



مجلة آفاق لعلم الاجتماع  
ISSN : 1112-8259 EISSN :2600-6855  
المجلد 9 العدد 2 / ديسمبر 2019



## ثقافة الصحة الإنجابية لدى الطالب الجامعي

### Reproductive health education in university students

أ.د. علي حمزة شريف<sup>2</sup>  
جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان

تاريخ التقييم: 2019/07/08

محمد الصالح مسعي أحمد<sup>1</sup>  
جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان

تاريخ الإرسال: 2019/06/20

تاريخ القبول: 2019/09/15

#### Abstract:

#### الملخص:

the purpose of this study is to identify the behavioral and cognitive realities foreseeing different views and attitudes and trends in the future direction of reproductive health in University student following the inclusion of education and awareness programs build on previous results of a similar study, the results have been mostly positive. Inspire the enjoyment and preservation of reproductive health, requires dedication and establishing these programs in order to promote and disseminate what is right and sound knowledge and views and positions, and guide and corrected without it everything would impede or disrupt the proper path to reproductive health.

**keywords:** Reproductive health, its components, objectives, reproductive rights, university student.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الواقع المعرفي والسلوكي واستشراف مختلف الآراء والمواقف والاتجاهات في المستقبل اتجاه الصحة الإنجابية لدى الطالب الجامعي وذلك عقب إدراج برامج توعوية وتثقيفية بناء على نتائج سابقة لدراسة مماثلة، وقد كانت النتائج إيجابية في غالبيتها توجي بالتمتع بالصحة الإنجابية والحفاظ عليها لديهم، ما يستدعي تكريس وإرساء هذه البرامج من أجل تعزيز وتعميم ما هو صائب وسديد من معارف وآراء ومواقف، وتقويم وتوجيه وتصويب ما دون ذلك وكل ما من شأنه أن يعوق أو يُخل بال مسار السليم للصحة الإنجابية.

**الكلمات المفتاحية:** صحة إنجابية، مكونات، أهداف، حقوق إنجابية، طالب جامعي.

<sup>1</sup> medsalahmesai@gmail.com  
medsalahmesai@gmail.com

محمد الصالح مسعي أحمد، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان  
<sup>2</sup> علي حمزة شريف، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان

## 1- مقدمة

تعتبر الصحة أساس الحياة الكريمة، إذ لا جدال في أن حياة الفرد كريمة إذا كان معافاً في جسده، آمناً في سربه، لديه قوت يومه، فمن حيث أن الإنسان مجبول على حب البقاء والتوارث فإنه لا محال يسعى جاداً لاستخلاف نفسه، وحتى يخلف نفسه خلفاً سليماً يجب عليه أن يحافظ بكل ما أوتي من وعي وحكمة على هذا التكامل الأساس والحساس، ألا وهو - الصحة الإنجابية - التي عرفت منظمة الصحة العالمية على أنها تكامل وتوافق الجوانب البدنية والفكرية والاجتماعية في الحياة من أجل الإنجاب للتجدد واستمرار الحياة. من هنا يتضح أن الحديث عنها ليس عن نواح بيولوجية وفيزيولوجية وسيكولوجية فحسب، وإنما عن نواح اجتماعية أيضاً، تكون فيها المعرفة سيدة من أجل تشييد هذا التوافق والتكامل، فللحفاظ على هذا المقوم وبلوغ أهدافه لا بد من انتهاج سلوكيات صحية وثقافية واجتماعية سوية، وحتى تستوي هذه السلوكيات لا بد أن تجتمع حول بعضها البعض معارف وثقافات ووعي صحي معتبر، وللإطالة على هذا الجانب المهم من الحياة البشرية، أردنا دراسة الموضوع من زاوية الشباب الذين يشكلون شريحة عمرية محددة بيولوجياً ونفسياً واجتماعياً، فصحة الشباب تعني صحة المجتمع وتقدمه واستمراره، والتي بعيداً ما غربت عنها الدراسات، وذلك بعنوان: " ثقافة الصحة الإنجابية لدى الطالب الجامعي"، (دراسة ميدانية لعينة من قسم العلوم الاجتماعية بجامعة ورقلة).

## 2- الإشكالية

يرجع تاريخ الاهتمام الدولي باحتياجات الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب إلى المؤتمر الدولي للسكان المنعقد بمكسيكو عام 1984، إذ أن من بين التوصيات التي اعتمدها المؤتمر أن حثت إحداهما الحكومات على أن تكفل حصول المراهقين والشباب على التعليم الوافي والمتعلق بالحياة الأسرية والجنس وأن توفر لهم المعلومات والخدمات المناسبة المتعلقة بتنظيم الأسرة. إلى هنا ومحتوى مفهوم الصحة الإنجابية قبل بلورته ما زال مقتصرًا على النساء المتزوجات وهن في سن الإنجاب، أو على تحديد أو تنظيم الأسرة فقط، إلى أن جاء المؤتمر الثالث للتنمية والسكان المنعقد بالقاهرة عام 1994 أين لم يُنص على ديناميات الديموغرافيا كما جاء في مؤتمرات السكان السابقة، بل جاء بمغزى آخر وأهداف أخرى، تمخض عنها مفهوم التنمية الشاملة المستدامة والذي اتخذت فيه الصحة الإنجابية كمحور أساسي تتمركز حوله كل حقوق الإنسان من صحة ورفاه وتعليم، والتي هي محاور التنمية المستدامة المنصوص عنها.

