفراد مجتمع عينة الدراسة.

2.5 مرحلة المراهقة والتغيرات الفسيولوجية

تعتبر مرحلة المراهقة من المراحل الحساسة في حياة الفتاة، ويعود ذلك إلى التغيرات الفسيولوجية والنفسية الملحوظة والمتتالية التي تتعرض لها في هذه المرحلة، والتي قد لا تكون الفتاة على علم بأنها تغيرات طبيعية، وسيتبين هنا مدى معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية التي يتعرضن لها في هذه المرحلة، ومواقفهن من هذه التغيرات، جدول رقم (18).

جدول رقم (18)

مدى معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية التي تتعرض لها في هذه المرحلة.

الرقم	السؤال	نعم	لا	لا إجابة
1	هل كان لديك معلومات عن التغيرات الجسدية التي سيتعرض لها جسمك خلال فترة المراهقة	86.6	13.1	0.4
2	هل كنت على علم بأنه سيزداد طولك ووزنك خلال فترة المراهقة	89.4	10.4	0.2
3	هل كنت على علم بأنه سيبدأ نمو الثديين خلال فترة المراهقة	91.2	8.4	0.4
4	هل كان لديك معلومات عن الدورة الشهرية قبل حدوثها أول مرة	76.6	23.1	0.4
5	هل ضايقتك هذه التغيرات لأنك لم تكوني على علم بأنها تغيرات طبيعية	34.2	65.1	0.8
6	هل شعرت بالخل من التغيرات الفسيولوجية التي ظهرت على جسمك	60.3	39.7	0.0
7	هل تعتقدين انه من حقك كفتاه في سن المراهقة أن تحصلي على المعلومات المتعلقة بالتغيرات الفسيولوجية التي تتعرضين لها	94.2	5.4	0.4
8	هل ترغبين أن تتاح لكي فرصة مناقشة والدتك بموضوعات التغيرات الجنسية والفسيولوجية التي تتعرضين لها	64.9	34.5	0.6
9	بشكل عام، هل تشعرين بأنه لديك الحرية أن تسألي والدتك أو معلمتك ما تريد حول الصحة الإنجابية والجنسية	41.7	57.4	1.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

1.2.5 معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية

يبين الجدول رقم (18) مدى معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية التي يتعرضن لها في هذه المرحلة، ويظهر من الجدول أن 86.6% من الطالبات كن على علم بهذه التغيرات، حيث أن الكثير من التغيرات التي تطرأ على الفتاة في هذا السن تعتبر تغيرات ملحوظة قد تكون الفتاة لاحظتها على الفتيات أو الأخوات اللواتي هن أكبر منها سناً، فقد تبين أن الغالبية العظمى من الطالبات كن على علم بأنه سيبدأ نمو الثديين وسيزداد طولها ووزنها خلال هذه المرحلة، في حين تبين أن حوالي ربع الطالبات لم يكن لديهن معلومات عن الدورة الشهرية قبل حدوثها أول مرة، ويلاحظ أن هذه النسبة انخفضت عن النسب الأخرى، على الرغم من أن العديد من المناهج المدرسية قد تعرضت لهذا الموضوع في صفوف مبكرة، أي قبل أن تبدأ الدورة الشهرية لديهن، حيث تم ذكر هذا الموضوع في الصف السابع في منهاجي علوم الصحة والبيئة والاقتصاد المنزلي، وتم التطرق للموضوع في الصف الثامن أيضاً في منهاج التربية الإسلامية، بالإضافة إلى تطرق الدليل التدريبي في صحة المراهقة في برنامجه للصف السابع والتاسع عن موضوع المراهقة والبلوغ الجنسي أثناء هذه المرحلة، وقد يعود انخفاض هذه النسبة عن النسب الأخرى إلى أن المعلمات قد يتجنبن التوسع بهذه الموضوعات وبذلك لا تأخذ الطالبة حقها بالمعلومة، على الرغم من أن توعية وتعليم الفتاة بهذه التغيرات الهامة خاصة الدورة الشهرية أمر مهم، وذلك لمعرفة ما يجري لجسدها في هذه المرحلة، ولكي تكون مستعدة لذلك. وحتى تدخل مرحلة المراهقة بسهولة. ومن الأسباب الأخرى أن هؤلاء الفتيات قد تكون الدورة الشهرية قد بدأت لديهن قبل سن الثالثة عشر (أي قبل دخول الصف السابع والوصول لهذا الموضوع في المنهاج) حيث أن الدورة الشهرية تعتبر من التغيرات غير الملحوظة والتي قد تتفاجأ الفتاة بحدوثها إذا لم تكن مهياًة لذلك من قبل، مما قد يتسبب لها بالخوف الشديد وتعرضها لبعض الاضطرابات.

وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة ألفا العالمية للأبحاث واستطلاعات الرأي (2011)، حيث تبين أن حدوث الحيض كان من أكثر علامات البلوغ المعروفة لدى طلبة العينة متبوعة بنمو الثديين عند الفتيات، وأشارت نتائج دراسة محمد زويد (2006) فيما يتعلق بعلامات البلوغ عند الذكور والإناث أنها كانت واضحة عند الجنسين.

2.2.5 ردة فعل الفتيات على هذه التغيرات الفسيولوجية والجسدية

أما عن ردود فعل الفتيات على هذه التغيرات فقد اختلفت من فتاة لأخرى ويتبين ذلك في الجدول رقم (18)، حيث أن حوالي ثلث الطالبات قد تضايقن من هذه التغيرات، ويعود ذلك إلى عدة عوامل منها أنهن لم يكن على علم بأنها تغيرات طبيعية، وقد يكون السبب هو عدم تهيئة الفتيات سواء من قبل الأهل أو المدرسة لمثل هذه التغيرات من قبل أن تتعرض لها، بالإضافة إلى شعورهن بالخجل من هذه التغيرات في بادئ الأمر حيث تبين أن ثلثي الطالبات قد شعرن بالخجل من التغيرات التي رافقتهن في مرحلة المراهقة.

وفي ضوء ذلك اعتبرت الغالبية العظمى من الطالبات أن لهن الحق بأن يكن على علم بالتغيرات الفسيولوجية التي يتعرضن لها في هذه المرحلة، وأن يكون ذلك في الوقت المناسب.

3.2.5 المصادر المفضلة للحصول على المعلومات عن مرحلة المراهقة

تبين من الدراسة أن مصادر معلومات الطالبات كانت مختلفة، وقد تفاوتت النسب لهذه المصادر، جدول رقم (19).

الجدول رقم (19)

أفضل مصدر حصلت من خلاله على معلوماتك عن التغيرات الجنسية والفسيولوجية

%	أفضل مصدر حصلت من خلاله على معلوماتك عن التغيرات الجنسية والفسيولوجية
42.5	والدتك
7.1	أخواتك
8.2	صديقاتك
22.5	المدرسة
3.7	التلفاز
9.6	الانترنت
6.3	الكتب والمجلات
100.0	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

يتبين من الجدول رقم (19) أن حوالي 42.5% من الطالبات كن يعتبرن الأم المصدر الأفضل الذي يحصلن من خلاله على معلومات عن مرحلة المراهقة والتغيرات التي تتعرض لها

الفتاة في هذه المرحلة، حيث أن الأم هي الموجة الأولى لبناتها وخاصة في هذه المرحلة الحرجة من حياة الفتاة، والدليل على ذلك أن حوالي ثلثي الطالبات قد رغبن بأن تتاح لهن فرصة مناقشة والدتهن بموضوعات التغيرات الجنسية والفسولوجية التي يتعرضن لها. وتوافقت نتائج الدراسة مع دراسة لروزاديليا انشيتا وآخرون (2005) حيث ركز (94) من الآباء على مناقشة موضوع الدورة الشهرية بشكل متكرر مع فتياتهم المراهقات أكثر من غيرها من مواضيع التنقيف الجنسي وبذلك كان للآباء الدور الأكبر في حصول الفتيات على المعلومات وهذا يختلف عما هو سائد في مجتمعاتنا لأن دراسة لروزاديليا انشيتا قامت في مجتمع غربي، وهذه المجتمعات تعتبر مجتمعات مفتوحة يمكن أن يتطرق أفراد الأسرة مجتمعين للحديث بموضوعات الصحة الإنجابية دون خجل، وتبين من نتائج دراسة أمل مطر (2004) أن ثلث الطالبات فقط قد وافقن على أن تتاح لهن فرصة مناقشة الموضوعات الجنسية مع والدتهن بشكل صريح. كما أن 84% من الطالبات أجبن بأنهن يأخذن معلوماتهن عن البلوغ الجنسي أثناء مرحلة المراهقة من الكمبيوتر والانترنت، وبذلك كان الانترنت هو المصدر الأول في حصولهن على المعلومات في حين كان المصدر الأول للمعلومات في هذه الدراسة هي الأم وقد يعود ذلك الاختلاف بين الدراستين إلى اختلاف مجتمعات الدراسة.

وقد احتلت المدرسة المرتبة الثانية كمصدر آخر من مصادر المعلومات حيث قاربت على الربع، ويعود ذلك إلى الدور الكبير الذي تلعبه المدارس في هذا الشأن من خلال الندوات والحصص الإرشادية التي تقوم على توعية الفتيات بمثل هذه الموضوعات. واحتواء الكثير من المناهج المدرسية على دروس تتطرق لمرحلة المراهقة والتغيرات الجسدية المصاحبة لها وقد تم ذكر هذه المناهج من قبل، واختلفت هذه النتيجة مع النتيجة التي خلصت لها دراسة أمل مطر (2004) حيث احتلت المدرسة المرتبة الأخيرة كمصدر من بين مصادر المعلومات في هذا الموضوع، وقد يعود ذلك إلى اختلاف المنهاج المصري عن المنهاج الفلسطيني الذي لعب دورا كبيرا في إثراء معلومات الفتيات في هذه الدراسة بموضوعات الصحة الإنجابية المختلفة.

وكما يتبين من الجدول رقم (19) انه قد انخفضت النسبة بشكل كبير للتلفاز كمصدر من مصادر المعلومات عن مرحلة المراهقة، فقد بلغت النسبة حوالي 3.7%، وقد يعود ذلك إلى أن الفتاة قد تشعر بالخجل من مشاهدة برامج تعليمية عن هذا الموضوع بوجود جميع أفراد الأسرة وخاصة

الذكور منهم، فبالتالي لا تحصل على الحرية الكاملة لحضور البرامج التلفزيونية التي تشتمل على هذه الموضوعات. ويبين الجدول رقم (19) تباين النسب لباقي المصادر.

وفي ضوء ما سبق ذكره عن مصادر المعلومات المفضلة للفتيات، من الضروري معرفة أهم المعوقات التي تواجه الفتيات أثناء بحثهن عن المعلومات التي تخص موضوعات الصحة الإنجابية، لذلك تم طرح سؤال على الطالبات (في الجدول رقم 18) وكان عن مدى شعورهن بالحرية في أن تسأل والدتها أو معلمتها عن ما تريده حول موضوعات الصحة الإنجابية والجنسية، وتبين أن أكثر من نصف الفتيات لم تكن لديهن الحرية في ذلك، وقد كان ذلك بفعل عدة عوامل، جدول رقم (20).

الجدول رقم (20)

ما المانع من سؤال والدتك أو معلمتك عن موضوعات في الصحة الإنجابية والجنسية

معوقات الحصول على معلومات من والدتك أو معلمتك	%
أقلق من ردة فعلهم	11.0
أشعر بالحرج	46.6
لا أعرف كيفية فتح الموضوع	42.5
المجموع	100.0

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

تبين من خلال نتائج الجدول رقم (20) أن العوامل التي أعاققت حرية الفتاة بأن تسأل والدتها أو معلمتها عن ما تريده حول موضوعات الصحة الإنجابية والجنسية كانت متعددة، حيث تبين أن حوالي 46.6% من الطالبات كن يشعرن بالحرج من الحديث مع والدتهن أو معلمتهن بمثل هذه الموضوعات، وأيضاً كانت 42.5% من الطالبات لا يعرفن كيفية فتح مثل هذه الموضوعات التي تعتبر محرجة نوعاً ما بالنسبة لهن، في حين قلت نسبة الطالبات اللواتي يقلقن من ردة فعل الأم أو المعلمة من ذلك، حيث أن السؤال في موضوع المراهقة قد يعتبر أمراً بديهياً في هذا السن، ولكن كان الشعور بالحرج وعدم القدرة على فتح الموضوع هو العائق الأكبر بالنسبة للطالبات. إذا ما تم مقارنة هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة يتبين أن هناك

توافق في النتائج مع دراستي أمل مطر(2004) ودراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011)، حيث أفصح أفراد العينة في الدراستين عن أن الشعور بالحرَج هو أكبر عائق قد يمنعهم من سؤال الأم أو المعلمة في موضوعات حول الصحة الإنجابية والجنسية.

3.5 الزواج المبكر

هدف هذا القسم من الدراسة إلى التعرف على نظرة الفتيات لموضوعي الزواج المبكر وزواج الأقارب، ومدى معرفتهن بالمشاكل التي قد يتعرضن لها في كل من الحالتين، جدول رقم (21).

جدول رقم (21)

وجهة نظر الطالبات بموضوع الزواج المبكر ومخاطره وزواج الأقارب.

الرقم	السؤال	نعم	لا	لا إجابة
1	هل تؤيد الزواج المبكر	4.2	95.4	0.4
2	برأيك: هل يعرض الزواج المبكر الفتاة لمشاكل صحية واجتماعية	94.8	5.2	0.0
3	برأيك: هل يعرض الزواج المبكر الفتاة لمشاكل نفسية	94.0	5.6	0.4
4	برأيك: هل يعتبر الزواج المبكر سببا في حرمان الفتاة من التعليم	87.7	12.3	0.0
5	هل تعلمين خطورة الإنجاب في سن مبكرة	85.0	14.8	0.2
6	هل تفكرين في الزواج في سنك هذا	10.0	89.4	0.6
7	هل ترغبين في إكمال تعليمك المدرسي والجامعي	97.5	1.7	0.8
8	هل تعتقدين أنك ستندمين إذا تزوجت في سن مبكرة	87.5	11.5	1.0
9	هل تفضلين الحصول على معلومات في الأمور الجنسية والصحة الإنجابية قبل الزواج	85.8	12.7	1.5
10	هل تشجعين إصدار قوانين تمنع زواج الفتاة قبل سن 18 سنة	79.7	19.8	0.6
11	هل تشجعين زواج الأقارب	18.0	81.0	1.0
12	هل تعلمين أن زواج الأقارب يسهم في نقل أمراض وراثية	94.0	5.0	1.0
13	هل توافقين على الزواج المبكر إذا كان الشخص قريبا لك أو يعجبك	30.7	68.8	1.2

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

1.3.5 العمر المثالي للزواج الأول من وجهة نظر الفتيات

تم سؤال الطالبات عن العمر المثالي للزواج الأول بالنسبة للفتاة، فتبين أن متوسط العمر المثالي من وجهة نظرهن كان 22 سنة، وقد يكون اختيار الطالبات لهذا السن بالذات عائد إلى أن الفتاة تكون قد أنهت تعليمها الجامعي في هذا السن، بالإضافة إلى أنه قد يكن الطالبات قد تأثرن بالمناهج المدرسية التي تطرقت لمثل هذا الموضوع وبالتحديد السن المناسب للزواج حيث ذكر هذا الموضوع في منهاج الاقتصاد المنزلي للصف السابع، واختلفت النتائج بفارق بسيط مع الدراسات الأخرى مثل دراسة **محمد زنيد (2006)** التي اعتبر فيها أفراد العينة أن العمر المثالي للزواج الأول للفتاة كان 20 عاما، وكان للمراهقين رأي مماثل في السن الأمثل لزوج الإناث الأول في دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي، حيث كان المتوسط العمري المفضل لزوج الفتاة حسب آراء الطلبة المراهقين 19.9 عاما.

