

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان
كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

دراسة مقارنة بين نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج انحدار كوكس
لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على
معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية
(نموذج مقترح ودراسة تطبيقية مقارنة)

رسالة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في
الإحصاء التطبيقي

إشراف
أ.د. بلقاسم مصطفى

إعداد الطالب
شادي إسماعيل التلباني

أعضاء لجنة المناقشة

رئيساً	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بن حبيب عبد الرزاق
مشرفاً	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بلقاسم مصطفى
مناقشاً	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بورحلة علال
مناقشاً	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. بطاهر سمير
مناقشاً	جامعة مستغانم	أستاذ محاضر	د. يوسف رشيد
مناقشاً	جامعة مستغانم	أستاذ محاضر	د. بابا عبد القادر

2012-2011

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان
كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

دراسة مقارنة بين نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج انحدار كوكس
لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على
معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية
(نموذج مقترح ودراسة تطبيقية مقارنة)

إعداد الطالب
شادي إسماعيل التلباني

إشراف
أ.د. بلقاسم مصطفى

رسالة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في
الإحصاء التطبيقي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي
عِلْمًا

صدق الله العظيم

إهداء

- ✓ إلى من أمرني ربي أن أقول لهما قولاً كريماً والدي ووالدتي
- ✓ إلى حسنة الدنيا التي أنعم الله بها عليّ زوجتي
- ✓ إلى النجوم التي أضاءت حياتي..... دالياً & ريماً & نسمةً & إسماعيل
- ✓ إلى إخواني وأخواتي
- ✓ إلى روح الشهيد محمد أبو مشايخ
- ✓ إلى روح الشهيد ياسر المدهون
- ✓ إلى الأرض التي أحب والوطن الذي أعشق

الباحث

شاوي إسماعيل التلباني

شكر وتقدير

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين القائل: "لا يشكر الله من لا يشكر الناس"

في البداية أتقدم بالشكر الجزيل إلى بلدي الثاني الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ويسرني أن أتقدم بالشكر والتقدير والعرفان إلى أ.د. بلمقدم مصطفى على تفضله بالإشراف على الرسالة وعلى ما قدمه لي من علم غزير وخبرة قيمة وجهد كبير وتوجيهات سديدة ومتابعة دقيقة طوال فترة الدراسة، أسأل الله العلي القدير أن يجزيه عني خير الجزاء. وأتقدم بالشكر إلى جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان وكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية من أعضاء هيئة تدريسية وعاملين على جهودهم وحسن معاملتهم، وأخص بالذكر د.بن منصور عبد الله .

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى لجنة المناقشة على تفضل سيادتهم قبول الاشتراك في لجنة الحكم على هذه الرسالة، أطال الله بعمرهم وأمتعهم بوافر الصحة والعافية جزاهم الله كل خير. كما أتوجه بالشكر والتقدير إلى كل من ساهم بشكل مباشر وغير مباشر في إتمام هذه الرسالة، وإلى جميع أصدقائي في غزة وأخص بالذكر د.منير أبو رحمة ود.محمد فارس و د.مؤمن الحنجوري.

الباحث

شاوي إسماعيل التلباني

الفهرس

الصفحة	المحتوى
1	مدخل الدراسة
2	- مقدمة
4	- مشكلة الدراسة
6	- فروض الدراسة
8	- أهداف الدراسة
8	- أهمية الدراسة
9	- حدود الدراسة
10	- الأساليب الإحصائية
10	- تقسيم الدراسة
	الجانب النظري
13	الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للصحة الإيجابية للشباب والدراسات السابقة
14	- مقدمة
15	- المبحث الأول: مفهوم الصحة الإيجابية
16	- المطلب الأول: تعريف الصحة الإيجابية وتقييمها
16	- أولاً: تعريف الصحة الإيجابية
17	- ثانياً: تقييم تعريفات الصحة الإيجابية
19	- المطلب الثاني: ملاحظات عامة حول مفهوم الصحة الإيجابية
19	- أولاً: ملائمة مفهوم الصحة الإيجابية للمجتمع الفلسطيني والإسلامي
21	- ثانياً: لمن تنسب الصحة الإيجابية
22	- ثالثاً: الصحة الإيجابية والصحة الجنسية
23	- رابعاً: الصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية
24	- خامساً: الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة
24	- المطلب الثالث: الإطار العام للصحة الإيجابية
30	- المطلب الرابع: محددات الصحة الإيجابية
30	- أولاً: العوامل المتعلقة بالفرد
32	- ثانياً: العوامل المتعلقة بالمجتمع
35	- ثالثاً: العوامل المتعلقة بالبيئة
36	- المبحث الثاني: مفهوم الشباب
37	- المطلب الأول: تعريف مفهوم الشباب
39	- المطلب الثاني: أهمية الشباب من منظور سكاني
41	- المطلب الثالث: واقع الشباب في المجتمع الفلسطيني
45	- المبحث الثالث: الدراسات السابقة

62	- الخلاصة
63	الفصل الثاني: الصحة الإيجابية ما بين المعرفة والاتجاه
64	- مقدمة
65	- المبحث الأول: السلوك في العلوم السلوكية والدراسات السكانية
66	- المطلب الأول: جوانب السلوك
66	- أولاً: مفهوم السلوك
67	- ثانياً: أنواع السلوك
67	- ثالثاً: خصائص السلوك
68	- رابعاً: الأبعاد الرئيسية للسلوك
68	- المطلب الثاني: مقارنة بين السلوك في العلوم السلوكية والدراسات السكانية
72	- المبحث الثاني: المعرفة بقضايا الصحة الإيجابية
74	- المطلب الأول: جوانب المعرفة
74	- أولاً: مفهوم المعرفة
75	- ثانياً: أنواع المعرفة
77	- ثالثاً: مصادر المعرفة
78	- رابعاً: خصائص المعرفة
79	- خامساً: العوامل المؤثرة على المعرفة
80	- المطلب الثاني: معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإيجابية
81	- أولاً: معرفة الشباب بمفهوم الصحة الإيجابية
83	- ثانياً: معرفة الشباب بمظاهر البلوغ
86	- ثالثاً: معرفة الشباب بتنظيم الأسرة
93	- رابعاً: معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً
107	- المبحث الثالث: الاتجاهات نحو قضايا الصحة الإيجابية
108	- المطلب الأول: جوانب الاتجاه
108	- أولاً: مفهوم الاتجاه
109	- ثانياً: مكونات الاتجاه
111	- ثالثاً: خصائص الاتجاهات
112	- رابعاً: وظائف الاتجاهات
113	- خامساً: تغيير الاتجاهات
114	- سادساً: طرق قياس الاتجاهات
117	- سابعاً: العوامل المؤثرة في تكوين الاتجاهات
118	- المطلب الثاني: اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية
119	- أولاً: اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج
125	- ثانياً: اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث

131	- ثالثاً: اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر والحمل المتأخر
136	- الخلاصة
137	الفصل الثالث: الصحة الإيجابية وعلاقتها بالتنمية ونموذج الدراسة المقترح
138	- مقدمة
139	- المبحث الأول: الصحة والتنمية البشرية وتحقيق الأهداف التنموية
140	- المطلب الأول: مفاهيم الصحة
142	- المطلب الثاني: التنمية البشرية
146	- المطلب الثالث: نظرة نقدية لتطور الاهتمام بالصحة من منظور سكاني
147	- المطلب الرابع: الصحة وتحقيق أهداف التنمية
148	- المبحث الثاني: الصحة الإيجابية وعلاقتها بالفقر ودورها في تعزيز التنمية
150	- المطلب الأول: مفهوم الفقر
151	- المطلب الثاني: الصحة الإيجابية للشباب في المنطقة العربية وعلاقتها بالفقر
154	- المطلب الثالث: تأثير الصحة الإيجابية على الاقتصاد والتنمية
156	- المبحث الثالث: نظرية الاستثمار البشري وتغيير سلوك الشباب
157	- المطلب الأول: الاستثمار في الموارد البشرية
157	- المطلب الثاني: أنواع الاستثمار
158	- المطلب الثالث: نظرية الاستثمار البشري
159	- المطلب الرابع: نظرية شولتز
163	- المطلب الخامس: رؤية اقتصادية حول البعد البشري للتنمية
166	- المطلب السادس: توجيه نظرية الاستثمار البشري في تغيير السلوك
167	- المطلب السابع: أساليب تعليمية وتدريبية مقترحة لتغيير السلوك
169	- المبحث الرابع: نموذج الدراسة المقترح
171	- المطلب الأول: متغيرات نموذج الدراسة المقترح
176	- المطلب الثاني: نموذج مقترح لأهم العوامل المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية
180	- الخلاصة
	الجانب التطبيقي
181	الفصل الأول: دراسة مقارنة بين نموذجي الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس
182	- مقدمة
184	- المبحث الأول: مشاكل استخدام الانحدار الخطي مع المتغير التابع الوصفي الثنائي
189	- المبحث الثاني: نموذج الانحدار اللوجستي
190	- المطلب الأول: ماهية الانحدار اللوجستي
191	- المطلب الثاني: تحويلات الانحدار اللوجستي
193	- المطلب الثالث: تقدير معاملات الانحدار اللوجستي

194	- المطلب الرابع: تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع
194	- المطلب الخامس: تقويم ملائمة نموذج الانحدار اللوجستي
196	- المطلب السادس: خطوات تحليل الانحدار اللوجستي
197	- المبحث الثالث: نموذج انحدار كوكس
198	- المطلب الأول: تحليل البقاء
198	- المطلب الثاني: دوال البقاء الأساسية
200	- المطلب الثالث: الاختفاء ودالة الإمكان
203	- المطلب الرابع: نموذج انحدار كوكس
204	- أولاً: فروض نموذج انحدار كوكس
204	- ثانياً: تحويلة انحدار كوكس
205	- ثالثاً: تقدير معاملات انحدار كوكس
206	- رابعاً: تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع
207	- خامساً: تقويم ملائمة نموذج انحدار كوكس
207	- سادساً: Shared Frailty Model
208	- سابعاً: تغير تأثير أو قيمة المتغيرات المفسرة مع الزمن
209	-المبحث الرابع: أوجه الشبه والاختلاف بين نموذجي الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس
212	- الخلاصة
213	الفصل الثاني: منهج وتصميم الدراسة وخصائص العينة
214	- مقدمة
215	- المبحث الأول: منهجية الدراسة
215	- أولاً: هدف الدراسة الميدانية
215	- ثانياً: حدود الدراسة
216	- ثالثاً: مجتمع الدراسة
217	- رابعاً: عينة الدراسة
219	- خامساً: أداة جمع البيانات
220	- سادساً: متغيرات الدراسة
220	- سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة
221	- المبحث الثاني: خصائص عينة الدراسة
222	- المطلب الأول: التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة
225	- المطلب الثاني: معرفة الشباب بقضايا الصحة الإنجابية وعلاقتها بالمتغيرات المستقلة
225	- أولاً: العلاقة بين المعرفة بمفهوم الصحة الإنجابية والمتغيرات المستقلة
228	- ثانياً: العلاقة بين المعرفة بمظاهر البلوغ والمتغيرات المستقلة
231	- ثالثاً: العلاقة بين المعرفة بتنظيم الأسرة والمتغيرات المستقلة

236	-رابعاً: العلاقة بين المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً والمتغيرات المستقلة
238	- المطلب الثالث: اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية وعلاقتها بالمتغيرات المستقلة
239	- أولاً: العلاقة بين الاتجاه نحو الفحص الطبي والمتغيرات المستقلة
242	- ثانياً: العلاقة بين الاتجاه نحو الزواج المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة
246	- ثالثاً: العلاقة بين الاتجاه نحو الحمل المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة
250	- رابعاً: العلاقة بين الاتجاه نحو الحمل المتأخر للإناث والمتغيرات المستقلة
255	- الخلاصة
256	الفصل الثالث: دراسة تحليلية للمتغيرات الديموغرافية والاقتصادية وأثرها على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية
257	- مقدمة
258	- المبحث الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بقضايا الصحة الإيجابية
259	- المطلب الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ
259	- أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده
260	- ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معاً
260	- باستخدام الانحدار اللوجستي
265	- باستخدام انحدار كوكس
268	- المطلب الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة
268	- أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده
269	- ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معاً
269	- باستخدام الانحدار اللوجستي
273	- باستخدام انحدار كوكس
276	- المطلب الثالث: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً
276	- أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده
277	- ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معاً
277	- باستخدام الانحدار اللوجستي
281	- باستخدام انحدار كوكس
283	- المبحث الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية

285	- المطلب الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهها الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج
285	- أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده
286	- ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معا
286	- باستخدام الانحدار اللوجستي
290	- باستخدام انحدار كوكس
293	- المطلب الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الزواج المبكر للإناث
293	- أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده
294	- ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معا
294	- باستخدام الانحدار اللوجستي
299	- باستخدام انحدار كوكس
302	- المطلب الثالث: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الحمل المبكر للإناث
302	- أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده
303	- ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معا
303	- باستخدام الانحدار اللوجستي
303	- باستخدام انحدار كوكس
310	- المطلب الرابع: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث
310	- أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده
312	- ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معا
312	- باستخدام الانحدار اللوجستي
316	- باستخدام انحدار كوكس
319	- الخلاصة
322	- خاتمة الدراسة
332	- المراجع
345	- الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
	الجانب النظري
85	جدول (1-2): معرفة الشباب لثلاث تغيرات عند البلوغ للذكور والإناث، 2003
87	جدول (2-2) : الفوائد الصحية والاقتصادية لتنظيم الأسرة
105	جدول (3-2): نسبة الشباب الذين يعرفون بعض وسائل منع انتقال مرض الإيدز حسب المنطقة والجنس ونوع التجمع السكاني-2003
123	جدول (4-2): التوزيع النسبي للنساء (15-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب درجة القرابة مع الزوج والعمر والمنطقة. 2006
128	جدول (5-2): التوزيع النسبي للنساء (15-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج والمتزوجات حالياً حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي، 2006
129	جدول (6-2): العمر الوسيط عند الزواج الأول للنساء (20-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر الحالي والمنطقة ونوع التجمع السكاني، 2006.
	الجانب التطبيقي
218	جدول (1-2): التوزيع التكراري للطلبة في جامعات قطاع غزة
226	جدول (2-2): التوزيع النسبي لمتغيرات عينة الدراسة
229	جدول (3-2): العلاقة بين المعرفة بمفهوم الصحة الإيجابية والمتغيرات المستقلة
232	جدول (4-2): العلاقة بين المعرفة بمظاهر البلوغ والمتغيرات المستقلة
237	جدول (5-2): العلاقة بين المعرفة بتنظيم الأسرة والمتغيرات المستقلة
239	جدول (6-2): العلاقة بين المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً والمتغيرات المستقلة
242	جدول (7-2): العلاقة بين الاتجاه نحو الفحص الطبي قبل الزواج والمتغيرات المستقلة
246	جدول (8-2): العلاقة بين الاتجاه نحو الزواج المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة
250	جدول (9-2): العلاقة بين الاتجاه نحو الحمل المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة
253	جدول (10-2): العلاقة بين الاتجاه نحو الحمل المتأخر للإناث والمتغيرات المستقلة
260	جدول رقم (1-3): نتائج اختبار χ^2 بين المعرفة بمظاهر البلوغ والمتغيرات المستقلة
262	جدول (2-3): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجستي)
262	جدول (3-3): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجستي)
262	جدول (4-3): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجستي)
263	جدول (5-3): نتائج نموذج الانحدار اللوجستي المتدرج لمعرفة الشباب بمظاهر البلوغ
265	جدول (6-3): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)
266	جدول (7-3): نتائج نموذج انحدار كوكس المتدرج لمعرفة الشباب بمظاهر البلوغ
268	جدول (8-3): نتائج اختبار χ^2 بين المعرفة بتنظيم الأسرة والمتغيرات المستقلة
270	جدول (9-3): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجستي)
270	جدول (10-3): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجستي)

270	جدول (3-11): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)
271	جدول (3-12): نتائج نموذج الانحدار اللوجيستي المتدرج لمعرفة الشباب بتنظيم الأسرة
273	جدول (3-13): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)
274	جدول (3-14): نتائج نموذج انحدار كوكس المتدرج لمعرفة الشباب بتنظيم الأسرة
276	جدول (3-15): نتائج اختبار χ^2 بين المعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا والمتغيرات المستقلة
277	جدول (3-16): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجيستي)
278	جدول (3-17): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجيستي)
278	جدول (3-18): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)
279	جدول (3-19): نتائج نموذج الانحدار اللوجيستي المتدرج لمعرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا
280	جدول (3-20): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)
281	جدول (3-21): نتائج نموذج انحدار كوكس المتدرج لمعرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا
284	جدول (3-22): اختبار χ^2 بين الاتجاه نحو الفحص الطبي قبل الزواج والمتغيرات المستقلة
286	جدول (3-23): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجيستي)
286	جدول (3-24): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجيستي)
287	جدول (3-25): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)
288	جدول (3-26): نتائج نموذج الانحدار اللوجيستي لاتجاه الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج
290	جدول (3-27): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)
290	جدول (3-28): نتائج نموذج انحدار كوكس لاتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج
292	جدول (3-29): اختبار χ^2 بين الاتجاه نحو الزواج المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة
293	جدول (3-30): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجيستي)
294	جدول (3-31): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجيستي)
294	جدول (3-32): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)
295	جدول (3-33): نتائج نموذج الانحدار اللوجيستي لاتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث
298	جدول (3-34): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)
298	جدول (3-35): نتائج نموذج انحدار كوكس لاتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث
300	جدول (3-36): اختبار χ^2 بين الاتجاه نحو الحمل المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة
301	جدول (3-37): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجيستي)
302	جدول (3-38): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجيستي)
302	جدول (3-39): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)
303	جدول (3-40): نتائج نموذج الانحدار اللوجيستي لاتجاه الشباب نحو الحمل المبكر للإناث
305	جدول (3-41): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)
306	جدول (3-42): نتائج نموذج انحدار كوكس لاتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث
308	جدول (3-43): اختبار χ^2 بين الاتجاه نحو الحمل المتأخر للإناث والمتغيرات المستقلة

309	جدول (3-44): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجيستي)
310	جدول (3-45): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجيستي)
310	جدول (3-46): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)
311	جدول (3-47): نتائج نموذج الانحدار اللوجيستي لاتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث
313	جدول (3-48): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)
313	جدول (3-49): نتائج نموذج انحدار كوكس لاتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث

قائمة الأشكال

الصفحة	الشكل
	الجانب النظري
28	شكل (1-1): الإطار النظري للصحة الإيجابية
44	شكل (2-1): عدد الشباب في الفئة العمرية (15-24) خلال عدة سنوات
71	شكل (1-2): مكونات السلوك في العلوم السلوكية والدراسات السكانية
83	شكل (2-2): نسبة سماع الشباب بمفهوم الصحة الإيجابية حسب المنطقة والجنس والعمر، 2003
86	شكل (3-2): مصادر معلومات الشباب عن مظاهر البلوغ حسب الجنس، 2003
92	شكل (4-2): نسبة معرفة الشباب بتنظيم الأسرة حسب المنطقة والجنس والعمر
92	شكل (5-2): نسبة سماع الشباب بوسائل تنظيم الأسرة حسب المنطقة والجنس والعمر
102	شكل (6-2): نسبة سماع الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا حسب المنطقة، الجنس والعمر
103	شكل (7-2): نسبة سماع الشباب بمرض الزهري والسيلان حسب المنطقة والجنس
104	شكل (8-2): نسبة سماع الشباب بمرض الإيدز حسب المنطقة والجنس
122	شكل (9-2): أمراض الوراثة في زواج الأقارب
140	شكل (1-3): رأس المال الصحي (المخزون الصحي) خلال دورة حياة الإنسان
178	شكل (2-3): النموذج المقترح لأهم العوامل الديموغرافية والاقتصادية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية
	الجانب التطبيقي
188	شكل (1-1): العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع
228	شكل (1-2): نسبة سماع الشباب بمفهوم الصحة الإيجابية
230	شكل (2-2): نسبة معرفة الشباب بمظاهر البلوغ
234	الشكل (3-2): نسبة معرفة الشباب بتنظيم الأسرة

مدخل الدراسة

مقدمة :

بدأت المشكلة السكانية تشغل اهتمام العالم منذ منتصف القرن الماضي, وذلك بسبب النمو السكاني الذي شكل عبئاً على الموارد وعلى جهود التنمية خاصة في بلدان العالم الثالث ويرجع هذا التزايد السكاني إلى ما حدث من تقدم طبي مثل اختراع البنسلين والمضادات الحيوية والذي أدى إلى انخفاض كبير في معدلات الوفيات في حين استمرت معدلات المواليد على وضعها المرتفع, هذا وإن كان قد حدث انخفاض للمواليد فإنه لم يكن بالقدر الذي كان عليه انخفاض الوفيات مما تسبب في وجود فجوة كبيرة بين المواليد والوفيات.

وقد واجه المجتمع العالمي هذه المشكلة بعقد العديد من المؤتمرات الدولية التي بدأت بمؤتمر روما عام 1953 الذي دعا إليه قسم السكان بالأمم المتحدة لمناقشة أسباب النمو السكاني المتزايد خاصة في الدول النامية والمشاكل الناجمة عنه, وكان مؤتمر بلجراد عام 1964 هو أول من قدم مفهوم تنظيم الأسرة كوسيلة لتخفيض نسبة المواليد وبالتالي خفض النمو السكاني.

وتوالت الجهود ومازالت المشكلة قائمة, وفي عام 1994 عقد في القاهرة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) International Conference on population and Development والذي أتى بمدخل جديد لحل هذه المشكلة وهو الصحة الإنجابية, وقد خاطب هذا المفهوم الفرد بهدف تحسين نوعية حياته, كما اعتمد على الاختيار الحر للفرد في مجال الإنجاب. فأورد برنامج عمل هذا المؤتمر عدداً من الحقوق الإنجابية والتي تعتبر من حقوق الإنسان التي يجب على الدول أن تكفلها للأفراد, كما تضمن برنامج عمل المؤتمر أيضاً الاهتمام الشديد بالتنمية البشرية التي تعتبر الصحة أحد محاورها بما في ذلك الصحة الإنجابية.

وقد عرفت المادة السابعة -الفقرة الثانية -الصحة الإنجابية بأنها " حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته, وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة, ولذلك تعنى الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة, وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره, ويشمل هذا الشرط الأخير ضمنا على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهم, وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض من

القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تختار بأمان فترة الحمل والولادة وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد يتمتع بالصحة (الأمم المتحدة ، 1995).

ومع ذلك فقد اختزل مفهوم الصحة الإنجابية في عقول كثير من الناس على أنه (تنظيم الأسرة)، واختزل مفهوم (تنظيم الأسرة) والذي هو في الأساس المباشرة بين الولادات على أنه (منع للحمل) وهو من المصطلحات سيئة السمعة في مجتمعاتنا العربية وخاصة المجتمع الفلسطيني، ولقد واجهت برامج التوعية والإرشاد الخاصة بالرجال والنساء والبالغين والقيادات المجتمعية بعض المواقف السلبية والمعارف الخاطئة فيما يخص موضوعات وقضايا صحية وسكانية مختلفة مثل (الصحة الإنجابية، تنظيم الأسرة، الخصوبة،) . ومما سبق نرى بأن أول وأهم فئة من فئات المجتمع الفلسطيني لها الحق في التوعية والإرشاد لمعرفة موضوعات وقضايا الصحة الإنجابية هي فئة الشباب، حيث تعتبر فئة الشباب أيضا من أهم الفئات العمرية المستهدفة في مجال التنمية.

ويعتبر المجتمع الفلسطيني من المجتمعات الشابة حيث يشكل الشباب من فئة (15-24 سنة) حوالي 20% من مجموع السكان، وهذه الفئة لها خصوصيتها كونها تعيش الفترة الانتقالية بين الطفولة والنضج حيث أنها تكون معالم الشخصية، كما أنها المدخل إلى الحياة الجنسية والإنجاب والتي تشكل ركناً أساسياً في التكوين وحياة الأسرة والبقاء ونمو المجتمع. ولما كانت الصحة الإنجابية هي أحد العوامل الرئيسية في الحياة الزوجية وفي نمو الأسر والمجتمع فقد أصبح الاهتمام بها واجباً ضرورياً (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2005).

لم يكن الشباب فيما سبق محورا للبحوث والدراسات السكانية حيث كان الاهتمام يتركز على الفئات التي تتعرض لمعدلات وفيات عالية مثل الأطفال وخاصة الرضع منهم، أما الشباب فهم أقل فئات المجتمع تعرضاً للوفاة، أما في الوقت الحالي فقد حدثت توجهات عالمية ومحلية بالاهتمام بالشباب باعتبارهم ركيزة التنمية في أي دولة لذا يجب إعدادهم صحياً وثقافياً واجتماعياً وسياسياً لتحمل المسؤولية وقيادة مجالات العمل المختلفة ومن هنا أصبح الشباب محورا هاماً في الدراسات والبحوث المختلفة (الشيشيني ، 2000).

ومن جهة أخرى تعتبر المؤسسات والمنظمات الدولية والحكومات عامة أن فئة الشباب هي شريحة هامة من المجتمع يجب أن تتمتع باهتمام خاص على كافة الأصعدة (الاجتماعية، الصحية، التربوية، التنموية)، لكن لا تزال المؤشرات تؤكد عدم الاستجابة لحاجات هذه الفئة في مجال الصحة الإنجابية لدى الذكور والإناث في المنطقة العربية (راضي، 2004).

ونظراً لأن الصحة الإنجابية تهم الفرد طوال حياته إلا أن مرحلة الشباب هي من أهم المراحل التي تتعرض لمخاطر الصحة الإنجابية، وبالتالي يجب توفير المناخ المناسب للشباب لممارسات سليمة تجنبه هذه المخاطر. فتبدأ أولى الخطوات بالمعرفة الصحيحة بكافة الموضوعات المرتبطة بصحته الإنجابية والتي على ضوئها تتكون لديه اتجاهات إيجابية نحوها. ومن هنا 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 جيلاً من الأصحاء قادراً على تحمل المسؤولية.

لا يمكن إخفاء العلاقة بين الصحة الإنجابية والتنمية بأشكالها المختلفة، حيث تعتبر الصحة الإنجابية هي احد المرتكزات الأساسية للصحة العامة وأنها جزء لا يتجزأ من عملية التنمية وان العلاقة بين الصحة والتنمية هي علاقة تبادلية تؤثر وتتأثر بها، وأول هذه العلاقات هو العلاقة بين الصحة العامة والتنمية البشرية، وان تحسين صحة الأفراد تعتبر احد المرتكزات الهامة للتنمية البشرية، بالإضافة إلى أنها ترتبط ارتباطاً مباشراً بتحقيق أهداف التنمية في الألفية الثالثة.

بالإضافة إلى وجود علاقة تبادلية بين خصائص الصحة الإنجابية للشباب وانتشار الفقر. وأنه يجب على الدول العربية أن تغتنم الفرصة المتاحة من خلال النافذة الديموغرافية وذلك من خلال الاستثمار في الشباب في المجالات المتعلقة بهم وخاصة الصحة الإنجابية، حيث أن هذا الاستثمار سيؤدي إلى توفير فرص حقيقية للتنمية المستدامة وسد منافذ الفقر.

وإن الاستثمار في الموارد البشرية (الشباب) يعتبر المحور الأساسي للتنمية والخيار الاستراتيجي الذي لا غنى عنه، ويعتبر شولتز من أهم رواد نظرية الاستثمار البشري (التعليم والتدريب) والتي أثبتت أن الزيادة التي تحصل في الناتج المحلي لا تعود فقط إلى الزيادة في رأس المال المادي، بل تعود أيضاً إلى الاستثمار في رأس المال البشري، لذا يجب الاهتمام بالشباب من

خلال الاستفادة من مفاهيم نظرية الاستثمار البشري في تغيير سلوك الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية، وذلك بالتركيز على عمليتي التعليم والتدريب الموجهتين للشباب بهدف تدعيم سلوكهم الإيجابي وتغيير سلوكهم الخاطئ تجاه قضايا الصحة الإيجابية، وعليه يكون تغيير سكاني للأفضل ومن ثم تنمية مستدامة.

مشكلة الدراسة :

الشباب هم ثروة قومية لأي مجتمع ومن الطبيعي أن تتضافر الجهود للحفاظ على صحتهم بصفته عامة وصحتهم الإيجابية بصفة خاصة، حتى نضمن جيلاً قادماً سليماً صحياً ونفسياً قادراً على قيادة المجتمع في المستقبل. ويأتي الشباب في مقدمة فئات المجتمع التي تتعرض للعديد من مخاطر الصحة الإيجابية وذلك لسببين رئيسيين :

1- إنهم نشيطو جنسياً : ومن ثم فإنهم يتعرضون بدرجة أكبر للمخاطر التي قد تنجم عن الاتصال الجنسي وأهمها الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والمسبب لمرض الإيدز الذي يؤدي إلى تدمير جهاز المناعة بجسم الإنسان. فيتوقف الجسم عن مقاومة الأمراض ويصاب الشخص بالهزال حتى يقضي نحبه في النهاية.

2- أنهم في سن الزواج والإنجاب : ومن ثم يجب توعيتهم بالمخاطر التي تتعرض لها صحتهم الإيجابية، الأمر الذي يتيح لهم الاختيار السليم للطرف الآخر، والبعد عن مخاطر الإصابة بأمراض الصحة الإيجابية المختلفة حتى يتم الإنجاب السليم صحياً ونفسياً للأُم والطفل على السواء .

ولهذه الاعتبارات فإن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة 1994 (ICPD) قد ركز على الصحة الإيجابية للشباب، حيث أفرد في الفصل السابع الخاص بالصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية جزءاً خاصاً عن المراهقين والشباب تضمن اتخاذ إجراءات رعاية صحتهم الإيجابية وبصفة خاصة توفير المعلومات والمشورة اللازمة لهم في هذا الشأن .

وفي عام 2003 أجرى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني مسحاً عن الشباب في الأراضي الفلسطينية، وقد أوضحت نتائجه وجود قصور في معرفة الشباب ببعض أمور صحتهم الإيجابية ونذكر منها الآتي (مسح الشباب، 2003):

- 1- 74.3 % من الشباب لم يسمعوا عن مفهوم الصحة الإنجابية.
- 2- 48.2 % من الشباب لم يسمعوا عن وسائل تنظيم الأسرة.
- 3- 38.2 % من الشباب لم يسمعوا عن الأمراض المنقولة جنسياً.
- 4- 74.1 % من الشباب ليس لديهم معرفة عن مرض الزهري.
- 5- 85.2 % من الشباب ليس لديهم معرفة عن مرض السيلان.

ومن هنا ظهرت الحاجة إلى دراسة متعمقة للعوامل التي تؤثر في معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية وذلك حتى يمكن وضع البرامج والخطط المناسبة لمعالجة قصور المعرفة والاتجاهات السلبية، ومما سبق وبناءً على الدراسات السابقة في موضوع الدراسة يمكن صياغة التساؤل الرئيسي للدراسة فيما يلي :

ما هي أهم العوامل والمحددات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية في قطاع غزة ؟

وللإجابة على هذا التساؤل الرئيسي سوف تحاول الدراسة الحالية الإجابة على مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية :

- 1- ما هي الصحة الإنجابية بتعريفها الشامل ومكوناتها عند الشباب في قطاع غزة ؟
- 2- ما هي العوامل والمحددات الاقتصادية والديموغرافية التي تؤثر على معرفة الشباب بموضوعات الصحة الإنجابية في قطاع غزة ؟
- 3- ما هي العوامل والمحددات الاقتصادية والديموغرافية التي تؤثر على اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية في قطاع غزة ؟

فروض الدراسة :

نظراً لأن الدراسة ستقتصر على كل من المعرفة والاتجاه، ومن ثم فإنها لن تتناول الممارسة في مجال الصحة الإنجابية، وجدير بالذكر إن الهدف من دراسة المعرفة والاتجاه ما هو إلا لصالح الممارسة، فأولى خطوات الممارسة هو المعرفة ثم تأتي خطوة تكوين الاتجاه والذي سيأخذ فيما بعد طريقه إلى الممارسة.

وتقتصر الدراسة على معرفة الشباب ببعض موضوعات الصحة الإنجابية والتي تهمهم

وهي :

1- تنظيم الأسرة

2- مظاهر البلوغ

3- الأمراض المنقولة جنسياً

أما دراسة الاتجاهات ستقتصر على عدد من قضايا الصحة الإنجابية الهامة بالنسبة للشباب

وهي:

1- الفحص الطبي قبل الزواج

2- الزواج المبكر

3- الحمل المبكر والمتأخر

وطالما سيتم دراسة المعرفة، فإن مصادر المعرفة تفرض نفسها في هذه الدراسة. فهي القنوات التي تؤثر في تكوين المعرفة والاتجاه نحو موضوعات وقضايا الصحة الإنجابية وأهم هذه المصادر هي : الأسرة والأقارب، الأصدقاء، المدرسة، وسائل الإعلام، القراءات الخاصة، مصادر أخرى (الأندية، الندوات،).

ومن ناحية أخرى، نجد أن هناك العديد من المتغيرات التي تؤثر على كل من معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية ومن هذه المتغيرات ما هو متعلق بالفرد ومنها ما هو متعلق بالأسرة ومنها ما هو متعلق بالمجتمع. وقد تم اختيار هذه المتغيرات بناءً على :

1- نتائج الدراسات السابقة

2- أهمية وجود هذه المتغيرات في الدراسة

3- إمكانية قياسها في المجتمع الفلسطيني

وقد تم تصنيف هذه المتغيرات إلى مجموعتين، والتي يمكن أن يكون لها تأثير في تكوين كل من المعرفة والاتجاه وهي:

1- عوامل اقتصادية: (مستوى الدخل، مستوى المعيشة، مستوى السكن)

2- عوامل ديموجرافية: (النوع، العمر، الحالة الزوجية، مكان الإقامة، حجم الأسرة، تعليم الأم، تعليم الأب، الحالة التعليمية للأسرة، الإقامة مع الأسرة، التواصل الأسري، الأخوة الأكبر سناً، مهنة الأب، مهنة الأم)

واستناداً إلى ما سبق، تم صياغة بعض الفروض لتكون محوراً للدراسة الميدانية، وفيما يلي الفروض التي سوف يتم إخضاعها للاختبار التجريبي في مجال هذه البحث وهي :

الفرضية الأولى: من المتوقع أن تتوقف معرفة الشباب بموضوعات الصحة الإنجابية وهي :

- مظاهر البلوغ

- تنظيم الأسرة

- الأمراض المنقولة جنسياً

على كل من العوامل الاقتصادية والديموجرافية.

الفرضية الثانية: من المتوقع أن تتوقف اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية وهي :

- الفحص الطبي قبل الزواج

- الزواج المبكر

- الحمل المبكر والمتأخر

على كل من العوامل الاقتصادية والديموجرافية.

أهداف الدراسة :

تأتي أهداف الدراسة من خلال تحديد المشكلة وتعريفها وتمثل هذه الأهداف في :

- 1- تحديد مفهوم الصحة الإنجابية يتضمن عناصرها ومحدداتها مع وضع إطار لها.
- 2- قياس مستوى معرفة الشباب ببعض موضوعات الصحة الإنجابية وقياس تأثير العوامل الاقتصادية والديموغرافية على تكوين هذه المعرفة.
- 3- قياس اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية وقياس تأثير العوامل الاقتصادية والديموغرافية على تكوين هذه الاتجاهات.
- 4- اقتراح وتقديم التوصيات التي يمكن أن تساهم في تجنب المعرفة الخاطئة والاتجاهات السلبية نحو موضوعات وقضايا الصحة الإنجابية.

أهمية الدراسة :

تنقسم أهمية الدراسة إلى جزأين :

1- الأهمية التطبيقية :

تتركز الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة، في إنها تقدم لمنفذي ومخططي البرامج في الأراضي الفلسطينية معلومات عن أهم العوامل والمحددات التي تؤثر على معرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية، والتي تساعدهم في التعرف على نواحي القصور والعمل على تجنب المعرفة الخاطئة والاتجاهات السلبية للشباب نحو الصحة الإنجابية، وذلك عن طريق تقديم البرامج والسياسات الفعالة والإرشادات اللازمة.

2- الأهمية الإحصائية :

تتبع أهمية الدراسة الإحصائية، من أن النموذج المقترح يقوم بتحديد أهم العوامل المؤثرة في معرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية، ودرجة أهميتها، وكذلك ربط هذه العوامل (المتغيرات المستقلة) بمعرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية (المتغيرات التابعة).

حدود الدراسة:

تتقسم حدود الدراسة إلى ثلاثة أجزاء:

1- الحدود السكانية: طلاب وطالبات الجامعات.

2- الحدود المكانية (الجغرافية) : قطاع غزة.

3- الحدود الزمانية: عام 2010

وقد كان اختيار طلاب وطالبات جامعات قطاع غزة كمجتمع للدراسة يعود للأسباب التالية:

1- أن الباحث عضو هيئة التدريس في قسم الإحصاء بجامعة الأزهر بغزة، مما يسهل على الباحث الوصول على جميع مفردات الدراسة في جميع الجامعات.

2- يعتبر سكان قطاع غزة من أكثر المناطق في العالم التي توجد بها نسبة تعليم مرتفعة، فمعدلات الالتحاق بمؤسسات التعليم في قطاع غزة تعتبر هي الأعلى حسب المقاييس الإقليمية والدولية، وذلك يعكس بوضوح مدى أهمية التعليم بالنسبة للفلسطينيين، وهذا يؤكد أن مجتمع قطاع غزة مجتمع متعلم وأن نسبة الفئات غير المتعلمة أو الفئات العاملة وغير متعلمة هي فئات قليلة جداً، نظراً لذلك، تم اختيار فئة أو شريحة الطلبة الجامعيين.

3- صعوبة بل استحالة الوصول إلى الشباب في الشق الثاني من الوطن وهو الضفة الغربية، وذلك بسبب وجود الاحتلال الإسرائيلي ومنعه للتنقل بين جانبي الوطن حيث أن الباحث من سكان غزة.

4- رغبة الباحث في أن تكون دراسته الميدانية على قطاع غزة لأنه احد سكانها ولمعرفته الجيدة بهذا القطاع من الوطن، بالإضافة إلى معرفة ما هي خصائص الظاهرة محل الدراسة في قطاع غزة وإيصال نتائجها إلى ذوي الاختصاص والمسؤولين لمعرفة وضع الشباب في غزة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تتركز الفكرة الأساسية الثانية في هذه الدراسة حول المقارنة بين طرق إحصائية متقدمة لدراسة تأثير العوامل الاقتصادية والديموغرافية على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية. وتم اختيار نموذجي الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس كونهما ينطبقان على مثل هذه الدراسات، ومن ثم المقارنة بين نتائج هذين النموذجين للوصول إلى نقاط الضعف والقوة لديهما واعتماد الأسلوب الأمثل في تحليل هذه الظاهرة.

السبب في اختيار هذين الأسلوبين، هو أن مثل هذه الدراسات تشترط أن يكون المتغير التابع نوعي ذو حدين (معرفة أو عدم معرفة/اتجاه إيجابي أو اتجاه سلبي) وأن المتغيرات المستقلة تكون نوعية أو كمية أو مختلطة ما بين النوعين، لذا وجدنا أن أسلوب الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس ينطبق عليهما هذا الشرط لوصف تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

ولتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها والإجابة على تساؤلاتها والخروج بنتائج صحيحة، سيقوم الباحث بترميز وإدخال البيانات على الحاسب الآلي باستخدام البرنامج الإحصائي والذي يسمى المجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences) والتي يرمز لها اختصاراً بـ (SPSS).

تقسيم الدراسة:

بعد التعرض لمدخل الدراسة والذي تضمن مقدمة، ومشكلة الدراسة، وفروض الدراسة، وأهداف الدراسة، وأهمية الدراسة، تحتوي هذه الدراسة على جانبين رئيسيين: أحدهما نظري، والآخر تطبيقي. ويتضمن الجانب الأول، الإطار المفاهيمي للصحة الإنجابية والدراسات السابقة المتعلقة بمعرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية، وكذلك يستعرض مفهوم المعرفة بشكل عام والمعرفة بموضوعات الصحة الإنجابية لدى الشباب بشكل خاص، بالإضافة إلى مفهوم الاتجاه وعرضاً لاتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، ومن ثم نتعرض للصحة الإنجابية وعلاقتها بالتنمية والنموذج المقترح للدراسة .

أما الجانب التطبيقي من الدراسة فيتضمن دراسة مقارنة بين نموذجي الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس، وتصميماً للدراسة الميدانية، واختباراً لبعض الفروض المبنية على العلاقة بين بعض

متغيرات النموذج، ويخدم هذا الشق اختبار قدرة النموذج على شرح وتفسير تأثير مدى قوة أو ضعف العلاقة المفترضة بين العوامل الاقتصادية والديموغرافية (كمتغيرات مستقلة) ومعرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية (كمتغيرات تابعة)، كما يتضمن هذا الجانب أيضاً مناقشة لنتائج الفروض ثم تقديم بعض التوصيات والإستراتيجيات الخاصة بمعالجة المعرفة الخاطئة والاتجاهات السلبية نحو قضايا الصحة الإنجابية.

وقد بُنيت خطة فصول الدراسة لتعبر عن هذين الجانبين: وينقسم الجانب الأول من الدراسة إلى ثلاثة فصول: يحتوي الفصل الأول على الإطار المفاهيمي للصحة الإنجابية والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة، أما الفصل الثاني فيتعرض لمعرفة الشباب بموضوعات الصحة الإنجابية المختلفة بالإضافة إلى التعرض إلى مصادر المعرفة الحالية بموضوعات الصحة الإنجابية لدى الشباب ومن ثم نتعرض في هذا الفصل إلى اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، أما الفصل الثالث من الجانب النظري من الدراسة فيتناول الصحة الإنجابية وعلاقتها بالتنمية والنموذج المقترح للدراسة.

ويتضمن الجانب التطبيقي ثلاثة فصول: يتعلق الفصل الرابع بدراسة مقارنة بين نموذجي الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس ، أما الفصل الخامس فيتعلق بمنهج وتصميم الدراسة وخصائص العينة، أما الفصل السادس فيتضمن دراسة تحليلية للعوامل الاقتصادية والديموغرافية وأثرها على معرفة الشباب واتجاهاتهم نحو قضايا الصحة الإنجابية، وأخيراً يتم التطرق إلى الخاتمة العامة وتحتوي على أهم النتائج والتوصيات التي تم التوصل إليها من خلال الجانبين النظري والتطبيقي للدراسة. وقد تم تقسيم فصول الدراسة الحالية على النحو التالي:

*** الجانب النظري**

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للصحة الإنجابية والدراسات السابقة.

الفصل الثاني: الصحة الإنجابية للشباب ما بين المعرفة والاتجاه.

الفصل الثالث: الصحة الإنجابية وعلاقتها بالتنمية ونموذج الدراسة المقترح .

*** الجانب التطبيقي**

الفصل الرابع: دراسة مقارنة بين نموذجي الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس

الفصل الخامس: منهج وتصميم الدراسة وخصائص العينة.

الفصل السادس: دراسة تحليلية للعوامل الاقتصادية والديموغرافية وأثرها على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية.

خاتمة الدراسة

المراجع

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي للصحة الإنجابية
والشباب والدراسات السابقة

مقدمة:

أصبح مفهوم الصحة الإنجابية بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) هو المدخل الجديد لحل مشكلة النمو السكاني المتزايد في العالم خاصة الدول النامية، كما أن الصحة الإنجابية تهدف أساسا إلى تحسين نوعية الحياة للفرد. وقد قامت الدول التي شاركت في هذا المؤتمر بوضع السياسات والبرامج المختلفة في مجال الصحة الإنجابية تنفيذا لما جاء في برنامج العمل (Programme of Action) الصادر عن هذا المؤتمر.

ولقد لقي مفهوم الصحة الإنجابية بعد انعقاد هذا المؤتمر اهتماما كبيرا من الخبراء والباحثين وأصبح محورا أساسيا في الدراسات والأبحاث المختلفة سواء محليا أو عالميا، وقد لاحظ الباحث اختلاف هذه الدراسات في تناول إطار الصحة الإنجابية وما يحتويه من عناصر، كما أن تعريف الصحة الإنجابية ذاته تم تناوله برؤى مختلفة.

لذا رأى الباحث وهو بصدد دراسة معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية أفراد فصل خاص لبحث جوانب هذا المفهوم يتضمننا وضع تعريف مبسط ومحدد للصحة الإنجابية مع بيان الملاحظات المختلفة حول هذا المفهوم، ثم تحديد إطار للصحة الإنجابية شاملا عناصرها ووسائل رعايتها، ومن ثم تعريف مفهوم الشباب الذي يعتبر المحور الأساسي في الدراسة باعتبارهم العنصر المراد استقصاءه للتعرف على مدى معرفتهم واتجاهاتهم نحو قضايا الصحة الإنجابية، مع التطرق لأهم الدراسات السابقة التي تناولت الصحة الإنجابية من حيث المعرفة والاتجاهات والعوامل المؤثرة عليهم، أما بالنسبة لتوضيح مفهومي المعرفة والاتجاه وما يتعلق بهم من حيث عناصر المعرفة بالصحة الإنجابية للشباب واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية سوف يتم أفراد الفصل التالي من هذه الدراسة لتوضيح ذلك الجانب. وسوف يتناول الفصل الحالي النقاط التالية:

المبحث الأول: مفهوم الصحة الإنجابية

المبحث الثاني: مفهوم الشباب

المبحث الثالث: الدراسات السابقة

المبحث الأول: مفهوم الصحة الإنجابية

نتناول عرضاً لأهم تعريفات الصحة الإنجابية وتقييم هذه التعريفات ثم ملاحظات حول مفهوم الصحة الإنجابية والإطار العام لها وأخيراً محددات الصحة الإنجابية. ومما سبق سنتناول في هذا المبحث النقاط التالية:

- المطلب الأول: تعريف الصحة الإنجابية وتقييمها
- المطلب الثاني: ملاحظات عامة حول مفهوم الصحة الإنجابية لـ (ICPD)
- المطلب الثالث: الإطار العام للصحة الإنجابية
- المطلب الرابع: محددات الصحة الإنجابية

المطلب الأول: تعاريف الصحة الإنجابية وتقييمها

أولاً: تعاريف الصحة الإنجابية: يوجد العديد من تعريفات الصحة الإنجابية نعرض أهمها فيما يلي:

1. تعريف (Evan et al (1987):

الصحة الإنجابية هي قدرة النساء من سن المراهقة أو الزواج أيهما أقرب وحتى الوفاة على اختيار الإنجاب والحياة بكرامة والحمل الناجح وأن تكون بمنأى عن الأمراض والمخاطر (المركز الديموغرافي بالقاهرة، 1997).

2. تعريف فتح الله (1988):

الصحة الإنجابية هي الحالة التي تتم فيها العملية الإنجابية في رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا وليس فقط مجرد الخلو من المرض أو الإعاقة في العملية الإنجابية (WHO, 1995).

3. تعريف (Germain and Orduay (1989):

الصحة الإنجابية تتيح للرجال والنساء (بما فيهم المراهقين) القدرة على تنظيم خصوبتهم بطريقة آمنة وفعالة وبالحمل وبقائه إن كان مرغوبا فيه، منه إن كان غير مرغوب فيه. ويمكنهم أيضا من البقاء بمنأى عن الأمراض والوفيات المصاحبة للإنجاب والجنس، وأخيرا القدرة على الحمل وإنجاب أطفالا أصحاء (WHO, 1995).

4. تعريف (Sai and Nassim (1989):

الصحة الإنجابية هي قدرة الرجال والنساء لممارسة النشاط الجنسي بطريقة آمنة سواء كان الهدف هو الحمل أم لا، وإذا كان الحمل مطلوبا فإنها تتيح للنساء أن تحمل بأمان وأن تلد طفلا سليم صحيا وأن تكون مستعدة وقادرة على تربيته (WHO, 1995).

5. تعريف مجلس السكان الدولي (1995):

قدم فريق بحوث الصحة الإنجابية الذي شكله مجلس السكان الدولي تعريفا للصحة الإنجابية بأنها قدرة المرأة على أن تعيش سنوات إنجابها وما بعدها بكرامة وأن تملك إرادتها في الحمل والإنجاب الناجحين وبعيدا عن أمراض النساء ومخاطرها (مجلس السكان الدولي، 1995).

6. تعريف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994):

أفرد برنامج عمل هذا المؤتمر الفصل السابع بأكمله للحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، وقد عرفت المادة السابعة الفقرة الثانية للصحة الإنجابية بأنها "حالة رفاة كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة، ولذلك تعنى الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية وأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشمل هذا الشرط الأخير ضمنا على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهم، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تختار بأمان فترة الحمل والولادة وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمته بالصحة" (الأمم المتحدة، 1995).

ثانيا: تقييم تعريفات الصحة الإنجابية:

نتناول هذه التعريفات بالتقييم على النحو التالي:

قصر تعريف Evan الصحة الإنجابية على النساء فقد في حين أن الصحة الإنجابية تشمل الرجال والنساء على حد سواء.

وبالنسبة لتعريف فتح الله فقد جاء قاصرا فقط على العملية الإنجابية إلا أنه غطى هذا الجزء تغطية كاملة بأنها حالة رفاة كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا، ولكن التعريف لم يدخل في نطاقه الأمور الأخرى غير المتعلقة بالإنجاب والتي تتمثل في الصحة الجنسية.

وقد أباح تعريف Germain التخلص من الحمل إذا كان غير مرغوب فيه، كما أنه لم يغطي جوانب الصحة الجنسية بصفتها أحد المكونات الأساسية للصحة الإنجابية.

أما تعريف Sai بعد أن غطى جوانب الصحة الإنجابية أضاف بعدا جديدا لا يدخل في نطاقها وهو أن تكون النساء مستعدة وقادرة على تربية أطفالها.

وواضح من تعريف مجلس السكان الدولي أن التعريف قاصر على الصحة الإنجابية للنساء فقط وفي سنوات إنجابها على وجه التحديد، فالتعريف لم يغطي طوال حياة المرأة هذا فضلا عن إغفال الذكور.

أما بالنسبة لتعريف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) فقد جاء شاملا بمكونات الصحة الإنجابية، وقد زاد عليها أمور لا تعد من عناصرها الأساسية فأدخل بعض الحقوق الإنجابية مثل حرية الأفراد في تقرير الإنجاب، وموعده، وتواتره، كذلك أدخل الحق في معرفة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

من التقييم لتعريفات الصحة الإنجابية والذي أوضح أن بعضها كان قاصرا فلم يشمل جميع جوانب الصحة الإنجابية، أو كان واسعا فأدخل جوانب ليست من عناصر الصحة الإنجابية. لذا فقد حاول الباحث وضع تعريف واضح ومحدد للصحة الإنجابية والذي يعتمد على تعريف (ICPD) التالي:

"الصحة الإنجابية هي السلامة الكاملة لكل الأفراد في الآتي:

1. الأعضاء التناسلية: بهدف حمايتها من أي مخاطر.
2. العملية الجنسية: يهدف التمتع بالجنس بطريقة آمنة.
3. العملية الإنجابية: بهدف إنجاب وليد متمتع بالصحة مع الحفاظ على الصحة الأم.

ومن هذا التعريف تتضح النقاط التالية:

1. الصحة الإنجابية لكل الأفراد كما ورد في التعريف، فهي تهتم بالجميع ذكورا وإناثا وفي جميع مراحل العمر.
2. نص التعريف على السلامة الكاملة، فهي أولا سلامة غير منقوصة، كما أنها عامة في جميع المجالات دون تحديد المجالات دون تحديد مجالات بعينها، فتشمل السلامة البدنية والتي تتمثل في سلامة الأعضاء التناسلية، كما تشمل السلامة الاجتماعية وما تعنيه من حق الاختيار واتخاذ القرارات بحرية كاملة في مجال الجنس والإنجاب وما يحقق ذلك من كرامة خاصة بالنسبة للمرأة، وتشمل كذلك

السلامة النفسية وما تعنيه من أهمية الصحة النفسية بقدر متوازن مع الصحة البدنية في مجالات الصحة الإنجابية.

3. بلور التعريف عناصر الصحة الإنجابية في ثلاثة فقط هي سلامة الأعضاء التناسلية وسلامة العملية الجنسية وسلامة العملية الإنجابية، وليست العناصر التي درج البعض على ذكرها (كما سيرد فيما بعد).

4. كل عنصر من هذه العناصر له هدف على النحو الموضح في التعريف وهذا الهدف يحدد وسائل رعايته ومجموعها يحقق رعاية الصحة الإنجابية ككل (كما سيرد تفصيلاً فيما بعد).

المطلب الثاني: ملاحظات عامة حول مفهوم الصحة الإنجابية لـ (ICPD)

إن الصحة الإنجابية كمفهوم حديث يثير بعض النقاط الهامة نستعرضها كما يلي:

أولاً: ملائمة مفهوم الصحة الإنجابية للمجتمع الفلسطيني والإسلامي:

إن مفهوم الصحة الإنجابية كما ورد في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) يعد منافياً في بعض جوانبه للتقاليد والعادات والقيم الدينية السائدة في المجتمع الفلسطيني.

فيلاحظ أن التعريف كما ورد ذكره في الفقرة 2 مادة 7 نسب التمتع بالحياة الجنسية إلى الناس بصفة عامة بل جعلها حقاً لهم، كما نسب حق استخدام وسائل تنظيم الأسرة إلى الرجل والمرأة بصفة عامة، أما الزوجين فقد نسب إليهما فقط أن الصحة الإنجابية تهيبُّ لهما الفرصة لإنجاب وليد يتمتع بالصحة. وكأن ممارسة الجنس واستخدام وسائل تنظيم الأسرة هو حق مباح لكل الناس بصرف النظر عما إذا كانت تربطهم علاقة زوجية أم لا، وكل ما هو مطلوب فقط هو حمايتهم من مخاطر تلك الممارسة. إن فلسطين كدولة إسلامية لها عاداتها وتقاليدها وقيمها الدينية لا يتفق معها هذا التعريف وما يحويه من إباحة جنسية، فالجنس لا يمارس إلا في إطار اجتماعي معين وهو الزواج. ويرفض المجتمع الفلسطيني ممارسته خارج هذا الإطار ويعتبر من الكبائر. وتتعرض الأنثى التي تحمل سفاحاً أو حتى مجرد وجود شائعة عن سوء سلوكها إلى حوادث اعتداء عليها تصل إلى حد القتل وكذلك الحال بالنسبة للزوجة الخائنة، كما أن الأنثى التي تحمل سفاحاً سرعان ما تتخلص من فعلتها بإجراء

عملية الإجهاض - التي هي محرمة قانوناً - وإذا لم تتمكن من إنزال الجنين لأي من الأسباب تلجأ إلى التخلص منه فور ولادته.

لذا فإن التعريف وما جاء في الفصل السابع كله والخاص بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية كلن محل اعتراضات وتحفظات العديد من الدول الإسلامية كما تحفظ عليها أيضاً الكرسي الرسولي (هو كيان سياسي قانوني معترف به دولياً يرأسه أسقف روما أو رأس الكنيسة الكاثوليكية المعروف عموماً باسم بابا الفاتيكان) وذلك كما جاء في تقرير المؤتمر نفسه.

كما أن مجمع البحوث الإسلامية أصدر بياناً بمناسبة انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة (ICPD) انتقد فيه مشروع برنامج عمل المؤتمر في مواقع كثيرة لا تتفق مع الدين الإسلامي وفيما يتعلق بمفهوم الصحة الإنجابية أفاد البيان بأن الإسلام لا يقر أي علاقة جنسية خارج إطار الزواج الشرعي، ووضع أغلظ العقوبات على الزنا واللواط وأن الإسلام يحرص - كما حرصت سائر الأديان السماوية - على استقرار المجتمع على الطريق القويم الذي يكفل له القوة والمتعة صحياً ونفسياً واجتماعياً. ومن ثم فإن مما يناقض الإسلام أن يسمح بأشكال اقتران أخرى غير الزواج، أو يتمتع الأفراد غير المتزوجين بحياة جنسية مرضية كما تشير إلى ذلك المادة السابعة ففي فقرتها الأولى والثانية، أو أن تكون خدمات الرعاية التناسلية والجنسية - بما في ذلك تنظيم الأسرة - في متناول الجميع دون اشتراط الزواج كما توصي بذلك المادة السابعة في فقراتها الثالثة والرابعة والسادسة والثامنة وأضاف البيان فيما يتعلق بالإجهاض، أن الحمل محرم إسقاطه مطلقاً ولو كان من زنا أو اغتصاب إلا إذا كان هناك سبب طبي يقتضي المحافظة على حياة الأم ومن ثم فإن إباحة الإجهاض على هذه الحالة يتناقض مع حكمة الإسلام ولو كان تحت مسمى تنظيم الأسرة أو صحة الإنجاب أو الصحة الجنسية (المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، عدد خاص).

لذا فإنه يكون من الضرورة تعديل هذا التعريف ليتلاءم مع القيم والعادات الموجودة في المجتمع الفلسطيني، وهذا ما فعله الدكتور/ أحمد رجب فقد قدم تعريفاً مناسباً للدول الإسلامية بصفة عامة وهو أن الصحة الإنجابية هي قدرة الأفراد على ممارسة حياة جنسية مسئولة ومرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب والحرية في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره وذلك في إطار العلاقات الزوجية الشرعية وأيضاً قدرة النساء من الزواج وحتى الممات على الحياة بكرامة واختيار الإنجاب وممارسة الجنس من خلال العلاقة الزوجية دون خوف من الأمراض أو حدوث حمل غير مرغوب فيه

أو تعرضهن للعنف، وقدرتهن على تنظيم خصوبتهن دون مخاطر أو آثار جانبية ضارة وأن يتم حملهن بأمان وأن ينجبن أطفالاً أصحاء (Ragab, 1995).

وإن كان هذا التعريف قد غطى جوانب الصحة الإنجابية للأزواج بما يتناسب مع القيم والثقافات الموجودة في وسائر المجتمعات الإسلامية، إلا أنه يعد قاصراً فلم يتناول جوانب الصحة الإنجابية لغير الأزواج مثل الأطفال والمراهقين والمسنين الذين لا تربطهم علاقات زوجية حيث أن الصحة الإنجابية تشمل كل الأفراد كما سيرد فيما بعد.

ومن خلال تعريف الباحث السابق للصحة الإنجابية، يمكن تقديم تعريف للصحة الإنجابية يتلاءم مع المجتمع الفلسطيني والمجتمعات الإسلامية وهو تعريف للدكتور عزت الشيشيني وهو كالآتي:

"الصحة الإنجابية هي السلامة الكاملة لأعضاء الجهاز التناسلي لكافة الأفراد والسلامة الكاملة لوظائفها وعملياتها بالنسبة للمتزوجين وتشمل سلامة العملية الجنسية وسلامة العملية الإنجابية".

وطبقاً لهذا التعريف فإن سلامة عمليات ووظائف الجهاز التناسلي بما تتضمنه من عملية جنسية وعملية إنجابية تكون قاصرة على الأزواج فقط حيث تتم في الإطار الشرعي لها والذي تفرضه الثقافات والقيم الدينية الموجودة في المجتمع الفلسطيني، أما سلامة الأعضاء التناسلية كأعضاء في جسم الإنسان يجب الحفاظ عليها وصيانتها وعلاج أي أمراض تتعرض لها يكون ذلك مطلوباً لكافة الأفراد، ذكورا وإناثاً، متزوجين وغير متزوجين، وفي جميع مراحل العمر المختلفة.

ثانياً: لمن تنسب الصحة الإنجابية:

إذا كان في مجال الحديث عن الصحة بصفة عامة فلا بد من تحديد صحة من الذي تقصدها، هل هي مثلاً صحة الطفل، أو صحة الأم... وهكذا ويثور التساؤل بالنسبة للصحة الإنجابية إلى من تنسب.

درج البعض على نسبتها إلى الأم نظراً لأنها تحظى بالنصيب الأكبر من خدمات الصحة الإنجابية فهي التي تتجرب فلا بد أن يكفل لها المجتمع أمومة آمنة ويقدم لها الرعاية قبل وأثناء وبعد الحمل. كما أنها هي التي تقدم لها معظم خدمات ووسائل تنظيم الأسرة.

وفي الحقيقة فإن هذا التحديد على الأم فقط يعتبر قاصرا، فالأم ذاتها وهي في مرحلة الطفولة بل ومن الأسبوع الأول لولادتها تتعرض لعادة الختان لذا يجب حمايتها من هذا الاعتداء والعنف الموجه إليها، كما أن الأم أيضا قبل أن تتزوج وفي مرحلة المراهقة والبلوغ لها في أشد الحاجة إلى معرفة مظاهر البلوغ من دورة شهرية وغيرها وكذلك المعرفة بجهازها التناسلي ووظائفه حتى تتجنب الكثير من المخاطر الصحية والنفسية. كما أن الأم كذلك في مرحلة سن اليأس وبعد انقطاع الدورة الشهرية فهي ما زالت تمارس الجنس كما أنها تدخل بالقطع في طور الأم المسؤولة التي يجب تعلم بناتها وأبنائها المفاهيم الصحية عن صحتهم الإنجابية والجنسية. لذا فإن المرأة هي مناط الصحة الإنجابية منذ مولودها وحتى مماتها.