فحتى تستمر التنمية ويستمر بقاء النوع الإنساني السليم لا بد من تظافر عدة جهود، فولادة طفل سليم وبقائه ونمائه وحمايته هي مسؤولية عدة أجيال. إذ بات حرياً الإهتمام بالأعمار المبكرة خاصة لدى الإناث من حيث تهيئة الفتاة للزواج وكذا تأمين الرعاية الصحية الجيدة والتنبيه لمشاكل نقص النمو وسوء التغذية، وكذا التوعية من مخاطر زواج الأقارب، ووقاية النساء ما بعد سن الإنجاب من الأمراض المتعلقة بالجهاز التناسلي، علماً أن بلوغ أهداف الصحة الإنجابية يتعرض لتحديات كبيرة من قبل عدة ظواهر من بطالة وعزوبة وعنوسة وكل هذه الأمراض والعاهات، فحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2013 أوضحت أن حالات الإجهاض في العالم بلغت أكثر من 39.587 مليون حالة، كما بلغت وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 7.163 مليون طفل، إضافة إلى الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية بلغت 12.233 حالة وفاة، في حين فاق عدد الوفيات بسبب التدخين 4.71 مليون حالة وفاة، كذلك حوادث المرور فاقت وفياتها 1.273 مليون حالة وفاة، وحوالي 1.585 مليون حالة وفاة لمرضى الإيدز والذي وصل عدد مرضاه إلى 35.868 مليون حالة ( منظمة الصحة العالمية، 2016 ) ، فهذا الداء الخبيث يكون

أغلب ضحاياها ذوو أعمار شابة، إذ يتواجد في الجزائر حوالي 1356 مصاب بالإيدز ( وزارة الصحة والسكان، 2014) وبولاية ورقلة تحديداً أكثر من 146 شخص حامل للفيروس المسبب لهذا الداء ( مديرية الصحة، ورقلة، 2014 )، وأعدادهم تتزايد شيئاً فشيئاً، فإذا أخذنا بعين الاعتبار أن ولاية ورقلة تعتبر منطقة عبور يختلط بها السكان من كل ربوع الوطن مع تواجد أعداد معتبرة من العمال الأجانب كونها قطباً صناعياً وأمنياً هاماً، وبالتالي يمكن اعتبارها منطقة ذات أخطار عالية في الأمراض الجنسية خاصة الإيدز، حيث صرحت منظمة الصحة العالمية أنه من أخطر التحديات والعوائق التي تواجه الصحة الإنجابية. وعليه فالصحة الإنجابية مسؤولية الجميع وفي كافة المراحل العمرية الأولى فالأولى مع الأخذ في الاعتبار أن مرحلة الطفولة هي مرحلة مكفولة وليست مسؤولية، أما الشباب فأولى وأهم فهم آباء للجيل القادم لذا كان لزاماً أن تقدم لهم الفرص لتقوية قدراتهم الصحية والمعرفية وإرشادهم من أجل تنشئة جيل آخر من الأطفال الأصحاء، فيما أن الصحة الإنجابية هي تكامل صحي يتجسد رفاهه بعد الزواج، فما واقع الاستعداد له؟ ولمعرفة ذلك لا بد من استطلاع الواقع المعرفي للطلبة واستشراف المستقبل فيما يخص السلوكات والآراء والاتجاهات حول مكونات الصحة الإنجابية، وقد اخترنا عينة من الطلبة الجامعيين باعتبارهم الأفضل والأكثر تجاوباً وتفاعلاً بحكم ما يتلقونه من خبرات تعليمية وكونهم أكثر ميل للنظر إلى مستقبلهم ومستقبل مجتمعهم، وذلك بإشكال: ما هو واقع وآفاق الصحة الإنجابية لدى الطالب الجامعي؟

التساؤلات الفرعية للدراسة:

وقد دارت التساؤلات الفرعية حول كون الشباب الجامعي هل يمتلك معارف كافية تمكنه من الحفاظ على صحته الإنجابية؟ وكذا هل آرائهم ومواقفهم الصحية، والاجتماعية الاقتصادية للشباب الجامعي الذكور والآراء والمواقف الاجتماعية الديموغرافية للإناث تمكنهم من التمتع بالصحة الإنجابية؟

### 3- فرضيات الدراسة

- وبناء على التساؤلات الفرعية لهذه الدراسة وضعنا الفرضيات وهي كالتالي:
- 1 - يمتلك الطالب الجامعي معارف تمكنه من الحفاظ على صحته الإنجابية.
  - 2 - للطالب الجامعي آراء ومواقف صحية تؤهله للتمتع بالصحة الإنجابية.
  - 3 - الآراء والمواقف الاجتماعية الاقتصادية للطلبة الذكور تؤهلهم للتمتع بالصحة الإنجابية.
  - 4 - الآراء والمواقف الاجتماعية الديموغرافية للطالبات يمكن أن تشكل عائقاً لبلوغ أهداف الصحة الإنجابية.

### 4- أسباب وأهداف الدراسة

لقد قمنا بدورنا بإجراء دراسة مماثلة سابقاً لهذا الموضوع "الصحة الإنجابية" على عينة من الشباب الجامعي من قبل وتم بعدها وعلى ضوئها إعداد برنامج إرشادي تربوي وتوعوي يتمثل في إدراج وتفعيل مقاييس نوعية تتمثل في كل من: سوسيولوجيا الصحة، والسكان والصحة، ومحاولة نشر أفكار عن موضوع الصحة الإنجابية لنفس المجموعات الطلابية تقريبا في نفس المستويات وفي كل التظاهرات العلمية والثقافية والتحسيسية بنفس القسم كون المعارف والمفاهيم الصحية السليمة تلعب دور هام لتحسين صحتهم وسلامتهم، أمليْن أن تضيف هذه التجربة تحسناً في معارف الطالب المبحوث حول قضايا تؤثر على صحتهم الإنجابية ومن ثم فإنهم كفيلون بتعميمها في المجتمع باعتبارهم فئة مؤثرة وفاعلة وسط مجتمعاتهم.

