مجلة آفاق لعلم الاجتماع المجلد 15 العدد 2 ديسمبر 2025 ص ص237-264
ر ت م د: 1112-8259 ر ت م د إ: 2600-6855

معارف واتّجاهات الشّباب نحو جوانب الصّحة الإنجابية -دراسة ميدانية على عيّنة من طلبة كليّة العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة الشّهيد حمّة لخضر بالوادي-

Knowledge and Attitudes of Youth Towards Aspects of Reproductive Health - A Field Study on a Sample of Students from the Faculty of Humanities and Social Sciences, Martyr Hamma Lakhdar University of El Oued -

ط.د. الأقرع يوسف *
جامعة البليدة2 لونيسي على، الجزائر
y.lagra.etu@univ-blida2.dz

أ.د. زبيدة بلعربي
جامعة البليدة2 لونيسي على، الجزائر
zoubelar@gmail.com

تاريخ الإرسال: 2025/02/25 تاريخ القبول: 2025/12/02 تاريخ النشر: 2025/12/20

الملخص:

يهدف هذا البحث إلى دراسة واقع الصحة الإنجابية عند الشباب في الجزائر وكذا تحديد أهم معارف واتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية.

تم البحث على عينة حجمها 100 طالب وطالبة من كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية؛ جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي.

توصلت الدراسة إلى أن مستوى معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية مرتفع واتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية إيجابية.

الكلمات المفتاحية: معرفة، اتجاه، شباب، طلبة، صحة إنجابية.

Abstract:

This research aims to study the reality of reproductive health among young people in Algeria, as well as to identify the most important knowledge and attitudes of young people towards aspects of reproductive health.

The research was conducted on a sample of 100 male and female students from the Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Shahid Hamma Lakhdar in El Oued.

The study concluded that young people have a high level of knowledge about reproductive health aspects and positive attitudes towards reproductive health aspects.

Keywords: Knowledge, trend, youth, students, reproductive health.

* المؤلف المرسل

1-مقدمة:

حرصت الجزائر كغيرها من الدول على بذل جملة من المجهودات المعتبرة من أجل تحقيق الصحة العمومية بصفة عامة والصحة الإنجابية بصفة خاصة، حيث تهتم هذه الدراسة بجوانب الصحة الإنجابية، وتعد الصحة الإنجابية نهجا حياتيا باعتبارها تؤثر تأثيرا كبيرا على صحة الفرد؛ سواء كان ذكرا أم أنثى، من الطفولة إلى الشيخوخة،حيث يشمل التحديات التي يواجهها الأشخاص في مراحل مختلفة من حياتهم، وذلك يتعلّق بالزواج المبكر وزواج الأقارب، وتنظيم الأسرة والأمومة الآمنة والرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الحمل، والخدمات التي تمنع تنتقل الأمراض عن طريق الاتصال الجنسي وحالات العقم والإجهاض.

وتركز دراستنا الحالية على معارف واتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية، لهذا تعدّ الصحة الإنجابية حقا من حقوق الإنسان، وكذا من أولويات الخدمات التنموية لضمان تحقيق التنمية الشاملة، فالصحة الإنجابية للشباب جزءا لا يتجزأ من الصحة العامة، فهي تهتم بصحة المراهقين والشباب والفحص الطبي قبل الزواج وكذا تحقيق الأمومة الآمنة (رعاية الحامل أثناء الوالدة وبعد الوالد) وتنظيم الأسرة والكشف المبكر عن أهم السرطانات عند المرأة ولاسيما سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، كما تهتم أيضا بالرعاية بعد الإنجاب وتفادي مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا ومعرفة الأسباب التي تؤدي إلى العقم ومحاربة العادات السيئة التي تضر بالصحة الإنجابية.

2- إشكالية الدراسة:

لقد باتت الدراسات المهتمة بقضايا الشباب تحتل صدارة اهتمامات الدول، خاصة العربية منها حيث تمثل هذه الفئة النسبة الأكبر منها، لهذا تسعى معظم الدول العربية جاهدة إلى تعزيز حقوق الشباب وتحرص على حصولهم على المعلومات والتوعية والخدمات المناسبة من أجل بلوغ أعلى مستوى من الصحة الإنجابية والجنسية، وهو حق من حقوق الإنسان المعترف بها في القوانين الوضعية والمواثيق الدولية، وفي هذا السياق تم تنفيذ المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) في عام 1999 وذلك تحت إشراف جامعة الدول العربية، من خلال إجراء المسوح الوطنية لصحة الأسرة والصحة الإنجابية،حيث تم التركيز فيه على معارف واتجاهات الشباب ووضع ومكانة المرأة في المنطقة العربية، وقد اهتم المشروع العربي لصحة الأسرة بشكل استثنائي، بتسليط الضوء حول معارف واتجاهات وسلوكيات الشباب اتجاه قضايا الزواج والصحة الجنسية والإنجابية من خلال تحقيقات كبرى على مستوى مجموعة من الدول العربية.

وعلى ضوء ما سبق ذكره سنحاول في هذه المقال تسليط الضوء على واقع الصحة الإنجابية لدى الشباب في الجزائر وذلك بتحليل وتفسير اتجاه ومعارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية حيث نقوم بطرح التساؤلات الآتية:

- ✓ما مستوى معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية؟؛
- ✓ما اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية؟

للإجابة عن هذه الفرضيات نقوم بصياغة الفرضيات الآتية:

- ✓مستوى معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية مرتفع؛
- ✓اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية إيجابية.

3- أهمية وأهداف الدراسة:

إن مفهوم الصحة الإنجابية يشتمل على مجموعة من المشاكل الصحية أو الأمراض التي تصاحب المخاطر الطبيعية والاجتماعية في التكاثر البشري، وتناول الموضوع يعني بالدرجة الأولى كيفية مواجهة هذه المشاكل والتخلص منها أو معالجتها، لهذا كان لدراسة معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية أهمية كبرى في وضع الخطط والبرامج اللازمة للشباب، لتحسين صحته الإنجابية وتجنب الممارسات الضارة بها حتى نضمن جيلا من الأصحاء قادرا على المسؤولية، لأنّنا نريد من خلال هذه الدراسة التوصل إلى الأهداف الآتية:

- ✓ معرفة مدى وعي الشباب بجوانب الصحة الإنجابية؛
- ✓ معرفة مواقف واتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية كالزواج المبكر وتنظيم الأسرة وزواج الأقارب...إلخ؛
- ✓ التعرف على واقع الصحة الإنجابية عند الشباب في الجزائر ورصد مختلف اتجاهاتها ومعارفها.

4- منهج الدراسة:

تختلف مناهج وطرق البحث العلمي الخاصة بكل موضوع باختلاف المواضيع التي يتناولها البحث والتي من خلالها تلزم الباحث بالتزام منهج معين.

يعدّ المنهج أحد العناصر المهمة في البحث العلمي والتي من خلالها يتمكن الباحث من دراسة موضوع بحثه بطريقة منظمة ومرتبة عبر سلسلة من المراحل والخطوات للوصول إلى حقائق معينة ويمكن تعريف المنهج على أنه: هو أسلوب فني يتبع في تقصي الحقائق وتباينها(عبد المجيد ابراهيم، 2000، ص64).

وقصد تحقيق أهداف دراستنا التي تتمحور حول معارف واتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية قمنا بدراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة الشّهيد حمّة لخضر بالوادي حيث تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي باعتبار أن موضوع الدراسة هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم، ويهدف المنهج الوصفي التحليلي إلى وصف ما هو كائن من ظواهر أو أحداث معينة بعد جمع البيانات، كما يهدف إلى تفسير ظواهر وتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين المتغيرات كما في الواقع.

5- مجتمع وعينة الدراسة:

5-1- مجتمع الدراسة:

يقصد بمجتمع الدراسة "جميع مفردات أو وحدات الظاهرة تحت البحث، فقد يكون المجتمع من سكان مدينة أو مجموعة من المزارع في منطقة معينة، أو وحدات معرفة بصورة واضحة حيث يمكن تمييز الوحدات الإحصائية التي تدخل ضمن هذا المجتمع دون غيرها"، ويعرف أيضا: "كل الأفراد الذين يحملون بيانات الظاهرة التي تحت الدراسة، فهو مجموع وحدات البحث التي يراد منها الحصول على البيانات"(المؤمن، 2008، ص184).

وفي بحثنا مجتمع الدراسة واسع وشامل حيث يتكون من جميع طلبة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي، والبالغ عددهم حوالي 4292 طالبا.

2-5- عينة الدراسة:

تعدّ العينة أهم المحاور الأساسية في البحث العلمي وتعرف: بأنّها "جزء من المجتمع الذي تجري عليه الدراسة، ويتم اختيارها وفق قواعد خاصة لكي تمثل المجتمع تمثيلا صحيحا"، وتعرف أيضا: "هي بعض مفردات المجتمع تؤخذ منه وتطبق عليها الدراسة للحصول على معلومات صادقة بهدف الوصول إلى تقديرات تمثل المجتمع الذي سحبت منه وإنها الأجزاء التي تستخدم في الحكم على الكل"(المؤمن، 2008، ص184).

لقد تم في بحثنا هذا اختيار عينة عشوائية بسيطة من مجتمع الدراسة الكلي، والبالغ عددها 100 طالب من كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي.

6- الأدوات المستعملة:

من أجل الوصول إلى نتائج دقيقة تمكننا من التحقق من صحة فرضيات الدراسة والبيانات اللازمة حول موضوع الدراسة قمنا بالاعتماد على صياغة استبيان واختيار هذا النوع من أدوات جمع البيانات نظرا لصعوبة الاعتماد على غيره من الأدوات والمصادر والمراجع (الملاحظة، المقابلة، الاختبار).