اعتبرت الطالبات أن الزواج تحت سن 17 سنة كمتوسط لآرائهن يعتبر زواجا مبكرا، وكان هناك اختلاف في المتوسط مع دراسة **ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011)** حيث اعتبر الطلبة المراهقون الزواج تحت سن 15.5 سنة زواجا مبكرا، أما منظمة **اليونيسف** فتعتبر أن كل من تزوج وعمره أقل من 18 سنة سواء كان ذكرا أم أنثى فهو زواج مبكر.

ارتفعت نسبة الطالبات اللواتي لا يرغبن بالزواج في عمرهن الحالي حيث وصلت النسبة إلى 89.4%، وتبين أن غالبية الطالبات يرغبن في إكمال تعليمهن المدرسي والجامعي، واعتقدت 87.5% من الطالبات أنهن سيندمن إذا تركن تعليمهن وتزوجن في سن مبكرة ويظهر ذلك في الجدول رقم (21)، وقد توافقت هذه النتائج مع دراسة **ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011)** حيث أنه 97.4% من الطلبة لا يؤيدون الزواج المبكر بشكل عام في حين يظهر اختلاف في النتائج مع دراسة أمل مطر بشكل كبير، حيث يظهر أن 74% من طالبات الثانوي العام أفصحن عن كثرة تفكيرهن في ترك المدرسة والزواج مبكرا، وكان ذلك بسبب الضغوط المدرسية والقلق من المستقبل، حيث أن 74% أيضا من الطالبات أفصحن عن

شعورهن بالقلق على مستقبلهن لذلك يرغبن في ترك المدرسة للزواج مبكرا. في حين لم تظهر مثل هذه النظرة عند طالبات هذه الدراسة.

ويظهر من الجدول رقم (21) أن حوالي ثلاثة أرباع الطالبات قد شجعن مبدأ إصدار قوانين تمنع زواج الفتاة قبل سن 18 سنة وأن دل ذلك على شيء فهو يدل على ارتفاع مستوى وعي الطالبات بالعواقب السلبية التي قد تلحق بالفتاة نتيجة الزواج المبكر وزواج الأقارب، وقد يعود ذلك إلى تعلم الفتيات من تجارب أمهاتهن حيث تبين من الدراسة أن 36% من الأمهات كن قد تزوجن في سن قل عن 18 سنة، أو من تجارب صديقات سبق لهن الزواج بسن مبكر.

ومن كل ما سبق ذكره يتبين ارتفاع نسبة وعي الطالبات بالسن المثالي للزواج المبكر وضرورة إكمال تعليمهن المدرسي والجامعي لأن الزواج المبكر قد يسلبهن حقهن في التعليم، وقد يعرضهن لمشاكل صحية ونفسية في المستقبل.

2.3.5 موقف الفتيات من موضوع الزواج المبكر وزواج الأقارب

يتبين من الجدول رقم (21) موقف الفتيات من موضوع الزواج المبكر، فيظهر ارتفاع نسبة الطالبات اللواتي لا يؤيدن الزواج المبكر بشكل كبير، وأيضا ارتفاع نسبة الطالبات اللواتي يعتبرن أن الزواج المبكر يعرض الفتاة لمشاكل صحية واجتماعية ونفسية، كما اعتبرت 87.7% من الطالبات أن الزواج المبكر قد يكون سببا في حرمان الفتاة من التعليم، ومن ذلك يتبين وعي الفتيات بمخاطر الزواج المبكر، وآثاره السلبية، والذي يؤكد على ذلك أيضا أنه قد كانت 85.0% من الطالبات على علم بمخاطر الإنجاب في سن مبكرة، وقد يكون ذلك نتيجة تأثر الطالبات بالمنهج المدرسية التي تطرقت إلى موضوع الزواج المبكر وآثاره السلبية على الأم والطفل في العديد من الصفوف، حيث تم الحديث عن هذا الموضوع في منهج الاقتصاد المنزلي للصف السابع، وفي منهج التربية المدنية للصفين الثامن والتاسع، وفي منهج علوم الصحة والبيئة للصف التاسع، حيث تحدثت هذه المنهج عن الزواج المبكر من حيث مفهومه وأهم مخاطره على الأم والجنين، وأهم العوامل التي ترتبط بظاهرة الزواج المبكر، وبرز آثاره

السلبية الاجتماعية والصحية، وأنه شكل من أشكال انتهاك حقوق المرأة، بالإضافة إلى دور كل من كتيب مرشد المعلم في الصحة الإنجابية، والدليل التدريبي في صحة المراهقة خاصة للصف الثامن والتاسع الذي تم التطرق من خلاله لموضوع الزواج المبكر مع تبيان أهم لأهم المشاكل الصحية والنفسية والاجتماعية الناتجة عن الزواج المبكر، وحث الطالبات على إكمال التعليم حتى نهاية المرحلة الثانوية على الأقل، ومن جهة أخرى قد تكون الفتاة تعرفت على سلبيات الزواج المبكر بفعل تجارب سابقة رأتها على أرض الواقع، أو عن طريق برامج تلفزيونية شاهدها، أو ندوات قد حضرتها.

ومما سبق ذكره يمكن أن نستخلص موقف الفتيات من ظاهرة الزواج المبكر، حيث أنه كان موقفا سلبياً وأنهن قد فضلن إكمال تعليمهن، واكتمال نموهن الجسدي والعقلي والنفسي قبل الدخول في الحياة الزوجية التي تتطلب الكثير من المسؤوليات والالتزامات التي قد لا تستطيع الفتاة تحملها في سن مبكرة. وتوافقت النتائج مع دراسة أمل مطر (2004) التي بينت أن 87% من طالبات الثانوي العام و 10% فقط من طالبات الثانوي التجاري اعتبرن التعليم فرصة لهن لتكوين شخصيتهن وكيانهن. وتوافقت أيضاً مع نتائج دراسة مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار 2008 حيث أظهرت النتائج أن الإناث كن أكثر رفضاً لفكرة الزواج المبكر الذي ينتج عنه عدم إكمال الفتيات لتعليمهن أو حدوث حمل وإنجاب مبكر بما قد يعود على الفتاة بمخاطر صحية.

أما بالنسبة لموضوع زواج الأقارب فتبين من الجدول رقم (21) أن 81.0% من الطالبات لا يشجعن زواج الأقارب، وقد يفسر ارتفاع هذه النسبة إلى أن الغالبية العظمى من الطالبات كن على علم بأن زواج الأقارب يسهم في نقل أمراض وراثية، حيث تم التطرق لهذا الموضوع في منهاج الاقتصاد المنزلي للصف السابع ومنهاج علوم الصحة والبيئة للصف التاسع من حيث الآثار السلبية لزواج الأقارب ونظرة الإسلام لهذا الزواج، بالإضافة إلى تطرق الدليل التدريبي في صحة المراهقة لبرنامج الصف الثامن والتاسع لموضوع الزواج المبكر وزواج

الأقارب، وأيضاً تطرق مرشد المعلم في الصحة الإنجابية لهذا الموضوع حيث تم توضيح الأمراض التي ترتبط بزواج الأقارب وبيان موقف الدين من هذه الظاهرة.

وتبين من جدول رقم (21) أيضاً أن ثلثي الطالبات لا يوافقن على الزواج المبكر حتى لو كان الشخص قريباً لها أو يعجبها، وذلك بسبب وعي بالعواقب السلبية التي قد تعاني منها نتيجة هذا الزواج، سواء كانت بسبب الأمراض الوراثية التي قد تنتقل للأطفال، أو من المشاكل الاجتماعية التي قد تعاني منها بسبب زواج الأقارب. ويتبين توافق النتائج مع دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011)، حيث أن النسبة الأكبر كانت للطلبة اللذين لم يؤيدوا زواج الأقارب، أما محمد زنيد (2006) فقد أفادت نتائج دراسته فيما يتعلق بالزواج المبكر وزواج الأقارب أن الطلاب على وعي بأضرارهما على الأسرة وضرورة عمل فحص الدم قبل الزواج لتجنب الأمراض الوراثية.

أما عن الوقت المناسب للتوعية في الأمور الجنسية والصحة الإنجابية فيلاحظ من الجدول رقم (21) أن 85.8% من الطالبات يفضلن الحصول على معلومات في الأمور الجنسية والصحة الإنجابية قبل الزواج، وذلك يدل على وعي الفتاة بضرورة معرفتها ببعض موضوعات الصحة الإنجابية قبل الزواج، من أجل إتباع سبل السلامة منذ بداية حياتها الزوجية والإنجابية، وتجنب أي مخاطر قد تقع فيها الفتاة بسبب تدني مستوى معرفتها بأي خطر قد يواجهها، أو عجزها عن مواجهة أي مشكلة مهما كانت بسيطة بسبب جهلها.

4.5 تنظيم الأسرة

يعتبر موضوع تنظيم الأسرة من الموضوعات الهامة جداً في وقتنا الحاضر، وذلك بسبب الزيادة السكانية الكبيرة التي شهدها العالم، وهنا سيتم التعرف على مستوى معرفة الفتيات بموضوع تنظيم الأسرة وأهم وسائله، ومدى معرفتهن بأهمية إتباع هذه الوسائل في المستقبل. جدول رقم (22).

جدول رقم (22)

تنظيم الأسرة ووسائله ومدى معرفة الفتيات بأهميته.

الرقم	السؤال	نعم	لا	لا إجابة
1	هل تعرفين ماذا يقصد بتنظيم الأسرة	93.1	6.5	0.4
2	هل سبق وسمعت عن وسائل تنظيم الأسرة	88.5	11.3	0.2
3	هل سمعت عن اللولب	82.0	17.9	0.2
4	هل سمعت عن الحبوب	86.2	13.4	0.4
5	هل سمعت عن الواقي الأنثوي	23.2	75.6	1.2
6	هل سمعت عن الواقي الذكري	26.5	72.2	1.3
7	هل سمعت عن التعقيم للرجال	32.2	66.4	1.3
8	هل سمعت عن لتعقيم للنساء	37.2	61.4	1.3
9	هل سمعت عن الرضاعة الطبيعية	88.3	11.1	0.6
10	هل سمعت عن فترة الأمان	68.7	29.9	1.3
11	هل سمعت عن العزل	34.9	63.3	1.7
12	هل سمعت عن مستحضرات إبادة الحيوانات المنوية	19.0	78.5	2.5
13	هل تعتقدين أن تنظيم الأسرة يكون في صالح صحة الأم	93.7	3.5	2.9
14	هل تعلمين مخاطر تكرار الحمل والإنجاب بدون وجود فترة راحة بين الحمل والآخر	86.6	12.3	1.2
15	في المستقبل، هل تعلمين من أين ستحصلين على معلومات من أجل استخدام الوسيلة المناسبة لتنظيم أسرتك	72.6	26.9	0.6
16	عندما تتزوجين في المستقبل هل ترغبين في تنظيم أسرتك	97.3	2.1	0.6
17	هل تفضلين تكوين أسرة كبيره	12.1	86.9	1.0
18	هل تفضلين تكوين أسرة صغيره	85.8	12.5	1.7

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

1.4.5 معرفة الفتيات بمفهوم تنظيم الأسرة ووسائله

يتبين من الجدول رقم (22) أن غالبية الطالبات كن على علم بمفهوم تنظيم الأسرة، وقد يعود ذلك إلى تطرق المناهج المدرسية لمثل هذا الموضوع، مثل منهاج التربية المدنية للصف الثامن ومنهاج علوم الصحة والبيئة للصف التاسع والعاشر، ومنهاج الاقتصاد المنزلي للصف العاشر، وأخيرا في منهاج التربية الإسلامية للصف الثاني عشر، وتم ذكر موضوع تنظيم

الأسرة في برنامج الدليل التدريبي في صحة المراهقة الخاص بالصف التاسع، وبالإضافة إلى المناهج الدراسية لا نستطيع تجاهل نشاطات وزارة الصحة التي تعمل على نشر الإعلانات في مختلف وسائل الإعلان مثل الراديو والتلفزيون والمنشورات الورقية من أجل توجيه مجتمعاتنا لتنظيم أسرهم ونشر الوعي بأهمية تنظيم الأسرة مما يزيد الوعي عند جميع الفئات العمرية بأهمية تنظيم الأسرة. ويتبين أن نتائج الدراسة اختلفت مع نتائج دراسة كفى يامين (2005)

حيث لاحظت تدني نسبة المعرفة بمفهوم تنظيم الأسرة إلى ما دون 50%.

ظهر في الجدول رقم (22) ارتفاع نسبة الطالبات اللواتي سبق وسمعن بوسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت حوالي 88.5%، واختلفت هذه النتيجة مع ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011) حيث تبين بأن أكثر من نصف الطالبة المراهقين (56.7%) ليست لديهم معرفة حول أي من أساليب تنظيم الأسرة والمباعدة بين الأحمال، وقد يعود ذلك إلى أفراد عينة دراسة ألفا العالمية للأبحاث واستطلاعات الرأي قد اشتملت على طلاب المرحلة الإعدادية (السابع والثامن والتاسع)، بالإضافة إلى أنها اشتملت على كلا الجنسين، في حين أن أفراد عينة هذه الدراسة كانت مقتصرة على إناث المرحلة الثانوية .

وتم سؤال الطالبات عن وسائل تنظيم الأسرة المختلفة، وإذا ما كن قد سمعن بهذه الوسائل من قبل أم لا وذلك في الجدول رقم (22) ، وتبين أن وسيلة الرضاعة الطبيعية كانت من أكثر الوسائل المعروفة بالنسبة للطالبات، وقد تعود معرفتهن بهذه الوسيلة على وجه الخصوص إلى عدة عوامل منها تطرق المناهج المدرسية لهذه الوسيلة بالذات كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة وبشكل متكرر في عدة صفوف مثل تطرق منهاج الاقتصاد المنزلي في الصف الثامن هذا الموضوع، ومنهاج علوم الصحة والبيئة للصف التاسع ومنهاج العلوم للصف العاشر ومنهاج التربية الإسلامية للصف الثاني عشر، حيث تم التطرق للرضاعة الطبيعية كوسيلة من وسائل

تنظيم الأسرة مع ذكر أهم فوائدها التي تعود على كل من الأم والوليد، لذلك ولما كان لهذه الوسيلة من أهمية كبيرة كانت هي الوسيلة الأكثر شيوعاً بالنسبة للطالبات.

وارتفعت أيضاً نسبة معرفة الطالبات بوسيلتي اللولب والحبوب (في الجدول رقم (22)) ويعود ذلك إلى أنها من الوسائل الأكثر رواجاً واستعمالاً لدى الأمهات، فقد تبين من نتائج مسح واقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية سنة 2005 أن نسبة استخدام الزوجات في سن المراهقة لوسيلتي الحبوب واللولب كانت النسبة الأعلى من بين الوسائل الفعالة لتنظيم الأسرة، كما وبينت نتائج مسح صحة الأسرة التي أجراها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني سنة 2007 أن اللولب احتل مكاناً متقدماً بين مختلف وسائل تنظيم الأسرة الأخرى المستخدمة من قبل النساء ويليها وسيلة الحبوب. وظهر في دراسة محمود حشمة (2000) أن أكثر من نصف النساء في مخيم الوحدات يستخدمن وسيلة اللولب كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة.