## 5- عينة البحث والمنهج والأدوات المستخدمة

أجريت هذه الدراسة خلال الموسم (2018/2017) على عينة من طلبة قسم العلوم الاجتماعية بجامعة قاصدي مرباح بورقلة. تتراوح أعمارهم بين: 22 و36 سنة. تمثلت في طلبة الماستر أغلب أفرادها هم عينة الدراسة الأولى وفي ظل توفر قاعدة بيانات شاملة عن مجتمع الدراسة مع محدوديته فقد تم استجواب جميع الطلبة وكانت نسبة الاستجابة عالية جدا فاقت 94% من مجتمع البحث الكلي وهذا يخدم الدراسة بشكل تمثيلي ويسمح بتعميم المؤشرات المدروسة على المجتمع محل الدراسة. إذ شكل حجم المجتمع حوالي 164 طالبا وتفاعل معنا 154 مبحوث، 126 منهم إناث و28 ذكور على شكل تحقيق CAP (معارف، اتجاهات، ممارسات). وبما أن فرضية هذه الدراسة متجهة " أحادية المتغير" فإن المنهج المناسب لها هو المنهج الوصفي فهو الأكثر شيوعاً واستخداماً في مثل هذه الدراسات، إذ يوفر صورة دقيقة ووصفاً محدداً لظاهرة معينة، ويساعد في تحديد المكونات الأساسية المؤدية إلى توصيف أو تشخيص الظاهرة دون الاهتمام أو التركيز على دراسة العلاقات التبادلية بين عناصرها (محمد صلاح الدين، 2010، ص33)، إضافة إلى المنهج شبه التجريبي في العلوم الاجتماعية كون هذه الدراسة قامت أساساً على نتائج لدراسة مماثلة أعدت سابقاً وعلى ضوءها تم وضع وتقديم برنامج أكاديمي إرشادي تربوي وتوعوي للطلبة وذلك بغية معرفة وقياس الفرق والتطور الحاصل بين الحالتين أي قبل تلقي البرامج وبعدها. أما فيما يخص الطريقة أو الأسلوب الإحصائي الأنسب فبدل أن نستعمل أسلوب اختبار ستيودنت لعينتين مرتبطتين اعتمدنا طريقة: متوسط القياس لاختبار الفرضيات وذلك لأن العينة الأولى حدث عليها تغيير طفيف في بعض مفرداتها وعددهم لذا يعتبر الأسلوب الأخير أفضل من ناحية الدقة والتمثيل، وهو طريقة إحصائية لقياس الآراء والاتجاهات حيث تُعطى مثلاً القيمة: 1 للإجابة الصحيحة والقيمة: 2 للإجابة الخاطئة أو العكس، تُجمع القيمتين وتُقسم على 2 فالمجال من: 1 إلى 1.5 يفسر الإجابة الصحيحة والمجال من: 1.5 إلى 3 يفسر الإجابة الخاطئة. وللحصول على البيانات التي تمّزنا بالمؤشرات الدالة على الموضوع وتمكّنا من فهم وتفسير والوقوف عند الأسباب التي كانت وراء طرح الإشكالية والتساؤلات اعتمدنا على أداة الاستمارة وقد اشتملت على أسئلة خاصة بمعارف الطلبة بخصوص الصحة الإنجابية. وكذا أسئلة خاصة بمواقفهم وممارساتهم اتجاه موضوع الصحة الإنجابية. إضافة إلى بعض الأسئلة خاصة بالطلبة الذكور منهم وبعضها الآخر خاص بالطلبات الإناث.

## 6- ماهية الصحة الإنجابية

كثيرة هي الدراسات التي تناولت موضوع الصحة الإنجابية لكن جُلّها اقتصرت واختصرت على صحة المرأة الأمومية فقط (أثناء الحمل والولادة وفترة النفاس) وكان الجهاز التناسلي لم يخلق إلا عند المرأة وبعد الزواج فقط، فلو لا التطور الطبي المحرز الذي كشف عن التاريخ الوراثي للأمراض، ولو لا الأثر الممتد والمتوارث لسوء التغذية، ولو لا ظهور الأمراض الجنسية خاصة وباء الإيدز المنتشر منذ العقود الثلاثة الأخيرة لبقى الموضوع حكرًا على المتزوجات والحوامل والنوافس، ولما أقحم الرجل ولا الفتاة في هذه الحلقة المهمة من دورة حياة الإنسان، وعليه فإن الصحة الإنجابية هي أرقى من أن تُحد عند كونها نوعاً من أنواع الصحة، بل هي بمثابة الصرح الصحي الذي يتوقف عليه البقاء واستمرار الحياة، فولادة طفل متمتع بالصحة ليست مسؤوليته بل مسؤولية أجيال قد سبقته، من انتهاج لسلوكات سوية وإرشاد ورعاية صحية وتغذية سليمة التي يورث أثرها من جيل لآخر، ما يثبت أن الصحة الإنجابية هي تكامل لمجمل أنواع الصحة والرفاه الاجتماعي للفرد في كامل مراحل العمر بغية التمتع بالإنجاب واستمرار الحياة.