1-6- الاستبيان:

تم الاعتماد على الاستمارة بالمقابلة كوسيلة لجمع المعطيات من الميدان، حيث تعدّ أهم وسيلة من وسائل البحث العلمي والتي بواسطتها يمكن جمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث، فهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة الكتابية المرتبة حول موضوع ما، والاستبيان قد يرسل عن طريق البريد للأفراد المعنيين، وقد يحمله الباحث بنفسه إلى نفس الأشخاص، والأسلوب المثالي هو أن يملأ الاستبيان بحضور الباحث(بوحوش، 1985، ص39).

2-6- هيكل الاستبيان:

أحتوى الاستبيان على ثمانية وعشرين (28) سؤالا، توزعت كما يلي:

المحور الأول: يشمل البيانات الشخصية للعينة المدروسة متضمن ثمانية (08) أسئلة.

المحور الثاني: يشمل أسئلة تتعلق بمعارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية، متضمن عشرة (10) أسئلة، لكل سؤال وزن مدرج وفق المقياس الثلاثي كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (01): أوزان المحور الثاني

أعرف	أعرف إلى حد ما	لا أعرف
3	2	1

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على الاستبيان.

المحور الثالث: يشمل أسئلة تتعلق باتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية، متضمن عشرة (10) أسئلة، لكل سؤال وزن مدرج وفق المقياس الثلاثي كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (02): أوزان المحور الثالث

موافق	محايد	معارض
3	2	1

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على الاستبيان.

7- تحديد المفاهيم:

- مفهوم المعرفة:

هي عملية يتعرف بها الشخص على البيئة ويحاول تفسيرها حيث تضم المعرفة عمليات الإدراك والتفكير والتذكر والتساؤل والتخيل والتعميم والحكم.

- مفهوم الاتجاه:

قد عرف وزنانيكي الاتجاه بأنه: الموقف النفسي للفرد حيال إحدى القيم والمعايير(البراوي، 2013، ص50).

وأضاف ترستون بأنه: تعميم الاستجابات تعميما ينحوا بالفرد بعيدا عن شيء نفسي خاص أو قريبا منه(الزبيدي، 2003، ص110).

وتعرف دائرة المعارف الإسلامية الاتجاه في اللغة قصد جهة معينة، وهو المصدر للفعل اتجه؛"اتّجه له رأي" أي سنح له رأي(دوابة، 2012، ص16).

- مفهوم الشباب:

يختلف تعريف الشباب من باحث إلى آخر ومن منظمة إلى أخرى، فيرى وزراء الشباب العرب أن الشباب تتراوح أعمارهم بين 15-25 سنة انسجاما مع المفهوم الدولي المتفق عليه في هذا الشأن والذي يحدد شريحة الشباب من بين الذين يقعون ما بين 15-25 سنة(صافي، 2008، ص42).

ويعرف الشباب لغويا في معجم الوسيط على أنه من أدرك سن البلوغ إلى سن الرجولة، ومعنى الشباب كذلك الحداثة. ومرادفات الكلمة كثيرة منها مثلا:"مراهق"، "فتى"، و"صبي"وهي كلمات لا تدل على مراحل عمرية محددة ومفصلة بقدر ما تشير إلى خصائص جسمية ونفسية لفترة من الحياة؛ وهي تعني القوة والحماس والنشاط والحركة(يوسف، 1997، ص52).

أما عن التعريف الاصطلاحي، فكما جاء سابقا فهو أمر صعب في العلوم الاجتماعية وكل محاولات التحديد هي إجرائية ولغايات منهجية، وهذا نتيجة لتبني اتجاهات مختلفة في تحديد مفهوم الشباب، وهذه الاتجاهات هي:

- ✓ **الاتجاه الديموغرافي:** يحاول هذا الاتجاه تحديد مفهوم الشباب وفقا لمعيار السن، فهم يعدّون الشباب مرحلة عمرية أو طور من أطوار نمو الإنسان والتي يكتمل فيها النمو الجسمي والعضوي، وكذلك نضجه العقلي والنفسي(يوسف، 1997، ص56).
- ✓ **الاتجاه البيولوجي:** وهذا الاتجاه يؤكد الحتمية البيولوجية باعتبارها مرحلة عمريه أو طور من أطوار نمو الإنسان، الذي فيه يكتمل نضجه العضوي الفيزيقي، وكذلك نضجه العقلي والنفسي والذي يبدأ من سن 15 إلى 25 سنة، وهناك من يحددها من 13 إلى 30 سنة(الدقاق، 1999، ص12).
- ✓ **الاتجاه السيكولوجي:** يرى هذا الاتجاه أن الشباب حالة عمرية تخضع لنمو بيولوجي من جهة ولثقافة المجتمع من جهة أخرى بدءا من سن البلوغ، وانتهاء بدخول الفرد الى عالم الراشدين الكبار، حيث تكون قد اكتملت عمليات التطبيع الاجتماعي. وهذا التعريف يحاول الدمج بين الاشتراطات العمرية والثقافية المكتسبة من المجتمع (الثابت والمتغير)(رشماوي، 1997، ص41).

- ✓ **الاتجاه السوسيولوجي:** ينظر الاتجاه الاجتماعي للشباب باعتباره حقيقة اجتماعية وليس ظاهرة بيولوجية فقط، بمعنى أن هناك مجموعة من السمات والخصائص إذا توافرت في فئة من السكان كانت هذه الفئة شبابا(غانم، 1994، ص63).

- مفهوم الصحة:

ينصرف مفهوم الصحة إلى حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد، فالصحة لفظة شائعة للتعبير عن نوعية الحياة، وبالرغم من شيوعها وتداولها فإنه يصعب قياسها أو الاتفاق على تعريفها، فهي تعني للبعض الخلو من المرض أو عدم الإحساس بالعجز، حيث يتبادر للذهن أن المقصود بالصحة هو غياب الأعراض المرضية، كما أنها قد تعني أكثر من مجرد الخلو من المرض، فليس كل فرد لا تظهر عليه أعراض مرضية يتمتع بصحة جيدة، فالصحة مرتبطة أيضا بعواطف الإنسان وقدرته على العطاء، كما أنها تتأثر بما يحيط بالفرد من عوامل بيئية واجتماعية. وبناء على ما سبق عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها: "حالة السلامة والتكامل والكفاية من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز"(التلباني، 2012، ص140).

- مفهوم الإنجاب:

يعبر الإنجاب عن الخصوبة السكانية والتي تمثل عدد المواليد الأحياء(عبانة، 1987، ص51)، ومن الضروري أن نميز بين القدرة على التناسل والخصوبة، فالمفهوم الأول يشير إلى القابلية البيولوجية على الإنجاب أو التوالد، بينما يدل الثاني على عملية الإنجاب الفعلية، وغالبا ما تستخدم الولادات كمفهوم مرادف للخصوبة وتتخذ خصوبة الشخص بمستوى الإنجاب الفعلي وهي أقل من قدرته البيولوجية على الإنجاب، ويطلق على عديم القدرة على الإنجاب بالعقيم(حمادي، 1985، ص127).

ويعرف الإنجاب بأنه قدرة الرجل والمرأة على ولادة الأطفال، وتحدث في مرحلة العمر المناسبة بعد نضوج الجسم واكتمال الأعضاء التناسلية لديهما، وإنتاج خلايا الإنجاب، وهي الحيوانات المنوية عند الرجل والبويضة عند المرأة، وعندما يتم إخصاب البويضة من طرف الحيوان المنوي يتكون الجنين وينمو داخل رحم المرأة.

- مفهوم الصحة الإنجابية:

تعرف الصحة الإنجابية بأنها حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو العجز في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وقد تم أخذ هذا التعريف وتعديله من تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة، فالإنجابية تتناول الجنس البشري والعمليات الإنجابية والوظائف والنظام في جميع مراحل الحياة ويشير إلى أن الناس قادرون على التمتع بحياة جنسية مسؤولة ومرضية وآمنة وأنهم يتمتعون بالقدرة على الإنجاب والحرية في تقرير ما إذا كانوا يريدون ذلك ومتى وكيف.

للرجال والنساء الحق في الحصول على المعلومات والوصول إلى وسائل فعالة وآمنة وميسورة التكلفة ومقبولة من اختيارهم لتنظيم الخصوبة والتي لا تتعارض مع القانون، إضافة إلى ذلك الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المناسبة للحمل والولادة الآمن كما ويجب توفير أفضل فرصة للزوجين لإنجاب طفل سليم الصحة، ومما لا شك فيه إن الصحة الإنجابية تستمر مدى الحياة فهي تبدأ حتى قبل أن يصل كل من الرجال والنساء إلى مرحلة النضج الجنسي وتستمر بعد سنوات الإنجاب لدى المرأة.

ويعرفها مجلس السكان الدولي بأنها "قدرة المرأة على أن تعيش سنوات إنجابها وما بعدها بكرامة، وأن تملك إرادتها في الحمل والإنجاب الناجحين وبعيدا عن أمراض النساء ومخاطرها"(محروس الشيشيني، 2000، ص24).

8- عناصر ومؤشرات للصحة الإنجابية:

8-1-العناصر المكونة للصحة الإنجابية

يمكن تحقيق الصحة الإنجابية عن طريق مجموعة من العناصر نختصرها في التالي:

8-1-1- العنصر الأول: سلامة الأعضاء التناسلية، بمعنى حماية وعلاج الأعضاء من أي أمراض تعتريها، وتتحقق هذه السلامة بعدد من الوسائل مثل كالحماية من التشويه (مثل ختان الإناث) والوقاية من أمراض الجهاز التناسلي.

8-1-2- العنصر الثاني: سلامة العملية الجنسية التي تعني إتمامها بطريقة مرضية وآمنة في نفس الوقت وذلك يكون بإتباع عددا من الوسائل كالحماية من العنف والإكراه (مثل الاغتصاب وهتك العرض)، عدم الاعتداء على المحارم، عدم اللجوء إلى السلوك الجنسي غير الطبيعي، علاج العجز الجنسي والحماية من الأمراض المنقولة جنسيا مثل الإيدز(ميلودي، 2022، ص15).