اختلفت النتائج مع دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي (2011)، حيث كانت أكثر وسيلة معروفة لدى الطالبات في هذه الدراسة هي وسيلة الرضاعة الطبيعية في حين تبين في دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي أن معرفة الطلبة المراهقين بوسيلة الحبوب هي الأكثر شهرة كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة وتليها وسيلة اللولب.

في حين انخفضت نسبة معرفة الفتيات بوسيلة مستحضرات إبادة الحيوانات المنوية بشكل كبير (جدول رقم 22)، حيث أن هذه الوسيلة غير مستعملة بشكل شائع، ولم يتم ذكرها في أي منهاج، وتوزعت النسب على بقية الوسائل بنسب مختلفة، وتبين من الدراسة أن حوالي 72.6%

من الطالبات يعلمن من أين سيحصلن على معلومات من أجل استخدام الوسيلة المناسبة لتنظيم أسرهن في المستقبل.

ومن النتائج السابقة نستطيع القول أن الفتاة قد تكون معرفتها بهذه الوسائل من خلال استخدام والدتها لها، ومن الجدير بالذكر أنه ليس من الضروري أن تسأل الفتاة والدتها عن ذلك، بل قد تسمع وبشكل غير مباشر عن هذه الوسائل من خلال حديث والدتها مع الأخريات، بالإضافة إلى دور المناهج المدرسية في ذلك، حيث تم ذكر وسائل تنظيم الأسرة في منهاج علوم الصحة والبيئة للصف التاسع، وبالذات وسيلة الرضاعة الطبيعية والحبوب واللولب والواقى الذكري كوسائل تستخدم في تنظيم الأسرة. ولا نهمل دور وسائل الإعلام التي تعمل على ترويج وسائل تنظيم الأسرة من أجل تشجيع النساء على تنظيم أحمالهن. مما سبق نفسر ارتفاع مستوى معرفة الفتيات بهذه الوسائل الثلاثة بالذات.

2.4.5 معرفة الفتيات بأهمية تنظيم الأسرة

أما في ما يتعلق بمعرفة الطالبات بأهمية موضوع تنظيم الأسرة، فتبين أن غالبية الطالبات كن على علم بأن تنظيم الأسرة يكون في صالح صحة الأم، وأن 86.6% من الطالبات كن على علم بمخاطر تكرار الحمل والإنجاب بدون وجود فترة راحة بين الحمل والآخر، ومما سبق يتبين ارتفاع مستوى وعي الفتيات بأهمية موضوع تنظيم الأسرة والتباعد بين الأحمال، ويعود ذلك إلى تطرق المناهج المدرسية لهذا الموضوع في عدة صفوف وقد تم ذكر ذلك سابقاً، بالإضافة إلى ارتفاع مستوى الوعي في المجتمع ككل بأهمية موضوع تنظيم الأسرة، وذلك بفعل سياسة التوعية والإعلام التي تقوم بها وزارة الصحة. ولأن تنظيم الأسرة أصبح مفهوماً مقبولاً في المجتمعات الإسلامية، حيث تم التفريق بينه وبين تحديد النسل، والدليل على ذلك نتائج مسح صحة الأسرة التي أجراها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني سنة 2007 التي أفادت

بأن حوالي 81.4% من النساء المتزوجات يوافقن بصفة عامة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة ومن البديهي أن تنعكس هذه النسبة المرتفعة للأمهات على الفتيات وموقفهن من موضوع تنظيم الأسرة.

3.4.5 موقف الفتيات ونظرتهم المستقبلية تجاه موضوع تنظيم الأسرة

يلاحظ من الجدول رقم (22) أن غالبية الطالبات يرغبن في تنظيم أسرهن في المستقبل، فظهر أن 85.8% يفضلن تكوين أسر صغيرة، في حين أن 12.1% من الطالبات فقط يفضلن تكوين أسر كبيرة، وذلك يبين رغبة الطالبات بتنظيم أسرهن في المستقبل، وقد يعود ذلك إلى الرغبة في توفير ظروف اقتصادية واجتماعية وأجواء أسرية أفضل للأطفال، وذلك يدل على ارتفاع مستوى وعيهم بأهمية تنظيم الأسرة وفائدة ذلك على الأم والأسرة والمجتمع أيضا. وأفصحت الطالبات عن وجهة نظرهن في الفترة الزمنية المناسبة التي يفضلن انتظارها بين كل ولادة وأخرى، فتبين أنه قد بلغ متوسط الفترة حوالي 3 سنوات. كما وأفصحن عن العدد المثالي للأطفال الذي يرغبن في إنجابهم في المستقبل، فبلغ متوسط عدد المواليد الذكور المرغوب في إنجابهم 2.1، أما متوسط عدد المواليد الإناث المرغوب فيه 1.8 ومجموع متوسط الأطفال المرغوب في إنجابهم 3.9 طفل، وهذا المتوسط يتساوى تقريبا مع متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة في الضفة الغربية 2010 وهو 3.8 طفل، والسبب في ارتفاع عدد الذكور المرغوب في إنجابهم أكثر من الإناث يعود إلى أسباب اجتماعية واقتصادية.

5.5 الأمراض المنقولة جنسيا

تعتبر الأمراض المنقولة جنسيا من الأمور التي يجب أن يكون أي شخص على ثقافة عالية بها، وهنا يتبين لدينا مدى معرفة الفتيات بالأمراض المنقولة جنسيا وأنواع هذه الأمراض وطرق انتقالها، جدول رقم (23).

جدول رقم (23)

مدى معرفة الفتيات بموضوع الأمراض المنقولة جنسيا وأنواع هذه الأمراض وطرق انتقالها.

الرقم	السؤال	نعم	لا	لا إجابة
1	هل تعلمين ما هي الأمراض المنقولة جنسيا	90.2	8.4	1.3
2	هل سبق وسمعت عن مرض الايدز كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا	97.3	1.2	1.5
3	هل سبق وسمعت عن مرض الكلاميديا كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا	17.5	82.5	0.0
4	هل سبق وسمعت عن مرض السيلان كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا	52.2	47.8	0.0
5	هل سبق وسمعت عن مرض الفطريات كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا	49.5	50.3	0.2
6	هل تعرفين أن الاتصال الجنسي غير المشروع سبب من أسباب الإصابة بمرض الايدز	93.7	6.3	0.0
7	هل تعرفين أن استعمال ابر ملوثة بفيروس مرض الإيدز قد يسبب الإصابة بهذا المرض	95.6	4.2	0.2
8	هل تعرفين أن نقل دم ملوث بفيروس الإيدز قد يسبب الإصابة بهذا المرض:	96.2	3.5	0.4
9	هل تعرفين أن مرض الإيدز قد ينتقل من الأم المصابة إلى جنينها	92.3	7.5	0.2
10	هل تعرفين طرق الوقاية من هذا المرض	78.8	21.2	0.4

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

يتبين من الجدول رقم (23) أن 90.2% من الطالبات كن على علم بالأمراض المنقولة

جنسيا، واختلفت النتيجة بفارق كبير عن دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات

الرأي (2011) حيث أنه عند سؤال الطلبة المراهقين عن معرفتهم بالأمراض المنقولة جنسيا

تبين أن 69.1% منهم فقط كان على معرفة بهذا الموضوع، وقد يعود ذلك إلى الفرق في السن

بين أفراد عيني الدراسة.

أما عن أنواع الأمراض المنقولة جنسيا المعروفة لدى الطالبات، فتبين من الجدول رقم

(23) أن غالبية الطالبات سمعن عن مرض الايدز كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا، وقد

كانت لهذا المرض أعلى نسبة بين الأمراض الأخرى، وتلتها معرفتهن بمرض السيلان، وقد يعود ارتفاع معرفة الطالبات لهذين المرضين دون الأمراض الأخرى إلى أنه تم التطرق لهذه الأمراض في المناهج المدرسية، حيث تم الحديث عن موضوع الإيدز في منهجي العلوم العامة وعلوم الصحة والبيئة في الصف العاشر من حيث مفهومه وطرق انتقاله والوقاية منه وأهم أعراضه الرئيسية والثانوية، بالإضافة إلى دور وسائل الإعلام والبرامج التلفزيونية التي تتطرق لمرض الإيدز بالذات من بين الأمراض المنقولة جنسياً، كما أن الدليل التدريبي في صحة المراهقة تطرق لموضوع الأمراض المنقولة جنسياً وخاصة مرض الإيدز وذلك في البرنامج المخصص للصف التاسع، ولا يتم إهمال دور وزارة الصحة التي تعمل على نشر حملات التوعية عن هذا المرض وطرق انتشاره وكيفية الوقاية منه، أما عن مرض السيلان فقد تم التطرق إليه في منهج العلوم العامة في الصف العاشر. واتفقت نتائج الدراسة من حيث المعرفة بمرض الإيدز كمرض من الأمراض المنقولة جنسياً مع دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي فتبين من النتائج أن مرض الإيدز / نقص المناعة المكتسبة كان من أكثر الأمراض الجنسية معرفة وشهرة عند الطلبة (95.9%) بينما كانت معرفتهم ببقية الأمراض محدودة جداً.

أما عن معرفة الطالبات بالأمراض الأخرى المنقولة جنسياً فقد تبين أن النسب انخفضت لمرضي الفطريات والكلاميديا ، ويعود ذلك الانخفاض في النسب لعدم تطرق المناهج المدرسية لهذه الأمراض وإلى أنها أمراض غير شائعة.

ويلاحظ من الجدول رقم (23) ارتفاع نسبة معرفة الفتيات بطرق انتشار مرض الإيدز، حيث ارتفعت نسبة معرفة الطالبات لأكثر من 92% في كل الطرق التي ينتقل بها مرض الإيدز، وتبين أن 78.8% من الطالبات كن على علم بطرق الوقاية من هذا المرض.

وتفاوتت النتائج مع دراسة ألفا العالمية للأبحاث والمعلوماتية واستطلاعات الرأي فقد كانت طريقة نقل دم ملوث بفيروس الإيدز من أكثر طرق الإصابة بالإيدز معرفة لدى الطالبات بنسبة 96.2%، في حين أجاب 73.9% من أفراد عينة دراسة ألفا العالمية للأبحاث بأنه ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي ويليه في المعرفة عن طريق نقل دم ملوث بالمرض 24.7%.

6.5 مصادر المعلومات في الحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية

تعددت مصادر المعلومات التي حصلت الطالبات من خلالها على معلومات عن الصحة الإنجابية واهم موضوعاتها، وفي ما سبق تم سؤال الطالبات عن أفضل المصادر بالنسبة لهن كن قد حصلن من خلالها على معلومات عن الصحة الإنجابية، وتبين أن الأم كانت هي المصدر الأفضل بالنسبة لهن، أما هنا فقد كان الهدف هو التعرف على أكثر مصدر من مصادر المعلومات المتعددة التي عملت على إثراء معلومات الطالبات، فقد تم سؤال الطالبات عن عدة مصادر، وعملت كل طالبة على إعطاء كل مصدر علامة تراوحت من صفر (أقل مصدر) إلى 10 (أكبر مصدر)، وتم أخذ المتوسطات الحسابية لإجابات الطالبات لنبين أي من المصادر كان له الدور الأكبر في زيادة مدى معرفة الطالبات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها، جدول رقم (24).

جدول رقم (24)

مصادر الطالبات في الحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية وموضوعاتها المختلفة.

المصدر	معلومات عن موضوع الصحة الإنجابية		معلومات عن التغيرات الجسدية وفترة المراهقة		لديك معلومات عن تنظيم الأسرة		معلومات عن الزواج المبكر وزواج الأقارب		معلومات عن مرض الايدز وأسبابه	
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
والدتك	7.3	3.3	7.5	3.3	7.1	3.6	7.3	3.5	5.3	4.1
أخواتك	4.7	3.9	4.5	4.0	4.0	3.7	4.3	3.9	3.2	3.7
صديقاتك	5.3	3.5	5.2	3.5	4.3	3.4	4.8	3.5	4.3	3.5
المدرسة	5.8	3.3	6.6	3.2	6.5	3.4	7.0	3.3	7.0	3.3
التلفاز	4.6	3.3	4.0	3.3	4.9	3.4	5.0	3.5	6.8	3.4
الانترنت	4.0	4.0	3.4	3.7	3.6	3.8	3.4	3.8	4.5	4.1
الكتب والمجلات	3.8	3.6	3.6	3.5	3.9	3.6	3.8	3.6	4.2	3.7

المصدر: الدراسة الميدانية 2010.

يتبين من الجدول رقم (24) أن الأم كانت أكثر مصدر من مصادر المعلومات التي عملت على إثراء معلومات الطالبات في مجال الصحة الإنجابية وموضوعاتها المختلفة، ومن ثم المدرسة باستثناء موضوع مرض الايدز، فقد كان للمدرسة الدور الأول في زيادة معرفة الطالبات بمرض الايدز وأسباب الإصابة، به والتلفاز في المرتبة الثانية وذلك لكثرة عرض التلفاز للبرامج التي تتعلق بموضوع الأمراض المنقولة جنسيا مما يرفع من مستوى الوعي بمرض الايدز ومخاطره، واثت الأم في المرتبة الثالثة. وقد يعود الدور الأكبر للأم في المجالات السابقة كمصدر من مصادر المعلومات كون الأم مصدر معلومات موثوق به بالنسبة للطالبات، حيث تعتبر الأم مصدر الأمان والطمأنينة لفتياتها خاصة في سن المراهقة، حيث تكثر الاضطرابات النفسية لدى الفتيات في هذه المرحلة، واحتلت المدرسة المرتبة الثانية وذلك كان بفعل تأثير المناهج المدرسية التي عملت على إثراء معلومات الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية جميعا.

واحتلت الصديقات المرتبة الثالثة (جدول رقم 24) من ضمن مصادر المعلومات لموضوعي الصحة الإنجابية والتغيرات الجسدية خلال فترة المراهقة، حيث تتبادل الفتيات المعلومات وتتحدث في هذه الموضوعات خاصة من هن في سن متقارب حيث يتعرضن لنفس التغيرات الجسدية، في حين كان التلفاز في المرتبة الثالثة لموضوعي تنظيم الأسرة والزواج المبكر لأن التلفاز ببرامجه المتنوعة قد احتوى على هذين الموضوعين بالذات، وحصل كل من الانترنت والكتب والمجلات على أدنى العلامات في جميع الموضوعات باستثناء مرض الايدز حيث كانت الأخوات هي المصدر الأقل إسهاما في زيادة معرفة الطالبات بموضوع الايدز، وقد يعود سبب تدني مساهمة مصدري الانترنت والكتب والمجلات في زيادة معرفة الفتيات

بموضوعات الصحة الإنجابية إلى كونهما مصدران يعتمدان على اجتهاد الفرد من حيث البحث والقراءة، وقد لا تتواجد الرغبة في ذلك لدى الفتيات، بالإضافة إلى أن الفتاة قد تخجل أو تتردد من اقتناء أو استعارة كتاب من مكتبة المدرسة يحتوي على موضوعات الصحة الإنجابية.