## 1-6- مفهوم الصحة الإنجابية

- **الصحة:** هي حالة من المعافاة الكاملة، بدنيًا ونفسيًا وعقليًا واجتماعيًا، لا مجرد انتفاء المرض والعجز (محمد شريف، 1992، ص18).

- **الصحة الإنجابية 'Reproductive health':** هي حالة الاكتمال النفسي والجسدي والاجتماعي في جميع ما يتعلق بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك فهي تعني قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير موعده وتواتره، ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمنا على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون والشريعة، والحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من اجتياز فترة الحمل والولادة بأمان ويهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة (الأمم المتحدة، 2001، ص11).

- **التعريف الإجرائي للصحة الإنجابية:** وهي حالة من التكامل الصحي البدني والنفسي والرفاه الاجتماعي (اقتصاديًا وثقافيًا وديموغيًا وسياسيًا وأيكولوجيًا) فيما يتعلق بالجهاز التناسلي في كافة مراحل العمر والتي تمكن الفرد من تحقيق غرائزه والتمتع بها خاصة غريزتي الجنس والاستخلاف (الأبوة - الأمومة)، وعليه فالصحة الإنجابية لم تعد مجرد خدمات فحسب، بل هي أيضا معارف ومواقف وسلوكيات، كون الجهاز التناسلي الذي يقوم عليه التعريف ووظائفه وأدواره ليست بيولوجية وفيزيولوجية فقط بل أيضا اجتماعية ديموغرافية. لذا وجب أخذ الحيطة والوقاية للحفاظ على عامة الصحة بالسلوك الصحي والاجتماعي والاقتصادي والديموغي السليم حتى تُحفظ الصحة الإنجابية التي هي متعة الحياة السعيدة وثمرتها.

## 2-6- مكونات الصحة الإنجابية

**1-2-6- المقومات الأساسية للصحة الإنجابية:** تعني كلمة مقومات الركائز الأساسية التي يقوم أو يوجد بوجودها الشيء ويغيب إذا ما غابت، وتتمثل هذه المقومات هنا في مجمل أنواع الصحة التي يتوج تكاملها بمستوى صحي هو الصحة الإنجابية (عبد الكريم الأنسي، 2001، ص20)، وهي:

- **الصحة الجسدية:** وهي القدرة على القيام بوظائف الجسم الفيزيولوجية (حالة مثلى من اللياقة البدنية).

- **الصحة الجنسية:** هي حالة من الاندماج والتكامل بين الجوانب العضوية والنفسية والعقلية والاجتماعية للجانب الجنسي بصورة تغني وتعزز الشخصية والتواصل والحب.

- **الصحة النفسية:** هي القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها (شعور بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب أو توتر نفسي).

- **الصحة العقلية:** هي القدرة على التفكير بوضوح وتناسق (شعور بالمسؤولية وقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات).

- **الصحة الاجتماعية:** هي القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين والاستمرار بها (الاتصال والتواصل مع الآخرين).

**الصحة الروحية:** وتتعلق بسلامة المعتقدات، والممارسات السليمة للواجبات الدينية للحصول على سلام مع النفس والمجتمع. (كألاً يكون الفرد مُتَزَهِن يَمْنَع على نفسه الزواج والإنجاب بدعوى التفرغ للعبادة).

**الصحة المجتمعية:** هي العلاقة مع كل ما يحيط الفرد من مادة، وأشخاص، وقوانين، وأنظمة. (كألاً تكون هناك سياسات صارمة تمنع أو تحد النسل أو تقمع حريات و حقوق الأفراد الإنجابية كما في الصين مثلاً).

## 2-2-6 وسائل وآليات الصحة الإنجابية

**السلوك الصحي:** هو أي نشاط يمارسه الفرد بهدف البرء أو الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة وله ثلاثة أبعاد: البعد الوقائي - الحفاظ على الصحة - الارتقاء بالصحة. ومن خلال هذا السلوك يحافظ المرء على صحته الجسدية والنفسية والعقلية والجنسية (محمد شريف، ص43).

**السلوك الإنجابي:** هو طريقة ممارسة الإنجاب من حيث التوقيت والظروف والعمر، وعليه فهو ممارسة الإنجاب في ظل التخطيط أو عدمه (بورارة فريدة، 2005، ص22).

**الرفاه الاجتماعي:** ويشتمل ضمناً على الصحة الاجتماعية بغية الاندماج وتلافي النبذ الاجتماعي وذلك بانتهاج أصوب السلوكيات الاجتماعية التي من شأنها أن ترقى بمكانة الفرد في مجتمعه وتصور العرض فتجعل منه فرداً مقبولاً موصولاً، لا منبوذاً معزولاً، وكذا محاربة شبح العنوسة والعمل على التضييق وتخفيض حالة الطلاق، لأن بلوغ أسمى أهداف الصحة الإنجابية خاصة في عالمنا الإسلامي لا يتجسد ولا يتحقق إلا بعد دخول حقل الإنتاج الديموغرافي عن طريق الزواج.

**الرفاه المادي:** حتى يعيش الإنسان حياته الكريمة: من مأكلاً، وملبس، وعلاج، وبناء أسرة، وتذليل عقبات الحياة، لا بد من توفير المال حتى يحقق هذا الرفاه.