كما أن الرجل أيضا ليس بمنأى عن الصحة الإنجابية فمنذ بداية فترة البلوغ والمراهقة يحتاج إلى المعرفة بمظاهر البلوغ وكافة الأمور التناسلية حتى يتجنب أي مخاطر صحية ونفسية ثم تأتي مرحلة الزواج وما بعدها وما يترتب عليها من أبوة مسؤولة أيضا، كما أنه هو أحد طرفي العلاقة الجنسية وما يترتب عليها من مخاطر انتقال الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس.

ومما سبق يتضح أن الصحة الإنجابية تنسب إلى الفرد بصفة عامة ذكرا كان أم أنثى وفي جميع مراحل حياته العمرية. وهذا ما يتفق مع تعريفنا السابق للصحة الإنجابية فالشق الأول من هذا التعريف الذي يتضمن سلامة الأعضاء التناسلية للأفراد، وهذه الأعضاء موجودة في الذكور والإناث كما أن سلامتها مطلوبة في جميع الأعمار منذ الميلاد وحتى الوفاة.

ثالثا: الصحة الإنجابية والصحة الجنسية:

درج العديد من الباحثين وهم بصدد دراسة الصحة الإنجابية إقرانها بالصحة الجنسية، الأمر الذي يؤدي إلى الاعتقاد بأنهما شيان مختلفان في حين أن الحقيقة غير ذلك.

فقد ورد في نهاية الفقرة الثانية من المادة السابعة من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) ما نصه " تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي".

لذا فإن الصحة الجنسية ما هي إلا جزء من الصحة الإنجابية وهذا أيضا ما عاد برنامج عمل المؤتمر وأكدته في الفقرة الرابعة في نفس المادة (السابعة) والتي تنص "وبتعيين تنفيذ برنامج العمل الحالي استرشادا بالتعريف الشامل المذكور أعلاه للصحة الإنجابية وهو يشمل الصحة الجنسية".

ورغم هذا الوضوح بأن الصحة الإنجابية تجب الصحة الجنسية إلا أن برنامج العمل نفسه وقع في نفس الخطأ وأقرن الاثنين ببعضهما في منتصف الفقرة الثالثة من نفس المادة المشار إليها والتي تنص على أن حقوق الإنسان تؤدي إلى الاعتراف أيضا بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية.

ونخلص مما سبق أنه لا يجوز من الناحية العلمية الجمع بين المصطلحين معا حتى لا يفهم أنهما شيئا مختلفان حتى ولو كان الهدف - على ما يبدو - هو إعطاء أهمية خاصة لصحة الجنسية في إطار الصحة الإنجابية ونفس الوضع ينطبق على تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.

رابعاً: الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية:

تعرضنا فيما سبق إلى تعريف الصحة الإنجابية أما بالنسبة للحقوق الإنجابية فقد أشارت إليها المادة (7-3) من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) على أنها جزء من حقوق الإنسان المعترف بها في القوانين الوضعية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة (الأمم المتحدة ، 1995).

وقد حددت هذه المادة الحقوق الإنجابية كالآتي:

1. حق جميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم، وفترة التباعد فيما بينهم، وتوقيت إنجابهم وأن تتوفر لهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك.
2. حق بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية.
3. حق اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف.

ويجب ألا تؤخذ هذه الحقوق على إطلاقها بالنسبة للمجتمعات التي تسودها ثقافات وقيم دينية مثل المجتمع الفلسطيني. فالحقوق التي تتعلق بالجنس والإنجاب يجب أن تقتصر على الزوجين فقط.

وثمة فرق بين مفهوم الصحة الإنجابية ومفهوم الحقوق الإنسانية فهذه الحقوق تعتبر وسائل تحقيق الصحة الإنجابية. فإذا ما كانت متاحة للفرد واستطاع ممارستها أدى ذلك إلى تحسين الصحة الإنجابية.

خامساً: الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة:

درجت معظم الكتابات على أن تنظيم الأسرة هو أحد عناصر الصحة الإنجابية بل هو عنصرها الأول، وهذا يعد خطأ للأمر كما سيرد فيما بعد، حيث أن تنظيم الأسرة ما هو إلا وسيلة أو إجراء من إجراءات رعاية خدمات الصحة الإنجابية فعن طريق تنظيم الأسرة يتم تخفيض عدد المواليد فالمرأة تتحكم في عدد مواليدها بما لا يؤثر على صحتها وتباعد أيضاً بين الولادات، كما تمنع الحمل غير المرغوب فيه وبالتالي لا تلجأ إلى الإجهاض. كل تلك الأمور تؤدي إلى تحسين صحة المرأة الإنجابية.

ويمكن القول بأن قضية تنظيم الأسرة قد توارت خلف قضية الصحة الإنجابية بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) والذي جعل الصحة الإنجابية هي القضية الأساسية وأن تنظيم الأسرة ما هو إلا وسيلة من وسائل الحفاظ على هذه الصحة وتحسينها، شأنها شأن وسائل أخرى، وهذا الوضع يعد انتكاسة لقضية تنظيم الأسرة والتي كان ينظر إليها على أنها أساساً قضية قومية خاصة في الدول التي تعاني من مشكلات سكانية وتخطط لمواجهة الزيادة السكانية التي تبتلع أية تنمية اقتصادية تجربها لرفع مستوى معيشة الأفراد.

ويرى الباحث أن تنظيم الأسرة بجانب أنها وسيلة لتحسين الصحة الإنجابية يجب أن تظل قضية قومية قائمة بذاتها ولا يقتصر دورها على خدمة الصحة الإنجابية وذلك بصفة خاصة بالنسبة للدول التي تعاني من مشكلات سكانية ومنها فلسطين. حيث أن هذه الدول في أشد الحاجة إلى بعث قضية تنظيم الأسرة من جديد بعد أن توارت أيضاً على المستوى القومي.

المطلب الثالث: الإطار العام للصحة الإنجابية

يتكون إطار الصحة الإنجابية من عناصر أو مكونات الصحة الإنجابية ووسائل تحقيقها أو رعايتها، وطبقاً لتعريف الشيشيني للصحة الإنجابية السابق الإشارة إليه توجد مكونات أو عناصر ثلاث للصحة الإنجابية، وإن لكل عنصر منها عدداً من وسائل الرعاية ومن مجموع هذه الوسائل تتحقق

الصحة الإنجابية، ونستعرض إطار الصحة الإنجابية كما هو موضح في الشكل (1-1) على النحو التالي:

العنصر الأول: سلامة الأعضاء التناسلية: وتعنى حماية وعلاج هذه الأعضاء من أي أمراض تعترئها: و تتحقق هذه السلامة بعدد من الوسائل مثل:

1- الحماية من التشويه (مثل ختان الإناث)

2- الوقاية من أمراض التناسلي .

العنصر الثاني: سلامة العملية الجنسية: و تعنى أن تتم العملية الجنسية بطريقة مرضية و مأمونة في نفس الوقت

و تتحقق هذه السلامة بعدد من الوسائل مثل:

1- الحماية من العنف و الإكراه (مثل الاغتصاب- هتك العرض).

2- الحماية من الأمراض المنقولة جنسيا مثل السيلان و الزهري و الإيدز .

3- عدم الاعتداء على المحارم .

4- علاج العجز الجنسي .

5- عدم إتيان السلوك الجنسي غير الطبيعي مثل العادة السرية و الشذوذ الجنسي .

العنصر الثالث: سلامة العلامة الإنجابية في إطار الحفاظ على صحة الأم

وتتحقق هذه السلامة بعدد من الوسائل مثل:

1- تنظيم الأسرة بما يتضمن من مباحدة بين الولادات و الرضاعة الطبيعية .

2- علاج العقم .

3- عدم الزواج المبكر .

4- عدم الحمل المبكر و الحمل المتأخر .

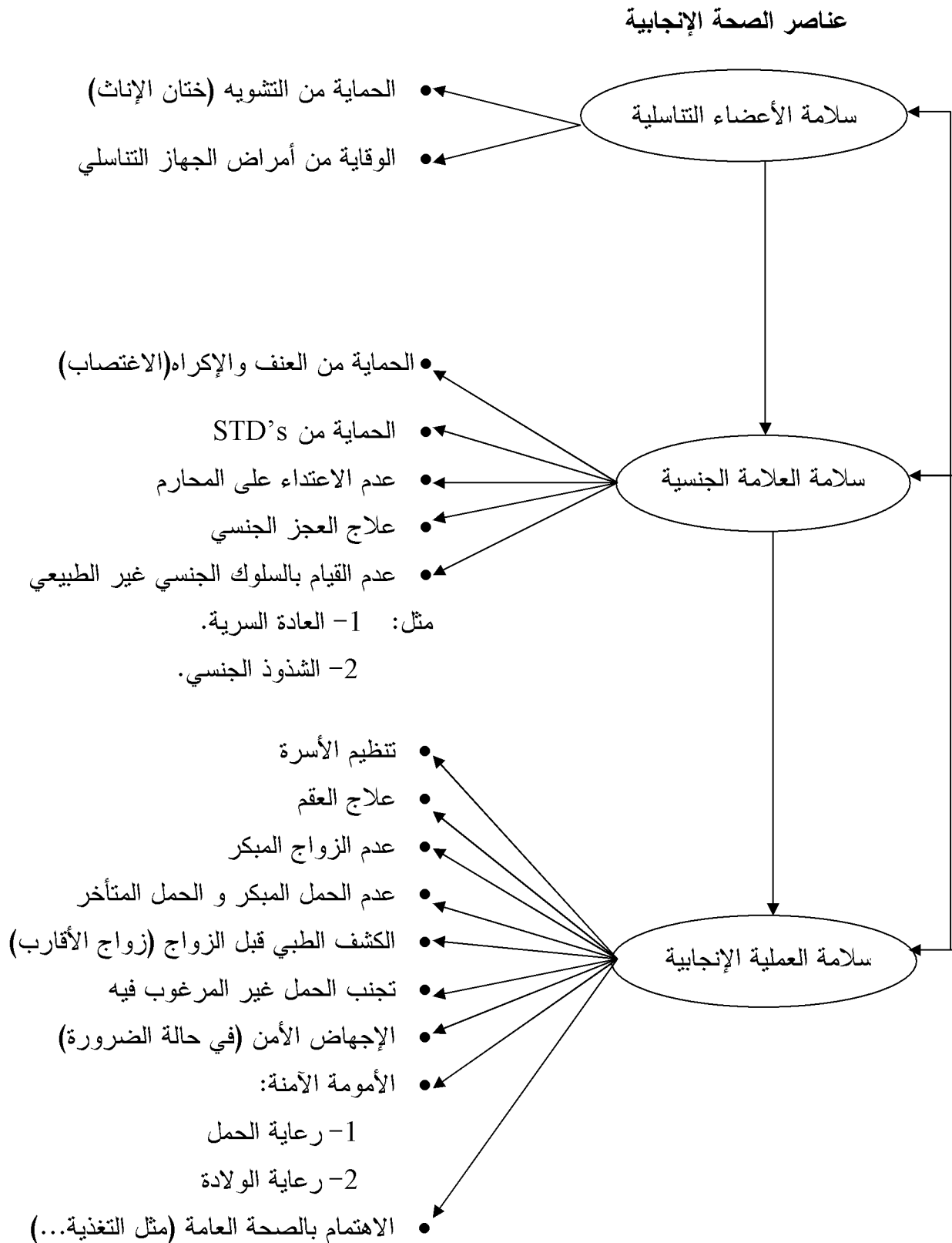
5- الكشف الطبي قبل الزواج خاصة بالنسبة لزواج الأقارب .

6- تجنب الحمل غير المرغوب منه .

- 7- الإجهاد الآمن (في حالة الضرورة).
- 8- رعاية الحمل و الولادة لتحقيق الأمومة الآمنة .
- 9- الاهتمام بالصحة العامة و على سبيل المثال الاهتمام بالتغذية و العلاج من الأمراض التي تؤثر على الإنجاب .

الشكل (1 - 1)

الإطار النظري للصحة الإنجابية



و من خلال استعراض عناصر الصحة الإنجابية ووسائل رعايتها تجدر الإشارة إلى النقاط التالية .

أولاً: درج العديد من الكتاب و الباحثين على الخلط بين عناصر الصحة الإنجابية ووسائل رعايتها فاعتبروا تنظيم الأسرة و علاج العقم و الإجهاض الآمن و غيره من عناصر الصحة الإنجابية و كل ذلك ما هو في الحقيقة إلا وسائل أو إجراءات لرعاية الصحة الإنجابية فالصحة الإنجابية هي الهدف و كل من الإجراءات السابقة ما هي إلا وسيلة لتحقيق هذا الهدف.

ثانياً: تعتبر هذه الكتابات تنظيم الأسرة المكون الأساسي للصحة الإنجابية وهذه خلط كما سبق ولكن تنظيم الأسرة بما يتضمن من إنجاب عدد محدود من الأولاد وتباعد بين الولادات ورضاعة طبيعية وسيلة أساسية لتحقيق سلامة العملية الإنجابية وهي العنصر الثالث من الصحة الإنجابية.

ثالثاً: العناصر الثلاث للصحة الإنجابية (كما هو موضح بالشكل) مرتبطة ببعضها فلعنصر الأول (سلامة الأعضاء التناسلية) هو أساس العنصر الثاني (سلامة العملية الجنسية) الذي هو لازم وضروري للعنصر الثالث (سلامة العملية الإنجابية) فهي سلسلة مترابطة وامتالية في نفس الوقت وتهدف في النهاية لتحقيق الصحة الإنجابية ككل.

رابعاً: إن الصحة الإنجابية ما هي إلا صحة للفرد ولكن في مجال معين، وهي بالتالي لا تتجزأ عن الصحة العامة للفرد بل هي جزء منها فإن ما يصيب الصحة العامة للفرد يؤثر بالتالي على صحته الإنجابية، فالإنسان بمكوناته البدنية والنفسية كائن واحد فأى قصور في ناحية يؤثر بالضرورة على نواحي أخرى، وعلى سبيل المثال إذا أصيبت المرأة بالأنيميا فإن ذلك يؤثر سلباً على صحتها الإنجابية خاصة العملية الإنجابية (حيث أن ذلك يؤثر على صحتها أثناء الحمل وعلى صحة جنينها أيضاً).

خامساً: حددت المادة (6-7) من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) إجراءات رعاية الصحة الإنجابية والتي أشارت إلى أنها يجب أن تقدم في سياق رعاية الصحة الأولية، وتشمل ما يلي:

- 1- خدمات عالية النوعية في تقديم المشورة والمعلومات والتثقيف والاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.
- 2- التثقيف والخدمات في الرعاية قبل الولادة والولادة الآمنة والرعاية بعد الولادة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية والرعاية الصحية للرضع الأمهات.
- 3- الوقاية من العقم وعلاجه.
- 4- الوقاية من مضاعفات الإجهاض غير المأمون وعلاجها.
- 5- خدمات الإجهاض المأمون حيثما لا يكون ذلك متعارضا مع القانون.
- 6- معالجة التهابات الجهاز التناسلي، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، والحالات الأخرى التي تصيب الجهاز التناسلي.
- 7- الإعلام والتثقيف وتقديم المشورة بشأن الحياة الجنسية للبشر، والوالدية المسؤولة، والصحة الجنسية والإنجابية.
- 8- التنديد بالممارسات الضارة مثل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث.

ويرى الباحث أنه يصعب حصر إجراءات رعاية الصحة الإنجابية في عدد معين فكما سبق يوجد عدد من الإجراءات أكثر من ذلك، وفي الحقيقة أن كل من هذه أو تلك ما هي إلا أمثلة من سلسلة الإجراءات التي يكون من شأنها رعاية الصحة الإنجابية.

سادسا: وسائل تحقيق الصحة الإنجابية كما هو موضح بالشكل كثيرة ومتعددة ولكل عنصر عدد من وسائل الرعاية ولكن أن هذه الوسائل متداخلة، حيث يوجد منها ما هو متعلق بأكثر من عنصر، فمثلا الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا مطلوبة للعناصر الثلاثة سلامة الأعضاء التناسلية حيث أنها من الأمراض التي تصيب تلك الأعضاء وسلامة العملية الجنسية حتى لا تنتقل هذه الأمراض إلى الطرف الآخر، وأيضا سلامة العملية الإنجابية حتى لا تنتقل العدوى من الأم المصابة إلى الجنين.

المطلب الرابع: محددات الصحة الإنجابية

تحدد الصحة الإنجابية بعدد من العوامل التي ترجع إما إلى الفرد ذاته والتي تتمثل في مجموعة من العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية، وإما إلى المجتمع أو الدولة وما تصنعه من سياسات وبرامج تنفذ من خلال مؤسساتها المختلفة، وإما إلى البيئة ذاتها. ونعرض هذه العوامل على النحو التالي (الشيشيني ، 2000) :

أولاً: العوامل المتعلقة بالفرد:

1- العوامل الديموغرافية:

يوجد عدد من العوامل الديموغرافية لها علاقة بالصحة الإنجابية تتمثل في الآتي:

أ- النوع: يوجد اختلاف بين الذكور والإناث فيما يتعلق بالصحة الإنجابية فالمرأة بحكم طبيعتها هي التي تتعرض للحمل والولادة والإجهاض والدورة الشهرية وسن اليأس وختان الإناث أما الذكور فإن مظاهر البلوغ تختلف مثل الاحتلام كما أن للرجال دور في قرارات الإنجاب مثل عدد المواليد والفترة بين كل مولودين وتنظيم الأسرة وغير ذلك، كما توجد أمور متعلقة بالصحة الإنجابية يمكن أن تصيب الذكور أو الإناث مثل العقم والأمراض المنقولة جنسياً.

ب- العمر: توجد أمور كثيرة للصحة الإنجابية تتعلق بمراحل عمرية معينة فمثلاً مرحلة المراهقة والتي كون فيها الفرد ذكراً كان أو أنثى معرضاً لمخاطر عديدة للصحة الإنجابية تتحدد بفترة عمرية معينة تبدأ من البلوغ إلى مرحلة النضج، وكذلك فترة الإنجاب بالنسبة للمرأة تتحدد أيضاً بفترة عمرية معينة والتي تبدأ من البلوغ إلى سن اليأس وقد حددها العلماء من 15-49 سنة وبالنسبة للرجل تبدأ من البلوغ إلى نهاية العمر،، وأيضاً ختان الإناث والذي يحدد عادة منذ الأسبوع الأول للولادة وغالباً ما يتم في مرحلة ما قبل البلوغ.

ج- مكان الإقامة: تختلف الممارسات المختلفة المتعلقة بالصحة الإنجابية طبقاً لمكان الإقامة، ففي الريف حيث يوجد انخفاض في المستوى الثقافي والتعليمي والاقتصادي وانتشار عادات وتقاليد معينة مما يؤثر سلباً على الصحة الإنجابية في موضوعات كثيرة مثل ختان الإناث والزواج المبكر للإناث والحمل المبكر وزواج الأقارب. أما الإقامة في الحضر وما تتميز به من تعليم وثقافة وتوافر خدمات

صحية وغيرها يكون له بالطبع آثار إيجابية على موضوعات الصحة الإنجابية المختلفة مثل تنظيم الأسرة، رعاية الحمل والولادة وغيرها.

2- العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

يوجد أيضا عددا من العوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات تأثير على الصحة الإنجابية تتمثل في الآتي:

أ- الحالة الزوجية: الزواج هو العلاقة الشرعية بين الذكر والأنثى وهو بداية فترة الإنجاب لذا فإن هذا الموضوع يتطلب أمور كثيرة تتعلق بالصحة الإنجابية مثل الإدراك بأهمية الفحص الطبي قبل الزواج خاصة بالنسبة لزواج الأقارب، ومخاطر الزواج المبكر للإناث وما قد ينجم عنه من حمل مبكر وأيضا بأهمية تنظيم الأسرة وإنجاب عدد محدود من الأطفال وغير ذلك.

ب- الحالة التعليمية: كلما ارتفع المستوى التعليمي زاد الوعي الصحي والإلمام بكافة مشكلات ومخاطر الصحة الإنجابية، فالمرأة المتعلمة تعي تماما مخاطر الحمل المتكرر وكثرة عدد الأولاد وأهمية التغذية ورعاية الحمل والولادة الآمنة وغيرها من الأمور التي تؤثر بالسلب على صحتها الإنجابية. كما أنها تكون أكثر إلماما بكيفية التعامل مع المشكلات الصحية سواء بنفسها أو سرعة العرض على المتخصصين لتلقى الرعاية الصحية المناسبة.

ج- الحالة الاقتصادية: إن المستوى الاقتصادي للفرد عامل هام في مجال صحته الإنجابية، فمثلا الأسرة الفقيرة لا تستطيع توفير التغذية المناسبة للمرأة، ومن ثم تتعرض للإصابة بالأنيميا، كما لا تستطيع توفير الرعاية الصحية المناسبة للمرأة أثناء الحمل والولادة.

3- أسلوب الحياة:

يعد سلوك الفرد في الحياة محددًا هامًا لصحته ككل بما فيها صحته الإنجابية، وإن كثير من السلوكيات والتصرفات الشخصية للفرد في الحياة ما يؤثر تأثيرًا مباشرًا على صحته الإنجابية ومنها على سبيل المثال:

أ- السلوك الجنسي: يجب أن يكون سلوك الفرد في حدود الإطار الشرعي وهو الزواج، فإذا ما التزم الفرد بذلك تجنب العديد من مخاطر الصحة الإنجابية وأهمها الأمراض المنقولة جنسياً، كما أن السلوك

الجنسي الشاذ يسبب الإصابة بأخطر هذه الأمراض وهو الإيدز. ويتحدد السلوك الجنسي للفرد كما سبقت الإشارة بالقيم والتقاليد الموجودة في المجتمع.

ب- السلوك الإنجابي: سلوك الفرد الإنجابي مثل كثرة المواليد، والإنجاب المتعاقب دون فترات زمنية مناسبة والزواج المبكر والمتأخر تؤثر تأثيراً بالغاً على صحة المرأة الإنجابية لما لها من مخاطر عديدة على صحتها وصحة الجنين أيضاً، لذا فإن السلوك الإنجابي يجب أن يكون معتدلاً ويراعي فيه صحة الأم والطفل أيضاً.

ج- التدخين وتعاطي المخدرات: لا ينكر أحد أن التدخين جدا بالصحة بصفة عامة، كما أن الصحة الإنجابية تتأثر أيضاً بتدخين المرأة الحامل لما له من أثر ضار على الجنين. أما تعاطي المخدرات والذي انتشر أيضاً بين الشباب نتيجة ظهور أنواع جديدة رخيصة الثمن مثل البانجو، فإن له مضار وظيفية على جسم وعقل الإنسان، كما أن المرأة التي تتناول مثل هذه المخدرات تتأثر صحتها العامة وبالتالي صحة جنينها إذا كانت حاملاً. ويضاف إلى ذلك وجود أنواع من المخدرات يتم تعاطيها عن طريق الحقن وهذه بالإضافة إلى خطورتها الصحية فإنها قد تسبب الإصابة بمرض الإيدز إذا ما تم الحقن بحقنة واحدة لعدة أشخاص كان أحدهم مصاباً بهذا المرض.

ثانياً: العوامل المتعلقة بالمجتمع:

يوجد عدد من العوامل المتعلقة بالمجتمع لها تأثير كبير على الصحة الإنجابية للأفراد مثل العادات والتقاليد والقيم الدينية ووضع المرأة داخل المجتمع وكذلك ما تضعه الدولة من سياسات وبرامج وما توفره من خدمات في مجالات الصحة الإنجابية المختلفة ونستعرض ذلك على النحو التالي:

1- العادات والتقاليد:

قد توجد داخل المجتمع عادات وتقاليد ذات تأثير ضار على الصحة الإنجابية وعلى سبيل المثال يوجد في عدد من الدول ومنها مصر عادة ختان الإناث التي تتوارثها الأجيال المتعاقبة من زمن طويل دون سند صحي أو ديني وبالتالي تتعامل معها الأجيال الحالية كأنها قاعدة مسلمة.

2- القيم الدينية السائدة في المجتمع:

تسود في المجتمعات قيم دينية تفرضها كافة الشرائع السماوية لو حافظ الفرد عليها لكان ذلك مفيدا لصحته الإنجابية، وعلى سبيل المثال تحرم الأديان السماوية الاتصال الجنسي غير المشروع وهو ما يطلق عليه الزنا، ويعد من الكبائر في معصية الله سبحانه وتعالى وكذلك الوضع بالنسبة للشذوذ الجنسي وهو ما يطلق عليه اللواط. فإذا ما حافظت هذه المجتمعات على دينها والتزمت بالقيم الدينية الصحيحة فإنها تحمي نفسها من مخاطر الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي مثل الإيدز والسيلان والزهري. وهذه الأمراض من أكبر المخاطر التي تتعرض لها الصحة الإنجابية فهي تهدد أفراد المجتمع من الجنسين وخاصة الشباب.

3- وضع المرأة:

يعكس وضع ومكانة المرأة داخل المجتمع كثير من العوامل التي تؤثر على صحتها الإنجابية، فالمرأة المتعلمة كما سبق تكون أكثر محافظة على صحتها الإنجابية، كما أن وضع المرأة داخل الأسرة ومدى مساهمتها في شؤون الأسرة المعيشية ومدى مشاركتها الرجل في اتخاذ القرار فيما يتعلق بحياتها الإنجابية يؤثر تأثيرا كبيرا على صحتها الإنجابية.

ونظرا لأهمية وضع المرأة داخل المجتمع على حياتها وصحتها وأيضا على صحة أولادها فقد عني المؤتمر الدولي للسكان والتعبئة (ICPD). بالمرأة وطالب برنامج عمل المؤتمر برفع مكانتها وتمكينها ومشاركتها في اتخاذ القرارات التي تتعلق بحياتها الإنجابية.

4- السياسات والبرامج والخدمات في مجالات الصحة الإنجابية:

إن ما تقوم به الدولة من وضع وتنفيذ سياسات وبرامج في مجالات الصحة الإنجابية المختلفة وينعكس على الصحة الإنجابية للأفراد سواء بالإيجاب أو السلب، فمثلا إذا وجدت ظاهرة منتشرة داخل المجتمع تسبب العديد من المخاطر كختان الإناث فإن سياسات الدولة الناجحة في التصدي لهذه الظاهرة تؤدي إلى الحد منها وبالتالي تقليل آثارها الضارة، أما إذا تركتها الدولة دون تدخل فإن الظاهرة تنتشر أكثر وتزداد معها آثارها الضارة. كما أن الخدمات التي توفرها الدولة في مجالات الصحة الإنجابية سيكون لها آثارا فعالة اتجاه الصحة الإنجابية للأفراد.

وتعتبر البحوث والدراسات في مجالات الصحة الإنجابية من الأدوات الهامة في وضع السياسات والبرامج وتقييم الخدمات المختلفة فهي توفر البيانات عن جميع جوانب الصحة الإنجابية سواء على المستوى القومي أو على مستوى التقسيمات الجغرافية المختلفة، وبالتالي تتضح أوجه القصور المطلوب معالجتها سواء بوضع سياسات أو برامج أو توفير خدمات، وقد تجري الدولة البحوث والدراسات المعنية من خلال مؤسساتها ومراكزها البحثية المختلفة أو أن تكلف بها جهات بحثية خاصة، وبصفة عامة فإن الدولة يجب أن تستفيد من كافة البحوث والدراسات سواء تلك التي تتم بمعرفتها أو التي تجري بمعرفة جهات خاصة أو أفراد.

وإن ما تقوم به الدولة من سياسات وبرامج وخدمات في مجالات الصحة الإنجابية يتم من خلال مؤسساتها التي تتمثل في الآتي:

أ- المؤسسات الصحية: وما توفره من خدمات في مجال الصحة الإنجابية مثل تنظيم الأسرة والوقاية والعلاج للأمراض المنقولة جنسيا وغير ذلك، ولا شك إذا كانت هذه الخدمات ذات كفاءة وبأسعار في متناول الجميع ومنتشرة في جميع الأماكن ليستفيد منها المقيم في الريف والحضر على السواء فإن ذلك يكون له الدور الفعال في الارتقاء بالصحة الإنجابية للأفراد.

ب- المؤسسات الإعلامية: من إذاعات مسموعة ومرئية وصحف ومجلات يكون له الأثر البالغ في توعية الأفراد بمخاطر الصحة الإنجابية المختلفة.

ج- المؤسسات الثقافية: من مسارح وسينما ودور ثقافة كل ذلك يمكن أن يوصل المعلومة الصحيحة للأفراد في سياق ما تقدمه من أعمال فنية وثقافية.

د- المؤسسات الدينية: أن النوعية الدينية في المساجد والكنائس يكون لها الأثر الفعال فمثلا قضية تنظيم الأسرة وما يثار حولها من أن الدين الإسلامي يشجع كثرة الإنجاب وما يثار أيضا حول الختان من ضرورته ووجود أحاديث نبوية توجبه، فمثل هاتين القضيتين إذا ما تصدى لهما رجال الدين بإيضاح موقف الأديان السماوية منهما وتصحيح المفاهيم الخاطئة لدى البعض فإن ذلك سيكون له الأثر الفعال في تغيير سلوك الأفراد بما يجنبهم المخاطر العديدة للصحة الإنجابية وأيضا ما تقوم به التوعية الدينية من تحريم الاتصال الجنسي عن غير طريق الزواج وكذلك الاتصال الجنسي الشاذ، كل ذلك سيؤدي إلى الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا.

ثالثاً: العوامل المتعلقة بالبيئة:

شهدت القضايا البيئية في الثمانينات اهتماماً عالمياً كبيراً على المستوى السياسي للدول لخطورتها البالغة على صحة الإنسان ومن أمثلة هذه القضايا، ثقب طبقة الأوزون، التغيرات في الطقس، التلوث الناتج عن تصدير النفايات الذرية وأخطار الأحماض والمبيدات الكيماوية، واستخدام Fossil Fuels في إعداد الطعام، والتي تؤثر على صحة النساء والأطفال (WHO,1993).

وتتأثر الصحة الإنجابية بالعوامل البيئية خاصة التلوث والذي قد يؤدي إلى الإصابة بالسرطان والعديد من المخاطر مثل تشوهات أو وفيات الأجنة، الإجهاض العقم وغيرها.

والتلوث كما هو عامل يرجع إلى الطبيعة فقد يكون من صنع الإنسان نفسه، مثل ذلك ما يلقيه الإنسان من مخلفات في المياه التي يستخدمها في الشرب وما يتصاعد من أدخنة من السيارات والمصانع التي تسبب تلوث الهواء، استخدام المبيدات الضارة بصحة الإنسان. والتلوث بصفة عامة يسبب العديد من المخاطر الصحية للأم والجنين، وأكثر أنواع التلوث خطورة هو التلوث الإشعاعي لما يسببه من وفيات وتشوهات للأجنة والمواليد. كما تؤثر على الخصوبة فقد تبين من الدراسات الطبية أن عدد وحيوية الحيوانات المنوية عند الرجال تتناقص باستمرار من تأثير التلوث البيئي كما أن التبويض عند النساء وخصوبتهن تتأثر (Ramzy,1998).

المبحث الثاني: مفهوم الشباب

في هذا العصر الذي يسمى عصر المعرفة وفي ظل تزايد أهمية الموارد البشرية في التنمية البشرية المستدامة، تحتل فئة الشباب أهمية خاصة كونها هي الأكثر قدرة على الإسهام في التنمية البشرية المستدامة. الشباب ليس مفهوماً رقمياً يقاس بعدد سنوات العمر بقدر ما هو مفهوم يعبر عن ثقافة مبدعة وخلاقة ومنهج عمل وطريقة إدارة وفلسفة تحكم سلوكيات المجتمع (شعبان، 2006).

يتركز اهتمام دول العالم المتطورة والنامية وكذلك المنظمات الدولية على توفير الدعم والرعاية لشريحة الشباب في مجتمعاتها، من خلال متابعة ظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية التي يعيش ويتأثر بها الشباب بالإضافة إلى معرفة توجهاتهم وآرائهم بمختلف قضايا الحياة ونظرتهم لها وتوقعاتهم المستقبلية.

تشكل فئة الشباب شريحة هامة وحيوية في كافة المجتمعات، نظراً للقوة والعتاء المتميز في هذه المرحلة العمرية، كما يشكلون عنصر التنمية المستدامة والعتاء والبناء والتخطيط والقيادة المستقبلية، بالإضافة إلى تمثيلها نسبة عالية من إجمالي السكان في مختلف المجتمعات. وتعتبر فئة الشباب من الفئات الأكثر حساسية وتأثراً بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المحيطة، وذلك لتداخل وتشابك عدة مراحل عمرية مختلفة فسيولوجيا واجتماعيا ونفسيا، بالإضافة للإهمال والتقصير من قبل الشباب أنفسهم بالاهتمام بصحتهم انطلاقاً من تمتعهم بالقوة الجسدية والحيوية (العمرى وآخرون، 2005). ومما سبق سنتناول في هذا المبحث النقاط التالية:

- المطلب الأول: تعريف مفهوم الشباب
- المطلب الثاني: أهمية الشباب من منظور سكاني
- المطلب الثالث: واقع الشباب في المجتمع الفلسطيني

المطلب الأول: تعريف مفهوم الشباب:

إن تحديد الفئات العمرية وتسميتها هي مسألة أساسية في عملية التخطيط التنموي الصحيح للفئات المجتمعية، حيث تساعد على فهم احتياجات وهموم هذه الفئات بشكل واضح ومحدد يساعد على رسم السياسات والخطط لتلبية احتياجاتهم وتميئتها. ومن هنا نرى بأن الحاجة تقتضي أن نحدد فئة الشباب، بمعنى أن تعريف فئة الشباب يكتسب منحى تنموي هام يفيد في تشخيص مشاكل الشباب في سبيل بلورت رؤيا واضحة للنهوض بهم وتحسين واقعهم الأليم على كافة الأصعدة (قري، 2005).

اختلفت الأدبيات في وضع تعريف محدد لفئة الشباب وقد انحازت كل فئة من العلماء المتخصصين لمجالاتها، حيث أن هناك صعوبة في إيجاد تحديد واضح لهذا المفهوم وعدم الاتفاق على تعريف موحد شامل يعود لأسباب كثيرة أهمها اختلاف الأهداف المنشودة من وضع التعريف وتباين المفاهيم والأفكار العامة التي يقوم عليها التحليل السيكولوجي والاجتماعي الذي يخدم تلك الأهداف (الأنصاري، 2008).

لذلك فإن مفهوم الشباب يتسع للعديد من الاتجاهات التالية:

- 1- الاتجاه البيولوجي: وهذا الاتجاه يؤكد الحتمية البيولوجية باعتبارها مرحلة عمرية أو طور من أطوار نمو الإنسان، الذي فيه يكتمل نضجه العضوي، وكذلك نضجه العقلي والنفسي.
- 2- 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 إلى عالم الراشدين الكبار.
- 3- الاتجاه السوسولوجي (الاجتماعي): ينظر هذا الاتجاه 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.

أما علماء السكان فإنهم يحددون فئة الشباب على أساس أعمارهم، حيث يشير علماء الديموغرافيا إلى فئة الشباب هم الشباب الذين تقل أعمارهم عن العشرين عاما دون تحديد البداية، وبعضهم حددها على أنها الفترة الواقعة بين 15-30 سنة (الأنصاري، 2008).

وهناك من اتجه إلى تعريف الشباب على أنه يقوم على أساس زمن وفق مراحل عمرية محددة، حيث تبدأ المرحلة الأولى من 12-15 عاماً، وهذه يمكن أن تطلق عليه مرحلة الشباب المبكرة وقد استطرده البعض الآخر بقوله: بأن هناك مرحلة شباب متأخرة وهي تبدأ من 15 سنة وتنتهي عند 25 سنة.

وأيضاً تعريف الشباب يختلف من بلد إلى آخر فمثلاً اعتبرت وثيقة السياسات العامة للشباب في جنوب إفريقيا أن الشباب يقعون ضمن الفئة العمرية 15-35 عاماً، بينما عرف منتدى الشباب العالمي وهيئة الأمم المتحدة في قرارها رقم 40/14 لعام 1985 ورقم 50/18 لعام 1995: «أن الشباب هم الأشخاص الذي تتراوح أعمارهم بين 15-29 عام» (إنجلز، 2001).

وبالإضافة إلى أن منظمة الصحة العالمية قد عرفت فئة المراهقين والشباب من جهة وفئة الشباب وحدها من جهة أخرى، حيث أن تعريف منظمة الصحة العالمية لفئة الشباب تطابق مع تعريف الأمم المتحدة وهو أن الشباب هم ما بين 15-24 سنة (WHO، 1989).

وإذا ما نظرنا إلى تعريف الشباب في الواقع الفلسطيني فهناك من يرى بأنهم الأشخاص الواقعة أعمارهم ما بين (15-24) سنة كما ورد في مسح الشباب الصادر على الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني-2003، وهناك دراسة استخدمت هذه الفئة السابقة وكانت عن واقع الشباب في فلسطين وصدرت عن إدارة التثقيف والتعزيز الصحي لوزارة الصحة الفلسطينية 2004، في حين اعتبرت دراسة أخرى ثانية لوزارة الصحة الفلسطينية عرفت الشباب على أنهم ضمن الفئة العمرية 15-24 سنة، أما المؤسسات غير الربحية الفلسطينية والباحثين والمؤتمرات الشبابية فكل واحد منهم حدد فئة الشباب بشكل يختلف عن الآخر.

ونؤكد هنا أن الاختلاف في إيجاد صيغة موحدة لتحديد مفهوم أو تعريف الشباب يعود إلى أن بعض العلماء والدول اعتبروا الشباب على أنهم عبارة عن فترة زمنية ومنهم من ينظر إلى مرحلة الشباب على أنها مجموعة من الظواهر النفسية والجسمية والعقلية والاجتماعية.

وقد كان الهدف من مرونة التعريف توسيع نطاق الحماية الاجتماعية خاصة في المراحل الانتقالية للفرد من عالم الطفولة إلى عالم البالغين، بالإضافة إلى ذلك عوامل ذات صلة مباشرة

بعناصر سوسولوجية واقتصادية وسياسية في مختلف المجتمعات تلعب دورا أساسيا في تعاملها المعياري والفعلية مع فئة الشباب.

ومن أهم الخصائص التي تميز مرحلة الشباب:

1- **خصائص جسمية:** من حيث النمو السريع في الجسم بينما لا يصاحبه بنفس الدرجة النمو العقلي أو الانفعالي أو الاجتماعي ويؤدي هذا إلى عدم انسجام أجهزة الجسم في النمو مما يؤدي إلى مزيد من القلق والخوف والصراع.

2- **خصائص عقلية:** حيث يصبح الشباب قادرا على إدراك الأمور المعنوية والاستنتاج والحكم على الأشياء وحل المشكلات، كما أنه يميل إلى التحرر الفكري.

3- **خصائص نفسية انفعالية:** حيث يندفع الشباب وراء انفعالاته مما يجعله شخصا متهورا يقدم تارة ثم يضعف ويتردد، ولعل أهم خصائص هذه المرحلة محاولته التعرف على الجنس الآخر والاهتمام بالميول المهنية والرغبة في الاستقلال عن الوالدين والاعتماد على الذات.

4- **خصائص اجتماعية:** من حيث الاهتمام بمظهره الخارجي والولاء لجماعة الأصدقاء والأقران وازدياد الوعي لديه بالمكانة الاجتماعية والطبقة الاجتماعية.

المطلب الثاني: أهمية الشباب من منظور سكاني

لا يختلف اثنان على اعتبار أن الشباب هم الشريحة الأكثر تأثرا وتأثيرا في مختلف مجالات الحياة، إذ تحتل هذه الشريحة اهتماما بالغا من قبل العديد من الباحثين والعلماء والمسؤولين في كل المجتمعات وبخاصة مجتمعات الدول النامية، ولعل هذا الاهتمام يرجع إلى ما يمثله الشباب من قوة للمجتمع، إذ تشغل هذه الشريحة السكانية وضعا متميزا في الحجم السكاني وفي بنية المجتمع، وهم أكثر الفئات السكانية حيوية وعطاء، وهي عماد المجتمع في إنجاز أهدافه، ومصدر أساسي من مصادر التغيير الاجتماعي، كما أن الشباب من وجهة نظر سكانية لها أهمية خاصة في تحديد معالم الوضع السكاني في الوقت الحاضر بخصائصه الديموغرافية والصحية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية وفي العديد من المجالات الإنسانية والتقنية بأن الشباب هم أكثر الفئات المتأثرة من التغيرات الحاصلة في

مجال العمل والعلاقات الأسرية والهجرة والتحضر ومخاطر الأمراض الجديدة وعولمة تبادل المعلومات وغيرها من القضايا والمستجدات.

بناء على هذا، ولأهمية شريحة الشباب في حياة ومستقبل حياة المجتمع نجد أن السياسة الوطنية للسكان وبرامج عملها، تؤكد في أهدافها على العمل الجاد لتعزيز صحة جميع الأطفال والشباب والمراهقين وتطوير إمكاناتهم، وتلبية الاحتياجات الخاصة بهم، مع إيلاء الاعتبار الواجب لقدراتهم الخلاقة، وتقديم الدعم لهم على صعيدي الأسرة والمجتمع وتوعيتهم بمخاطر الإنجاب المبكر والمتكرر والمتأخر وحالات الحمل عالية الخطورة وتوجيه قدراتهم لتوصيل المعلومات والخدمات الصحية الاجتماعية والثقافية للسكان بما فيها المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والأمراض المنقولة ومرض نقص المناعة البشرية المكتسبة (الإيدز)، وقد أتى إعداد وإقرار الإستراتيجية الوطنية للطفولة والشباب والقرارات التي خرج بها المؤتمر الوطني للطفولة والشباب المنعقد عام 2006، والذي شارك فيه عدد كبير من الأطفال والشباب أنفسهم ليؤكد اهتمام الحكومة بهذه الشريحة وضرورة تركيز الجهود لتنمية قدراتها وتوجيهها نحو العمل المثمر، ولم يتم ذلك بدون تكاتف كل الجهات الرسمية والمجتمعية ذات العلاقة بالطفولة والشباب.

يعرف الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني المراهقين والشباب في خطة العمل السكاني بأنهم الشريحة السكانية التي تقع أعمارهم بين (15-24) سنة وهو تعريف ينسجم مع ما هو متعارف عليه في العديد من البلدان، وتتصف هذه المرحلة العمرية للفرد بأنها تغطي مرحلة الطفولة والمراهقة مروراً إلى مرحلة النضج النفسي والاجتماعي والبيولوجي، بناء على هذا التعريف يتضح أيضاً أن هذه الفترة الزمنية من عمر الفرد هي فترة حساسة في حياته، يكتسب خلالها العديد من المعارف والاتجاهات والمهارات والممارسات الهامة والمؤثرة على مستقبله، ومن وجهة نظر مكانية فإن هذه المرحلة العمرية يدخل الفرد فيها مرحلة البلوغ، وغالبا بداية تكوين الأسرة والإنجاب، وبالتالي فإن العمل في تطوير معارف واتجاهات وممارسات هذه الفئة العمرية الإنجابية والديموغرافية يعتبر استثماراً هاماً ومفيداً للأسرة والمجتمع، كما أن تحسين الخصائص التربوية والتعليمية والمهنية لهذه الفئة السكانية يؤثر إيجابياً على الخصائص العامة السكانية بسبب معدل الخصوبة البشرية العالية، وفلسطين هي إحدى هذه البلدان التي تتميز بكون حجم الفئات السكانية صغيرة السن وتمثل فئة النشء والشباب في الأعمار (15-24) سنة حوالي ثلث حجم سكان البلاد عام 2004 في حين أن نسبة هذه

الفئة السكانية لا تمثل سوى بين 20-22% في الدول المتقدمة بحسب البيانات المتوفرة فإن سكان فلسطين سيتضاعف خلال الخمسة وعشرين سنة القادمة وتستمر الزيادة السكانية حتى لو انخفض معدل الخصوبة عند مستواه الحالي البالغ 6 أطفال لكل امرأة وذلك بحكم ما يسمى بقوة الدفع السكاني التي يسببها دخول الفئات الصغيرة (أقل من 15 سنة) من الإنجاب، الأمر الذي يدل على استمرار المشكلة السكانية كونه تحدياً أساسياً أمام فلسطين في المستقبل المنظور رغم التحسن في بعض المؤثرات السكانية.

وما يجب الإشارة إليه هنا أن الزيادة السكانية في فلسطين بدأت تشق طريقها نحو الزيادة لصالح الفئات العمرية في سن العمل، بينما بدأت تنخفض نسبة عدد الأطفال أقل من 15 سنة، حيث انخفضت هذه النسبة من 50% من إجمالي عدد السكان في منتصف التسعينات إلى حوالي 46% عام 2005، مقابل ارتفاع في نسبة الفئة السكانية في عمر (15-64 سنة) من حوالي 46% إلى 50% من إجمالي السكان، مع ارتفاع نسبي طفيف في الفئة العمرية الأخرى أي 65 سنة فأكثر، هذا التغيير في التركيب العمري للسكان قد يخلف فرصة سانحة للنمو الاقتصادي والاجتماعي لتدني نسبة الإعاقة لصغار وكبار السن، وكذلك لزيادة الادخار والاستثمار في المستقبل إذا تزامن هذا التغيير مع سياسات مناسبة تستهدف الفئات العمرية الشابة وتستغل طاقاتهم وقدراتهم في العمل والبناء، وقد تصبح نتائج هذه الظاهرة السكانية سلبية إذا لم يتم التعامل معها بشكل جيد.

حيث يمكن أن تؤدي إلى زيادة البطالة والطلب على العمل والهجرة، وبالتالي تفاقم مشكلات اجتماعية واقتصادية. هذه الظاهرة السكانية أسهمت إيجابياً في التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها بعض دول شرق آسيا (ماليزيا وسنغافورة) خلال الفترة (1970-1990) حيث توفرت قوة العمل المؤهلة أو تم التخطيط لاستيعاب واستثمار قدراتها في العمل المنتج والمفيد، وتعرف هذه الظاهرة بالنافذة الديموغرافية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005).

المطلب الثالث: واقع الشباب في المجتمع الفلسطيني

يعتبر الشباب العنصر البشري الأساسي في عملية بناء المجتمعات وتقدمها وذلك لما يتمتعون به من طاقات جسدية وعقلية تهيئهم للقيام بهذه العمليات البنائية، وعلى مستوى مجتمعنا الفلسطيني، فقد خاض الشباب أعباء التحرير طوال سنوات عديدة جعلت منه عنصراً مستهدفاً لتحطيم الإرادة

الفلسطينية المتجسدة فيهم، وقد شمل هذا الاستهداف جميع المجالات الحياتية للشباب من اجتماعية واقتصادية وصحية وتعليمية ونفسية وغيرها من الأمور، ومع قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية إلى أرض الوطن، تم وضع العديد من السياسات والخطط الوطنية للنهوض بالمجتمع الفلسطيني وفئاته، ومن ضمن هذه الخطط ما خصص لفئة الشباب كسريحة مجتمعية أساسية يجب تحضيرها لمرحلة البناء الوطني، فتم إنشاء وزارة لمتابعة شؤون الشباب إضافة لما قدمته باقي الوزارات من خدمات للشباب كوزارة الصحة والتربية والتعليم ووزارة العمل... الخ (قري، 2005).

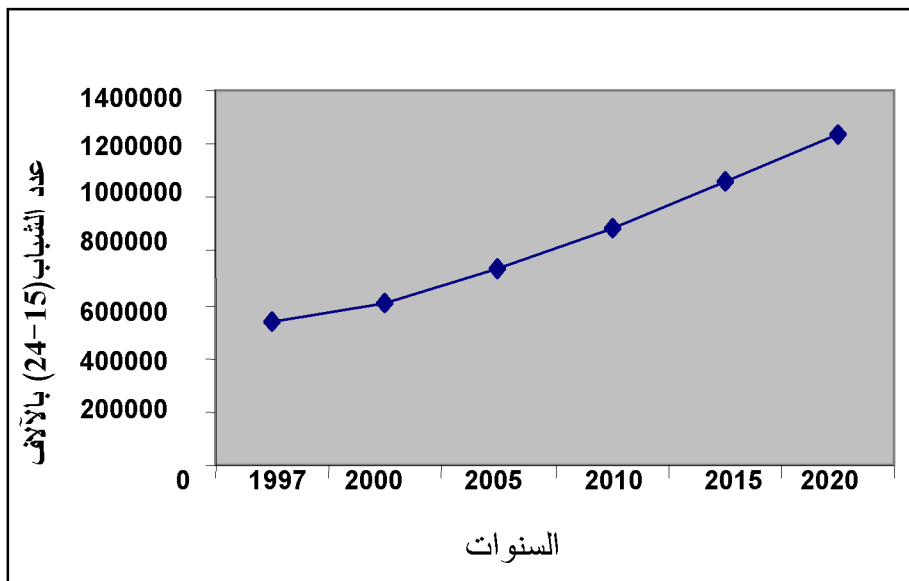
وقد كان الشكل الخارجي الأكثر وضوحاً في معظم السياسات الحكومية وغير الحكومية التي استهدفت الشباب، أنها تتجه نحو تنمية بشرية مستدامة ومن ثم تنمية بشرية انعتاقية تعتمد على القدرات الذاتية والتي تشكل الصحة أحد أهم مؤشرات نجاحها إضافة إلى مؤشري التعليم ودخل الفرد، من هنا جاء التركيز على تنمية القطاع الصحي الفلسطيني على اعتبار أن الأفراد الذين يتمتعون بصحة قادرين على بناء مجتمعاتهم بشكل أفضل، وبالفعل كانت هناك مؤشرات تفيد بتطور القطاع الصحي الفلسطيني من حيث الخدمات والعلاج وعدد المستشفيات والعيادات وانخفاض نسبة الوفيات وازدياد متوسط عمر الإنسان... الخ، لكن هذا التطور برمته لم يكن بالمستوى المطلوب لإحداث تنمية صحية حقيقية لفئات المجتمع الفلسطيني وعلى رأسهم الشباب.

يعتبر المجتمع الفلسطيني مجتمعاً فتيماً شأنه بذلك كباقي المجتمعات النامية، ويأتي تركيزنا على فئة الشباب كونهم يشكلون حوالي ثلث إجمالي السكان الفلسطينيين في الضفة الغربية والقدس وقطاع غزة، حيث تفيد الإحصائيات أن الشباب الفلسطيني الواقعة أعمارهم ضمن الفئة العمرية (10-24) عاماً يشكلون حوالي 33% من إجمالي سكان الأراضي المحتلة، في حين تمثل الفئة العمرية (15-24) حوالي 21% من إجمالي السكان، منهم 52% ذكور و48% إناث (مسح الشباب، 2003)، (العفيفي، 2003). وفي إشارة إلى فئة الشباب الواقعة أعمارهم بين (15-24) عاماً ممن يسكنون قسراً في مخيمات تفتقر لأدنى الشروط الصحية داخل الأراضي المحتلة، فتشير الإحصائيات بأن نسبتهم بلغت حوالي 19% من إجمالي سكان مخيمات الضفة الغربية المسجلين لدى الأونروا وحوالي 18% من إجمالي سكان المخيمات في قطاع غزة (بديل، 2002).

وحسب التعداد السكاني الأخير، وجد أن 27% من السكان في الأراضي الفلسطينية منتصف العام 2007 هم ضمن الفئة العمرية (15-29) سنة يعرف الشباب بأنهم السكان في الفئة العمرية (15-29 سنة)، ويتم تقسيم هذه الفئة من زاوية حياة الأفراد ونموهم إلى فئتين، الأولى فئة المراهقين (15-19) سنة والثانية فئة الشباب (20-29 سنة). تشير الإحصاءات إلى أن تقدير عدد السكان في الأراضي الفلسطينية منتصف عام 2007 بلغ حوالي 3.7 مليون نسمة منهم 50.7% ذكور و49.3% إناث. وبلغت نسبة الجنس 103 ذكور لكل 100 أنثى. وقد مثلت فئة الشباب حوالي 27% من إجمالي السكان (منهم 40.3% مراهقين و59.7% الشباب). وقد بلغت نسبة الجنس بين الشباب 104.4 ذكور لكل 100 أنثى. ويظهر التوزيع العمري للسكان أن الشعب الفلسطيني هو شعب فتى حيث أن الهرم السكاني هرم ذو قاعدة عريضة ورأس مدبب، مما يعني أنه ولسنوات طويلة قادمة سيبقى المجتمع فتياً.

وتشير البيانات بان هناك تزايد في أعداد الشباب الفلسطيني لكل من الذكور والإناث في الضفة الغربية وقطاع غزة على حد سواء، ويعزى هذا الارتفاع في نسبة الشباب إلى ارتفاع معدلات الإنجاب التي كانت وما زالت سائدة في الأراضي الفلسطينية فضلاً عن الانخفاض المضطرد في معدلات الوفيات. ويتضح ذلك من الشكل التالي:

شكل (2-1) : عدد الشباب في الفئة العمرية (15-24) خلال عدة سنوات



* حسب معرفة الباحث من بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني .

هذا، وينتمي الشباب الفلسطيني إلى حوالي بليون شاب وشابة في العالم تتراوح أعمارهم بين (15-24) عاما أي بنسبة 18% من إجمالي سكان العالم، يعيش 85% منهم في البلدان النامية و 70% يعيشون في قارة آسيا وفقا لإحصائيات منظمة الصحة العالمية (العرقوبي، 2004). كما وينتمي الشباب الفلسطيني إلى حوالي 66 مليون شاب عربي في الفئة العمرية (15-24) حسب إحصائيات عام 2005 (منتدى جامعة الدول العربية للشباب، 2006) وعندما نقول أنهم ينتمون إلى هؤلاء الشباب في العالم. أي أنهم يعانون من مشاكل ومخاوف وتحديات مشتركة.

المبحث الثالث: الدراسات السابقة

أجريت العديد من البحوث والدراسات السابقة التي ناقشت موضوعات الصحة الإنجابية ومكوناتها المختلفة، لكن في هذه الدراسة سوف نستعرض الدراسات السابقة المتعلقة بالصحة الإنجابية من حيث المعرفة والاتجاه والممارسة وذلك على النحو التالي:

- دراسة (مركز البحوث الاجتماعية 1998):

أجرى المسح المتعلق بالمراهقة والتغير الاجتماعي في مصر الذي أجراه مركز البحوث الاجتماعية بالجامعة الأمريكية بالقاهرة وقد أجرت هذا المسح على عينة حجمها 9128 فتى وفتاة وفي جزء من هذا المسح تم تغطية المعرفة والاتجاهات المتعلقة بالصحة الإنجابية، ويهدف هذا المسح إلى تقديم صورة شاملة عن حياة النشء في مصر في الصحة والتعليم والعمل والأنشطة اليومية، وتتمثل أهم نتائج المسح في أن معظم أفراد العينة تعرفوا على مظاهر البلوغ بالملاحظة دون معرفة مسبقة بها من أفراد الأسرة، وأن لديهم آراء واضحة حول تنظيم الأسرة، كما أن المعرفة قليلة بالواقعي الذكري وهناك افتقار في المعلومات الأساسية للحماية من الأمراض المنقولة جنسياً، فأظهرت النتائج أيضاً اتجاهها إيجابياً نحو رفض الزواج المبكر للإناث إذ يرون أن سن الزواج يجب ألا يقل عن عشرين عاماً.

- دراسة (Kasim,1998):

وتناولت هذه الدراسة معرفة واتجاهات وممارسات النساء نحو الصحة الإنجابية في محافظة المنوفية بمصر، وشملت الدراسة جمع بيانات من عينة قوامها 400 سيدة من السيدات المترددات على ثمانية مراكز للرعاية الصحية الأولية، أربعة منها في الريف وأربعة في الحضر وأظهرت نتائج الدراسة مستوى مرتفع من المعرفة اتجاه الحمل والولادة والرضاعة الطبيعية وتنظيم الأسرة، ومستوى منخفض من المعرفة في الإجهاض وسن اليأس وختان الإناث والأمراض المنقولة جنسياً، كما أظهرت الدراسة وجود اتجاه إيجابي نحو الجوانب المختلفة للصحة الإنجابية عدا الختان.

- دراسة (El-Zanaty,1996):

فقد أجري هذا المسح على عينة من 1400 طالب وطالبة من أربع جامعات هي القاهرة، وعين شمس والأزهر والجامعة الأمريكية، وقد احتوى المسح على بيانات كيفية من أربع مجموعات بؤرية، ويهدف هذا المسح إلى تحديد معرفة الطلاب واتجاهاتهم ومعتقداتهم نحو الأمراض المنقولة جنسيا/ فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وأظهرت الدراسة ارتفاع مستوى معرفة الطلبة بمرض الإيدز، وأن أكثر طرق الوقاية من المرض معرفة نظافة الحقن (99.3%) ثم استخدام الواقي الذكري (97.3%) وأخيرا البقاء على شريك واحد (74.3%) كما أن غالبية الطلبة (81%) يعرفون أن الشخص قد يبدو بصحة جيدة وهو مصاب بالفيروس.

- دراسة (مجلس السكان الدولي، 1998):

تضمنت الدراسة إجراء مقابلات مع عينة من 35 من صناعات السياسة والمسؤولين الحكوميين وغير الحكوميين والمشرعين ورجال الثقافة والإعلام ممن لهم صلة بالنشء والشباب، وتوثيق أهم برامج وتشريعات وسياسات الدولة في مجال المراهقين والشباب ورفاهيتهم. ومن أهم نتائج الدراسة أن موضوعات الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب لا تحظى بالحد الأدنى من التغطية في المناهج الدراسية والإعلام، كما أن هناك موضوعات كثيرة مثل الزواج المبكر للإناث وممارسة الختان تحتاج إلى مزيد من الجهد والاهتمام، كما أوضحت النتائج عدم وجود تعريف مقبول على المستوى القومي للمراهقة، وقد طالبت الدراسة بإشراك جميع الأطراف المعنية في إعداد إستراتيجية أو خطة عمل شاملة لمواجهة الاحتياجات والمتطلبات الخاصة بالمراهقين.

- دراسة (Yugi، 2006):

تناولت هذه الدراسة معرفة واتجاهات وممارسة الشباب اتجاه قضايا الصحة الإنجابية والجنسية في جامعة خاصة في بنغلادش في أنحاء العالم، الأغلبية من الشباب المتزوجين وغير المتزوجين في المدرسة وخارج المدرسة ليس لديهم معلومات عن الصحة الإنجابية والجنسية وعدم الحصول على التعليم والخدمات لذا منها من تفتقر إلى الوسائل التي يمكن بها منع النتائج غير المرغوب بها بأن يكون لها تأثير ضار على مستقبلهم.

إن الصحة الإنجابية والجنسية للشباب هي حق من حقوق الإنسان الأساسية للتنمية البشرية وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، ولكن نظرا للموانع والحوجز الثقافية والاجتماعية والاقتصادية فإن الشباب لا يستطيعوا الحصول على المعلومات بخصوص الصحة الإنجابية والجنسية.

- دراسة (الشيشيني، 2000):

تناولت هذه الدراسة أثر العوامل السكانية والاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية في مصر، وتناول المعرفة من حيث معرفة الشباب بتنظيم الأسرة ومظاهر البلوغ وبالأعراض المنقولة جنسيا، أما بالنسبة لدراسة الاتجاهات فتعلقت بدراسة اتجاهات الشباب نحو ختان الإناث والفحص الطبي قبل الزواج والزواج المبكر ومن ثم الحمل المبكر والحمل المتأخر، وتطرقت أيضا الدراسة إلى مصادر المعرفة بالصحة الإنجابية الحالية والمصادر المفصلة لدى الشباب مستخدمة أسلوب التحليل الإحصائي: الانحدار اللوجستي للوصول إلى أهم العوامل السكانية والاجتماعية المؤثرة في معرفة الاتجاه.

- دراسة (Khan and Mishra, 2008):

وتناولت الدراسة الصحة الإنجابية والجنسية للشباب، وتقدم هذه الدراسة معلومات عن المؤثرات الرئيسية للصحة الإنجابية والجنسية للشباب، النساء والرجال معا في سن 15-29 سنة في 38 بلدا ناميا. واعتمدت هذه الدراسة على المسوح الديموغرافية الصحية التي أجريت بين عامي 2001 و 2005، وتشير النتائج أن الحمل في سن مبكرة أي في سن المراهقة هو أكثر شيوعا في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، وأن شبه المعرفة بأي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة مرتفعة بين الشباب والنساء، وأن جميع الشباب تقريبا قد سمعوا عن الإيدز وعلى الرغم من المعرفة حول فيروس الإيدز مرتفع إلا أن معدلات العدوى المنقولة جنسيا هي أعلى بين النساء الشباب من الشبان.

- دراسة (Dzung et al., 2005):

تناولت الدراسة المعارف والمحددات للصحة الإنجابية، ثم جمع البيانات من 17016 شخص خلال المسح في ثلاث مدن، وتوصلت النتائج إلى أن هناك فروقات في معرفة الشباب بالصحة الإنجابية في المدن الثلاثة، وتظهر النتائج أيضا أن الشباب في المناطق الحضرية لديهم تعليم أعلى

وتحسن المعرفة حول قضايا الصحة الإنجابية، وأن الجنس والحالة الزوجية والمهنية وتعليم الآباء وتعليم الأمهات لهم تأثير هام على الشباب.

- دراسة (Mir et al.,2002):

تناولت هذه الدراسة التغيرات في سلوك مقدمي الخدمات الصحية لتلبية احتياجات الصحة الإنجابية، وتستند هذه الدراسة على تصميم الاختبارات التجريبية وذلك للإجابة عليها من مقدمي الخدمات وذلك على الأسئلة المتعلقة بتنظيم الأسرة وصحة الأطفال والأمهات لتقييم أثر الخدمات التي يقدمونها.