أما عن الانترنت فعلى الرغم من أنه في السابق قد اعتبر من أفضل مصادر المعلومات لدى الطالبات إذا كان متاحا (وذلك في قسم الصحة الإنجابية والتغيرات الفسيولوجية جدول 17 و جدول 18)، إلا أن الطالبات لم يعتبرنه أكثر مصدر قدم لهن معلومات عن الصحة الإنجابية، وقد يفسر ذلك بوجود رقابة من قبل الأهل على استخدام فتياتهم للانترنت، حيث أن خدمة الانترنت مفيدة جدا، ولكن إذا لم تستغل بالشكل الصحيح وتحت رقابة الأهل وخاصة في سن المراهقة قد تؤدي إلى حدوث عدة مشاكل، ومن الجدير ملاحظته في الجدول رقم (24) أن الفروق بين الانحرافات المعيارية كانت بسيطة جدا.

الفصل السادس

العوامل المؤثرة على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها

1.6 مكان السكن

2.6 التجمع السكاني

3.6 الصف الدراسي

4.6 التخصص

5.6 عمر الفتاة بالسنوات

6.6 خصائص الوالدين

7.6 عدد الإخوة والأخوات

8.6 عدد أفراد الأسرة

9.6 ترتيب الفتاة بين إخوتها

10.6 دخل الأسرة

الفصل السادس

العوامل المؤثرة على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها

يتناول هذا الفصل مدى تأثير المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية للطالبة ولوالديها مع مدى معرفتها بقضايا الصحة الإنجابية.

1.6 مكان السكن

للتعرف على مدى تأثير مكان السكن على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومكان السكن.

ولقد تم استخدام اختبار (Independent sample t-test) لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (25).

الجدول رقم (25)

نتائج اختبار (Independent sample t-test) لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير مكان السكن.

مكان السكن	الوسط الحسابي	انحراف معياري	قيمة t	الدلالة-t	
قرية	.7808	.1816	.077	.939	مفهوم الصحة الإنجابية
مدينة	.7795	.1714			
قرية	.8657	.2220	.209	.834	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية
مدينة	.8615	.2372			
قرية	.9018	.1888	-.429	.668	الزواج المبكر
مدينة	.9088	.1828			
قرية	.4920	.2349	-1.016	.310	تنظيم الأسرة
مدينة	.5131	.2177			
قرية	.5310	.2444	-1.462	.114	الأمراض المنقولة جنسيا
مدينة	.5630	.2491			
قرية	.6800	.1322	-1.045	.297	المغريات ككل
مدينة	.6925	.1172			

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (25) أن قيم t المحسوبة بالنسبة لمتغيرات الدراسة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية التي تقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومكان السكن.

وقد يعزى عدم وجود تأثير لمكان سكن الطالبات على معرفتهن بموضوعات الصحة الإنجابية إلى أن التجمعات الحضرية في محافظة سلفيت (سلفيت وبديا) لا يزال سكانها متعلقين بعاداتهم وتقاليدهم القروية، وذلك لأن كل من سلفيت وبديا لم يمر على تصنيفها كتجمعات حضرية زمن طويل، فلا يوجد اختلاف كبير بين البيئة القروية والبيئة الحضرية، أي أنه لا يوجد تأثير للتصنيف الحضري على ثقافة السكان فلا يوجد اختلاف بين سكان الريف والحضر في المحافظة، ويعود ذلك أيضا إلى قرب التجمعات السكنية في المحافظة من بعضها البعض مما يساعد على تشابه العادات والثقافات.

وقد توافقت نتائج الدراسة مع دراسة **محمد زنيد (2006)** حيث تبين لديه أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة طلاب جامعة النجاح بموضوعات الصحة الإنجابية ونوع التجمع السكاني، وقد توافقت نتائج هذه الدراسة أيضا مع دراسة **فخري العلي (2001)** حيث تبين لديه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين تعزى لمتغير مكان إقامة الطالب قرية مدينة. في حين اختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة **مارلين رايس (2000)** وأوضحت نتائج الدراسة أن وضع المرأة يختلف مع كل بلد ومنطقة من مناطق العالم، وأن لهذا الاختلاف آثار مباشرة على الصحة الإنجابية للسكان، وقد تؤدي إلى عدة عواقب محتملة مثل العجز، والعقم، والعنف الجنسي والاعتداء الجنسي.

2.6 التجمع السكاني

للتعرف على مدى تأثير التجمع السكاني على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وحجم التجمع السكاني.

وقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way anova) لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (26).

الجدول رقم (26)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير حجم التجمع السكاني.

الدالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
.996	.004	1.323E-04	2	2.646E-04	بين المجموعات	مفهوم الصحة الإنجابية
		3.143E-02	485	15.241	في المجموعات	
			487	15.242	المجموع	
.135	2.013	.105	2	.210	بين المجموعات	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية
		5.212E-02	511	26.632	في المجموعات	
			513	26.842	المجموع	
.579	.547	1.895E-02	2	3.791E-02	بين المجموعات	الزواج المبكر
		3.464E-02	515	17.842	في المجموعات	
			517	17.880	المجموع	
*.034	3.406	.174	2	.348	بين المجموعات	تنظيم الأسرة
		5.112E-02	483	24.690	في المجموعات	
			485	25.039	المجموع	
.263	1.340	8.153E-02	2	.163	بين المجموعات	الأمراض المنقولة جنسيا
		6.084E-02	509	30.969	في المجموعات	
			511	31.132	المجموع	
.059	2.855	4.464E-02	2	8.927E-02	بين المجموعات	المتغيرات ككل
		1.563E-02	436	6.817	في المجموعات	
			438	6.906	المجموع	

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (26) أن قيمة F المحسوبة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وحجم التجمع السكاني بالنسبة للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية، المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، الزواج المبكر، الأمراض المنقولة جنسياً، المتغيرات ككل). في حين يتبين أن قيمة F المحسوبة بالنسبة لمتغير (تنظيم الأسرة) ذات دلالة إحصائية لذلك ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة لهذا المتغير، التي تقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوع تنظيم الأسرة وحجم التجمع السكاني، ولقد تبين أن الفروقات تميل لصالح عينة القرى الصغيرة.

وقد يفسر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وحجم التجمع السكاني إلى عدم التفاوت الكبير في أحجام التجمعات السكانية في المحافظة، وبالتالي قد تكون هناك فروق ولكن غير ظاهرة إحصائياً، باستثناء وجود فروق دالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوع تنظيم الأسرة وحجم التجمع السكاني، وكان ذلك لصالح التجمعات الصغيرة الحجم حسب ما تبين من اختبار شفيه، وقد يعزى ذلك إلى زيادة اهتمام وزارة الصحة والمؤسسات برفع مستوى وعي الأفراد في المناطق كبيرة الحجم وإهمال المناطق الصغيرة التي تكون مهمشة بعض الشيء بهذا الخصوص والتي هي بحاجة لرفع مستوى الوعي لدى أفرادها، حيث أن مستوى الوعي لديهم قد يكون أقل منه في المناطق الكبيرة والمتوسطة الحجم التي قد تتلقى خدمات بشكل أفضل وأكبر.

3.6 الصف الدراسي

للتعرف على مدى تأثير الصف الدراسي على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والصف.

ولقد تم استخدام اختبار (Independent sample t-test) لاختبار الفرضية أعلاه،
جدول رقم (27).

الجدول رقم (27)

نتائج اختبار (Independent sample t-test) لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات
المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير الصف.

الصف	الوسط الحسابي	انحراف معياري	قيمة t	الدلالة -t
الأول ثانوي	.7589	.1821	-2.767	*.006
الثاني ثانوي	.8030	.1686		
الأول ثانوي	.8764	.2183	1.298	.295
الثاني ثانوي	.8502	.2393		
الأول ثانوي	.8967	.2017	-1.057	.291
الثاني ثانوي	.9140	.1670		
الأول ثانوي	.4717	.2260	-3.027	*.003
الثاني ثانوي	.5336	.2246		
الأول ثانوي	.5313	.2480	-1.340	.181
الثاني ثانوي	.5605	.2451		
الأول ثانوي	.6665	.1239	-3.263	*.001
الثاني ثانوي	.7052	.1245		

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (27) أن قيمة F المحسوبة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والصف بالنسبة للمتغيرات (المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، الزواج المبكر، الأمراض المنقولة جنسياً). في حين يتبين أن قيمة F المحسوبة بالنسبة لمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ومتغيرات الدراسة ككل) ذات دلالة إحصائية لذلك ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة لهذه المتغيرات.

وقد يعود وجود فروق دالة إحصائية إلى ارتباط الصف بعمر الفتاة حيث أنه كلما ارتفع الصف الذي تدرس فيه الفتاة زاد وعيها وإدراكها واهتمامها بمفهوم الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، ويفسر وجود دلالة إحصائية بين عمر الفتاة ومتغيرات الدراسة ككل أيضا إلى أنه كلما ارتفع صف الفتاة كلما حصلت على معلومات أكثر حول هذه المعلومات سواء من خلال الدراسة أو من خلال وسائل الإعلام أو الأسرة والصديقات، وبذلك يصبح لدى الفتيات معرفة تراكمية حول هذه الموضوعات ككل .

واختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة سوسن السهلي (2001) في بعض القضايا مثل وجود فروق لمتغيرات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والمتغيرات ككل، في حين تبين في نتائج دراسة سوسن السهلي (2001) عدم وجود فروق بين متوسط درجات طلاب الصف الأول الثانوي والصف الثالث الثانوي، وقد فسرت السهلي عدم وجود فروق في النتائج إلى أن طلاب الصف الأول الثانوي كانت تعرض عليهم ندوات تثقيفية بخصوص موضوعات الصحة الإنجابية لذلك لم يتواجد تفاوت في معرفة الطلاب للصفين.

4.6 التخصص

للتعرف على مدى تأثير التخصص على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والتخصص.

وقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way anova) لاختبار الفرضية أعلاه،
جدول رقم (28).

الجدول رقم (28)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات
الصحة الإنجابية ومتغير التخصص.

الدلالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
*.001	6.758	.207	2	.413	بين المجموعات	مفهوم الصحة الإنجابية
		3.057E-02	485	14.828	في المجموعات	
			487	15.242	المجموع	
*.014	4.311	.223	2	.445	بين المجموعات	المراهقة والتغيرات الفسولوجية
		5.166E-02	511	26.397	في المجموعات	
			513	26.842	المجموع	
.065	2.747	9.436E-02	2	.189	بين المجموعات	الزواج المبكر
		3.435E-02	515	17.691	في المجموعات	
			517	17.880	المجموع	
*.022	3.833	.196	2	.391	بين المجموعات	تنظيم الأسرة
		5.103E-02	483	24.647	في المجموعات	
			485	25.039	المجموع	
*.001	7.448	.443	2	.885	بين المجموعات	الأمراض المنقولة جنسيا
		5.942E-02	509	30.247	في المجموعات	
			511	31.132	المجموع	
*.006	5.125	7.931E-02	2	.159	بين المجموعات	المتغيرات ككل
		1.548E-02	436	6.747	في المجموعات	
			438	6.906	المجموع	

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (28) أن قيمة F المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والتخصص بالنسبة للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية، المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة جنسياً ومتغيرات الدراسة ككل) لذلك ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة لهذه المتغيرات، ولقد تبين أن الفروقات تميل لصالح عينة طالبات الأدبي والتجاري حسب ما تبين من اختبار شففيه في موضوعات الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسياً في حين تميل الفروقات لصالح الأدبي فقط في موضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية وتميل لصالح التجاري فقط في موضوع تنظيم الأسرة. في حين يتبين أن قيمة F المحسوبة بالنسبة لمتغير (الزواج المبكر) ليست ذات دلالة إحصائية لذلك تقبل الفرضية الصفرية لهذا المتغير، والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والتخصص.

ويعود ذلك إلى أن المعرفة بالمشكلات والنتائج المترتبة على الزواج المبكر تكون معروفة لدى الفتيات بغض النظر عن تخصصاتهن، حيث قد يكتسبن هذه المعرفة من خلال الأم أو الأخوات أو الصديقات اللواتي قد تزوجن في سن مبكرة.

ويتضح من خلال نتائج الفرضية وجود فروق دالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والتخصص بالنسبة للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية، المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة جنسياً ومتغيرات الدراسة ككل) وكانت الفروقات تميل لصالح التخصصين الأدبي والتجاري وذلك بشكل سلبي، وقد يفسر ذلك بأن طالبات التخصص العلمي يرتفع مستوى التحصيل العلمي لديهن أكثر من طالبات الأدبي والتجاري، وإذا ما تمت العودة إلى محتوى المناهج خاصة في الصفوف الإعدادية يتبين احتواءها على كم كبير من المعلومات الخاصة بموضوعات الصحة الإنجابية، وطالبات الفرع العلمي عادة يكن أكثر الطالبات دراسة ومثابرة وبالتالي ترتفع معرفتهن بالمعلومات التي مرت عليهن.

وتطابقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة أمل مطر (2004) حيث تبين في دراستها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الفتيات بالثانوي العام والثانوي التجاري على أبعاد استمارة الصحة الإنجابية بجميع نواحيها. وتطابقت أيضا مع نتائج دراسة محمد زنيد (2006) الذي بين وجود علاقة بين متغير التخصص ومعرفة الطلاب ببعض موضوعات الصحة الإنجابية، وقد يفسر وجود هذا الاختلاف بسبب التفاوت في العمر بين أفراد عينة هذه الدراسة وأفراد عينة دراسة محمد زنيد التي استهدفت طلاب جامعة النجاح الذين تكون تخصصاتهم واسعة وفي نطاقات مختلفة، ليست محدودة كالمدرسة. وتطابقت النتائج في هذه الدراسة مع نتائج دراسة سوسن السهلي (2001) حيث تبين وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات طلاب وطالبات الفرع العلمي وبين متوسط درجات طلاب وطالبات الفرع الأدبي.

5.6 عمر الفتاة بالسنوات

للتعرف على مدى تأثير عمر الفتاة بالسنوات على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الفتاة بالسنوات.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (29).

الجدول رقم (29)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير عمر الفتاة بالسنوات.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية		
0.066	-0.034	.107	.007	-.105	.083	معامل الارتباط	عمر الفتاة بالسنوات
.169	.443	*.019	.879	*.017	.068	الدلالة	

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (29) وجود علاقة ما بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات المراهقة والتغيرات الفسيولوجية وتنظيم الأسرة وبين عمر الفتاة بالسنوات وهنا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة، ويلاحظ أن العلاقة بين عمر الفتاة ومعرفتها بالمراهقة والتغيرات الفسيولوجية كانت علاقة عكسية وذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05، وقد يعود ذلك إلى أن الفتاة في هذه المرحلة من العمر تكون قد تخطت مرحلة المراهقة والتغيرات الفسيولوجية وسيكون اهتمامها في مجالات أخرى مثل موضوع تنظيم الأسرة مثلا حيث أنهن أمهات المستقبل وهذا ما يفسر وجود العلاقة الطردية ذات الدلالة الإحصائية على مستوى المعنوية 0.05 عمر الفتاة وموضوع تنظيم الأسرة، في حين تبين عدم وجود علاقة بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الفتاة بالسنوات للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية، والزواج المبكر، والأمراض المنقولة جنسيا، ومتغيرات الدراسة ككل) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الفتاة بالسنوات.