**الرفاه الديموغرافي:** فمن أجل بلوغ أهداف وغايات الصحة الإنجابية لا بد من استغلال المرحلة والحالة التي يكون فيها الفرد جزءاً من الهبة الديموغرافية (أي فتياً). أيضاً فإنه وفي حالة عنوسة عريضة كالتى تضرب الجزائر فلا بد من السعي إلى تشريع مُكوّن أو منحة الزواج المتعدد لمعالجة هذه المشكلة السوسيوديموغرافية وإن كانت أسبابها اجتماعية أكثر منها ديموغرافية. للإشارة فإن منظمة الصحة العالمية قد صنفت مؤخراً مشكلة عدم الزواج أو تأخره ضمن أنواع الإعاقة.

**الرفاه البيئي:** البيئة هي الإطار الذي يعيش فيه الإنسان ويحصل منه على مقومات حياته من غذاء وكساء ودواء ومأوى ويمارس فيه علاقاته مع بني البشر لذا يجب أن تكون آمنة مستقرة، نظيفة ونقية، موفرة لا جذباً لتضمن له عيشاً كريماً.

## 2-3-6 خدمات وبرامج الصحة الإنجابية

- تقديم الخدمات الصحية وغيرها والتوعية فيما يتعلق بالأُمومة الآمنة (الرعاية أثناء الحمل - أثناء الولادة - بعد الولادة) ورعاية الطفل حديث الولادة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية وتوفير الاحتياجات اللازمة للأم.

- المشورة والتثقيف والاتصال فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.

- الوقاية من القم وعلاجه.

- الوقاية من الإجهاض غير الأمن وعلاجه.
- الوقاية من إصابات الجهاز التناسلي ومعالجته من الأمراض المتنقلة جنسيا مثل الإيدز.
- التوعية والتثقيف بشأن الصحة الجنسية والصحة الإنجابية.
- الوقاية والكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم عند المرأة، والبروستات عند الرجال.
- محاربة العادات السلبية المؤثرة على الجهاز التناسلي للمرأة مثل: ختان الإناث في المشرق العربي، وسحر التصفيح\* في الجزائر ودول شمال إفريقيا.
- الفحص الطبي قبل الزواج.
- الاهتمام بصحة المراهقين والشباب.
- رعاية صحة الأم بعد سن الإنجاب.
- مشاركة الرجل في أنشطة الصحة الإنجابية.
- معالجة المشاكل الزوجية المتعلقة بالصحة الإنجابية. (محمد صالي، 2016).

## 4-2-6- الحقوق الإنجابية

تشمل هذه الحقوق الحق الأساسي لجميع الأزواج في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب بحرية ودون تمييز أو إكراه: عدد أبنائهم وفترة التباعد بينهم، وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضا بالحق في بلوغ أعلى مستوى من الصحة الإنجابية (محمد صالي، 2016).

## 7 - أهداف الصحة الإنجابية

- أن تمر المرأة بمرحلة الحمل والولادة، وفترة ما بعد الولادة بأمان وبمنى عن الإعاقة والأمراض.
- تعزيز قدرة الزوجين في تنظيم الإنجاب وموعد بدونه أي مخاطر صحية .
- تمكين قدرة الزوجين على الإنجاب (معالجة العقم).
- إنجاب مولود سليم وينمو نمواً سليماً.
- ممارسة الحياة الجنسية بين الزوجين بأمان ومسؤولية .
- الحد من الممارسات والعادات التي تضر بالصحة الإنجابية. (محمد صالي، 2016).

مما سبق يتضح أنه ليس من السهل الوصول إلى وضع رؤية كاملة أو رسم صورة واضحة ودقيقة عن الصحة الإنجابية، وبالتالي فإن إنصافها حقيقتها يتطلب من الباحث تركيزاً عالي الدقة، فالنظر في موضوع كالصحة الإنجابية هو أشبه بالتأمل في مجسم بلوري تظهر كل زواياه في آن واحد فيصعب التمييز بينها. هي كذلك، فكل مكوناتها تتشابه حيث يصعب تمييز مكوناتها من وسائلها وآلياتها ومن خدماتها ومن حقوقها، وعليه فإن الصحة الإنجابية هي ليست مجرد سلامة الجهاز التناسلي للرجل والمرأة من المرض أو الإعاقة والعقم فقط، بل هي حالة رفاه كامل وفي كافة المراحل لحياة الإنسان، وذلك عن طريق توظيف واستخدام وسائل وآليات معينة استخداماً متكاملًا في ظل وجود مقومات أساسية في حياة الإنسان واستغلال حقوقه المشروعة بغية الوصول إلى أهداف وغايات تزدان وتسعد بها حياته وتستمر من خلالها الأجيال، فالجهاز التناسلي الذي هو محور الصحة الإنجابية يكون هو الجهاز الوحيد لدى الإنسان الذي لا يعمل بيولوجياً وفيزيولوجياً ونفسياً فحسب، بل كذلك ديموغرافياً واجتماعياً وسياسياً فكل مرحلة عمرية أداؤها ووظائفها

سحر التصفيح: هو نوع من أنواع السحر تضعه الأمهات لبناتهن في سن مبكرة أملاً في الحفاظ وحماية العذرية من \* الاغتصاب إلى غاية الدخول الشرعي ولهذا النوع من السحر أضرار جسيمة على وضع الفتاة أثناء الدخول وبعده وقد يعوق الزواج أصلاً.