- دراسة (Lognard et al.,2005):

تناولت الدراسة الصحة الإنجابية من حيث المعرفة والممارسة وذلك خلال الفجوة بين الفتيان والفتيات في 7 دول آسيوية، وبالاعتماد على الدراسات الاستقصائية الكمية والنوعية التي أجريت عام 2004 في هذه البلدان السبعة لدراسة وتحديد الفجوة الرئيسية بين معارفها والممارسة مع التركيز بشكل خاص على الفوارق بين الجنسين (الذكور والإناث).

- دراسة (Moore et al.,2005):

تناولت الدراسة اتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية في إثيوبيا عام 2000 وعام 2005، واعتقدت الدراسة على المسح الصحي الديموغرافي في العامين، وأظهرت الاستطلاعات أن إثيوبيا قطعت شوطا طويلا في الخمس سنوات من حيث انتشار وسائل تنظيم الأسرة حيث زاد 150% عن سابقه عام 2000 وأن معدل وفيات الرضع انخفض بنسبة 50% تقريبا وأن فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز استقر وأن هناك دلائل على التزام الحكومة بخدمات الصحة والإنجابية بشكل قوي.

- دراسة (Tegegn et al., 2008):

تناولت هذه الدراسة الصحة الإنجابية من حيث المعرفة والاتجاهات بين المراهقين في منطقة جيما تاون في جنوب غرب إثيوبيا، وتشير الدراسة إلى أن المراهقين غالبا ما يفتقرون إلى المعلومات الأساسية والمعرفة في مجال الصحة الإنجابية وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم المعرفة والاتجاهات اتجاه الصحة الإنجابية للمراهقين في سن 15-19 سنة وصمم استبيان لجمع المعلومات وأجريت مقابلات مع

المراهقين لمعرفة معلوماتهم واتجاهاتهم نحو هذه القضية. وتوصلت الدراسة إلى أن غالبيتهم يعرفون من الخدمات الصحية الأساسية للصحة الإنجابية وكانت مصادر معلوماتهم من الإذاعة والتلفزيون وهي بنسبة الأعلى ومن ثم المعلمين والمدارس. وأن مصدر المعلومات والمعرفة من جهة الأسرة كان منخفضا وهذا يدعو إلى زيادة الاهتمام بالمراهقين وتوعيتهم وخاصة من جهة الأسر والمهتمين.

- دراسة (Mahmood and Nayab, 2000):

تناولت هذه الدراسة تحليلا لقضايا الصحة الإنجابية في باكستان واستخدم فيها مسوح مختلفة على المستوى المحلي والإقليمي بغرض المقارنة واستخلاص النقاط الهامة لتعكس وضع الصحة الإنجابية في باكستان، ومن ضمن القضايا التي تم تحليلها هي تنظيم الأسرة والوسائل المستخدمة في تنظيم الأسرة، وقضايا أخرى وذلك بهدف وضع المخططين في صورة التطورات والتغيرات لرسم السياسات الصحية بناء على هذه التحولات والمؤثرات.

- دراسة (Basnayake, 1986):

تناولت هذه الدراسة المعرفة والمواقف حول الصحة الإنجابية في أوساط الشباب في سيريلانكا اليوم، التثقيف الجنسي لم يتضمن المناهج المدرسية في المدارس العامة، ففي عام 1985 أجرى استطلاعاً من 400 شاب من شباب المناطق الريفية والحضرية في سيريلانكا وكان الهدف الرئيس هو تقسيم المعرفة والاتجاهات المتعلقة بالصحة الإنجابية للشباب، وتوصلت الدراسة أنه على الرغم من ارتفاع مستوى القراءة والكتابة وتحسين أنظمة الاتصالات في سيريلانكا إلا أن الأساطير القديمة والممارسات السيئة المتعلقة بالجنس البشري لا تزال في كلا القطاعين الريفي والحضري من الذكور والإناث، وأن المدرسة هي المكان المثالي للشروع في البرنامج الوطني لتعليم الثقافة الجنسية وأن الأمراض المنقولة جنسياً وارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع والأمهات، والحمل غير المرغوب به والإجهاض غير الآمن وانخفاض وزن المواليد هي بعض المشاكل التي تنتظر الشباب.

- دراسة (Loyod, 2007):

تناولت هذه الدراسة دور المدارس في تعزيز الصحة الإنجابية والجنسية في أوساط المراهقين في البلدان النامية، ومع انتشار التعليم وازدياد أعداد المراهقين الذين يذهبون للمدارس والعلاقة بين الظروف الصحية والتعليم فقد توفر إطاراً لتقييم النهج البديلة لتعزيز صحة المراهقين الجنسية

والإنجابية وأن هناك نتائج مخيبة للآمال حيث أن المدارس في المناطق الريفية لا ينطبق عليها البرامج المخصصة لتعزيز الصحة الإنجابية كما هو موجود في المدارس الحديثة.

- دراسة (العفيفي وآخرون، 2005):

تعرضت هذه الدراسة إلى واقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية، وبدأت هذه الدراسة بعرض وضع المراهقون والشباب في المجتمع الفلسطيني من خلال خصائص الشباب ومن ثم مفهوم الصحة الإنجابية ومكوناتها، ووضحت الدراسة التي اعتمدت على بيانات المسح الصحي 2000 العلاقة بين الزواج بين الأقارب والزواج المبكر، وأيضاً وضع تنظيم الأسرة ووسائلها المستخدمة في الأراضي الفلسطينية ومن ثم الأمراض المنقولة جنسياً وغيرها.

- دراسة (Van Egmond et al., 2004):

تناولت هذه الدراسة الصحة الإنجابية في أفغانستان من حيث المعرفة والمواقف والممارسات معتمداً على مسح المرأة الأفغانية في كابول وأجري استطلاع على 468 من النساء الأفغانيات في سن الإنجاب، وقد تم اختيار النساء اللواتي ترددن على العيادات الخارجية الأربعة في كابول.

وكانت النتائج أن 79% منهن قد حضرن للعيادة للتشاور قبل الولادة وذلك في حملهن الأخير وأن 67% منهن أنجبن طفلهن الأول ما بين 13 إلى 19 سنة وأن 23% استخدمن وسائل تنظيم الأسرة وأن 24% منهن لديهن علم بالأمراض المنقولة جنسياً مع العلم أن معظم النساء المبحوثات لم يعرفن طرق الوقاية من هذه الأمراض بشكل صحيح وقد تم استخدام أسلوب التحليل المتعدد.

- دراسة (Gupta et al., 2002):

تناولت هذه الدراسة اتجاهات الصحة الإنجابية والمعرفة والممارسة في دوائر أوغندا في الفترة ما بين 1995-2000، معتمدة على نتائج المسح الصحي الديموغرافي الأوغندي عام 2000، وتعلقت هذه الدراسة بالاتجاهات في مجال تنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل ومقارنة المعرفة والسلوك بين الرجال والنساء من سن الإنجاب مع المسح الصحي الديموغرافي السابق عام 1995، وتضمنت الدراسة مقدمة موجزة ووصف الخصائص الديموغرافية للمشاركين في الاستطلاع، وتناول أيضاً

مؤشرات تنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل وأخيرا الأمراض المنقولة جنسيا وفيروس نقص المناعة المكتسبة الإيدز.

- دراسة (Center For health Research, 1991):

تناولت هذه الدراسة البحوث النوعية في مجال المعارف والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية للمرأة، وشاركت 230 امرأة في هذه الدراسة بعد تلقيهن الخدمات الصحية في دراسة لمعرفة المرأة بقضايا الصحة الإنجابية باتجاهاتها وممارساتها وذلك في المناطق الحضرية والمناطق المحيطة بالحضر في بوليفيا، وكانت من أهداف هذه الدراسة وصف وفهم أفضل للسكان السلوكيات فيما يتعلق بنظام الرعاية الصحية وتوفير المعلومات التي يمكن استخدامها في تطوير إستراتيجيات التدخل بهدف تحسين صحة الأمهات والأطفال وقد ركزت الدراسة على عدة مراحل في حياة المرأة وهي: - الحمل والولادة والرضاعة وفترة ما بعد الولادة مباشرة، وفترة الولادة والرضاعة الطبيعية وتنظيم الأسرة، الإجهاض، كما استكشفت العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الصحة الإنجابية والاستفادة من الخدمات الصحية الرسمية.

- دراسة (Ladipo et al.,1984):

وتناولت هذه الدراسة الاتجاهات والممارسات للصحة الإنجابية في نيجيريا، حيث قامت عيادة تنظيم الأسرة من مستشفى الجامعة مع برنامج صحة الأسرة الدولية للحصول على معلومات من المراهقين في نيجيريا حول معرفتهم في مجال الصحة الإنجابية من حيث الاتجاهات والممارسات، وتم جمع البيانات من 1800 من غير المتزوجين من الذكور والإناث في سن 14-29 سنة ويعيشون في منطقة عبدان في نيجيريا، وكانت غالبية العينة لديهم معرفة بوسائل تنظيم الأسرة، وأن 81% من الذكور و 69% من الإناث قد مارسوا الجنس قبل الزواج وأن 66% من الذكور و78% من الإناث وافقوا على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وأن متوسط حجم الأسرة المرغوب به وصل إلى 4.3 طفل لدى طلبة الجامعات مقابل مستوى أعلى بلغ 5.8 طفل لدى طلبة الثانوية. وتشير النتائج إلى الحاجة لبرامج الصحة الإنجابية والتعليم الأساسي وخاصة في مدارس الثانوية.

- دراسة (Vernon et al.,2004):

تناولت هذه الدراسة فرص تحسين الصحة الإنجابية للشباب في المكسيك، واعتمدت هذه الدراسة على تقييم تأثير المؤسسة المكسيكية لتنظيم الأسرة في برنامج الشباب من خلال:

أ- مواقف ذي الشأن في المجتمع نحو إعلام الشباب حول القضايا الصحية الإنجابية.

ب- دراسة المعرفة والاتجاه والسلوك للمراهقين نحو قضايا الصحة الإنجابية.

ج- الطريقة التي يقدمها مقدمي خدمات الصحة الإنجابية.

ولتقييم هذه الآثار تم استخدام مجموعتين واحدة تجريبية والآخر مجموعة مسيطرة وذلك بهدف تحسين الخدمات المقدمة للمراهقين وتعزيز أنشطة التثقيف الجنسي.

- دراسة (Ndyanabangi et al.,1998):

تناولت هذه الدراسة المعارف والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية بين طلاب المدارس الثانوية في منطقة كابرول في أوغندا في الفترة (1994-1997)، واعتمدت الدراسة على المسح السنوي الذي أجري في 15 مدرسة ثانوية في منطقة كابرول عام 1994، ووجدت الدراسة أن هناك زيادة مطردة في معرفة الطلاب في الممارسة الجنسية الأكثر أماناً، ووجد أن جميع الطلبة الذين حضروا أجابوا على جميع أسئلة الاستبيان وسجلت النتائج أن هناك أيضاً زيادة في معرفة الطلبة بالطرق المستخدمة لمنع الأمراض المنقولة جنسياً عن طريق الاتصال الجنسي وذلك من 55% عام 1994 إلى 87% عام 1997، وعن استخدام وسائل تنظيم الأسرة ارتفع من 58% عام 1994 إلى 85% عام 1997. ولوحظ انخفاض في معدل انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز وفاقته بكثير تلك التي كان يمكن أن يتوقع من التطور الطبيعي لهذا الوباء، وعكس أن يفسر هذا على أنه نتيجة للتغيرات الإيجابية في الممارسات الجنسية في صفوف الشباب.

- دراسة (LLamas et al.,2002):

تناولت الدراسة المعارف والاتجاهات والممارسات للرجال نحو قضايا الصحة الإنجابية في المناطق الحضرية في الفلبين، وأجريت هذه الدراسة للرجال الذين يتراوح أعمارهم الإنجابية مع ما لا

يقول عن 1 طفل، وأوضحت النتائج أن معظم من شملهم الاستطلاع (84%) قد سمعوا بتنظيم الأسرة وذلك من المراكز الصحية، وأكثر الأساليب المستخدمة في تنظيم الأسرة هو الواقي الذكري (84%)، وأن لديهم مواقف إيجابية اتجاه تنظيم الأسرة أكثر من أي وقت مضى، وكان معظم الرجال سمعوا عن الأمراض المنقولة جنسيا وعن حالات وطرق العدوى وتوصلت الدراسة أن الرجال على استعداد للمشاركة في الترويج لقضايا الصحة الإنجابية مثل التدخلات المباشرة وتقديم المشورة في أماكن عملهم أو منازلهم لتحسين وضع المجتمع.

- دراسة (Kibret,2003):

تناولت هذه الدراسة المعارف والاتجاهات والممارسات نحو قضايا الصحة الإنجابية فيما بين طلاب المدارس الثانوية في بحر دار بأثيوبيا وقد تم جمع البيانات باستخدام الاستبيان، وكشفت الدراسة أن الطلاب كانوا على مستوى عال من المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة والخدمات المقدمة بهذه الوسائل ومع ذلك فإن الاستخدام كان منخفض وكان من بين أسباب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة نقص فرص الحصول على الخدمات واللامبالاة وغيرها، تشير الدراسة أن الشباب انخرطوا في علاقات جنسية في سن مبكرة من دون حماية، ولم يكن هناك علاقة ذات دلالة أو معنوية بين العوامل الديموغرافية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة وأن المستوى التعليمي هو المتغير الديموغرافي الوحيد الذي له علاقة معنوية مع التجربة الجنسية الأولى، وأوصت الدراسة تحسين فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وخدمات المعلومات وبرامج التعليم والحياة الأسرية على أساس الاحتياجات والخبرات من هؤلاء الشباب كحل محتمل للتخفيف من مشاكل الصحة الإنجابية.

- دراسة (Singh et al.,2006):

تناولت الدراسة المعرفة والاتجاه اتجاه قضايا الصحة الإنجابية في ولاية أوتار في الهند وكشفت الدراسة عن أن المعرفة عن الأمراض المنقولة جنسيا ومحدداتها في الهند هي محدودة جدا. وأنه يجب تركيز الجهود اللازمة لتوفير معلومات مفيدة للمخططين وصانعي السياسات الصحية لوضع إستراتيجيات ملائمة لإحداث تحسينات في الصحة الإنجابية للإناث والذكور. وفي هذه الدراسة تم أخذ عينة مكونة من 6727 رجلا من المتزوجين من خمس مناطق، وأن على الأزواج من كلا الطرفين

معرفة وسائل تنظيم الأسرة والسلوك الإنجابي ومعرفة الأمراض المنقولة جنسيا وأعراضها وتدابير الوقاية منها.

- دراسة (حجاب وآخرون، 2005):

وضحت هذه الدراسة الصحة الإنجابية الجنسية للمراهقين والشباب في البلدان الإسلامية وأكدت الدراسة عدم الاستجابة لحاجات هذه الفئة في مجال الصحة الإنجابية لدى الإناث والذكور معا، وأن المراهقين والشباب في هذه البلدان يدخلون الحياة الإنجابية بصورة مبكرة وأن هذا النشاط الجنسي المبكر يؤثر على حياة الشباب الجسدية والنفسية، وأن إمكانية الوصول والحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية والجنسية من قبل الشباب محدودة وغير كافية بالفعل.

- دراسة (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، 2008):

تناول المركز تحليل أداء الإعلام السكاني اتجاه قضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، حيث توصل إلى أن وسائل الإعلام تعد أحد أهم المصادر المؤثرة في مستوى وعي الأفراد بقضايا السكان والصحة الإنجابية بصفة عامة وتنظيم الأسرة بصفة خاصة، سواء عن طريق الإذاعة أو التلفزيون أو الصحف، وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مصادر المعرفة بالمشكلة السكانية وقضايا الصحة الإنجابية، وأثر تلك الرسائل الإعلامية والبرامج المختلفة في إثراء المفاهيم والوعي الاجتماعي بتلك القضايا. كذلك تحديد أثر الوسائل في تغيير اتجاهات الأفراد لتبني رؤى إيجابية نحو قضايا الصحة الإنجابية. وبالإضافة إلى ذلك التعرف على الوسائل الإعلامية المفضلة لدى الأفراد لنشر الثقافة السكانية وكذلك أشكال الوسائل الإعلامية المفضلة.

- دراسة (جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، 2005):

تناولت هذه الدراسة تقييم معرفة ومواقف وممارسات المراهقين والشباب ضمن الفئة العمرية (10-24) سنة بخصوص الصحة الإنجابية والجنسية المتعلقة بمظاهر البلوغ، الإنجاب، الجنس، التنظيم الأسري والأمراض المنقولة جنسيا إضافة إلى مواضيع العدالة، والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، ومن أبرز النتائج التي أظهرتها الدراسة أن 53% من المبحوثين أبدوا موافقتهم على مبدأ تنظيم الأسرة، وأيضا بينت النتائج أن المعرفة بوسائل منع الحمل ليست شاملة لكل الوسائل، وأشارت

الدراسة إلى أن المراهقين والشباب طلبوا توفير المزيد من المعلومات حول المخاطر وأسلوب تجنب المخاطر المتعلقة بالجنس ويليها تقديم النصيحة والإرشاد لهم.

- دراسة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002):

تناولت هذه الدراسة الصحة الإنجابية للنساء في المخيمات الفلسطينية من حيث دراسة خصائص المجتمع الفلسطيني من خلال معدل الخصوبة ومعدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة، والعمر عند إنجاب المولود الأول ومعدل وفيات الرضع والأطفال. توصل إلى أن معدل الخصوبة الكلية قد بلغ في المخيمات الفلسطينية 6.06 مولود وأن نسبة النساء اللواتي أنجبن مولودهن الأول كانت 20 سنة فأقل هي النسبة الأكبر، وأنه يجب توفير الخدمات الصحية بشكل أفضل لجميع النساء، أن المرأة تحتاج إلى عناية خاصة بصحتها وأن نساء المخيمات هن الأكثر حاجة للخدمات وأكثرهن تعرضاً للأمراض نتيجة للظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئة السياسية التي تعيشها النساء الفلسطينيات في المخيمات.

- دراسة (Qayed,1998):

تناولت هذه الدراسة المعرفة والاتجاه والممارسة للمراهقين والشباب اتجاه الصحة الإنجابية في محافظة أسيوط في مصر، وتوصلت هذه الدراسة أن 76% من الشباب أكدوا على نيتهم لختان بناتهم مستقبلاً وأن 24% من هؤلاء الشباب لديهم معلومات ومعرفة على موضوع الصحة الإنجابية ومن 98% منهم يشجعون فكرة تنظيم الأسرة وأشارت النتائج أيضاً إلى أن متوسط سن الزواج بين الرجال فمن شملتهم الدراسة يصل إلى 20.7 سنة مقارنة مع متوسط قدره 17.9 سنة عند الفتيات. وأوضحت الدراسة وجود علاقة بين معرفة واتجاهات وسلوكيات المراهقين والشباب في مجال الصحة الإنجابية، كذلك فقد اتضح أن هناك علاقة بين الاستخدام الحالي لتنظيم الأسرة وكل من المعرفة بالصحة الإنجابية، الاتجاه نحو المبادعة، العدد الأمثل للأطفال، وتعطى هذه النتائج دلالة واضحة على أن الزيادة معرفة وتغيير اتجاهات الشباب سوف يكون له مردود إيجابي على صحتهم الإنجابية وممارستهم لتنظيم الأسرة في المستقبل.

- دراسة (راضي، 2003):

تناولت هذه الدراسة الصحة الإنجابية والجنسية لدى المراهقين والشباب في منطقة شرق المتوسط، وتعرضت هذه الدراسة إلى تعريف الشباب والحقائق حول الصحة الإنجابية والجنسية للشباب والمراهقين في البلدان العربية وإمكانية الوصول إلى المعلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية وتعرضت هذه الدراسة للأمراض المنقولة جنسيا والإيدز وتعرضت أيضا إلى نتائج وتداعيات الحروب والتهجير على الصحة الإنجابية للشباب وأر الفقر والتبعية الاقتصادية أيضا.

- دراسة (Bonnie et al.,2005):

هذه الدراسة تعلقت بصحة الشباب الجنسية والإنجابية في الدول العربية وإيران وذلك بدهم من مكتب اليونيسيف الإقليمي من عمان وأوضحت الدراسة عدم توفر المعلومات الكافية التي توضح بواعث القلق لدى الشباب واحتياجاته في المنطقة، كما عرضت الدراسة مقترحات تهدف إلى سد فجوة المعرفة والمعلومات علاوة على تلبية احتياجات الشباب، ويوضح موجز السياسة هذا بعض نتائج وتوصيات تلك الدراسة بالإضافة إلى نتائج بعض الأبحاث الأخرى من المنطقة.

- دراسة (Simbar et al.,2005):

وضحت المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى الطلاب الجامعيين الإيرانيين، ولدراسة معارف ومواقف وممارسات الشباب من جمهورية إيران الإسلامية حول الصحة الإنجابية، أكمل 1111 من طلاب جامعة قزوین استبياننا يضم 43 مسؤولا تتطلب إجابات مختصرة. وكان متوسط المعدل العام للمعرفة لدى هؤلاء الطلاب 54% كما كان مستوى المعرفة لدى الطلاب والطالبات والمتزوجين والعزاب متشابهة. ومن بين 664 طالبا أجابوا على أسئلة حول سلوكيات الصحة الإنجابية، أفاد 54 منهم (8%) أنهم قاموا بممارسة الجنس قبل الزواج (16% من الذكور، 0.6% من الإناث) وقد استعمل 48% من هؤلاء العازل الذكري.

وقد كان رأي معظم الطلاب أن أخطار عدوى الإيدز وسائر الأمراض المنقولة جنسيا كان معتدلا، ولو أن مقدرة الشباب على ممارسة السلوك الصحي كانت متدنية، وكان معظمهم مقتنعين بفوائد المعرفة بالصحة الإنجابية للشباب، لكنهم يعتقدون أن خدمات الصحة الإنجابية الحالية غير كافية.

- دراسة (Jaffer et al., 2006):

قام الباحثون في إطار هذه الدراسة بتقصي المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى عينة وطنية ممثلة في المراهقين العمانيين، قوامها 1670 فتى و 1675 فتاة. وتم سؤال هؤلاء المراهقين من خلال استبيان ذاتي الاستكمال عند البلوغ، والزواج والمباعدة بين الولادات، ومرض الإيدز وسائر أنواع العدوى المنقولة جنسيا. وبينت الدراسة أن نصف أفراد العينة فقط كانوا على علم بالتغيرات التي تطرأ على أفراد جنسهم عند البلوغ، وأن أقل من النصف وكانوا على علم بالتغيرات التي تحدث لدى أفراد الجنس الآخر عند البلوغ. وكان الإناث أكثر ميلا من الذكور، بدرجة يعتد بها إحصائيا إلى تأخير سن الزواج. وكان متوسط عدد الأبناء المرغوب فيه من قبل أفراد العينة هو 4.9. وأبدى حوالي ثلثي المراهقين موقفا إيجابيا من وسائل منع الحمل الحديثة وأعربوا عن اعتزامهم استخدام هذه الوسائل في المستقبل. أما معرفة العينة بفترة الخصوبة وبمرض الإيدز وسائر أنواع العدوى المنقولة جنسيا فكانت متواضعة، وأيدت نسبة عالية من كلا الجنسين في العينة (80%) على ختان الإناث.

- دراسة (عبد المنعم، 2009):

تناولت هذه الدراسة الواقع والتحديات التي تواجه مؤشرات الصحة الإنجابية في بعض البلدان العربية وذلك من خلال واقع المسوحات وتحليلها لتشخيص وضع الصحة الإنجابية والتعرف على أهم التحديات والمعوقات والسياسات والبرامج المستقبلية لمواجهتها، وأن من أهم هذه التحديات التي برزت في هذه الدراسة: عدم وجود سياسات وطنية للصحة الإنجابية في بعض الدول، نقص المواد المالية والاعتمادات المخصصة لتوفير الخدمات الصحية اللازمة عدم الاهتمام بدور مشاركة الرجال في مجال الصحة الإنجابية وعدم توفير البيانات التفصيلية والإحصاءات والمؤشرات التي تساعد على متابعة وتقويم التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف التنموية للألفية.

- دراسة (Mohammad et al., 2006):

وضحت هذه الدراسة الصحة الإنجابية للمراهقين الذكور في طهران، إيران من حيث المعرفة والمواقف والسلوك، وذلك باستخدام استبيان تم جمعه من 1385 من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15-18 سنة في طهران، وأوضحت النتائج أن هناك نسبة عالية من انتشار النشاط الجنسي وهناك

نقص في المعرفة بشأن وسائل منع الحمل والأمراض المنقولة جنسيا وأن هناك حاجة لتزويد المراهقين بالمعلومات والمهارات اللازمة لاتخاذ القرارات الجنسية الآمنة.

- دراسة (وزارة الصحة المغربية، 2007):

تعلق المسح الوطني لصحة الشباب في المغرب في جزء فيه بدراسة معارف واتجاهات الشباب حول الصحة الإنجابية، أوضحت نتائج المسح أن حوالي 85% من الشباب سمعوا عن وسائل تنظيم الأسرة وأن هذه النسبة تبلغ حوالي 81% بين الذكور مقابل حوالي 89% بين الإناث، وفيما يتعلق برأي الشباب حول من يتخذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة داخل الأسرة، ومن ناحية أخرى أفاد حوالي 61% من الذكور بأنهم تعرفوا على العلامات المصاحبة للبلوغ من تلقاء أنفسهم مقابل حوالي 47% بين الإناث، كما صرح حوالي 50% من الإناث مقابل 48% عند الذكور بأنهم تعرفوا على علامات البلوغ عن طريق المدرسة والكتب. وقد بينت النتائج أن حوالي 92% من شباب الوسط الحضري مقابل 62% من الوسط القروي يعرفون عن المرض بتلقائية كما تزيد نسبة المعرفة بين الذكور منها بين الإناث.

- دراسة (Ubaidur et al., 2003):

تناولت هذه الدراسة رأي ودور الآباء في معرفة اتجاهات المراهقين اتجاه قضايا الصحة الإنجابية، حيث أن الآباء في بنغلاديش يلعبون دورا هاما في حياة الشباب، وأن إشراك الآباء لهو أمر حيوي في بناء بنية داعمة لبرامج الصحة الإنجابية للمراهقين، وقد جمع بيانات الدراسة 578 أب من المناطق الحضرية وعلى الرغم من أن ثلثي الآباء يمارسون أساليب تنظيم الأسرة إلا أن معرفتهم بطرق انتقال الأمراض الجنسية كان منخفضا جدا وأن واحد فقط من الآباء من كل ثلاثة يعرف عن الأمراض المنقولة جنسيا وطرق الحماية منها. وأن ما يقرب من 28% من الآباء ناقشوا قضايا الصحة الإنجابية مع أولادهم. ومع ذلك اقترح الآباء أن على المراهقين الناشطين جنسيا استخدام الواقي الذكري لمنع الحمل غير المرغوب به ولتفادي الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بالإضافة إلى ذلك رأى الآباء أنه يجب تأخير سن الزواج وتأخير الإنجاب.

- دراسة (Zwicker et al., 2004):

تناولت هذه الدراسة الصحة الإنجابية للشباب البنك الدولي والأهداف الإنمائية الألفية، وهذا التقرير له هدفان:

الأول: الصحة الإنجابية للشباب عنصر أساسي لتحقيق الأهداف الإنمائية الألفية والحد من الفقر.

الثاني: أهمية دور البنك الدولي لتعزيز التقدم نحو تحقيق الأهداف في البلدان المستفيدة من خدماتها وتوفير القيادة لصالح الشباب في هذا الجهد.

ويعتمد هذا التقرير على وثائق البنك الدولي ومقابلات مع موظفي البنك الدولي، فضلا عن الصحة الإنجابية للشباب في عام 2000 ثم التوصل بين البلدان الغنية والبلدان الفقيرة إلى اتفاق من أجل القضاء على الفقر المدقع، في أشد البلدان فقرا من 30 إلى 40% من السكان هم من الشباب الذي تتراوح أعمارهم وشباب اليوم تصبح في عقد واحد قصير هم آباء وأمهات الغد وقادة الجيوش والقوى العاملة. ولكن كثيرين لن يكتب لهم البقاء إلى مرحلة البلوغ بسبب الدمار الناجم عن فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، وعواقب الحمل المبكر والإجهاض غير الآمن. وأكثر بكثير من ذلك وهو بسبب انخفاض مستويات التعليم ومعيشة الفقراء، وعدم المساواة بين الجنسين، هذه العوامل تزيد من تعرض الشباب لمشاكل الصحة الإنجابية، وقد تبني البنك الدولي تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية كأكثر بنك للعالم للتنمية في مساعدة البلدان وتحديد الموارد اللازمة لتحقيق هذه الأهداف، ويستند هذا التقرير إلى تحسين حالة الصحة الإنجابية للشباب وتسيير تحقيق جميع الأهداف الإنمائية للألفية. ويجب أن تكون العلاقة السببية بين الصحة الإنجابية والتعليم وقلة الموارد أكثر وضوحا.

- دراسة (المجلس القومي للسكان، 1996):

وقد تناول هذا المسح في جانب منه المعرفة والاتجاهات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية وبالنسبة لقطاع الشباب في العينة وهم من الإناث (15-24) سنة وعددهم 2744 وقد أوضحت النتائج مستوى عالي من المعرفة لوسائل تنظيم الأسرة ومكان الحصول عليها وأيضا إطالة فترة الرضاعة كأحد الوسائل التقليدية واتجاه إيجابي نحو الموافقة على تنظيم الأسرة (75% من الزوجات في سن الشباب وأزواجهن يوافقون)، كما أظهرت النتائج أيضا وجود اتجاه سلبي لهذه الفئة في ختان الإناث حيث توافق حوالي 90% منهن على ختان بناتهن.

- دراسة (Roudsar et al.,2006)

تناولت هذه الدراسة تقييم معارف وممارسات الرجال الإيرانيين والأفغان حيال الصحة الإنجابية في منطقة جنوب غرب طهران، وقد تم استخدام استبيان لتقييم هذه الجوانب. فوجد أن متوسط مؤشرات معارف ومواقف وممارسات الإيرانيين بلغت 4.38/30 ، 13.9/20 ، و 12.99/31 ، على الترتيب، أما الأفغان، فقد بلغت تلك المؤشرات فيهم 3.79/30 ، 11.66/20 ، 11.88/31 . وبالرغم من تدني النتائج في المجموعتين، إلا أن نتائج الأفغان المتعلقة بالمواقف والممارسات كانت منخفضة جداً، ولو أن معدلات الحصول على خدمات الصحة الإنجابية كانت متساوية بالنسبة للمجموعتين. ومن ثم يوصى الباحثون بقوة إجراء مزيد من الدراسة حول دور الرجال في الصحة الإنجابية ولاسيما في ما يتعلق بالعوامل الاجتماعية والثقافية.

*** ملاحظات عامة حول الدراسات السابقة:**

باستعراض تلك الدراسات السابقة يمكن إبراز ما يلي:

- 1- معظم هذه الدراسات تناولت موضوعاتها بأسلوب وصفي دون تحليلات إحصائية متقدمة ومتعمقة لتوضيح مدى تأثير العوامل المختلفة على المعرفة والاتجاهات.
- 2- لم تقدم هذه الدراسات مقاييس إحصائية للمعرفة أو الاتجاه.
- 3- تناولت بعض الدراسات السابقة الصحة الإنجابية بشكل عام أو تناولت مكونات وعناصر الصحة الإنجابية.
- 4- بعض الدراسات السابقة تناولت تأثير بعض العوامل على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية ولكنها لم تتعرض للعوامل الاقتصادية المؤثرة بشكل دقيق.
- 5- أغلب الدراسات السابقة تناولت الصحة الإنجابية من حيث المعرفة والاتجاه لفئة معينة من المجتمع مثل: الرجال، النساء، الإناث الصغيرات في السن، لكنهم لم يتعرضوا لفئة الشباب بشكل عام ذكوراً وإناثاً.

6- يوجد ندرة في الدراسات السابقة المحلية والعربية والدولية وتكاد تكون معدومة التي تناولت دراسة العوامل الاقتصادية المؤثرة على المعرفة والاتجاه للشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية وذلك بشكل واضح ومفصل.

7- وجود نقص واضح في الدراسات السابقة (على المستوى الفلسطيني) التي تتناول الصحة الإنجابية بشكل عام أو الصحة الإنجابية للشباب بشكل خاص.

8- الدراسات السابقة التي تناولت الصحة الإنجابية في فلسطين كانت بشكل عام او مكون رئيسي وهو تنظيم الأسرة.

9- لا توجد أي دراسة فلسطينية تناولت معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية.

10- لا توجد دراسات فلسطينية تناولت دراسة العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية.

وبناءً على ما سبق تم التوصل إلى التالي:

- 1- الجانب المحلي: تعتبر هذه الدراسة الوحيدة في المجتمع الفلسطيني التي تناولت هذا الموضوع.
- 2- الجانب الدولي: تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الهامة التي تناولت تأثير العوامل الاقتصادية على معرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية.

الخلاصة:

تناول هذا الفصل التعاريف المختلفة لمفهوم الصحة الإنجابية ومن خلال تقييم تلك التعاريف تم التوصل إلى التعريف النهائي لمفهوم الصحة الإنجابية من وجهة نظر الباحث وهو مفهوم الدكتور عزت الشيشيني والذي يتلاءم مع المجتمع الفلسطيني والدول الإسلامية من حيث الدين والعادات والتقاليد وغيرها ومنه تم معرفة عناصر ومكونات الصحة الإنجابية، مع التطرق إلى مفهوم الشباب وخصائصهم ووصفهم في المجتمع الفلسطيني وذلك باعتبارهم محور هذه الدراسة ، وأخيرا تم تناول الدراسات السابقة المتعلقة بمعرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية وتقييمها والتوصل إلى أن هذه الدراسة تعتبر من الدراسات الهامة والوحيدة في المجتمع الفلسطيني بالإضافة إلى كونها تناولت أهم العوامل المؤثرة على معرفة الشباب واتجاهاتهم على الصحة الإنجابية وبالأخص العوامل الاقتصادية والتي تعتبر العنصر المميز في هذه الدراسة.

الفصل الثاني

الصحة الانجابية للشباب ما بين
المعرفة و الاتجاه

مقدمة:

المعرفة هي أولى الخطوات المؤدية على الممارسة، وعليها تتوقف باقي الخطوات التالية، وفي مجال الصحة الإنجابية فإن المعرفة الصحية بكافة الأمور المتعلقة بها تؤدي إلى اتجاهات إيجابية ثم أخيراً ممارسة سليمة تجنب الفرد العديد من المخاطر التي تتعرض لها صحته الإنجابية.

وفي البداية يجب إلقاء الضوء على مراحل السلوك المختلفة والتي تؤدي بالفرد إلى الفعل أو الممارسة مع إجراء مقارنة بين تلك المراحل في كل من العلوم السلوكية والعلوم السكانية وأيضاً إلقاء الضوء على كل من المعرفة والاتجاه، ثم نتناول بالدراسة كل جزء على حده من حيث معرفة الشباب ببعض موضوعات الصحة الإنجابية المختارة والمتاحة في تقارير المسوح الصحية وغيرها في الأراضي الفلسطينية مع التنويه إلى مصادر معرفة الشباب بموضوعات الصحة الإنجابية. بالإضافة على التعرض إلى الاتجاهات المختلفة للشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، ومما سبق سنتناول في هذا الفصل النقاط التالية:

المبحث الأول: السلوك في العلوم السلوكية والدراسات السكانية

المبحث الثاني: المعرفة بقضايا الصحة الإنجابية

المبحث الثالث: الاتجاهات نحو قضايا الصحة الإنجابية

المبحث الأول: السلوك في العلوم السلوكية والدراسات السكانية

تهتم الدراسات السكانية بدراسة كل من المعرفة والاتجاه والممارسة في القضايا السكانية المختلفة وقد بدأت بقضية تنظيم الأسرة ثم أعقبها باقي الموضوعات المختلفة، وهذا النوع من الدراسات يسمى KAP Studies وهي الأحرف الأولى من الكلمات الثلاثة Knowledge وهي المعرفة و Attitude وهي الاتجاه و Practice وهي الممارسة ونظرا لأن الدراسة ستقتصر على كل من المعرفة والاتجاه ومن ثم فإنها لن تتناول الممارسة في مجال الصحة الإيجابية، وجدير بالذكر أن الهدف من دراسة المعرفة والاتجاه ما هو إلا لصالح الممارسة، فأولى خطوات الممارسة هي المعرفة ثم تأتي خطوة تكوين الاتجاه والذي سيأخذ في ما بعد طريقه إلى الممارسة وذلك على التفصيل الذي سيرد فيما بعد.

وهنا يثور التساؤل: هل هذه العناصر الثلاث المكونة للسلوك في مجال الدراسات السكانية تتفق مع العلوم السلوكية والتي تعتمد على العوامل الاجتماعية والنفسية والمكونة لهذا السلوك. ولكن قبل إجراء هذه المقارنة نود التعرض إلى توضيح ماهية السلوك الإنساني بأنواعه وخصائصه وأبعاده الرئيسية وذلك لمعرفة الإطار العام للسلوك الإنساني والذي سيتم من خلاله إجراء هذه المقارنة بين مكونات السلوك في العلوم السلوكية ومكونات السلوك في العلوم السكانية. ومما سبق سنتناول في هذا المبحث النقاط التالية:

- المطلوب الأول: جوانب السلوك

- المطلوب الثاني: مقارنة بين مكونات السلوك في العلوم السلوكية والدراسات السكانية

المطلب الأول: جوانب السلوك

وهنا سوف نتعرض كما ذكرنا سابقا إلى مفهوم السلوك الإنساني وأنواعه وخصائصه وأبعاده الرئيسية، وذلك بشيء من التفصيل كما يلي:

أولاً: مفهوم السلوك

تستخدم كلمة السلوك للدلالة على كل أشكال وأنماط الحركة الإنسانية فالأفعال والتصرفات والتغييرات ومحاولات التأثير وغيرها من الأنشطة التي يمارسها الإنسان خلال حياته كلها تدخل جميعاً في نطاق ما تشير إليه كلمة السلوك، السلوك الإنساني هو مصدر كل لقيم في حياتنا البشرية ومصدر كل النشاط المنتج وإلى جانب هذه الآثار الإيجابية فإن له آثار أخرى مدمرة مثل الحروب (الفسفوس، 2006)

والسلوك ليس شيئاً ثابتاً ولكنه يتغير وهو لا يحدث من الفراغ وإنما في بيئة ما، قد يحدث بصورة لا إرادية وعلى نحو آلي مثل التنفس أو يحدث بصورة إرادية وعندما يكون بشكل مقصود وواعي وهذا السلوك يمكن تعلمه ويتأثر بعوامل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الفرد.

ويعرف (خير الدين، 1987) السلوك الإنساني على أنه سلسلة متعاقبة من الأفعال وردود الأفعال التي تصدر عن الإنسان في محاولاته المستمرة لتحقيق أهدافه وإشباع رغباته المتطورة، كذلك هي الأفعال أو الاستجابات التي يعبر بها الإنسان عن قبوله أو رفضه لما يتعرض إليه من أمور.

ثانياً: أنواع السلوك

أ. السلوك الاستجابي:

وهو السلوك الذي تتحكم به المثيرات التي تسبقه، فبمجرد حدوث المثير يحدث السلوك، فالحليب في فم الطفل يؤدي إلى إفراز اللعاب، ونزول دموع العين عند تقطيع شرائح البصل وهكذا تسمى المثيرات التي تسبق السلوك بالمثيرات القبلية.

إن السلوك الاستجابي لا يتأثر بالمثيرات التي تتبعه وهو أقرب ما يكون من السلوك اللاإرادي، فإذا وضع الإنسان يده في ماء ساخن فغنه يسحبها أوتوماتيكيا، فهذا السلوك ثابت لا يتغير وإن الذي يتغير هو المثيرات التي تضبط هذا السلوك.

ب. السلوك الإجرائي:

هو السلوك الذي يتحدد بفعل العوامل البيئية مثل العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتربوية والدينية والجغرافية وغيرها.

كما أن السلوك الإجرائي محكوم بنتائجه فالمثيرات البعيدة قد تضعف السلوك الإجرائي وقد تقويه وقد لا يكون لها أي تأثير يذكر.

ونستطيع القول أن السلوك الإجرائي أقرب ما يكون من السلوك الإرادي.

ثالثا: خصائص السلوك

1. القابلية للتنبؤ:

إن السلوك الإنساني ليس ظاهرة عفوية ولا يحدث نتيجة للصدفة وإنما يخضع لنظام معين، وإذا استطاع العلم تحديد عناصر ومكونات هذا النظام فإنه يصبح بالإمكان التنبؤ به، ويعتقد معدلي السلوك أن البيئة المتمثلة في الظروف المادية والاجتماعية الماضية والحالية للشخص هي التي تقرر سلوكه، ولذلك نستطيع التنبؤ بسلوك الشخص بناء على معرفتنا بظروفه البيئية السابقة والحالية، وكلما ازدادت معرفتنا بتلك الظروف وكانت تلك المعرفة بشكل موضوعي أصبحت قدرتنا على التنبؤ بالسلوك أكبر، ولكن هذا لا يعني أننا قادرون على التنبؤ بالسلوك بشكل كامل، فنحن لا نستطيع معرفة كل ما يحيط بالشخص من ظروف بيئية سواء في الماضي أو الحاضر.

2. القابلية للضبط:

إن الضبط في ميدان تعديل السلوك عادة ما يشمل تنظيم أو إعادة تنظيم الأحداث البيئية التي تسبق السلوك أو تحدث بعده، كما أن الضبط الذاتي في مجال تعديل السلوك يعني ضبط الشخص لذاته باستخدام المبادئ والقوانين التي يستخدمها لضبط الأشخاص الآخرين.

3. القابلية للقياس:

بما أن السلوك الإنساني معقد بأن جزء منه ظاهر وقابل للملاحظة والقياس والجزء الآخر غير ظاهر ولا يمكن قياسه بشكل مباشر لذلك فإن العلماء لم يتفقوا على نظرية واحدة لتفسير السلوك الإنساني، وعلى الرغم من ذلك فغن العلم لا يكون علميا دون تحليل وقياس الظواهر المراد دراستها، وعليه فقد طور علماء النفس أساليب مباشرة لقياس السلوك كملاحظة وقوائم التقدير والشطب وأساليب غير مباشرة كاختبارات الذكاء واختبارات الشخصية، وإذا تعذر قياس السلوك بشكل مباشر فمن الممكن قياسه بالاستدلال عليه من مظاهره المختلفة.

رابعاً: الأبعاد الرئيسية للسلوك:

1. البعد البشري: عن السلوك الإنساني سلوك بشري صادر عن قوة عاقلة ناشطة وفاعلة في معظم الأحيان وهو صادر عن جهاز عصبي.
2. البعد المكاني: إن السلوك البشري يحدث في مكان معين، فقد يحدث في غرفة الصف مثلاً.
3. البعد الزمني: إن السلوك البشري يحدث في وقت معين قد يكون صباحاً أو يستغرق وقتاً طويلاً أو ثواني معدودة.
4. البعد الأخلاقي: أن يعتمد المرشد/المعلم القيم الأخلاقية في تعديل السلوك ولا يلجأ إلى استخدام العقاب النفسي أو الجسدي أو الجرح أو الإيذاء للطالب الذي يتعامل معه.
5. البعد الاجتماعي: إن السلوك يتأثر بالقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد المعمول بها في المجتمع وهو الذي يحكم على السلوك على أنه مناسب أو غير مناسب، شاذ أو غير شاذ، فالسلوكيات قد تكون مقبولة في مجتمع ومرفوضة في مجتمع آخر.

المطلب الثاني: مقارنة بين مكونات السلوك في العلوم السلوكية والدراسات السكانية

يمكن اعتبار السلوك الاجتماعي للإنسان بمثابة نظام وفكرة للنظم ترمي إلى استيضاح أبعادها والتعرف على خصائصها حتى نصل على فهم دقيق لما يمكننا استخدامها كإطار للبحث في ماهية

السلوك الإنساني، وبالتالي نستطيع الاعتماد على هذا المنطق الحديث في تحليل الظواهر والأنماط السلوكية والتوصل على تفسير متكامل لها.

وفي ضوء هذا التصور ينقسم النظام السلوكي في العلوم السلوكية إلى ثلاثة عناصر رئيسية (السلمي، 1989):

العنصر الأول: المدخلات السلوكية

وتتمثل في استقبال المعلومات وهذه المعلومات تتخذ رموزاً وأنماطاً متعددة وحين تصل المعلومات تستقبلها أجهزة الإحساس وهو ما يعبر عنه بعملية الشعور وهي تتولى إرسالاً في صورة جديدة إلى منطقة التعامل معها ضمن مجموعة العمليات الذهنية المختلفة.

العنصر الثاني: العمليات السلوكية

تدخل المعلومات الواردة في صورتها الجديدة على الجزء الأوسط من النظام السلوكي (الدماغ الإنساني) وهو يتضمن مجموعة من العمليات الذهنية المختلفة التي تتولى معالجة المعلومات وهي كالاتي:

- 1- **عملية الإدراك:** وهي عملية تفسير المعلومات الواردة وإعطائها معاني ومدلولات خاصة وهي عملية شخصية يصعب قياسها وتتداخل في التأثير عليها عمليات نفسية أخرى (الدافعية والتعليم).
- 2- **عملية التفكير:** ويتم فيها التعقل والتدبر في ضوء الخبرات والتجارب السابقة والأهداف والرغبات المختلفة.
- 3- **عملية التعليم:** وهي عملية ذهنية مستمرة يستوعب فيها النظام السلوكي تجاربه وتجارب الآخرين ويترجمها إلى أنماط سلوكية جديدة وتترابط هذه العملية في عملية الإدراك والتفكير.
- 4- **عملية تكوين الاتجاهات:** وهي الميل لاتخاذ المواقف اتجاه المدركات المختلفة فإذا كانت تتفق مع أهدافه يتخذ حياً موقفاً إيجابياً وإذا كانت لا تتفق يكون الموقف يلبياً وتعتبر هذه العملية حالة وسط بين إدراك المعلومات واتخاذ القرارات.
- 5- **عملية الدافعية:** وهي العملية الذهنية المستمرة التي يحدد بها النظام السلوكي رغباته وحاجاته ويستخدمها في توجيه باقي العمليات الذهنية وصولاً على اختيارات مناسبة لأنماط السلوك الممكنة والدوافع إما أن تكون إيجابية أو سلبية.

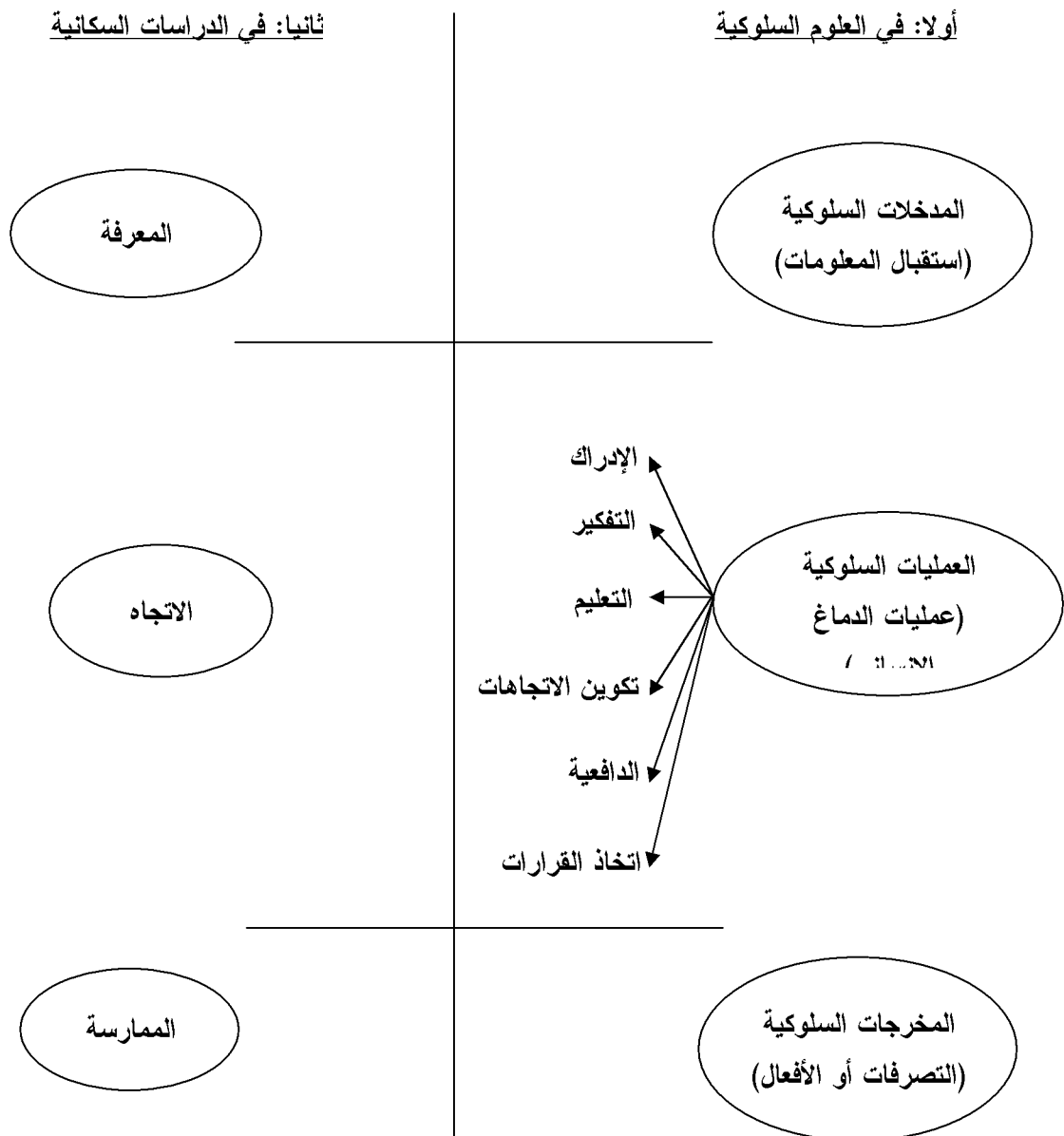
6- عملية اتخاذ القرارات: وهي العملية الذهنية الأخيرة والهامة وفيها يتم اختيار أحد البدائل أو الاختيارات ثم يترجمها في شكل سلوك أو استجابة.

العنصر الثالث: المخرجات السلوكية

وهي المرحلة النهائية لسلسلة العمليات السلوكية وتتمثل في أنماط السلوك المشاهدة من تصرفات وأفعال.

شكل (1-2)

مكونات السلوك في العلوم السلوكية والدراسات السكانية



أما بالنسبة للدراسات السكانية وكما سبق إيضاحه بأن المعرفة والاتجاه والممارسة هي المكونات الرئيسية لسلوك الفرد أي مجال من المجالات المختلفة في الدراسات السكانية.

وبمقارنة هذه العناصر الثلاث المكونة لسلوك الأفراد في الدراسات السكانية مع العناصر الثلاث المكونة للنظام السلوكي في دراسات العلوم السلوكية كما هو موضح في الشكل (1-2)، ويتضح لنا مما سبق :

1- تطابق العنصرين الأول والثالث في كل من فرعي العلوم السلوكية والدراسات السكانية، فالمعرفة ما هي إلا استقبال المعلومات وهي العنصر الأول في النظام السلوكي وهي المدخلات السلوكية. والممارسة ما هي إلا الفعل أو التصرف الصادر عن الإنسان وهي نفس العنصر الثالث في النظام السلوكي وهي المخرجات السلوكية.

2- أما العنصر الثاني وهو الاتجاه ما هو إلا عملية واحدة فقط من ستة عمليات سلوكية والتي تمثل العنصر الثاني في النظام السلوكي.

ونرى أن اختبار عملية الاتجاه دون باقي العمليات الأخرى المشار إليها يرجع إلى سببين:

1- الاتجاه يسهل قياسه إحصائياً أما باقي العمليات فهي عمليات ذهنية تدور في عقل الإنسان ويصعب قياسها.

2- الاتجاه محصلة عدد من العمليات الذهنية وهو بالتالي له دور كبير في تحديد السلوك النهائي أو الممارسة، فكلما كان الاتجاه الإيجابي قويا كلما كانت الممارسة سليمة.

المبحث الثاني: المعرفة بقضايا الصحة الإيجابية

في عالم سريع التغير في عصر تهيمن فيه ثورة المعلومات والاتصالات تكون المعرفة هي السلاح الأقوى وهي أداة السيادة الحضارية والتكنولوجية في العصر الحديث، ومن خلال المعرفة انطلق العقل الإنساني ليكتشف قوانين الحياة ويبحث عن أسرار الطبيعة ومكونات النفس البشرية ويسقط الأوهام التي كانت تقيد فكره (الكيسي، 2005).

ويرى عالم الإدارة الأمريكي "بيتر دوكر" أن العالم صار يتعامل فعلا مع صناعات معرفية تكون الأفكار منتجاتها والبيانات موادها الأولية والعقل البشري أدواتها، إلى حد باتت المعرفة هي المكون الأساسي للنظام الاقتصادي والاجتماعي المعاصر، وفي عام 1980، وفي المؤتمر الأمريكي للذكاء الاصطناعي أشاد إدوارد فراينوم إلى عبارته الشهيرة "المعرفة قوة Knowledge is power".

والمعرفة بشيء هي الإلمام به من كافة جوانبه والمعرفة قد تأتي للفرد دون مبادرة منه وهي الرسائل الإعلامية التي تنفذها سياسات الإعلام والبرامج المختلفة التي تحقق أهدافها بعينها، وهذه المعرفة تأتي عند سماع أو مشاهدة أجهزة الإعلام من راديو وتلفزيون وغيرها وكثيرا ما يحدث هذا من خلال البرامج والمشاهدات المختلفة وهنا يتلقى الفرد المعلومة طبقا لما جاءت فيه.

وقد تأتي المعرفة بدافع من الفرد نفسه طبقا لتقافته وتعليمه واهتماماته بان يقوم هو بالبحث عن موضوع معين سواء في دراسته أو قراءته أو البحث عنه في الكمبيوتر أو الإنترنت أو في البرامج الثقافية التي تبثها وسائل الإعلام المحلية أو العربية أو الأجنبية.

وقد تعددت وسائل المعرفة والاتصال في الوقت الحاضر وتطورت تطورا هائلا بسبب التكنولوجيا المتقدمة فنجد الحاسب الآلي والإنترنت والتليفون المحمول وغيرهم من الوسائل التي نجد فيها الجديد بصفة مستمرة كل هذا أدى إلى وجود ثورة هائلة في المعلومات، فإذا حدثت واقعة في أي مكان بالعالم يمكن أن يعرفها العالم أجمع في التو واللحظة.

لذا إن مفهوم المعرفة هو مصطلح قديم وليس بالأمر الجديد، فالمعرفة رافقت الإنسان منذ تفتح وعيه وتطورت معه في مستوياتها البدائية مرافقة لعمق واتساع مداركه حتى وصلت إلى ما عليه الآن، إلا أن الجديد في هذا المفهوم هو حجم تأثيرها على الحياة الاقتصادية والاجتماعية وعلى نمو الإنسان،

ومن المؤكد أن التقدم والتطور الهائل في تقنية المعلومات (مصادر المعلومات) الذي يشهده القرن الحالي والذي يعتبر أكبر تغيير في الحياة البشرية والذي مكن الإنسان من فرض سيطرته على الطبيعة، وبحيث أصبح عامل التطور في مجال المعرفة أكثر تأثيراً في الحياة من بين العوامل الأخرى المادية.

وفي البداية يجب إلقاء الضوء على مفهوم المعرفة بشكل عام وأنواعها وخصائصها ومصادرها والعوامل المؤثرة عليها ومن ثم ننتقل إلى معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإنجابية مع التطرق لتلك القضايا في الواقع الفلسطيني. ومما سبق سنتناول في هذا المبحث النقاط التالية:

- المطلب الأول: جوانب المعرفة

- المطلب الثاني: معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإنجابية

المطلب الأول: جوانب المعرفة

وهنا سوف نتناول الجوانب المختلفة للمعرفة وذلك بشيء من التفصيل كما يلي:

أولاً: مفهوم المعرفة:

تعني كلمة معرفة الإحاطة بالشيء، أي العلم به، والمعرفة هي اشمل وأوسع من العلم، ذلك أن المعرفة تشمل كل الرصيد الواسع والهائل من المعارف والعلوم والمعلومات التي استطاع الإنسان باعتباره كائن ومخلوق يفكر ويتمتع بالعقل أن يجمعه عبر مراحل التاريخ الإنساني الطويل بحواسه وفكره وعقله.

ولا شك أن المعرفة ضرورية للإنسان، لأن معرفة الحقائق تساعد على فهم القضايا التي تواجهه في حياته، وبفضل المعلومات التي يحصل عليها الإنسان يستطيع أن يتعلم كيف يجتاز العقبات التي تحول دون بلوغه الغايات التي ينشدها، وتساعد أيضاً على تدارك الأخطاء واتخاذ الإجراءات الملائمة التي تمكنه من تحقيق أمنيه في الحياة.

ولا يخفى أن جميع أنواع المعرفة ليست على مستوى واحد فهي تختلف باختلاف ما تتميز به من دقة ومن أساليب للتفكير وقواعد المنهج المتبع للوصول إليها، وهو ما يعني بوضوح، انه ليست كل معرفة تكون بالضرورة علمية، فالمعرفة العلمية تختلف عن المعرفة العادية في أنها بلغت درجة عالية من الصدق والثبات، وأمكن التحقق منها والتدليل عليها والمعرفة العادية هي علم، أما المعرفة العلمية هي التي يتم تحقيقها بالبحث والتمحيص، ويعتبر "العلم" معرفة مصنفة تتسق في نظام فكري له مفاهيمه ومقاييسه الخاصة من مبادئ وقوانين ونظريات.

لقد اختلف الكتاب والباحثين حول مفهوم المعرفة وهذا شيء طبيعي لان كل منهما ينظر على المعرفة من زاوية معينة تتناسب مع ميوله واتجاهاته مستندا في ذلك على التعاريف اللغوية أو العملياتية التي تعكس وجهة النظر تلك وسوف نقوم بعرض بعض تلك التعاريف.

يرى (ياسين، 2002) إن المعرفة هي أساس القدرة في عملية خلق الأفكار وتحقيق مستويات عالية من الجودة والإبداع التقني بل هي ضرورية لتنفيذ الأنشطة الإدارية بكفاءة وفاعلية، وفق هذا المفهوم للمعرفة أن ما تمتلكه المنظمة من معلومات في أنظمتها الداخلية والمهارات الداخلية والمهارات

والقدرات العقلية لدى العاملين تشكل مجموعها موردا للمنظمة إذا ما تم استخدامه وإدارته بشكل علمي ومنطقي ينعكس بالضرورة على أداء المنظمة إذ يوفر لها ميزة على غيرها من المنظمات المنافسة، ويذهب (الصباغ، 2004) إلى القول أن المعرفة على أنها ليست المعلومات بل هي أعلى شأن من المعلومات ولغرض الحصول على المعرفة فإننا نسعى على المعلومات ولهذا يعتقد أن المعلومات هي الخطوة الأولى للحصول على المعرفة ويتفق معه (Branch, 2004) ، إذ يعتقد أنها ترتبط بالتغذية المعلوماتية والتحليل المعلوماتي وعلاقتها بوظائف المنظمة الأساسية من جهة والعاملين وعلاقتهم بنظام المعلومات من جهة أخرى.

أما (باجات، 2003) أن المعرفة يتم ابتداعها أو إعادة بنائها أو تغييرها من أجزاء من المعلومات ذات الصلة وغير ذات الصلة إلى درجة أن المعلومات تتمتع بالنوع الصحيح من الإشارات التي تكون مساعدة على تكوين المعرفة في ذهن المتلقي، إن النظر إلى مضامين هذا التعريف نراه يعكس وجهة النظر القائلة إن المعرفة ليست شيء ثابت بل هي متغيرة سواء كانت في الأساليب والطرق أو ما يمتلكه الأفراد ومن معلومات تنعكس على طريقة أداء الأنشطة التي يمارسونها بشكل واضح (Zack, 1999).

و يعرف (دفلين، 2001) المعرفة بما يلي " هي خليط من تجارب محددة وقيم ومعلومات سياقية، وبصيرة نافذة تزود بأساس يقوم ويجد تجارب ومعلومات جديدة" ، ويرى (السكري، 1999) المعرفة " مجموعة من المفاهيم والأفكار والتصورات والقضايا التي كونها الإنسان في حياته اليومية عن العالم الخارجي بكل ما فيه من موجودات وحركات وظواهر مختلفة"، أما (Nonaka, 1995) يعرف المعرفة على أنها " الإيمان المحقق الذي يزيد من قدرة الوحدة أو الكيان على العمل الفعال".

ثانياً: أنواع المعرفة:

يمكن تصنيف المعرفة (باجات، 2003) وزملائه استناداً إلى أماكن تواجدها على أنها معرفة فردية وهي تتعلق بكل ما يمتلكه الفرد من مهارات إبداعية وخبرات عملية ومعرفة اجتماعية أو الجماعة متمثلة بالعلاقات فيما بين الأفراد في أماكن العمل أو المجتمع وما ينتج عنها من سلوك نتيجة تفاعل قيم وثقافات تلك الجماعة بما يكسبها القدرة على التعاون وتطوير تلك العلاقات بين أفراد

المجموعة أو المجتمع وأخيرا المعرفة المنظمة وهي تشمل العمليات والأحكام والقواعد والعمل الروتيني ضمن المنظمات.