وقد يفسر وجود فروق في المعرفة لموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية والتي كانت ذات علاقة سلبية إلى أن الفتيات الأصغر سنا لا يزلن ضمن فترة التغيرات الفسيولوجية التي تمر بها الفتاة وعلى ذلك تكون هذه التغيرات محط اهتمامهن، أما بالنسبة لموضوع تنظيم الأسرة فكانت العلاقة ايجابية وذلك لأن الفتيات الأكبر سنا يكن قد كون معرفة متراكمة حول هذا الموضوع أكثر من الفتيات الأصغر سنا، فكلما كبرت الفتاة تصبح أكثر إدراكا وتفهما لهذه الموضوعات ومدى أهميتها. وقد اختلفت هذه النتائج مع دراسة محمد زنيد (2006) حيث أشارت نتائجها إلى وجود ارتباط بين متغير العمر ومعرفة أفراد العينة بعلامات البلوغ عند الذكر والأنثى.

6.6 خصائص الوالدين

للتعرف على مدى تأثير خصائص الوالدين على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإنجابية تعزى لمتغيرات الوالدين الديموغرافية (العمر، الحالة العملية، المهنة، المستوى التعليمي، والعمر عند الزواج الأول).

وقد تم تقسيم هذه الفرضية حسب المتغيرات إلى عدة فرضيات كما يلي:

أولاً: عمر الأب

للتعرف على مدى تأثير عمر الأب على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأب.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (30).

الجدول رقم (30)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير عمر الأب.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية		
0.018	-0.038	0.066	-0.058	-0.028	0.041	معامل الارتباط	عمر الأب
0.711	0.402	0.157	0.199	0.529	0.378	الدلالة	بالسنوات

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول رقم (30) عدم وجود علاقة بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأب لمتغيرات الدراسة (مفهوم الصحة الإنجابية، والمراهقة والتغيرات الفسيولوجية، والزواج المبكر، وتنظيم الأسرة، والأمراض المنقولة جنسيا والمتغيرات ككل) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأب.

ويعود ذلك إلى أن الفتاة لن تتوجه لسؤال والدها بخصوص موضوعات الصحة الإنجابية بغض النظر عن عمره.

ثانيا: عمر الأم

للتعرف على مدى تأثير عمر الأم على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأم.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (31).

الجدول رقم (31)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير عمر الأم.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية		
-0.081	-0.057	-0.044	-0.068	-0.065	-0.037	معامل الارتباط	عمر الأم
0.093	0.202	0.334	0.124	0.147	0.421	الدلالة	بالسنوات

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول رقم (31) عدم وجود علاقة بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأم للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية، المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، الزواج المبكر، وتنظيم الأسرة، والأمراض المنقولة جنسيا والمتغيرات ككل) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأم.

وقد يعود ذلك إلى أن الأم بغض النظر عن عمرها قد تعتبر أن معرفة فتياتها في سن صغيرة بهذه الموضوعات قد يكون غير ضروريا وفي بعض الأحيان عيبا، أو ربما تقوم الأم بإعطاء هذه المعلومات لبناتها بغض النظر عن عمرها على اعتبار أن نسبة المعلومات من الأمهات مرتفعة.

ثالثا: عمر الأب عند الزواج الأول

للتعرف على مدى تأثير عمر الأب عند الزواج الأول على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأب عند الزواج الأول.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (32).

الجدول رقم (32)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير عمر الأب عند الزواج الأول.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية		
0.085	0.051	0.037	-0.002	0.070	0.084	معامل الارتباط	عمر الأب عند الزواج الأول
0.081	0.262	0.432	0.966	0.122	0.070	الدلالة	

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول رقم (32) عدم وجود علاقة بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأب عند الزواج الأول لمتغيرات الدراسة كافة، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأب عند الزواج الأول.

ويفسر عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وبين عمر الأب عند الزواج الأول إلى أن الأب لا يسهم في زيادة معرفة فتياته بهذه الموضوعات بغض النظر عن عمره عند الزواج الأول لأن الفتاة تكون أقرب لوالدتها.

رابعاً: عمر الأم عند الزواج الأول

للتعرف على مدى تأثير عمر الأم عند الزواج الأول على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية و وعمر الأم عند الزواج الأول.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (33).

الجدول رقم (33)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير عمر الأم عند الزواج الأول.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية		
101.	115.	040.	-029.	033.	089.	معامل الارتباط	عمر الأم عند الزواج الأول
037.	*010.	389.	518.	465.	051.	الدلالة	

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (33) عدم وجود علاقة بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأم عند الزواج الأول للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية، والمراهقة والتغيرات الفسيولوجية، والزواج المبكر، وتنظيم الأسرة) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأم عند الزواج الأول. في حين تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأم عند الزواج الأول للمتغيرين (الأمراض المنقولة جنسيا ومتغيرات الدراسة ككل). وهنا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعمر الأم عند الزواج الأول.

وذلك يعود إلى أنه كلما زاد عمر الأم عند الزواج الأول يفترض أن يكون مستوى تعليمها أعلى، حيث تقضي فترة أطول على مقاعد الدراسة، وبالتالي تكون أكثر معرفة بقضايا الأمراض المنقولة جنسيا، لذلك ستحرص الأمهات على نقل هذه المعلومات لبناتهن.

خامسا: المستوى التعليمي للأب

للتعرف على مدى تأثير المستوى التعليمي للأب على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية و

المستوى التعليمي للأب. وقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way anova) لاختبار الفرضية أعلاه.

جدول رقم (34)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير المستوى التعليمي للأب.

الدالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
.268	1.288	4.043E-02	5	.202	بين المجموعات	مفهوم الصحة الإنجابية
		3.137E-02	469	14.715	في المجموعات	
			474	14.917	المجموع	
.755	.528	2.830E-02	5	.141	بين المجموعات	المراقبة والتغيرات الفسيولوجية
		5.357E-02	494	26.462	في المجموعات	
			499	26.603	المجموع	
.163	1.583	5.497E-02	5	.275	بين المجموعات	الزواج المبكر
		3.472E-02	497	17.255	في المجموعات	
			502	17.530	المجموع	
.504	.866	4.489E-02	5	.224	بين المجموعات	تنظيم الأسرة
		5.185E-02	467	24.213	في المجموعات	
			472	24.438	المجموع	
.056	2.175	.132	5	.659	بين المجموعات	الأمراض المنقولة جنسيا
		6.061E-02	492	29.818	في المجموعات	
			497	30.477	المجموع	
.112	1.798	2.838E-02	5	.142	بين المجموعات	المتغيرات ككل
		1.579E-02	423	6.679	في المجموعات	
			428	6.821	المجموع	

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول رقم (34) عدم وجود فروقات بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والمستوى التعليمي للأب، لذلك تقبل الفرضية الصفرية التي تقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والمستوى التعليمي للأب.

ويعود عدم وجود فروق دالة إحصائية هنا إلى أن الفتاة حتى لو ارتفع المستوى التعليمي للأب فلن تتوجه إليه لتستفسر عن هذه الموضوعات، وذلك لأن مثل هذه الموضوعات على الأغلب لا تفتح مع الأب في مجتمعاتنا. واختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة فخري العلي (2001) الذي تبين من نتائجه وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير تعليم الأب.

سادسا: المستوى التعليمي للأم

للتعرف على مدى تأثير المستوى التعليمي للأم على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والمستوى التعليمي للأم.

وقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way anova) لاختبار الفرضية أعلاه،

جدول رقم (35).

الجدول رقم (35)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير المستوى التعليمي للأم.

الدلالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
.605	.725	2.272E-02	5	.114	بين المجموعات	مفهوم الصحة الإنجابية
		3.136E-02	475	14.895	في المجموعات	
			480	15.008	المجموع	
.096	1.884	9.581E-02	5	.479	بين المجموعات	المراقبة والتغيرات الفسيولوجية
		5.085E-02	502	25.529	في المجموعات	
			507	26.008	المجموع	
.603	.727	2.543E-02	5	.127	بين المجموعات	الزواج المبكر
		3.497E-02	505	17.660	في المجموعات	
			510	17.787	المجموع	
.207	1.445	7.376E-02	5	.369	بين المجموعات	تنظيم الأسرة
		5.105E-02	475	24.251	في المجموعات	
			480	24.620	المجموع	
.293	1.231	7.480E-02	5	.374	بين المجموعات	الأمراض المنقولة جنسيا
		6.078E-02	499	30.328	في المجموعات	
			504	30.702	المجموع	
.237	1.364	2.146E-02	5	.107	بين المجموعات	المتغيرات ككل
		1.574E-02	428	6.735	في المجموعات	
			433	6.843	المجموع	

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول رقم (35) عدم وجود فروقات بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والمستوى التعليمي للأم، لذلك تقبل الفرضية الصفرية التي تقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والمستوى التعليمي للأم.

ويعود عدم وجود فروق دالة إحصائية هنا إلى أن الأم قد تعتبر فتياتها في هذا السن لا يزلن صغيرات على المعرفة بهذه الموضوعات بغض النظر عن مستوى الأم التعليمي، فقد تكون الأم متمسكة بالعادات والتقاليد، ومتمسكة بأسلوب تربية والدتها لها فتتبع نفس الأسلوب في تربية فتياتها حيث كانت تعتبر معرفة الفتاة بهذه الموضوعات قبل الزواج عيباً، ومن ناحية أخرى ربما يكون إعطاء هذه المعلومات من قبل الأم لبناتها بغض النظر عن مستواها التعليمي فهي تعطيها هذه المعلومات حسب معرفتها بها.

واختلفت هذه النتائج مع دراسة مطر حيث بينت نتائج أمل مطر (2004) أنه توجد فروق دالة إحصائية بين معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والمستوى التعليمي للأهل.

سابعاً: الحالة العملية للأب

للتعرف على مدى تأثير الحالة العملية للأب على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والحالة العملية للأب.

وقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way anova) لاختبار الفرضية أعلاه،

جدول رقم (36).

الجدول رقم (36)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير الحالة العملية للأب.

الدالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
.788	.352	1.100E-02	3	3.301E-02	بين المجموعات	مفهوم الصحة الإنجابية
		3.128E-02	459	14.356	في المجموعات	
			462	14.389	المجموع	
.467	.850	4.074E-02	3	.122	بين المجموعات	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية
		4.796E-02	485	23.259	في المجموعات	
			488	23.381	المجموع	
.403	.977	3.451E-02	3	.104	بين المجموعات	الزواج المبكر
		3.533E-02	489	17.276	في المجموعات	
			492	17.379	المجموع	
.522	.752	3.894E-02	3	.117	بين المجموعات	تنظيم الأسرة
		5.181E-02	458	23.731	في المجموعات	
			461	23.847	المجموع	
.419	.944	5.763E-02	3	.173	بين المجموعات	الأمراض المنقولة جنسيا
		6.106E-02	482	29.430	في المجموعات	
			485	29.602	المجموع	
.464	.855	1.336E-02	3	4.009E-02	بين المجموعات	المتغيرات ككل
		1.563E-02	413	6.454	في المجموعات	
			416	6.494	المجموع	

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول رقم (36) عدم وجود فروقات بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والحالة العملية للأب، لذلك تقبل الفرضية الصفرية التي تقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والحالة العملية للأب.

ويفسر عدم وجود فروق لمتغير الحالة العملية للأب لأن الفتاة بشكل عام لا تتوجه لوالدها لتستفسر عن هذه الموضوعات وذلك بسبب الخجل أو بسبب قربها من والدتها أكثر. واختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة روزاديليا انشيتا وآخرون (2005) حيث أظهرت النتائج عن تلقي (80) من أفراد العينة تلقوا تعليمهم في مجال الصحة الإنجابية من كلا الوالدين وتبين أن (94) من الآباء قد ركزوا على مناقشة موضوع الدورة الشهرية بشكل متكرر مع فتياتهم المراهقات أكثر من غيرها من مواضيع التنقيف الجنسي. وقد يعود ذلك إلى اختلاف الثقافات والعادات بيننا وبين المجتمعات الغربية.

ثامنا: الحالة العملية للأم

للتعرف على مدى تأثير الحالة العملية للأم على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والحالة العملية للأم.

وقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way anova) لاختبار الفرضية أعلاه،

جدول رقم (37).

الجدول رقم (37)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير الحالة العملية للأم.

الدالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
*.001	7.541	.230	2	.460	بين المجموعات	مفهوم الصحة الإنجابية
		3.050E-02	463	14.119	في المجموعات	
			465	14.579	المجموع	
.064	2.771	.136	2	.272	بين المجموعات	المراقبة والتغيرات الفسيولوجية
		4.900E-02	487	23.863	في المجموعات	
			489	24.135	المجموع	
.947	.054	1.935E-03	2	3.870E-03	بين المجموعات	الزواج المبكر
		3.584E-02	491	17.596	في المجموعات	
			493	17.600	المجموع	
.377	.977	4.921E-02	2	9.842E-02	بين المجموعات	تنظيم الأسرة
		5.037E-02	462	23.273	في المجموعات	
			464	23.371	المجموع	
*.034	3.414	.204	2	.408	بين المجموعات	الأمراض المنقولة جنسيا
		5.983E-02	485	29.019	في المجموعات	
			487	29.428	المجموع	
*.004	5.481	8.372E-02	2	.167	بين المجموعات	المتغيرات ككل
		1.527E-02	417	6.370	في المجموعات	
			419	6.537	المجموع	

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (37) أن قيمة F المحسوبة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى

0.05 أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة

الإنجابية والحالة العملية للأم بالنسبة للمتغيرات (المراقبة والتغيرات الفسيولوجية، الزواج

المبكر، وتنظيم الأسرة). في حين يتبين أن قيمة F المحسوبة بالنسبة للمتغيرات (مفهوم الصحة

الإيجابية، والأمراض المنقولة جنسياً، والمتغيرات ككل) ذات دلالة إحصائية لذلك ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة لهذه المتغيرات، التي تقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية والحالة العملية للأم، ولقد تبين أن الفروقات تميل لصالح عينة الطالبات اللواتي أمهاتهن ربات بيوت.

ويعود ذلك إلى أن الأم التي لا تعمل قد تكون أكثر قرباً وتواصلاً مع بناتها، في حين أن الأمهات العاملات قد لا يجدن الوقت الكافي للتواصل مع بناتهن.

تاسعا: مهنة الأب

للتعرف على مدى تأثير مهنة الأب على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية، والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومهنة الأب.

وقد تم استخدام اختبار مربع كاي لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (38).

الجدول رقم (38)

نتائج اختبار مربع كاي لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير مهنة الأب.

الموضوع	قيمة مربع كاي المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة
مفهوم الصحة الإنجابية	64.593	64	.456
المراهقة والتغيرات الفسيولوجية	37.634	32	.227
الزواج المبكر	36.108	32	.282
تنظيم الأسرة	114.942	80	*.006
الأمراض المنقولة جنسياً	34.900	32	.332
المتغيرات ككل	144.874	168	.901

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (38) عدم وجود فروقات بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومهنة الأب للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية، والزواج المبكر، و المراهقة والتغيرات الفسيولوجية والأمراض المنقولة جنسيا ومتغيرات الدراسة ككل) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومهنة الأب. في حين تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومهنة الأب لمتغير (تنظيم الأسرة)، وهنا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومهنة الأب.