8-1-3- العنصر الثالث: سلامة العملية الإنجابية في إطار الحفاظ على صحة الأم، إذ تعدّ مرحلة الإنجاب من المراحل العمرية الهامة التي تمر بها المرأة حيث أنها تتعرض خلالها لحالات متعاقبة من النشاط الفيسيولوجي والبدني لاسيما أثناء الحمل والولادة، وهذه المرحلة لها انعكاسات كبيرة على الأوضاع الصحية والاجتماعية والاقتصادية، كما تؤثر على قطاع واسع من السكان، وبصفة خاصة على النساء في سن الإنجاب.

ويعدّ توفير الرعاية الصحية للأم خلال هذه المرحلة من أهم أولويات وزارة الصحة والسكان حيث أن حصول الأم على الرعاية أثناء الحمل تؤدي إلى إتمام الحمل بسلام، وذلك من خلال الفحوصات الدورية التي تهدف إلى كشف الحمل عالي الخطورة والرعاية أثناء الولادة التي ترتبط بتوفير خدمات الولادة وسهولة الحصول عليها وتوفير الكادر الطبي لضمان سلامة الأم والمولود(كامل سلوى، 2018، ص25).

8-2- مؤشرات الصحة الإنجابية:

وضع صندوق الأمم المتحدة للسكان 17 مؤشرا للصحة الإنجابية، حيث صاحب التوسع والتطور في خدمات الصحة الإنجابية زيادة هائلة في عدد المؤشرات للاستخدام العالمي وليست بالضرورة أنها مناسبة لجميع المناطق، كما أنهى العديد من قوائم مؤشرات الصحة الإنجابية ليست بالضرورة مناسبة أو قابلة للتطبيق، وغالبا ما تتطلب جمع بيانات غير واقعية لا سيما على مستوى بعض المناطق في العالم، إذ تتخذ هذه الإرشادات نهجا أكثر أهمية لاختيار المؤشرات من خلال تشجيع مديري الصحة عبر النظر في الجوانب العملية لجمع بيانات المنطقة، كما تم إضافة العديد من المؤشرات على التي وضعها صندوق الأمم المتحدة، وفيما يلي قائمة ووصف لهذه المؤشرات:

8-2-1-معدل الخصوبة الكلي:

العدد الإجمالي للأطفال الذين قد تنجبهم المرأة بحلول نهاية فترة الإنجاب، إذا كانت قد شهدت معدلات الخصوبة السائدة حاليا حسب العمر طوال حياتها الإنجابية حيث يعد معدل الخصوبة الكلي

أحد أكثر مقاييس الخصوبة استخداما لتقييم تأثير برامج تنظيم الأسرة، كما أنه لا يتأثر القياس بالتركيبة العمرية للسكان الإناث.

8-2-2- انتشار وسائل منع الحمل (أي وسيلة):

النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب اللواتي يستخدمن (أو يستخدم شريكهن) وسيلة لمنع الحمل في وقت معين، ويتم تحديد نسبة هذه الأخيرة بقسمة عدد النساء المتزوجات حاليا واللواتي يستخدمن وسيلة من الوسائل على إجمالي عدد النساء المتزوجات والضرب في 100.

8-2-3- معدل وفيات الأمهات:

يعدّ معدل وفيات الأمهات مؤشرا هاما لقياس مستوى التنمية المحققة في أي بلد كان وهو من الأهداف الأساسية للتنمية البشرية ويتم تقديره بعدد وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية نتيجة لأسباب مرتبطة بالحمل والولادة(بن زايد وفضيل، 2016، ص168).

8-2-4- معدل الوفيات أثناء الولادة:

عدد الوفيات أثناء الولادة (الوفيات التي تحدث أثناء أواخر وأثناء الولادة وحتى سبعة أيام مكتملة من الحياة)، لكل 1000 ولادة إجمالية، الوفيات التي تحدث بدءا من مرحلة القدرة على البقاء حتى اكتمال الأسبوع الأول بعد الولادة (22 أسبوعا من الحمل أسبوعا من الحمل حتى نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة وهذا بحسب منظمة الصحة العالمية).

8-2-5- نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة:

يعكس هذا المؤشر الدور الذي توليه الدولة لقطاع الصحة من خلال نسبة نفقات الحكومة المخصصة له ويحدد هذا المؤشر نصيب الفرد من حصص الناتج المحلي الإجمالي للصحة.

8-2-6- معدل المواليد الأحياء للأمهات صغيرات السن (15-19):

يمثل هذا المؤشر عبء الخصوبة على الشابات فهو معدل سنوي بالنسبة لجميع النساء في سن الإنجاب واللواتي لا يتعدى سنهن 19 سنة وبالتالي لا يعكس تماما مدى خصوبة المرأة فترة شبابها،وهذا المؤشر يشير إلى المتوسط السنوي لعدد الولادات الحية لكل امرأة سنويا، لذلك من الممكن ضربه في 5 لتقريب عدد الولادات لكل 1000 امرأة في أواخر سنوات مرهقتهن، والجدير بالذكر هذا المؤشر لا يتضمن الأبعاد الكاملة للحمل أثناء فترة المراهقة؛ وذلك لأن الأطفال الذين يولدون أحياء وحدهم الذين يشملهم الإحصاء، ولا يتضمن هذا الأخير من يولدون موتى،أو عن طريق عمليات الإجهاض العفوي والمتعمد .

9- الصحة الإنجابية في التشريعات الجزائرية:

قطعت الجزائر شوطا كبيرا في مجال ترقية صحة الأمومة التي اعتبرت من أهم محاور مسألة السكان والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والصحية حيث اعترفت في عدة لقاءات ومؤتمرات وطنية بأهمية دور المرأة وترقيتها وبحقوقها الإنجابية وحقها في التنمية، وإنّ أبرز المؤتمرات التي قامت بها الجزائر حول الصحة الإنجابية تتمثل في:

- ✓ مؤتمر ورشة عمل حول برامج صحة الأم والطفل الجزائر 1987؛
- ✓ الجندر، السكان، والتنمية، اليوم العالمي للمرأة،11مارس 1998 منظم من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية، الجزائر؛

- ✓ السكان والتنمية المستدامة، وزارة الصحة والسكان، 24-25 جوان 1998، الجزائر، فندق المرسى؛
- ✓ المرأة والصحة في مطلع الألفية الثالثة 10-11 مارس 1999، ورشة عمل حول موضوع المرأة والصحة في القرن الواحد والعشرين، الجزائر؛
- ✓ منع الحمل في الجزائر تحدي لآفاق 2010 اليوم العالمي للقابلة، زرالدة الجزائر 12-13 ماي 2003 وزارة الصحة والسكان؛
- ✓ المؤتمر الوطني حول السياسة السكانية (CIPD +10) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني للسكان، 2 جوان 2004/ قصر الثقافة، الجزائر؛
- ✓ السكان والتنمية، 10 سنوات بعد القاهرة 11 جويلية 2004، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، قصر الثقافة.
- ✓ المسح الجزائري حول صحة الأسرة: 12 جويلية 2004 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات قصر الثقافة، الجزائر(شريف، 2005، ص ص 118-119).

وعلى غرار المؤتمرات والندوات التي أقامتها دولة الجزائر فيما يخص مسائل الصحة الجنسية الإنجابية اعتمدت سياسة سكانية من أجل هذه الأخيرة، إذ تم اعتماد مجموعة من البرامج لتحديد هذه السياسات خاصة من أجل الحرص على الحفاظ على الصحة الجنسية والإنجابية، وإنّ أهم البرامج التي وضعتها الجزائر هي :

9-1-البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي (PNMCD):

اعتمدت الحكومة الجزائرية في 20 فيفري 1983 برنامج العمل الوطني للسيطرة على النمو الديموغرافي حيث يتضمن هذا البرنامج مشاركة العديد من قطاعات الدولة والمنظمات الجماهيرية، إذ تم تنسيق الأنشطة من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية حتى عام 1989 ثم من قبل وزارة الصحة بين عامي 1989 و1992 ولا يخفى للعيان أنه تم تهميش البرنامج من ناحية عن طريق إزالة الأدوات الداعمة له، ومن ناحية أخرى من الحكومة إذ تم إخلاء المسألة الديموغرافية من الخطاب السياسي الذي تقوم عليه برامج العمل الحكومية، ويرتكز البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي على ثلاثة محاور عمل موجهة نحو:

9-1-1- تطوير البنية التحتية للاستقبال والأداء:

تم تنفيذ هذا المحور الرئيسي بطريقة مشتركة من قبل وزارة التخطيط وإدارة الإقليم ووزارة الصحة العامة وأمانة الدولة للشؤون الاجتماعية، ومما لا شك فيه إن التوسع في البنية التحتية التي تشكل الرافعة الرئيسية لعمل "PNMCD" إذ أدى في سنوات ثمانينات إلى مضاعفة الهياكل المتكاملة لنشاط التخطيط العائلي فقد تم إطلاق برنامج "PNMCD" مع 340 مركزا لحماية الأمهات والأطفال والمباعدة بين الولادات وإضافة 199 هيكلا صحيا لتوزيع وسائل منع الحمل الفموية، كما وارتفعت شبكة البنية التحتية الأساسية للقطاع العام من 745 وحدة في عام 1984 إلى 1400 في عام 1986 لتصل 1955 وحدة خلال سنة 1988، وعليه لقد أصبح هذا التطور السريع ممكنا لصالح مبادرة تهدف إلى دمج نشاط الفضاء في النشأة مع الهياكل الموجودة بالفعل في الواقع كانت المبادرة عبارة عن دمج وسائل منع الحمل في جميع الوحدات الأساسية (العيادات الشاملة والمراكز الصحية وصالات الرعاية الصحية)(Groupe interministériel, 1984, p. 35).