أما (الصباغ، 2002) يصنف المعرفة استنادا على طرق توفرها على أنها معرفة واضحة أو يسهل نقلها والمشاركة فيها مثل البرامج الحاسوبية والنماذج العملية باستخدام طرق بحوث العمليات ومواصفات منتج معين هذا فيما يخص منظمات الأعمال أما فيما يخص المجتمعات فالمعرفة تتمثل في التشريعات والقوانين والتعليمات، أما المعرفة الضمنية فهي عادة تكون شخصية وتتعلق بما يمتلكه الفرد من خبرات ومعارف وتفكير إبداعي لذلك لا يمكن نقل أو المشاركة بمثل هذه المعرفة لأنه لا يمكن تحديد خصائصها والتعرف عليها بشكل واضح ولهذا يرى (Soo et al., 2002) وزملائه أن هذا النوع من المعرفة يصعب إدارتها لأنها في عقول الأفراد أما المعرفة الواضحة فيمكن إدارتها من خلال تنظيم مصادر المعلومات سواء كانت خارجية أو داخلية.

إن المفاهيم السابقة للمعرفة تؤكد على بعدين أساسيين لمفهوم المعرفة الأول البعد الفكري والتواصل المعرفي بما يمتلكه الفرد من خبرات، مهارات وتدفق للمعلومات والثاني الطرق والأساليب والوسائل المتبعة في تنفيذ الأعمال.

لكن صنف العديد من الباحثين ومن أهمهم نانوكا وتاكيوشي (Nanoka and Takeuchi, 1995) المعرفة حسب مصادرها على صنفين هما:

1- المعرفة الصريحة:

وهي المعرفة المنظمة المحدودة التي تتصف بالمظاهر الخارجية لها ويعبر عنها بالرسم والكتابة والتحدث وتتيح التكنولوجيا تحويلها ونقلها.

2- المعرفة الضمنية:

وهي المعرفة القاطنة في عقول وسلوك الأفراد وهي تشير إلى الحدس والبديهية والإحساس الداخلي، غنها معرفة خفية تعتمد على الخبرة ويصعب تحويلها بالتكنولوجيا بل هي تنتقل بالتفاعل الاجتماعي والقيم والمعتقدات.

ثالثاً: مصادر المعرفة

عرف (Saffady, 2000) مصدر المعرفة بأنه ذلك المصدر الذي يحوي أو يجمع المعرفة، وأكد على أن الذكاء والتعليم والخبرة أمور تحدد حدود المعرفة للأفراد، وقديماً أشار أرسطو إلى الحس كمصدر للمعرفة.

1- المصادر الخارجية:

وهي تلك المصادر التي تظهر في بيئة المؤسسة المحيطة، والتي تتوقف على نوع العلاقة مع المؤسسات الأخرى الرائدة في الميدان، أو الانتساب إلى التجمعات التي تسهل عليها عملية استتساخ المعرفة، ومن أمثلة هذه المصادر المكتبات والإنترنت والانترانت، وملاحظات لوتوس، والقطاع التي تعمل فيه المؤسسة والمنافسون لها والموردون والزبائن والجامعات ومراكز البحث العلمي وبراءات الاختراع الخارجية، وتعد البيئة المصدر الخارجي للمعلومات والمعرفة، حيث يعمل الأفراد على مختلف مستوياتهم التنظيمية ومن خلال أحد أو كل المدركات الحسية (السمعية، البصرية، اللمس، الذوق، الشم) على اكتساب البيانات والحوادث من البيئة ومن خلال قدراتهم الإدراكية والفهمية مثل (التأمل والفهم والتسيب والحكم) يستطيعون معالجة هذه البيانات وتحويلها إلى معلومات، ومن خلال الخبرة والذكاء والتفكير والتعلم يستطيع الأفراد تفسير هذه المعلومات ووضعها في معنى للتحويل إلى معرفة، والاختلاف في مستوى هذه المعرفة يتوقف على الاختلاف في الوسائل والمدركات المذكورة آنفاً.

2- المصادر الداخلية:

تتمثل المصادر الداخلية في خبرات أفراد المؤسسة المتراكمة حول مختلف الموضوعات وقدرتها على الاستفادة من تعلم الأفراد والجماعات والمؤسسة ككل وعملياتها والتكنولوجيا المعتمدة، ومن الأمثلة على المصادر الداخلية: الإستراتيجية والمؤتمرات الداخلية، المكتبات الإلكترونية، التعلم الصفي، الحوار، العمليات الداخلية للأفراد عبر الذكاء والعقل والخبرة والمهارة، أو من خلال التعلم بالعمل والبحوث وبراءات الاختراع الداخلية.

إن الإدراك المتزايد للمعرفة مرتبط بالتقدم في تقنية المعلومات، لاسيما الإنترنت، لكن البعض يؤكد أن المعرفة لا تكمن في تجميع المعلومات. وفي مجال تأمين المعلومات كمصدر للمعرفة، وهناك افتراضان:

الأول: يفترض أن البحث عن المعلومات وتطويرها يقود إلى المعرفة.

الثاني: يفترض أن نوعية المعرفة واستخدامها مستقلين عن سياقها ومصادرها، وأن المعلومات المقدمة لصانع القرار تكون من مصادر أخرى.

رابعاً: خصائص المعرفة:

اختلفت وجهات النظر التي يحملها الباحثون في هذا المجال ولإفادة المتوقعة منها، وقد أشار (زكريا، 1998) إلى عدة خصائص تتميز بها المعرفة عن سائر مظاهر النشاط الفكري الإنساني هي:

1- التراكمية:

المعرفة تظل صحيحة وتنافسية في اللحظة الراهنة، لكن ليس بالضرورة تبقى كذلك في المرحلة القادمة، وهذا يعني أن المعرفة متغيرة، ولكن بصيغة إضافة المعرفة الجديدة إلى المعرفة القديمة.

2- التنظيم:

المعرفة المتولدة ترتب بطريقة تتيح للمستفيد الوصول إليها وانتقاء الجزء المقصود منها.

3- البحث عن الأسباب:

التسبيب والتعليل يهدفان إلى إشباع رغبة الإنسان إلى البحث والتعليل لكل شيء، وإلى معرفة أسباب الظواهر، لأن ذلك يمكننا من أن نتحكم فيها على نحو أفضل.

4- الشمولية واليقين:

شمولية المعرفة لا تسري على الظاهر التي تبحثها فحسب، بل على العقول التي نتلقاها، فالحقيقة تفرض نفسها على الجميع بمجرد ظهورها، وهي قابلة لان تنقل إلى كل الناس، واليقينية لا تعني أن المعرفة ثابتة، بل تعني الاعتماد على أدلة مقنعة ودافعة، لكنها لا تعني أنها تعلق على التغيير.

5- الدقة والتجريد:

الدقة تعني التعبير عن الحقائق رياضياً

خامساً: العوامل المؤثرة على المعرفة:

إن كم ونوع المعلومات يختلف بالطبع من شخص لآخر طبقاً لما يتاح له من وسائل معرفة وطبقاً لثقافته واهتمامه كما سبقت الإشارة. وتوجد العديد من العوامل، التي تؤثر في المعرفة منها ما يرجع إلى الفرد نفسه ومنها ما يرجع على المجتمع الذي يعيش فيه نعرضها كما يلي (الشيشيني، 2000):

1- العوامل الخاصة بالفرد:

وهي ترجع على ما يتعلق بالفرد ذاته من ثقافة وتعليم واهتمامات مختلفة وكل ذلك ينبع من خصائصه المختلفة سواء كانت هذه الخصائص ديموغرافية أو اجتماعية أو اقتصادية مثل العمر، النوع، الحالة الاجتماعية، الحالة التعليمية، الحالة العملية، الدخل، ما يتاح للفرد من أجهزة إعلام.

2- العوامل المجتمعية:

وهي ترجع إلى المؤسسات المختلفة داخل المجتمع التي تختص بتوجيه رسائل إعلامية للأفراد أو يتاح فيها المعلومات المختلفة ويلجأ إليها الأفراد للحصول عليها وتتمثل هذه المؤسسات في الآتي:

أ- المؤسسات الإعلامية: من إذاعة وتلفزيون وصحف ومجلات وغيرها، وتعتبر هذه المؤسسات أحد المصادر الرئيسية والهامة التي تثبت المعلومات في مجالات الحياة المختلفة وذلك من خلال ما تقدمه من برامج وإعلام ومسلسلات ومقالات مختلفة وقد يكون هناك إعلاماً موجهاً لمجالات بعينها تحقيقاً لسياسات وبرامج محددة.

ب- المؤسسات التعليمية: مثل المدارس والمعاهد والجامعات المختلفة، ولهذه المؤسسات دور فعال في تكوين المعرفة من خلال ما تقدمه من برامج ومناهج دراسية ومن خلال ما يتاح للطلاب من مناقشات مع أساتذته أو أقرانه من الطلاب.

ج- **المؤسسات الدينية:** مثل المساجد والكنائس والجمعيات والهيئات الدينية المختلفة وهذه المؤسسات لها دور فعال للغاية في معرفة الأفراد بأمور حياتهم خاصة وأن الشعب الفلسطيني متدين بطبيعته، وإن المعلومات الدينية في مجالات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية لها دور أكبر في تحديد سلوكيات وممارسات الأفراد.

د- **المؤسسات الثقافية:** من دور ثقافة ومسرح وسينما وغيرها وهي أيضا تلعب دورا حيويا في مجال توصيل المعلومات للأفراد.

هـ- **المؤسسات الاجتماعية:** مثل الأندية والهيئات والجمعيات الاجتماعية سواء كانت حكومية أو غير حكومية، وتلك أيضا تلعب دورا في إمداد الأفراد بالمعلومات المختلفة من خلال أنشطتها الاجتماعية والثقافية التي تقوم بها.

و- **المؤسسات الصحية:** من مستشفيات ومراكز صحية متنوعة، وهذه المؤسسات تلعب دورا هاما في معرفة الأفراد فيما يتعلق بأمورهم الصحية ومنها بالطبع ما يتعلق بحياتهم وصحتهم الإنجابية.

ومما سبق يتضح أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر في معرفة الفرد بأمور حياته ومنها صحته الإنجابية ويمكن قياسها ونكتفي بالإشارة إليها.

المطلب الثاني: معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإنجابية

إن المعرفة والاهتمام بموضوع الصحة الإنجابية ذات أهمية كبيرة للشباب لأنهم في طور النمو والدخول في حياة أسرية يكون الإنجاب والصحة الجنسية أحد جوانبها الهامة، وتعتبر المعارف والمفاهيم السليمة والصحية جزء هام ومؤثر لتحسين صحتهم وسلامتهم.

كما أن الصحة الإنجابية ليست خدمات فحسب، بل هي معارف ومواقف وممارسة، أي أن الجوانب الوقائية والحفاظ على السلامة العامة فيما يتعلق بالحياة الجنسية والإنجابية والسلوك الصحي السليم، يجنب الفرد والأسرة والمجتمع العديد من المضاعفات والأضرار والمشاكل الصحية والاجتماعية وتزيد من فرص تمتعهم بحياة سعيدة ومثمرة.

وقد أكدت مقررات وتوصيات مؤتمر السكان والتنمية في فقرة (7.3) على ضرورة جعل المعلومات حول الصحة الإنجابية وسبل الوقاية والأمراض والحمل في متناول الشباب (UN, 1994).

ومن جهة أخرى بات من المعلوم أن المعرفة أداة أساسية في عملية التمكين والتنمية، إذ تلعب المعرفة والمعلومات دورا أكيدا في تأمين الخيارات الصحية، واتخاذ القرارات المناسبة المتعلقة بالصحة الإنجابية، من خلال عائلاتهم، فمجتمعاتهم وحكوماتهم (Coliver, 1995)، كذلك تعتبر المعرفة بمثابة الخطوة الأولى باتجاه تغيير السلوكيات، لاسيما لدى فئة الشباب التي هي معرضة بشكل خاص لمشاكل الصحة الإنجابية.

وفي البداية يجب إلقاء الضوء على بعض قضايا الصحة الإنجابية الهامة والتي يجب على الشباب معرفتها بشكل سليم وصحيح، والقضايا التي سنلقي عليها الضوء ثلاثة وهي:

- معرفة الشباب بمظاهر البلوغ.

- معرفة الشباب بتنظيم الأسرة.

- معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا.

وقبل التطرق إلى القضايا السابقة يجب التنويه على القضية الأساسية وهي معرفة وسماع الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية بشكل عام.

أولا: معرفة الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية:

تعرف الصحة الإنجابية على أنها "حالة من الرفاه الكامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته للذكر والأنثى، وليس مجرد السلامة من المرض" (المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، 1994).

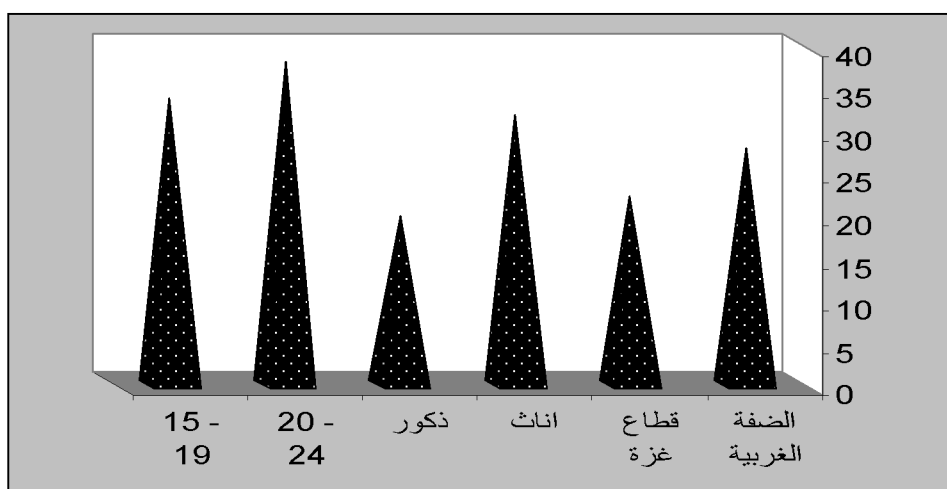
لقد اختزل مفهوم الصحة الإنجابية في عقول الكثير من الناس على أنه (تنظيم الأسرة) واختزل مفهوم (تنظيم الأسرة) والذي هو بالأساس المباشرة بين الولادات، على أنه (منع الحمل) وهو من المصطلحات سيئة السمعة في مجتمعاتنا العربية المسلمة وخاصة المجتمع الفلسطيني، وقد واجهت العديد من برامج التوعية والإرشاد الخاصة بالرجال والبالغين والقيادات المجتمعية العديد من هذه النماذج ذات المواقف السلبية والتي كان سببها عدم القدرة على توضيح المفاهيم بشكل سليم من قبل القائمين على برامج التوعية والإرشاد (العفيفي، 2005).

أكدت المؤتمرات والمنتديات العالمية حول قضايا السكان وأهمية الاستثمار والتركيز على المفهوم الشامل للصحة الإنجابية لما تمثله من مساهمة فعالة في التنمية والارتقاء بمستوى نوعية الحياة، ولا بد أن يشمل تركيز تلبية احتياجات الفئات الخاصة في مجالات الصحة الإنجابية المختلفة وفق احتياجاتها وخصوصا الشباب من كلا الجنسين، وتشير الإحصاءات الدولية أن حوالي ثلث السكان في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هم من الأطفال وبالتالي سيدخلون خلال العقد القادم مرحلة المراهقة والشباب حين فترة البلوغ والخصوبة والزواج المبكر والحمل والولادة ومرحلة الانخراط بسوق العمل مما يحتم توفر المزيد من خدمات الصحة الإنجابية (دريدي والعمرى، 2005).

1- معرفة الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية في المجتمع الفلسطيني

ومن خلال بيانات مسح الشباب عام 2003 والذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، نرى بأن الشباب يشكلون حوالي ثلث السكان، وتشير بيانات مسح الشباب في الأراضي الفلسطينية 2003، أن حوالي ربع الشباب 25.7% سمعوا عن مفهوم الصحة الإنجابية، وترتفع النسبة في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة بواقع 27.8% مقابل 22.1%، ويلاحظ أن سماع الإناث بالمفهوم أكبر بكثير منه بين الذكور بواقع 31.8%، 19.8% على التوالي، علما بأن نسبة السماع بمفهوم الصحة الإنجابية ترتفع مع ارتفاع العمر إلا أن النسبة بين الشباب في الفئتين 15-19، 20-24 سنة متدنية مع الأخذ بالاعتبار أن هذه الفئات هي فئات التعليم الثانوي والجامعي، فقد بلغت النسبة 33.7%، 37.9% على التوالي. ويتضح ذلك من الشكل التالي:

شكل (2-2): نسبة سماع الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية حسب المنطقة والجنس والعمر، 2003



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قاعدة بيانات مسح الشباب، 2003.

وما سبق يشير على أن حوالي 75% من الشباب لم يسموا بمفهوم الصحة الإنجابية وذلك حسب بيانات مسح الشباب الأخير عام 2003، وأن هذه النسبة مرتفعة جدا وذلك يعود على عجز برامج التوعية والإرشاد إلى توصيل المعلومات الكافية للشباب فيما يتعلق بمفهوم الصحة الإنجابية.

وهذا يظهر بشكل واضح في نتائج مسح الشباب بأنهم على علم بعناصر الصحة الإنجابية عندما تطرح عليهم بشكل منفرد ولكنهم لا يعلمون أنها مجتمعة تشكل مفهوما شاملا هو الصحة الإنجابية وبالطبع فغن إيصال معلومة كهذه هو من واجب العاملين في برامج التثقيف الصحي والعاملين في القطاع الصحي.

وهذا يتوافق مع الدراسات السابقة، التي تؤكد وجود دلائل متنامية في المنطقة العربية تفيد أن إمكانية الوصول والحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية من قبل الشباب تبقى محدودة وغير كافية، وهذا ما ينعكس على نقص في المعلومات حول السلوكيات الخطرة على الصحة بشكل عام وتلك التي تشكل خطرا على الصحة الإنجابية، لاسيما الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الإيدز (راضي، 2004).

وبالفعل تشير الدراسات المتوفرة أن لدى الشباب الكثير من المعلومات المغلوطة عن قضايا الصحة الإنجابية وذلك يعود على نقص المعرفة والتوعية والإرشاد، وفي بعض البلدان مثل لبنان يتركز مفهوم الصحة الإنجابية لدى الشباب حول إمكانية إنجاب مواليد أصحاء (Hatab, 1996)، وتؤكد بعض الدراسات أيضا حاجة الشباب إلى المزيد من المعلومات حول الصحة الإنجابية، ففي مصر مثلا تشير المعلومات المتوفرة عبر مشروع (الخط الساخن) أن فئة الشباب بحاجة إلى معلومات إضافية حول الصحة الإنجابية والجنسية، إذ أن 60% من المتصلين غير المتزوجين، وأكثر من 37% منهم طلبوا معلومات مفصلة حول الصحة الإنجابية (National AIDS Control Programme, 2000).

ثانيا: معرفة الشباب بمظاهر البلوغ

إن معظم المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية التي تواجه النساء والرجال البالغين تكون نتيجة نقص أو خلل في تربيتهم الجنسية خلال مراحل حياتهم المختلفة، ففي خلال انتقال الكائن البشري من الطفولة إلى المراهقة والشباب تحدث تغيرات مهمة في حياته البيولوجية والعقلية، والعاطفية ويضاف

عليها التغيرات الاجتماعية حيث يمر من دور البنوة إلى أدوار الأبوة والأمومة وتكوين أسرة، فالبلوغ هي المرحلة التي تتطور فيها وظائف الجهاز التناسلي ليقوم بوظائفه التناسلية وما يصاحبه من تغيرات جسمية ونفسية وعاطفية، وتبدأ في سن العاشرة وتنتهي في سن السادسة عشر عند الإناث والسابعة عشر عند الذكور، ومن الأهمية أن يدرك الشخص هذه المرحلة عند مظاهر البلوغ لأنه يساعد الإناث والذكور على التعرف على التطورات الجسدية والنفسية التي يمر بها وتكيفهم مع النضج بشكل سليم وصحي فيتعاملون معها بوعي وعقلانية، فالثقافة بالصحة الإنجابية بما في ذلك الصحة الجنسية في هذه المرحلة ذو أهمية بالغة بهدف حثهم على اتخاذ سلوكيات صحية وتنمية قدراتهم على اتخاذ قرارات مستنيرة في علاقاتهم مع الجنس الآخر وفي الزواج والإنجاب (عبد الغني، 2006).

ومن هنا تظهر أهمية معرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل أن تحدث أي قبل وصولهم لسن البلوغ، فهي دراسة عن معرفة في فترة زمنية سابقة وهذا النوع من الدراسة يسمى الدراسة الاسترجاعية (Retrospective Study).

1- معرفة الشباب بمظاهر البلوغ في الأراضي الفلسطينية:

بالرجوع إلى بيانات مسح الشباب في الأراضي الفلسطينية عام 2003 لمعرفة واقع معرفة الشباب ذكورا وإناثا بمظاهر وعلامات البلوغ لديهم وعند الجنس الآخر بالإضافة إلى مصادر تلك المعرفة. أشارت بيانات مسح الشباب في الأراضي الفلسطينية لعام 2003 عن معرفة الشباب بالتغيرات الجسدية والفسولوجية وعلامات البلوغ لدى الجنس والجنس الآخر، فقد أظهرت البيانات أن الإناث تتميز بمعرفة التغيرات وعلامات البلوغ للإناث أكثر من معرفة الذكور بالتغيرات للذكور حيث بلغت النسبة لمعرفة ثلاث تغيرات 87.1% مقارنة مع 75.2% على التوالي، وقد بلغت معرفة الإناث بثلاث تغيرات لدى الذكور 75.7% مقارنة مع معرفة الذكور بثلاث تغيرات للإناث بواقع 51.5%، وتشير البيانات أيضا أن المعرفة في الضفة الغربية أفضل منها في قطاع غزة. ويتضح ذلك من الجدول التالي:

جدول (1-2): معرفة الشباب لثلاث تغيرات عند البلوغ للذكور والإناث، 2003

المعرفة بعلامات البلوغ عند الإناث		المعرفة بعلامات البلوغ عند الذكور		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	
87.1	51.5	76.7	75.7	الأراضي الفلسطينية
89.4	55.8	77.9	79.9	الضفة الغربية
83.4	44.4	74.7	67.2	قطاع غزة
88.9	54.0	77.1	71.6	حضر
86.2	49.1	74.8	82.2	ريف
83.3	45.9	78.4	75.9	مخيم

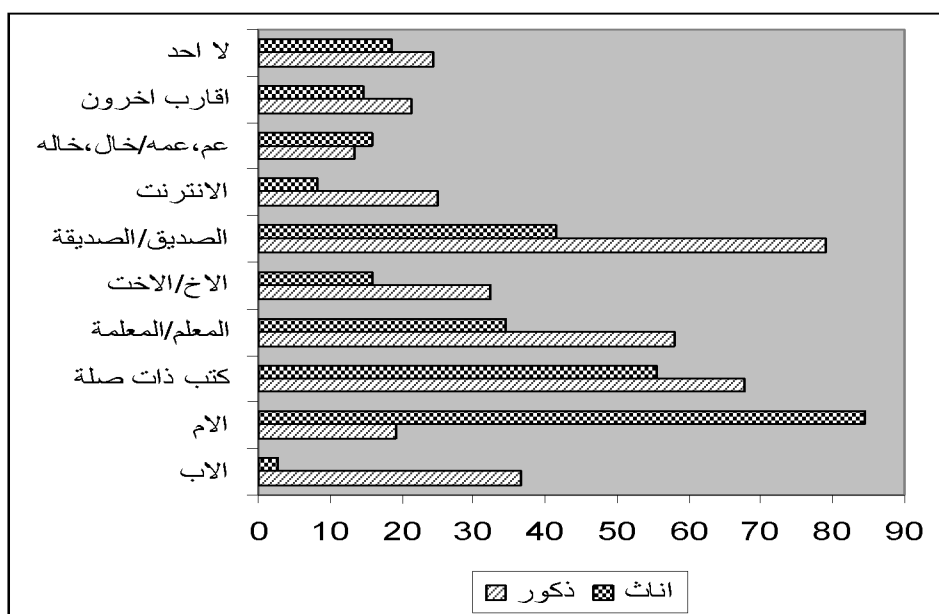
المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005، قاعدة بيانات مسح الشباب 2003.

2- مصدر معلومات الشباب عن مظاهر البلوغ في الأراضي الفلسطينية:

تشير بيانات مسح الشباب إلى أن مصادر المعرفة للتغيرات الفسيولوجية وعلامات البلوغ قد تنوعت تبعاً للجنس، فيلاحظ أن الأم قد شكلت المصدر الرئيسي لمعلومات الإناث بواقع 84.5%، وشكلت الكتب ذات الصلة بالموضوع 55.5%، وشكل الصديق مصدراً بنسبة 41.5% مقارنة مع المدرس كمصدر بواقع 34.4%.

أما بالنسبة للذكور فقد شكل الصديق المصدر الرئيسي للمعلومات بواقع 79.1% وشكلت الكتب ذات الصلة بالموضوع ما نسبته 67.8% وشكل المدرس مصدراً بنسبة 58.1% بينما كانت الإنترنت مصدراً بنسبة 25.1% للذكور مقارنة مع 8.2% كمصدر للإناث. ويتضح ذلك من الشكل التالي:

شكل (2-3): مصادر معلومات الشباب عن مظاهر البلوغ حسب الجنس، 2003



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005، قاعدة بيانات مسح الشباب 2003.

ثالثاً: معرفة الشباب بتنظيم الأسرة

في منتصف الخمسينات ظهرت مشكلة الزيادة السكانية السريعة على مستوى العالم خاصة الدول النامية، وترجع هذه المشكلة إلى الانخفاض السريع الذي حدث لمعدلات الوفيات بسبب التقدم الطبي الذي حدث في حين استمرت معدلات المواليد على وضعها المرتفع مما تسبب في وجود فجوة كبيرة بين المواليد والوفيات. وحتى مع حدوث انخفاض معدلات المواليد في الدول النامية إلا أنه لم يكن بالقدر الذي حدث لمعدلات الوفيات مما أدى إلى أن الفجوة ما زالت موجودة وغن كانت قد قلت عما قبل.

وقد ظهر مفهوم تنظيم الأسرة كوسيلة للحد من ازدياد معدلات المواليد وذلك في المؤتمرات الدولية التي عقدت لمناقشة قضايا السكان على أن عقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة عام 1194، حيث أتى بمفهوم جديد وهو الصحة الإنجابية، وقد انطوى هذا المفهوم على قضية تنظيم الأسرة كأحد القضايا التي تحقق الصحة الإنجابية.

وفي مؤتمر الرباط عام 1971 وتحت عنوان الإسلام وتنظيم الأسرة تم تعريف تنظيم الأسرة بأنه: "قيام الزوجين بالتراضي بينهما وبدون إكراه باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل أو

تجيبه، بما يناسب ظروفها الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادها وأنفسهما"، وقد لخص (الصلاح، 2003) الفوائد الصحية والاقتصادية لتنظيم الأسرة في الجدول التالي:

جدول (2-2) : الفوائد الصحية والاقتصادية لتنظيم الأسرة

فوائد اقتصادية	فوائد صحية
- الضغط على النمو السكاني المرتفع.	- تقليل الوفيات والأمراض بين الأمهات والأطفال.
- تخفيف معدل الإعاقة وتحسين حالة الأسرة المادية.	- الوقاية من الحمل غير المرغوب فيه ومخاطره.
- زيادة رفاهية الأسرة.	- المحافظة على صحة الأطفال الجسدية والنفسية.
- زيادة فرص العمل أمام طالب العمل.	- تحسين صحة الآباء (بزيادة فرص الراحة والرفاهية)
- عدم تشتت ملكية الأرض.	- تحسين الحالة الغذائية بين الأمهات والأطفال
- التخفيف من الفقر.	- منع الحمل في حالة وجود أمراض وراثية معروفة في العائلة.
- تقدم المجتمع ورفاهيته.	
- الحفاظ على وضع الموارد والبيئة والتقليل من استهلاكها.	

لذا فإن تنظيم الأسرة كان وما زال هو المحور الرئيس لخفض معدلات الزيادة السكانية، وأن الدول النامية توليه أهمية خاصة في البرامج والسياسات السكانية المختلفة.

على سبيل المثال، تميل الأسرة العربية اليوم في كل البلدان العربية إلى تنظيم الأسرة والإنجاب والمباعدة بين الولادات، وهو سلوك أصبح من اليسر ملاحظته لدى أغلبها، نتج عنه انتشار لتقافة إنجابية معينة وترسخ في الفكر والسلوك لتصور معين لحجم الأسرة، كما التحقت دولا عربية أخرى تباعا ووضعت برامج أو توجهات وفرت البيئة الداعمة لتنظيم الأسرة والخدمات المسيرة لها، ولم تكن الحكومات دائما هي السباقة إلى ذلك والمتحملة لمسؤولية نجاح التوجه وتوفير مستلزماته مثلما هو الحال في تونس، بل إن برامج تنظيم الأسرة انطلقت في بعض البلدان وبمساهمة فاعلة من طرف جمعيات أهلية جنبا على جنب مع الحكومات.

وفي مجموعة أخرى من الدول العربية، لا يلاحظ وجود أي سياسة أو برامج أو حتى تنظيم هيكلية يهتم بتنظيم الإنجاب لكن بالرغم من ذلك فإن ارتفاع مستويات التعليم للمرأة خاصة وخروجها

للعمل واكتساب أنماط عيش جديدة جعلت الأسر تفضل الإنجاب المتباعد والبعد عن إنجاب الأعداد الكبيرة من الأطفال.

وهنا، لا بد في البداية من وضع إطار للمعرفة بتنظيم الأسرة بوجه عام يتضمن كافة عناصرها أي الموضوعات التي تمثل كافة الجوانب المتعلقة بتنظيم الأسرة، ويفيد هذا الإطار في أمور ثلاثة:

أ- عند وضع برامج توعية بتنظيم الأسرة.

ب- عند قياس درجة المعرفة.

ج- عند إجراء المسوح عن المعرفة بتنظيم الأسرة.

ومن ثم يجب توضيح ما يجب أن يعرفه الشباب عن تنظيم الأسرة، وأخيراً، نبذة عن واقع معرفة الشباب بتنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية.

1- عناصر المعرفة بتنظيم الأسرة:

يتحدد إطار المعرفة بتنظيم الأسرة من عنصرين أساسيين يندرج تحت كل منهما عدد من الجوانب وهما كما يلي:

العنصر الأول: المعرفة بمفهوم تنظيم الأسرة ذاته:

ويتحقق ذلك بمعرفة الجوانب التالية:

أ- إنجاب عدد محدود من الأطفال.

ب- التباعد بين الولادات وأهميته.

ج- الرضاعة الطبيعية وأهميتها.

د- الدين لا يحرم تنظيم الأسرة بل يحبذ.

هـ- تنظيم الأسرة يحقق فائدة بالنسبة للأم والطفل.

و- تنظيم الأسرة يحقق فائدة بالنسبة للأسرة.

ي- تنظيم الأسرة يحقق فائدة بالنسبة للدولة.

العنصر الثاني: المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة

ويتحقق ذلك بمعرفة الجوانب التالية:

أ- أنواع الوسائل.

ب- كيفية استخدام الوسائل.

ج- أسعار الوسائل.

د- مميزات كل وسيلة.

هـ- الآثار الجانبية للوسائل (إن وجدت).

و- كيفية الحصول على الوسائل.

ويلاحظ أن العنصر الأول هو الذي يكون الاتجاه لدى الفرد نحو ممارسة تنظيم الأسرة من عدمه، أما العنصر الثاني فإنه يساعد على الممارسة السليمة لتنظيم الأسرة، وقد كانت الأبحاث تركز على المعرفة بوسائل تنظيم، الأسرة فنجد أن المعرفة عالية وأن الممارسة اقل وتصل إلى نتيجة أن هناك فجوة كبيرة بين المعرفة والممارسة ولكن يجب أن لا تقاس المعرفة بتنظيم الأسرة بالمعرفة بالوسائل فقط بل يجب التركيز على المعرفة بالمفهوم ذاته وهو الدافع الأساسي لتنظيم الأسرة.

2- ما يجب أن يعرفه الشباب عن تنظيم الأسرة:

بالقطع تختلف شرائح المجتمع فيما يجب أن تعرفه عن تنظيم الأسرة، فالمرأة المتزوجة وهي في سن الإنجاب يجب أن تعرف كافة جوانب تنظيم الأسرة الموضحة في الإطار السابق أما باقي شرائح المجتمع فيجب التركيز على التركيز على الجوانب التي تهمها.

وإن الشباب ذكورا وإناثا وهم في مرحلة ما قبل الزواج أو في بدايته يجب أن تكون المعرفة بمفهوم تنظيم الأسرة (أي بالعنصر الأول في الإطار) هي الأساس فإن تلك المعرفة هي أولى الطرق

المؤدية إلى الممارسة، أما المعرفة بالوسائل (العنصر الثاني في الإطار) فتأتي في المرتبة الثانية وتزداد أهميتها بعد الزواج.

3- واقع معرفة الشباب بتنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية:

يمر الشعب الفلسطيني منذ عقود بظروف قاسية نتيجة استمرار خضوعه للاحتلال، ونتيجة لاستمرار الإجراءات القاسية التي يفرضها الاحتلال خلال آخر خمس سنوات منذ أيلول عام 2000، وعندما يعيش الناس تحت ظلم وقمع وآلام كثيرة، وعندما يقتل الأطفال وتستباح دماءهم فقط بسبب الهوية الوطنية التي يحملونها، وعندما تهدد حياة اثنين أو ثلاثة من البشر كل يوم، عندما يحدث ذلك كلهن يصبح الحديث عن مسألة تنظيم الأسرة إلى حد ما خارج السياق، لذلك يختلف توجه الشعب الفلسطيني والحكومة عن توجهات الدول المستقرة التي تحظى بالاستقلال لذلك يقل تفكير واهتمام صانعي السياسات وجمهور العامة بقضايا الزيادة السكانية والعوامل المؤثرة فيها، واثرت تلك الزيادات السكانية على عمليات التنمية المستدامة والتخطيط، فنجد الاهتمامات تتمحور في تبني السياسات التي توفر الحد الأدنى من الخدمات الرئيسية وكذلك العمل على تمهيد الطريق للخلاص من الاحتلال ونيل الاستقلال.

تصنف فلسطين من حيث المفهوم أنها دولة لا تتبنى سياسة تخطيط دراسة الزيادة السكانية رسمياً، حيث تفتقر الأراضي الفلسطينية إلى سياسة سكانية مقرر ومطبقة على المستوى السياسي، إلا أنه تم مؤخراً تشكيل لجنة وطنية للسكان لا قرار سياسات سكانية واضحة في الأراضي الفلسطينية. وعلى الرغم من ذلك نجد هناك سياسات قطاعية تخدم بطريقة غير مباشرة السياسة السكانية، ولكن ذلك يؤثر على تضافر الجهود والعمل المشترك لتحقيق سياسة واضحة تخدم في النهاية تخطيط وضبط النمو السكاني. في المقابل نجد الكثير من الدول النامية ومنها دول عربية تتبنى سياسات سكانية واضحة، تشكل مجالس للسكان لمتابعة تنفيذ تلك السياسة لخدمة غايات التنمية فنجد على سبيل المثال الأردن، مصر، الجزائر، تونس، اليمن تتبنى سياسات سكانية واضحة تهدف إلى ربط الزيادة السكانية بالتنمية، ويلاحظ مدى التطور والتنمية في تلك الدول التي تبنت سياسات سكانية وحقت معدلات نمو وتنمية منافسة على المستوى العالمي منها بعض الدول الآسيوية (ماليزيا، كوريا الجنوبية، وإندونيسيا). نرى من الضرورة بمكان أن تستفيد فلسطين من تجارب الآخرين وتبدأ بالتخطيط لتحقيق التنمية من خلال ضبط الزيادة السكانية حيث الموارد المحدودة والخصوبة المرتفعة، والزواج المبكر وتحسن

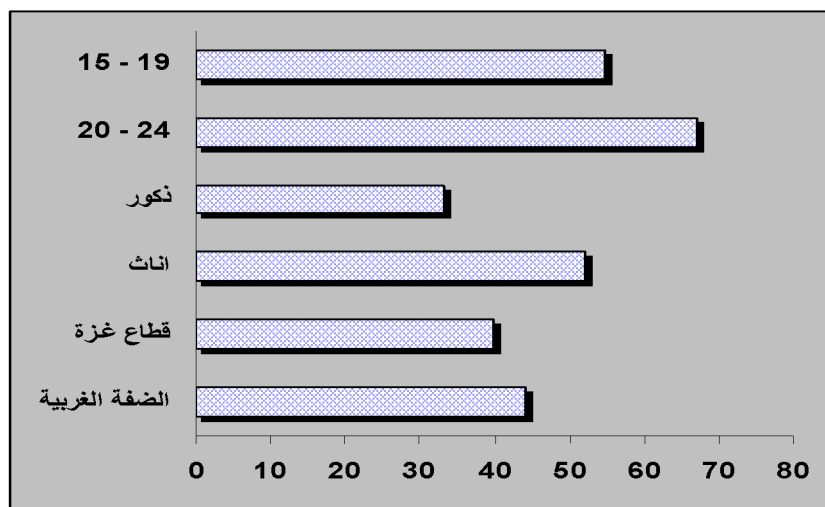
المستوى الصحي الذي ينتج عنه ارتفاع معدلات البقاء على قيد الحياة وقد أثبتت نتائج المسوح الصحية الديموغرافية خلال العشر سنوات الأخيرة مدى تأثير هذه العوامل على تأخير النهوض بالعملية التنموية (المسح الصحي الديموغرافي، 2004).

على الرغم من عدم وجود سياسة سكانية في الأراضي الفلسطينية كما ورد ذكره في المقدمة إلا أن هناك إقرار بحقوق الصحة الإنجابية حيث تتوفر خدمات الصحة الإنجابية من خلال برامج وزارة الصحة والتي تعني بشؤونها إدارة متخصصة وهي الغدارة العامة لصحة المرأة والتي تعنى بتوفير خدمات الصحة الإنجابية والتي أحد أبرز مكوناتها تنظيم الأسرة، هذا بالإضافة إلى جهود وأنشطة المنظمات والجمعيات الأهلية وغير الحكومية وعلى سبيل المثال جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، وبالاطلاع على نتائج مسح الشباب عام 2003، في الأراضي الفلسطينية وهو المسح الوحيد الذي تناول الأمور المتعلقة بالشباب نتوصل على ما يلي:

تشير بيانات عام 2003 أن معرفة الشباب بمفهوم تنظيم الأسرة بشكل صحيح وسليم قد بلغ 42.5% في الأراضي الفلسطينية بواقع 44.2% في الضفة الغربية مقابل 39.7% في قطاع غزة، كما وتشير البيانات أن معرفة الإناث بتنظيم الأسرة معرفة صحيحة أكبر بكثير منه بين الذكور بواقع 52% للإناث مقابل 33.3% للذكور.

ويتضح أن نسبة معرفة الشباب بتنظيم الأسرة بشكل صحيح ترتفع بارتفاع العمر وهو ما يمكن بشكل أساسي الحالة التعليمية والزواجية للشباب، فيلاحظ أن النسبة بين الشباب (15-19) سنة قد بلغت 54.7%، وترتفع بشكل ملحوظ على 66.9% بين الشباب (20-24) سنة. ويتضح ذلك من الشكل التالي:

شكل (2-4): نسبة معرفة الشباب بتنظيم الأسرة حسب المنطقة والجنس والعمر

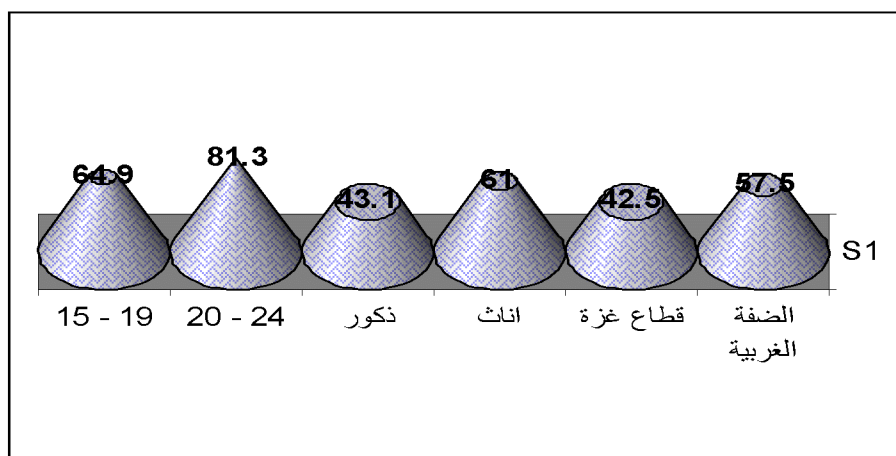


المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني/ مسح الشباب 2003

وتشير بيانات عام 2003 أن سماع الشباب بوسائل تنظيم الأسرة قد بلغ 51.8% بواقع 57.5% في الضفة الغربية مقابل 42.5% في قطاع غزة، كما وتشير البيانات أن سماع الإناث بوسائل تنظيم الأسرة أكبر بكثير منه بين الذكور بواقع 61.0% مقارنة مع 43.1% على التوالي.

ويتضح أن نسبة السماع بوسائل تنظيم الأسرة ترتفع أيضا بارتفاع العمر وهو ما يعكس بشكل أساسي الحالة التعليمية والزواجية للشباب، فيلاحظ أن النسبة بين الشباب (15-19) سنة قد بلغت 64.9% وترتفع بشكل ملحوظ إلى 81.3% بين الشباب (20-24) سنة. ويتضح ذلك من الشكل التالي:

شكل (2-5): نسبة سماع الشباب بوسائل تنظيم الأسرة حسب المنطقة والجنس والعمر



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني/ مسح الشباب 2003

رابعاً: المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً:

لقد ازداد الاهتمام مؤخراً بنشر الوعي حول الأمراض المنقولة جنسياً وأخطرها فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز). ويعتبر الوعي بالأمراض المنقولة جنسياً أمراً هاماً لأنها أمراض سريعة الانتشار وتشكل مشكلة صحية في العالم النامي حيث تحدث ملايين من حالات العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً على مستوى العالم، وبالرغم من الإحصائيات حول الأمراض المنقولة جنسياً قليلة وغير كافية وغير كاملة، إلا أن الأخصائيين من الأطباء يجمعون على أن هذه الأمراض في ازدياد مستمر وهذا غالباً ما ينعكس على الصحة الجنسية والإنجابية للشباب الذين لا يحصلون على المعلومات الضرورية والخدمات الملائمة في معظم الأحيان.

1- ماهية الأمراض المنقولة جنسياً

هي مجموعة من الأمراض تنتقل من شخص إلى آخر أثناء الممارسة الجنسية، وتوجد العشرات من الأمراض التناسلية التي تنتسب عن أنواع كثيرة من الميكروبات الضارة، ومن هذه الأمراض ما ينقل عن طريق الاتصال الجنسي فقط، ومنها ما ينقل عن طريق الاتصال الجنسي ونقل الدم أيضاً (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1997)، وبيان هذين النوعين من الأمراض كما يلي:

النوع الأول: أمراض تنقل جنسياً فقط

- الزهري.
- السيلان.
- الكلاميديا.
- مرض الحلاء التناسلي (هيربس).

النوع الثاني: أمراض تنقل جنسياً وعن طريق نقل الدم

- الإيدز.
- الالتهاب الكبدي الوبائي فيروس (B).

وأهم هذه الأمراض وأكثرها انتشارا وشهرة هي السيلان والزهري والإيدز، هذا وقد يتعرض البعض للإصابة بأكثر من مرض في وقت واحد.

والأمراض المنقولة بسبب الاتصال الجنسي تكون أكثر خطورة إذا لم يتم معالجتها مبكرا (أو بالطبع من الأفضل تجنب العدوى) فمرض مثل الإيدز لا شفاء منه ومرض الزهري يستغرق علاجه وقتا طويلا، وترجع خطورة هذه الأمراض أيضا إلى أنها تنتقل بسرعة ويمكن أن تصيب القلب أو المخ أو أعضاء الجسم المختلفة، كما قد تؤدي إلى الوفاة فهي تسبب معاناة العديد من البشر في العالم صحيا وماليا، وان أي شخص معرض للإصابة رجلا كان أو امرأة، غنيا أو فقيرا، طفلا أو شابا أو تقدمت به السن، وبالطبع أن البغايا والشواذ والمتعاملين معهم هم أكثر الناس عرضة للإصابة بهذه الأمراض.

وإن المخاطر التي تحدث للمرأة التي تتعرض للإصابة بهذه الأمراض تفوق مخاطر الرجل، فبجانب المضار الصحية التي تصيب جسدها توجد مخاطر أخرى تتعلق بالحمل وقد تؤدي على الإجهاض أو الولادة المبكرة أو انتقال العدوى إلى جنينها فيولد مصابا بهذه الأمراض وقد يؤدي ذلك على حدوث تشوهات خلقية أو إلى وفاته، كما أن هذه الأمراض قد تسبب عقم المرأة أيضا، وقد قدر العلماء أن عبء الإصابة بتلك الأمراض بين النساء أكثر بخمس مرات عن العبء بالنسبة للرجال، وفي الدول النامية يأتي عبء هذه الأمراض على النساء في سن الإنجاب تاليا في المرتبة بعد الوفيات والاعتلال .

2- الأمراض التي سنتناولها الدراسة:

ونتناول بشيء من التفصيل أهم الأمراض المنقولة جنسيا مع التركيز على مرض الإيدز الذي يعد أكثر خطورة لعدم اكتشاف علاج له حتى الآن.

* مرض السيلان:

الميكروب المسبب للمرض يسمى Gonococcus، وفترة الحضانة وهي ما بين دخول الميكروب وظهور الأعراض وتتراوح ما بين يومين إلى أسبوعين.

أولاً: أعراض المرض

1. حرقان في البول مع كثرة التبول.
2. إفراز صديدي من قناة البول.
3. حرقان بالفرج واحمراره.
4. التهاب حاد بالرحم.

ثانياً: طرق انتقال المرض

1. الاتصال الجنسي.
2. من الأم المصابة إلى الجنين أثناء عملية الولادة.

ثالثاً: طرق الوقاية

1. الامتناع عن العلاقات الجنسية المحرمة.
2. استخدام الواقي الذكري.

رابعاً: خطورة المرض:

1. الأعراض لا تظهر فور الإصابة ولكن بعد فترة حضانة الميكروب.
2. تورم مفاصل اليدين والرجلين.
3. التهابات الجلد خاصة عند المرأة حيث تظهر بقع حمراء.

*** مرض الزهري:**

الميكروب المسبب للمرض ميكروب ذو شكل حلزوني، وأكثر اسماكن دخول الميكروب للسيدات هو الفرج وعنق الرحم.

أولاً: أعراض المرض

يظهر المرض في ثلاثة أطوار:

- 1- الطور الأول: بعد دخول الميكروب في فترة حضانة تتراوح بين عشرة أيام على ثلاثة أشهر وبعدها تظهر قرحة صلبة على الأغشية المخاطية.
- 2- الطور الثاني: بعد حوالي شهرين تغزو الميكروبات الدم ويظهر طفح جلدي عام ذو لون نحاسي.
- 3- الطور الثالث: إذا لم يعالج المرض أثناء طوريه الأول والثاني فقد يسكن المرض ويكمن لعدة سنوات قد تصل على 30 سنة وفي هذه الفترة الطويلة تهاجم الميكروبات أجهزة الجسم المختلفة وخاصة القلب والأوعية الدموية والمخ والأذن والعين والمفاصل والعظام مما يؤدي إلى عدة أمراض خطيرة مختلفة مثل تمدد الشريان الأورطي وهبوط القلب والشلل والجنون.

ثانياً: طرق انتقال المرض

1. الاتصال الجنسي.
2. من الأم المصابة إلى الجنين.

ثالثاً: طرق الوقاية

1. الامتناع عن العلاقات الجنسية المحرمة.
2. استخدام الواقي الذكري.

رابعاً: خطورة المرض

1. مرض مزمن ما لم يعالج.
2. الأعراض قد تكون كامنة لفترة بعد الإصابة.
3. قد يسبب الوفاة.
4. قد يولد الطفل بتشوهات خلقية وقد يصاب بالعمى.

*** مرض الإيدز:**

في جسم كل إنسان جهاز مناعي له وظيفة أساسية وهي مقاومة الأمراض المعدية التي تهدد الجسم، وفيروس الإيدز يهاجم أساساً خلايا الجهاز المناعي التي تدافع عن جسم الإنسان ضد أنواع العدوى المختلفة وضد أنواع معينة من السرطان، فإذا عجزت هذه الخلايا عن حماية الجسم يفقد الإنسان القدرة على مقاومة الكائنات المعدية والسرطانات.

وقد نشأت تسمية الإيدز من الحروف الأولى من التسمية الإنجليزية Acquired Immuno Defficiency Syndrome والاسم العلمي باللغة العربية لهذا المرض هو متلازمة العوز المناعي المكتسب وتعني كلمة متلازمة أن أخطار المرض تبدو كمجموعة من الأعراض المتفرقة في آن واحد، والعوز المناعي يعني أن الجهاز المناعي في جسم المريض مصاب بانهيار كامل وصل به إلى حد العوز، أما كلمة المكتسب فتعني أن المرض ليس موروثاً وإنما هو مكتسب نتيجة التعرض للعدوى.

والكائن المسبب لهذا المرض هو فيروس دقيق الحجم لا يرى إلا بالمجهر وهو يسمى فيروس العوز المناعي البشري أو فيروس نقص المناعة البشرية Human Immuno- Defficiency Virus (HIV)

وهذا الفيروس يهاجم الخلايا الليمفاوية التي من وظائفها مهاجمة الميكروبات والتخلص منها عندما يهاجم الفيروس هذه الخلايا الليمفاوية يتكاثر بها مما يؤدي إلى قلة نسبتها في الدم فتضعف مناعة المصاب ضد الأمراض المختلفة.

ويصيب المرض أي شخص يتعرض للعدوى فلا تقف أمامه حدود جغرافية وهو لا يميز بين الناس على أسس اقتصادية أو اجتماعية ويهاجم المرض الذكور والإناث بمعدلات تكاد تكون متساوية.

أولاً: أعراض المرض

تبدو على المريض أعراض مرضية قد تظهر منفردة في أمراض أخرى غير الإيدز ولكن تلازم هذه الأعراض مع بعضها البعض هو الذي يميز مرض الإيدز، وثمة فارق زمني بين العدوى بفيروس الإيدز وبين انهيار المناعة وحدوث مرض الإيدز فأعراض الإيدز تظهر بعد حدوث العدوى بمدة تتراوح بين بضعة أسابيع وبعض سنوات وتسمى بفترة الحضانة وخلال هذه المدة يكون الشخص حاملاً للفيروس ومصدراً للعدوى الآخرين وإن كان مظهره لا يدل على مرضه.

1. ارتفاع الحرارة مع العرق الليلي الغزير الذي يستمر لمدة أسابيع بدون سبب معروف.
2. حرقان في البول مع كثرة التبول.
3. تضخم الغدد اللمفاوية وخاصة الموجودة في العنق والإبط وثنية الفخذ دون سبب معروف.
4. إسهال ليس له سبب واضح ومستمر لمدة أسابيع.
5. سعال جاف يستمر عدة أسابيع دون سبب معروف.
6. نقص الوزن بصورة غير متوقعة، إذ يفقد المريض أكثر من حوالي 10% من وزن الجسم خلال شهرين.
7. بقع حمراء أو قرمزية على الجلد أو في الفم أو الجفون.

هذه هي أعراض مرض الإيدز ولكن لا يمكن الاشتباه في وجود هذا المرض إلا إذا حدثت مجموعة من هذه الأعراض متلازمة في وقت واحد ولمدة طويلة. ويتم التأكد من التشخيص عن طريق الفحص المعملّي فقط.

ثانياً: كيفية انتقال العدوى بمرض الإيدز

يوجد فيروس الإيدز في أنسجة وسوائل جسم المصاب (المريض وحامل الفيروس) وخاصة في الدم والسائل المنوي للرجل والإفرازات المهبلية للمرأة وينتقل الفيروس بثلاث طرق أساسية.

1. الاتصال الجنسي:

كل أنواع الاتصالات الجنسية بين الرجل والمرأة أو الاتصال الجنسي الشاذ بين الذكور تعتبر أهم طرق انتشار الفيروس، ويصل الفيروس إلى مجرى الدم من خلال تمزقات دقيقة في بطانة الأعضاء التناسلية أو المستقيم، وليس بمقدور احد أن يتبين ما إذا كان قرينه الجنسي مصاباً بالعدوى أم لا كما أن وجود مرض منقول جنسيا يعزز احتمالات انتشار العدوى بين أولئك الذين يمارسون الجنس وهذا هو السبب في أن البغايا يعتبرون مصدراً للعدوى شديد الخطورة.

2. العدوى عن طريق الدم:

المدخل المهم الثاني من مداخل العدوى هو نقل الدم أو مشتقات الدم الملوثة بالفيروس. وتتخذ كافة البلدان في الوقت الراهن ما يلزم من التدابير لتحري سلامة الدم ومشتقاته قبل استخدامها في عمليات نقل الدم.

وثمة سبيل آخر لنقل الفيروس هي المشاركة في استعمال الإبر والمحاقن الملوثة بالفيروس وهذا هو سبب انتشار العدوى على نطاق واسع بين متعاطي المخدرات بالوريد الذين يشاركون في استعمال الإبر والمحاقن دون تعقيمها كما ينبغي.

3. العدوى من الأم إلى الجنين:

تستطيع الأم الحاملة للعدوى أن تنقل الفيروس إلى طفلها قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها بقليل. وتبلغ نسبة الأطفال المصابين بالعدوى الذين يولدون لأمهات يحملن العدوى 30-35%.

ثالثاً: طرق الوقاية من مرض الإيدز

إن الإيدز بقدر ما يمثل مشكلة خطيرة ليس لها حتى الآن لقاح فعال أو علاج ناجع، فهو مرض يمكن تجنبه بالتدابير الوقائية الآتية:

1. نظراً لأن الإيدز مرض منقول جنسيا بصورة أساسية فغنه يجب على الرجل والمرأة أن يمتنعا عن الاتصالات الجنسية خارج روابط الزواج ويمكن للفرد بصفة عامة أن يتحكم في سلوكه بالتمسك بالقيم والتقاليد الواردة في التعاليم الدينية والمبادئ الأخلاقية، فقد صدق سبحانه وتعالى عندما قال في الآية 32 من سورة الإسراء في محكم كتابه الكريم " ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلاً".

2. وإذا كان احد القرينين مصابا بالعدوى أو يشتبه في ذلك صار لزاما أن يستعمل العازلات الذكورية (الواقي الذكري) في كل اتصال جنسي، فمن شأن العازلات الذكورية أن تمنع انتقال العدوى إلى حد كبير.

3. يجب التأكد من سلامة الدم قبل نقله كما ينبغي التحقق من تعقيم الأدوات المستخدمة في عمليات الحقن وغيرها من الأدوات الثاقبة للجلد كالمباضع التي تستخدم لأخذ عينات الدم وأدوات تقب الأذن والوشم وغيرها.

4. ينبغي تجنب تعاطي كافة أنواع المخدرات، ليس فقط لأنها تؤدي إلى المشاركة في استعمال الإبر الملوثة التي قد تؤدي بدورها على العدوى بفيروس الإيدز، ولكن لكون المخدرات بصفة عامة تضعف قدرة الإنسان على التحكم وسلامة التقدير، وهكذا يسهل عليه التورط في اتصالات جنسية محفوفة بالمخاطر.

رابعاً: خطورة المرض

كما هو واضح من العرض السابق فإن الإيدز يعتبر أكثر الأمراض الجنسية خطورة وذلك للآتي:

1. يؤدي إلى فقد المناعة في الجسم فيجعله عرضة للإصابة بالأمراض المختلفة.

2. قد يكون كامناً في الجسم ولا تظهر أعراضه إلا بعد فترة.

3. قد يؤدي على العقم.

4. قد يؤدي على الوفاء.

5. ليس له علاج ناجح حتى الآن.

3- عناصر المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً:

عرضنا فيما سبق بشيء من التفصيل جوانب الأمراض المنقولة جنسياً من الناحية العلمية، ولكن يثور التساؤل هل من الضروري أن يعرف الشباب كل هذه التفصيلات مع العلم بأن من بينهم الأمي والمقيم بالريف وغيرهما ممن قد لا يتاح لهم سبل المعرفة الكاملة مفيدة دون أدنى شك، ولكن هناك قدر أو حد أدنى للمعرفة يلزم توافره للحماية من هذين المرضين وارى أن هذا القدر يتحدد بالعناصر الأربعة الآتية:

أولاً: الأعراض:

فإذا ما أصيب الشاب بأحد هذه الأعراض فيعرف أنه أصيب بالمرض وعليه أن سيسرع للعلاج.

ثانياً: طرق انتقال المرض:

وهذا العنصر ضروري أيضاً فيجب أن يعرف الشاب ذكراً كان أم أنثى أن قرينه قد يكون مصاباً بالمرض ومن ثم يمكن أن ينقل إليه العدوى.

ثالثاً: طرق الوقاية من المرض:

وتفيد هذه المعرفة في الوقاية من المرض، فالوقاية خير من العلاج دائماً، وخاصة بالنسبة لمرض الإيدز الذي لا علاج له حتى الآن.

رابعاً: مخاطر المرض:

تتمثل مخاطر المرض فيما تسببه الإصابة به من أضرار صحية، وتعد المعرفة بهذه المخاطر تحفيزاً قوياً للشباب ودافعاً له لتجنب الإصابة به.

وهذه العناصر الأربعة للمعرفة تشترك فيها كافة الأمراض المنقولة جنسياً، وبالنسبة لمرض الإيدز يجب التركيز على المعلومات الخاصة به بصفته أكثر الأمراض خطورة.

وعلى ضوء ما تقدم نعرض تحليلاً لمعرفة الشباب بكل من مرض السيلان والزهري ثم مرض الإيدز على حده لما لهذا المرض من إطار أوسع من عناصر المعرفة معتمدين على بيانات مسح الشباب لعام 2003 في الأراضي الفلسطينية.

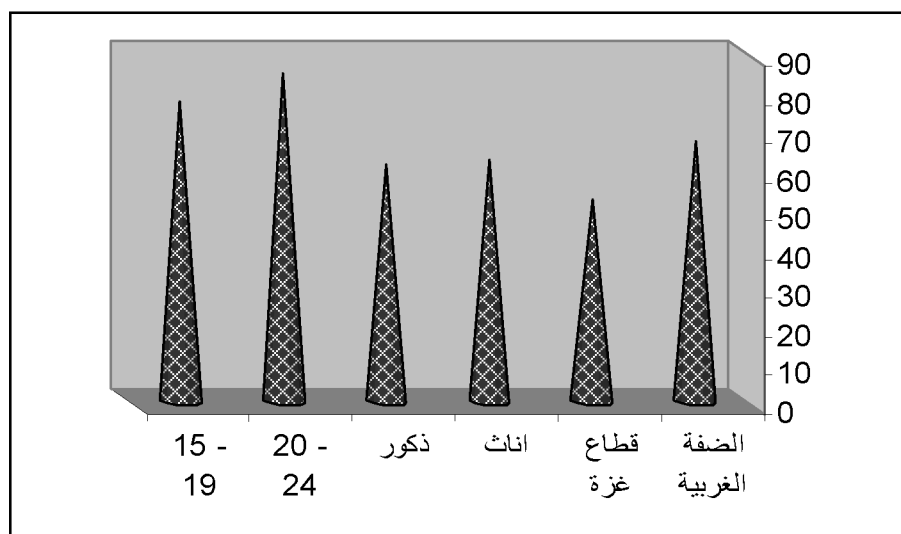
4- واقع معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً في الأراضي الفلسطينية:

إن أبرز مشكلات العصر في مجال الصحة الإنجابية هي الأمراض المنقولة جنسياً وخصوصاً مرض نقص المناعة المكتسبة AIDS. وللحصول على معلومات تتعلق بهذا الجانب سوف نعتمد على بيانات مسح الشباب لعام 2003 في الأراضي الفلسطينية والذي يعتبر المسح الوحيد والأخير حتى الآن الذي يتناول الأمور الحياتية المتعلقة بالشباب.

تشير بيانات عام 2003 أن نسبة سماع الشباب الفلسطيني بالأمراض المنقولة جنسيا بشكل عام قد بلغت 61.8% بواقع 67.6% في الضفة الغربية مقارنة مع 52.2% في قطاع غزة، مع العلم انه لا توجد فروق واضحة بين نسبة سماع الذكور والإناث ولكن النسبة تميل إيجابيا لصالح الإناث بواقع 62.4% مقارنة مع 61.3% للذكور، ويلاحظ أن نسبة السماع في الريف كانت الأفضل مقارنة مع الحضر والمخيمات بواقع 67.7%، 59.9%، 63.4% على التوالي، ويتضح مدى تأثير المستوى التعليمي حيث بلغت النسبة بين الشباب (15-19) سنة 77.7% وترتفع بشكل واضح لتصل على 85% بين الشباب في الفئة (20-24) سنة.