وقد يفسر عدم وجود فروق دالة إحصائية إلى نفس الأسباب التي ذكرت سابقا وهي أن الفتاة لن تتوجه لسؤال والدها بغض النظر عن مهنته، ولكن تبين أن المهنة أثرت على معرفة الفتيات بموضوع تنظيم الأسرة وقد يعود ذلك إلى ارتباط مهنة الأب بمستوى تعليمه من جهة وباستخدام وسائل تنظيم الأسرة من جهة أخرى حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي ذلك يعمل على ارتفاع نسبة وعي الأب والأم باستخدام وسائل تنظيم الأسرة وبالتالي تزداد فرصة معرفة الفتيات بهذا الموضوع.

عاشرا: مهنة الأم

للتعرف على مدى تأثير مهنة الأم على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومهنة الأم.

وقد تم استخدام اختبار مربع كاي لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (39).

الجدول رقم (39)

نتائج اختبار مربع كاي لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير مهنة الأم.

الموضوع	قيمة مربع كاي المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة
مفهوم الصحة الإنجابية	15.498	25	.929
المراهقة والتغيرات الفسيولوجية	12.159	20	.910
الزواج المبكر	7.598	15	.939
تنظيم الأسرة	45.194	50	.666
الأمراض المنقولة جنسيا	16.452	15	.353
المتغيرات ككل	77.819	85	.697

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول رقم (39) عدم وجود فروقات بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومهنة الأم لجميع متغيرات الدراسة، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ومهنة الأم.

7.6 عدد الأخوة والأخوات

للتعرف على مدى تأثير عدد الأخوة والأخوات على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية تعزى لمتغير عدد الإخوة والأخوات.

وقد تم تقسيم هذه الفرضية إلى متغيرين كما يلي:

أولاً: عدد الأخوة

للتعرف على مدى تأثير عدد الأخوة على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد الإخوة.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (40).

الجدول رقم (40)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير عدد الإخوة.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية		
-0.087	-0.059	-0.060	-0.030	-0.082	-0.028	معامل الارتباط	عدد الإخوة
0.071	0.183	0.189	0.495	0.066	0.535	الدلالة	

المصدر: إعداد الباحثة.

تبين من الجدول رقم (40) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد الإخوة. حيث أن الفتاة لن تتوجه لإخوتها الذكور من أجل الحصول على معلومات عن موضوعات الصحة الإنجابية وذلك لحساسية الموضوع.

ثانيا: عدد الأخوات

للتعرف على مدى تأثير عدد الأخوات على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد الأخوات.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (41).

الجدول رقم (41)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير عدد الأخوات.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية	معامل الارتباط	عدد الأخوات
-0.065	-0.098	.031	-.015	-.076	-.105	معامل الارتباط	
.177	*.027	.501	.732	.086	*.022	الدلالة	

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (41) عدم وجود فروقات بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد الأخوات لمتغيرات الدراسة (المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، والزواج المبكر، وتنظيم الأسرة، المتغيرات ككل) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد الأخوات. في حين تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد الأخوات للمتغيرين (مفهوم الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا). وهنا ترفض الفرضية الصفريّة وتقبل الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد الأخوات.

وقد يفسر ذلك بسبب سهولة وجود تواصل بين الفتاة وأخواتها الإناث لتبادل الحوارات حول موضوعات مختلفة ومنها موضوع الصحة الإنجابية، حيث يمكن أن تفتح مثل هذه الموضوعات بين الأخوات وبشكل مريح، ويتم تبادل المعرفة بخصوص هذه الموضوعات دون وجود خجل، وأيضا ينطبق هذا الأمر على موضوع الأمراض المنقولة جنسيا والعلاقة هنا عكسية وذلك يعني أنه كلما زاد عدد الأخوات قلت المعرفة بموضوعات الصحة الإنجابية وذلك لأنه لا يبقى للأُم مجال لإعطائها مثل هذه المعلومات.

8.6 عدد أفراد الأسرة

للتعرف على مدى تأثير عدد أفراد الأسرة على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد أفراد الأسرة .

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (42).

الجدول رقم (42)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير عدد أفراد الأسرة.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية	معامل الارتباط	عدد أفراد الأسرة
-0.082	-0.124	-0.030	0.026	-0.061	-0.054	معامل الارتباط	عدد أفراد الأسرة
0.089	**0.005	0.515	0.552	0.171	0.233	الدلالة	

المصدر: إعداد الباحثة. (**): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.01 .

يتبين من الجدول رقم (42) عدم وجود علاقة بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد أفراد الأسرة جميعا للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية و المراهقة والتغيرات الفسيولوجية والزواج المبكر، وتنظيم الأسرة والمتغيرات ككل) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد أفراد الأسرة جميعا. في حين تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد أفراد الأسرة جميعا لمتغير (الأمراض المنقولة جنسيا). وهنا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وعدد أفراد الأسرة جميعا.

وقد يفسر سبب زيادة المعرفة بموضوع الأمراض المنقولة جنسياً إلى أنه كلما زاد عدد أفراد الأسرة فإن المعرفة تتوزع على هؤلاء الأفراد وبالتالي يصبح الأفراد الذين لديهم معرفة مصدراً لبقية أفراد الأسرة، وتزيد فرصة دخول أكثر من شخص في المناقشات حول هذا الموضوع الذي يمكن اعتباره غير مخجلًا كبقية موضوعات الصحة الإنجابية، فقد يتم تبادل المعرفة بين أفراد الأسرة دون أن توجد قيود كما هو الحال بالنسبة لبقية الموضوعات.

9.6 ترتيب الفتاة بين إخوتها

للتعرف على مدى تأثير ترتيب الفتاة بين إخوتها على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وترتيب الفتاة بين إخوتها.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (43).

الجدول رقم (43)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير ترتيب الفتاة بين إخوتها.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسياً	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية		
-0.046	-.134	.026	-.055	-.044	-.053	معامل الارتباط	ترتيب الفتاة بين إخوتها
.345	**0.003	.577	.217	.327	.243	الدلالة	

المصدر: إعداد الباحثة. (**): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.01 .

يتبين من الجدول رقم (43) عدم وجود علاقة بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات

الصحة الإنجابية وترتيب الفتاة بين إخوتها لمتغيرات الدراسة (مفهوم الصحة الإنجابية،

والمراهقة والتغيرات الفسيولوجية، والزواج المبكر، وتنظيم الأسرة، المتغيرات ككل) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وترتيب الفتاة بين إخوتها. في حين تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وترتيب الفتاة بين إخوتها لمتغير (الأمراض المنقولة جنسياً)، وهنا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية وترتيب الفتاة بين إخوتها.

وذلك قد يعود إلى أن الفتاة تكتسب معلوماتها عن الأمراض المنقولة جنسياً من خلال المدرسة وقد تتواصل الفتاة مع إخوتها الأكبر أو الأصغر منها سناً من حيث تبادل المعلومات بموضوعات المناهج المدرسية، لذلك تبين وجود تأثير لترتيب الفتاة بين إخوتها ومدى معرفتها بالأمراض المنقولة جنسياً دون غيرها من الموضوعات، ومن جهة أخرى فإن موضوع الأمراض المنقولة جنسياً لا يعتبر من الموضوعات المخجلة كما هو الحال للموضوعات الأخرى التي تخص الصحة الإنجابية، حيث أنه يعتبر موضوعاً صحياً أكثر من اعتباره موضوعاً اجتماعياً يمكن أن يخجل من تداوله، ومن الجدير ملاحظته أن العلاقة هنا عكسية بمعنى أنه كلما كانت الفتاة أصغر سناً من أخواتها كلما كانت معرفتها بهذه المعلومات أكبر وذلك لأن الفتاة في هذه المراحل الثانوية من التعليم تكون قد كونت معرفة تراكمية عن موضوع الأمراض المنقولة جنسياً خاصة أن هذا الموضوع بالذات تطرقت له المناهج في عدة صفوف مما يجعلهن أكثر معرفة بهذا الموضوع من أخواتهن الأكبر سناً واللواتي قد يكن تركن مقاعد الدراسة منذ زمن.

10.6 دخل الأسرة

للتعرف على مدى تأثير دخل الأسرة على مدى معرفة الفتيات بالصحة الإنجابية وموضوعاتها تم وضع الفرضية التالية والتي نصت على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ودخل الأسرة.

وقد تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لاختبار الفرضية أعلاه، جدول رقم (44).

الجدول رقم (44)

نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون لدلالة الفروق بين مدى معرفة فتيات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية ومتغير دخل الأسرة.

المتغيرات ككل	الأمراض المنقولة جنسيا	تنظيم الأسرة	الزواج المبكر	المراهقة والتغيرات الفسيولوجية	مفهوم الصحة الإنجابية		
-0.007	.114	-0.007	-0.075	-0.008	-0.023	معامل الارتباط	دخل الأسرة
.887	*.016	.881	.110	.874	.637	الدلالة	

المصدر: إعداد الباحثة. (*): دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 .

يتبين من الجدول رقم (44) عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ودخل الأسرة للمتغيرات (مفهوم الصحة الإنجابية، المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، والزواج المبكر، وتنظيم الأسرة) أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ودخل الأسرة. في حين تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ودخل الأسرة لمتغير الأمراض المنقولة جنسيا. وهنا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ودخل الأسرة لمتغير الأمراض المنقولة جنسيا.

وقد نفسر عدم وجود فروق دالة إحصائية بين معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية ودخل الأسرة إلى أن مصادر معلومات الفتيات عن هذه الموضوعات كانت مختلفة وليست متعلقة بشكل مباشر بالدخل، حيث تبين مما سبق أن الأم كانت من أكثر مصادر المعلومات بالنسبة للفتيات باستثناء المعلومات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً، حيث تبين أن التلفاز والانترنت والكتب والمجلات والمدرسة كانت هي مصادر معلومات الفتيات بموضوع الأمراض المنقولة جنسياً، وهذا ما يفسر وجود دلالة لمتغير الأمراض المنقولة جنسياً بالذات حيث أن تواجد التلفاز والانترنت والكتب والمجلات لدى الفتاة قد يكون مرتبطاً بدخل الأسرة وبشكل مباشر. ويلاحظ أنه كلما زاد دخل الأسرة زادت نسبة المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً وذلك يمكن أن يكون من خلال إمكانية شراء الكتب والمجلات التثقيفية.

وتطابقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة أمل مطر (2004) حيث تبين لديها وجود فروق دالة إحصائية في معرفة اتجاهات الفتيات في موضوعات الصحة الإنجابية باختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

النتائج

سعت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى معرفة الفتيات في المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة الإنجابية، وتم التوصل لمجموعة من النتائج:

- عرّفت حوالي 24.4% من الطالبات الصحة الإنجابية بأنها السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية والنفسية في الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي وعملياته وتبين أن 12.3% من الطالبات قد عرّفن الصحة الإنجابية على أنها الخصوبة والحمل والإنجاب، في حين كانت أعلى نسبة للطالبات اللواتي اخترن الإجابة رقم (4) أي أنه يعني الأمرين معاً حيث بلغت النسبة 40.9%.

- كان حوالي 63.3% من الطالبات يعرفن الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية.
- رغبت حوالي ثلثي الطالبات في زيادة معرفتهن بموضوعات الصحة الإنجابية والجنسية، وأن 70.2% منهن يرغبن في حضور ندوات إرشادية تتحدث عن موضوعات الصحة الإنجابية.

- فضلت حوالي ثلث الطالبات الحصول على معلومات عن موضوع تنظيم الأسرة من بين موضوعات الصحة الإنجابية المختلفة، وقلت رغبتهن في زيادة معرفتهن بموضوعي المراهقة والتغيرات الفسيولوجية.

- اعتبرت الفتيات الأم أفضل مصدر يمكن أن يحصلن من خلاله على معلومات حول الصحة الإنجابية حيث وصلت هذه النسبة إلى النصف تقريباً.

- تتجنب حوالي 35.1% من الطالبات استشارة أمهاتهن بموضوعات الصحة الإنجابية، و إن حوالي 31.5% من الأمهات يتجنبن الحديث أمام فتياتهن بموضوعات تخص الصحة الإنجابية، ويظهر أن 28.6% من الطالبات يفضلن النقاش مع زميلاتهن بموضوعات الصحة الإنجابية بدلاً من الحديث مع أمهاتهن.

- كان متوسط العمر المثالي للزواج الأول للفتاة من وجهة نظر الطالبات كان 22 سنة، وكان متوسط العمر الذي اعتبرته الطالبات عمرا مبكرا للزواج هو 17 سنة.
- كان موقف الفتيات من ظاهرة الزواج المبكر بالمجمل موقفا سلبيا، وأنهن قد فضلن إكمال تعليمهن، والزواج بعد اكتمال نموهن الجسدي والعقلي والنفسي.
- لم ترغب 89.4% من الطالبات بالزواج في عمرهن الحالي، كما اعتقدت 87.5% من الطالبات أنهن سيندمن إذا تركن تعليمهن وتزوجن في سن مبكرة.
- كان 85.0% من الطالبات على علم بمخاطر الإنجاب في سن مبكرة، وأن 81.0% من الطالبات لا يشجعن زواج الأقارب، كما أن ثلثي الطالبات لا يوافقن على الزواج المبكر حتى لو كان الشخص قريبا لها أو يعجبها.
- فضلت 85.8% من الطالبات الحصول على معلومات في الأمور الجنسية والصحة الإنجابية قبل الزواج، كما نجد أن ثلثي الطالبات تقريبا يفضلن أخذ المعلومات بعد الزواج.
- كان 93.1% من الطالبات على علم بمفهوم تنظيم الأسرة، وأن 88.5% من الطالبات سبق وسمعن ببعض من وسائل تنظيم الأسرة.
- كانت وسيلة الرضاعة الطبيعية من أكثر الوسائل المعروفة بالنسبة للطالبات. وارتفعت أيضا نسبة معرفة الطالبات بوسيلتي اللولب والحبوب، في حين انخفضت نسبة معرفة الفتيات بوسيلة مستحضرات إبادة الحيوانات المنوية بشكل كبير، وتوزعت النسب على بقية الوسائل بنسب مختلفة.
- كانت غالبية الطالبات على علم بأن تنظيم الأسرة يكون في صالح صحة الأم، وأن 86.6% من الطالبات كن على علم بمخاطر تكرار الحمل والإنجاب بدون وجود فترة راحة بين الحمل والآخر.
- رغبت غالبية الطالبات في تنظيم أسرهن في المستقبل، فظهر أن 85.8% يفضلن تكوين أسر صغيرة، في حين أن 12.1% من الطالبات فقط يفضلن تكوين أسر كبيرة.

- كان متوسط الفترة الزمنية المناسبة التي تفضل الطالبات انتظارها بين كل ولادة وأخرى حوالي 3 سنوات.

- بلغ متوسط عدد المواليد الذكور المرغوب في إنجابهم من قبل الفتيات مستقبلا حوالي 2.1 أما متوسط عدد المواليد الإناث المرغوب فيه 1.8، وكان مجموع متوسط الأطفال المرغوب في إنجابهم 3.9 طفل.

- كان 90.2% من الطالبات على علم بالأمراض المنقولة جنسيا.

- كانت الأم أكثر مصدر من مصادر المعلومات التي عملت على إثراء معلومات الطالبات في جميع مجالات الصحة الإنجابية وموضوعاتها المختلفة ومن ثم المدرسة باستثناء موضوع مرض الايدز.