9-1-2- المعلومات والتعليم والاتصال (IEC) :

إن برنامج "PNMCD" هو برنامج حوافز وقد شمل لأول مرة في السنوات الأولى من تنفيذه قدرا كبيرا من المعلومات والتوعية للسكان، فنجاح هذا الأخير يعني حدوث تغيير عميق في العقليات فيما يتعلق بالإنجاب والأدوار الأسرية في هذا الإطار تعد تعليم الإنسان أمرا أساسيا بالنسبة إلى الولادة والموقف تجاه النساء ووظائفهن في الأسرة والمجتمع، فقد تم إدراج العروض السنوية الأولى من برنامج "PNMCD" ضمن نطاق مختلف القطاعات في نشر الرسائل الكاذبة حول الأسئلة الديموغرافية والتخطيط العائلي حيث لعبت وسائل الإعلام (الإذاعة والتلفزيون والصحافة المكتوبة) دورا هاما للغاية في إطار نشر المعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة منذ عام 1988 بدأ تعميم وسائل منع الحمل على شاشة التلفزيون من خلال سلسلة من الإعلانات التي أنجزها قطاعا الصحة والشؤون الاجتماعية ومن الجدير بالذكر أيضا الدور الذي تلعبه وزارة الشؤون الدينية مجال التوعية، فتفسير الموقف الإيجابي للإسلام على أساس التخطيط العائلي يشكل حجة امتيازيه لتعزيز دوافع السكان.

9-1-3-جمع المعلومات الديمغرافية والدراسات المتعلقة بالسكان:

في الإطار الثلاثي الذي قرره البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي كانت أنشطة البحث تتناول محاور أساسية تتعلق بالخصوبة ومنع الحمل بأهميتها فقد تم تحقيق التقدم الكبير من خلال معرفة الظواهر الديموغرافية بفضل نجاح البرنامج المنفذ"Permi les études et travaux réalisés" على مذكرة خاصة:

- ✓ الاستبيان الوطني الجزائري حول الصحة (ENAF) الذي أجراه المركز"CENEAP" في عام 1986 والذي أخطأ في إثبات انخفاض مستوى الصحة وزيادة ممارسة منع الحمل.
- ✓ المسح المتعلق بالمراضة ووفيات الأطفال الذي قامت به وزارة الصحة عام 1989؛
- ✓ دمج الاهتمامات بالحالة الصحية ومنع الحمل في البحث الرئيسي عن العمل والديمغرافيا (مكتب الإحصاء الوطني 1984) والسؤال عن الصحة (MPS1990)، استطلاع جزائري حول صحة الأم والطفل (EASME) الذي أجراه المكتب الوطني للإحصاء في عام 1992؛
- ✓ مسح صحة الأسرة الجزائرية (EASF) الذي أجراه الديوان الوطني للإحصاء سنة 2002؛
- ✓ المسح "MICS3" الذي أجراه مكتب الإحصاء الوطني عام 2006.

وفي الفترة الزمنية 2000-2010 وفي مجال ترقية الصحة لا سيما في مجال الإنجاب تم تبني سياسة مركزة على الولوج المدعم لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية متضمنة التنظيم العائلي فلقد تم متابعة توسيع مجموع وسائل منع الحمل وعرضها الفعلي واستعمالها لا سيما أن الأمر يتعلق بالتوجه نحو تركيبة أكثر توازنا في استعمال وسائل منع الحمل في الهياكل العمومية وتحسين الولوج لخدمات التنظيم العائلي في المناطق الأكثر حرمانا والنائية باللجوء عند الحاجة إلى الفرق المتنقلة ومتابعة المسار المشروع فيه لتدعيم العلاقة بين الأمومة والتنظيم العائلي من خلال تنظيم منع الحمل في مرحلة النفاس كما يجب تدعيم إدماج التنظيم العائلي في مصالح التوليد مثله مثل العلاقات بين مصالح التوليد والوحدات الصحية العمومية الأخرى.

2-9-البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة:

استهل هذا البرنامج مباشرة سنة 2005، إلا أن وزارة الصحة شرعت العمل به من شهر أفريل لسنة 2006 على كافة التراب الوطني وهذا على مدار 3 سنوات على مستوى الفترة الممتدة من 2006 إلى 2009، وقد حظي هذا البرنامج بدعم مالي قدر ب 2.07 مليار دينار، وقد تم نشر إجراءات البرنامج الوطني المتعلق بالولادة على مستوى الجريدة الرسمية الجزائرية والتي تنص عليه وهذا حسب المرسوم التنفيذي رقم 05-438 المؤرخ في 8 شوال عام 1426هـ الموافق ل 10 نوفمبر سنة 2005 يتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة، وممارسة ذلك في المادة 3 التي تنص على الهياكل التي يمارس فيها طب الولادة، والمادة 4، ويهدف هذا البرنامج إلى تأمين رعاية الأم والطفل معا، والتقليل من خطر فترة ما بعد الولادة والتكفل بالمرأة الحامل سواء خلال فترة الحمل أو في الولادة.

3-9-البرنامج القطري لصندوق الأمم المتحدة لسكان الجزائر 2017-2021:

أنشأ المكتب القطري لصندوق الأمم المتحدة للسكان وحدة اتصالات تحت مسؤولية خبير في قضايا الصحة الإنجابية، إذ لديها إستراتيجية عالمية للاتصالات الخارجية وإستراتيجية محددة تتكيف مع سياق الجزائر والتي تهدف إلى نقل رسائل التوعية والدعوة حول قضايا الصحة الإنجابية، تنظيم الأسرة والنوع الاجتماعي، وكذا مكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي والعائد الديمغرافي الذي له تأثير إيجابي دون إزعاج المحظورات والحواجز التقليدية، ويرتكز تنفيذه على العلاقات مع وسائل الإعلام والشراكة، ومما لا شك فيه تتيح مجموعة متنوعة من الأدوات المناسبة تنفيذ خطة الاتصال المرتبطة بالإستراتيجية ذات تأثير مقنع على تحسين المعرفة والتصورات، لا سيما بين النساء (بما في ذلك النساء ذوات الإعاقة) والشباب، وتركز مجالات التعاون الرئيسية لصندوق الأمم المتحدة من خلال البرنامج القطري على ثلاث نتائج تحويلية تركز على الناس في الفترة حتى عام 2030:

- ✓ القضاء على الاحتياجات غير ملباة لتنظيم الأسرة؛
- ✓ القضاء على وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها؛
- ✓ القضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة بما في ذلك تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وزواج الأطفال أو الزواج المبكر أو القسري؛

حيث أنه بناءا على هذه النتائج يساهم البرنامج السادس في تحقيق التأثيرات التالية:

- ✓ بحلول عام 2020 يتم توفير فرص متزايدة وشاملة ومنصفة للحصول على الخدمات الاجتماعية الجيدة للسكان؛
- ✓ بحلول سنة 2020 يستجيب تعزيز وضع المرأة لتطور الإطار المعياري والقانوني ويستفيد من رصد الاستراتيجيات الوطنية وتقييمها وإبرازها؛
- ✓ بحلول 2020 سيستفيد المواطنون من خدمة عامة عالية الجودة تلبي توقعاتهم مدعومة بتحسين تنفيذ السياسات العامة والإدارة الحديثة التشاركية(Fonds des nations unies pour la population ، 2021، ص35).

وعليه يقوم صندوق الأمم المتحدة للسكان بتنفيذ البرنامج القطري السادس في الجزائر (2017-2021) والتي تتماشى مع الخطة الخماسية للحكومة (2015- 2019) والاستراتيجيات القطاعية ذات الصلة مثل برنامج عمل خارطة الطريق الجزائرية لتنظيم الأسرة (2017-2020)

والخطة الوطنية لإدارة الأسرة (2015- 2019) وجميع الاستراتيجيات الأخرى التي تم النظر فيها، كما أن الهدف الرئيسي للبرنامج السادس يتمحور حول "ضمان حصول الجميع على الصحة الجنسية والإنجابية وضمان الحقوق الإنجابية إضافة إلى خفض وفيات الأمهات من أجل تسريع التقدم في تنفيذ جدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتحسين حياة المراهقين، الشباب والنساء وكل ذلك أصبح ممكنا بفضل الديناميات السكانية واحترام حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين حيث تم تنفيذها بشكل ملموس في إطار ثلاثة موضوعات برمجة مع منتجات متميزة تم تنظيمها وفقا للنتائج الثلاثة للخطة الإستراتيجية 2018-2021 التي تساهم فيها ويتم تحقيق هذه النتائج من خلال الإستراتيجيات التالية:

- ✓ حوار السياسات لضمان الحقوق الإنجابية والوصول الشامل إلى خدمات الرعاية الصحية المتكاملة للأمهات والصحة الإنجابية مع التركيز على الفئات الأكثر ضعفا؛
- ✓ تعزيز الآليات السياسية والمؤسسية لتعزيز المساواة بين الجنسين والوقاية من العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة؛
- ✓ جمع البيانات والوصول إليها وتحليلها لتوجيه عملية وضع السياسات في مجال الديناميات السكانية وعلاقتها بالصحة الإنجابية والجنسية وكذا الحقوق الإنجابية.

10- عرض النتائج ومناقشتها:

10-1- الصدق والثبات:

تم تطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية قدرها ثلاثون (30) طالب وطالبة من طلبة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي، من أجل التأكد من صدق وثبات الاستبيان.