ومما سبق نرى بأن هناك نقص في معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا بشكل عام، مع عدم تعرض المسح لعناصر المعرفة الأربعة إنما اكتفى بنسبة و السماع بالأمراض المنقولة جنسيا. ويتضح ذلك من الشكل التالي:

شكل (2-6) نسبة سماع الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا حسب المنطقة، الجنس والعمر



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني/ مسح الشباب 2003

تبين من المسح الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 2003 والمتعلق بالشباب قد اغفل إدراج أسئلة تتعلق بعناصر المعرفة الأربعة التي تخص مرض السيلان والزهري، أي المعرفة بجوانب المرض وهي:

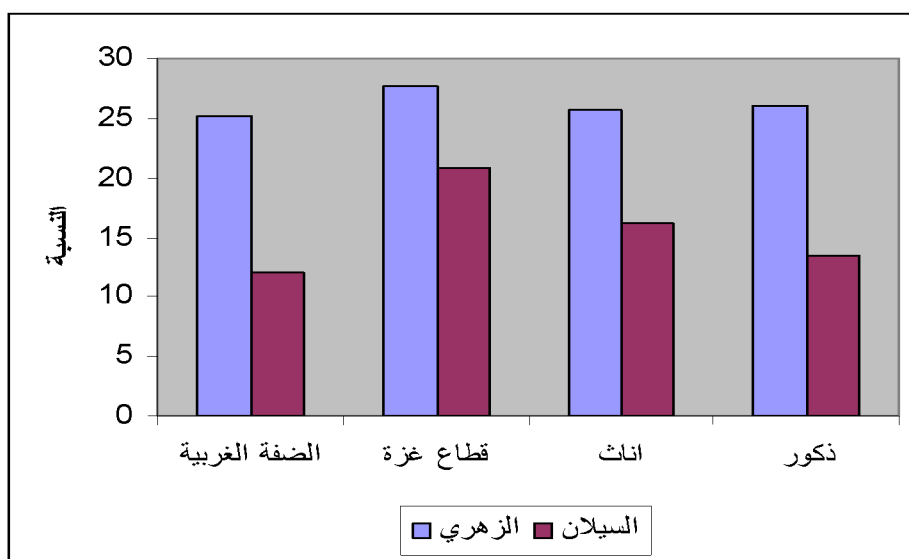
أعراض المرض، طرق انتقال المرض، طرق الوقاية من المرض، وأخيرا مخاطر المرض، ومما لا شك فيه أن المعرفة بجوانب المرض هامة فهي تساعد على تحذير الشباب وتكون دافعا لهم في تجنب الإصابة بهذين المرضين.

ولكن اكتفى المسح بالإشارة على نسبة سماع الشباب بهذين المرضين فقط، وهذا يعد غير كافي، حيث أشارت النتائج إلى تدني معرفة الشباب بأمراض السيلان والزهري، حيث بلغت نسبة معرفة الشباب بمرض الزهري 25.9% مقابل 14.8% لمعرفة الشباب بمرض السيلان، ويلاحظ عدم وجود فروق جوهرية بين نسبي المعرفة بين الذكور والإناث ولا بين معرفة الشباب في الضفة الغربية وقطاع غزة، هذا بالنسبة لمرض الزهري، أما بالنسبة لمرض السيلان فإنه يوجد فروق بين نسبة المعرفة بين الذكور والإناث وبين الضفة الغربية وقطاع غزة.

ومما سبق نرى بان هناك تدني شديد في سماع الشباب بمرض الزهري والسيلان وهذا قد يعود إلى نقص التوعية والإرشاد وبخصوص هذه الأمراض وذلك حكوميا كان أو غير حكومي. ويتضح ذلك من الشكل التالي:

شكل (7-2)

نسبة سماع الشباب بمرض الزهري والسيلان حسب المنطقة والجنس



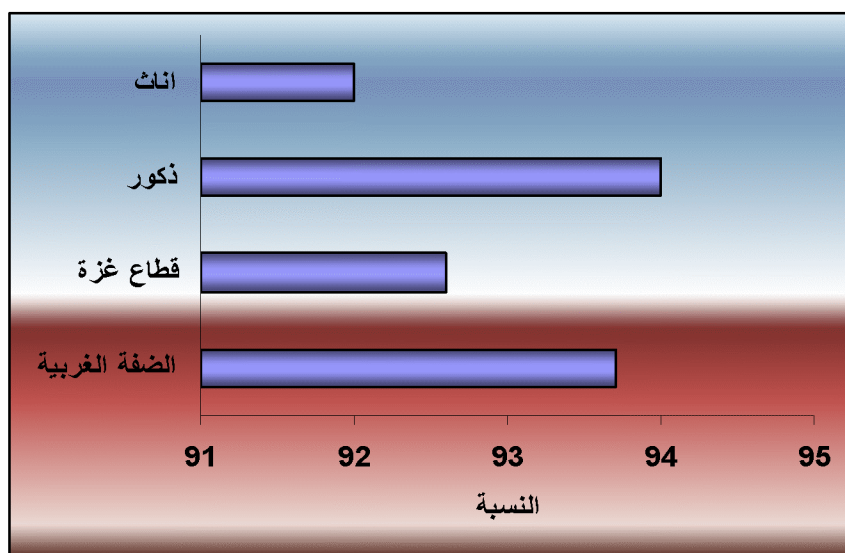
المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني/ مسح الشباب 2003

تفيد نتائج المسح بأن الإيدز يحظى بدرجة عالية من المعرفة، فالغالبية العظمى من الشباب تسمع عن مرض الإيدز (93%) والذين لا يسمعون عنه نسبتهم (7%) فقط، وهذه المعرفة أعلى بدرجة كبيرة من السماع بالمرضى السابق الإشارة إليهما (السيلان والزهرى)، ويرجع ذلك على الإعلام المكثف عن هذا المرض ودرجة خطورته سواء من الأجهزة الرسمية مثل وزارة الصحة أو من المنظمات والمؤسسات الأهلية، وأيضاً مما يتاح للشباب معرفته عن هذا المرض في وسائل الإعلام المختلفة سواء كانت أخبار محلية أو عالمية.

ولكن ما نود الإشارة إليه أن المسح قد تناول نقط قضية السماع بمرض الإيدز وطرق الوقاية منه وأغفل جوانب المعرفة الأخرى بالمرض وهي: أعراض المرض، طرق انتقال المرض، وأخيراً مخاطر المرض.

وتشير البيانات أن أعلى نسبة سماع بالأمراض المنقولة جنسياً كانت مرض الإيدز بواقع 93% ويلاحظ عدم وجود فروقات واضحة بالمعرفة بين الذكور والإناث إلا أنها تميل لصالح الذكور بواقع 94%، 92% على التوالي، ويتضح أيضاً أن نسبة المعرفة في قطاع غزة أفضل منها في الضفة الغربية بواقع 93.7% مقارنة مع 92.6%. ويتضح ذلك من الشكل التالي:

شكل (2-8): نسبة سماع الشباب بمرض الإيدز حسب المنطقة والجنس



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني/ مسح الشباب 2003

أما بالنسبة لمعرفة الشباب بطرق الوقاية من مرض الإيدز تشير البيانات أن نسبة الشباب الذين يعرفون أنه يمكن الوقاية من مرض الإيدز باستخدام الواقي الذكري قد بلغت 54.4% بواقع 54.1% في الضفة الغربية مقارنة مع 45.7% في قطاع غزة، وترتفع النسبة بين الذكور بواقع 58.5% مقارنة مع 44.3% بين الإناث، كما بلغت نسبة الذين يعرفون أن اقتصار ممارسة الجنس مع الزوجة سببا لمنع انتقال المرض بواقع 79.1% وترتفع في الضفة الغربية 80.4% مقارنة مع قطاع غزة بواقع 76.5%، ويتضح من البيانات إلى أن نسبة عدم معرفة الشباب بأي من الطريقتين للوقاية من مرض الإيدز قد بلغت 14.2% مقارنة مع 44.7% يعرفون الواقي الذكري واقتصار ممارسة الجنس مع الزوجة فقط، بينما عرف أحد الطريقتين 44.1%.

ويتضح أن نسبة المعرفة ترتفع في الريف للطريقتين مقارنة مع الحضر والمخيمات بواقع 55.2% للواقي الذكري مقارنة مع 51.2%، 45.6% للحضر والمخيمات على التوالي، بينما بلغت 82.5% لاقتصار ممارسة الجنس مع الزوجة فقط في الريف مقارنة مع 78.0%، 76.9% للحضر والمخيمات على التوالي، ويلاحظ أن نسبة عدم معرفة الإناث بأي من الطريقتين أعلى بكثير منها بين الذكور بواقع 18.7% مقارنة مع 9.7% كما وتشير البيانات أن نسب المعرفة ترتفع لكلا الطريقتين مع ارتفاع المستوى التعليمي ومع ارتفاع العمر. ويتضح ذلك من الجدول التالي:

جدول (3-2)

نسبة الشباب الذين يعرفون بعض وسائل منع انتقال مرض الإيدز حسب المنطقة والجنس ونوع التجمع السكاني-2003

لا يعرف أي منهما	يعرف احدهما على الأقل	يعرف الطريقتين	وسائل منع انتقال الإيدز		المنطقة والجنس ونوع التجمع
			ممارسة الجنس مع الزوجة فقط	استخدام الواقي الذكري	
14.2	41.1	44.7	79.1	54.4	الأراضي الفلسطينية
12.8	40.0	47.2	80.4	54.1	الضفة الغربية
17.2	43.4	39.4	76.5	45.7	قطاع غزة
9.7	36.5	53.8	85.5	58.5	ذكور
18.7	45.6	35.7	72.7	44.3	إناث
15.3	40.1	44.6	78.0	51.2	حضر
10.3	41.8	47.9	82.5	55.2	ريف
17.2	43.0	39.8	76.9	45.6	مخيمات

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005، قاعدة بيانات مسح الشباب، 2003.

المبحث الثالث: الاتجاهات نحو قضايا الصحة الإيجابية

الاتجاهات هي المرحلة الوسطى بين المعرفة والممارسة، وكلما كانت الاتجاهات إيجابية كلما أدى ذلك على ممارسة سليمة تجنب الشباب العديد من المخاطر التي تهدد صحتهم الإيجابية. وفي البداية سنلقي الضوء على جوانب الاتجاهات المختلفة من حيث المفهوم والمكونات والخصائص وطرق القياس وغيرها، ومن ثم سوف نتعرض إلى اتجاهات الشباب نحو بعض القضايا الإيجابية مع التطرق لتلك القضايا في الواقع الفلسطيني. وما سبق سنتناول في هذا المبحث النقاط التالية:

- المطلب الأول: جوانب الاتجاه

- المطلب الثاني: اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإيجابية

المطلب الأول: جوانب الاتجاه

تمثل الاتجاهات أحد المفاهيم التي ابتدعها علماء النفس في محاولاتهم التعرف على حقيقة ما يدور داخل ذلك الصندوق المغلق الذي نطلق عليه المخ الإنساني والذي ينتج عنه تلك الأشكال والأنماط المتباينة أو المتكررة في السلوك (السلمي،)

والاتجاهات تضيء على إدراك الفرد ونشاطاته معنى يساعد على إنجاز الكثير من الأهداف. وتعتبر دراسة الاتجاهات من أهم الحاجات اللازمة لتغيير السلوك الإنساني بغرض مواجهة المؤثرات التي تعمل على تكوين الاتجاهات السلبية (عليما، 1994).

وبالتالي فالاتجاهات لا ترى ولكن يمكن استنتاجها، ومن هنا يأتي الاختلاف حول تحديد ماهيتها وتعريفها بدقة، وهدفنا في هذا الجزء أن نحدد معنى الاتجاهات وكيفية تكوينها ووظائفها ووسائل قياسها.

أولاً: مفهوم الاتجاه

لقد تعددت تعريفات الاتجاه حيث لا يوجد تعريف واحد محدد يعترف به جميع المشتغلين في الميدان، وقد قدم علماء النفس العديد من التعريفات للاتجاه منها ما هو قاصراً أو عام غير محدد ومنها ما هو معقد أو أكثر سهولة، وسنعرض فيما يلي بعض التعريفات:

كان هيربرت سبنسر الفيلسوف الإنجليزي من أسبق علماء النفس إلى إصطلاح الاتجاهات إذ قال: "إن وصولنا إلى أحكام صحيحة في مسائل مثيرة لكثير من الجدل يعتمد لحد كبير على اتجاهنا الذهني ونحن نصغي إلى هذا الجدل أو نشارك فيه"، وعرف (Allport, 1995) الاتجاهات بأنها "حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي النفسي تنتظم من خلاله خبرة الفرد وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي عن استجابته لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثيرها هذه الاستجابة"، وقد توصل "ألپورت" إلى هذا التعريف بعد استعراضه للعديد من التعريفات التي تناولت معنى الاتجاه، إلا أنه فسر الاتجاه بأنه تهيؤ عقلي مما يصعب معه فهم معناه لأنه مفهوم التهيؤ الفعلي ذاته يكتنفه الغموض.

واتجاهات الشخص كما يقول توماس هي حصيلة مزاجه ونوع المفهومات التي يفرضها عليه كمجتمعه والصورة التي يدرك بها شتى المواقف في ضوء خبراته وتفكيره.

وفي مجال علم الاجتماع يعرف مفهوم الاتجاه بأنه منظومة نسبية من الاعتقادات الموجهة نحو موضوع معين أو حالة تستثيرها عند الفرد أو استجابة أو مجموعة من الاستجابات ويمكن لهذه الإجابات أن تكون صريحة أو ضمنية (زحلوق،). وفي معجم علم الاجتماع عرف الاتجاه "ميل ونزعة يتعلمها الفرد من بيئته الاجتماعية وتهدف إلى تقييم الأشياء بطريقة مميزة ومتماسكة"

ويعرف (زهرا، 1977) الاتجاه "أنه استعداد نفسي أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو أشخاص أو أشياء أو موضوعات أو مواقف أو رموز في البيئة الاجتماعية التي تستثير الاستجابة".

وفي محاولته لتعريف الاتجاه، حدد (شريغلي، 1987) إطاراً لتحديد معنى الاتجاه مستنداً في ذلك إلى تاريخ مفهوم الاتجاه وعلم النفس التربوي والاجتماعي ونظريات التعلم، وقد توصل إلى تحديد خمسة أبعاد تحدد مفهوم الاتجاه:

1- الاتجاهات متعلمة ويدخل في ذلك الجانب المعرفي.

2- الاتجاهات تنبئ بالسلوك.

3- تتأثر الاتجاهات بسلوك الآخرين.

4- الاتجاهات هي استعدادات للاستجابة.

5- الاتجاهات تقييمية ويدخل في ذلك الانفعال.

ويرى (عبد الرحيم، 1988) أن الاتجاه هو "استعداد أو نزعة للاستجابة بشكل معين إزاء مثيرات أو مواقف معينة، وهذا الاستعداد إما وقت أو ذو استمرار يتكون بالخبرة نتيجة احتكاك الفرد ببيئته وهو يوجه الفرد بالنسبة للمواقف والأشياء التي هي موضوع الاتجاه.

ثانياً: مكونات الاتجاه

يتضح من التعريفات السابقة وغيرها كثيراً، إن الاتجاهات تتضمن ثلاث مكونات أساسية وفيما يلي تفصيل لهذه المكونات الثلاثة:

المكون المعرفي: Cognitive Component

وهو يعد المرحلة الأولى في تكوين الاتجاه، ويتضمن المعارف ومعتقدات الفرد نحو موضوع الاتجاه، وهو الذي يكتسب عن طريق البيئة المحيطة بالفرد ودرجة ثقافته وتعليمه، وهو عبارة عن مجموع الخبرات والمعارف والمعلومات التي تتصل بموضوع الاتجاه والتي آلت إلى الفرد عن طريق النقل أو التلقين أو عن طريق الممارسة المباشرة، وهو ما يؤمن به الفرد من آراء وجهات نظر نحو موضوع معين اكتسبها من خبراته السابقة مع مثيرات هذا الموضوع مما يسهم في إعداد وتهيئته وتأهبه للاستجابة لها، وتقويمها في المواقف والظروف المتشابهة بنفس التفكير النمطي المبني على معرفته المسبقة بها.

المكون الوجداني: Affective Component

يتأثر الاتجاه بالتعزيز والتدعيم النفسي الذي يتمثل في درجة الانشراح أو الانقباض التي تعود على الفرد أثناء تفاعله مع المواقف المختلفة، وهذه الانفعالات تشكل الشحنة الانفعالية التي تصاحب تفكير الفرد النمطي حول موضوع الاتجاه بما يميزه عن غيره.

المكون السلوكي: Behavioral Component

هو الذي يمثل الوجهة الخارجية له، فيمثل انعكاسا لقيم الفرد واتجاهاته وتوقعات الآخرين، والخطوات الإجرائية التي ترتبط بتصرفات الإنسان إزاء موضوع الاتجاه بما يدل على قبوله أو رفضه بناء على تفكيره النمطي حوله وإحساسه الوجداني، فالاتجاه يرتبط بالسلوك حيث يعد منبئا للسلوك المستقبلي للفرد، فالاتجاهات تنبئ بشكل قوي بالسلوك عندما يكون الأفراد لديهم خبرات مباشرة بهدف الاتجاه ويعبرون عن اتجاهاتهم بشكل متكرر، مما يحدث ثباتا في الاتجاه، وهو مجموع التعبيرات والاستجابات الواضحة التي يقدمها الفرد في موقف ما نحو مثير معين، ومن الترتيب المنطقي أن الفرد يأتي بسلوك معين تعبيراً عن إدراكه لشيء ما ومعرفته ومعلوماته عن هذا الشيء وعاطفته وانفعاله نحو هذا الشيء، ولذلك فإن المكون السلوكي للاتجاه هو نهاية المطاف، فعندما تتكامل جوانب الإدراك وأبعاده ويكون الفرد بناء على ذلك رصيذا من الخبرة والمعرفة والمعلومات التي تساعد في تكوين العاطفة أو الانفعال يقوم الفرد بالسلوك أو تقديم الاستجابة التي تتناسب مع هذا الانفعال وهذه الخبرة وهذا الإدراك.

وبذلك يكون السلوك الفعلي اتجاه أي موضوع مرتبط (إلى حد كبير) باتجاه شخص نحو هذا الموضوع، فإذا كانت الفتاة تؤيد الزواج المبكر وأصبح لديها اتجاهها قويا نحو هذا الموضوع فإنها لن تمنع بل وتحاول أن تتزوج في سن صغيرة وكذلك الحال في سلوكها نحو بناتها مستقبلا إلا إذا تغير هذا الاتجاه.

ثالثا: خصائص الاتجاهات

هناك بعض الخصائص المميزة للاتجاهات بالمقارنة بغيرها من مظاهر السلوك الإنساني وأهم هذه الخصائص ما يلي:

1- الاتجاهات لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر، وإنما يستدل عليها من خلال السلوك أو التصرف الذي يصدر من الفرد. أو من خلال استعداداته للقيام بسلوك أو تصرف معين، أو حينما يسأل مباشرة من خلال استقصاء معين أو عن طريق الآخرين.

2- اتجاهات الفرد غير موروثه بمعنى أنه لا يولد باتجاهات معينة بل أنها تتولد من خلال التعلم والخبرات التي يمر بها الفرد في حياته.

3- تتسم الاتجاهات بدرجات متفاوتة من الكثافة أو الشدة Intensity، وترتبط هذه الكثافة أو الشدة للاتجاهات بقوة المثير موضع الاتجاهات، وتعتبر هذه الخاصية هامة جدا لتفهم الاتجاهات في عملية التنبؤ بالسلوك.

4- تتفاوت الاتجاهات من حيث خاصية الاستمرارية أو الدوام لفترة من الزمن Endurance فالاعتقادات السياسية غالبا ما تكون مستقرة ومستمرة خلال فترة حياة الفرد، بينما اتجاهات الفرد نحو السيارات أو ملابس الموضة قد تتغير أكثر من مرة في فترة حياته.

5- تتفاوت الاتجاهات من حيث درجة العمق، فتكون أكثر عمقا من غيرها عندما تلمس الفلسفة الأساسية لحياة الفرد.

6- تعتبر الاتجاهات من محددات السلوك الإنساني، فهي تؤثر فيه، وعلى هذا يمكن استخدام الاتجاهات في التنبؤ بالسلوك وتفسيره وإدارته. وأصبح من الممكن القول وبشيء من التأكد أن الاتجاهات تمكن من التنبؤ بالسلوك المتوقع Intention والذي بدوره يستخدم في التنبؤ بالسلوك.

وقد توصل Sheth إلى أن كثيرا من البحوث والدراسات في مجال الاتجاهات وعلاقتها بالسلوك أظهرت وجود علاقات تلازم إيجابية Positive associations وذلك فيما بين الاتجاهات والسلوك. وقد استنتجت هذه البحوث والدراسات نوعا من العلاقة السببية Causal relations بين الاتجاهات والسلوك.

وأكد Wells أن الاتجاهات تستخدم في التنبؤ بالسلوك، ولكن عندما تؤدي هذه الاتجاهات إلى نوع واحد من السلوك، فإذا كانت الاتجاهات غير محددة وعامة، فإن العلاقة بينها وبين السلوك من المحتمل جدا أن تتصرف وتصبح غير واضحة وغير دقيقة. وهكذا فإنه يمكن القول أن الاتجاهات يمكن أن تستخدم بغرض التنبؤ بالسلوك. فمثلا الاتجاهات الإيجابية للفرد نحو نظام التدريب المستخدم بالمنظمة تمثل مؤشرات لاحتمال تأييده ومشاركته في هذا النظام.

7- تتفاوت الاتجاهات من حيث درجة شمولها وعموميتها ومدى ترابطها معا. فهناك اتجاهات شاملة وعامة قد تضم بعض الاتجاهات الفرعية، وتتسم بالترابط أو التكامل مثل ذلك الاتجاهات الدينية.

رابعاً: وظائف الاتجاهات

تقوم الاتجاهات بالعديد من الوظائف التي تيسر للإنسان القدرة على التعامل مع المواقف والأوضاع الحياتية المختلفة، ولذلك فإن فهم حقيقة اتجاهات الأفراد يعتبر في غاية الأهمية نظرا لما يترتب على ذلك من آلية معينة يستطيع بها الفرد تحقيق توازنه لحياته في الوسط الذي يعيش فيه وتلك هي ما يعرف بوظائف الاتجاهات ومن أهم هذه الوظائف:

1- الوظيفة المنفعية أو التكيفية: فالإتجاهات هنا تعني قدرة الفرد في إظهار دوافعه التي تجعله قادرا على أن يتكيف مع الأوضاع الاجتماعية السائدة في البيئة المحيطة به حتى يمكن أن يلاقي قبولا لديها فأظهار الفرد اتجاهاته لدى جماعة معينة من شأنه أن يحدد نوعية ومدى العلاقة التي يمكن أن تربطه بتلك الجماعة.

2- الوظيفة التنظيمية: ويقصد بذلك أن اتجاهات الفرد الناتجة عن خبراته المعرفية والإدراكية تتجمع بطريقة منتظمة بحيث تؤدي إلى اتساق سلوكه وثباته نسبيا في المواقف المختلفة حتى يمكنه تجنب الضياع أو التشتت في مهامات الخبرات الجزئية المنفصلة.

3- وظيفة تحقيق الذات: ويقصد بها أن الفرد يتبنى عادة مجموعة من الاتجاهات التي توجه سلوكه وتتيح له الفرصة للتعبير عن ذاته وتحديد هويته ومكانته في المجتمع الذي يعيش فيه، كما تدفعه اتجاهات للاستجابة بقوة ونشاط وفعالية للمثيرات البيئية المختلفة، الأمر الذي يؤدي إلى إنجاز الهدف الرئيسي من الحياة وهو تحقيق الفرد ذاته أو شخصيته.

4- وظائف دفاعية: إن العديد من اتجاهات الفرد ترتبط بحاجاته الشخصية ودوافعه الفردية أكثر من ارتباطها بالخصائص الموضوعية لموضوع الاتجاهات لذلك يقوم الفرد في بعض الأحيان بتكوين بعض الاتجاهات التي يحاول من خلالها تبرير فشله أو عدم تحقيق أهدافه بكل الوسائل المؤثرة لتحقيق ذلك فالموظف الإداري المهمل قد يكون اتجاها سلبيا اتجاه قيادته وأنها السبب وراء ذلك بعدم توفير المناخ الإداري المناسب لأداء العمل.

خامسا: تغيير الاتجاهات

يرى علماء السلوك الإنساني أن الاتجاهات عملية مكتسبة لكنها تختلف فيما بينها من حيث إمكانية تعديلها أو تغييرها، فعملية التعديل أو التغيير في الاتجاهات التي تدخل طرفا فيها بعض القيم والتقاليد الاجتماعية تكون أصعب من تعديل أو تغيير الاتجاهات التي لا تدخل فيها تلك القيم والتقاليد الاجتماعية، فمثلا قد نواجه صعوبة في تغيير اتجاه الفرد نحو إقناعه بالزواج من خارج المحيط الأسري (الأقرباء) إذا كانت التقاليد الاجتماعية ترفض ذلك السلوك بينما ستقل درجة تلك الصعوبة في إقناع شخص آخر بذلك إذا كانت مثل تلك العادات غير موجودة، كما أن عملية التعديل أو التغيير في الاتجاهات التي نشأت لدى الفرد في مراحل متأخرة من حياته تعد أيسر من تغيير أو تعديل تلك الاتجاهات التي نشأت مع الفرد منذ مراحل مبكرة من حياته فمثلا الفرد الذي يكون في مرحلة متأخرة من حياته اتجاها معينا لسبب أو لآخر نحو السرعة المرورية تكون عملية تغيير وتعديل اتجاهه نحو ذلك أيسر من الفرد الذي تشبع بذلك الاتجاه نحو ذلك الموضوع منذ الصغر، وبالتالي يمكن القول أن عملية التغيير والتعديل في اتجاهات الأفراد نحو الظواهر والمواقف المختلفة ترتبط ارتباطا وثيقا بما يتوفر لهم من معلومات وخبرات، وتلعب كلا من البيئة المحيطة والسمات الشخصية للفرد وطبيعة الاتجاه وخصائصه ودرجة بساطته أو تعقده وطبيعة الموقف التي تتم فيه محاولة التغيير دورا رئيسيا ومميزا نحو تغيير أو تعديل اتجاهات الفرد بل وحتى في سرعة ومدى ذلك التغيير وقد أثبتت الدراسة التي قام بها هيدر (Heider) أنه كلما ازدادت أهمية الحاجات التي تخدمها الاتجاهات كلما زادت قوة

الاتجاهات وصعبت عملية إحداث التعديل أو التغيير، وعلى كل حال فإن من الوسائل التي يمكن أن تساهم في تعديل وتغيير اتجاهات الفرد اتجاه الظواهر أو المواضيع ما يلي:

1- المستوى التعليمي والثقافي للفرد، فالفرد المتعلم تختلف اتجاهاته من غير المتعلم بل وقد يتسبب التعليم في اكتساب الفرد وتكوينه اتجاهات معينة لم تكن موجودة في السابق لديه، كما انه يمكن أن يتسبب في تغيير بعض الاتجاهات التي كان يحملها اتجاه بعض القضايا.

2- مراحل النمو المختلفة التي يمر بها الفرد وتجاربها في الحياة قد تغير من اتجاهاته وتعديل في بعضها وتضيف إليها، فما قد يكونه الفرد من اتجاهات نحو بعض القضايا في مرحلة الطفولة قد تجليه الحقائق والمعلومات والاحتكاك المباشر وغير المباشر بل وحتى اختلاف إدراك الفرد للمواضيع في مرحلة متقدمة من العمر فيعمل ذلك على تغيير تلك الاتجاهات اتجاه الموضوع أو رسوخها وتقويتها.

3- الانتماءات المختلفة للفرد سواء لدى الجهاز الذي يعمل به أو انتمائه إلى منظمات رسمية أو غير رسمية (الجماعة المرجعية) كلما يمكن أن تساهم بدرجات متفاوتة في تغيير اتجاهات الفرد.

4- توفر المعلومات والحقائق قد تعمل على أن يغير الفرد من اتجاهاته اتجاه بعض المواقف التي كان يحمل اتجاهات معينة بشأنها، فقد يكون الفرد اتجاهات معينة اتجاه بعض القضايا من خلال حصوله على معلومات من قبل أحد المقربين إليه الذين لا يشك في صداقتهم وتكشف له معلومات موثقة عكس ما تلقاه من معلومات سابقة ثم يبدأ بعد ذلك في تعديل أو تغيير اتجاهاته اتجاه ذلك الموضوع أو الأشخاص.

5- التطورات المستمرة في مختلف المجالات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والعلمية والتكنولوجية وغيرها قد تغير من اتجاهات الأفراد وتجعل ما كان مرغوبا فيه في فترة من الفترات وتحت ظروف معينة يكون مقبولا في فترات أخرى وتحت ظروف مختلفة.

سادسا: طرق قياس الاتجاهات

كانت البدايات الأولى في بناء مقاييس للاتجاهات في عام 1925 عندما قام "بوقاردوس" (Bogardus) ببناء مقياس أطلق عليه مقياس البعد الاجتماعي، ثم طور ثيرستون (Thurstone) مقياسا للاتجاهات عرف فيما بعد باسمه، ثم جاء "ليكرت" (Likert) ليضع مقياسا يكشف درجة القبول

أو الرفض لدى المفحوصين وحساب الاتجاهات كميًا. أما "جبتمان" (Guttman) فقد انشأ مقياسًا متجمعًا متدرجًا، وفيما يلي وصف لهذه المقاييس (Shaw & Wright, 1967) وذلك من أجل بيان النموذج المتبني في هذه الدراسة.

1- مقياس بوقاردوس (Bogardus):

استخدم هذا المقياس على نطاق واسع لقياس اتجاهات الأفراد في بعض القضايا الاجتماعية مثل قياس المواقف نحو الأجناس المختلفة، فاستخدم المقياس لقياس اتجاهات الأمريكيين نحو الزواج على سبيل المثال. وفي هذا المقياس فإن الأبعاد التي يستجيب إليها المفحوص لا تكون متدرجة ولا توجد بينها علاقات ظاهرية كأن يعطي رأيه حول الزواج منهم أو مصادقتهم أو مجاورتهم أو قبولهم كمواطنين، أو عدم قبولهم واستبعادهم، أي أن العبارات غير المتدرجة تدرجًا متساويًا، ولا يقيس هذا المقياس الاتجاهات الحادة جدًا.

2- مقياس ثيرستون (Thurstone):

وفي طريقة ثيرستون يقوم الباحث بجمع عدد كبير من العبارات التي يرى أنها تقيس اتجاهات الأفراد نحو قضية معينة والتي تنحصر بين الموافقة والرفض، ثم تعرض العبارات على مجموعة كبيرة من المحكمين الذين يعتقد الباحث أنهم ذوي خبرة في الموضوع لإبداء الرأي في وضوحها أو غموضها واما إذا كانت قادرة على قياس الاتجاهات نحو موضوع الفقرة، ثم تستبعد العبارات الغامضة وغير المناسبة وكذلك تلك العبارات التي اختلف عليها المحكمون. ولحساب متوسط كل عبارة يطلب من المحكمين إعطاء درجة لها تتراوح بين (1)، (11) بحسب إيجابياتها أو سلبياتها، وإذا كانت محايدة تعطي الرقم (6)، ثم تطبق العبارات على عينة من المفحوصين لحساب الثبات.

ومن عيوب طريقة ثيرستون أن المحكمين لا يكونوا مؤهلين تأهيلاً كافياً في الحكم على الموضوع، كما أنهم قد يختلفون مع أفراد العينة في الحكم على الفقرات، كما أن الإجراءات المتبعة هنا طويلة ومعقدة وغير مضمونة النتائج.

3- مقياس ليكرت (Likert):

جاءت طريقة ليكرت لسد الثغرة الرئيسية في طريقة ثيرستون على المحكمين وابتكر طريقة لقياس الاتجاهات في كثير من الموضوعات، بحيث يظهر المفحوص ما إذا كانت يوافق بشدة أو مترددا على كل عبارة، وتتدرج الموافقة وتعطي قيم تتراوح ما بين الموافقة بشدة أو عدم الموافقة بشدة (موافق بشدة (5)، موافق (4)، متردد (3)، لا أوافق (2)، لا أوافق بشدة (1))، والدرجة المرتفعة هنا تدل على الاتجاهات الموجبة والدرجة المنخفضة تدل على الاتجاهات السالبة، ولتحديد اتجاهات المفحوص العامة نحو القضية مثار البحث يمكن جمع درجاته على كافة الفقرات الواردة في المقياس.

وتتميز طريقة ليكرت في أنها سهلة الإعداد والتطبيق، وتعطي المفحوص الحرية في تحديد موقفه ودرجة إيجابية أو سلبية هذا الموقف في كل عبارة الأمر الذي يكشف عن رأيه في بعض القضايا الجزئية والتي تعتبر معلومات قيمة للباحث، كما أن وجود درجات للمقياس وتطبيقه على عينة كبيرة يزيد من ثبات المقياس.

4- طريقة جتمان (Guttman):

يعتمد مقياس جتمان على تدرج الفقرات من الأدنى إلى الأعلى بحيث إذا وافق المفحوص على فقرة معينة فإنه قد وافق على الفقرة السابقة ولا يوافق على الفقرات الأعلى، وتحدد درجة اتجاهات المفحوص بالنقطة التي تفصل بين الفقرات الدنيا والفقرات العليا، فإذا كان على الفرد تحديد موقفه من التعليم بأن يوافق على الحد المناسب للتعلم ضمن التدرج في المستوى (محو الأمية وتعليم الكبار فهذا يعني انه موافق على محو الأمية ولا يوافق على المستويات الأعلى من التعليم كالتعليم المستمر، والثانوية والجامعية وهذا ما يجعل بناء المقياس بهذه الطريقة قاصرا على الفقرات المتدرجة، ولهذا فإن استخدام مقياس جتمان محدود.

وفي إطار مراجعة الأدبيات المتعلقة بالموضوع، تبين أن هناك إجماع بين الباحثين أن التوجه الإحصائي الأنسب لقياس الاتجاهات يكمن في استخدام مقياس ليكرت، حيث تتوزع الاستجابات لكل فقرة على مدى التدرج الخماسي الذي يعكس حدة الاتجاه إن سلبا أو إيجابا أو حيادا (Shaw & Wright, 1967)، ويمكن من تحديد درجة الموافقة والرفض على الأبعاد التي تتراوح ما بين الموافقة والرفض، ويمكن حساب اتجاهات المفحوص بوجه عام من خلال جمع الدرجات على جميع الفقرات،

واستخراج المعدل العام من خلال تقسيم الدرجة الكلية على عدد فقرات البنود الواردة في الاستبانة. ولهذا فقد تبني الباحث طريقة ليكرت في إعداد المقياس المقترح لهذه الدراسة.

سابعاً: العوامل المؤثرة في تكوين الاتجاهات (يونس، 1993)

يعيش الإنسان في إطار ثقافي يتألف من العادات والتقاليد والاتجاهات والمعتقدات، وهذه جميعاً تتفاعل ديناميكياً يؤثر في الفرد من خلال علاقاته الاجتماعية وبيئته، سواء كانت أسرته أو مدرسته، بمعنى أن مختلف الجماعات التي ينتمي إليها الفرد تؤثر في اكتسابه لاتجاهاته ومعتقداته المختلفة، والواقع أن الإطار الثقافي بما يتضمنه من عوامل مختلفة يعتبر من أهم المحددات لاتجاهات الفرد، ومع ذلك نجد أن الأفراد داخل إطار معين مختلفون في اتجاهاتهم، وهذا راجع إلى تأثر الأفراد بأبائهم كأول وسائط للتطبيع الاجتماعي، فهم قوة مؤثرة في تكوين اتجاهات أبنائهم وقد وجد أن العلاقة بين اتجاهات الوالدين والأطفال أكبر من تلك التي تقوم بين اتجاهات الإخوة، وأن هذا يصدق بدرجة أكبر في المستويات الاجتماعية المنخفضة. كما وجد أن الاتجاهات لا تتأثر فقط بالتوجيه اللفظي، بل بطريقة التربية والسلوك الفعلي للأباء، والدليل على ذلك أن تماثل اتجاهات الأطفال والوالدين يكون أكثر في المسائل الواقعية التي يفهما الطفل لقربها من حياته واتصالها بمجال سلوكه، كاتجاههم نحو الأفراد، أما المسائل المعنوية فالأمر فيها مختلف، إذ لوحظ ضعف التماثل بين اتجاهات الأطفال والوالدين في المسائل السياسية لعدم إدراك الأطفال لها إدراكاً واضحاً، هذا مع العلم بأن الاتجاهات نحو الأمور المعنوية المجردة لا تتكون بالمعنى الصحيح قبل المراهقة، حيث أنها تتطلب مستوى من النضج العقلي لا يتوفر في مرحلة الطفولة.

وعلى العموم فلأسرة تأثير كبير في تكوين اتجاهات الطفل لأنه يمتصها دون إدراك لهذا الامتصاص. وهذه الاتجاهات تبقى آثارها في شخصية الفرد وفي توجيه سلوكه حتى في الكبر، وتؤكد مدرسة التحليل النفسي أن اتجاهاتنا نحو الناس تعلمنا في محيط الأسرة، وكذلك اتجاهاتنا نحو المبادئ الخلقية محكومة إلى حد كبير بما تشرّبناه بالامتصاص من الأسرة. وليس معنى ذلك أن الفرد لا يتأثر بوسائط التطبيع الأخرى في تكوين اتجاهاته، فقد وجد موجان ورمز Morgan & Remmers أنم هناك ارتباطاً بين اتجاهات التلاميذ ومدرسيهم واتجاهات الأصدقاء بعضهم البعض، مما يدل على مدى تأثر الفرد بالعلاقات الاجتماعية.

وبما أن الاتجاهات تتكون نتيجة عملية التفاعل الاجتماعي، فهي بذلك لا تختلف نتيجة لاختلاف الجنس (ذكر أو أنثى) إلا من حيث تأثرها بالاتجاهات السائدة في المجتمع. فإذا كان دور المرأة في المجتمع يختلف اختلافا كبيرا عن دور الرجل، فإن ذلك يؤدي بطبيعة الحال إلى اختلاف في الاتجاهات نحو الأمور العامة، أما من حيث السن فقد وجد أنه في بعض الثقافات يظهر المراهقون تحررا في اتجاهاتهم أكثر مما يبديه آباؤهم، وأن شعور المراهق العدائي نحو الأسرة يؤثر في اتجاهاته، ومعنى ذلك أن اختلاف اتجاهات الصغار عن الكبار لا يرجع إلى عامل السن وحده وإنما إلى تدخل العوامل الأخرى التي تجعل لعامل السن داخل مجال الفرد السلوكي أهمية من حيث كونه عاملا مؤثرا في اختلاف الاتجاهات.

وإذا كانت الاتجاهات تتحدد بالإطار الثقافي فذلك لا يعني أن الفرد يقف موقفا سلبيا من العوامل الثقافية، فقد وجد أن البناء النفسي للفرد له علاقة كبيرة بمدى تأثره بالمحددات الثقافية. فبعض الأفراد يكون محصنا ضد التأثير ببعض الاتجاهات. في حين يكون عرضه للتأثر الشديد باتجاهات أخرى، ويعتمد ذلك على قوته الإدراكية والحسية وعلى خبراته الانفعالية، وذلك يفسر الاختلافات في الاتجاهات بين أفراد الثقافة الواحدة أو الجماعة المعينة.

كذلك تتأثر اتجاهات الفرد بما لديه معلومات وبما يعرفه من حقائق وقد قدمنا أن معتقدات الفرد وآراءه تؤثر في نوع اتجاهاته. ويلاحظ أن أنصاف الحقائق كثيرا ما تؤثر في تكوين اتجاهات سلبية لدى الفرد نحو الأشياء أو الأشخاص. ويمكن تفسير التعصب عند بعض الأفراد على أساس جهلهم بحقائق الأمور، واعتمادهم في معرفة الحقائق على مصادر مغرضة أو غير موثوق فيها.

المطلب الثاني: اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية

تعتبر الاتجاهات هي المرحلة الوسطى بين المعرفة والممارسة، فكلما كانت الاتجاهات إيجابية كلما كانت الممارسة سليمة ونحبيب الشباب العديد من المخاطر التي تهدد صحتهم الإنجابية، وللاتجاهات أيضا كما سبقت الإشارة درجات مختلفة بين القوة والضعف، وأفضل طرق قياس الاتجاهات كما سبق ذكره هو مقياس ليكرت.

في البداية يجب إلقاء الضوء على بعض قضايا الصحة الإنجابية الهامة والتي سوف نرى اتجاهات الشباب نحوها، والقضايا التي سنلقي الضوء عليها ثلاثة هي:

1- الفحص الطبي قبل الزواج.

2- الزواج المبكر للإناث.

3- الحمل المبكر والحمل المتأخر.

أولاً: اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج:

عندما يقبل شابان على الزواج يكون شغلها الشاغل هو إجراء الترتيبات اللازمة لإقامة حياة زوجية سعيدة ومستقرة سواء من الناحية الاجتماعية أو المادية، وينسى الطرفان بعدا هاما ولازما وهو البعد الصحي في الزواج فلم يفكرا في إجراء فحص طبي قبل الزواج ذلك الفحص الذي يحقق أهدافا ثلاثة:

1. الخلو من الأمراض المعدية والتي يمكن أن تنتقل من طرف إلى آخر، ومن بين هذه الأمراض المنقولة عن طريق الجنس.
2. الخلو من الأمراض الوراثية وعدم حمل أي من الطرفين جينات مصابة بهذه الأمراض والتي تنتقل إلى الأبناء.
3. عدم وجود عقم لأي من الطرفين أو التأكد من القدرة على الإنجاب.

وكل هذه الأمور الثلاثة لازمة للصحة الإنجابية وقد تسبب ظهورها أو أي منها إلى مخاطر عديدة سواء بالنسبة للطرف الآخر أو الأبناء ثمرة هذا الزواج وقد يصل الأمر إلى حدوث تفريق بين الطرفين وإنهاء العلاقة الزوجية، ومن هنا تظهر الأهمية البالغة للفحص الطبي قبل الزواج.

بالنسبة لرأي الدين في إجراء الفحص الطبي قبل الزواج، لا يوجد في الشريعة الإسلامية ما يمنع من إجراء الفحص الطبي قبل الزواج بل إن الدين يحفز على كل ما من شأنه ضمان الصحة الإسلامية لجميع أفراد الأسرة حتى يكون المجتمع المسلم مجتمعاً قوياً منتجاً، فالصحة في حد ذاتها مقصد رعاية من غايات الإسلام، حيث يروى حديث عن رسول الله صلى الله عليه وسلم "ما سئل شيئاً أحب إليه من الصحة"، ويجوز إجراء الفحص الطبي لكلا الطرفين الشاب والشابة على السواء وهذا وقاية لكليهما ووقاية لأطفالهم بعد الزواج وحماية الأطفال من الإصابة بالأمراض الوراثية التي يمكن

أن تنتج عن عدم القيام بعمل الفحص الطبي قبل الزواج حيث قال الله تعالى "ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة"، ولهذا كان لا بد للإسلام من أن يصحح أول لبنة من لبنات الأسرة والعناية بهذه اللبنة تعني سلامة جميع أفراد الأسرة وتحقيق حياة مستقرة وهادئة.

ويعد زواج الأقارب أحد أهم الأسباب التي تؤدي إلى انتقال الأمراض الوراثية إلى الأبناء لذا فإنه في هذه الحالة يصبح الفحص الطبي قبل الزواج أمراً بالغ الأهمية.

1- زواج الأقارب:

إن القرار المرتبط باختيار الزوج أو الزوجة يعد من أهم القرارات في حياة كل فتى وفتاة، وإذا أحسن كلاهما اتخاذ هذا القرار يكون قد نجح في تحقيق حياة اسرية سعيدة بقية عمره. ويعتبر زواج الأقارب من الظواهر الاجتماعية المرتبطة بالعادات والتقاليد التي ينظر لها كمصدر أمان اجتماعي واستقرار عائلي.

أ- الدوافع وراء زواج الأقارب:

ترتبط ظاهرة زواج الأقارب بمجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية منها:

- 1- دعم الروابط العائلية.
- 2- الشعور بالأمان المرتبط بسابق المعرفة بين الطرفين.
- 3- سهولة التفاوض على أمور الزواج والميراث.
- 4- الحفاظ على ممتلكات العائلة والميراث.
- 5- اعتبار بعض العائلات زواج الأقارب جزء لا يتجزأ من العادات والتقاليد التي يحب الحفاظ عليها.

ب- رأي الدين في زواج الأقارب:

لقد نهى الرسول (ص) عن الزواج من القرابة القريبة في حديثه الشريف: " اغتربوا لا تضوموا"، أي لا يهزل نسلكم.

وإذا نظرنا إلى القرآن الكريم نجد أن الله سبحانه وتعالى يقول في سورة الإنسان "إنا خلقنا الإنسان من نطفة أمشاج"، أي أن الطفل المتباعد النسب بين أبويه يكون أخصب عقلا وأقوى جسما، وبذلك يكون رأي الإسلام مؤكدا لما أثبتته العلم وذلك بعد قرون.

ج- المشاكل الصحية الناجمة عن زواج الأقارب:

تتعدد المشاكل الصحية والأمراض الوراثية التي يمكن أن تنتج عن زواج الأقارب ومنها:

- 1- أمراض السكر.
- 2- ضمور العضلات.
- 3- الحمى الروماتيزمية وروماتيزم القلب: أثبتت الدراسات أن زواج الأقارب أحد الأسباب الرئيسية للإصابة بالحمى الروماتيزمية وروماتيزم القلب والتهابات الحلق المتكررة.
- 4- سيولة الدم.
- 5- عيوب القلب والمخ.
- 6- التخلف العقلي.
- 7- أنيميا البحر الأبيض المتوسط (الثلاسيميا): وتوجد أعلى نسبة لها في الدول الواقعة في حوض البحر الأبيض المتوسط وتزداد احتمالات ظهورها بين الأطفال من أزواج أقارب حاملين لجينات هذا المرض.
- 8- أنيميا الفول.
- 9- الحالات المرضية المرتبطة بالحمل وتوابعه: مثل فقر الدم وتسمم الحمل، والنزيف وزيادة احتمالات الولادة القيصرية.
- 10- انزلاق مفصل الحوض الخلفي.
- 11- الصمم.
- 12- التشنجات غير الحرارية.

13- نقص وزن المولود عند الولادة: تبين أن نقص وزن المولود عند الولادة تكون احتمالاته أعلى بين الأطفال من أزواج أقارب من الدرجة الأولى.

14- ارتفاع معدل الوفيات بين الأطفال من أزواج أقارب عن غيرهم من الأطفال.

د- مخاطر زواج الأقارب:

وجد الطب الحديث أن الظواهر المحيطة ببعض الأمراض الوراثية تسود بصورة واضحة عندما يتكرر الزواج المغلق بين الأقارب من الدرجات الأولى وتتضمن هذه الأمراض على سبيل المثال: أنيميا المنجلية، تليف الرئة والبنكرياس ومرض الدم ثلاثي، ونقص احد أنزيمات الكبد (عمران، 1994) وبخلاف هذه الأمراض العضوية قد يحدث أحيانا إعاقة ذهنية للأطفال.

وقد قرر علماء الطب أنه يوجد حوالي من 4 إلى 8 جينات مرضية يحملها كل شخص لكنها لا تظهر تأثيرا مرضيا لأن الجين الطبيعي يكف عمل الجين المرضي، وأن الجينات تنتقل على الأطفال فإذا انتقل نفس الجين المرضي من كلا الوالدين إلى الطفل ظهر المرض، ويقدر العلماء أن كل شخص لديه ما بين 50 إلى 100 ألف من الجينات وقد يكون أي منها معيبا، وغن زيادة فرصة ظهور زوج من الجينات المعيبة معا في الطفل يحدث عند الزواج من فردين من نفس العائلة وهذا هو السبب الرئيسي في تحريم زواج المحارم، ونفس الشيء يحدث ولكن بدرجة اقل في زواج الأقارب. وبصفة إجمالية وجد أن احتمال ولادة طفل مصاب بمرض وراثي في زواج أولاد العم أو أولاد الخال يصل إلى 8% في مقابل 4% لاحتمال ظهور نفس المرض في المجتمع ككل (حموده، 1991).

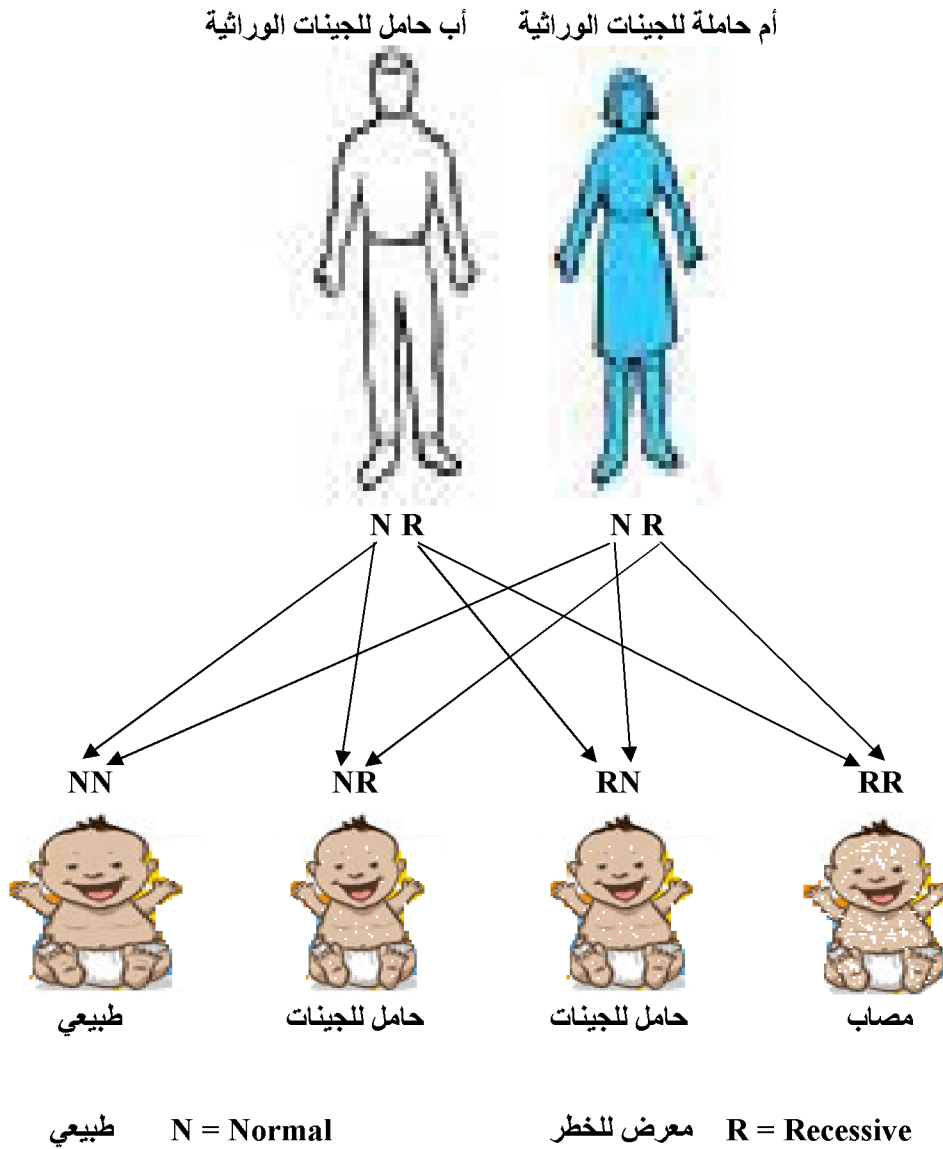
والأمراض الوراثية تنتقل إلى الأطفال نتيجة الزواج بين اثنين من الناقلين لنوع من الجينات غير الطبيعية (Aberrent) تعرف بأنها جينات متنحية (Recessive) حيث أنها إن وجدت في واحد فقط من الزوجين بينما الآخر طبيعي، فإن الأطفال لا يظهر فيهم المرض أي يكونوا طبيعيين إلا أن بعضهم قد يصبح حاملا للمرض. أما في حالة الزواج المغلق من نفس العائلة والمتكرر على عدة أجيال وفي عائلات يعرف عنها إصابتها بهذه الأمراض أو حمل الجينات الضارة فإن احتمال إصابة الأطفال تزداد إذا كان الوالدات معا من الحاملين أو الناقلين للمرض.

الشكل (2-9) يبسط مصير هؤلاء الأطفال، ومنه يتضح أنه إذا كان الأب والأم حاملا للجينات الناقلة للمرض فإن وضع الطفل من حيث إصابته بالمرض تكون احتمالاته كالاتي:

- احتمال أن يكون الطفل طبيعي 0.25.
 - احتمال أن يكون الطفل مصاب 0.25.
 - واحتمال أن يكون الطفل حامل للجينات الخطر مثل أبويه 0.5.
- ومن ذلك يتبين أن احتمال أن يكون الطفل طبيعيا هو الربع فقط، وأن 75% من الأطفال يكونون ما بين مصاب وحامل للمرض.

شكل (9-2)

أمراض الوراثة في زواج الأقارب



المصدر: عمران , 1994

2- ظاهرة زواج الأقارب في المجتمع الفلسطيني:

تنتشر ظاهرة زواج الأقارب في البلاد العربية بصفة عامة كما تنتشر في الأراضي الفلسطينية سواء كانت بين الأقارب من الدرجة الأولى أو من نفس الحمولة، ونظراً لأن مسح الشباب لعام 2003 لم يتعرض لظاهرة زواج الأقارب سيتم الاعتماد في عرض هذه الظاهرة على بيانات مسح صحة الأسرة لعام 2006. كما هو موضح في الجدول (2-4) والذي يشير على أن ما يقارب نصف النساء اللواتي سبق لهن الزواج تزوجن من قريب لهن من الدرجة الأولى أو قريب من نفس الحمولة، وقد بلغت هذه النسبة حوالي النصف في قطاع غزة، وهي أعلى مما هو عليه الحال في الضفة الغربية (34.4%) كذلك لم يقتصر انتشار ظاهرة زواج النساء من أقارب على فئات عمرية بعينها وغنما شملت كافة الأعمار وبنسب متقاربة.

جدول (2-4): التوزيع النسبي للنساء (15-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب درجة القرابة مع

الزوج والعمر والمنطقة. 2006

المجموع	العمر بالسنوات								درجة القرابة والمنطقة
	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
الأراضي الفلسطينية									
28.1	25.3	31.0	29.9	23.4	22.6	25.7	25.3	32.4	قرابة من الدرجة الأولى
17.3	21.6	15.9	16.1	18.8	17.5	17.4	15.2	14.0	قريب من نفس الحمولة
54.6	53.1	53.1	54.2	57.8	59.9	56.9	59.5	53.6	لا توجد قرابة
100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع
الضفة الغربية									
26.0	31.4	31.3	33.1	30.3	30.1	29.9	33.0	31.9	قرابة من الدرجة الأولى
17.4	25.5	19.6	19.9	18.8	18.4	17.9	13.0	15.5	قريب من نفس الحمولة
56.6	43.1	49.1	47.0	50.9	51.5	52.2	54.0	52.6	لا توجد قرابة
100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع
قطاع غزة									
32.0	27.5	31.1	30.9	25.6	25.2	27.2	28.3	32.1	قرابة من الدرجة الأولى
17.3	23.0	17.2	17.4	18.8	17.8	17.6	14.3	14.8	قريب من نفس الحمولة
50.7	49.7	51.7	51.7	55.6	57.0	55.2	57.4	53.1	لا توجد قرابة
100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قاعدة بيانات مسح صحة الأسرة 2006.

ومن الجدير بالملاحظة أن ظاهرة زواج الأقارب لم تتغير كثيراً خلال الفترة الممتدة منذ عام 2000 وحتى العام 2006، كما يلاحظ أن انخفاضاً طفيفاً قد جرى على نسب زواج الأقارب وعلى مستوى الضفة الغربية وقطاع غزة. وبالرغم من تزايد الحملات الإعلامية والتثقيفية حواً مخاطر زواج الأقارب وسلبياته، إلا أن نسب زواج الأقارب لا تزال مرتفعة و لم تتغير خلال الست سنوات الماضية، وقد يعزى ذلك إلى الظروف الاجتماعية و السياسية التي يعيشها المجتمع الفلسطيني في ظل الحصار وتقطيع الأوصال، و انعكاسات ذلك على الحياة الاجتماعية و الاقتصادية، كذلك يرجع ارتفاع نسب زواج الأقارب إلى ارتفاع أعباء الزواج من خارج الحمولة أو خارج التجمع السكاني نفسه عما هو عليه الحال عند الزواج من داخل الحمولة، هذا بالإضافة إلى أن الزواج من خارج التجمع السكاني أصبح صعباً في ظل الحصار والحوار العسكرية، علاوة على منظومة المفاهيم والعادات السائدة في المجتمع الفلسطيني، وتحتاج كل هذه الأسباب إلى المزيد من البحث والتحليل.

ثانياً: اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث:

الزواج سنة طبيعية وهو ارتباط شرعي بين الرجل والمرأة كما أنه أساس تكوين الأسرة وإنجاب الأطفال. وقد حدد القانون الفلسطيني سن الزواج للإناث بأنه ستة عشر عاماً. والذكر ثمانية عشر عاماً وذلك نظراً لأن الزواج مسؤولية مشتركة بين الطرفين في إنجاب الأطفال وتربيتهم وتحمل تبعات الزواج المختلفة، ورغم أن هذه المسؤولية قد تؤدي إلى تأخير سن الزواج إلا أن بعض الثقافات داخل المجتمع الفلسطيني تحبذ زواج البنات في سن صغيرة قد لا يصل إلى السن القانونية للزواج فيلجأ البعض إلى التحايل وتسنين البنات أنها 16 عاماً في حين أنها لم تصل بعد إلى هذه السن وذلك حتى يمكن إبرام عقد الزواج قانوناً.

1- بعض الدوافع والأسباب وراء الزواج المبكر:

- الفقر والرغبة في التخلص من عبء إعالة الفتيات، أو الاستفادة من مهورهن.
- الخوف على العرض والشرف.
- الاعتقاد بأن تأخير زواج الفتيات يحزنهن ويهددن بالعنوسة.
- الرغبة في إنجاب عدد كبير من الأبناء (العزوه).

- الرغبة في تقليص الفاصل الزمني بين الآباء والأبناء.
- الحرص على دعم الروابط الأسرية.
- غياب حق الفتاة في المشاركة في اتخاذ القرار وذلك لصغر سنها.
- رغبة الآباء في تزويج بناتهم مبكرا لإثبات الرجولة وتأكيد السيطرة.
- تأثير العوامل الدينية التي تعد من أهم العوامل في شيوع الزواج المبكر في البلاد العربية والإسلامية.
- تشجيع بعض النشطين في مجال العمل الأهلي والاجتماعي للزواج المبكر حلا لمشكلة انحراف الشباب وممارسة الجنس قبل الزواج.
- ولقد ثبت أن معظم الفتيات اللاتي يتزوجن في سن مبكرة لم يلتحقن بالتعليم أو تسربن منه، كما أنهن لا يعملن.

2- الأضرار الصحية والنفسية والاجتماعية المترتبة على الزواج المبكر:

- حرمان الفتيات من حقوقهن في اختيار أزواجهن.
- حرمان الفتيات من حقهن في التعليم، وذلك حتى يتم تزويجهن.
- عدم القدرة وعدم المعرفة بكيفية القيام بالشؤون المنزلية والعناية بالأطفال، مما يشكل عبئا نفسيا على الفتيات.
- تعرض الفتاة لدائرة أوسع من العلاقات الاجتماعية مع أهل زوجها ومعارفه. ويمثل تعرض طفلة غير ناضجة لتلك العلاقات ضغوطا نفسية قد تسبب لها قدرا كبيرا من الألم، بينما الفتاة الأكبر سنا يمكنها التعامل مع هذه العلاقات ووضع الحدود التي تحفظ لها خصوصيتها مع التمتع بمميزات هذه الروابط الجديدة، مما يقلل من احتمالات الخلافات الزوجية والشعور بالتعاسة.

- ارتفاع نسبة الطلاق نتيجة لعدم التوافق بين الزوجين، خاصة أن فارق السن بينهما عادة ما يكون كبيراً. ولقد تبين أن نسبة المطلقات بين المتزوجات من سن 16-18 سنة بلغت 49% من حالات الطلاق.

3- بعض آثار الزواج المبكر على المجتمع ككل:

- التأخر في استكمال مسيرة التعليم.
- عدم القدرة على تنظيم عدد أفراد الأسرة، مما ينعكس في صورة زيادة سكانية خطيرة.
- عدم القدرة على العناية السليمة بالطفل الوليد، مما ينعكس بشكل سلبي على صحة الأجيال القادمة.
- ازدياد العبء على الدولة نتيجة ازدياد تكلفة استخدام وسائل العلاج الحديثة، وازدياد الحاجة إلى الحضانات للأطفال غير مكتملي النمو.
- كل هذا يؤدي إلى التقليل من فرصة الحصول على مستوى معيشي كريم ويزيد من معاناة الفرد والمجتمع.

4- الآثار الصحية للزواج المبكر:

تتعدد مخاطر الزواج المبكر ومنها ما يرتبط بممارسة العلاقة الجنسية في حد ذاتها وما يرتبط بالحمل المبكر:

- إن ممارسة العلاقة الجنسية قبل النضج الكامل للأعضاء التناسلية واستقرار التأثيرات الهرمونية على نضج الأعضاء التناسلية الخارجية والداخلية، بما فيها المهبل، يزيد من نسبة الالتهابات التناسلية (التهابات مهبلية). ومن نفس المنطلق، تزداد احتمالات الإصابة بالالتهابات المنقولة جنسياً.
- قد يؤدي عدم اكتمال نضج المبيض إلى تأخر حدوث الحمل وأحياناً إلى العقم أو الإجهاض المبكر عند حدوث الحمل.
- وعند تأخر حدوث الحمل في هذه السن قد يلجأ البعض إلى أخذ العديد من الاستشارات الطبية من المتخصصين وغير المتخصصين، وقد يلجأ البعض إلى إجراء فحوصات وإعطاء علاجات في سن مبكرة قد تضر بدلاً من أن تنفع.