- كان هناك تأثير لكل من متغير الصف والتخصص والحالة العملية للأم وعدد الأخوات على معرفة الفتيات بمفهوم الصحة الإنجابية، في حين أنه لم يكن لكل من متغير مكان السكن وحجم التجمع السكاني وعمر الفتاة وعمر الأب والأم، وعمر الأب والأم عند الزواج الأول، والمستوى التعليمي للأب والأم، والحالة العملية للأب، ومهنة الأب والأم، وعدد الإخوة، وعدد أفراد الأسرة جميعا، وترتيب الفتاة بين إخوتها، ودخل الأسرة تأثير على مدى معرفة الفتيات بمفهوم الصحة الإنجابية .

- كان هناك تأثير لمتغيري التخصص وعمر الفتاة على مدى معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية، في حين أنه لم يكن لكل من متغير حجم التجمع السكاني، والصف، وعمر الأب والأم، وعمر الأب والأم عند الزواج الأول، والمستوى التعليمي للأب والأم، والحالة العملية للأب والأم، ومهنة الأب والأم، وعدد الإخوة والأخوات، وعدد أفراد الأسرة جميعا، وترتيب الفتاة بين إخوتها، ودخل الأسرة تأثير على مدى معرفة الفتيات بموضوع المراهقة والتغيرات الفسيولوجية.

- لم يكن هناك تأثير لأي من متغيرات الدراسة (حجم التجمع السكاني، الصف، التخصص، عمر الفتاة، عمر الأب والأم، عمر الأب والأم عند الزواج الأول، المستوى التعليمي للأب

والأم، الحالة العملية للأب والأم، مهنة الأب والأم، عدد الإخوة والأخوات، عدد أفراد الأسرة جميعا، ترتيب الفتاة بين إخوتها، ودخل الأسرة) على مدى معرفة الفتيات بموضوع الزواج المبكر .

• كان هناك تأثير لكل من متغير حجم التجمع السكاني والصف والتخصص وعمر الفتاة ومهنة الأب على مدى معرفة الفتيات بموضوع تنظيم الأسرة، في حين أنه لم يكن لكل من متغير عمر الأب والأم، وعمر الأب والأم عند الزواج الأول والمستوى التعليمي للأب والأم، والحالة العملية للأب والأم، ومهنة الأم، وعدد الإخوة وعدد الأخوات، وعدد أفراد الأسرة جميعا وترتيب الفتاة بين إخوتها ودخل الأسرة تأثير على مدى معرفة الفتيات بموضوع تنظيم الأسرة

• كان هناك تأثير لكل من متغير التخصص وعمر الأم عند الزواج الأول والحالة العملية للأم وعدد الأخوات وعدد أفراد الأسرة جميعا، وترتيب الفتاة بين إخوتها، ودخل الأسرة على مدى معرفة الفتيات بموضوع الأمراض المنقولة جنسيا، في حين أنه لم يكن لكل من متغير حجم التجمع السكاني والصف وعمر الفتاة وعمر الأب والأم، وعمر الأب عند الزواج الأول والمستوى التعليمي للأب والأم والحالة العملية للأب ومهنة الأب والأم وعدد الإخوة تأثير على مدى معرفة الفتيات بموضوع الأمراض المنقولة جنسيا .

• كان هناك تأثير لكل من متغير الصف والتخصص وعمر الأم عند الزواج الأول والحالة العملية للأم على مدى معرفة الفتيات بمتغيرات الدراسة ككل، في حين أنه لم يكن لكل من متغير حجم التجمع السكاني وعمر الفتاة وعمر الأب والأم، وعمر الأب عند الزواج الأول والمستوى التعليمي للأب والأم والحالة العملية للأب ومهنة الأب والأم، وعدد الإخوة والأخوات، وعدد أفراد الأسرة جميعا وترتيب الفتاة بين إخوتها ودخل الأسرة تأثير على مدى معرفة الفتيات بمتغيرات الدراسة ككل .

التوصيات

تبعاً لما تم التوصل إليه من نتائج تم طرح مجموعة من التوصيات لرفع مستوى وعي الفتيات

بالصحة الإنجابية وموضوعاتها، وهي كالآتي:

■ توعية الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية في سن مبكرة، حيث أن الفتاة المثقفة ثقافة جادة

وواعية ستكون أكثر ايجابية من غيرها، وأن عدم معرفتها قد يوقعها في مخاطر ومشاكل

صحية غير قادرة على مواجهتها.

■ إسداء المشورة والنصح للفتيات من قبل والديهن أولاً، والمناهج الدراسية والندوات المدرسية

ثانياً، والعمل على تلبية احتياجاتهن في جميع مجالات الصحة الإنجابية.

■ أهمية وصول الفتيات في هذا السن لمصادر سليمة للحصول على معلومات في الصحة

الإنجابية.

■ عمل وزارة التربية والتعليم على إيجاد معنى موحد وشامل للصحة الإنجابية في المناهج

المدرسية، وأنه عند التطرق لأحد موضوعات الصحة الإنجابية في المناهج الدراسية يجب

الإشارة إلى أنها مكون من مكونات الصحة الإنجابية، بالإضافة إلى إثراء محتوى المناهج

المدرسية بمعلومات عن الأمراض المنقولة جنسياً المختلفة والتحدث عنها بشيء من

التفصيل، كما هو الحال لمرض الإيدز.

■ توعية الأمهات بضرورة التخلي عن الأفكار والمعتقدات التي تمنعهن من توعية بناتهن في

سن مبكرة بموضوعات الصحة الإنجابية، وذلك كي لا تلجأ الفتيات لمصادر أخرى للحصول

على معلومات قد خاطئة أو منقوصة.

■ توعية الفتيات بضرورة التمسك بالتعليم المدرسي والجامعي، لأن ذلك يقوي من شخصية الفتاة، ويدعم آراءها وقراراتها.

■ توعية الفتيات بمخاطر الزواج المبكر وزواج الأقارب في جميع الاتجاهات الصحية والنفسية والاجتماعية، وزيادة معرفة الفتيات بمفهوم تنظيم الأسرة وفوائده على الأم والطفل والمجتمع، وإطلاعهن على أهم وسائله على اعتبار أنهن أمهات المستقبل.

■ ضرورة اهتمام وزارة الصحة بالقرى الصغيرة والعمل على رفع مستويات المعرفة بموضوعات الصحة الإنجابية لدى أفرادها، وذلك عن طريق الندوات والمحاضرات التثقيفية.

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو زنيد، محمد محمود عيسى: مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإيجابية. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2006.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997: النتائج النهائية. تقرير السكان - منطقة سلفيت، (الجزء الأول). رام الله -فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 2007: النتائج النهائية للتعداد في الضفة الغربية -ملخص (السكان والمساكن). رام الله -فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. دليل التجمعات السكانية -منطقة سلفيت: المجلد الخامس. رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008. فلسطين في أرقام 2007، رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2009. فلسطين في أرقام 2008. رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2010. كتاب محافظة سلفيت الإحصائي السنوي (2). رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. كتاب فلسطين الإحصائي السنوي. رقم "10" رام الله -فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد، سلسلة التقارير التنفيذية للمحافظات (06)، منطقة سلفيت.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. النتائج النهائية للتعداد تقرير السكان - محافظة سلفيت. رام الله فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008. النتائج النهائية للتعداد - ملخص - (التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت) - محافظة سلفيت. رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. ورشة عمل حول الواقع الاجتماعي لسكان محافظات شمال الضفة الغربية، 2010، رام الله - فلسطين.
- حسن، محمود: الأسرة ومشكلاتها. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر. 1981.
- حسين، منصور ومحمد زيدان: الطفل والمراهق. ط1. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية. 1982.
- حشمة، محمد أمين: الصحة الإيجابية للمرأة في المخيمات وتأثير بعض المتغيرات الاجتماعية عليها (دراسة حالة : مخيم الوحدات). (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية. الأردن. 2000.
- دريدي، محمد و العمري، محمد ، خصائص الشباب من (10-24) سنة في الأراضي الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله. 2005.
- الرفاعي، عائشة: الصحة الإيجابية للمرأة الفلسطينية مراجعة في الأدبيات. ط1. رام الله: منشورات مفتاح. 2004.

- سهاونة، فوزي ومحمد الجريبع: *الصحة الإيجابية للأمهات في برامج الإذاعة الأردنية: محتواها وأثرها "دراسة ميدانية على عينة من الأمهات في مدينة سحاب"* مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، مج24. 1997م\616-652.
- السهلي، سوسن نايف: *دور الأنشطة التربوية الشببية في تحسين المستوى المعرفي لدى الطلبة في مجال الصحة الإيجابية وتعديل اتجاهاتهم نحوها.* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة دمشق. سوريا. 2001.
- شتيوي، معمر حسني: *ايدز. طولكرم، مطبعة الشعراوية.* 1997.
- الصلاحي، فؤاد: *قضايا المرأة الريفية من منظور النوع الاجتماعي.* بحث منشور، اليمن. 2003.
- عرموش، هاني: *الثقافة الجنسية وتنظيم الحمل.* ط1. بيروت: دار النفائس. 1990.
- العفيفي، محمد و رياض العفيفي، *واقع الصحة الإيجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله.* 2005.
- علاوين، خديجة موسى: *الصحة الإيجابية للمرأة في برامج التلفزيون الأردني.* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية. الأردن. 2002.
- العلي، فخري: *مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين.* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس، فلسطين. 2001.
- فاخوري، سبيرو: *الأمراض المتناقلة عبر الجنس.* ط1. بيروت: دار العلم للملايين. 1991.
- فرح، نادية رمسيس: *حياة المرأة وصحتها.* بيروت: دار الجيل. 1992.
- مديرية التربية والتعليم. قسم التعليم العام. سلفيت. 2010/4/19 .

- مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر: الفتاة العربية المراهقة. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. 2007.
- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: تحليل أداء الإعلام السكاني تجاه قضايا الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة. مصر. 2008.
- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: تقييم أثر الوسائل الإعلامية على الوعي والاتجاهات الإيجابية. مصر. 2010.
- مطر، أمل رمزي سليمان: اتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإيجابية. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس. مصر. 2004.
- معهد الأبحاث التطبيقية (أريج): الوضع البيئي الراهن في محافظة سلفيت. 2008. القدس فلسطين.
- معوض، خليل ميخائيل: مشكلات المراهق في الريف والمدينة. القاهرة: دار المعارف بمصر، دت.
- مفتاح. حقائق حول التزويج المبكر وزواج الأقارب. رام الله. 2004.
- ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع: كتاب الصحة لجميع النساء حيث لا توجد عناية. ط1. بيروت: الفرات للنشر والتوزيع. 2001.
- يامين، كفى عبد الرحيم محمد: مدى تأثير برنامج التثقيف وتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإيجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2005.
- <http://www.thara-sy.com/thara/modules/news/article.php?storyid=1461>

7/9/2012

- <http://www.reefnet.gov.sy/health/hygienic-publications/procreative-health/history.htm#top> 15/8/2010
- <http://translate.google.ps/translate?hl=ar&langpair=en%7Car&u=http://www.unfpa.org/> 10/8/2010
- <http://www.unfpa.org.sy/ar/newsd.aspx?n=65> 18/2/2012
- <http://www.arab-eng.org/vb/t121063.html> 2010\9\19
- http://www.folklore.ps/index.php?option=com_content&view=article&id=28735&Itemid=71&limitstart=3%3A2009-05-31-23-41-38&catid=37%3A2009
22/7/2011

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Ministry of health. The status of health in Palestine. Palestine.2002.
- world health organization. reproductive health strategy. 2008.
- Annabel S. Erulkar, Tekle-Ab Mekbib, Negussie Simie, Tsehai Gulema.

Differential use of adolescent reproductive health programs in Addis Ababa, Ethiopia. Journal of Adolescent Health . Issue 3. 2006 .

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=2000701267&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000228598&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=6e8092aa6b0bb6b9f958aae96a04ce92&searchtype=a.

- Laura E. Porter, Leighton Ku. ***Use of reproductive health services among young men, 1995. Journal of Adolescent Health. Issue 3. 2000.***
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=2000701267&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000228598&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=6e8092aa6b0bb6b9f958aae96a04ce92&searchtype=a.

- Loretta E. Gavin, Richard F. Catalano, Corinne David- Ferdon, Kari M. Gloppen, Christine M. Markham: ***A Review of Positive Youth Development Programs That Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health. Journal of Adolescent Health. Issue 3. 2010.***
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=2000701267&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000228598&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=6e8092aa6b0bb6b9f958aae96a04ce92&searchtype=a.

- Marilyn Rice ***.Adolescent sexual and reproductive health .Reproductive BioMedicine Online. Issue3.2000.***
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=2000701267&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000228598&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=6e8092aa6b0bb6b9f958aae96a04ce92&searchtype=a.

- N. Ameh, A.G. Adesiyun, C. Ozed-Williams, A.O. Ojabo, S. Avidime, H. Umar-Sullyman, A.I. Yusuf, E.N. Enobun, A. Muazu. ***Reproductive Health in Nigeria. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.*** Issue6.2009.
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=2000701267&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000228598&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=6e8092aa6b0bb6b9f958aae96a04ce92&searchtype=a.
- Rosedelia Ancheta, Colin Hynes, Lydia A. Shrier ***Reproductive Health Education and Sexual Risk Among High-Risk Female Adolescents and Young Adults. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.*** Issue2.2005.
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=2000701267&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000228598&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=6e8092aa6b0bb6b9f958aae96a04ce92&searchtype=a.

الملحقات

ملحق رقم (1)
بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا
قسم الجغرافيا

عزيزتي الطالبة
بعد التحية،،،

تقوم الباحثة بدراسة حول مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية بموضوعات الصحة
الإيجابية في محافظة سلفيت، وتم إعداد هذه الإستمارة لهذا الغرض، يرجى من الطالبات الإجابة
عن أسئلة الاستمارة بكل موضوعية ودقة، هذا مع العلم أن الإجابات ستستخدم لأغراض علمية
لإتمام هذه الدراسة.

مع جزيل الشكر

الباحثة
غادة دار صالح

القسم الأول من الاستمارة: المعلومات الديموغرافية للطالبة والوالدين.

V1	مكان الإقامة: 1. قرية 2. مدينة
V2	التجمع السكاني: 1. كبير 2. متوسط 3. صغير
V3	الصف: 1. الأول الثانوي. 2. الثاني الثانوي.
V4	التخصص: 1. العلمي 2. الأدبي 3. التجاري
V5	العمر بالسنوات:
V6	عمر الأب: 0. لا أعرف
V7	عمر الأم: 0. لا أعرف
V8	الحالة العملية للأب: 1. يعمل 2. عاطل عن العمل 3. متقاعد 4. مكنتي
V9	إذا كان الأب يعمل فما هي مهنته: 1. تجارة 2. خدمات 3. زراعة 4. صناعة 5. بناء 6. نقل ومواصلات 7. مهندس 8. طبيب 9. أخرى
V10	الحالة العملية للأم: 1. تعمل 2. عاطلة عن العمل 3. متقاعدة 4. ربة بيت
V11	إذا كانت الأم تعمل فما هي مهنتها: 1. تجارة 2. خدمات 3. زراعة 4. صناعة 5. بناء 7. مهندسة 8. طبيبة 9. أخرى
V12	المستوى التعليمي للأب: 1. أمي 2. ابتدائي 3. إعدادي 4. ثانوي 5. دبلوم 6. بكالوريوس فأعلى
V13	المستوى التعليمي للأم: 1. أميه 2. ابتدائي 3. إعدادي 4. ثانوي 5. دبلوم 6. بكالوريوس فأعلى
V14	الحالة الزوجية للأب: 1. متزوج 2. منفصل 3. مطلق 4. أرمل
V15	الحالة الزوجية للأم: 1. متزوج 2. منفصل 3. مطلق 4. أرمل
V16	عمر الأب عند الزواج الأول:
V17	عمر الأم عند الزواج الأول:
	عدد أفراد الأسرة: V18m ذكور () V18f إناث () V18total المجموع ()
	عدد الإخوة والأخوات: V19m ذكور () V19f إناث () V19total المجموع ()
V20	ما هو ترتيبك بين أخوتك:
V21	دخل الأسرة:

القسم الثاني: مدى معرفة الفتيات بموضوعات الصحة الإنجابية.