10-1-1- الصدق:

قمنا بحساب صدق المحتوى للاستبيان بطريقة الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل ارتباط كل محور من المحاور عن الدرجة الكلية للاستبيان، تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$) لحساب قيمة r لكل محور، فتحصل على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (03): قيمة معامل الارتباط r (الصدق البنائي)

المحاور	عدد أفراد العينة الاستطلاعية	قيمة معامل الارتباط R	مستوى الدلالة Sig	القرار
معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية	30	0.827	0.000	دالة إحصائيا عند 0.01
اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية		0.665	0.000	دالة إحصائيا عند 0.01

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (03) نجد أن قيمة معامل الارتباط R بين المحور الثاني معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية والدرجة الكلية تساوي 0.827، وهي تدل على وجود علاقة

قوية بين المحور الثاني والدرجة الكلية للاستبيان، وكذا نجد قيمة معامل الارتباط R بين المحور الثالث اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية والدرجة الكلية تساوي 0.665، وهي تدل على وجود علاقة قوية بين المحور الثالث والدرجة الكلية للاستبيان،ومستوى الدلالة Sig تساوي0.000 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا هما دالان إحصائيا عند 0.01 وعلية نقول:إن الاستبيان صادق من ناحية المحتوى أو المضمون.

10-1-2- الثبات:

قمنا بحساب ثبات المقياس بطريقة التناسق الداخلي للبنود (ألفا كرونباخ) بواسطة نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$)، النتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): قيمة معامل ألفا كرونباخ

المحاور	عدد العبارات	قيمة معامل ألفا كرونباخ	القرار
معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية	10	0.851	دال إحصائيا
اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية	10	0.834	دال إحصائيا
الدرجة الكلية	20	0.887	دال إحصائيا

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (04) نجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمحور معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية، أي درجة التناسق الداخلي بين بنود المحور الثاني تساوي 0.851، وهي علاقة موجبة بين البنود المشكلة للمحور الثاني، ونجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمحور اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية، أي درجة التناسق الداخلي بين بنود المحور الثالث تساوي 0.834، وهي علاقة موجبة بين البنود المشكلة للمحور الثالث، في حين نجد أن قيمة ألفا كرونباخ للاستبيان ككل أي درجة التناسق الداخلي بين كل بنود الاستبيان تساوي 0.887، وهي علاقة موجبة بين البنود المشكلة للاستبيان،وبذلك يمكن القول: إن الاستبيان ثابت.

10-2-عرض ومناقشة نتائج البيانات الشخصية:

10-2-1- الجنس:

الجدول رقم (05): توزيع ونسبة العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	47	% 47
أنثى	53	% 53
المجموع	100	% 100

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (05) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير الجنس، حيث نجد عدد المبحوثين الإناث وهم 53 طالبة بنسبة 53%، وهي النسبة الأعلى، يليها عدد المبحوثين الذكور وهم 47 طالبا بنسبة 47%، وهي النسبة الأدنى.

نلاحظ أن العينة متوازنة تقريبا بين الذكور والإناث، بحيث وجود نسبة متقاربة بين الجنسين يساعد في عكس صورة ديموغرافية أكثر شمولا للمجتمع أو الفئة التي تم جمع البيانات

منها، مما يوفر أساسا ديموغرافيا جيدا للدراسات الصحية، والميل البسيط لزيادة الإناث قد يعكس طبيعة المجتمع المدروس أو درجة الاهتمام بالصحة،وتشير العديد من البحوث الصحية إلى أن النساء عادة يبدين اهتماما أكبر بالمشاركة في الدراسات الصحية، وهذا قد يفسر النسبة الأعلى.

10-2-2- السن:

الجدول رقم (06): توزيع ونسبة العينة حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
من 18 – 21 سنة	22	%22
من 22 – 25 سنة	43	% 43
من 26 – 29 سنة	35	%35
المجموع	100	% 100

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (06) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير السن، حيث نجد عدد المبحوثين الذين أعمارهم من 22 – 25 سنة وهم 43 طالبا بنسبة 43%، وهي النسبة الأعلى، يليها عدد المبحوثين الذين أعمارهم من 26 – 29 سنة وهم 35 طالبا بنسبة 35%، ويليها عدد المبحوثين الذين أعمارهم من 18 – 21 سنة وهم 22 طالبا بنسبة 22%، وهي النسبة الأدنى.

يتبين من توزيع العينة حسب السن أن الفئة الغالبة هي الفئة من 22–25 سنة، تليها الفئة من 26–29 سنة، ثم الفئة من 18–21 سنة، ويعكس هذا التوزيع أن غالبية المشاركين من فئة الشباب في المراحل المتقدمة من الدراسة أو بداية الحياة العملية، ومن منظور صحي، فإن هذا التركيب العمري يشير إلى أن النتائج المتوقعة ستتعلق بالسلوكيات الصحية ونمط الحياة المرتبط بمرحلة الشباب مع اختلافات محتملة بين الفئات الثلاث في مستوى الوعي الصحي.

10-2-3- المستوى الجامعي:

الجدول رقم (07): توزيع ونسبة العينة حسب متغير المستوى الجامعي

المستوى الجامعي	التكرار	النسبة المئوية
ليسانس	37	% 37
ماستر	50	%50
دكتوراه	13	% 13
المجموع	100	% 100

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (07) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير المستوى الجامعي، حيث نجد عدد المبحوثين الذين مستواهم ماستر وهم 50 طالبا بنسبة 50%، وهي النسبة الأعلى، يليها عدد المبحوثين الذين مستواهم ليسانس وهم 37 طالبا بنسبة 37%، ويليها عدد المبحوثين الذين مستواهم دكتوراه وهم 13 طالبا بنسبة 13%، وهي النسبة الأدنى.

يكشف توزيع العينة حسب متغير المستوى الجامعي أن فئة الماستر تمثل النسبة الأكبر من العينة تليها فئة الليسانس، ثم طلبة الدكتوراه، ويعكس هذا التوزيع سيطرة المستويات الجامعية المتقدمة على العينة، مما قد يشير إلى ارتفاع مستوى الوعي العلمي والاهتمام بالمشاركة البحثية لدى هذه الفئات،ومن منظور صحي، عادة ما ترتبط المستويات التعليمية الأعلى بوعي أكبر بالممارسات الصحية، رغم أن الضغوط الأكاديمية قد تكون أعلى لدى طلبة الدراسات العليا، خصوصا الماستر والدكتوراه.

10-2-4-مكان الإقامة:

الجدول رقم (08): توزيع ونسبة العينة حسب متغير مكان الإقامة

مكان الإقامة	التكرار	النسبة المئوية
حضر	62	%62
ريف	38	%38
المجموع	100	% 100

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (08) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير مكان الإقامة، حيث نجد عدد المبحوثين الذين إقامتهم في الحضر وهم 62 طالبا بنسبة 62%، وهي النسبة الأعلى، يليها عدد المبحوثين الذين إقامتهم في الريف وهم 38 طالبا بنسبة 38%، وهي النسبة الأدنى.

يوضح توزيع العينة حسب متغير مكان الإقامة أن غالبية المشاركين يقيمون في المناطق الحضرية، يليها سكان المناطق الريفية، ويعكس هذا التوزيع اعتماد الدراسة بشكل رئيسي على المشاركين من المدن، مع وجود تمثيل معتبر لسكان الريف،ومن منظور صحي، يرتبط مكان الإقامة عادة باختلافات في أنماط الحياة والوعي الصحي، حيث يتمتع سكان الحضر عادة بإمكانية وصول أكبر إلى الخدمات الصحية ومستوى معلومات أعلى، بينما قد يواجه سكان الريف محدودية في الخدمات الصحية مقابل نمط حياة أكثر نشاط وهدوء، يتيح هذا التوزيع تحليل الفروق الصحية والسلوكية بين البيئتين.

10-2-5-الحالة الاجتماعية والعمل أثناء الدراسة:

الجدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حول العمل أثناء الدراسة وفق متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية / العمل	أعزب		متزوج		مطلق		أرمل		المجموع	
	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة
أعمل	24	%57.14	16	%38.10	2	%4.76	0	%0	42	%100
لا أعمل	33	%56.90	20	%34.48	4	%6.90	1	%1.72	58	%100
المجموع	57	57%	36	36%	6	6%	1	1%	100	%100
قيمة كاف مربع = 0.998 مستوى الدلالة = 0.802 درجة الحرية = 3										

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (09) نلاحظ أن أغلب الطلبة الجامعيين هم لا يعملون أثناء دراستهم، فأغلبهم من الطلبة العزاب بنسبة 56.90%، تليها نسبة الطلبة المتزوجين بنسبة 34.48%، وتليها نسبة الطلبة المطلقين بنسبة 6.90%، وتليها نسبة الطلبة الأرامل بنسبة

1.72%، ثم نجد الطلبة الجامعيين الذين يعملون أثناء دراستهم، أغلبهم من الطلبة العزاب بنسبة 57.14%، تليها نسبة الطلبة المتزوجين بنسبة 38.10%، وتليها نسبة الطلبة المطلقين بنسبة 4.76%، وتليها النسبة المنعدمة للطلبة الأرامل.

ويتضح أنه لا توجد علاقة بين متغير الحالة الاجتماعية ومتغير العمل أثناء الدراسة، حيث وجدنا قيمة كاف مربع تساوي 0.998 بمستوى دلالة يساوي 0.802 وهي أكبر من مستوى معنوية 0.05، إذا هي غير دالة إحصائيا، أي أنه لا يوجد علاقة دالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعية ومتغير العمل أثناء الدراسة عند مستوى معنوية 0.05 ودرجة حرية 3.

وتشير هذه النتيجة إلى أن الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة سواء كانوا عزاب أو متزوجين أو مطلقين أو أرامل لا تؤثر على احتمال مشاركتهم في العمل أثناء الدراسة، كما يلاحظ أن التوزيع النسبي للحالات الاجتماعية متقارب بين الفئتين (العاملين وغير العاملين)، وهو ما يدعم عدم وجود تأثير لهذه المتغيرات على القرار المتعلق بالعمل أثناء الدراسة.