وللعلاقات الاجتماعية دورها بل هي المنشط والمحرك الرئيسي لأداء هذا الجهاز مثل: الزواج والذي تغيرت روابطه وضوابطه فيما بين العالم الإسلامي والعالم الغربي الذي أهمل قيمة وضبطية هذه الرابطة واستبدلها بخيار الاستقلالية الجنسية ثم تلاها خيار المثلية الجنسية، فإذا كانت أسمى غايات الصحة الإنجابية هي استمرار الحياة من خلال تجدد الأجيال عن طريق الإنجاب، فأيّ إنجاب سيحدث بعد سن هذين الخيارين الأخيرين؟ والتي بسببهما حققت بعض الدول المتقدمة معدلات نمو سكاني سلبية خاصة في ما يتعلق بالزيادة الطبيعية أين زادت معدلات الوفيات عن معدلات الولادات وهذا الوضع شهدته بالضبط ألمانيا وإيطاليا وغيرها من الدول المعنية بتلك التغيرات. كما للأنظمة والبرامج والسياسات الحكومية أثرها مثل سياسات تحديد النسل حيث تُحد من حرية عدد الأطفال المراد إنجابهم كحق من الحقوق الإنجابي.

## 8- تحليل البيانات وعرض النتائج

### 8-1- تحليل ومناقشة بيانات الفرضية الأولى القائلة بأنه: لدى الطالب الجامعي معارف تمكنه من الحفاظ على صحته الإنجابية

تختبر هذه الفرضية معرفة الطلبة الجامعيين ببعض الأعراض والأمراض والحالات والسلوكيات والعادات وتأثيراتها المضرّة على الصحة الإنجابية أو إخلالها بها. ولاختبار صحتها نقوم بجمع المتوسطات الحسابية لقياس الآراء والسلوك التي يستخرجها البرنامج الإحصائي spss: حيث يخدم هذه الفرضية 28 سؤالاً في الاستمارة، وقد وضعنا الرمز 1 للإجابة الصحيحة و2 للإجابة الخاطئة. ومنه فإن ذروة الوعي حسب هذا القياس تكون عند العدد 28 وهو عدد الأسئلة الموجبة والصحيحة، وسلبية الوعي أو المعرفة تكون عند النقطة  $28 = 56 - X$  وهو عدد الأسئلة مضروب في العدد 2 وهو معامل الإجابة الخاطئة، ويصل الوعي أو المعرفة أو السلوك النقطة الصفرية أو المعدومة عند المتوسط  $(28 + 56) / 2 = 42$ . ومنه فإن درجة الوعي تزيد عندما تستطرد قيمته في الانخفاض من المتوسط 42 نحو العدد 28، فشدة الوعي أو المعرفة أقرب للعدد 28 وما هو فوق المتوسط 42 إلى 56 فهو لا وعي أو عدم معرفة وذلك كلما اقترب المتوسط إلى 56. وحسب هذا القياس فإن مجموع متوسطاتها هو كالتالي:

## الجدول رقم 01: مجموع متوسطات القياس لمتغيرات الفرضية الأولى

| المتغير أو السؤال الدال   | متوسط القياس | المتغير أو السؤال الدال     | متوسط القياس |
|---------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| سوء التغذية               | 1.3          | الأمراض الجنسية تسبب العقم  | 1            |
| البدانة المفرطة           | 1.02         | الجنس الشرجي                | 1.05         |
| فقر الدم                  | 1.18         | فيروس بابلوسي               | 1            |
| ارتفاع ضغط الدم           | 1.12         | الزهري                      | 1            |
| مرض السكري                | 1.09         | التهاب الكبد الفيروسي       | 1            |
| سرطان عنق الرحم           | 1            | الإيدز                      | 1            |
| سرطان الثدي               | 1.52         | ارتداء الملابس الضيقة دائما | 1.1          |
| اعتلال في الجهاز التناسلي | 1            | نوع غشاء البكارة            | 1.4          |
| التعرض للحرارة و الإشعاع  | 1.07         | شهادة إثبات العذرية         | 1            |
| التدخين                   | 1.21         | الكشف الطبي قبل الزواج      | 1            |
| العادة السرية             | 1.12         | آثار زواج الأقارب           | 1.08         |
| الأمراض الجنسية           | 1            | الحمل المبكر                | 1.22         |
| حمل غير مرغوب             | 1            | الحمل المتقارب              | 1.01         |
| نبذ اجتماعي               | 1            | الحمل المتأخر               | 1.07         |
| <b>المجموع</b>            |              | <b>30.56</b>                |              |

إذن حسب المتوسط لدينا ذروة الوعي والمعرفة تكون عند الطرف 28 وعدمه عند الوسط 42 وسليبيته عند الطرف 56. ومنه فإن مجموع المتوسطات لدينا تساوي: 30.56 ومنه نقول أنه يوجد وعي ومعرفة عالية جدا بعد أن كان سابقا عند دراسة الانطلاق يساوي: 38.18. وهذا دليل واضح على زيادة الوعي والمعارف. وبالتالي فالفرضية القائلة أن للطالب الجامعي معارف تمكنه من الحفاظ على صحته الإنجابية فرضية محققة.