الموضوع الأول: الصحة الإنجابية وموضوعاتها.

Q2.1	ماذا تعني الصحة الإنجابية بالنسبة لك: 1. الخصوبة والحمل والإنجاب 2. السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية والنفسية في الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي وعملياته 3. غياب الأمراض 4. 2+1 5. لا أعرف (إجابة واحدة فقط)
Q2.2	هل تعرفين الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.3	حسب معرفتك، هل يعتبر تنظيم الأسرة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.4	هل تعتبر المراهقة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.5	هل يعتبر الإنجاب والحمل والولادة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.6	هل يعتبر الزواج المبكر من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.7	هل تعتبر التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للذكور والإناث في سن المراهقة من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.8	هل تعتبر صحة الجهاز التناسلي من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.9	هل تعتبر الأمراض المنقولة جنسيا من الموضوعات التي تشتمل عليها الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.10	هل ترغبين في زيادة معرفتك بموضوعات الصحة الإنجابية والجنسية: 1. نعم 2. لا
Q2.11	هل ترغبين في حضور ندوات إرشادية تتحدث عن موضوعات الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.12	هل تتجنبين استشارة والدتك بالموضوعات الخاصة بالصحة الإنجابية لأنها تعتبره عيبا: 1. نعم 2. لا
Q2.13	هل تتجنب أمك الحديث أمامك عن موضوعات الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.14	أفضل أن أتناقش مع زميلاتي بموضوعات الصحة الإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.15	بشكل عام، هل تواجهين صعوبة في الوصول إلى معلومات حول الثقافة الجنسية والإنجابية: 1. نعم 2. لا
Q2.16	أفضل مصدر تحصلين من خلاله على معلوماتك عن الصحة الإنجابية: 1. والدتك 2. أخواتك 3. صديقاتك 4. المدرسة 5. التلفاز 6. الانترنت 7. الكتب والمجلات (إجابة واحدة فقط)
Q2.17	إذا كانت الإجابة نعم فما هو الموضوع الذي ترغبين في زيادة معرفتك به: 1. التغيرات الفسيولوجية 2. مرحلة المراهقة 3. مخاطر الزواج المبكر 4. طرق تنظيم الأسرة 5. الأيدز (إجابة واحدة فقط)

الموضوع الثاني: المراهقة والتغيرات الفسيولوجية.

Q3.1	هل كان لديك معلومات عن التغيرات الجسدية التي سيتعرض لها جسمك خلال فترة المراهقة:	1. نعم	2. لا
Q3.2	هل كنت على علم بأنه سيزداد طولك ووزنك خلال فترة المراهقة:	1. نعم	2. لا
Q3.3	هل كنت على علم بأنه سيبدأ نمو الثديين خلال فترة المراهقة:	1. نعم	2. لا
Q3.4	هل كان لديك معلومات عن الدورة الشهرية قبل حدوثها أول مرة:	1. نعم	2. لا
Q3.5	هل ضابقتك هذه التغيرات لأنك لم تكون على علم بأنها تغيرات طبيعية:	1. نعم	2. لا
Q3.6	هل شعرت بالخلل من التغيرات الفسيولوجية التي ظهرت على جسمك:	1. نعم	2. لا
Q3.7	هل تعتقد أن من حقك كفتاه في سن المراهقة أن تحسلي على المعلومات المتعلقة بالتغيرات الفسيولوجية التي تتعرضين لها:	1. نعم	2. لا
Q3.8	هل ترغبين أن تتاح لك فرصة مناقشة والدتك بموضوعات التغيرات الجنسية والفسيولوجية التي تتعرضين لها:	1. نعم	2. لا
Q3.9	بشكل عام، هل تشعرين بأنه لديك الحرية أن تسألي والدتك أو معلمتك ما تريد حول الصحة الإنجابية والجنسية:	1. نعم	2. لا
Q3.10	إذا كان جوابك لا، ما المانع في ذلك: 1. أقلق من ردة فعلهم 2. أشعر بالحرج 3. لا أعرف كيفية فتح الموضوع (إجابة واحدة فقط)		
Q3.11	أفضل مصدر حصلت من خلاله على معلوماتك عن التغيرات الجنسية والفسيولوجية: 1. والدتك 2. أخواتك 3. صديقاتك 4. المدرسة 5. التلفاز 6. الانترنت 7. الكتب والمجلات (إجابة واحدة فقط)		

الموضوع الثالث: الزواج المبكر.

Q4.1	من وجهة نظرك ما هو العمر المثالي للزواج الأول بالنسبة للفتاة العمر بالسنوات.....	
Q4.2	حسب رأيك تحت أي سن تعتبرين الزواج مبكراً للإناث العمر بالسنوات	
Q4.3	هل تؤيدين الزواج المبكر:	1. نعم 2. لا
Q4.4	برأيك: هل يعرض الزواج المبكر الفتاة لمشاكل صحية واجتماعية:	1. نعم 2. لا
Q4.5	برأيك: هل يعرض الزواج المبكر الفتاة لمشاكل نفسية:	1. نعم 2. لا
Q4.6	برأيك: هل يعتبر الزواج المبكر سبباً في حرمان الفتاة من التعليم :	1. نعم 2. لا
Q4.7	هل تعلمين خطورة الإنجاب في سن مبكرة:	1. نعم 2. لا
Q4.8	هل تفكرين في الزواج في سنك هذا:	1. نعم 2. لا
Q4.9	هل ترغبين في إكمال تعليمك المدرسي والجامعي:	1. نعم 2. لا
Q4.10	هل تعتقدين انك ستتدمنين إذا تزوجت في سن مبكرة:	1. نعم 2. لا
Q4.11	هل تفضلين الحصول على معلومات في الأمور الجنسية والصحة الإنجابية بعد الزواج:	1. نعم 2. لا
Q4.12	هل تشجعين إصدار قوانين تمنع زواج الفتاة قبل سن 18 سنة:	1. نعم 2. لا
Q4.13	هل تشجعين زواج الأقارب:	1. نعم 2. لا
Q4.14	هل تعلمين أن زواج الأقارب يسهم في نقل أمراض وراثية:	1. نعم 2. لا
Q4.15	هل توافقين على الزواج المبكر إذا كان الشخص قريباً لك أو يعجبك:	1. نعم 2. لا

الموضوع الرابع: تنظيم الأسرة.

Q5.1	هل تعرفين ماذا يقصد بتنظيم الأسرة:	1. نعم	2. لا
Q5.2	هل سبق وسمعت عن وسائل تنظيم الأسرة:	1. نعم	2. لا
هل سمعت من قبل عن الوسائل التالية بأنها تستعمل كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة:			
Q5.3	اللولب	1. نعم	2. لا
Q5.4	الحبوب	1. نعم	2. لا
Q5.5	الواقي الأنثوي	1. نعم	2. لا
Q5.6	الواقي الذكري	1. نعم	2. لا
Q5.7	التعقيم للرجال	1. نعم	2. لا
Q5.8	التعقيم للنساء	1. نعم	2. لا
Q5.9	الرضاعة	1. نعم	2. لا
Q5.10	فترة الأمان	1. نعم	2. لا
Q5.11	العزل	1. نعم	2. لا
Q5.12	مستحضرات إبادة الحيوانات المنوية	1. نعم	2. لا
Q5.13	هل تعتقدين أن تنظيم الأسرة يكون في صالح صحة الأم:	1. نعم	2. لا
Q5.14	هل تعلمين مخاطر تكرار الحمل والإنجاب بدون وجود فترة راحة بين الحمل والآخر:	1. نعم	2. لا
Q5.15	في المستقبل، هل تعلمين من أين ستحصلين على معلومات من أجل استخدام الوسيلة المناسبة لتنظيم أسرتك:	1. نعم	2. لا
Q5.16	عندما تتزوجين في المستقبل هل ترغبين في تنظيم أسرتك:	1. نعم	2. لا
Q5.17	هل تفضلين تكوين أسرة كبيرة:	1. نعم	2. لا
Q5.18	هل تفضلين تكوين أسرة صغيرة:	1. نعم	2. لا
Q5.19	من وجهة نظرك ما هي الفترة الزمنية المناسبة التي تفضلين انتظارها بين كل ولادة وأخرى (بالسنوات)		
من وجهة نظرك ما هو العدد المثالي للأطفال اللذين ترغبين في إنجابهم في المستقبل			
Q5.20m ذكور _____ Q5.20f إناث _____ Q5.20total المجموع _____			

الموضوع الخامس: الأمراض المنقولة جنسيا.

Q6.1	هل تعلمين ما هي الأمراض المنقولة جنسيا:	1. نعم	2. لا
Q6.2	هل سبق وسمعت عن مرض الايدز كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا:	1. نعم	2. لا
Q6.3	هل سبق وسمعت عن مرض الكلاميديا كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا:	1. نعم	2. لا
Q6.4	هل سبق وسمعت عن مرض السيلان كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا:	1. نعم	2. لا
Q6.5	هل سبق وسمعت عن مرض الفطريات كمرض من الأمراض المنقولة جنسيا:	1. نعم	2. لا
Q6.6	هل تعرفين أن الاتصال الجنسي غير المشروع سبب من أسباب الإصابة بمرض الايدز:	1. نعم	2. لا
Q6.7	هل تعرفين أن استعمال ابر ملوثة بفيروس مرض الإيدز قد يسبب الإصابة بهذا المرض:	1. نعم	2. لا
Q6.8	هل تعرفين أن نقل دم ملوث بفيروس الإيدز قد يسبب الإصابة بهذا المرض:	1. نعم	2. لا
Q6.9	هل تعرفين أن مرض الإيدز قد ينتقل من الأم المصابة إلى جنينها:	1. نعم	2. لا
Q6.10	هل تعرفين طرق الوقاية من هذا المرض:	1. نعم	2. لا

القسم الثالث: أهم مصادر المعلومات.

أعط علامة من (0 10) لأكثر مصدر تحصلين من خلاله على معلومات عن الصحة الإنجابية، حيث تكون العلامة 0 لأقل معلومة، والعلامة 10 لأعلى معلومة لكل من الأسئلة في الجدول أدناه:

Q7.1.7	Q7.1.6	Q7.1.5	Q7.1.4	Q7.1.3	Q7.1.2	Q7.1.1	إذا كان لديك معلومات تخص موضوع الصحة الإنجابية، فما هو مصدر معلوماتك
الكتب والمجلات	الانترنت	التلفاز	المدرسة	صديقاتك	أخواتك	والدتك	
Q7.2.7	Q7.2.6	Q7.2.5	Q7.2.4	Q7.2.3	Q7.2.2	Q7.2.1	إذا كان لديك معلومات عن التغيرات الجسدية والبلوغ الجنسي أثناء فترة المراهقة، فما هو مصدر معلوماتك ؟
الكتب والمجلات	الانترنت	التلفاز	المدرسة	صديقاتك	أخواتك	والدتك	
Q7.3.7	Q7.3.6	Q7.3.5	Q7.3.4	Q7.3.3	Q7.3.2	Q7.3.1	إذا كنت على علم بوسائل تنظيم الأسرة، فما هو مصدر معلوماتك ؟
الكتب والمجلات	الانترنت	التلفاز	المدرسة	صديقاتك	أخواتك	والدتك	
Q7.4.7	Q7.4.6	Q7.4.5	Q7.4.4	Q7.4.3	Q7.4.2	Q7.4.1	إذا كنت على علم بمخاطر الزواج المبكر وزواج الأقارب، فما هو مصدر معلوماتك ؟
الكتب والمجلات	الانترنت	التلفاز	المدرسة	صديقاتك	أخواتك	والدتك	
Q7.5.7	Q7.5.6	Q7.5.5	Q7.5.4	Q7.5.3	Q7.5.2	Q7.5.1	إذا كنت على علم بمرض الايدز وأسبابه وطرق الوقاية منه، فما هو مصدر معلوماتك ؟
الكتب والمجلات	الانترنت	التلفاز	المدرسة	صديقاتك	أخواتك	والدتك	

**An-Najah National University
Faculty of Graduate Studies**

**The Level of Reproductive Health Dissemination Among
Female Secondary Students in Salfit Governorate**

**Prepared by
Ghada Abdel Raheem Mustafa Dar Saleh**

**Supervised by
Dr. Hussein Ahmad**

***This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Geography, Faculty of Graduate Studies, An-
Najah National University, Nablus, Palestine.***

2012

**The Level of Reproductive Health Dissemination Among
Female Secondary Students in Salfit Governorate**

Prepared by

Ghada Abdel Raheem Mustafa Dar Saleh

Supervised by

Dr. Hussein Ahmad

Abstract

This study aimed to recognize the level of knowledge among high school female students regarding reproductive health, and identify the girls' attitudes toward some of the related issues such as early marriage, endogamy, family planning, in addition to recognizing the basic sources of the students' knowledge regarding these issues.

To achieve this, the study's tool (questionnaire) was designed to suit the objectives of the study itself. The questionnaire consisted of several questions that were divided into three parts. The first one aimed to recognize the demographic back ground of the female students and their parents, while the second part aimed to identify the level of knowledge among these students regarding reproductive health. The third part sought to determine the most prominent sources from which female students draw information about reproductive health and other related issues.

The Study was conducted on a sample that consisted of high school female students (Grade 11 and 12) in governmental high schools in Salfit Governorate. The sample was chosen using the stratified random method and was representative of these students according to the size and type of the locality. The sample's size was 520 female students with margin error of $\pm 4.3\%$. The Descriptive Approach and the Analytic Approach were used

in this study due to their suitability to the study's objectives. After collecting the data, it was entered into the SPSS software. Following that, the results were analyzed by using the required statistical processors.

The study came up with a number of results including the fact that the variables of class, specialization, mother's work status and number of sisters all had an influence on the girls' knowledge of reproductive health. Both the variables of specialization and the girl's age affected the girls' knowledge of adulthood and the accompanying physiological changes.

Also, the variables of locality population size, class, specialization, the girl's age and the father's profession had affected the girls' knowledge of family planning. In addition to this, the variables of specialization, the mother's age at first marriage, the mother's work status, the number of sisters, the total number of the family members, the girl's order among her family members, the family's income had all affected the girls' knowledge of sexually-transmitted diseases. However, the study's variables did not have any impact on the girls' knowledge of early marriage.

The researcher recommended raising the girls' awareness regarding reproductive health in early age since the well-educated girls will be more positive than non-educated girls. Being unaware of issue related to reproductive health will leave the girl vulnerable to risks and health problems which she might not be able to deal with in the future. In addition, the researcher emphasized the necessity of offering girls pieces of advise by their parents in the first place, and through school curricula and seminars which would help in educating them on the different subjects related to reproductive health.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.