10-2-6-مدة الزواج ووجود أبناء:

الجدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حول وجود أبناء وفق متغير مدة الزواج

مدة الزواج / وجود أبناء	أقل من 1 سنة		من 1 إلى 3 سنوات		أكثر من 3 سنوات		المجموع	
	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة
يوجد	7	%25	15	%53.57	6	%21.43	28	%100
لا يوجد	6	%40	7	%46.67	2	%13.33	15	%100
المجموع	13	%30.23	22	%51.16	8	%18.60	43	%100
قيمة كاف مربع = 1.162 مستوى الدلالة = 0.559 درجة الحرية = 2								

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (10) نلاحظ أن أغلب الطلبة الجامعيين الذين هم متزوجين ومطلقين وأرامل يوجد لديهم أطفال، فأغلبهم من الطلبة الذين مدة زواجهم تتراوح بين 1 إلى 3 سنوات بنسبة 53.57%، تليها نسبة الطلبة الذين مدة زواجهم أقل من 1 سنة بنسبة 25%، وتليها نسبة الطلبة الذين مدة زواجهم أكثر من 3 سنوات بنسبة 21.43%، ثم نجد الطلبة الجامعيين الذين هم متزوجين ومطلقين وأرامل لا يوجد لديهم أطفال، فأغلبهم من الطلبة الذين مدة زواجهم تتراوح بين 1 إلى 3 سنوات بنسبة 46.67%، تليها نسبة الطلبة الذين مدة زواجهم أقل من 1 سنة بنسبة 40%، وتليها نسبة الطلبة الذين مدة زواجهم أكثر من 3 سنوات بنسبة 13.33%،

ويتضح أنه لا توجد علاقة بين متغير مدة الزواج ومتغير وجود أبناء، حيث وجدنا قيمة كاف مربع تساوي 1.162 بمستوى دلالة يساوي 0.559 وهي أكبر من مستوى معنوية 0.05، إذا هي غير دالة إحصائيا، أي أنه لا يوجد علاقة دالة إحصائية بين متغير مدة الزواج ومتغير وجود أبناء عند مستوى معنوية 0.05 ودرجة حرية 2.

أظهر تحليل العلاقة بين مدة الزواج ووجود أبناء باستخدام اختبار كاف مربع عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين (Sig = 0.559). ويعزى ذلك إلى تجانس نسب الفئات عبر فترات الزواج المختلفة، إضافة إلى أن قرار الإنجاب لا يعتمد حصريا على مدة الزواج، بل يتأثر بعوامل صحية واجتماعية واقتصادية قد تختلف من أسرة لأخرى، كما أن حجم العينة المحدود

نسبيا وتوزيع التكرارات المتقارب، يقلل من قدرة الاختبار على الكشف عن فروق واضحة، مما يؤدي إلى عدم ظهور علاقة إحصائية بين المتغيرين.

10-3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

10-3-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: " مستوى معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية مرتفع ".

تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل بند من المحور الثاني تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (11): مستوى معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية

البند	أعرف	أعرف إلى حد ما	لا أعرف	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
هل تعرف أهمية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج	83	17	0	2.83	0.378	94.33	8
هل تعرف المخاطر المترتبة على زواج الأقارب	92	8	0	2.92	0.273	97.33	3
هل تعرف الآثار المترتبة على الزواج المبكر	91	9	0	2.82	0.575	94	9
هل تعرف وسائل تنظيم الأسرة	64	16	0	2.84	0.368	94.67	7
هل تعرف الأسباب التي تؤدي إلي العقم	25	16	59	1.66	0.855	55.33	10
هل تعرف وسائل منع الحمل	92	8	0	2.92	0.273	97.33	3
هل تعرف مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا	100	0	0	3	0	100	1
هل تعرف أهمية الرعاية الصحية قبل الحمل	88	10	2	2.86	0.472	95.33	6
هل تعرف أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل	93	7	0	2.93	0.584	97.67	2
هل تعرف أهمية الرعاية الصحية بعد الحمل	90	10	0	2.90	0.545	96.67	5
متوسط محور معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية				2.77	0.184	92.33	/

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

التحليل:

لقد تحصل المحور الثاني "معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية"، على متوسط حسابي قدره 2.77 وانحراف معياري قدر بـ 0.184، ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 92.33%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أفراد عينة الدراسة مستوى معرفتهم مرتفع على أغلب جوانب الصحة الإنجابية المتعلقة بالمحور الثاني، وهذا ما يؤكده الانحراف المعياري إذ يظهر درجة ونسبة التقارب في الأجوبة بين أفراد العينة، وحتى تؤدي هذه النتائج الغرض البحثي والهدف الذي يراد الوصول إليه قمنا بتحليلها حسب الأهمية والترتيب وكذا توجه استجابات الأغلبية من أفراد العينة على كل بنود هذا المحور والتي تعكسها لنا المتوسطات الحسابية، وهي كالتالي:

- تحصل البند رقم (1): على متوسط حسابي قدره 2.83 وانحراف معياري قدره 0.378 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 94.33%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة بأهمية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج، حيث جاء هذا البند في الترتيب الثامن؛
- تحصل البند رقم (2): على متوسط حسابي قدره 2.92 وانحراف معياري قدره 0.273 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 97.33%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة بالمخاطر المترتبة على زواج الأقارب، حيث جاء هذا البند في الترتيب الثالث مناصفة مع البند رقم (6)؛
- تحصل البند رقم (3): على متوسط حسابي قدره 2.82 وانحراف معياري قدره 0.575 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 94%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة بالآثار المترتبة على الزواج المبكر، حيث جاء هذا البند في الترتيب التاسع؛
- تحصل البند رقم (4): على متوسط حسابي قدره 2.84 وانحراف معياري قدره 0.368 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 94.67%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة بوسائل تنظيم الأسرة، حيث جاء هذا البند في الترتيب السابع؛
- تحصل البند رقم (5): على متوسط حسابي قدره 1.66 وانحراف معياري قدره 0.855 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 55.33%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لا توجد لديهم معرفة بالأسباب التي تؤدي الي العقم، حيث جاء هذا البند في الترتيب العاشر؛
- تحصل البند رقم (6): على متوسط حسابي قدره 2.92 وانحراف معياري قدره 0.273 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 97.33%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة بوسائل منع الحمل، حيث جاء هذا البند في الترتيب الثالث مناصفة مع البند رقم (2)؛
- تحصل البند رقم (7): على متوسط حسابي قدره 3 وانحراف معياري قدره 0 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 100%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة تامة بمخاطر الأمراض المنقولة جنسيا، حيث جاء في الترتيب الأول؛
- تحصل البند رقم (8): على متوسط حسابي قدره 2.86 وانحراف معياري قدره 0.472 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 95.33%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة بأهمية الرعاية الصحية قبل الحمل،حيث جاء هذا البند في الترتيب السادس؛
- تحصل البند رقم (9): على متوسط حسابي قدره 2.93 وانحراف معياري قدره 0.584 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 97.67%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل، حيث جاء في الترتيب الثاني؛
- تحصل البند رقم (10): على متوسط حسابي قدره 2.90 وانحراف معياري قدره 0.545 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 96.67%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة لديهم معرفة بأهمية الرعاية الصحية بعد الحمل،حيث جاء هذا البند في الترتيب الخامس.

من خلال ما سبق ذكره يمكن القول بأن عينة الدراسة لديهم معرفة كبيرة بجوانب الصحة الإنجابية،وذلك من خلال اكتساب الشباب لأهم المعارف والمعلومات الصحية السليمة المرتبطة بقضايا الصحة الإنجابية والجنسية وأبعادها، بما في ذلك المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة والأمراض المتنقلة جنسيا، بحيث أصبحت من الأمور الضرورية للاستعداد للحياة الزواجية والإنجابية وإعداد هؤلاء الشباب من كلا الجنسين،وكذا ضرورة المتابعة الصحية أثناء وبعد الحمل، إلا أنهم لا يعرفون الأسباب التي تؤدي إلي العقم وذلك بسبب قلة ثقافتهم الصحية،فأغلبهم يولون أهمية كبيرة

للجنس والممارسات الجنسية الآمنة، من أجل تجنب الوقوع في الحمل الغير مرغوب فيه، فهم بذلك يتوفرون على معارف الوقاية والحماية من مخاطر الجنسية الخطيرة،ومنه نقبل الفرضية الأولى التي تنص على أنه: " مستوى معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية مرتفع ".

10-3-2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: " اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية إيجابية ".

تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل بند من المحور الثالث تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (12): اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية

البنود	موافق	محايد	معارض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
إلزامية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج	100	0	0	3	0	100	1
الابتعاد عن زواج الأقارب	82	18	0	2.82	0.386	94	7
تجنب الزواج المبكر	34	17	49	1.85	0.903	61.67	10
إلزامية إتباع وسائل تنظيم الأسرة	65	26	9	2.56	0.656	85.33	8
الابتعاد عن الأسباب التي تؤدي إلي العقم	100	0	0	3	0	100	1
إلزامية استعمال وسائل منع الحمل	24	49	27	1.97	0.717	65.67	9
تفادي مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا	100	0	0	3	0	100	1
المتابعة والرعاية الصحية قبل الحمل	91	9	0	2.91	0.288	97	6
المتابعة والرعاية الصحية أثناء الحمل	100	0	0	3	0	100	1
المتابعة والرعاية الصحية بعد الحمل	100	0	0	3	0	100	1
متوسط محور اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية				2.70	0.153	90	/

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج الاستبيان وبرنامج SPSS

التحليل:

لقد تحصل المحور الثالث "اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية"، على متوسط حسابي قدره 2.70 وانحراف معياري قدر بـ 0.153، ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 90% وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة إيجابية نحو أغلب جوانب الصحة الإنجابية المتعلقة بالمحور الثالث، والتي تؤكد رضا وموافقة أغلبية أفراد العينة على جوانب الصحة الإنجابية، وهذا ما يؤكده الانحراف المعياري إذ يظهر درجة ونسبة التقارب في الأجوبة بين أفراد العينة، وحتى تؤدي هذه النتائج الغرض البحثي والهدف الذي يراد الوصول إليه قمنا بتحليلها حسب الأهمية والترتيب وكذا توجه استجابات الأغلبية من أفرادا لعينة على كل بنود هذا المحور والتي تعكسها لنا المتوسطات الحسابية، وهي كالتالي:

- تحصل البند رقم (1): على متوسط حسابي قدره 3 وانحراف معياري قدره 0 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 100%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم إيجابي نحو إلزامية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج، حيث جاء هذا البند في الترتيب الأول مناصفة مع البند رقم (5) والبند رقم (7) والبند رقم (9)والبند رقم (10)؛

- تحصل البند رقم (2): على متوسط حسابي قدره 2.82 وانحراف معياري قدره 0.386 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 94%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم إيجابي نحو الابتعاد عن زواج الأقارب، حيث جاء هذا البند في الترتيب السابع؛
- تحصل البند رقم (3): على متوسط حسابي قدره 1.85 وانحراف معياري قدره 0.903 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 61.67%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم سلبي نحو تجنب الزواج المبكر، حيث جاء هذا البند في الترتيب العاشر؛
- تحصل البند رقم (4): على متوسط حسابي قدره 2.56 وانحراف معياري قدره 0.656 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 85.33%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم إيجابي نحو إلزامية إتباع وسائل تنظيم الأسرة، حيث جاء هذا البند في الترتيب الثامن؛
- تحصل البند رقم (5): على متوسط حسابي قدره 3 وانحراف معياري قدره 0 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 100%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم إيجابي نحو الابتعاد عن الأسباب التي تؤدي إلي العقم، حيث جاء هذا البند في الترتيب الأول مناصفة مع البند رقم (1) والبند رقم (7) والبند رقم (9)والبند رقم (10)؛
- تحصل البند رقم (6): على متوسط حسابي قدره 1.97 وانحراف معياري قدره 0.717 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 65.67%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم سلبي نحو إلزامية استعمال وسائل منع الحمل، حيث جاء هذا البند في الترتيب التاسع؛
- تحصل البند رقم (7): على متوسط حسابي قدره 3 وانحراف معياري قدره 0ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 100%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم إيجابي نحو تفادي مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا، حيث جاء هذا البند في الترتيب الأول مناصفة مع البند رقم (1) والبند رقم (5) والبند رقم (9) والبند رقم (10)؛
- تحصل البند رقم (8): على متوسط حسابي قدره 2.91 وانحراف معياري قدره 0.288 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 97%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم إيجابي نحو المتابعة والرعاية الصحية قبل الحمل، حيث جاء هذا البند في الترتيب السادس؛
- تحصل البند رقم (9): على متوسط حسابي قدره 3 وانحراف معياري قدره 0 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 100%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم إيجابي نحو المتابعة والرعاية الصحية أثناء الحمل، حيث جاء هذا البند في الترتيب الأول مناصفة مع البند رقم (1) والبند رقم (5) والبند رقم (7) والبند رقم (10)؛
- تحصل البند رقم (10): على متوسط حسابي قدره 3 وانحراف معياري قدره 0 ومن خلال الوزن النسبي المقدر بـ 100%، وحسب ما ورد في المقياس الثلاثي يتبين أن أغلبية أفراد العينة اتجاههم إيجابي نحو المتابعة والرعاية الصحية بعد الحمل، حيث جاء هذا البند في الترتيب الأول مناصفة مع البند رقم (1) والبند رقم (5) والبند رقم (7) والبند رقم (9).

من خلال ما سبق ذكره يمكن القول بأن عينة الدراسة موافقين على اغلب البنود، بالتالي لديهم اتجاهات إيجابية نحو أغلب جوانب الصحة الإنجابية والأمراض المتنقلة جنسيا، بحيث يتجلى ذلك من خلال المكانة الاجتماعية التي يحتلها الشباب في المجتمع، بالتالي نجد أن الشباب لهم اتجاهات في تحديد مستقبلهم الأسري والإنجابي، حيث لهم دوافع محددة في اختيار شريك الحياة الزوجية وإتباع إستراتيجية في إنجاب الأطفال وكذا إلزامية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج

والمتابعة الطبية أثناء وبعد الحمل، بالإضافة إلى الابتعاد عن العلاقات المشبوهة التي تسهل انتشار الأمراض المنقولة جنسيا، وكذا الابتعاد عن الأسباب التي تؤدي إلي العقم، ومنه نقبل الفرضية الثانية التي تنص على أن: "اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية إيجابية".

- نتائج الدراسة:

- ✓ لا توجد علاقة بين الحالة الاجتماعية والعمل أثناء الدراسة؛
- ✓ لا توجد علاقة بين مدة الزواج ووجود الأولاد؛
- ✓ مستوى معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية مرتفع؛
- ✓ اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية إيجابية.

- خاتمة:

وفي الأخير ومن خلال ما تطرقنا إليه في هذه الدراسة إلى موضوع ذي أبعاد اجتماعية وصحية وثقافية وحتى اقتصادية، حيث لا يزال يشكل في مجتمعاتنا العربية والإسلامية أحد المشاكل التي لم تعن بالمساءلة السيسيولوجية والأبحاث الإمبريقية، وهو موضوع الصحة الإنجابية ومعارف واتجاهات الشباب في الجزائر،والتي تتطلب تكثيف الجهود سواء من طرف الدولة أو مؤسسات التنشئة الاجتماعية من أجل عقلنة وترشيد مسار الصحة الإنجابية لدى الشباب، وقد تم التوصل في ظل نتائج هذه الدراسة إلى الاستنتاجات التالية:

- ✓ مستوى معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية مرتفع، والذي يتجلى في معرفتهم بأغلب جوانب الصحة الإنجابية مثل: الفحص الطبي قبل الزواج وكذا مخاطر الزواج المبكر وزواج الأقارب، بالإضافة إلى معرفتهم بطرق تنظيم الأسرة ومخاطر الأمراض المنقولة جنسيا، وكذا المتابعة الصحية أثناء وبعد الحمل؛
- ✓ اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية إيجابية، وذلك من خلال موافقتهم على إلزامية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج وتجنبهم زواج الأقارب والزواج المبكر، وكذا موافقتهم على طرق تنظيم الأسرة والابتعاد عن الممارسات التي تسبب العقم، وإلزامية استعمال وسائل منع الحمل وتفادي الأمراض المنقولة جنسيا، بالإضافة إلى إلزامية المتابعة الصحية أثناء وبعد الحمل.

- قائمة المراجع

- مروان عبد المجيد ابراهيم . (2000). *أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية*. عمان الأردن: الوراق للنشر والتوزيع.
- عبد المؤمن علي معمر. (2008). *مناهج البحث في العلوم الاجتماعية السياسات والتقنيات والأساليب*. بنغازي ليبيا: منشورات جامعة 7 أكتوبر.
- عمار بوحوش. (1985). *دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية*. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- كامل زغلول الزبيدي. (2003). *علم النفس الاجتماعي*. عمان الأردن: الوراقة للنشر والتوزيع.
- محمد محمود أبو دوابة. (2012). *اتجاه نحو التطرف وعلاقته بالحاجة النفسية لدى الطالب* (أطروحة ماجستير). جامعة الأزهر، مصر.

- صافي يوسف. (2008). *متطلبات النهوض بحالة حقوق الشباب الفلسطيني*. فلسطين: مركز هدف لحقوق الإنسان.
- إسماعيل سراج الدين ومحسن يوسف. (1997). *الفقر والأزمة الاقتصادية*. القاهرة، مصر: مركز ابن خلدون ودار الأحين.
- إبراهيم الدقاق. (1999). *برنامج الأمم المتحدة الإنمائي- تقرير التنمية البشرية للعام، ملاحظات حول الأداء1998* . رام الله، فلسطين: برنامج دراسات التنمية.
- مرفت رشماوي. (1997). *حقوق الإنسان والتنمية البشرية المستدامة في فلسطين*. رام الله، فلسطين: مشروع التنمية المستدامة ومؤسسة الحق.
- أمير سالم وعلاء غانم. (1994). *خرافة التنمية*. القاهرة، مصر: مركز الدراسات والعلوم القانونية لحقوق الإنسان.
- شادي إسماعيل، التلباني. (2012). *دراسة مقارنة بين نموذج الانحدار اللوجيستي ونموذج انحدار كوكس لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية (نموذج مقترح ودراسة تطبيقية مقارنة)* (أطروحة ماجستير). جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
- فتحي محمد عبانة. (1987). *مشكلات السكان في الوطن العربي*. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- رشيد حسين احمد البراوي. (2013). *الاتجاهات النفسية حول عمل المرأة*. عمان الأردن: دار الجرير للنشر والتوزيع.
- يونس حمادي. (1985). *مبادئ علم الديموغرافيا*. الموصل العراق: مطبعة جامعة الموصل.
- محروس الشيشيني عزت فهيم. (2000). *أثر العوامل السكانية والاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية في مصر* (أطروحة دكتوراة). جامعة القاهرة، القاهرة مصر.
- عبد الرزاق ميلودي . (2022). *المحددات الاجتماعية الاقتصادية والديمغرافية للصحة الإنجابية (دراسة ميدانية بالمؤسسات الاستشفائية لولاية تلمسان)* (أطروحة دكتوراة). جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
- كامل سلوى إبراهيم . (2018). . *مؤشرات الصحة الإنجابية خلال الفترة (2005-2014)*. مركز الأبحاث والدراسات السكانية.
- بن زايد ريم وفضيل عبد الكريم . (2016). واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر مقارنة مع بلدان المغرب العربي "تونس والمغرب". *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، *8*(23)، ص ص 167-176. استرجع في من http://asjp.cerist.dz/en/article/39014
- آسيا شريف. (2005). *واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها*، أطروحة دكتوراه، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة الجزائر. استرجع في من http://hdl.handle.net/1635/6992
- Groupe interministériel. (1984). *Maîtrise de la croissance démographique*. Alger.
- Fonds des nations unies pour la population. (2021). *fonds des nations unies pour la population, évaluation finale du 6eme programme unfpa- Algérie 2017-2021 Rapport provisoire*. Alger.