- يؤدي الزواج المبكر عادة إلى الحمل المبكر خاصة بسبب الاتجاه الشائع إلى عدم تشجيع المتزوجين حديثا على استخدام وسائل منع الحمل خوفا من أن يؤثر ذلك سلبيا على الخصوبة. ويمثل الحمل المبكر خطرا كبيرا على كل من الأم والطفل (تم تناول أخطار الحمل المبكر في رسالة خاصة به).

5- العمر عند الزواج الأول:

مما لا شك فيه أن العمر عند الزواج الأول من المؤشرات الهامة والمحددة للخصوبة، فالزواج المبكر عادة ما يؤدي إلى رفع في معدلات الخصوبة وذلك بسبب طول فترة الإنجاب عند السيدات، لذلك يكون لرفع سن الزواج أثرا في خفض معدلات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية. وعلى العكس فإن تأخير الزواج ينعكس بالضرورة على العمر عند الحمل الأول أو إنجاب المولود الأول، والذي غالبا ما يكون مرتبطا بانخفاض معدلات الخصوبة. نظرا لأن مسح الشباب لعام 2003 لم يتعرض لدراسة ظاهرة الزواج المبكر لذلك سنعمد في عرض هذه الظاهرة على بيانات مسح صحة الأسرة، الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 2006.

يعرض الجدول (2-5) التوزيع النسبي للنساء حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي، ومنه يتضح أن أكثر من ثلثي النساء اللواتي سبق لهن الزواج أو المتزوجات حاليا في العمر 15-19 سنة قد كان زواجهن الأول عند العمر 17 سنة فأقل، كذلك ما زالت النسبة مرتفعة للنساء اللواتي تزوجن عند العمر 14 سنة فأقل والتي بلغت 12.1% من النساء في العمر 15-19 سنة اللاتي سبق لهن الزواج، علما بأن هذه الفئة لا تمثل سوى 3% من إجمالي العينة.

كما يتضح من الجدول أن الزواج ما زال يتم في سن مبكرة في الأراضي الفلسطينية، ولم تختلف هذه النسب عن مثيلاتها خلال فترة الست سنوات الماضية. كما تعبر نسب زواج الفتاة الفلسطينية دون سن العشرين سنة مرتفعة نسبيا. وتجدر الإشارة إلى أن التحصيل العلمي يؤثر بوضوح في انحسار ظاهرة الزواج المبكر في المجتمع الفلسطيني، حيث أظهرت نتائج هذا المسح وكما سيرد في الفصل التاسع أن الشباب الفلسطيني (15-29) سنة يرى أن العمر المفضل عند الزواج يرتفع مع ارتفاع المؤهل العلمي للشباب إذ يصل على حوالي 26 سنة لمن يحملون مؤهلا علميا مقابل 24 سنة لمن لا يحملون أي مؤهل علمي، وأن العمر المفضل للزواج للإناث اللواتي لا يحملن أي مؤهل علمي حوالي 20 سنة مقابل حوالي 22 سنة للواتي يحملن دبلوم متوسط فأعلى.

جدول (5-2)

التوزيع النسبي للنساء (15-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج والمتزوجات حالياً حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي، 2006

العمر عند الزواج الأول	العمر الحالي								
	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45	54-50	المجموع
النساء اللواتي سبق لهن الزواج									
14 فأقل	12.1	4.3	5.1	7.0	4.1	5.3	7.3	7.5	5.8
15	22.0	9.8	8.7	8.5	6.4	7.5	8.6	8.3	8.7
16	22.9	15.1	12.0	13.3	7.5	9.3	10.6	10.7	11.7
17	22.5	17.7	12.1	14.1	12.1	10.6	10.5	11.3	13.2
18	14.8	17.3	15.4	11.1	13.6	11.7	10.1	12.6	13.4
19	5.7	12.4	10.6	10.5	11.2	10.7	8.9	8.4	10.5
20	11.5	10.2	10.2	8.4	11.1	7.5	7.1	8.7	9.1
21	5.3	7.8	7.8	6.5	8.7	6.8	6.4	6.2	6.7
22	4.2	4.2	6.2	4.8	5.2	7.0	6.3	4.6	5.3
23	1.8	5.3	5.3	4.0	4.0	6.6	3.8	4.5	4.2
24	0.6	2.6	2.6	3.6	3.6	4.3	4.9	2.9	3.0
+25			3.9	8.2	12.6	12.7	15.5	14.4	8.4
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
عدد النساء	333	1477	2055	1940	1659	1370	1054	743	10631
النساء المتزوجات حالياً									
14 فأقل	12.1	4.3	5.2	6.9	4.2	5.3	7.5	7.2	5.8
15	22.3	9.9	8.8	8.5	5.9	7.5	8.6	8.6	8.7
16	23.1	15.1	12.2	13.4	7.6	9.5	10.8	10.9	11.9
17	22.1	17.5	12.2	14.2	12.4	10.4	10.0	11.7	13.2
18	14.6	17.3	15.7	11.0	13.6	11.8	10.5	13.0	13.5
19	5.8	12.4	10.5	10.6	11.2	10.7	8.8	8.9	10.5
20	11.5	9.8	9.8	8.6	11.1	7.4	7.2	8.0	9.0
21	5.3	7.8	7.8	6.5	8.8	6.7	6.1	5.9	6.7
22	4.2	6.1	6.1	4.7	5.1	6.9	6.5	4.7	5.3
23	1.9	5.3	5.3	4.0	3.8	6.9	3.7	4.9	4.2
24	0.6	2.5	2.5	3.4	3.8	4.4	5.5	3.1	3.1
+25			3.8	8.3	12.4	12.4	14.8	13.2	8.0
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
عدد النساء	327	1448	2001	1879	1590	1292	946	640	10123

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قاعدة بيانات مسح صحة الأسرة 2006.

أما بالنسبة للعمر الوسيط عند الزواج الأول، وكما هو مبين في الجدول (2-6) يلاحظ أن العمر الوسيط عند الزواج الأول لا يزال منخفضاً ويبلغ 18 سنة أي أن حوالي 50% من النساء قد تزوجن قبل بلوغهن سن الثامنة عشر سنة. كما يلاحظ ارتفاع العمر الوسيط عند الزواج الأول في الضفة الغربية عنه في قطاع غزة بمقدار سنة واحدة، ومن الملفت للانتباه أن العمر الوسيط عند الزواج للسيدات في الحضر ينخفض عنه للسيدات في الريف والمخيم بمقدار سنة واحدة، وقد يرجع ذلك لتركيز بعض برامج صحة الأمومة والطفولة التثقيفية على المناطق الريفية والمخيمات الفلسطينية أكثر منه على المناطق الحضرية أو يعود لمدة تأثير مثل هذه البرامج والحملات وفعاليتها على النساء في الريف والمخيمات أكثر منها في الحضر. وإذا كان الأمر كذلك فهذا يؤكد وجود أثر لهذه البرامج وتأثير كبير في تغيير سلوك المجتمع فيما يتعلق بالعمر عند الزواج الأول.

علاوة على تأثير العمر عند الزواج الأول على معدلات الخصوبة للمرأة، فإن للزواج في سن مبكرة وخاصة دون الثامنة عشرة آثاراً سلبية على صحة الأم والطفل معاً نتيجة لهذه الظاهرة. كما أن انخفاض العمر عند الزواج قد يشكل عائقاً أمام المرأة من حيث إمكانية متابعة تحصيلها العلمي أو مشاركتها في سوق العمل.

جدول (2-6)

العمر الوسيط عند الزواج الأول للنساء (20-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر الحالي والمنطقة ونوع التجمع السكاني، 2006.

نوع التجمع السكاني	المنطقة			العمر الحالي	
	حضر	ريف	مخيمات		قطاع غزة
	18	18	18	24-20	
	18	18	18	29-25	
	18	19	18	34-30	
	19	20	19	39-35	
	20	19	19	44-40	
	19	19	19	49-45	
	19	18	18	54-50	
	19	19	18	العمر الوسيط لجميع الأعمار	

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قاعدة بيانات مسح صحة الأسرة 2006.

ثالثاً: اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر والحمل المتأخر:

تتفق معظم الأبحاث والدراسات السكانية والطبية على أن الحمل المبكر هو الذي يحدث قبل إتمام الأم سن العشرين، وأن الحمل المتأخر هو الذي يحدث بعد إتمام الأم سن الخامسة والثلاثين وسنتناول في هذا البحث اتجاهات الشباب نحو هذين النوعين من الحمل على كل حدة.

1- مخاطر الحمل المبكر:

الزواج في السن المبكر للإناث يؤدي إلى حملهن في سن صغيرة، وبالتالي يزداد تعرضهن لمخاطر عديدة، فالحمل بصفة عامة من الأمور الخطرة لما تتعرض له النساء بصفة عامة من آلام ومتاعب ومخاطر قد تؤدي أحياناً إلى الوفاء بسبب الحمل والولادة، ولكن هذه الخطورة تزداد في حالة حدوث الحمل للفتاة في سن صغيرة (قبل العشرين) فهي ما زالت في مرحلة النمو البدني كما أنها قليلة الخبرة وينقصها الوعي الثقافي والصحي بصفة عامة وبالتالي فهي غير مهياًة بدنياً أو نفسياً لتبعات الحمل والولادة.

ويعد الحمل المبكر من العوامل الهامة التي تؤثر سلباً على الصحة الإنجابية لما تسببه من مخاطر جسمية على صحة الأم والطفل على حد سواء، وذلك كما هو موضح على النحو التالي:

أ- مخاطر الحمل المبكر بالنسبة للأم:

- سوء التغذية والأنيميا الحادة:

تمر الفتاة قبل سن العشرين بفترة البلوغ وهي مرحلة هامة جداً من مراحل نموها، ويرى العلماء أن الإناث في هذه المرحلة في حالة نمو بدني سريع ويصاحب ذلك في حالة حملهن نمو سريع أيضاً في حجم الجنين الأمر الذي يؤدي على تنافس الأم والجنين في استهلاك الغذاء، ويحدث نتيجة لذلك تعرضها لقلة الغذاء وسوء التغذية ومن ثم الإصابة بالأنيميا، وترتفع نسبة النساء المصابة بالأنيميا إلى حوالي 28% في حالات الحمل المبكر وبالتالي يرتفع معدل المضاعفات الطبية للحمل نتيجة للأنيميا مثل الولادة المبكرة وحالات النزيف بعد الولادة. وارتفاع حدوث حمى النفاس إلى غير ذلك من الأضرار الجسيمة والتي قد تؤدي إلى هبوط شديد في القلب قد يؤدي على وفاة الأم.

- ارتفاع ضغط الدم وتسمم الحمل:

إن حالات ارتفاع ضغط الدم للسيدة الحامل غالباً ما تصاحب بظهور زلال في البول وتورم في جسم السيدة وهذا بشكل المرض المعروف باسم تسمم الحمل (Pre eclamp and Ecl)، والذي يكثر بشدة في السيدات اللاتي يحملن لأول مرة في سن مبكرة. وقد أوضحت الأبحاث العلمية أن نسبة تسمم الحمل ترتفع بشدة في سن 14 سنة وأن نسبة حدوث تسمم الحمل قبل سن العشرين تصل على حوالي 20% ويرجع ذلك على عدم اكتمال نضوج الأم بسبب صغر السن وعدم قدرتها على مواكبة التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للحمل. هذا ويعتبر ارتفاع ضغط الدم وتسمم الحمل من أهم أسباب وفيات الأمهات.

- نزيف ما قبل الولادة:

ويحدث نتيجة لانفصال المشيمة أو وجود المشيمة في الرحم تسبق الجنين وقد لوحظ أن هاتين الحالتين المرضيتين تحدثان بكثرة في صغيرات السن ويؤديان على نسبة عالية من وفاة الأمهات.

- عدم تناسق حجم رأس الجنين مع حجم فتحة الحوض:

وذلك لأن عظام الحوض في السيدات تكتمل من حيث النمو والنضوج عند سن العشرين وأن معدل نمو عظام الحوض يحدث ببطء في سن ما قبل العشرين بالمقارنة لنمو باقي أجزاء الجسم.

- الولادة المتعثرة:

وتعرف بالولادة التي تستمر أكثر من 15 ساعة من دخول الأم في الولادة حتى الاتساع الكامل لعنق الرحم. وقد لوحظ أن متوسط ساعات الولادة قبل سن العشرين يتراوح بين 25 و 30 ساعة. ويفسر ذلك بسبب ضيق الحوض وقصر القامة للسيدات صغيرات السن. وبالتالي ارتفاع نسبة الولادة القيصرية كما أن استعمال الجفت أثناء الولادة يؤدي إلى حدوث حمى النفاس التي قد تؤدي بحياة الأم، وفي بعض الحالات حمى النفاس يحدث انسداد في قنوات فالوب مما يؤدي إلى عقم ثانوي.

ب- مخاطر الحمل المبكر بالنسبة للطفل:

يسبب الحمل المبكر مخاطر عديدة للأطفال أهمها:

- الولادة المبكرة:

يبلغ أعلى معدل للولادة المبكرة في سن 15 سنة حيث تبلغ 17% وتعني هذه النسبة العالية ارتفاع معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة وزيادة نسبة الأطفال الغير أصحاء وإلى زيادة عدد المبتسرين. وتصل معدل الولادة المبكرة إلى أقل معدل لها من سن 20 إلى 24 سنة فهي تنخفض إلى 5% عند سن 24 سنة.

- نقص وزن الجديد عند الولادة:

إن وزن الطفل عند الولادة يعطي دلالة واضحة وكبيرة على مدى نضوج ونمو الطفل الوليد ومدى حالته الصحية، كما أنه يعكس الحالة الصحية للأم ومدى الاهتمام الذي حظيت به الأم أثناء فترة الحمل من ناحية التغذية. ويعتبر عمر السيدة عند الحمل أحد العوامل الهامة التي تؤثر في وزن الجنين، فقد وجد أن متوسط وزن الجنين للأم تحت سن العشرين أقل من متوسط الوزن عندما تكون الأم بعد سن العشرين ويرجع انخفاض وزن الجنين في حالات الحمل في سن مبكرة إلى التنافس بين زيادة نمو الأم في هذه المرحلة من العمر ونمو الجنين داخل الرحم.

- ارتفاع نسبة وفيات الطفل بعد الولادة:

تريد نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة للسيدات الصغيرات السن (قبل سن العشرين) بدرجة كبيرة ويرجع ذلك على الولادة المبكرة التي تحدث نتيجة انقباضات رحمية مبكرة أو نزيف ما قبل الولادة أو ارتفاع ضغط الدم مما يؤدي إلى إعياء الجنين داخل الرحم يجعله غير قادر على الحياة بعد الولادة وذلك بسبب مضاعفات قلة الوزن وعدم اكتمال النمو.

وتبلغ نسبة الوفيات في الأطفال حديثي الولادة ذروتها في مرحلة ما قبل سن العشرين حيث تصل على 7.5% وتصل على أقل معدل لها في الفترة من سن 20 إلى 29 سنة.

ومما سبق يتضح أن تأخير الحمل والولادة إلى سن ما بعد العشرين أمر حيوي وهام للأم والطفل وأيضاً للمجتمع ككل حيث يقلل من تلك المشاكل الصحية التي تتعرض لها الأمهات والأطفال نتيجة الحمل والولادة في سن مبكرة كما انه يجنب المجتمع ككل العديد من المشاكل الاجتماعية الناتجة من الولادة في سن مبكرة، مثل زيادة عدد السكان وزيادة نسبة الأطفال الغير أصحاء وولادة الأطفال غير المرغوب فيهم.

2- اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر:

الحمل المتأخر هو الذي يحدث بعد إتمام الأم سن الخامسة والثلاثين، ويسبب الحمل المتأخر العديد من المخاطر التي تحدث أثناء الحمل أو أثناء الولادة وذلك على النحو التالي (Hasseb, 1984):

أ- المخاطر أثناء الحمل:

- زيادة القياء المصاحب للحمل مما يؤثر على نسبة البوتاسيوم في الجسم ويؤدي إلى نقص سوائل الجسم وقد تحتاج السيدة لنقل سوائل عن طريق الوريد.
- تزيد نسبة الإجهاض في السيدات الحوامل بعد سن 35 سنة وذلك لزيادة نسبة العيوب الوراثية في الأجنة.
- الولادة المبكرة: فقد تلد السيدة قبل موعد الولادة المقرر ويؤدي ذلك على أن الأطفال يكونوا ناقصي النمو مما يؤدي إلى زيادة نسبة وفيات الأطفال في هذه الحالات.
- زيادة نسبة تسمم الحمل وفيه يرتفع الضغط مما يؤثر على الكلى والقلب وقد تحدث تشنجات تؤدي على وفاة الجنين وأحياناً مضاعفات مثل الفشل الكلوي وهبوط في القلب.
- عيوب في المشيمة: تتأثر المشيمة التي تصل الطفل بالأم وتنقل الغذاء له وتعمل كجهاز إخراجي لفضلات الطفل مما يؤدي على مضاعفات منها نزيف داخل الرحم ونزيف بعد الولادة.
- تأخر الولادة عن مواعيدها مما يؤثر على الجنين حيث تظهر عليه علامات الشيخوخة المبكرة.

ب- مخاطر أثناء الولادة:

- 1- عدم انقباض الرحم بكفاءة، وهذا قد يرجع إلى زيادة ضغط الدم.
 - 2- إطالة الولادة نتيجة عدم انقباض الرحم بكفاءة وقد تطول الفترة التي تلد فيها السيدة لدرجة تعرضها وطفلها لمخاطر، وقد يتم اللجوء إلى التدخل الجراحي.
 - 3- يظهر الإجهاد المصاحب للولادة بصورة أكبر وأسرع نظرا لعدم كفاءة انقباضات الرحم.
- ويضاف على هذه المخاطر أنه مع تقدم العمر قد يكون هناك أمراض مصاحبة مثل الضغط والسكر وأمراض القلب، وهذا يزيد من احتمالات المراضة بالنسبة لهذه الفئة.
- وهنا يجب إلقاء الضوء، أنه لا يوجد أي من المسوح التي أجراها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني تناولت موضوعي الحمل المبكر والحمل المتأخر من حيث كونها ظاهرتين مهمتين، وبذلك لا يوجد لدينا أن بيانات أو نتائج من الواقع الفلسطيني يمكن الاستعانة بها لتوضيح هاتين القضيتين.

الخلاصة:

في هذا الفصل تناولنا الصحة الإيجابية للشباب من حيث المعرفة والاتجاه، ولكن قبل أن نتناول ما سبق أجرينا دراسة مقارنة بين السلوك في العلوم السلوكية والسلوك في الدراسات السكانية، ووجدنا أن تطابق العنصرين الأول والثالث في كل من فرعي العلوم السلوكية والدراسات السكانية، فالمعرفة ما هي إلا استقبال المعلومات وهي العنصر الأول في النظام السلوكي وهي المدخلات السلوكية. والممارسة ما هي إلا الفعل أو التصرف الصادر عن الإنسان وهي نفس العنصر الثالث في النظام السلوكي وهي المخرجات السلوكية. أما العنصر الثاني وهو الاتجاه ما هو إلا عملية واحدة فقط من ستة عمليات سلوكية والتي تمثل العنصر الثاني في النظام السلوكي.

ومن ثم تناولنا موضوع المعرفة بقضايا الصحة الإيجابية، وفيه تطرقنا إلى جوانب المعرفة بشكل عام، ومن ثم معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإيجابية، وهي مظاهر البلوغ وتنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسياً، وتعرضنا إلى معرفة الشباب بهذه القضايا في الواقع الفلسطيني، ووجدنا أن هناك نقص في معرفة الشباب بهذه القضايا في الواقع الفلسطيني.

وأخيراً، تناولنا موضوع الاتجاهات نحو قضايا الصحة الإيجابية، وفيه تطرقنا إلى جوانب الاتجاهات بشكل عام، ومن ثم اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإيجابية، وهي الفحص الطبي قبل الزواج والحمل المبكر والمتأخر، ووجدنا أنه لم يتم التعرض لهذه القضايا في الواقع الفلسطيني، ووجدنا أن هناك بعض الاتجاهات السلبية التي يجب تغييرها، والبعض الآخر منها إيجابية يجب دعمها.

الفصل الثالث

الصحة الإنجابية وعلاقتها بالتنمية
ونموذج الدراسة المقترح

مقدمة:

يهدف هذا الفصل إلى التطرق إلى دراسة العلاقة بين الصحة الإنجابية والتنمية بأشكالها المختلفة، مع العلم بأن الصحة الإنجابية هي احد المرتكزات الأساسية للصحة العامة، لذا سنلقي الضوء على ثلاثة نقاط رئيسية، أولها، هو التعرف على العلاقة بين الصحة والتنمية البشرية، حيث أن هناك علاقة تبادلية بين الصحة والتنمية وان تحسين صحة الأفراد تعتبر احد المرتكزات الهامة للتنمية البشرية، بالإضافة إلى أنها ترتبط ارتباطاً مباشراً بتحقيق أهداف التنمية في الألفية الثالثة. وثانيها، تعتبر فئة الشباب في من أهم الفئات العمرية المستهدفة في مجال التنمية، وانه توجد علاقة تبادلية بين خصائص الصحة الإنجابية للشباب وانتشار الفقر. وتعتبر الصحة الإنجابية جزء لا يتجزأ من عملية التنمية وان العلاقة بين الصحة والتنمية هي علاقة تبادلية تؤثر وتتأثر بها، وعلى المنطقة العربية أن تغتنم الفرصة المتاحة من خلال النافذة الديموغرافية وذلك من خلال الاستثمار في الشباب في المجالات المتعلقة بهم وخاصة الصحة الإنجابية، حيث أن هذا الاستثمار سيؤدي إلى توفير فرص حقيقية للتنمية المستدامة وسد منافذ الفقر.

وأخيراً، إن الاستثمار في الموارد البشرية يعتبر المحور الأساسي للتنمية والخيار الاستراتيجي الذي لا غنى عنه، ويعتبر شولتز من أهم رواد نظرية الاستثمار البشري (التعليم والتدريب) والتي أثبتت أن الزيادة التي تحصل في الناتج المحلي لا تعود فقط إلى الزيادة في رأس المال المادي، بل تعود أيضاً إلى الاستثمار في رأس المال البشري، لذا يجب الاهتمام بالشباب من خلال الاستفادة من مفاهيم نظرية الاستثمار البشري في تغيير سلوك الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، وذلك بالتركيز على عمليتي التعليم والتدريب الموجهتين للشباب بهدف تدعيم سلوكهم الايجابي وتغيير سلوكهم الخاطئ تجاه قضايا الصحة الإنجابية، وعليه يكون تغيير سكاني للأفضل ومن ثم تنمية مستدامة.

وفي النهاية نتعرض إلى نموذج الدراسة المقترح، والذي يوضح ماهية وطبيعة المتغيرات المقترحة للدراسة وذلك بشقيها وهما، المتغيرات المستقلة والمتوقع أن يكون لها تأثير على المتغيرات التابعة المقترحة أيضاً والتي تم التطرق لها في الفصل السابق من هذه الدراسة. ومما سبق سنتناول في هذا الفصل النقاط التالية:

المبحث الأول: الصحة والتنمية البشرية وتحقيق الأهداف التنموية

المبحث الثاني: الصحة الإنجابية وعلاقتها بالفقر ودورها في تعزيز التنمية

المبحث الثالث: نظرية الاستثمار البشري وتغيير سلوك الشباب

المبحث الرابع: نموذج الدراسة المقترح

المبحث الأول: الصحة والتنمية البشرية وتحقيق الأهداف التنموية

للاقتصاد تأثير عميق على صحة المجتمع، فمن شأن السياسات الاقتصادية التي تعطي الأولوية للعدالة والصحة والرخاء الاجتماعي أن تنهض بصحة الأفراد وبالاقتصاد أيضاً، فالصحة تعد المرمى الرئيسي والنتيجة الأهم للتنمية، ولا يمكن ضمان استمرار التنمية إلا إذا روعيت الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية في جميع مستوياتها ومراحلها، كما أنه من غير الممكن تصنيف المجتمعات أو البلدان على أنها متقدمة أو متوسطة أو نامية استناداً لنصيب الفرد من الدخل فقط، بينما يعاني سكانها من الأمية وضعف الحالة الصحية ويفتقرون إلى الخدمات الأساسية الضرورية لتوفير الحياة الصحية. وسنتناول في هذا الجزء النقاط التالية:

- المطلب الأول: مفاهيم الصحة
- المطلب الثاني: مفهوم التنمية البشرية
- المطلب الثالث: نظرة نقدية لتطور الاهتمام بالصحة من منظور تنموي
- المطلب الرابع: الصحة وتحقيق أهداف التنمية

المطلب الأول: مفاهيم الصحة:

تتعدد مفاهيم الصحة ولكن سنركز على مفهومين رئيسيين:

1- مفهوم الصحة (WHO)

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 تعريف محدد لها، فهي تعنى للبعض الخلو من المرض أو عدم الإحساس بالعجز. حيث يتبادر للذهن أن المقصود بالصحة هو غياب الأعراض المرضية، كما أنها قد تعنى أكثر من مجرد الخلو من المرض، فليس كل فرد لا تظهر عليه أعراض مرضية يتمتع بصحة جيدة، فالصحة مرتبطة أيضاً بعواطف الإنسان وقدرته على العطاء، كما أنها تتأثر بما يحيط بالفرد من عوامل بيئية واجتماعية. وبناءً على ما سبق، عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها "حالة السلامة والتكامل والكفاية في الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز" (Maller et al., 2002).

كما أكد دستور منظمة الصحة العالمية على أن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية (Poduca, 2005).

لقد ساهم تقديم هذا التعريف في دفع التفكير الصحي قدماً متجاوزاً حدود الرؤية التقليدية المحدودة التي تربط الصحة بالمرض فقط، إلى رؤية أكثر شمولية وإيجابية فيما يخص رفاهية وإنتاجية الإنسان وربطها بالأبعاد الاجتماعية والاقتصادية لما له من تأثير على التنمية.

وعلى الرغم من تعرض هذا التعريف للكثير من الانتقادات بسبب الطبيعة المثالية والمعيارية التي يتضمنها، إلا أن الكثير من المفكرين يرون أنه يمكن اعتباره إطاراً عاماً لتعريف وتحديد معنى الصحة.

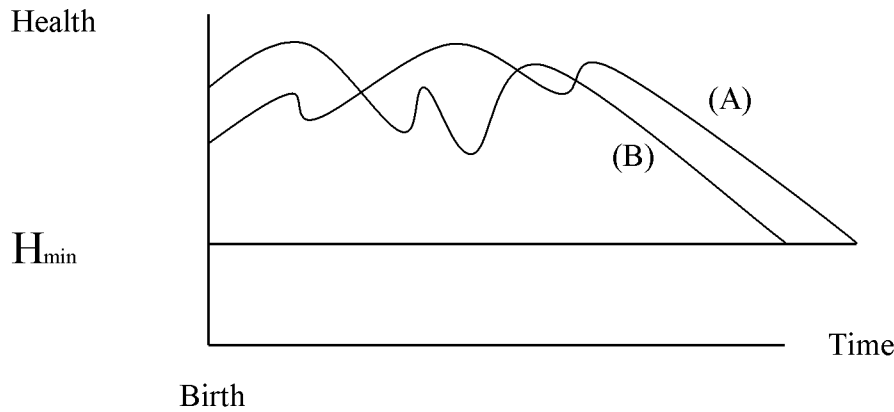
2- مفهوم الصحة في الاقتصاد

عرف الاقتصاديون "الصحة" على أنها: سلعة رئيسية غير ملموسة، وأن الطلب على الصحة غير مرن، وعلى الرغم من سهولة الاتجار بالخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك وإنما هي نتاج لتفاعلات مدى استجابة الفرد لجودة الخدمات الصحية المقدمة، كما اعتبر الاقتصاديون الصحة بأنها نوع من تراكم رأس المال البشري، يرفع من مستوى الخدمات المقدمة في المجتمع وجودتها

ويساعد على التطور والتنمية، واعتبروا أن التدفق في تلك الخدمات هو نتاج للمخزون الصحي للفرد والمستهلك بشكل مستمر خلال دورة حياة الإنسان (Santerre and Neun, 1996).

هذا المفهوم الاقتصادي لرأس المال الصحي كان قد طُور بواسطة (Grossman, 1972)، من خلال بناءه لنموذج الطلب على الصحة الجيدة حيث افترض أن الصحة تعد سلعة رأسمالية معمرة تنتج العمر الصحي للإنسان، ويرى أن كل فرد وُهب جزء من المخزون الصحي عند مولده، ويتناقص أو يهلك هذا المخزون الصحي مع زيادة عمر الإنسان مثله مثل السلع الرأسمالية مع الزمن، وربما يتزايد ذلك المخزون إذا ما استجابت صحة الفرد للتغيرات الناتجة من الاستثمار في الخدمات الصحية، وإذا لم تستجب صحة الفرد للتغيرات الناتجة من الاستثمار في الخدمات الصحية، فإن الفرد يموت عندما ينخفض مخزونه الصحي إلى أدنى مستوى له، ولا يوجد مقياس لهذا المستوى، حيث أنه يختلف من فرد إلى آخر حسب ما وهبه الله سبحانه وتعالى بمخزون صحي (Basov, 2002).

شكل (1-3): رأس المال الصحي (المخزون الصحي) خلال دورة حياة الإنسان (Phelps, 2003)



ويوضح لنا الشكل السابق نظرية رأس المال الصحي (المخزون الصحي)، والتي تتسم بالارتفاعات والانخفاضات خلال فترة حياة الفرد، وذلك طبقاً لمدى جودة تلك الخدمات الصحية ومدى استجابة الفرد لتلك الخدمات الصحية، وتشير النظرية إلى أنه مع تزايد عمر الفرد سيتناقص المخزون الصحي، وبالتالي فإن ذلك التناقص سيستمر حتى يصل إلى أدنى مستوى له وعند تلك النقطة تنتهي حياة الفرد، وتختلف الفترة الزمنية التي يستغرقها الفرد لاستنفاد مخزونه الصحي من فرد إلى آخر، كما تختلف سرعة تناقص المخزون الصحي من فرد لآخر.

ونلاحظ من خلال الشكل السابق أنه على الرغم من بدء الشخص (A) الحياة بمخزون صحي أقل من الشخص (B)، إلا أن الفترة التي قضاها في استهلاكه لذلك المخزون الصحي أطول من الفترة

التي أمضاها (B) في استهلاكه لمخزونه الصحي، وقد يعود السبب في ذلك لعدم تأقلم الشخص (B) مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية المحيطة به، بينما الشخص (A) كان أكثر قدرة على التأقلم مع تلك الظروف، أو ربما يعود السبب في ذلك إلى أن قدرة استجابة الشخص (B) للخدمات الصحية المقدمة أقل من قدرة استجابة الشخص (A) لنفس الخدمات، وقد يعود السبب في ذلك إلى اختلاف نوعية الخدمات الصحية المقدمة لكل من الحالتين أو لاختلاف نوعية الأمراض التي أصيبت بها كل من الحالتين (A) و(B) (Phelps, 2003).

المطلب الثاني: مفهوم التنمية البشرية

1- تعريف التنمية البشرية

طرأت تحولات كبيرة في مطلع التسعينات على الفكر التنموي، عكست بعداً جديداً لأهمية وقيمة البعد الصحي والعنصر البشري في منظومة التنمية الشاملة، من خلال تبني البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة لمفاهيم التنمية البشرية والتي تعزز من قدرات الإنسان وتوسع من خياراته من أجل استخدام أمثل لهذه الخيارات (القصيفي، 1995).

وقد دأب البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة منذ العام 1990م، على إصدار تقارير سنوية عن التنمية في العالم لبحث وتحليل التنمية البشرية من منظور عالمي وتقييم التنمية في كل دولة مقارنة بالدول الأخرى، وقد هدفت تلك التقارير إلى إخراج مفهوم التنمية من إطار النظرة الاقتصادية البحتة فقط إلى إطار أكثر شمولاً يهتم بالترابط الضروري بين التنمية الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية والبيئية وقضايا المساواة والعدالة الاجتماعية (نصر، 2001).

وعلى الرغم من أن ذبوع مصطلح التنمية البشرية برز في بدايات عقد التسعينات، إلا أن مصطلح التنمية البشرية ومفهومها لم يكونا غائبين عن أدبيات التنمية ما قبل التسعينات، ففي الواقع استند مفهوم التنمية البشرية إلى تراث ثقافي تراكم عبر سنوات طوال من التفاعل بين الفكر التنموي وبين الممارسة التنموية، يؤكد فيه مكانة الإنسان في التنمية ودوره فيها (الإمام، 1995).

كما أن هذا المفهوم يعد ثمرة لتطور فكري امتد عبر ما يقرب من نصف قرن، اتجه خلالها لتوسيع مفهوم التنمية وتعميقه، وإلى جعله أكثر شمولاً وأكثر تركيباً، وأكثر اهتماماً بالبشر ومجمل علاقات الإنسان بالتنمية، وإن لم يكن هذا الاتجاه هو الذي ساد الفكر التنموي في كل الفترات (أبو ملوح، 2003).

لقد أسفرت جهود الباحثين في أصل مفهوم التنمية البشرية عن العثور على إشارات قيمة لعلاقة الإنسان بالتنمية في كتابات بعض الرواد الذين أسسوا الفكر التنموي في أواخر الخمسينات وفي الستينات، عندما شاع الحديث عن الاستثمار في البشر وتنمية الموارد البشرية وإن كان هذا الاهتمام مقصوراً على جانب واحد من جوانب العلاقة المركبة بين الإنسان والتنمية وهو جانب البشر كمدخل من مدخلات عملية الإنتاج والتنمية (UNDP, 2003).

كما ظهرت خلال عقد السبعينات أيضاً الدعوة إلى التنمية المعتمدة على الذات، والتي هي في حقيقتها تنمية معتمدة على البشر، تبدأ بهم وتنتهي إليهم، فطرح بناء علي ذلك مفهوم "إشباع الحاجات الإنسانية".

أيضاً اتضح أن مصطلح التنمية البشرية قد تواتر في وثائق الأمم المتحدة المتعلقة بعقود التنمية من خلال كتاب بعنوان "مؤشرات للتنمية البشرية والاجتماعية (1977)".

وأخيراً، وكرد فعل لما أسفرت عنه برامج التكيف الهيكلي من آثار سلبية على التنمية الاجتماعية عموماً وعلى أحوال الفقراء خصوصاً، رفعت منظمة اليونسيف في عام 1987 شعار "التكيف بوجه إنساني"، وذلك سعياً إلى تضمين البعد الإنساني في برامج التكيف الهيكلي (القصيفي، 1995).

وفي ضوء ما تقدم، فإن المساهمة الحقيقية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وتقاريره عن التنمية البشرية لم تكن في ابتكار مفهوم التنمية البشرية، بقدر ما كانت في أمرين أساسيين أولهما: رد الاعتبار إلى هذا المفهوم، بعد أن تراجع الجانب الإنساني للتنمية في غمار الاهتمام بالنمو الاقتصادي، ثم في غمار الاهتمام ببرامج التثبيت والتكيف الهيكلي التي تبناها البنك الدولي، فقد جاءت هذه التقارير لتسلط الضوء على مفهوم التنمية البشرية، ولتعيد التركيز على مركزية الإنسان في التنمية. وثانيهما: تعميق مفهوم التنمية البشرية، مع إخضاعه للقياس، وجعل مؤشرات موضوعاً ثابتاً للمتابعة عاماً بعد عام حتى يكون العالم ودوله المختلفة على اطلاع بما يحدث من تقدم وتراجع في عناصر التنمية البشرية (الفريق الوطني لمكافحة الفقر، 1998).

ويقوم مفهوم التنمية البشرية على إدراك أهمية التنمية وشمولها لجميع جوانب الحياة، وعلى تكامل المنظور التنموي حول حق الإنسان في تنمية تحمل صفة الاستدامة على قاعدة المساواة والعدالة، وعلى ضرورة صياغة استراتيجيات وأطر تنموية تبدأ بالإنسان وتنتهي به.

ويركز هذا المفهوم على تكوين قدرات الإنسان وبنائها وتعزيزها، كما يركز على أهمية مشاركة الإنسان الفعالة في عملية التنمية، وعلى ضرورة استخدام هذه القدرات في أنشطة تضمن استمرار التنمية والتوزيع العادل لمردوداتها.

وتشمل هذه الحقوق مكونات الحياة الكريمة للإنسان، ومن هذه المكونات:

- العيش حياة طويلة وصحيحة وصحية منتجة.
- إتاحة المعرفة (التعليم) والحصول عليها.
- إتاحة الوصول إلى الموارد الضرورية بحرية وإتاحة استخدامها استخداماً أمثل.
- توفير حرية التعبير والإبداع في ظل حماية كاملة للحقوق المتعلقة بها.
- مشاركة الفرد للجماعة والعيش معها بطمأنينة.
- توفير بيئة صحية وصحيحة.
- استدامة التنمية (وزارة التخطيط والتعاون الدولي الفلسطينية، 1997).

مما سبق عُرِفَت التنمية البشرية حسب تقرير التنمية البشرية لعام 1990 على أنها عملية توسيع الخيارات للناس، وهذه الخيارات يمكن أن تكون بالأساس لا نهائية وتتغير عبر الزمن، لكن على كل المستويات تبقى ثلاث خيارات رئيسية ولا تتغير بمرور الزمن وهي:

- أن يحيا الناس حياة طويلة خالية من العلل والأمراض.
- أن يكتسب الناس المعرفة والمهارات.
- أن يحصل الناس على الدخل والموارد اللازمة لتحقيق حياة كريمة.

وللتنمية البشرية جانبان، الأول وهو تشكيل بناء القدرات البشرية عن طريق تحسين المستويات الصحية والمعرفة والمهارات. والآخر هو انتفاع الناس بقدراتهم المكتسبة لزيادة الإنتاج والتمتع بالفراغ، وللمشاركة في الأمور السياسية والاجتماعية والثقافية (UNDP, 1990).

2- دليل التنمية البشرية:

اقترح برنامج الأمم المتحدة الإنمائي مقياس مركب للتنمية البشرية يعكس التعريف السابق أطلق عليه " دليل التنمية البشرية" ورمز له بالرمز (HDI)، وهذا الدليل عبارة عن رقم قياسي مركب يضم ثلاثة مؤشرات أساسية هي: طول العمر (يقاس بالعمر المتوقع عند الميلاد) والتحصيل العلمي (يقاس بمعرفة القراءة والكتابة بين البالغين ونسبة المراحل الابتدائية والثانوية والعالية معا) ومستوي

المعيشة (الدخل القومي للفرد)، ويمثل هذا الرقم القياسي تطوراً كبيراً مقارنة بالمعايير الأخرى للتنمية، حيث أنه يركز على إمكانيات وخيارات الأفراد بدلاً من التركيز على السلع والخدمات المتوفرة (نصر، 2001).

ولوضع دليل للتنمية البشرية مركب من المؤشرات الثلاثة السابقة تم تحديد الحد الأدنى للقيمة (أقصى درجة من الحرمان تعادل الواحد الصحيح) والقيمة المرغوبة أو الوافية (عدم وجود حرمان يعادل صفراً)، وقد تم اختيار المستويات الدنيا للقيمة بأخذ أدنى قيمة قطرية لكل مؤشر في عام 1978، فبالنسبة للعمر المتوقع عند الميلاد كانت القيمة الدنيا هي 42 سنة في أفغانستان و أثيوبيا وسيراليون، وبالنسبة للإلمام بالقراءة والكتابة للكبار كانت القيمة الدنيا هي 12 في المائة في الصومال، وبالنسبة لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي المعدل طبقاً للقوة الشرائية كانت القوة الدنيا هي 220 دولار في زائير، بينما كانت قيمة الانجازات المرغوبة هي قيم اليابان في عام 1978 حيث أن العمر المتوقع عند الميلاد هو 78 سنة ونسبة الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين فوق 15 عاماً هي 100%، ومتوسط دخل الفرد " خط الفقر" الرسمي في تسعة بلدان صناعية بعد تعديله حسب تعادل القوة الشرائية هو 4861 دولاراً. وتمثل القيم الدنيا والقيم المرغوبة نقطتين على طرفي مقياس مدرج من واحد إلى صفر لكل مقياس الحرمان، وبوضع أي بلد عند النقطة الملائمة على كل مقياس ثم حساب متوسط المقاييس الثلاثة يتم الحصول على متوسط دليل الحرمان، وبطرح الرقم الناتج من الرقم واحد نحصل على دليل التنمية البشرية (إدريس، 2002).

وفيما يتعلق بالحد الأدنى والأقصى فقد أجريت عليه العديد من التغييرات حتى وصل إلي:

- العمر المتوقع عند الولادة الحد الأدنى 25 عاماً والحد الأقصى 85 عاماً
- معرفة القراءة والكتابة (ممن تبلغ أعمارهم 15 عاماً فأكثر) بلغ 0%، فيما بلغ الحد الأقصى 100%.
- نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية) \$100 كحد أدنى و \$6311 كحد أقصى.

ولكن بقي هذا الدليل يشوبه الكثير من القصور، خصوصاً وأن الأرقام والمعدلات الخاصة بكل دولة تخفي تبايناً شديداً بين المناطق الحضرية والريفية، وبين الأغنياء والفقراء، وبين الذكور والإناث، إضافة لكونه لا يعكس الكثير من المتغيرات غير المادية مثل الحريات السياسية. كما أن هذا الدليل لا يأخذ بالاعتبار الخصوصية التي يمر بها اقتصاد يعيش في ظروف خاصة كالإقتصاد الفلسطيني، مما يجعل استخدامه كأداة للمقارنة مشوباً بالحدز (نصر، 2001).

المطلب الثالث: نظرة نقدية لتطور الاهتمام بالصحة من منظور تنموي

إن المتتبع للأدبيات الحديثة في اقتصاديات التنمية يلاحظ التطور الذي مرت به العلاقة ما بين الصحة والتنمية خلال العقود الماضية تحت تأثير الاهتمام بالبعد البشرى في الفكر التنموي، فقد شهدت بداية الخمسينات التركيز على النموذج الاقتصادي المتمحور حول تكوين رأس المال، وفي هذا الإطار اتجهت النظرة إلى التنمية على أنها ظاهرة اقتصادية، كما أن العنصر البشرى شكل وسيلة للتنمية ولم يكن عنصراً مقيداً داخل النموذج، وهو ما ترتب عليه اتجاه معظم الدول لإهمال البرامج الصحية والتي اتسمت خلال تلك الفترة بتبعيتها للنمو الاقتصادي، كما أولت الدول أولوية ثانوية لتحسين الأوضاع الصحية لديها واعتبرت ذلك شيء يُفضل القيام به إن أمكن ولكن ليس على حساب الإنفاق على مجالات الإنتاج المباشر (مالكوم جيلز وآخرون، 1995).

وكنتيجة لما سبق، اتجهت معظم الدول النامية خلال تلك الفترة في خطتها التنموية لرفع معدلات النمو كهدف أساسي وكشرط لرفع مستويات المعيشة والرفاهية كالتعليم والصحة والغذاء...إلخ.

وقد ساد الاعتقاد بأن تحقيق ذلك الهدف كافٍ لتوفير المكاسب التنموية، واعتبرت معدلات النمو في الناتج القومي الإجمالي مؤشراً رئيسياً إن لم يكن الوحيد لقياس معدلات التنمية ومقارنة مستوياتها بين الدول المختلفة، ودأبت معظم كتب الاقتصاد التنموي بما في ذلك منشورات المؤسسات الدولية على تصنيف الدول إلى (نامية وغير نامية ومتقدمة ومتخلفة) حسب مستويات الدخل ومعدلات النمو فيها (Stiles and kulvisarechang, 2003).

إلا أن استخدام الناتج القومي الإجمالي الفردي كمقياس للتنمية تعرض لانتقادات عديدة خصوصاً بعد أن لاحظ اقتصاديو التنمية أن معدلات النمو المرتفعة في الناتج الإجمالي للعديد من الدول لم تحقق مستويات رفاهية أفضل للغالبية العظمى لمواطنيها، وفي الكثير من الحالات كانت عادة ما تصاحبها زيادة في مستويات الفقر، أو ارتفاع في مستويات البطالة أو اتساع في الفجوة ما بين الأغنياء والفقراء، بالإضافة إلى زيادة التباين في توزيع الدخل.

تلك المؤشرات اتفق معظم الاقتصاديين على أنها تعكس تنمية حقيقية، وقد بدأ الحديث بين الاقتصاديين يدور حول "النمو دونما تنمية" و"إعادة التوزيع مع النمو" و"النمو البائس" وغيرها من المصطلحات التي تعكس عدم رضى الاقتصاديين حول مؤشر معدل النمو كمقياس وحيد للتنمية (نصر، 2001).

المطلب الرابع: الصحة وتحقيق أهداف التنمية

إن المرامي التنموية للألفية مرتبطة ببعضها ويعتمد بعضها على بعض، وفي عدة دول قد يكون من المستحيل التخفيف من وطأة الفقر الناجم عن انخفاض الدخل (المرمى الأول، الهدف الأول)، من دون أخذ خطوات ضمان الصحة الأكثر للناس، وعلى نحو مشابه فإن إزالة التفاوت بين الجنسين (المرمى الثالث) وزيادة معدلات الانخراط في التعليم الأساسي (المرمى الثاني) هو شرط أساسي من أجل النجاح في تحسين النتائج الصحية، ولا يمكن أيضاً لصحة الناس أن توضع بمعزل عن التساؤلات حول تدبير الموارد الطبيعية وضمان الاستدامة البيئية (المرمى السابع)، ومن أجل ذلك لا ينبغي رؤية المرامي التنموية للألفية ذات الصلة بالصحة على نحو منعزل-كبرامج منفصلة- بل ينبغي النظر إلى هذه المرامي كمحصلة أو كنتاج مرغوب لبرنامج عمل التنمية (WHO, 2001).

أيضاً لا تنحصر أسباب سوء الصحة فقط في عوامل ترتبط مباشرة بالصحة بالطرق التي يجب الأخذ بها لمعالجتها، يجب أن لا تنحصر في التدخلات الصحية، فالصحة عادة ما تتأثر بالعديد من العوامل والمتغيرات، فالقضاء على الأمية، وزيادة الدخل، وتوفير المياه النقية وخدمات الصرف الصحي، وتحسين الإسكان، والحفاظ على البيئة، والاقتصاد المتنامي، وبناء الطرق، وتعزيز دور المرأة وغيرها من العوامل، جميعها تؤثر من خلال علاقة تبادلية في أو مع الصحة، وهو ما يبرز هنا أهمية أن يكون الاهتمام بالصحة بصورة غير منفصلة عن العوامل التنموية الأخرى (UNDP, 2003).

إن أحد أكثر المرامي التنموية تحدياً، هو تحقيق تخفيض في ثلثي وفيات الأطفال (المرمى الرابع، الهدف الخامس) والذي يتطلب تدخلات تقنية تعالج الأسباب الرئيسية لموت الأطفال، مثل سوء التغذية، والعدوى، والأمراض الطفيلية. ولكن فعالية هذه التدخلات سيتم التوصل إليها من خلال شبكة الأنظمة التي تقدم الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص، وتعتمد على مستويات ملائمة من التمويل، وستعزز تأثيراتها بواسطة التدخلات التي تضمن زيادة الأمن الغذائي، وإتاحة التعليم والأدوية الأساسية والمياه النظيفة والتي عادة ما تؤثر على إنتاجية الفرد داخل المجتمع، فعندما تنجح مثل هذه التحسينات في الحد من المرض فإنها تزيد من تيقظ الناس وطاقاتهم على التعلم وقدرتهم على مواجهة الحياة والاستمتاع بها، وعندما تساعد هذه التحسينات على إطالة الحياة فإنها تجعل من الاستثمار في المعرفة والمهارة أمراً جدير بالاهتمام، بالإضافة إلى أن منافع الصحة الجيدة تمتد إلى المستقبل، وصحة الأم الجيدة تؤثر بصورة قوية على التطور البدني والعقلي المبكر لأبنائها (البنك الدولي، 1991).

المبحث الثاني: الصحة الإنجابية وعلاقتها بالفقر ودورها في تعزيز التنمية

يعتبر الفقر والأزمات الاقتصادية هي الشغل الشاغل على مستوى العالم وعلى المستوى المحلي إذ ترتفع معدلات الفقر بشكل مخيف في أوساط المجتمعات وهناك ارتفاع مستمر في الأسعار الذي خلف الكثير من المشكلات الاجتماعية والصحية والاقتصادية.. الخ. وباتت تهدد الخطط التنموية والمشاريع المستقبلية الإستراتيجية منها والقريبة المدى.

وفي هذا الإطار بذلت جهود كبيرة من قبل المؤسسات والهيئات الدولية والإقليمية وفي البحوث والتقارير الصادرة عنها، وأيضاً المسوح والبحوث الوطنية للتدليل على أن الفقر - بمعناه الأشمل - يؤثر سلباً في السلوك الديموغرافي والصحي للناس، وفي خصائصهم السكانية الأخرى المعرفية والمهاراتية وفي تفاعلاتهم الاجتماعية وإنتاجيتهم.. الخ . غير أن الجهد الأقل هو الذي بذل لتوضيح كيف أن انحسار فرص الارتقاء بالصحة الإنجابية من العوامل الفاعلة في الفقر ، وبالتالي يكون كل جهد علمي وتخطيطي للارتقاء بالصحة الإنجابية هو تعامل جدي مع أحد منابع الفقر ومواجهته في نفس الوقت، وقبل أن نسير مع العمل الراهن يهمننا التأكيد على أن حال الصحة الإنجابية ليس السبب الوحيد، أو المقاربة الوحيدة لتفسير الفقر وبالتالي مواجهته ، فقضية الفقر في السياق الفلسطيني والإقليمي العربي عميقة في جذورها التاريخية متشابكة وبالأساس مع أنماط توزيع الثروة والسلطة. وثمة آليات استمرت واطردت من الاستعمار التقليدي إلى التبعية ثم إلى الهيمنة، تواصل دورها - متفاعلة مع أخرى- في إعادة إنتاج الفقر العربي، مجتمعات وأفراد وجماعات.

ولهذا أكد إعلان الألفية الثالثة للتنمية الدولية، أن من بين أهم أهدافه التي تسهم بدور هام في مواجهة الفقر ما يتعلق بأهداف ومفردات الصحة الإنجابية. وبالنظر إلى السياسات السكانية بشكل عام باعتبار إن الصحة الإنجابية من أهم مواضيعها فإن عملية صياغة السياسات السكانية لها تأثير مباشر وغير مباشر على سرعة، وتوقيت وإنهاء التحول الديموغرافي. فتعجيل التحول الديموغرافي يمكنه نشل الاقتصاد من الفقر وتوجيهه إلى نحو مستدام، فقد أكد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة على الروابط العديدة بين السكان والتنمية وركز على أهمية تلبية حاجات الأفراد رجالاً ونساء باعتبارها حق من حقوقهم ،فالإنسان أصبح بموجب هذه المبادئ هدف التنمية ووسيلته.

وسنوضح في هذا المبحث أن هناك ارتباط وتأثير كبيرين وعلاقات متبادلة بين الصحة الإنجابية والفقير والتنمية، وان الاستثمار في الصحة الإنجابية هو خطوة حقيقية في تحقيق أهداف التنمية، مع التنويه إلى حالة الصحة الإنجابية للشباب في المنطقة العربية وعلاقتها بالفقير .

- المطلب الأول: مفهوم الفقير
- المطلب الثاني: الصحة الإنجابية للشباب في المنطقة العربية وعلاقتها بالفقير
- المطلب الثالث: تأثير الصحة الإنجابية على الاقتصاد والتنمية

المطلب الأول: مفهوم الفقر:

تعتبر ظاهرة الفقر، ظاهرة جد مهمة في تحديد الملامح العامة لأي اقتصاد من اقتصاديات الدول، فهي ظاهرة لا تخلو أي دولة منها سواء كانت متقدمة أو متخلفة، وهي قضية مألوفة ومتناولة من حيث أنها ظاهرة اقتصادية، واجتماعية، لجميع الشعوب والحضارات، والمجتمعات، وفي جميع العصور. إضافة إلى أن كل الأديان تطرقت إليها، وخاصة الدين الإسلامي من حيث ذكر واجب الأغنياء تجاه الفقراء، ووضع الحلول إلا أن الاختلاف يكمن في درجة التفاوت من حيث النسبة الموجودة (بوشامة ومحفوظ، 2003).

إن الفقر، إضافة إلى معطيات أخرى (كالجوع، والمرض، والجهل، ونقص الفرصة للتنمية الذاتية، هي قدر الغالبية العظمى من الناس في البلدان المتخلفة، والفقر هناك ليس شيئاً جديداً وإنما الجديد هو إدراك هذا الفقر والعمل للقضاء عليه (بكري، 1986).

رغم ما ينطوي عليه قياس الفقر وفقاً للدخل أو الإنفاق أو هما معاً من موضوعية لا تخلو من شكلية ومظهرية، ورغم ما تحمله نتائجه من فرص تعين على فرز الفقراء وعقد مقارنات بينهم وبين غيرهم. إلا أنه يواجه بمجموعة من الانتقادات التي تقلل من قيمته العملية وفوائده في التخطيط التنموي.

وثمة أبعاد واقعية، اقتصادية وثقافية واجتماعية أخرى تحول دون قياس الفقر وفقاً لبعدها الدخل، ومنها على سبيل المثال لا الحصر، أن بعض السكان يصعب عليه تحديد دخله، كالمشتغلين بالزراعة والحرفيين ومن هم على شاكلتهم من حيث طبيعة العمل ومصادر الدخل (عبد المعطي وفرج، 2000). وإذا ما سلمنا بأهمية فقر الدخل، فإن الأهم من المنظور التخطيطي بالمشاريع والبرامج التنموية التي تتطلع إلى تحقيق أهداف التنمية البشرية هو فقر القدرات.

إن مفهوم فقر القدرات يقدم مقاربة تسهم على نحو أكثر وضوحاً وشمولاً في فهم الفقر، كما فعل دليل البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة والذي جمع بين المعلومات عن الحرمان، طول العمر والمعرفة ومستويات المعيشة (الأمم المتحدة، 2002). بمعنى أن الحرمان المادي هو فقط أحد عناصر الفقر، وإن

هناك مظاهر أخرى تتبع من عدم إمكانية وصول الفرد لموارد أو مصادر معينة سواء كانت تعليمية أو صحية أو معرفة بالحقوق والواجبات.

أدرك العالم أنه على الرغم من كل الإنجازات التي حققها الإنسان والتطورات العلمية والتكنولوجية الهائلة إلا أن مشكلة الفقر لا تزال تتصدر قائمة المشكلات العالمية، وتظهر مشكلة الفقر وآثارها في الدول الصناعية والدول النامية على حد سواء، وإن كانت مظاهره تختلف من حيث شدتها ونوعيتها. حيث أنه لا سبيل إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وخاصة على الفقر والجوع، ما لم يتم التصدي بشكل مباشر لقضايا السكان والصحة الإنجابية (عسيران، 2004).

المطلب الثاني: الصحة الإنجابية للشباب في المنطقة العربية وعلاقتها بالفقر

منذ العام 1954، أكد المجتمع الدولي على الترابط في ما بين تزايد السكان ومعدلات الفقر، وقد أدى هذا الترابط إلى فكرة ضبط الخصوبة، والتي تطورت تدريجياً إلى المفهوم الحالي للصحة الإنجابية التي باتت أكثر شمولية.

فمنذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1994 لم تعد الصحة الإنجابية تقتصر على تحديد النسل وضبط الخصوبة، بل أصبحت تشمل أموراً متعددة بدءاً بالحمل والأمومة الآمنة والمراقبة والأمراض المنقولة جنسياً وغيرها، وباتت الصحة الإنجابية بمفهومها الواسع الشامل هذا، تعنى بمراحل الحياة الأكثر حميمية والتي ترتبط بالمفاهيم الثقافية المختلفة والتي يصعب مناقشتها علنياً، ألا وهي الجنس والولادة والموت.

ومؤخراً، عندما أصبحت فئة الشباب مستهدفة بشكل خاص في مجال التنمية، أصبح من الضروري التطرق إلى جوانب الصحة الإنجابية لدى الشباب، لاسيما في المنطقة العربية وعلاقتها بالفقر. كما يلي:

أولاً: الصحة الإنجابية لدى الشباب في المنطقة العربية

تشهد البلدان العربية، حيث يقطن بها حوالي 5% من مجموع سكان العالم، اختلافات من حيث معدلات النمو والبطالة والتحضر ودخل الفرد والنمو السكاني، كذلك تشهد بلدان المنطقة عوامل مشتركة ثقافية، اجتماعية، لغوية وديموغرافية.

ويمكن اعتبار هذه الاختلافات والعوامل المشتركة أسباباً وترديات. وفي الوقت عينه، تتفاعل مع العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية، لاسيما لدى فئة الشباب وتبرز أهمية هذا التفاعل إذا ما أخذنا بعين الاعتبار حجم فئة الشباب في المنطقة العربية والذين يشكلوا حوالي ثلث حجم السكان، ونظراً لهذا الحجم تشهد المنطقة ارتفاعاً في نسبة الزواج المبكر الذي غالباً ما ينتج عنه حمل في عمر مبكر نسبياً، مما يؤثر سلباً على معدلات المراضة والوفيات بسبب الحمل والولادة، بالإضافة إلى العبء المادي المتزايد على العائلات، هذا علماً أن برامج التثقيف والتوعية من جهة والخدمات الصحية من جهة أخرى، والمتعلقة بالصحة الإنجابية، خاصة ما يتعلق بفئة الشباب، لا تزال خجولة وغير كاملة في معظم البلدان العربية.

وبسبب هذا النقص في تلبية احتياجاتهم الخاصة، يدخل الشباب في مرحلة الحياة الجنسية والإنجابية غير مهياين لمتطلبات هذه الحياة، وغالباً ما يتحملون نتائج نقص المعرفة ونقص الخدمات الصحية التي من شأنها أن تحميهم من نتائج قد تكون وخيمة تسببها حالات الحمل غير المرغوب به أو حالات الحمل المعقد، أو بعض الممارسات المؤذية (الختان) والأمراض المنقولة جنسياً ومنها الإيدز، مما قد يزيد من تبعيتهم الاقتصادية وتهميشهم.

ومن جهة أخرى، يبدو من خلال مؤشرات الصحة الإنجابية عامةً في المنطقة العربية وخاصة المتعلقة بفئة الشباب والمراهقين، أن المنطقة قد لا تتمكن من بلوغ الأهداف العالمية في الصحة الإنجابية في الوقت المحدد، إذ ما بقيت سرعة التقدم على ما هي عليه حالياً (راضي، 2004).

ثانياً: الفقر والصحة الإنجابية لدى الشباب في المنطقة العربية

في خضم التراجع الاقتصادي العالمي، لم تسلم المنطقة العربية إجمالاً من تأثيرات هذا التراجع، فباتت أنماط الفقر أوضح والتبعية الاقتصادية أبرز لدى فئة الشباب، وهي كلها عوامل تؤثر بشكل

مباشر على نتائج الصحة الإنجابية لدى هذه الفئة من السكان، فمن المعلوم أن الفقر لا يساعد على التعليم ولا يسمح بالوصول والحصول على العناية الصحية، كذلك يدفع الفقر إلى الاستغلال الجنسي، الدعارة وتعاطي المخدرات ويشكل أرضاً خصبة للحروب، مما يساعد في استمرار وازدياد الفقر.

وبالرغم من الاعتقاد السائد أن البلدان العربية هي بلدان غنية فإن الفقر واقع أكيد يتزايد في بلدان كثيرة، وتشير الإحصاءات أن البلدان التي يكون بها توزيع المداخيل والثروات غير عادل على الصعيد العام هي أكثر عرضة لانتشار الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز وبالرغم من أن نسبة الفقراء في المنطقة العربية ما تزال منخفضة نسبياً مقارنة بمناطق أخرى من العالم، يخلق هذا التوزيع غير المتساوي للثروات جيوباً من الفقر تشكل غالباً بؤراً للأمراض الجنسية والسلوكيات الخطيرة، سرعان ما تنفشي إلى الفئات الأخرى من السكان (World Bank, 2002).

ولعل البطالة وانعدام فرص العمل للشباب هي من أهم أسباب ازدياد الفقر والتبعية الاقتصادية في المنطقة، وإن المنطقة العربية تشهد حالياً مستويات في البطالة من أعلى مستويات البطالة في العالم (راضي، 2004).

إن اقتران صحة الشباب بقضايا الفقر في المنطقة العربية هو أمر إستراتيجي يتطلب تلبية احتياجاتهم الأنية ليس كمطلب إنساني فحسب بل كضرورة اقتصادية واستثمارية ملحة للنهوض بالمجتمع وتحقيق رفاهية الفرد في الأمدين القريب والبعيد.

وجدير بالذكر أن العلاقة القائمة بين خصائص الصحة الإنجابية للشباب وانتشار الفقر في دول المنطقة العربية موصوفة بالتبادلية وتقع ضمن المستويات المعقولة، فعلى سبيل المثال، كلما كانت معدلات الخصوبة بين الشباب مرتفعة في الدول، يكون مستوى الفقر فيها أكبر، وهذا مبرر أمام صناع القرار لوجوب الاستثمار في صغار السن والشباب وصولاً لأهداف السياسات الوطنية للسكان وأهداف مؤتمر القاهرة وغايات الألفية الثالثة للدول (فرج وآخرون، 2004).