## 2-8- تحليل ومناقشة بيانات الفرضية الثانية القائلة بأن: آراء ومواقف الطالب الجامعي وممارساته الصحية تؤهله للتمتع بالصحة الإنجابية

تدرس هذه الفرضية آراء ومواقف الطلبة اتجاه بعض القرارات والسلوكيات وممارستها ودورها أو تأثيرها في الصحة الإنجابية حيث يفسر هذه الفرضية 16 سؤالاً ومنه فالمتوسط سوف يكون:  $(16 + 32) / 2 = 24$  ومن خلال جمع المتوسطات نجد:

## الجدول رقم 02: مجموع متوسطات القياس لمتغيرات الفرضية الثانية:

| المتغير أو السؤال الدال                 | متوسط القياس | المتغير أو السؤال الدال     | متوسط القياس |
|-----------------------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| الاستشارة الطبية والعلاج الصحي          | 1            | السن المثالي لبداية الإنجاب | 1.08         |
| السلوك الصحي الوقائي                    | 1            | تفضيل كثرة الإنجاب          | 1.07         |
| السلوك الصحي العلاجي                    | 1            | الإجهاض الآمن               | 1            |
| تأييد العلاقات الجنسية خارج إطار الزواج | 1            | الإجهاض العلاجي             | 1.01         |
| ممارسة العلاقات الجنسية الغير شرعية     | 1            | سن التوقف عن الإنجاب        | 1.2          |
| أهمية الزواج والإنجاب                   | 1            | تأييد تنظيم النسل           | 1.07         |
| تأييد زواج الأقارب                      | 1.06         | عدد الأولاد المفضل إنجابهم  | 1.13         |
| تأييد الزواج المبكر                     | 1.13         | قرار تنظيم الأسرة           | 1            |
| <b>المجموع</b>                          |              | <b>16.75</b>                |              |

في هذا الجدول لدينا مجموع المتوسطات يساوي: 16.75 وهو قريب جدا إلى 16. وقد كان في السابق يساوي: 19.73 ما يعكس تصويب ملحوظ في المواقف والآراء وبالتالي فإن الفرضية القائلة أن للشباب الجامعي آراء ومواقف صحية تؤهلهم للتمتع بالصحة الإنجابية محققة.

### 3-8- تحليل ومناقشة بيانات الفرضية الثالثة القائلة بأن: الآراء والمواقف الاجتماعية الاقتصادية للطلبة الذكور تؤهلهم للتمتع بالصحة الإنجابية

تشتمل هذه الفرضية متغيرين هما: 1 أهمية الزواج والإنجاب لدى الطالب الجامعي، 2 حرصهم على خلق مناصب عمل حر في حال عدم وجود وظيفة حسب الشهادة. وقد أخذنا هنا في الحسبان آراء الطلبة الذكور فقط باعتبار أن القوامة الفطرية للذكور، ومن المتفق عليه أن القوامة يتبعها الكثير من التكليف والمسؤولية بالرغم من أن مقوم المال هو عنصر مكمل ومقبول بالنسبة للمرأة في الشريعة الإسلامية لكنه يبقى عاملاً أقل فاعلية وذلك لكون الرجل هو الساعي المكلف والعنصر الفعال في ظاهرة الزواج التي هي بوابة الإنجاب وتجسيد أهداف الصحة الإنجابية والتي تكون فيها الرغبة والمقدرة أهم عاملين أساسيين، وعليه فإن متوسطا القياس لهذه الفرضية موجبة تماما على التوالي: 1، 1. وبالتالي فإن متوسطهما هو 1. ومنه فإن الفرضية القائلة بأن للطلبة الجامعيين الذكور آراء اجتماعية اقتصادية تؤهلهم للتمتع بالصحة الإنجابية محققة تماما.

### 4-8- تحليل ومناقشة بيانات الفرضية الرابعة القائلة بأن: الآراء والمواقف الاجتماعية الديموغرافية للطالبات الإناث يمكن أن تشكل عائقا لبلوغ أهداف الصحة الإنجابية.

## الجدول رقم 04: مجموع متوسطات القياس لمتغيرات الفرضية الرابعة

| المتغير أو السؤال الدال                   | متوسط القياس |
|-------------------------------------------|--------------|
| تأييد المبحوثات لتعدد الزوجات             | 1.71         |
| تفضيل المبحوثات لنمط الزواج (منغلق/منفتح) | 1.21         |
| <b>المجموع</b>                            | <b>2.92</b>  |

يختبر الفرضية سؤلين أحدهما متعلق بتعدد الزوجات حال تأخر الزواج أو حدوث عنوسة والثاني بنمط الزواج المفضل أو المقبول وعليه فالمتوسط يؤخذ كما يلي:  $2 / (4 + 2) = 3$ .

والتكرارات الخاصة بالسؤال الأول:  $36 + (2 \times 90) / 1.71 = 126$ . إذن المتوسط المحسوب يكون أكبر من متوسط القياس رغم أنه سجل انخفاضاً طفيفاً عما سبق: 1.76 لكنه لازال يشكل كل خطراً فالأخذ بالخيار رقم 2 الرافض للزواج المتعدد يبقى على حال المشكلة (العنوسة) وحسب تصريحات المبحوثات فإن هذا الرفض كان بدعوى الغيرة وحب تملك واحتكار الزوج واعتباره أحد وأهم الخصوصيات وهذا بدوره يعكس عمق الفكر الاجتماعي الرافض لهذه المسألة وحصرها في اعتبارات ذاتية ضيقة ليس لها من الأهمية مثل ما هو عليه امتلاك كل مكونات الصحة الإنجابية والتمتع بما تحققه من سعادة وحماية وحقوق في كل مناح الحياة، وتكون بطبيعتها (العنوسة أو تأخر الزواج) أخطر تحدي وعائقاً لدخول حقل الإنتاج الديموغرافي الذي تتجسد من وراءه أهم أهداف الصحة الإنجابية في عالمنا الإسلامي. وأما في ما يتعلق بالسؤال الثاني فالإناث فضلن ألا فرق في نمط الزواج أي النمط الخارجي المنفتح وذلك بنسبة 79.3% ثم الزواج الداخلي بنسبة 20.7% وكانت التكرارات كالتالي:  $100 + (2 \times 26) / 1.21 = 126$ . وهذا مؤشر إيجابي فعدم التمييز في نمط الزواج يوفر حظوظاً أكثر ويرفع الغبن الناتج عن الزواج الداخلي المغلق ومحدودية الخيار فيه، وكذلك فإن النمط الخارجي أوسع نطاقاً من الداخلي وبالتالي إعطاء فرصة أكبر للزواج الذي هو آلية مهمة جداً من آليات الصحة الإنجابية. وبما أن مجموع متوسطي القياس هنا يساوي 2.92 وبالتالي فهو يقارب المتوسط 3 الذي يعبر عن بداية المجال الحرج للفرضية كون المتغير الأول المتعلق بالتعدد هنا آراءه ومواقفه سلبية. ومنه فالفرضية القائلة: أن الآراء والمواقف الاجتماعية الديموغرافية للإناث قد تعيق بلوغ أهداف الصحة الإنجابية محققة.