- الملاحق:

ملحق رقم (01): استمارة الاستبيان

جامعة البليدة 2 لونيسي علي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم الاجتماع والديموغرافيا

استـمــارة استبيـــــان

العنوان:

معارف واتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية

دراسة ميدانية علي عينة من طلبة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي

إعداد الطالب: **إشراف :**

ط د – الأقرع يوسف **أ د - زبيدة بلعربي**

أخي/ أختي الطالب(ة):

الرجاء مساهمتكم في هذا الاستبيان بوضع العلامة (×) أمام الاختيار الذي يتوافق مع رأيكم وإعطاء الجواب المناسب في جميع الأسئلة، ونؤكد لكم أن هذه البيانات والمعلومات تبقى سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

السنة الجامعية: 2024 / 2025

المحور الأول: البيانات الشخصية

1. الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2. السن: من 18 - 21 سنة ☐ من 22 - 25 سنة ☐ من 26 - 29 سنة ☐

3. المستوى الجامعي: ليسانس ☐ ماستر ☐ دكتوراه ☐

4. مكان الإقامة: حضر ☐ ريف ☐

5. العمل أثناء الدراسة: أعمل ☐ لا أعمل ☐

6. الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

7. في حالة الإجابة ب متزوج أو مطلق أو أرمل ما هي مدة الزواج:

أقل من 1 سنة ☐ من 1 - 3 سنوات ☐ أكثر من 3 سنوات ☐

8. في حالة الإجابة ب متزوج أو مطلق أو أرمل هل يوجد أبناء: يوجد ☐ لا يوجد ☐

المحور الثاني: معارف الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية

الرقم	العبارات	أعرف	أعرف إلى حد ما	لا أعرف
01	هل تعرف أهمية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج			
02	هل تعرف المخاطر المترتبة على زواج الأقارب			
03	هل تعرف الآثار المترتبة على الزواج المبكر			
04	هل تعرف وسائل تنظيم الأسرة			
05	هل تعرف الأسباب التي تؤدي الي العقم			
06	هل تعرف وسائل منع الحمل			
07	هل تعرف مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا			
08	هل تعرف أهمية الرعاية الصحية قبل الحمل			
09	هل تعرف أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل			
10	هل تعرف أهمية الرعاية الصحية بعد الحمل			

المحور الثالث: اتجاهات الشباب نحو جوانب الصحة الإنجابية

الرقم	العبارات	موافق	محايد	معارض
01	إلزامية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج			
02	الابتعاد عن زواج الأقارب			
03	تجنب الزواج المبكر			
04	إلزامية إتباع وسائل تنظيم الأسرة			
05	الابتعاد عن الأسباب التي تؤدي الي العقم			
06	إلزامية استعمال وسائل منع الحمل			
07	تفادي مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا			
08	المتابعة والرعاية الصحية قبل الحمل			
09	المتابعة والرعاية الصحية أثناء الحمل			
10	المتابعة والرعاية الصحية بعد الحمل			

ملحق رقم (02): بعض مخرجات برنامج spss

Corrélations

		الكلية_الدرجة	2المحور	3المحور
الكلية_الدرجة	Corrélation de Pearson	1	,827**	,665**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	30	30	30
2المحور	Corrélation de Pearson	,827**	1	,131
	Sig. (bilatérale)	,000		,490
	N	30	30	30
3المحور	Corrélation de Pearson	,665**	,131	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,490	
	N	30	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,851	10

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,834	10

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,887	20

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	47	47,0	47,0	47,0
	أنثى	53	53,0	53,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	من 18 - 21 سنة	22	22,0	22,0	22,0
	من 22 - 25 سنة	43	43,0	43,0	65,0
	من 26 - 29 سنة	35	35,0	35,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

المستوى الجامعي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ليسانس	37	37,0	37,0	37,0
	ماستر	50	50,0	50,0	87,0
	دكتوراه	13	13,0	13,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

مكان الإقامة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	حضر	62	62,0	62,0	62,0
	ريف	38	38,0	38,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

الحالة الاجتماعية * العمل أثناء الدراسة Tableau croisé

		الحالة الاجتماعية				
		أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	Total
العمل أثناء الدراسة	أعمل	24	16	2	0	42
	لا أعمل	33	20	4	1	58
	Total	57	36	6	1	100

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	,998a	3	,802
Rapport de vraisemblance	1,367	3	,713
Association linéaire par linéaire	,191	1	,662
N d'observations valides	100		

a. 4 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,42.

في حالة الإجابة بمتزوج أو مطلق أو أرمل هل يوجد أبناء؟ *في حالة الإجابة بمتزوج أو مطلق أو أرمل ما هي مدة الزواج؟

		سنة 1 أقلمن	سنوات 3 - 1 من	سنوات 3 أكثرمن	Total
في حالة الإجابة بمتزوج أو مطلق أو أرمل هل يوجد أبناء	يوجد	7	15	6	28
	لا يوجد	6	7	2	15
Total		13	22	8	43

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	1,162a	2	,559
Rapport de vraisemblance	1,154	2	,561
Association linéaire par linéaire	1,072	1	,301
N d'observations valides	43		

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,79.

هل تعرف أهمية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أعرف إلى حد ما	17	17,0	17,0	17,0
	أعرف	83	83,0	83,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

هل تعرف المخاطر المترتبة على زواج الأقارب

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أعرف إلى حد ما	8	8,0	8,0	8,0
	أعرف	92	92,0	92,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

هل تعرف الآثار المترتبة على الزواج المبكر

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا أعرف	9	9,0	9,0	9,0
	أعرف	91	91,0	91,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

هل تعرف وسائل تنظيم الأسرة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أعرف إلى حد ما	16	16,0	16,0	16,0
	أعرف	84	84,0	84,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

هل تعرف الأسباب التي تؤدي إلي العقم

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا أعرف	59	59,0	59,0	59,0
	أعرف إلى حد ما	16	16,0	16,0	75,0
	أعرف	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

هل تعرف وسائل منع الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أعرف إلى حد ما	8	8,0	8,0	8,0
	أعرف	92	92,0	92,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

هل تعرف مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé

Valide	أعرف	100	100,0	100,0	100,0

هل تعرف أهمية الرعاية الصحية قبل الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا أعرف	2	2,0	2,0	2,0
	أعرف إلى حد ما	10	10,0	10,0	12,0
	أعرف	88	88,0	88,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

هل تعرف أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أعرف إلى حد ما	7	7,0	7,0	7,0
	أعرف	93	93,0	93,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

هل تعرف أهمية الرعاية الصحية بعد الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا أعرف	10	10,0	10,0	10,0
	أعرف	90	90,0	90,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
هل تعرف أهمية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج	100	2,83	,378
هل تعرف المخاطر المترتبة على زواج الأقارب	100	2,92	,273
هل تعرف الآثار المترتبة على الزواج المبكر	100	2,82	,575
هل تعرف وسائل تنظيم الأسرة	100	2,84	,368
هل تعرف الأسباب التي تؤدي إلي العقم	100	1,66	,855
هل تعرف وسائل منع الحمل	100	2,92	,273
هل تعرف مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا	100	3,00	,000
هل تعرف أهمية الرعاية الصحية قبل الحمل	100	2,86	,472
هل تعرف أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل	100	2,93	,584
هل تعرف أهمية الرعاية الصحية بعد الحمل	100	2,90	,545
المحور2	100	2,7680	,18371
N valide (liste)	100		

إلزامية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موافق	100	100,0	100,0	100,0

الابتعاد عن زواج الأقارب

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	محايد	18	18,0	18,0	18,0
	موافق	82	82,0	82,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

تجنب الزواج المبكر

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	معارض	49	49,0	49,0	49,0
	محايد	17	17,0	17,0	66,0
	موافق	34	34,0	34,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

إلزامية إتباع وسائل تنظيم الأسرة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	معارض	9	9,0	9,0	9,0
	محايد	26	26,0	26,0	35,0
	موافق	65	65,0	65,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

الابتعاد عن الأسباب التى تؤدي إلى العقم

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موافق	100	100,0	100,0	100,0

إلزامية استعمال وسائل منع الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	معارض	27	27,0	27,0	27,0
	محايد	49	49,0	49,0	76,0
	موافق	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

تفادي مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موافق	100	100,0	100,0	100,0

المتابعة والرعاية الصحية قبل الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	محايد	9	9,0	9,0	9,0
	موافق	91	91,0	91,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

المتابعة والرعاية الصحية أثناء الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موافق	100	100,0	100,0	100,0

المتابعة والرعاية الصحية بعد الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موافق	100	100,0	100,0	100,0

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
إلزامية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج	100	3,00	,000
الابتعاد عن زواج الأقارب	100	2,82	,386
تجنب الزواج المبكر	100	1,85	,903
إلزامية إتباع وسائل تنظيم الأسرة	100	2,56	,656
الابتعاد عن الأسباب التي تؤدي إلى العقم	100	2,92	,273
إلزامية استعمال وسائل منع الحمل	100	1,97	,717
تفادي مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا	100	3,00	,000
المتابعة والرعاية الصحية قبل الحمل	100	2,91	,288
المتابعة والرعاية الصحية أثناء الحمل	100	3,00	,000
المتابعة والرعاية الصحية بعد الحمل	100	3,00	,000
المحور3	100	2,7030	,15272
N valide (liste)	100		