بالإضافة إلى ذلك، يشكل عدم الاستقرار السياسي والأمني في بعض بلدان المنطقة وعبء الحروب الحاصلة والمتوقعة عوامل مهمة في زعزعة الحالة الاقتصادية مما قد يسرع في ازدياد نسبة الفقر بشكل غير متوقع، وبسبب احتمال اتساع جيوب الفقر نتيجة كل هذه العوامل، يتزايد السفر

والتنقل والاعتراب والتهجير، مما يزيد من احتمال ازدياد خطر الممارسات الجنسية غير الآمنة، وهذا يؤثر بشكل كبير على الصحة الإنجابية بشكل عام. وبالتالي، يصبح احتمال التأثير على الصحة الإنجابية لدى الشباب بصورة خاصة محتملاً بصورة شبه مؤكدة إذ أنهم يعانون في معظم الأحوال من التبعية الاقتصادية التي تعرضهم لمخاطر وتداعيات هذه التحولات.

إن الوصول إلى تخفيض الفقر وتعزيز التنمية المستدامة من خلال تلبية احتياجات الشباب ممكن تثبيتها عملياً حيث أن الاستثمار في التعليم والصحة للشباب اليوم يشكل نافذة ديموغرافية نادرة يمكن أن تترتب عليها فرص توسيع قاعدة الادخارات والاستثمارات وتكوين رأس المال المادي والبشري والتحكم بمنافذ الفقر.

المطلب الثالث: تأثير الصحة الإنجابية على الاقتصاد والتنمية

بالنسبة إلى تأثير نتائج الصحة الإنجابية على الاقتصاد والتنمية فإن هناك الكثير من الدراسات والمسوح أكدت على وجود تأثير سلوكي لنتائج الصحة الإنجابية على معدلات الادخار والاستثمار. وبهذا الصدد نود الإشارة إلى أن البرامج والجهود المبذولة إذا ما تحققت ستجعل المنطقة العربية تستفيد بما يعرف بـ «النافذة الديموغرافية» والتي تتمثل في الاستثمارات الاجتماعية في مجال تحسين الرعاية الصحية والتعليم والمرأة والبرامج السكانية المختلفة مما يؤدي إلى ارتفاع استخدام وسائل تنظيم الأسرة الذي يعمل على حجم أسرة اقل، والى هبوط تدريجي في الخصوبة مما يؤدي إلى ارتفاع حجم الفئات العمرية الشابة والذين هم في سن العمل وإذا ما خطط لها مسبقاً ستعمل على رفع معدل النمو الاقتصادي والقضاء على الفقر لأنه مع تغير التركيب العمري سينخفض معدل الإعالة متيحاً الفرصة لزيادة الادخار والاستثمار مضاعفاً بذلك معدلات النمو الاقتصادي وهذا ما حصل في بلدان شرق آسيا عندما اتبعت سياسات سكانية فعالة واستثمارات اجتماعية قوية حتى استفادت من النافذة الديموغرافية.

وعليه:

1. إن النظر إلى قضايا السكان والصحة الإنجابية باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من عملية التنمية تؤثر وتتأثر بها قد أصبح من المبادئ الملحة التي يجب دعمها بطرق ومناهج قياسية تعزز من شأن العوامل الديموغرافية في عملية التنمية.

2. وجود علاقة إيجابية وتبادلية بين الصحة والتنمية. فالصحة ذات تأثير مباشر على إنتاجية الفرد، والصحة الجيدة تزيد من قدرة الفرد على بذل مجهود أكبر خلال نفس وحدة الزمن، والعمل لوقت أطول خلال نفس اليوم، والعيش حياة إنتاجية أطول، وكل هذه العوامل تساهم في رفع الإنتاجية للفرد وبالتالي سيؤثر ذلك على التنمية وهو ما ينعكس إيجابياً على النمو طويل الأجل. غير أن هذا الأثر الإيجابي للصحة على التنمية والنمو يتطلب ارتباط الأجر بالإنتاجية بالفرد عندما يشعر أن تحسن الإنتاجية سوف يزيد أجره فإن ذلك سيحفزه على بذل مجهود أكبر، أما إذا كان تحسن الصحة ينعكس على الإنتاجية دون الأجر، فإن الأثر النهائي قد لا يكون في صالح النمو. أيضاً تؤثر الصحة على التنمية والنمو بصورة غير مباشرة من خلال التعليم، فالطلاب الذين يتمتعون بصحة جيدة ذات قدرة أكبر على التحصيل العلمي، ومن ثم تزداد إنتاجيتهم بمعدل أعلى (عطية، 2003).

ومن ناحية أخرى تؤدي التنمية والنمو إلى زيادة الدخل وارتفاع معدلات العائد على كافة الاستثمارات بما فيها الاستثمار في الصحة، مما يحفز على زيادة الإنفاق على الصحة، لذا فإن الاهتمام بالصحة وخدماتها ليس مرجعه الدافع الإنساني فقط، إنما مرجعه الدافع الاقتصادي وبنفس الدرجة (Behrman, 1993).

المبحث الثالث: نظرية الاستثمار البشري وتغيير سلوك الشباب

لا يختلف اثنان على أن الاستثمار الموجه في الموارد البشرية هو ركيزة التطور ومحور التنمية وهدفها، فالإنسان هو الثروة الأهم والركيزة الأولى والأخيرة لتحقيق معدلات متسارعة للتنمية الشاملة التي تطمح إليها البلاد. فخير الاستثمار في المورد البشري ورأس المال الفكري يجب أن يكون خيارا استراتيجيا لا غنى عنه إذا ما أريد مواكبة المستجدات الاقتصادية العالمية وملاحقة الثورة التكنولوجية والاستفادة من معطيات البيئة المعلوماتية (تويم، 2009).

ويعتبر شولتز من أهم رواد نظرية الاستثمار البشري (التعليم والتدريب)، لذا سنقوم بالاستفادة من مفاهيم ومنهجية هذه النظرية في تغيير سلوك الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية المختلفة (تنظيم الأسرة، الزواج المبكر، الفحص الطبي قبل الزواج، الأمراض المنقولة جنسيا،) وذلك من خلال التركيز على عمليتي التعليم والتدريب، حيث أن الشباب يعتبروا هم عماد المستقبل وأكثر الفئات السكانية حيوية ويمثلون العامل الحاسم في إحداث التغيير السكاني إلى الأفضل ومن ثم تنمية مستدامة، وذلك من خلال تسليحهم بالمعارف العلمية وتبنيهم السلوك الإنجابي السليم الذي يمكنهم من إحداث هذا التغيير. كما يتحمل الشباب المتقف مسؤولية نقل المعارف العلمية التي تسهم في عملية التنمية إلى مجتمعه وأسرته وأصدقائه وأقرانه.

وهنا تبرز الحاجة إلى التعريف بمعنى الصحة الإنجابية وتعزيز معارف الشباب بموضوع الصحة الإنجابية وبعض الأمور والجوانب المتصلة بها. إن المعرفة والاهتمام بموضوع الصحة الإنجابية ذات أهمية كبيرة للشباب لأنهم في طور النمو والدخول في حياة أسرية يكون الإنجاب والصحة الجنسية احد جوانبها الهامة، وتعتبر المعارف والمفاهيم السليمة جزءا هاما ومؤثرا لتحسين صحتهم وسلامتهم. فالصحة الإنجابية ليست خدمات فحسب بل هي معارف ومواقف وممارسة. وسنتناول في هذا الجزء النقاط التالية:

المطلب الأول: الاستثمار في الموارد البشرية	المطلب الثاني: أنواع الاستثمار
المطلب الثالث: نظرية الاستثمار البشري	المطلب الرابع: نظرية شولتز
المطلب الخامس: رؤية اقتصادية حول البعد البشري للتنمية	المطلب السادس: توجيه نظرية الاستثمار البشري في تغيير السلوك
المطلب السابع: أساليب تعليمية وتدريبية مقترحة لتغيير السلوك	

المطلب الأول: الاستثمار في الموارد البشرية:

إن العنصر البشري أصبح اليوم احد العناصر الاقتصادية الهامة في عملية التنمية، لذا نجد الكثير من دول العالم ركزت على الاستثمار في رأس المال البشري وذلك لأنه يحقق عائدا ربما يكون أحيانا اكبر من الاستثمار في رأس المال المادي، ولقد لوحظ أن الدول التي نهضت في جنوب شرق آسيا قد اهتمت بشكل أساسي في الاستثمار في رأس المال البشري (التعليم والتدريب) مما جعل هذه الدول تمتلك القدرة على المنافسة في السوق الدولية ، ولا جدال في أن اليابان كانت رائدة الاهتمام برأس المال البشري في شرق آسيا (تيشوري، 2005).

المطلب الثاني: أنواع الاستثمار:

هناك نوعين من الاستثمار (الباني، 2000):

- 1- استثمار في رأس المال الطبيعي وهو عبارة عن الاستثمار في المشروعات المختلفة مثل إنشاء المباني والمشاريع.
- 2- الاستثمار في رأس المال البشري (الاستثمار في الموارد البشرية) وهو الذي سوف نتحدث عنه بشيء من التفصيل في السطور التالية:

كان يعتقد سابقا أن الاستثمار الحقيقي يرجع إلى الاستثمار في رأس المال الطبيعي (الآلات والمعدات) ولكي يتمكن المجتمع من زيادة دخله لابد له أن يوجه جزء من دخله للاستثمار في رأس المال الطبيعي وكان يعتقد أيضا أن زيادة الناتج المحلي (النمو الاقتصادي) يرجع إلى الزيادة التي تحصل في رأس المال الطبيعي + الزيادة في عدد العمال الخام، وكان ينظر إلى التعليم على انه نوع من أنواع الاستهلاك الذي ينقص ثروة المجتمع ولكن مع تعمق الاقتصاديين في موضوع التعليم أشار كثير منهم إلى أهمية التعليم في زيادة ثروة المجتمع ومن أمثال هؤلاء الاقتصاديين ادم سميث وريكاردو ومالثوس وألفرد مارشال، ومع تطور أساليب القياس الاقتصادي اكتشف بعض العلماء أمثال شولتز أن الزيادة التي تحصل في الناتج المحلي لا ترجع فقط إلى الزيادة في رأس المال الطبيعي والزيادة في عدد العمال الخام ولكن هناك عوامل أخرى تفسر كثير من تلك الزيادة ومن أهم هذه العوامل التعليم.

وعند إدخال متغير التعليم لمعرفة علاقته بالزيادة في الناتج المحلي وجد أن التعليم يسهم بنسبة كبيرة في تلك الزيادة ، وبذلك اثبت أن التعليم استثمار وليس استهلاك وبذلك ظهر مفهوم الاستثمار في رأس المال البشري والذي أكد بعض العلماء على انه لا يقل أهمية عن الاستثمار في رأس المال الطبيعي، بل أكد البعض على انه يفوقه خصوصا مع التقدم في التكنولوجيا والتقنية والتي تحتاج مهارات ومتطلبات خاصة للتعامل معها مما يجعل التعليم والتدريب هما عنصر السبق في التنافس القادم على الريادة العالمية.

ولقد تعددت تعاريف مفهوم الاستثمار في رأس المال البشري، فقد عرف " انه مجموعة من الطاقات التي يمكن استخدامها لاستغلال مجمل الموارد الاقتصادية " (المفرجي واحمد، 2003)، وأيضا تم تعريفه " بأنه الإنفاق على تطوير قدرات ومهارات ومواهب الإنسان على نحو يمكنه من زيادة إنتاجيته " (الحמיד، 1996)، وعرف أيضا " انه مجموعة من المفاهيم والمعارف والمعلومات من جهة والمهارات والخبرات وعناصر الأداء من جهة ثانية والاتجاهات والسلوكيات والمثل والقيم من جهة ثالثة التي يحصل عليها الإنسان عن طريق نظم التعليم النظامية وغير النظامية والتي تساهم في تحسين إنتاجيته وتزيد بالتالي من المنافع والفوائد الناجمة عن عمله " (المصري، 2003). ويعتبر التعريف الأخير من أهم تعاريف رأس المال البشري لأنه اشتمل على جميع جوانبه.

المطلب الثالث: نظرية الاستثمار البشري:

رغم أن نظرية الاستثمار البشري لم تتبلور كنظرية إلا بأبحاث شولتز، وأن فكرة تقييم الأفراد كأصول بشرية لم تلق الانتشار الواسع إلا بظهور هذه النظرية، إلا أن الجذور الحقيقية لهذه المفاهيم ترجع إلى القرن الثامن عشر. فقد وجدت عدة محاولات في هذه الفترة هدفت إلى:

1- جذب الانتباه إلى أهمية العنصر البشري.

2- تحديد ماهية رأس المال البشري، وإدخال مهارات الفرد كأحد مكوناته، والتركيز على الاستثمار البشري لتحسين مهارات وإنتاجية الفرد.

3- تقدير قيمة رأس المال البشري لتحديد مقدار الأهمية الاقتصادية لمخزون الموارد البشرية، لتحديد القيمة الاقتصادية للأفراد بالنسبة للمجتمع.

4- إدخال مفهوم الخسارة في رأس المال البشري والناجمة من موت أو عجز الفرد أثناء الحروب والذي يقلل من مخزون الثروة القومية.

5- تحديد الربحية الاقتصادية لرأس المال البشري والناجمة من هجرة العمالة، والاستثمار في مجال الصحة والتعليم والتدريب.

وفيما يلي عرض لتطور نظرية الاستثمار البشري وأهم الأبحاث المكتملة لهذه النظرية مع عرض لبعض النماذج التي تحدثت عن معدل دوران العمل.

المطلب الرابع: نظرية شولتز (Schultz, 1960; 1961; 1962) :

حاول شولتز البحث عن تفسيرات أكثر فعالية لتفسير الزيادة في الدخل، فسعى إلى تحويل الانتباه من مجرد الاهتمام بالمكونات المادية لرأس المال إلى الاهتمام بتلك المكونات الأقل مادية وهي رأس المال البشري. فقد لاحظ شولتز إهمال الباحثين للثروة البشرية، وتجنب أي تحليل منظم لهذه الثروة.

لذا فقد ركز اهتمامه للوصول إلى نظرية للاستثمار في رأس المال البشري تهدف إلى تحقيق التنمية الاقتصادية. ويعد مفهوم شولتز للاستثمار في رأس المال البشري إسهاماً كبيراً في مجال الاقتصاد حيث أشار إلى ضرورة اعتبار مهارات ومعرفة الفرد شكل من أشكال رأس المال الذي يمكن الاستثمار فيه. فمن وجهة نظر شولتز إن هذا النوع من الاستثمار قد حقق معدلات أسرع للنمو في المجتمعات الغربية عما حققه الاستثمار في رأس المال المادي، ومن هنا فهو يرى أن نمو رأس المال البشري يمكن أن يكون من أهم السمات المميزة للنظام الاقتصادي.

وقد بنى شولتز مفهومه لرأس المال البشري، على ثلاثة فروض أساسية وهي:

1- أن النمو الاقتصادي الذي لا يمكن تفسيره بالزيادة في المدخلات المادية، يرجع أساساً إلى الزيادة في المخزون المتراكم لرأس المال البشري.

2- يمكن تفسير الاختلافات في الإيرادات وفقاً للاختلافات في مقدار رأس المال البشري المستثمر في الأفراد.

3- يمكن تحقيق العدالة في الدخل من خلال زيادة نسبة رأس المال البشري إلى رأس المال التقليدي.

وقام شولتز بتركيز أبحاثه الأولى للاستثمار البشري على الإنتاجية في مجال الزراعة، خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية. فقد أشار إلى أن إدخال رأس المال الجديد والمتمثل في تنمية الموارد البشرية الزراعية يؤدي إلى زيادة مستمرة في الإنتاجية بالنسبة للمزارع الأمريكي.

ففي رأي شولتز أنه بالرغم من أن خصوبة الأرض الزراعية، وتوافر مياه الري، والتمتع بالحرية السياسية، وتوافر الأساليب الفنية الزراعية، تساعد جميعها على تحقيق الزيادة في الإنتاجية الزراعية إلا أن الاستثمار المستمر في الأفراد، وفي تعليمهم من خلال منح دراسية للمزارعين هي التي حققت الطفرة في الإنتاجية الزراعية.

وقد ركز شولتز اهتمامه على عملية التعليم باعتبارها استثمار لازم لتنمية الموارد البشرية، وبأنها شكل من أشكال رأس المال، ومن ثم أطلق على التعليم اسم رأس المال البشري طالما إنه يصبح جزءاً من الفرد الذي يتلقاه. وبما أن هذا الجزء أصبح جزءاً من الفرد ذاته، فإنه لا يمكن بيعه أو شرائه، أو معاملته كحق مملوك للمنظمة. وبالرغم من ذلك فإن هذا الجزء (التعليم) يعد شكلاً من أشكال رأس المال طالما أنه يحقق خدمة منتجة ذات قيمة اقتصادية.

وقد بنى شولتز مفاهيمه هذه بناءً على فرض أساسي مؤداه وجود زيادة في الدخل القومي نتيجة للاستثمار في الموارد البشرية. ويشير شولتز إلى أنه بالرغم من صعوبة إمكانية وضع مثل هذا الفرض موضع الاختبار، إلا أن هناك كثيراً من المؤشرات التي تشير إلى وجود جزء كبير من الزيادة في الدخل القومي لا يمكن تفسيرها إذا ما تمت المقارنة بين الزيادة في الناتج القومي (المخرجات) بتلك الزيادة في الموارد المستخدمة في تحقيق هذا الناتج (المدخلات). ومثل هذا الجزء يمكن تفسيره من خلال المفاهيم الخاصة بالاستثمار في الموارد البشرية.

بالرغم من تركيز دراسات شولتز في مجال الاستثمار البشري على التعليم إلا أن الكثير من المفاهيم المطبقة في مجال التعليم يمكن تطبيقها على المجالات الأخرى من الاستثمار البشري وخاصة في مجال التدريب. ففي مجال التعليم حدد شولتز نوعين من الموارد التي تدخل في التعليم وهي:

1- الإيرادات الضائعة للفرد والتي كان يمكنه الحصول عليها لو أنه لم يلتحق بالتعليم.

2- الموارد اللازمة لإتمام عملية التعليم ذاتها.

وقد أشار شولتز إلى أن هيكل الأجور والمرتبات يحدد على الأجل البعيد من خلال الاستثمار في التعليم، والتدريب، والصحة وأيضا البحث عن معلومات لفرص عمل أفضل.

ويتطلب التعليم كعملية استثمارية تدفقاً كبيراً من الموارد. وتشمل تلك الموارد كل من إيرادات الطالب الضائعة أثناء فترة التعليم، والموارد اللازمة لتوفير المدارس. ومن وجهة نظر شولتز فإنه من الضروري دراسة كل من التكلفة والإيرادات المرتبطة بعملية التعليم.

فبالنسبة للإيرادات فإنها تمثل أهمية خاصة ويرجع هذا إلى:

1- أهمية الإيرادات الضائعة بالنسبة للطالب أثناء فترة التعليم.

2- تجاهل الباحثين لهذه الإيرادات الضائعة.

أما بالنسبة لتكلفة الخدمات التعليمية التي تقدمها المدرسة فهي عبارة عن تقديرات لقيمة ممتلكات المدرسة المستخدمة في التعليم إلى جانب المصاريف الجارية للمرتبات، والأجر، والمواد المستخدمة في التعليم. وقد أثار شولتز نقطتين هامتين في مجال الاستثمار في التعليم وهما:

1- تجاهل وإهمال دراسة رأس المال البشري.

2- العامل المعنوي والنفسي المتعلق بمعاملة التعليم كاستثمار في الإنسان.

وفي رأي شولتز أن أكبر خطأ أو قصور في الطريقة التي تم التعامل بها مع رأس المال في التحليل الاقتصادي هي إلغاء رأس المال البشري من هذا التحليل. فقد اعتقد البعض أن اعتبار التعليم وسيلة لخلق وتكوين رأس المال من الأمور التي تقلل من شأن الإنسان وتسيء إلى نفسيته.

وفي رأي شولتز أن هؤلاء الباحثين قد بنوا اعتقادهم على أساس أن الغرض الأصلي للتعليم هو الغرض الثقافي وليس الاقتصادي. فالتعليم في رأيهم ينمي الأفراد لكي يصبحوا مواطنين صالحين ومسؤولين من خلال إعطائهم فرصة الحصول على فهم القيم التي يؤمنون بها.

ويرى شولتز بأن الاعتراف بالعرض الاقتصادي للتعليم لا يعني انتفاء الغرض الثقافي له. فإلى جانب الأهداف الثقافية فإن هناك بعض أنواع التعليم التي يمكن أن تحسن من طاقات وقدرات الأفراد اللازمة لأداء أعمالهم وإدارة شؤونهم، وأن مثل هذا التحسن يمكن أن يترتب عليه زيادة في الدخل القومي. وخلاصة القول فإنه يمكن اعتبار كل من الآثار الثقافية والاقتصادية نواتج مشتركة لعملية التعليم. ويعني هذا أنه وفقاً لمدخل شولتز فإن الإسهامات الثقافية للتعليم تؤخذ كمعطيات يبدأ بعدها تحديد ما إذا كانت هناك بعض المنافع الاقتصادية للتعليم والتي يمكن اعتبارها رأس مال يتم تحديده وتقديره.

وفي تحليل شولتز للتكلفة والإيرادات المتعلقة بعملية التعليم، ركز على أهمية الإيرادات الضائعة للطالب من منظورين:

1- إمكانية النظر إلى دراسة ومذاكرة الطالب على أنها عمل، وأن هذا العمل من بين أشياء أخرى يمكنه أو يساعده على تنمية موارده البشرية.

2- افتراض أن الطالب لو لم يكن ملتحقاً بالعملية التعليمية، فإنه يمكنه أن يكون مشاركاً في القوى العاملة، يحقق إنتاجاً أو يؤدي خدمة ذات قيمة اقتصادية والتي يحصل بناءً عليها على أجر.

وعلى هذا فإن هناك تكلفة فرصة بديلة للالتحاق بالمدرسة وهي إمكانية اعتبار متوسط إيرادات الأفراد غير الملحقين بالعملية التعليمية تقديراً جيداً لقيمة الوقت والجهد الخاص بالأفراد في نفس السن والجنس والذين فضلوا الالتحاق بالعملية التعليمية.

ويمكن استخلاص عدة استنتاجات من كتابات شولتز في مجال الاستثمار البشري وهي:

1- إمكانية تفسير عديد من الظواهر من خلال مفاهيم نظرية الاستثمار البشري مثل: الاختلافات في مستوى الأجور، وهجرة العمالة، والزيادة في الإيرادات المتحققة للفرد، وأيضاً تفسير النمو البطيء للدول النامية.

2- ضرورة زيادة كفاءة استخدام مفهوم معدل العائد على الاستثمار، بحيث يتضمن كل من الأشكال المختلفة لرأس المال المادي والبشري.

3- ضرورة الاستثمار في الموارد البشرية خاصة في الدول النامية، حيث أن الموارد لديها قليلة مع تعارض الأولويات المختلفة لهذه الموارد واللازمة للإصلاح الاقتصادي. ويمكن من خلال مفاهيم تلك النظرية تفسير العديد من الظواهر مثل: الاختلاف في مستوى أجور الأفراد، وهجرة العمالة، والزيادة في الإيرادات المتحققة للفرد، وأيضاً تفسير النمو البطيء للدول النامية.

وبناء على ما سبق من توضيح لنظرية الاستثمار البشري (نظرية شولتز) نرى إمكانية تطبيق مفاهيم ومنهجية هذه النظرية على الشباب من حيث الاستثمار فيهم كمورد بشري هام، وذلك من خلال التعليم والتدريب بهدف تغيير سلوكهم نحو الاتجاه الإيجابي لقضايا الصحة الإنجابية المختلفة، وذلك من خلال زيادة توعية ومعرفة الشباب بهذه القضايا للوصول إلى مجتمع شاب لديه وعي كافي بأهمية تلك القضايا ومردودها الإيجابي على صحة الأفراد بشكل خاص وعلى معدل النمو السكاني والدخل القومي بشكل عام.

المطلب الخامس: رؤية اقتصادية حول البعد البشري للتنمية (الرماني، 1999)

إن النقاش الذي يدور حول البعد البشري للتنمية ما هو إلا مرحلة من المراحل التي بدأت في منتصف الستينيات، في محاولة لتوسيع مجال عملية التنمية الشاملة حتى ظهر مفهوم التنمية البشرية المتداول حالياً والذي يغطي الأبعاد المتعددة لعملية التنمية. أما خلال السنوات الأولى من بدء النقاش في نظريات التنمية، فقد كان يتم التأكيد على أحد العوامل التنموية على حساب العوامل الأخرى.

ومفهوم تنمية الموارد البشرية أصبح اليوم واسعاً معقداً، برغم أن هذا المفهوم قد تم تعريفه في البداية حصراً في عرض العمالة أو توفير القوى العاملة المدربة. ثم بدأ توسيع هذا المفهوم تدريجياً إلا أنه ظل لفترة طويلة يعتبر البشر بمثابة موارد وبذلك أصبح جزءاً لا يتجزأ من النظرية والتنمية الاقتصادية.

وبهذا المعنى فإن الموارد البشرية تزداد عن طريق الاستثمار الإنساني المادي، ويتركز الاستثمار الإنساني أساساً في التعليم والتدريب، إلا أنه يشمل التنمية الصحية والتغذية. ويعني هذا أن تخصيص الموارد اللازمة للتنمية الاقتصادية يتحدد بالمعدل الهامشي لعائد الاستثمار. ومن هنا، يمكن تبرير الاستثمار في الموارد البشرية إذا كان عائده الهامشي يزيد عما يمكن تحقيقه في مجالات أخرى للاستثمار.

وقد أعطى نموذج هارود-دومار الذي ذاع صيته خلال الستينيات وخاصة في الدول حديثة الاستقلال دوراً مميزاً بل دوراً حاسماً للاستثمار المادي في عملية الإسراع بالتنمية الاقتصادية. إذ أن معدل النمو الاقتصادي يعتمد على عاملين فقط هما: معدل الاستثمار ونسبة رأس المال الناتج، بل إن التركيز كان على العامل الأول وليس على العامل الثاني، والذي كان يعني ضمناً أهمية تنمية الموارد البشرية.

إلا أن التجربة الفعلية لبلدان عديدة أظهرت أن رفع معدلات الاستثمار، لا يكفي وحده للتغلب على مشكلات التنمية، وحتى وإن تم اختزالها في عملية النمو الاقتصادي، وأن الاستثمار المادي ليس كافياً في حد ذاته لإحداث التنمية وإن ظل شرطاً ضرورياً من شروطها.

وهكذا تحول فكر التنمية من الاهتمام بالاستثمار الرأسمالي وإنتاج السلع إلى الاهتمام برفع قدرات البشر وما يمكن تولده هذه القدرات. وبرغم أن رفع قدرات البشر وتحسين إنتاجية العمال يتضمن مجالات الصحة والتغذية، إلا أنه يركز أساساً على مجال التعليم، وخاصة في مجال البحوث النظرية والتطبيقية.

وواقع، أن التأكيد الحالي على إسهام التعليم أو الاستثمار في العنصر البشري في دفع عجلة النمو الاقتصادي لم يكن جديداً كلياً، بل إن هناك دراسات كثيرة ومتنوعة، ترجع إلى آدم سميث وسونو ودينسون وشولتز وغيرهم، تؤكد على أهمية التعليم في دفع عجلة النمو الاقتصادي.

وغالباً ما يتم الاستشهاد بتجربة اليابان دول النمور الآسيوية الأربعة كدليل على الأهمية الكبيرة لإسهام تنمية الموارد البشرية في إحداث النمو الاقتصادي المتسارع، بل والتنمية الشاملة .

بيد أن مفهوم تنمية الموارد البشرية قد أثار اعتراضات عدد كبير من الباحثين، يقول الدكتور / محمد العوض جلال الدين في كتابه " خيارات الاستثمار في التعليم : " بأنه ليس مقبولاً أن يعتبر الإنسان كالموارد الأخرى مثل الموارد الطبيعية ورأس المال المادي والمالي، كما لا يصح تنميته باعتباره مورداً اقتصادياً في عملية إنتاج السلع والخدمات فقط، كما لا ينبغي اختزال التنمية في مفهوم الإنسان الاقتصادي منتجاً ومستهلكاً (جلال الدين، 1987).

ويقول الدكتور /حامد عمار في بحثه " العوامل الاجتماعية في التنمية البشرية " المقدم لندوة تنمية الموارد البشرية، الكويت، 1989، إن النظر إلى التربية من حيث هي عملية استثمار يتحول فيها الإنسان إلى عنصر من عناصر الاستثمار مثل المعادن والآلات، من شأنه أن يحول البشر إلى مدخلات ومخرجات وبذلك يجردهم من صفتهم الإنسانية (عمار، 1989).

من خلال ما سبق، بالرغم من وجود بعض الانتقادات والاعتراضات على مفهوم الاستثمار في الموارد البشرية، إلا أنه يتضح أن مفهوم تنمية الموارد البشرية هو مفهوم اقتصادي في المقام الأول، وقابل للحسابات الاقتصادية، حيث يمكن قياس عائد الاستثمار في تنمية البشر مقارنة بعائد الاستثمار في إنتاج السلع وفي البنية الأساسية، الأمر الذي يساعد في تخصيص وتوزيع الموارد. وبهذا المفهوم، فإن تنمية الإنسان كمورد، مطلوبة إلى الحد الذي يمكن من تطوير إنتاجية العمل وتعظيم إنتاج السلع والخدمات.

ويعتبر بروز مفهوم الموارد البشرية تقدماً هاماً حيث زاد الاهتمام بتنمية رأس المال البشري بعد أن كانت مشكلات الادخار والاستثمار هي التي تستحوذ على معظم اهتمام الاقتصاديين. غير أن زيادة الاستثمار في البشر ظلت تملية اعتبارات المردود الاقتصادي.

إن نجاح أي نظام تعليمي يكون في استجابته لحاجات المجتمع الضرورية التي تتطلبها التنمية، ولذا فالنظام التعليمي ينبغي أن يكون متوافقاً ومتلائماً مع ظروف المجتمع واحتياجاته التنموية، وان الفجوة بين التعليم والتنمية ترجع إلى أسباب عدة منها (تيشوري، 2005):

- 1- اختلاف برامج التعليم عن حاجات التنمية الضرورية.
- 2- عدم الوضوح الكافي في السياسات والبرامج المتعلقة بنقل التكنولوجيا بالنسبة لبرامج التعليم، فلا زالت المسألة تؤخذ على أنها تنمية استيراد آلات وأجهزة حديثة لا على أنها تنمية مهارات.
- 3- انفصام التعليم عن الحياة وضعف الصلة بين التعليم والعمل.
- 4- عدم وجود القنوات الفعلية السليمة التي تصل مؤسسات التعليم بالمجتمع وبتطوراتها ومتغيراته وما يحتاج إليه.

ولذلك يجب الاهتمام بالتعليم والتركيز على الإنسان لأنه اغلي ثروة على وجه الأرض، وان الثروة البشرية هي الثروة الحقيقية الباقية للأمة وان الاستثمار الذي يوجه الإنسان يسبق في الأهمية أي استثمار.

المطلب السادس: توجيه نظرية الاستثمار البشري في تغيير السلوك:

يمكن توجيه نظرية الاستثمار البشري ضمن الاهتمامات والمجهودات المبذولة قصد تمكين الشباب من امتلاك مهارات حياتية يواجهون بها الصعوبات والعوائق السلوكية والنفسية والمعرفية التي تواجههم خلال مرحلة الشباب في مواضيع شتى ترتبط بحياتهم كأنماط الحياة السليمة والصحة الإنجابية والصحة النفسية وغيرها. من خلال تزويدهم بالمعلومات الصحيحة وبالمهارات اللازمة التي تساعدهم على الحياة السليمة. ويتم ذلك باعتماد تطبيق مفاهيم ومنهجية نظرية شولتز في الاستثمار البشري من خلال القيام بالتعليم والتدريب للشباب لنشر المعرفة وتصحيح المعتقدات الصحية الخاطئة، والتأثير الايجابي على معارف واتجاهات وسلوكيات الشباب، وعملا على تحقيق هذه الأهداف لابد من تطبيق مجموعة من الأساليب التعليمية والتدريبية لإكساب الشباب مهارات حياتية لتنمية مواقف واتجاهات وسلوكيات ايجابية في مجالات الصحة الإنجابية بالإضافة إلى تصحيح المواقف والمعتقدات والسلوكيات الخاطئة لدى الشباب في مجالات حياتهم، مما ينعكس ذلك على تنمية المجتمع.

ولتمكين الشباب من امتلاك مهارات حياتية يواجهون بها الصعوبات والعوائق وتزودهم بالمعلومات الصحيحة والمهارات اللازمة، هناك عدة جوانب هي:

1- جوانب معرفية نظرية: ترمي إلى توفير قاعدة معرفية في مجال المعلومات الأساسية التي تعتبر سبيلا لتحقيق المهارات الحياتية. ويدخل ضمن حيز هذا الجانب كل ما يتعلق بالسلوك ومحدداته والصحة النفسية للشباب إضافة إلى أنماط الحياة السليمة عند هذه الفئة وكذلك الصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي.

2- جوانب منهجية: ويتعلق الأمر فيها بمختلف الأساليب والطرق والأدوات والتقنيات التي تيسر نقل المعارف والمعلومات إلى الشباب والمراهقين بهدف إقذارهم على امتلاك المهارات الحياتية. ويدخل ضمن هذا الجانب طرق تغيير السلوك ومعايير التحقق من تغييره، إضافة إلى التمكن من آليات وتقنيات التواصل والتنشيط والتفويم.

3- جوانب إستراتيجية: تتعلق بتخطيط وتنظيم اللقاءات وحلقات التدريب على المهارات الحياتية وما يتبع ذلك من عمليات تتعلق ببناء شبكات التتبع والتقويم وفق معايير ومؤشرات التمكين والنجاح.

4- جوانب عملية: وهي عبارة عن أنشطة لباة عدد من المهارات الحياتية التي تمس واقع الشباب وترتبط بحياتهم اليومية على المستوى النفسي والاجتماعي، وهي إما مهارات نوعية ترتبط بالمواضيع المعرفية وإما مهارات حياتية توظف معطيات مختلف المواضيع لتمكين الشباب من امتلاك كفاية وقدرات يواجهون بها مختلف الوضعيات التي يواجهونها في حياتهم اليومية.

المطلب السابع: أساليب تعليمية وتدريبية مقترحة لتغيير السلوك:

بناء على تعريف الشباب والفئة العمرية للشباب المتعارف عليها وهي (15 - 24) سنة، نرى بان بداية هذه الفئة هو بداية مرحلة التعليم الثانوي أما نهاية هذه الفئة فهي نهاية مرحلة التعليم الجامعي، لذا يمكن تقسيم هذه الفئة إلى فئتين:

الفئة الأولى: الشباب في المرحلة الثانوية

الفئة الثانية: الشباب في المرحلة الجامعية

ومما سبق نرى بان هاتين المرحلتين مختلفتين من حيث الوعي والثقافة وبالتالي يجب أن تختلف طبيعة الأنشطة والمهارات وأساليب التعليم والتدريب الموجهة لهاتين الفئتين.

بالنسبة للفئة الأولى (الشباب في المرحلة الثانوية)، نرى بان استخدام أسلوب التعليم وحده في هذه المرحلة هو الأسلوب الأنجع نظرا لان هذه الفئة لديها خصوصيتها لذلك من المفضل أن يكون الأسلوب الموجه إلى هذه الفئة أسلوب تعليمي منهجي ولا منهجي يخص قضايا الصحة الإنجابية بشكل خاص. ويمكن تنمية المعلومات والمعارف وتصحيح الأفكار والمعلومات الخاطئة تجاه قضايا الصحة الإنجابية من خلال الطرق التالية:

1- وجود كتب مدرسية مقررة على الطلبة في هذه المرحلة تتناول قضايا الصحة العامة والصحة الإنجابية بقضايا المختلفة، مثل: مظاهر البلوغ، تنظيم الأسرة، الزواج المبكر، زواج الأقارب، الأمراض المنقولة جنسياً،

2- وجود حصص تثقيفية داخل المدارس تتناول قضايا الصحة الإنجابية. تقوم بها مؤسسات صحية حكومية أو غير حكومية، بهدف توعية الشباب وتصحيح الأفكار الصحية الخاطئة.

3- إصدار نشرات تثقيفية تخص قضايا الصحة الإنجابية، توزع على الطلبة أو ملصقات جدارية، ويفضل أن تكون هذه النشرات صادرة عن جهات مثل منظمة الصحة العالمية، مراكز تنظيم الأسرة، مراكز التثقيف الحكومية واللاحكومية وغيرها.

أما بالنسبة للفئة الثانية (الشباب في المرحلة الجامعية)، وهنا نرى بان أسلوب التعليم في هذه المرحلة لا يكفي وحده، بل يجب إضافة أسلوب التدريب وذلك نظراً لان هذه الفئة تتمتع بوعي أكبر وأكثر من الفئة السابقة. ولتنمية معلومات ومعارف الشباب وتصحيح الأفكار الصحية الخاطئة تجاه قضايا الصحة الإنجابية يمكن إتباع الطرق التالية:

1- وجود مقرر دراسي إجباري لجميع طلبة الجامعة، ويتناول هذا المقرر أهمية معرفة القضايا الصحية والسكانية وأثرها على تنمية المجتمع.

2- عقد دورات تدريبية تثقيفية لتنمية المهارات الحياتية الصحية، من خلال محاضرات أو ندوات أو دراسة حالة وحلقات نقاش تخص القضايا الصحية.

3- عقد مؤتمرات وورشات عمل صحية تقوم بها مؤسسات حكومية وغير حكومية ودولية داخل الجامعة أو خارجها لاطلاع الشباب على واقع الصحة العامة والصحة الإنجابية ومخاطرها على الصعيد المحلي والدولي وكيفية تدارك هذه المخاطر وتجنبها.

ومما سبق، يمكن بهذه الأساليب والطرق من تعليم وتدريب أن نستثمر في هؤلاء الشباب والذين يعتبروا موارد بشرية هامة، حيث تشكل فئة الشباب في العديد من دول العالم حوالي ثلث سكانها، لذا فإن العائد من هذا الاستثمار البشري هو:

1- تدعيم السلوك الإيجابي لدى الشباب.

2- تغيير السلوك الخاطئ إلى سلوك إيجابي.

المبحث الرابع: نموذج الدراسة المقترح

نموذج الدراسة المقترح هو عبارة عن الإطار العام للمتغيرات المستقلة والتي من المتوقع أن يكون لها تأثير على المتغيرات التابعة، والتي يتم استنباطها من الدراسات السابقة ورأي الباحث نفسه في تلك المتغيرات بما يتناسب مع الوضع الفلسطيني مقترحا أيضا بعض المتغيرات التي قد يكون لها تأثير ورغم ذلك لم تتناولها الدراسات السابقة، وربما يكون عدم استعراض الدراسات السابقة التي يقترحها الباحث لعدم أهميتها من وجهة نظرها في التأثير في البلدان التي يتم تطبيق البحث عليها وإما تكون مقترحة لأول مرة من قبل الباحث نفسه.

وباستعراض النماذج والدراسات السابقة في مجال الصحة الإنجابية للشباب من حيث المعرفة والاتجاهات، نجد أنه قد شابها كثير من جوانب القصور أهمها ما يلي:

1- عدم اتصاف هذه الدراسات والنماذج والشمول، حيث ركزت معظمها على دراسة الصحة الإنجابية بشكل عام ولم تتناول موضوع المعرفة والاتجاهات بشكل خاص.

2- ندرة الدراسات التي تناولت فئة الشباب من حيث المعرفة والاتجاهات نحو قضايا الصحة الإنجابية.

3- وجود اختلاف بين الدراسات فيما يتعلق بالمتغيرات محل الدراسة فالمتغير الذي يمثل محورا أساسيا للدراسة في نموذج معين قد لا يكون له نفس الأهمية في نموذج آخر.

4- وجود تناقضات بين نتائج هذه النماذج، مما يؤدي إلى صعوبة تعميم نتائجها وصعوبة تحديد المتغيرات ذات الأهمية من غيرها.

5- تركيز جميع الدراسات على المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية، مع إغفال تأثير بعض المتغيرات الاقتصادية والتي من المتوقع أن يكون لها تأثير على الدراسة.

6- عدم وجود دراسات تناولت هذا الموضوع في الأراضي الفلسطينية، يجعل الباحث في حيره من أمره لعدم قدرته على المقارنة مع أبحاث سابقة في نفس الموضوع والمنطقة، بالإضافة إلى عدم تحديد أوجه القصور والنقص في الدراسات السابقة المحلية.

وتشير جوانب القصور تلك إلى زيادة الحاجة إلى التوصل إلى مفاهيم ومتغيرات جديدة تثري الأساس النظري والمفاهيمي والتطبيقي، وبناء على هذا يقترح البحث الحالي نموذجاً كمحاولة التغلب على أوجه القصور السابقة الإشارة إليها، ويتم ذلك من خلال تقديم وإضافة بعض المتغيرات التي يتوقع تأثيرها على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية. وسنتناول في هذا الجزء النقاط التالية:

- المطلب الأول: متغيرات نموذج الدراسة المقترح

- المطلب الثاني: نموذج مقترح لأهم العوامل المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية

المطلب الأول: متغيرات نموذج الدراسة المقترح

وهنا يجب التنويه على أن المقصود بالمتغيرات هو المتغيرات بنوعيتها، المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة، حيث أنه تم توضيح وتفسير المتغيرات التابعة المراد دراستها وذلك في الفصل السابق، أما المتغيرات المستقلة المقترحة سيتم توضيحها في الجزء الحالي.

أولاً: المتغيرات التابعة

وهي المتغيرات والقضايا التي تم اقتراحها في الفصل السابق، فقضايا الصحة الإنجابية التي تخص الشباب من حيث المعرفة والاتجاه كثيرة ومهمة ولكن أهمها:

- مظاهر البلوغ (معرفة).
- تنظيم الأسرة (معرفة).
- الأمراض المنقولة جنسيا (معرفة).
- الفحص الطبي قبل الزواج (اتجاه).
- الزواج المبكر (اتجاه).
- الحمل المبكر والحمل المتأخر (اتجاه).

وهذا يعني أنه لدينا 6 متغيرات تابعة، ثلاثة منها تخص المعرفة وثلاثة أخرى تخص الاتجاه، حيث سيتم دراسة تأثير المتغيرات المستقلة على كل متغير من المتغيرات التابعة على حدة، وذلك باستخدام أساليب إحصائية متقدمة.

ثانياً: المتغيرات المستقلة

وهي المتغيرات المقترحة والتي نتوقع أن يكون لها تأثير على المتغيرات التابعة السابق ذكرها، وتنقسم المتغيرات المستقلة إلى مجموعتين رئيسيتين يمكن قياسها وهما المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والمتغيرات الاقتصادية، ومجموعة ثالثة لا يمكن قياسها إحصائياً:

1 - المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية:

وأن المتغيرات الديموغرافية عديدة، ولكن ما يهمنا في تلك المتغيرات هو ما يتناسب مع طبيعة الدراسة، وحسب الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع بالإضافة إلى اقتراح الباحث عدة متغيرات يمكن أن يكون لها علاقة وتأثير في الدراسات، فقد وصل عدد المتغيرات الديموغرافية المقترحة 14 متغير، وسيتم توضيح كل متغير من هذه المتغيرات على حده كالتالي:

- النوع والعمر:

يعتبر هذان المتغيرات من المتغيرات المحورية في هذه الدراسات حيث أنه سيتم اختيار جنس الشاب وعمره كمتغيرات تحكم لأننا نتوقع أن يكون لهذه المتغيرات تأثير على الظاهرة ولكن في نفس الوقت نتوقع أن يكون بينها وبين المتغيرات المستقلة الأخرى ارتباط معنوي.

- مكان الإقامة:

في هذا المتغير يراد توضيح مدى تأثير منطقة السكن التي يعيش بها الشاب على معرفته واتجاهاته نحو قضايا الصحة الإنجابية، حيث تقسم قطاع غزة إلى خمسة محافظات هي شمال غزة، غزة المنطقة الوسطى، خان يونس ثم رفح.

- حجم الأسرة:

وهو يعبر عن عدد أفراد الأسرة، والذي من خلاله يمكن معرفة هل أن ارتفاع أو انخفاض عدد أفراد الأسرة له تأثير على معرفة الأبناء واتجاهاتهم نحو قضايا الصحة الإنجابية وحجم الاهتمام من قبل الأبوين اتجاه الأبناء نظرا لارتفاع العدد.

- تعليم الأب والأم:

يقيس هذا المتغير مدى تأثير تعليم كل من الأب والأم على معرفة الشاب واتجاهاته، حيث أن الشباب مرورا بمراحل عمرية مختلفة، يكون فيها الأب والأم لهما دور في تثقيف الأبناء عن بعض موضوعات الصحة الإنجابية ذات الحساسية الخاصة.

- الحالة التعليمية للأسرة:

سيتم تكوين هذا المتغير من متغيرات تعليم الشباب وتعليم الأب وتعليم الأم، ويقاس هذا المتغير مدى تأثير المستوى التعليمي للأسرة والذي يتكون من تفاعل الحالة التعليمية لكل من الشاب والأب والأم، وذلك على كل من معرفة الشاب واتجاهاته.

- إقامة الأسرة:

تم تكوين هذا المتغير من حيث إقامة كل من الشاب والأم والأب مع الأسرة، حيث يقاس هذا المتغير مدى تأثير تواجد الشاب مع أحد أبويه أو كلاهما في الأسرة على معرفة اتجاهاته.

- الحالة الزوجية:

يقيس هذا المتغير طبيعة مدى تأثير الحالة الزوجية من حيث أنه أعزب أو متزوج أو مطلق أو أرمل على معرفة الشباب واتجاهاتهم نحو قضايا الصحة الإنجابية، وهل ذلك تختلف المعرفة والاتجاهات من فئة إلى أخرى.

- الحالة العملية للأب وللأم وللشاب:

نعني بهذا المتغير، أنه هل لطبيعة الحالة العملية الأب والأم والشباب نفسه تأثير على معرفة الشباب واتجاهاتهم نحو قضايا الصحة الإنجابية، بمعنى هل الذين يعملون لهم دور في تعليم أبنائهم وتثقيفهم بقضايا الصحة الإنجابية، وقد يكون مختلف عن الوالدين الذين لا يعملون. بالإضافة إلى أنه قد يكون عمل الشاب أثناء دراسته له دور في التأثير على معرفته واتجاهاته نحو قضايا الصحة الإنجابية.

- التواصل الأسري:

نقصد بهذا المتغير أنه هل يوجد تواصل ما بين الشاب ووالده أو البنت وأمها، بمعنى هل هناك علاقة بينهما من حيث الاستفسار أو النوعية بخصوص بعض القضايا الحساسة التي تواجه الشباب أو يودوا الاستفسار عنها، ومدى تأثير هذا التواصل على معرفتهم واتجاهاتهم.

- الإخوة الأكبر سناً:

ونقصد بهذا المتغير بأنه هل يوجد أخ أكبر للشباب أو هل يوجد أخت كبرى للشباب، حيث نفترض أن وجود أخ أو أخت أكبر تأثير على المعرفة والاتجاهات لدى الشباب باعتبار أن الإخوة هم مصدر من مصادر المعرفة لبعض موضوعات الصحة الإنجابية مثل (المعرفة بالدورة الشهرية لدى الإناث أو الاحتلام لدى الذكور).

2- العوامل الاقتصادية:

لقد تناولنا في جزء سابق من هذا الفصل علاقة الصحة الإنجابية بقضية الفقر، وأوضحنا بأن هناك علاقة وطيدة بين الفقر وصحة الشباب الإنجابية ومدى تأثيرها عليها، لذلك يمكن أن نتوصل إلى أنه لا يمكننا في هذه الدراسة تناول الفقر من حيث الكلمة أو القيمة في حد ذاتها، ولكن يمكننا أن نتناول الوضع والحالة الاقتصادية بشكل عام للتعبير عن حالة الفقر.

ومما لا شك فيه أن الأوضاع الاقتصادية التي يحياها الشباب ونوعية وخصائص السكن، البيئة المحيطة، مستويات دخل الأسرة، وأيضاً مقتنيات الأسرة من الأجهزة والخدمات الاجتماعية والثقافية الأساسية أثرها على معرفة واتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية.

حيث تؤثر تلك الأوضاع بمستوياتها المتعددة على العناصر الأساسية لمعيشة الأسرة بصفة عامة، والشباب بصفة خاصة، لذلك كان من الضروري إلقاء الضوء على الحالة الاقتصادية للشباب عينة البحث، والتي أمكن إيجازها في ثلاث مستويات أساسية، تعبر في مجملها عن الوضع والحالة الاقتصادية.

- مستوى السكن:

تمكن الباحث من تحديد مستويات السكن - والتي تتمثل في طبيعة المسكن، نوعية المسكن، عدد طوابق المنزل، عدد غرف النوم، ونوعية أرضية السكن ومصدر مياه الشرب، بأن تعطي أوزاناً ترجيحية لكل خاصية من خصائص السكن، وجمع قيم الأوزان الترجيحية لجميع العناصر وقسمتها على مجموعها، عندئذ يتحدد مستويين:

1- مستوى سكن مرتفع.

2- مستوى سكن منخفض

- مستوى المعيشة:

تم تقدير مستوى المعيشة للشباب وتمثل في ما تمتلكه الأسرة من مقتنيات وأجهزة منزلية مثل التلفزيون، الدش، السيارة، التكييف، الكمبيوتر، الفيديو، الثلاجة، الغسالة وغيرها، ويتحدد لدينا ثلاثة مستويات للمعيشة:

- 1- مستوى معيشة منخفض.
- 2- مستوى معيشة متوسط.
- 3- مستوى معيشة مرتفع.

- مستوى الدخل:

تم تقسيم مستوى الدخل الشهري الكلي للأسرة إلى ثلاث مستويات رئيسية هي:

- 1- مستوى دخل منخفض.
- 2- مستوى دخل متوسط.
- 3- مستوى دخل مرتفع.

3- عوامل غير مباشرة (لا يمكن قياسها):

تبقى معظم المواقف الاجتماعية مرتبطة بالدين والأطر الدينية في المنطقة، وبناء على ذلك، تبقى الصحة الإنجابية بقضاياها المتعددة موضوعا حساسا نادرا ما يناقش في العلن، مما يفسح المجال للتخيلات والمعلومات الخاطئة لدى الكثير من الشباب، وبسبب ذلك، غالبا ما تتسم المواضيع المتعلقة بالصحة الإنجابية بالخوف وعدم التعرض لتلك المواضيع، ويضاف على ذلك العادات والتقاليد وغيرها، ويمكن تلخيص بعض النقاط التي لها تأثير على المعرفة والاتجاهات لدى الشباب ولكن لا

يمكن قياسها إحصائياً، أما إذا درسنا الممارسة ففي هذه الحالة يمكن قياس تأثير هذه المتغيرات إحصائياً، مع التأكيد على أهمية ودور هذه العوامل في التأثير على معرفة واتجاهات الشباب ومنها:

- 1- العوامل الدينية.
- 2- العادات والتقاليد.
- 3- العوامل السياسية والأمنية.

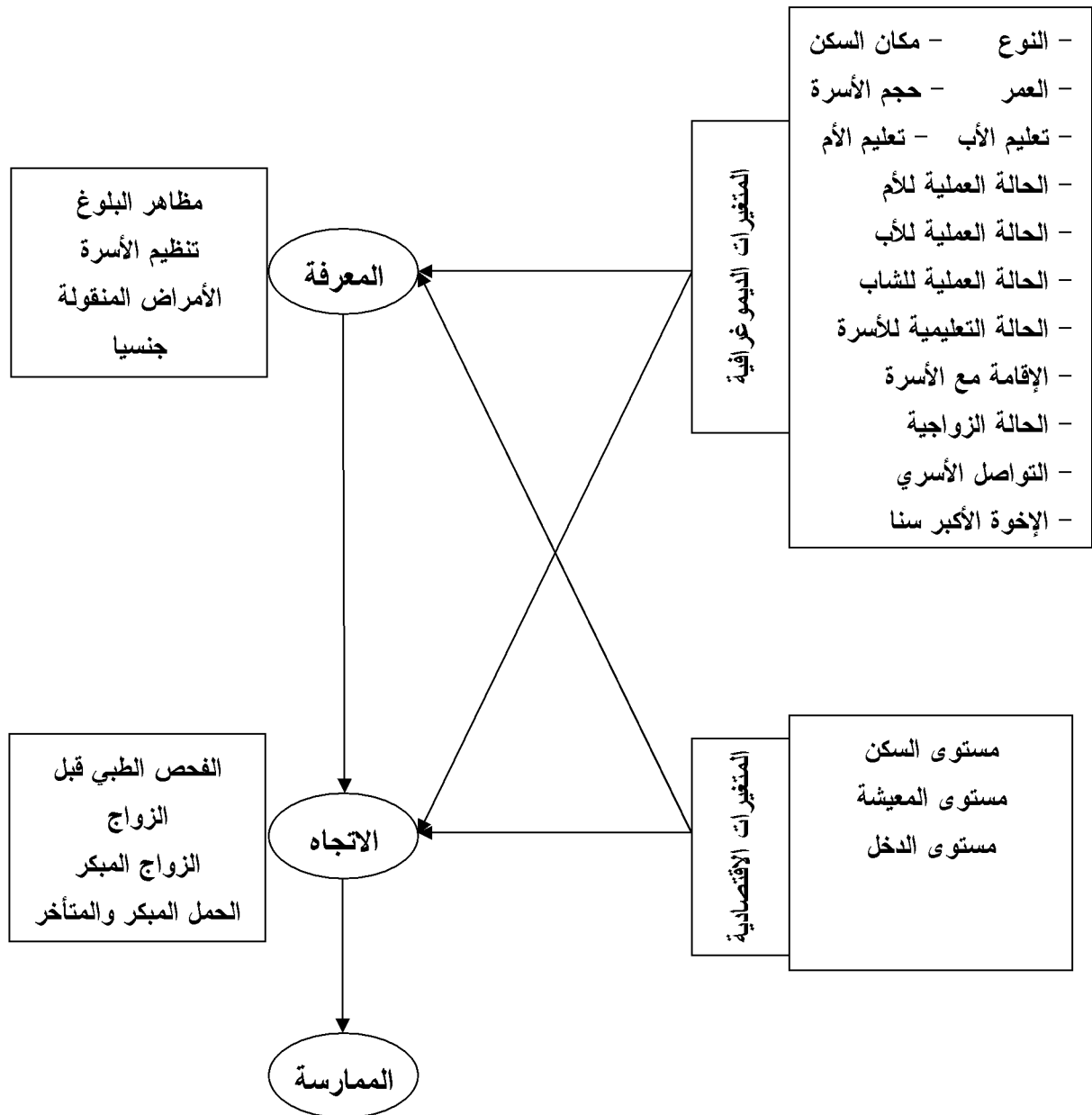
المطلب الثاني: نموذج مقترح لأهم العوامل المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية

بعد استعراض المتغيرات والعناصر التي يحتويها النموذج المقترح وعرض للمفاهيم الخاصة بهذه المتغيرات التي تم اختيارها من خلال الدراسات السابقة والتي تلائم الوضع الفلسطيني، لأن اختيار متغيرات الدراسة يجب أن يكون مبني على الدراسات السابقة للموضوع وأيضاً يجب أن يتناسب مع وضع الشباب في الأراضي الفلسطينية وخاصة في قطاع غزة، حتى يمكن قياسها في البيئة الفلسطينية، وبناء عليه يمكن تقديم نموذج الدراسة المقترح والذي يظهر كافة المتغيرات المتعلقة بهذه الدراسة في الشكل رقم (2-3).

وباستعراض عناصر النموذج المقترح للبحث يتبين احتوائه على حوالي سبعة عشر متغيراً مستقلاً، وتتمثل المعرفة بقضاياها الثلاث، والاتجاهات بقضاياها الثلاث، هي المتغيرات التابعة في النموذج.

شكل (2-3): النموذج المقترح

العوامل الديموغرافية والاقتصادية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية



ويتميز نموذج الدراسة المقترح بعدد من الخصائص منها:

- 1- أنه نموذج مبدئي تخضع مكوناته للتعديل والتطوير وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية.
 - 2- أن مكونات هذا النموذج قد تم اختيارها بناء على نتائج الدراسات السابقة والتي تم التعرض لها في بداية البحث.
 - 3- أن هذا النموذج ليس نموذجا سببيا، ولكنه تفسيري يوضح تأثير مجموعة من المتغيرات المستقلة على معرفة اتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية.
 - 4- أن الهدف النهائي من هذا النموذج هو شرح أثر المتغيرات المستقلة من وجهة نظر الشباب على معرفتهم واتجاهاتهم نحو الصحة الإنجابية، للوصول إلى استراتيجيات أكثر فاعلية لتعزيز معارف واتجاهات الشباب الإيجابية وتغيير سلوك الشباب الخاطئ اتجاه تلك القضايا.
- ويتصف نموذج البحث الحالي ببعض المزايا التي تميزه عن النماذج السابقة وأهمها:

- 1- يتصف النموذج الحالي بالشمول.
- 2- يشتمل نموذج الدراسة على عدد من المتغيرات الاقتصادية مثل مستوى السكن ومستوى المعيشة ومستوى الدخل بالإضافة إلى عدد من المتغيرات الديموغرافية مثل، العمر والنوع، محل الإقامة، الحالة العلمية للأسرة، الحالة العملية للأم والأب والشباب وغيرها، وتساعد مثل هذه المتغيرات السابقة على زيادة القدرة التفسيرية للنموذج.
- 3- بني النموذج على عدد من النتائج والتوصيات لبعض الدراسات السابقة، فبجانب ما استحدثته النموذج من متغيرات اقتصادية وديموغرافية مثل التواصل الأسري، ووجود إخوة أكبر سنا والإقامة مع الأسرة والحالة الاقتصادية بشكل عام بمستوياتها المختلفة، فقد اعتمد على بعض المتغيرات السابق استخدامها مثل متغير العمر والنوع ومحل الإقامة وغيرها.
- 4- تمثل المعرفة والاتجاهات المحورين الرئيسيين في نموذج الدراسة، فربط مستوى الاتجاهات بمستوى المعرفة لدى الشباب يرجع إلى اعتقاد البحث الحالي بأهمية المعرفة والاتجاهات في التأثير

على الممارسة فيما بعد عند دخولهم مرحلة الزواج وما يتلوها من مراحل عمرية مختلفة تحتوي على العديد من الجوانب الإنجابية الجنسية المتعددة وبالتالي يضل إلى سلوك إنجابي صحيح.

5- التركيز على العوامل الاقتصادية يرجع إلى الاعتقاد بأهمية تلك العوامل، حيث تمثل جزءا كبيرا من معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، وعلى الرغم من هذا فإن كثيرا من الدراسات والمنظمات لا تدرك أهمية العوامل الاقتصادية.

ولهذا فإن الاحتياج إلى إجراء عملي وتطبيقي لقياس وتحليل اثر العوامل المستقلة المقترحة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية قد أصبح واقعا والذي سيتم إجراءه في الجانب الثاني من هذه الدراسة.

الخلاصة:

مما سبق يتضح أن العمل على تحسين صحة الأفراد وإطالة أعمارهم هو غاية في حد ذاته، وهو أيضاً أحد الأهداف الأساسية للتنمية البشرية، ويرتبط أيضاً ارتباطاً مباشراً بتحقيق أهداف التنمية في الألفية الثالثة التي وضعها زعماء العالم في عام 2000، من أجل العمل على الحد من الفقر والجوع والمرض والجهل وتدهور البيئة وأشكال التمييز ضد المرأة بحلول عام 2015.

وينبغي تكثيف الجهود الرامية إلى القضاء على الفقر وذلك ضمن إستراتيجيات التخفيف من الفقر التي لا بد من أن تشمل التعليم للجميع، والصحة الإنجابية للجميع وتحقيق النمو الاقتصادي المطرد في سياق التنمية المستدامة كخطوات جوهرية يمكن أن تساعد على رفع مستوى نوعية الحياة لجميع السكان والحد من الفقر وتنمية الموارد البشرية. وفي هذا المجال، لا بد أن تغتنم المنطقة العربية الفرصة التاريخية المتاحة للاستفادة من النافذة الديموغرافية الناتجة من التحول الإنجابي الحديث عن طريق الاستثمار في الشباب في مجال التعليم والصحة والحماية من الأمراض وتطوير نوعية حياتهم ذلك أن مثل هذا الاستثمار يضمن توفير فرص حقيقية للتنمية المستدامة وسد منافذ الفقر.

ولقد تم اقتراح نموذج لدراسة أهم العوامل الديموغرافية والاقتصادية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، ولقد تم اختيار متغيرات اقتصادية لأول مرة تستخدم في مثل هذه الدراسات من خلال تقسيمها إلى مستويات مختلفة للتعبير عن الحالة والوضع الاقتصادي للشباب في الأراضي الفلسطينية.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع
دراسة مقارنة بين نموذجي
الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس

مقدمة:

تتركز الفكرة الأساسية في هذا الجزء من هذه الدراسة حول المقارنة بين طرق إحصائية متقدمة لدراسة تأثير العوامل الاقتصادية والديموغرافية على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية. وتم اختيار نموذجي الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس كونهما ينطبقان على مثل هذه الدراسات، ومن ثم المقارنة بين نتائج هذين النموذجين للوصول إلى نقاط الضعف والقوة لديهما واعتماد الأسلوب الأمثل في تحليل هذه الظاهرة.