### خاتمة

إن الصحة الإنجابية في حقيقتها لا تقف عند كونها نوعاً من أنواع الصحة كما يراها البعض بل هي تكامل لجميع أنواع الصحة وفي كافة المراحل العمرية، فهي صحة تمتد من جيل إلى جيل آخر عن طريق التوارث البيولوجي والاجتماعي والديموغرافي ما يثبت أنها صحة الأجيال المتعاقبة، فصحة المولود ونمائه بسلام يتوقف على سلامة والديه سواء من الناحية الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية أو المادية خاصة التغذية، وهي التكامل الصحي الذي يتعين عليه استمرار الحياة والبقاء وتواصل التناسل والتوارث والاستخلاف، ما يلزم على الإنسان حماية وصيانة هذا الصرح الصحي الذي باختلاله تختل الحياة. وتعتبر مرحلة الشباب حلقة عمرية يُعتمد عليها في تماسك وتلاحم بقية حلقات العمر لذا فإن أي اختلال أو هدر في هذه المرحلة يؤثر عتائاً على باقي مراحل العمر، ما يستوجب رعاية هذه الشريحة في هذه المرحلة وتزويدها بكل ما هم في حاجة إليه من وعي وإرشاد فهم دائماً في حاجة لذلك، وقد تم إثبات فرضيات الدراسة إحصائياً مع ملاحظة تطور وتحسن كبير جداً في المعارف والمواقف وارتفاع في الآراء عما أتت به الدراسة المماثلة من قبل وهذا بدوره يبين أهمية وفعالية التعليم والتثقيف الصحي والتربوي فيما يتعلق بقضايا الصحة الإنجابية لتغطية وإكمال النقائص الكبيرة في الوعي والمعارف والمواقف عند الطلبة، يبقى شأن واحد فقط وهو المتعلق بالقضاء على العنوسة ومحاولة التقليل من حدتها، ففي حين نجد الطلبة الذكور يرغبون ويسعون للزواج بكل السبل نجد أن غالبية الإناث يرفضن الزواج المتعدد حتى في حال العنوسة، علماً أن بلوغ أسمى أهداف الصحة الإنجابية في عالمنا الإسلامي لا يتجسد ولا يتحقق إلا بعد الزواج. وقد كانت منظمة الصحة العالمية قد صنفت مؤخراً مشكلة عدم الزواج وتأخره ضمن أنواع الإعاقة. ما يوجب على من يهمل الأمر التركيز على هذا الشأن وذلك بالتنوعية وكذا محاولة تقنين المسألة وذلك برسم سياسة سكانية من شأنها التدخل والتأثير هنا. وفي الأخير لا بد من تعزيز وتفعيل المعارف والإرشادات والعمل على التحسس وجس الاحتياجات

الفكرية لمعرفة نوعية المعلومات والرعاية والخدمات الصحية والتوعية الواجب توفيرها لهم، ولما لا حتى إدراجها كمقررات أكاديمية في إطار برامج التربية الصحية وذلك لجميع التخصصات بغية دعم وتوجيه الشباب من أجل الحفاظ على مقوماتهم الصحية الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية وتصويب آرائهم ومواقفهم حتى يتمتعوا بحياة كريمة راقية ملؤها الاستقرار والسعادة وبلوغ كل أهدافها الإنسانية.

### قائمة المراجع

- 1 - موقع منظمة الصحة العالمية، [www.who.com](http://www.who.com)، تاريخ الاطلاع: 2016/01/13.
- 2 - منشورات إحصائية صادرة عن وزارة الصحة والسكان، الجزائر. 2014.
- 3 - مديرية الصحة والسكان لولاية ورقلة، مونوغرافيا سنوية لمرضى الإيدز، 2014.
- 4 - محمد شريف، الوقاية الصحية، دار الفكر العربي، بيروت- 1992.
- 5 - الصحة الإنجابية والجنسية لدى المراهقين، ورقة عمل للأمم المتحدة 2001.
- 6 - عبد الكريم الأنسي، دليل الخطباء الوعاظ حول الصحة والسكان، صنعاء، 2001.
- 7 - بورارة فريدة، تأثير السلوك الإنجابي على صحة المولود الجديد، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2006/2005.
- 8 - محمد صالي، التخطيط العائلي في الجزائر، مقررات أكاديمية في الديموغرافيا والتخطيط السكاني، جامعة ورقلة.
- 9 - محمد صلاح الدين مصطفى وآخرون، خطوات البحث العلمي ومناهجه، قطاع الشؤون الاجتماعية (المشروع العربي للأسرة)، عن جامعة الدول العربية، 2010.