السبب في اختيار هذين الأسلوبين، هو أن مثل هذه الدراسات تشترط أن يكون المتغير التابع نوعي ذو حدين (معرفة أو عدم معرفة/اتجاه إيجابي أو اتجاه سلبي) وأن المتغيرات المستقلة تكون نوعية أو كمية أو مختلطة ما بين النوعين، لذا وجدنا أن أسلوب الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس ينطبق عليهما هذا الشرط لوصف تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

ولكن أسلوب الانحدار اللوجستي لديه نقطة ضعف في مثل هذه الدراسات، بأنه لا يأخذ بعين الاعتبار الزمن الذي يسبق المعرفة أو الاتجاه، حيث أن المعرفة بالشيء لا تكون وليدة اللحظة، بل هي تشمل كل الرصيد الواسع والهائل من المعارف والمعلومات التي يجمعها عبر الزمن، بمعنى آخر مجموعة من المفاهيم والأفكار والتصورات والقضايا التي كونها الإنسان في حياته اليومية اتجاه موضوع معين (السكري، 1999).

أي أن المعرفة تتبلور بعد فترة زمنية من الأحداث والتغيرات التي تمر في حياة الشخص، ومنها التعليم والتجارب الحياتية وغيرها ونتيجة ما سبق يتكون لدى الشخص تراكم معرفي حول قضية معينة حيث أن التراكمية هي أحد الخصائص الرئيسية للمعرفة وأن هذا التراكم في نهايته يؤدي إلى المعرفة بالشيء بغض النظر هل هذه المعرفة التي تكونت لديه صحيحة أو معرفة منقوصة أو خاطئة.

أما بالنسبة للاتجاهات، فإن اتجاه الشخص نحو شيء معين لا يكون وليد اللحظة أيضا ولا يكون شيء موروث بشكل كامل، فإن اتجاه الشخص يتكون بعد مروره بمراحل تكوين الاتجاه، وهذه المراحل المتعددة تتبلور مع الزمن وفي نهايتها يتكون لدى الشخص اتجاه معين نحو قضية معينة، إن تكوين الاتجاهات لدى الشخص يكتسبها من خلال التعليم والخبرات التي يمر بها في حياته فهي ليست

موروثة بمعنى انه لا يولد الشخص باتجاهات معينة وهذه أحد الخصائص المميزة للاتجاهات مقارنة مع غيرها من مظاهر السلوك الإنساني.

ومما سبق نرى أهمية عنصر الزمن في تكوين المعرفة والاتجاه، وان أسلوب الانحدار اللوجستي لا يأخذ الزمن بعين الاعتبار، لذا أردنا استخدام أسلوب آخر وهو انحدار كوكس الذي يعتبر من الأساليب الهامة التي تأخذ الزمن الذي يسبق حدوث حدث معين (المعرفة، الاتجاه) بعين الاعتبار عند التحليل. وهدفنا في هذا الجزء هو تناول النقاط التالية:

- المبحث الأول: مشاكل استخدام الانحدار الخطي مع المتغير التابع الوصفي الثنائي
- المبحث الثاني: نموذج الانحدار اللوجيستي.
- المبحث الثالث: نموذج انحدار كوكس.
- المبحث الرابع: أوجه الشبه والاختلاف بين نموذجي الانحدار اللوجيستي وانحدار كوكس.

المبحث الأول: مشاكل استخدام الانحدار الخطي مع المتغير التابع الوصفي الثنائي

يرى الكثير من الباحثين أن الهدف الأساسي من معظم البحوث هو تحليل وتقويم العلاقات بين مجموعة من المتغيرات بغرض الوصول إلى صيغة تصف هذه العلاقات (إسماعيل، 2001، 1973، Kerlinger)، ويهدف تحليل الانحدار بشكل عام على تحديد شكل تلك العلاقة بين المتغيرات من خلال إيجاد معادلة رياضية تربط بين تلك المتغيرات (Draper and Smith, 1981) وكما يرى (Kerlinger & Pedhazur 1973) بأن طرق تحليل الانحدار أصبحت جزءاً أساسياً في أي تحليل للبيانات المهمة بوصف العلاقة بين المتغير التابع وأي متغير واحد أو عدة متغيرات مستقلة. ويصف (إسماعيل، 2001) استخدامات تحليل الانحدار بقوله إن تحليل الانحدار يستخدم لتحقيق ثلاثة أهداف رئيسية هي:

- 1- الوصف: وذلك بوصف شكل العلاقة بين المتغيرات المفسرة والمتغير التابع.
- 2- التقدير والتنبؤ: وذلك بتقدير القيمة المتوسطة للمتغير أو التنبؤ بها وذلك عند أي مستوى من مستويات المتغير أو المتغيرات المفسرة.
- 3- التحكم: وذلك بتفسير التغير في قيم المتغير التابع بدلالة التغير في قيم المتغير المستقل عند ضبط بقية المتغيرات المستقلة.

وقد عبر (Kerlinger and Pedhazur, 1973) عن أهمية تلك الاستخدامات لتحليل الانحدار بقولهما "إذا كانت المهمة الأساسية للعلم هي تفسير الظواهر، فإن تعريف العلم يصبح قريباً جداً من تعريف الانحدار المتعدد"، ويرى كثير من أمثال (Lea, 1997) بأن من المؤلفين في الدراسات الإنسانية والاجتماعية أن يكون المتغير التابع منفصلاً بحيث يأخذ قيمة ثنائية Dichotomous أو أكثر، وأن هذا يشكل تحدياً كبيراً للباحثين عند محاولتهم توظيف تحليل الانحدار الخطي البسيط أو المتعدد، والذي هو محدود نوعاً ما باشتراط أن يكون المتغير التابع ذا طبيعة كمية متصلة بدلاً من أن يكون تصنيفاً.

ونظرا لان هذه الدراسة تتطلب أن يكون المتغير التابع وصفي، لذا سنوضح ما هي المشاكل التي تواجه الباحث عند استخدام الانحدار الخطي في تحليل مثل هذه الظواهر.

يعرف الانحدار بشكل عام، بأنه التحليل الذي يختص بدراسة اعتماد متغير واحد يعرف بالمتغير التابع على متغير واحد أو أكثر يعرف بالمتغير المستقل أو المتغيرات المستقلة (المفسرة) وذلك بغرض التقدير أو التنبؤ بمتوسط قيمة المتغير التابع بمعلومية المتغيرات المفسرة. وبناء على ذلك فإن أسلوب الانحدار يستخدم للتوصل إلى نموذج رياضي يوضح العلاقة الكمية بين المتغير التابع المراد التنبؤ بقيمته والمتغيرات المفسرة (إسماعيل، 2001).

ويعتبر الانحدار الخطي Linear Regression من أبسط وأهم تطبيقات الانحدار، حيث يشترط تحقق بعض الافتراضات من أجل صحة تطبيق النموذج الخطي. ويضع (Menard, 2002) في قائمة الافتراضات التي يتطلبها تحليل الانحدار الخطي أن يكون المتغير التابع متصلا وغير محدود Unbounded وأن يقاس بالمستوى الفئوي أو النسبي.

ولكن كما يرى (Woldbeck, 1998 ; Porter, 1999 ; Cizek and Fitzgerald, 1999) وغيرهم فإن هناك العديد من الأوضاع والظروف في علم النفس والتربية والعلوم الاجتماعية وغيرها والتي يكون فيها المتغير التابع ثنائيا بدلا من أن يكون متصلا. ويرى (Menard, 2002) بأنه يمكن توسيع الانحدار الخطي ليشتمل على متغيرات مستقلة ثنائية أو أكثر من مستويين، لكن عندما يكون المتغير التابع هو الثنائي فإن تفسير معادلة الانحدار لن يصبح مباشرا.

هناك العديد من الطرق لترميز المتغيرات غير المتصلة، ولكن كما يرى (Wright, 1996 ; Wolfe, 2002 ; Poston, 2004) وغيرهم بأن من المفيد جدا في حالة المتغير الثنائي أن يتم الترميز لذلك المتغير بالقيمتين صفر/واحد، بحيث تمثل القيمة (صفر) غياب الصفة، والقيمة (واحد) ظهور الصفة. إن إحدى أهم مميزات ترميز المتغير التابع الثنائي صفر/واحد هو أن متوسط المتغير التابع ثنائي القيمة سوف يمثل ويساوي احتمال أن تكون المشاهدة تمتلك الخاصية $Y=1$ (Pezzullo, 2003).

إن المدخل الأساسي لمناقشة مشكلات استخدام تحليل الانحدار الخطي الاعتيادي مع البيانات ذات المتغيرات التابعة الثنائية، حتى لو تم التعامل مع المتغير التابع الثنائي Y كقيمة متصلة من خلال

استخدام احتمال أن يكون المتغير التابع الثنائي يساوي واحداً $P(Y=1)$ ، هو التذكير بأهم الافتراضات التي يبنى عليها تحليل الانحدار الخطي وهي (King, 2002 ; Menard, 2002):

- 1- تجانس تباين الخطأ Homoscedasticity: أي أن يكون تباين حد الخطأ ϵ ثابتاً عند جميع مستويات وقيم المتغير المستقل.
- 2- اعتدالية توزيع الخطأ Normality of Errors: أي أن تكون الأخطاء موزعة بشكل طبيعي عند كل مستوى من مستويات المتغير المستقل.
- 3- يجب أن تكون العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة خطية.
- 4- أن يتضمن التحليل جميع المتغيرات المستقلة ذات العلاقة بالتنبؤ بالمتغير التابع، وأيضاً أن تستبعد جميع المتغيرات التي ليست لها علاقة بالتنبؤ بالمتغير التابع.
- 5- القيم المتوقعة للخطأ: يجب أن تكون القيمة المتوقعة للخطأ ϵ تساوي صفراً.
- 6- عدم وجود علاقة خطية متعددة Multicollinearity بين المتغيرات المستقلة.

وكما يذكر (Lea, 1997) فإن ما يرغب الباحث في التنبؤ به في حالة المتغير التابع الثنائي الذي يأخذ القيم (صفر/واحد) ليس هو بالدقة قيمة المتغير التابع (صفر/واحد)، وإنما هو الاحتمال بأن تكون النتيجة إما صفراً أو واحداً، أي $P(y_i/x_i)=1$ أو $P(y_i/x_i)=0$. وبناء على ذلك، فإن المتغير التابع في هذه الحالة ليس هو المتغير التابع نفسه كما هو الحال عند استخدام الانحدار الخطي، وإنما المتغير التابع هو عبارة عن احتمال أن تكون قيمة المتغير التابع تساوي واحداً، وهو الغالب في الاستخدام، أو احتمال أن تكون قيمة المتغير التابع تساوي صفراً.

يرى (Frass and Newman, 2003 ; Pample, 2000) بأن محاولة استخدام تحليل انحدار المربعات الدنيا لتوفيق البيانات ذات المتغيرات التابعة الثنائية يواجه نوعين رئيسيين من المشكلات، وهي كما يلي:

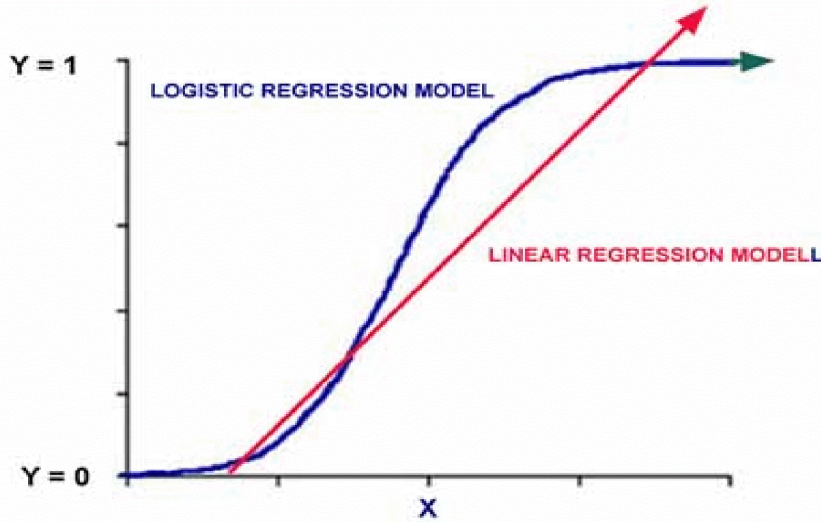
1- المشكلة المفاهيمية:

تنشأ المشكلة المفاهيمية في استخدام انحدار المربعات الدنيا لتوفيق البيانات ذات المتغيرات التابعة الثنائية من حقيقة أن الاحتمالات يجب أن تتراوح قيمتها بين قيمتين حديتين هما: الواحد

الصحيح كحد أعلى والصفء كحد أدنى، أي أنه وفقاً لتعريف الاحتمالات لا يمكن لقيمة الاحتمال أن يتجاوز الواحد الصحيح، ولا أن ينخفض على ما دون الصفر. وحيث أن تحليل انحدار المربعات الدنيا هو نموذج خطي يسمح لخط الانحدار أن يمتد حتى موجب ما لانهاية حسب قيمة المتغير أو المتغيرات المستقلة، فإن استخدام انحدار المربعات الدنيا مع البيانات ذات المتغير التابع الثنائي قد يفاجئ الباحث بقيم متوقعة للمتغير التابع تتجاوز الواحد الصحيح أو نقل عن الصفر، الأمر الذي يتناقض تماماً مع مفهوم الاحتمالات (Lea, 1999 ; Cizek and Fitzgerald, 2004 ; Poston, 1997).

ولتوضيح الفكرة السابقة بيانياً، يلاحظ أنه عند تمثيل العلاقة بيانياً تبين متغير مستقل كمي مع متغير تابع كمي نجدها علاقة خطية (خط مستقيم)، بينما تمثيل العلاقة بيانياً بين متغير مستقل كمي مع متغير تابع ثنائي، نجدها علاقة غير خطية (منحنى لوجستي) والذي تقع قيمه بين الصفر والواحد والذي يأخذ الشكل S.

شكل (1-1): العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع



وبناء على الشكل السابق، سمي هذا النوع من الانحدار بالانحدار اللوجستي والذي يعتمد على المنحنى اللوجستي، بينما سمي النوع الآخر بالانحدار الخطي لأنه يعتمد على الخط المستقيم.

2- المشكلة الإحصائية:

أما المشكلة الإحصائية في استخدام تحليل انحدار المربعات الدنيا في حالة توفيق البيانات ذات المتغيرات التابعة ثنائية القيمة فهي تكمن في انتهاك افتراضات تحليل الانحدار الخطي وأهمها افتراض: اعتدالية التوزيع Normality وتجانس التباين Homoscedasticity، حيث تتشاهاتان المشكلتان بسبب الطبيعة الثنائية للمتغير التابع (Cizek and Frass and Newman, 2003 ; Fitzgerald, 1999).

ومما سبق، نرى بأنه في حالة كان المتغير التابع وصفي ثنائي القيمة فإن الأسلوب الإحصائي الأنسب للتعامل معه هو أسلوب الانحدار اللوجستي.

المبحث الثاني: نموذج الانحدار اللوجستي Logistic Regression Model

يرى (Lea, 1997) بأنه وإن كانت هناك عدة أساليب إحصائية طورت لتحليل البيانات ذات المتغيرات التابعة التصنيفية، إلا أن تحليل الانحدار اللوجستي يتمتع بعدة مميزات تجعله ملائماً للاستخدام في مثل حالات كهذه (Walker, 1998 ; Edwards, 2003) ويوضح (Gebotys, 2000) أهمية تحليل الانحدار اللوجستي بقوله: "إن الانحدار اللوجستي هو أداة أكثر قوة، لأنه يقدم اختباراً لدلالة المعاملات، كما انه يعطي الباحث فكرة عن مقدار تأثير المتغير المستقل على متغير الاستجابة الثنائية، وبالإضافة إلى ذلك فإن الانحدار اللوجستي يرتب تأثير المتغيرات، مما يسمح للباحث بالاستنتاج بأن متغيراً ما يعتبر أقوى من المتغير الآخر في فهم ظهور النتيجة المطلوبة، كما أن تحليل الانحدار اللوجستي يمكنه أن يتضمن المتغيرات النوعية وحدوداً للتفاعلات".

ويشير (Dayton, 1992 ; Walker, 1998) أيضاً إلى تحليل الانحدار اللوجستي هو أقل حساسية اتجاه الانحرافات عن اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة، كما أن الانحدار اللوجستي يستطيع أن يتجاوز العديد من الافتراضات الشديدة لانحدار المربعات الدنيا الاعتيادي، الأمر الذي يجعل تحليل الانحدار اللوجستي هو الأسلوب الأفضل في حالة المتغير التابع الثنائي. ولتوضيح الانحدار اللوجستي سنتناول النقاط التالية:

- المطلب الأول: ماهية الانحدار اللوجستي
- المطلب الثاني: تحويلات الانحدار اللوجستي
- المطلب الثالث: تقدير معاملات الانحدار اللوجستي
- المطلب الرابع: تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع
- المطلب الخامس: تقويم ملائمة نموذج الانحدار اللوجستي
- المطلب السادس: خطوات تحليل الانحدار اللوجستي

المطلب الأول: ماهية الانحدار اللوجستي

يعتبر نموذج الانحدار اللوجستي والذي يمكن تسميته بالنموذج المنطقي هو أكثر النماذج شيوعاً في تحليل البيانات الوصفية، وهو أسلوب إحصائي لفحص العلاقة بين المتغير التابع ذي المستوى الوصفي ومتغير واحد أو أكثر من المتغيرات المستقلة، والتي تسمى أحياناً متغيرات مصاحبة أو متغيرات مفسرة بحيث تكون تلك المتغيرات المستقلة من أي نوع من مستويات القياس (الجذعي، 2005 ; Cramer, 2002 ; Walker, 1996) ، أما في حالة هذه الدراسة فيقصد بتحليل الانحدار اللوجستي الأسلوب الإحصائي المستخدم لفحص وتوفيق العلاقة بين المتغير التابع ثنائي القيمة وعدة متغيرات مستقلة أيّاً كان نوعها، ويسمى التحليل في هذه الحالة بتحليل الانحدار اللوجستي الثنائي.

ففي حالة وجود متغير تابع وصفي ثنائي ومتغير مستقل واحد (Simple Logistic Regression)، فإن النموذج يأخذ الصيغة التالية:

$$p(x) = \frac{\exp(\alpha + \beta X)}{1 + \exp(\alpha + \beta X)} ; 0 < P < 1$$

وتؤول هذه الصيغة بعد ذلك إلى الصورة التالية:

$$p(x) = \frac{1}{1 + \exp[-(\alpha + \beta X)]}$$

حيث أن:

α و β : المعاملات المقدرة من البيانات.

X: هي المتغير المستقل.

exp: هي (e) الأساس اللوغاريتمي الطبيعي ويساوي تقريباً 2.718.

$p(x)$: هي المتغير التابع Y .

أما في حالة كل من المتغير التابع وصفي ثنائي وكان هناك عدة متغيرات مستقلة (Multiple Logistic Regression)، فإن النموذج يأخذ الصورة التالية:

$$p(x) = \frac{1}{1 + \exp(-Z)}$$

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p \quad \text{حيث أن :}$$

وتعتبر نماذج الانحدار اللوجستي حالة خاصة من حالات نماذج الانحدار العامة Generalized linear models، ويطلق على هذه النماذج أحيانا نماذج اللوجت Logit Model، وتستخدم عندما نرغب في التنبؤ بوجود صفة معينة أو ظاهرة أو خاصية معينة بالاعتماد على قيم متغير أو مجموعة من المتغيرات المستقلة الأخرى التي لها علاقة بالمتغير التابع تماما كما هو الحال في نماذج الانحدار العامة، وتستخدم معاملات النموذج اللوجستي في تقدير نسبة الإمكان أو المفاضلة Odds Ratio لكل من المتغيرات المستقلة في النموذج.

المطلب الثاني: تحويلات الانحدار اللوجستي

هناك عدة إجراءات تحويلية يمكن أن تقدم مساهمات جديدة لحل بعض الصعوبات والتحديات التي تواجه تفسير نموذج الانحدار اللوجستي، وسنعرض أهم المفاهيم التي تسهم في تقديم الحلول على النحو التالي:

1- معامل الترجيح أو المفاضلة Odds:

تعتبر الـ Odds من الناحية النظرية عن احتمال حدوث حدث ما مقسوما على احتمال عدم حدوثه:

$$Odds = \left(\frac{P}{1 - P} \right) = \exp[\alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_p X_p]$$

$$0 < Odds < \infty$$

$$P = \frac{Odds}{1 + Odds} = \frac{\exp[\alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_p X_p]}{1 + \exp[\alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_p X_p]}$$

$$0 < P < 1$$

Odss : هي معامل ترجيح حدوث الشئ

P : هي احتمالية حدوث ذلك الشئ

1-P : هي احتمالية عدم حدوث ذلك الشئ

مع العلم بان معامل الترجيح Odds قد حل مشكلة الحدود العليا للاحتمال P ، بحيث أصبح

معامل الترجيح يأخذ أي قيمة من الصفر وحتى ما لانهاية بدلا من P التي تأخذ أي قيمة من الصفر وحتى الواحد.

2- لوغاريتم معامل الترجيح (Logit) Log Odds :

إن استخدام التحويل اللوغاريتمي يعمل على ضغط وتوسيع القيم العالية في البيانات والذي يساعد على تصحيح عدة مشكلات في البيانات مثل: التواء التوزيع ووجود مشاهدات متطرفة، وعدم تجانس التباين (King and Zing , 2001).

أن Log Odds ويسمى Logit، وهو اللوغاريتم الطبيعي لمعاملات الترجيح Odds، فهي تركيب خطي من المتغيرات المستقلة، ويمكن التعبير عن نموذج الانحدار اللوجستي بالعلاقة الخطية مع لوجت الاحتمال، طبقا للمعادلة التالية:

$$\log it = \log(odds) = \log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_p X_p$$

$$-\infty < Logit < \infty$$

أما الوظيفة الرئيسية لدالة اللوجت فهي السماح بتطبيق الانحدار الخطي عند تحليل العلاقات للبيانات ذات المتغيرات التابعة الثنائية (Walker, 1996)، وعليه فان الانحدار اللوجستي يشير إلى نماذج الانحدار التي تتضمن اللوجت كمتغير تابع في المعادلة، ويحسب مقدار التغير في لوغاريتم معامل الترجيح للمتغير التابع وليس في المتغير التابع نفسه كما هو الحال في تحليل الانحدار الخطي (Garson, 2006).

المطلب الثالث: تقدير معاملات الانحدار اللوجستي

تعتبر طريقة تقدير الإمكان الأكبر Maximum Likelihood Estimation هي واحدة من عدة طرق طورها الاحصائيون لتقدير المعالم في النماذج الخطية وغير الخطية، ولوصف طريقة الإمكان الأكبر يجب التعرف على دالة الإمكان L .

1- دالة الإمكان : Likelihood Function

دالة الإمكان في حالة الانحدار اللوجستي هي (Kleinbaum and Klein, 2002)

$$L = \prod_{l=1}^{m_1} P(x_l) \prod_{l=m+1}^n [1 - P(x_l)]$$

حيث:

L : هي دالة الإمكان .

$P(x_l)$: هي احتمالية ظهور الصفة.

$[1 - P(x_l)]$: هي احتمالية عدم ظهور الصفة.

n : هي العدد الكلي للحالات. m_1 : هي عدد الحالات التي تمثل الصفة.

\prod : تشير إلى حاصل الضرب وهي مشابهة لعلامة حاصل الجمع \sum ، وهي تعني أن الدالة عبارة عن حاصل ضرب قيم الاحتمال لكل حالة.

2- تقدير الإمكان الأكبر : Maximum Likelihood Estimation

هي طريقة تستخدم لحساب معاملات اللوجت \logit ، وهي مقابلة لطريقة المربعات الدنيا في الانحدار الخطي. وبينما تبحث طريقة المربعات الدنيا عن أدنى مجموع لمربعات انحرافات البيانات المشاهدة عن خط الانحدار، فغن طريقة الإمكان الأكبر تسعى لتعظيم لوغاريتم الإمكان $\text{Log Likelihood (LL)}$ والتي تعكس مدى إمكانية أو ارجحية أن تكون تلك القيم المشاهدة للمتغير التابع يمكن توقعها أو التنبؤ بها من خلال المتغير المستقل أو المتغيرات المستقلة. ويلاحظ أن تقديرات الإمكان الأكبر هي طريقة تكرارية تبدأ بقيمة أولية لما ينبغي أن تكون عليه معاملات اللوجت، ثم تحدد

هذه الطريقة اتجاه ومقدار التغير في معاملات اللوجت والذي سيزيد من لوغاريتم الإمكان LL وبعد أن يتم تقدير هذه الدالة الأولية، فإن البواقي يتم اختبارها ويتم إعادة التقدير من خلال الدالة المحسنة، ويتم تكرار العملية حتى تحدث عملية التقارب Convergence والتي لا تتغير عندها لوغاريتم الإمكان Log Likelihood والتي يرمز لها بالرمز LL بشكل دال (Garson, 2006).

المطلب الرابع: تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع

يرى (Pamplé, 2000) بأنه حسب المتوقع والمعتاد من التحويلات غير الخطية، فإن تأثيرات المتغيرات المستقلة على المتغير التابع في تحليل الانحدار اللوجستي ستكون لها عدة تفسيرات، وذلك يرجع حسب طريقة تفسير معاملات الانحدار اللوجستي، وان التفسير بناء على أي طريقة من الطرق التالية له ايجابياته وسلبياته:

1- تفسير المعاملات بدلالة اللوجت

2- تفسير المعاملات بدلالة معاملات الترجيح

3- تفسير المعاملات بدلالة نسبة الترجيح Odds Ratio

4- تفسير المعاملات بدلالة الاحتمالات

وأفضل طريقة لدراسة تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع في تحليل الانحدار اللوجستي هي تفسير معاملات الانحدار اللوجستي بدلالة نسبة الترجيح Odds Ratio .

المطلب الخامس: تقويم ملائمة نموذج الانحدار اللوجستي Goodness of Fit

يرى (Hosmezt and Lemshow, 2000) أنه بمجرد أن نقوم بتوفيق نموذج الانحدار اللوجستي، تبدأ عملية تقويم النموذج، هناك طريقتان للتحقق من ملائمة النماذج يمكن تصنيفها كالتالي (King, 2002 ; Peng et al., 2002 ; Menard, 2002) :

1- التحقق من ملائمة النموذج ككل:

التحقق من مدى ملائمة النموذج بشكل كلي من خلال حساب قياسات كلية للمطابقة Overall measures of the fit، وهناك عدة مقاييس تلخيصية مهمة تساعد على تقويم النموذج النهائي الذي تم

توفيقه للبيانات هي: الرواسب والفروق، وإحصاءات R^2 ، واختبار هوزمر- ليمشو لجودة المطابقة، اختيار نسبة الإمكان ، وجداول التصنيف، إضافة إلى تحليل منحنى ROC.

2- فحص الدلالة الإحصائية لكل متغير مستقل على حدة:

فحص المكونات الفردية للنموذج، بمعنى انه إذا كان النموذج ككل ملائماً، فما هي أهمية كل متغير من المتغيرات المستقلة؟ وما هي قدرته ومساهمته في التنبؤ بالمتغير التابع؟ وأي المتغيرات أفضل وأيها أسوأ في التنبؤ بالمتغير التابع؟

وعادة ما تستخدم إحصاءه والد Wald Statistics لاختبار الدلالة الإحصائية لكل معامل من معاملات الانحدار اللوجستي (Lea, 1997 ; Gaeson, 2006)، ويقوم اختبار والد Wald Test باختبار الفرضية الصفرية القائلة بان معامل الانحدار اللوجستي المرتبط بالمتغير المستقل x يساوي صفرًا (Cizek and Fditzgerald, 1999).

$$H_0 : b = 0$$

ويتم حساب إحصاءه والد كما وردت في المعادلة كالتالي:

$$W^2 = \left(\frac{\hat{b}}{S.E_b} \right)^2$$

حيث: b: هي قيمة معامل الانحدار اللوجستي للمتغير X

S.E: هي قيمة الخطأ المعياري لمعامل الانحدار اللوجستي للمتغير X

حيث تتبع الإحصاء والد W^2 توزيع كاي تربيع χ^2 (Sahai & Ward, W.d ; Poston, 2004) . أما إذا تم احتساب قيمة إحصاء والد W بدلاً من W^2 فإن المعادلة ستحسب وفقاً للمعادلة التالية:

$$W = \left(\frac{\hat{b}}{S.E_b} \right)$$

حيث تتبع الإحصاء W في هذه الحالة توزيع Z (Hosmer and Lemshow,) (2000) .

إذا كانت إحصاءة والد Wald ذات دلالة إحصائية، فإن ذلك يعني رفض الفرضية الصفرية القائلة بأن قيمة معامل الانحدار تساوي صفراً، أي أن معامل الانحدار لذلك المتغير المستقل X سوف تكون مختلفة عن الصفر، وبالتالي فإن ذلك المتغير المستقل X سيكون له تأثير في التنبؤ بقيمة المتغير التابع Y . أما إذا كانت إحصاءة والد غير دالة إحصائياً، فإن ذلك يعني أن معامل الانحدار لذلك المتغير المستقل X يساوي صفراً، أي أن ذلك المتغير المستقل ليس له تأثير في التنبؤ بقيمة Y ، مما يعني إمكانية حذفه من النموذج لأنه ليس له أي دلالة إحصائية (Menard, 2002).

المطلب السادس: خطوات تحليل الانحدار اللوجستي

قبل البدء في تحليل نموذج الانحدار اللوجستي لا بد من تفحص البيانات للبحث عن الترابط بين المتغيرات المستقلة كما هو الحال في نماذج الانحدار العامة الأخرى، حيث أن الترابط بين المتغيرات المستقلة يمكن أن يؤدي إلى تقديرات متحيزة للمعالم وتضخم غير في قيمة الخطأ المعياري. وهناك عادة ثلاث خطوات أساسية في تحليل نماذج اللوجستي، وهي:

1- توفيق النموذج العام.

2- توفيق النموذج المعدل.

3- اختبار الفرضيات.

ولكن لا يجب بالضرورة إتباع هذه الخطوات في تحليل كل نموذج انحدار لوجستي رغم انه يمكننا أخذها كإرشاد.

ومما سبق، فإن استخدام نموذج الانحدار اللوجستي Logistic Regression والذي اعتمدت عليه كثير من الدراسات السابقة، يعتبر من أكثر الأساليب الإحصائية شيوعاً في التعامل مع البيانات الوصفية. إلا أن هذا النموذج يواجه مشكلة عدم القدرة على التعامل مع البيانات التي تعتمد على التغير في النقطة الزمنية التي تسبق حدوث الحدث، وتحتوي على بيانات اختفاء Censored Data وخاصة في الدراسات المقطعية Cross Sectional. لذلك كان هناك البديل الأكثر تعاملاً مع هذه الحالة وهو انحدار كوكس (Karen et al., 2003).

المبحث الثالث: نموذج انحدار كوكس Cox Regression Model

سنركز في هذا الجزء على نموذج انحدار كوكس Cox Regression Model والذي يعتبر احد الأساليب المستخدمة في تحليل البقاء Survival Analysis والتي تتعامل مع الزمن في التحليل، حيث يتمتع هذا الأسلوب بمزايا عدة، أهمها: انه يعتبر من الأساليب الحديثة بالإضافة إلى سهولة التعامل مع بيانات الاختفاء والتي تظهر عند اخذ الزمن بعين الاعتبار.

وقبل البدء بتوضيح نموذج انحدار كوكس لابد من التطرق إلى نقاط أساسية تبين الفكرة الأساسية والتمهيدية لهذا النموذج، والذي يعتبر احد نماذج الأخطار التناسبية، وبناءا على ما سبق فإننا سنتناول في هذا المبحث النقاط التالية:

- المطلب الأول: تحليل البقاء
- المطلب الثاني: دوال البقاء الأساسية
- المطلب الثالث: الاختفاء ودالة الإمكان
- المطلب الرابع: نموذج انحدار كوكس

المطلب الأول: تحليل البقاء Survival Analysis

نماذج تحليل البقاء تتناول الزمن الذي يسبق حدوث حدث معين، ومن أكثر الأمثلة تطبيقاً في هذا المجال هو الزمن الذي يسبق الوفاة، ولكن تطبيق تحليل البقاء هو أوسع من ذلك بكثير، فهو يستخدم في كثير من المجالات والتخصصات المختلفة والتي تعتبر الزمن عامل أساسي في تحليل الظاهرة المعنية بالدراسة. والميزة الأساسية في هذا الأسلوب هو دراسة العلاقة بين الزمن الذي يسبق حدوث الحدث مع متغير أو أكثر من المتغيرات المستقلة بغض النظر عن طبيعة هذه المتغيرات من حيث كونها كمية أو وصفية أو مختلطة. ومن أهم الأساليب المستخدمة في تحليل البقاء هو نموذج انحدار كوكس والذي يطبق على نطاق واسع من المجالات (Fox, 2002).

ويقول (Rodriguez, 2001) أن تحليل البقاء يتعلق بتحليل البيانات التي تحتوي على ثلاث خصائص رئيسية وهي:

1- المتغير التابع هو زمن البقاء حتى حدوث حدث معين

2- وجود بيانات اختفاء

3- وجود متغيرات مفسرة تؤثر على زمن البقاء ونرغب في تحديدها

وتعتبر دراسة معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية من احد المجالات الحديثة التي يمكن تطبيق نماذج تحليل البقاء عليها، حيث أن نقطة وقوع الحدث تعرف بزمن الحدث (المعرفة أو الاتجاه) وهي تظهر بعد مدة من الزمن سواء كانت هذه المدة صغيرة أو كبيرة، والزمن الذي يسبق ظهور أو حدوث الحدث يسمى زمن البقاء (زمن تكوين المعرفة، زمن تكوين الاتجاهات).

المطلب الثاني: دوال البقاء الأساسية Basic Survival Functions

لنفرض أن T هي متغير عشوائي متصل موجب ويمثل زمن البقاء حتى حدوث الحدث وله دالة كثافة احتمال $f(t)$ ودالة توزيع تراكمية $F(t)$ ، وبذلك تكون دوال البقاء الأساسية:

1- دالة البقاء: The Survival Function

وتعرف أيضاً بدالة الصلاحية The Reliability function ويشار إليها بـ $S(t)$ وتعرف دالة البقاء على أنها احتمال البقاء إلى ما بعد t , (على الأقل حتى الزمن t)

$$S(t) = P(T \geq t) = 1 - F(t) = \int_t^{\infty} f(x) dx$$

$$f(t) = \frac{dF(t)}{dt} = \frac{d}{dt} (1 - S(t)) = -S'(t) \left[= -\frac{dS(t)}{dt} \right]$$

$$\frac{dS(t)}{dt} = -f(t)$$

2- دالة الخطر: The Hazard Function

وتعرف بمعدل الخطر Hazard Rate أو المعدل اللحظي أو الحالي لظهور الحدث ويشار إليها بـ $h(t)$

$$h(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{P(t < T < t + \Delta t | T > t)}{\Delta t} = \frac{f(t)}{S(t)} = \frac{-S'(t)}{S(t)}$$

ونرى بان البسط لهذا الكسر السابق هو الاحتمال الشرطي أن الحدث سيظهر في الفترة بين t و $t + \Delta$ بشرط عدم ظهوره قبل t , والمقام هو طول الفترة .

3- دالة الخطر التراكمية: The Cumulative Hazard Function

وتعرف دالة الخطر التراكمية على أنها مجموع الأخطار التي حدثت حتى الزمن t .

$$\begin{aligned} H(t) &= \int_0^t h(x) dx \\ &= \int_0^t \frac{f(x)}{S(x)} dx \\ &= - \int_0^t \frac{1}{S(x)} \left\{ \frac{d}{dx} S(x) \right\} dx \\ &= - \ln(S(t)) \end{aligned}$$

وبناءً على ما سبق فإن:

$$S(t) = \exp(-H(t))$$

$$F(t) = 1 - \exp(-H(t))$$

$$f(t) = h(t) \cdot \exp(-H(t))$$

4- توقع الحياة: The Expectation of Life

نفرض أن μ تشير إلى متوسط أو توقع القيمة T حيث أن:

$$\mu = \int_0^{\infty} t \cdot f(t) dt$$

وباستخدام عملية التكامل بالتجزئ نتوصل إلى:

$$\mu = \int_0^{\infty} S(t) dt \quad ; \quad S(0) = 1 \text{ \& } S(\infty) = 0$$

حيث أن $S(t)$ تعطي الاحتمال بأن المفردة تبقى على قيد الحياة بعد t ، بينما $E(t)$ هي توقع الحياة للمفردة.

المطلب الثالث: الاختفاء ودالة الإمكان Censoring and The Likelihood Function

إن بيانات زمن البقاء تحتوي على جزء رئيسي ومميز وهو الاختفاء والذي قد يسبب قلق وإزعاج في التحليل إذا لم يكن مسيطر عليه بشكل كاف. ووجود بعض المشاهدات المختفية في بيانات البقاء لا يمكن تجاهلها أو إهمالها (Filler, 2004).

1- آليات الاختفاء Censoring Mechanisms

نحن نقصد بالاختفاء هو وجود مفردات لا نعرف زمن حدوث الحدث لها ولا نستطيع تتبعها خلال فترة زمنية، والاختفاء يتكرر كثيراً في بيانات البقاء فهناك بعض المفردات يحدث لها الحدث وبالتالي يمكننا تحديد زمن البقاء لها والبعض الآخر ليس لدينا معلومات كافية عنه، وشرط استخدام

الاختفاء هو أن يكون الاختفاء مستقل ولا يعتمد على خطر التجربة، ويوجد هناك أنواع مختلفة من الاختفاء ولكن أهم الأنواع الشائعة هي:

أ- اختفاء من النوع الأول Type I Censoring

في هذا النوع تكون المدة الكلية للدراسة ثابتة بينما عدد الأحداث (أي عدد الأفراد الذين حدث لهم الحدث) يكون متغير عشوائي، ويدعى هذا النوع من الاختفاء بـ (الاختفاء الثابت) وفيه يتم تحديد زمن إيقاف الدراسة بعد فترة زمنية محددة . والاختفاء من النوع الأول يكون واحد من الأنواع التالية:

* الاختفاء الأيمن (Suspended) Right Censoring

وهي الحالة الأكثر شيوعاً في بيانات البقاء، وهذه الحالة تكون مرتبطة بالمفردات التي لم يحدث لها الحدث. بعض المفردات تبقى على قيد الحياة عند نهاية الدراسة أي أن زمن البقاء للمفردة يفوق نقطة انتهاء الدراسة وهذه المفردات يقال عنها اختفاء أيمن.

أسباب حدوث الاختفاء الأيمن:

1- قرار الباحث إنهاء الدراسة قبل حدوث الحدث.

2- عدم القدرة على الوصول للمفردة لأي سبب.

3- بعض المفردات لم يحصل لها الحدث.

* الاختفاء الأيسر Left Censoring

لنفرض أن لدينا مفردة دخلت في الدراسة لكن زمن التعرض للخطر غير معلوم بينما زمن حدوث الحدث هو المعلوم فقط ، ومثال على ذلك مرضى السرطان ومرضى الايدز فان زمن بداية الإصابة بالمرض غير معلوم لكن زمن الوفاة بسبب ذلك المرض هو المعلوم، وهذه المفردة يقال لها اختفاء أيسر .

* الاختفاء الفترتي Interval Censoring

وفي هذه الحالة يكون زمن حدوث الحدث بالضبط غير معلوم لبعض المفردات لكن المعلوم هو الفترة الزمنية التي وقع فيها الحدث، ويقال عن هذه المفردات اختفاء فترتي.

ب- اختفاء من النوع الثاني Type II Censoring

في هذه الحالة يكون عدد المفردات التي يحدث لها الحدث معروف (ثابت) مقدماً بينما فترة الدراسة الكلية تكون متغير عشوائي لا يمكن معرفتها مقدماً. وفيها يتم تحديد زمن انتهاء الدراسة بعد عدد معين من حالات حدوث الحدث.

ج- الاختفاء العشوائي (Hybrid) Random Censoring

في هذا النوع كل مفردة لها زمن اختفاء متوقع C_i وعمر (زمن بقاء) متوقع T_i ويفترض أن زمن الاختفاء وزمن البقاء متغيرين عشوائيين مستقلين، ونلاحظ أن $Y_i = \min: (C_i, T_i)$ أي هو زمن البقاء أو زمن الاختفاء أيهما أقل، وأن المتغير المؤشر يدعى d_i ويخبرنا بأن المشاهدة انتهت بالوفاة أو بالاختفاء وهذا النوع يعتبر مزيج من النوعين السابقين.

وبالنظر إلى بيانات معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية نجدها تحتوي على الاختفاء من النوع الأول وهو اختفاء أيمن حيث أن زمن الدخول في الدراسة هو زمن بداية مرحلة المراهقة للمفردة، والمفردات التي يحدث لها الحدث (المعرفة أو الاتجاه) عند الزمن t يكون لها فترة بقاء مدتها t ، في حين أن هناك بعض المفردات تكون على قيد الحياة عند نهاية فترة الدراسة دون أن يحدث لها حدث المعرفة أو الاتجاه وبذلك تكون اختفاء أيمن.

2- دالة الإمكان The Likelihood Function

تتلخص دالة الإمكان في أنه إذا وقع الحدث للمفردة عند الزمن t_i فإن :

$$L_i = f(t_i) = S(t_i) \cdot h(t_i)$$

أما إذا ظلت المفردة على قيد الحياة عند الزمن t_i (الاختفاء) أي أن عمر المفردة تجاوز الزمن t_i نظراً لعدم وقوع الحدث لها، تكون دالة الاحتمال هي :

$$L_i = S(t_i)$$

ويمكن كتابة الحالتين السابقتين في تعبير واحد ، بذلك فإن دالة الإمكان يمكن كتابتها على

الشكل التالي:

$$L = \prod_{i=1}^n L_i = \prod_{i=1}^n h(t_i)^{d_i} S(t_i)$$

حيث أن d_i تشير إلى المعرفة او الاتجاه وتأخذ القيمة 1 إذا وقع الحدث للمفردة والقيمة صفر إذا المفردة كانت غير ذلك (الاختفاء) ، وبإدخال اللوغاريتمات للطرفين فإن:

$$\text{Log } L = \sum_{i=1}^n (d_i \text{Log } h(t_i) + \text{Log } S(t_i))$$

ومن خلال العلاقة بين دالة البقاء ودالة الخطر التراكمية الموضحة سابقاً فإنه يمكن كتابة لوغاريتم دالة الإمكان:

$$\text{Log } L = \sum_{i=1}^n (d_i \text{Log } h(t_i) - H(t_i))$$

المطلب الرابع: نموذج انحدار كوكس Cox Regression Model

يعتبر نموذج انحدار كوكس احد أهم النماذج وأكثرها شيوعاً في نماذج تحليل البقاء، ويستخدم هذا النموذج كما ذكرنا سابقاً في الحالات التي يكون متغير الزمن الذي يسبق حدوث حدث معين له أهمية في تحليل الظاهرة المعنية بالدراسة، ولكي يتم استخدام هذا النموذج يجب أن تتوفر الشروط التالية :

- المتغير التابع ويتكون من جزأين (متغير وصفي ثنائي القيمة + متغير الزمن الذي يسبق حدوث الحدث)

- متغيرات مستقلة بغض النظر عن طبيعتها هل هي كمية أو وصفية أو مختلطة، ومن المتوقع أن يكون لها تأثير على الظاهرة المعنية بالدراسة.

والنموذج الأصلي لانحدار كوكس اقترح من قبل العالم COX عام 1972، فإذا كان T متغير عشوائي متصل فإن الشكل الأساسي للنموذج هو:

$$h(t | x_i) = h_0(t) * \exp(x_i/B)$$

$h(t | x_i)$: هو الخطر الشرطي لوقوع الحدث عند الزمن t بالنسبة للمفردات التي لديها متجه المتغيرات المفسرة X_i .

$h_0(t)$: دالة الخطر الأساسية (Baseline Hazard Function) التي تعتمد على الزمن والمناظرة لمتجه المتغيرات المفسرة $X_i = 0$.

B : هي متجه عمودي $1 \times P$ من المعالم المجهولة، وتستخدم طريقة الإمكان الجزئية لتقدير المعالم المجهولة.

X_i : هو متجه صفي $1 \times P$ من المتغيرات المفسرة

$\exp(x_i/B)$: هو الخطر النسبي الذي لا يعتمد على الزمن، أي أن تأثير المتغيرات المفسرة بزيادة أو نقصان الخطر يكون ثابت لا يتغير تبعاً لتغير نقطة زمنية t ، وأيضاً فإن النسبة بين أي معادلين للخطر تكون ثابتة وغير معتمدة على الزمن:

$$\frac{h(t | x_1)}{h(t | x_2)} = \frac{h_0(t) \exp\{X_1' B\}}{h_0(t) \exp\{X_2' B\}} = \frac{\exp[X_1' B]}{\exp[X_2' B]} = e^{B(X_1 - X_2)}$$

أولاً: فروض نموذج كوكس:

- المفردات التي لها نفس قيم المتغيرات المفسرة لها أيضاً نفس دالة الخطر.
- اختلاف قيم متغير مفسر معين بين مفردتين يترتب عليه أن يكون لهاتين المفردتين دالتي خطر متوازيتين وهذه هي الفرضية التناسبية (Namboodiri and Suchindran, 1987).

ونماذج انحدار كوكس تنقسم إلى ثلاثة أنواع هي نماذج معلمية ونماذج شبه معلمية ونماذج لا معلمية، وذلك بناء على طبيعة دالة الخطر الأساسية.

ثانياً: تحويل انحدار كوكس:

إن استخدام التحويل يمكن أن يقدم مساهمات جديّة لحل الصعوبات والتحديات التي تواجه تفسير نموذج انحدار كوكس، ومن المعروف أن دالة الخطر في نموذج كوكس هي:

$$h(t) = h_0(t) \cdot \exp(B_1 X_1 + \dots + B_p X_p)$$

$$\log h(t) = (B_1 X_1 + \dots + B_p X_p)$$

ومن الملاحظ أن لوغاريتم دالة الخطر هو تركيب خطي من المتغيرات المستقلة، وان استخدام التحويل اللوغاريتمي يعمل على ضغط وتوسيع القيم العالية في البيانات والذي يساعد على تصحيح عدة مشكلات في البيانات مثل: التواء التوزيع، ووجود مشاهدات متطرفة، وعدم تجانس التباين. أما الوظيفة الأساسية للتحويل اللوغاريتمي لانحدار كوكس هو السماح بتطبيق الانحدار الخطي عند تحليل العلاقات للبيانات ذات المتغيرات التابعة الثنائية، وهذا يعني أن أي تغير يحدث في المتغيرات المستقلة يقابله تغير في لوغاريتم دالة الخطر وليس المتغير التابع نفسه كما هو الحال في الانحدار الخطي.

ثالثاً: تقدير معاملات انحدار كوكس:

اقترح Cox طريقة الإمكان الجزئية Partial Likelihood لتقدير B وذلك في ظل غياب المعرفة عن طبيعة دالة الخطر الأساسية $h_0(t)$ ، حيث أن هذه الطريقة تقابل طريقة المربعات الصغرى في الانحدار الخطي، بينما تبحث طريقة المربعات الصغرى عن أدنى مجموع لمربعات انحرافات البيانات المشاهدة عن خط الانحدار. وتقابل هذه الطريقة أيضاً، طريقة الإمكان الأكبر في الانحدار اللوجيستي والذي تسعى فيه هذه الطريقة إلى تعظيم لوغاريتم الإمكان والتي تعكس مدى إمكانية أو أرجحية أن تكون البيانات للمتغير التابع يمكن توقعها أو التنبؤ بها من خلال المتغير المستقل أو المتغيرات المستقلة.

نفرض أن $t_{(1)} < t_{(2)} < \dots < t_{(m)}$ تشير إلى أوقات المعرفة والاتجاه المشاهدة وأن R_i تشير إلى مجموعة الخطر عند $t_{(i)}$ ونفرض أن مفردة واحدة فقط لديها معرفة (مثلاً) عند الزمن $t_{(i)}$ ولنسمى هذه المفردة $j(i)$ أي لا يوجد تكرار (أي لا يمكن حدوث حدثين في نفس الزمن).

$$L = \prod_{i=1}^m \frac{e^{x'_{j(i)} B}}{\sum_{j \in R_i} e^{x'_j B}}$$

$$\text{Log } L = \sum_{i=1}^m \left[X'_{j(i)} B - \log \sum_{j \in R_i} e^{X'_j B} \right]$$

وبأخذ المشتقة الأولى Log L بالنسبة لـ B نجد أن:

$$\frac{\partial \text{Log} L_i}{\partial B_r} = X_{j(i)r} - \frac{\sum_{j \in R_i} e^{X_j' B} X_{jr}}{\sum_{j \in R_i} e^{X_j' B}}, \quad r = 1, 2, \dots, p$$

ويمكن كتابة المقدار السابق على الشكل التالي : $U_r(B) = \frac{\partial \text{Log} L_i}{\partial B_r} = X_{j(i)r} - A_{ir}(B)$

حيث $A_{ir}(B)$ هو المعدل المرجح لـ X_r لكل مجموعة الخطر R_i وبأخذ المشتقة الثانية فإن:

$$I_{rs}(B) = \frac{\partial^2 \text{Log} L_i}{\partial B_r \partial B_s} = \frac{\sum_{j \in R_i} e^{X_j' B} X_{jr} X_{js} (\sum_{j \in R_i} e^{X_j' B}) - (\sum_{j \in R_i} e^{X_j' B} x_{jr}) (\sum_{j \in R_i} e^{X_j' B} x_{js})}{(\sum_{j \in R_i} e^{X_j' B})^2}$$

$r, s = 1, 2, \dots, p$

رابعاً: تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع :

لدراسة تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع في حالة نموذج انحدار كوكس يتم من خلال تفسير قيمة نسبة الخطر Hazard Ratio والتي يتم حسابها كالتالي:

$$HR = \frac{\text{hazard of event for } Z = 1}{\text{hazard of event for } Z = 0}$$

$$HR = \frac{h_0(t) \cdot \exp(B_1)}{h_0(t) \cdot \exp(B_0)} = \frac{\exp(B)}{1}$$

$$HR = \exp(B)$$

خامسا: تقويم ملائمة نموذج انحدار كوكس: Goodness of Fit

هناك طريقتين لتقويم نموذج انحدار كوكس:

أولا: التحقق من ملائمة النموذج ككل

إن أول خطوة في عملية تقويم ملائمة النموذج الذي تم توفيقه عادة ما تكون تقويم دلالة المتغيرات ككل في النموذج، أي بمعنى تحديد ما إذا كانت المتغيرات المستقلة في النموذج ترتبط بشكل دال إحصائيا بالمتغير التابع ام لا. واهم المقاييس التي تساعد على تقويم النموذج النهائي هو :

- اختبار نسبة الإمكان Likelihood Ratio Test

- Score Test

ثانيا: فحص الدلالة الإحصائية لكل متغير مستقل على حده

عادة ما تستخدم احصاءة والد Wald Statistics لاختبار الدلالة الإحصائية لكل معامل من معاملات انحدار كوكس، ويقوم اختبار والد Wald Test باختبار الفرضية الصفرية القائلة بان معامل انحدار كوكس المرتبط بالمتغير المستقل X يساوي صفرا. حيث أن $Wald Statistics = \sqrt{Z}$.

سادسا: Shared Frailty Model

بالإضافة إلى المتغيرات المفسرة الموجودة بصورة صريحة في النموذج ، كان لدينا تساؤلات تتعلق بما إذا كان هناك تأثير على ظاهرة معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية من خلال عوامل أخرى لم يتم قياسها أو كان من الصعب قياسها .

أخذ مثل هذه المتغيرات في الاعتبار يجعلنا ننتقل إلى نموذج الـ Shared Frailty

$$h(t_{ij} | X_{ij}, \alpha_i) = \alpha_i h(t_{ij} | X_{ij})$$

حيث أن i تشير إلى عدد المجموعات ، j تشير إلى عدد المفردات داخل المجموعة ، α_i تمثل المفردات المرتبطة بخاصية معينة وتتبع توزيع جاما بتوقع 1 وتباين θ .

سابعاً: تغير تأثير أو قيمة المتغيرات المفسرة مع الزمن

نحن اعتبرنا سابقاً بأن أثر المتغيرات المفسرة يكون ثابت عبر الزمن ، واعتبرنا كذلك أن قيم المتغيرات المفسرة ذاتها أيضاً تكون ثابتة عبر الزمن .

عند إتباع منهجية تحليل البقاء باستخدام نموذج كوكس للخطر المتناسب لا بد بعد توفيق كل نموذج أن نختبر فرضية تناسب الخطر، ونتائج الاختبار بالنسبة لكل متغير مفسر موجود في النموذج تحدد ما إذا كان تأثير هذا المتغير ثابت مع الزمن (النتائج تؤيد الفرض العدمي بتناسب الخطر). أما إذا كان الاختبار معنوي فان ذلك يدعو إلى رفض الفرض العدمي وقبول الفرض البديل القائل بتغير تأثير المتغير مع الزمن Time-Varying Coefficient.

المبحث الرابع: أوجه الشبه والاختلاف بين نموذجي الانحدار اللوجيستي وانحدار كوكس

يعد نموذج الانحدار اللوجيستي من أكثر نماذج الانحدار شيوعا واستخداما في تحليل البيانات الوصفية، والذي يفسر الظواهر بشكل إحصائي دقيق ويعطي نتائج اقرب للدقة من أي نماذج أخرى.

أما نموذج انحدار كوكس فهو احد نماذج تحليل البقاء والتي تعتمد على الزمن في تحليل الظواهر، ويعد هذا النموذج من الأساليب الحديثة والتي يتم تطبيقها في كثير من المجالات. وكما أوضحنا سابقا، كلا من نموذج الانحدار اللوجيستي وانحدار كوكس من حيث طبيعة النموذج وشروط استخدامه وكيفية حسابه وطرق تقديره، والعديد من النقاط التي يحتويها هذان النموذجان. وبعد الشرح والتوضيح توصلنا إلى أوجه شبه واختلاف ما بين هذين النموذجين.

أولا: أوجه الشبه

- 1- طبيعة النموذج : يعتبر النموذجين من أساليب الانحدار المتعدد.
- 2- المتغيرات المستقلة: طبيعة ونوعية المتغيرات المستقلة في النموذجين غير محددة، فقد تكون المتغيرات كمية أو وصفية أو مختلطة ما بين الاثنين.
- 3- أداة التفسير: $Odds Ratio(OR)=exp(B)$ & $Hazard Ratio (HR)= exp(B)$
- 4- طبيعة التفسير: الانحدار اللوجيستي احد أهدافه تقدير OR و انحدار كوكس احد أهدافه تقدير HR ، والنسبتين يفسران تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.
- 5- دالة الإمكان : تعتبر دالة الإمكان في الانحدار اللوجيستي المشروط تماثل دالة الإمكان في انحدار كوكس (Dickman, 2003).

6- اختبار جودة ملائمة النموذج الكلي: إن الاختبار المعنى بجودة ملائمة النموذج الكلي في النموذجين هو اختبار نسبة الإمكان Likelihood Ratio Test بالاعتماد على اختبار مربع كاي χ^2 .

7- اختبار دلالة معاملات الانحدار: إن الاختبار المعنى باختبار دلالة كل متغير مستقل على حده هو اختبار والد Wald Test .

8- الزمن: كلا النموذجين يدرسان العلاقة بين زمن حدوث الحدث والمتغيرات المستقلة.

9- الفترة الزمنية: إذا كانت الفترة الزمنية للمتابعة قصيرة اقل من خمس سنوات فان النتائج التي نحصل عليها من استخدام الانحدار اللوجيستي وتلك من انحدار كوكس تكون متماثلة أي أن معاملات الانحدار المقدره في الأسلوبين متماثلة من حيث الإشارة والمقدار، وهذا ما اتفق عليه كلامن: (Ingram and Annesi et al., 1989 ; Langer et al., 2003)
(Kleinman, 1989 ; Green and Symons, 1983)

ثانيا: أوجه الاختلاف

- 1- المتغير التابع: في الانحدار اللوجيستي يكون المتغير التابع وصفي ثنائي، بينما في انحدار كوكس يكون المتغير التابع (وصفي ثنائي+ الزمن حتى حدوث الحدث).
- 2- الاختفاء: نموذج الانحدار اللوجستي لا يتعامل مع بيانات الاختفاء بينما نموذج انحدار كوكس يتعامل معها.
- 3- طريقة تقدير معاملات الانحدار: يتم تقدير معاملات الانحدار اللوجستي باستخدام طريقة الإمكان الأكبر Maximum Likelihood Estimation ، بينما يتم تقدير معاملات انحدار كوكس باستخدام طريقة الإمكان الجزئية Partial Likelihood Estimation
- 4- الزمن: في الانحدار اللوجستي يوصف احتمال حدوث الحدث عند نقطة زمنية واحدة وهو زمن المقابلة أي الزمن اللحظي للحدث أي أن الزمن ثابت (صفر) ، بينما في انحدار كوكس يوصف احتمال حدوث الحدث عن أي نقطة زمنية تسبق حدوث الحدث أي أن الزمن يتغير (Langer et al., 2003).

5- الفترة الزمنية: إذا كانت الفترة الزمنية للمتابعة طويلة أكثر من خمس سنوات فان النتائج التي نحصل عليها من استخدام الانحدار اللوجستي وتلك من انحدار كوكس تكون مختلفة وهذا ما اتفق عليه كلامن: (Ingram and Annesi et al., 1989 ; Langer et al., 2003)
(Kleinman, 1989 ; Green and Symons, 1983) حيث أكدوا انه:

- كلما زادت فترة المتابعة فان معاملات الانحدار اللوجستي تزيد في المقدار بخلاف معاملات انحدار كوكس والتي تبقى كما هي.
- كلما زادت فترة المتابعة فإن تقدير الخطأ المعياري في نموذج انحدار كوكس ينخفض مقارنة مع نموذج الانحدار اللوجستي.
- كلما زادت فترة المتابعة فان معاملات انحدار كوكس تبقى غير متحيزة في حين تكون معاملات الانحدار اللوجستي متحيزة.

الخلاصة:

تركزت الفكرة الأساسية في هذا الفصل حول المقارنة بين نموذجي الانحدار اللوجيستي وانحدار كوكس، حيث يعتمد النموذجان على أن يكون المتغير التابع وصفي ثنائي، وتعرضنا في البداية إلى أهم المشاكل التي تواجه استخدام الانحدار الخطي مع المتغير التابع الوصفي الثنائي، ووضحنا أن هناك مشكلتين رئيسيتين هما مشكلة مفاهيمي ومشكلة إحصائية. ومن ثم تطرقنا إلى نموذج الانحدار اللوجيستي من حيث طبيعته وتقدير معاملاته وتأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع وكيفية تقويم ملائمة نموذج الانحدار اللوجيستي. وبعدها تم تناول انحدار كوكس من حيث انتمائه إلى تحليل البقاء وما هي أهم دوال البقاء الأساسية والميزة التي يتميز بها هذا النموذج وهي الاختفاء. وأخيراً، توصلنا إلى أهم أوجه الشبه والاختلاف بين نموذجي الانحدار اللوجيستي وانحدار كوكس، ومن أهم أوجه الشبه: طبيعة النموذج وأداة التفسير واختبار جودة توفيق النموذج الكلي والفترة الزمنية للدراسة إذا كانت أقل من خمس سنوات. ومن أهم أوجه الاختلاف: المتغير التابع وطريقة تقدير معاملات الانحدار وظاهرة الاختفاء للمفردات والفترة الزمنية إذا كانت أكثر من خمس سنوات

الفصل الخامس

منهج وتصميم الدراسة
وخصائص العينة

مقدمة:

تعد منهجية الدراسة وإجراءاتها محورا رئيسيا يتم من خلاله إنجاز الجانب التطبيقي من الدراسة، وعن طريقها يتم الحصول على البيانات المطلوبة لإجراء التحليل الإحصائي للتوصل إلى النتائج التي يتم تفسيرها في ضوء أدبيات الدراسة، وبالتالي تحقيق أهداف الدراسة.

حيث يتناول هذا الفصل الجوانب المتعلقة بمنهج وتصميم الدراسات الميدانية، ويتم من خلال هذه الدراسة الميدانية تطبيق الدراسة على طلاب وطالبات الجامعات في قطاع غزة، بالإضافة إلى أن هذا الفصل يتناول أيضا خصائص عينة الدراسة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، والعلاقات بين المتغيرات وذلك لوصف الدراسة من جميع جوانبها لتوضيح أهم ما يميز هذه العينة من نقاط اتصفت بها، وبناء على ما سبق بأننا سنتناول في هذا الفصل النقاط التالية:

المبحث الأول: منهجية الدراسة.

المبحث الثاني: خصائص عينة الدراسة.

المبحث الأول: منهجية الدراسة

سنتناول في هذا المبحث هدف الدراسة الميدانية وحدود هذه الدراسة ومجتمع وعينة الدراسة، بالإضافة على أداة جمع البيانات، وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

أولا: هدف الدراسة الميدانية:

تهدف الدراسة الميدانية إلى تحقيق هدفين أساسيين هما:

الأول: الحصول على بيانات ومعلومات حول الإطار العام لمعرفة واتجاهات الشباب الجامعي حول قضايا الصحة الإنجابية، والتعرف على بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على الظاهرة.

الثاني: أما الهدف الثاني من أهداف الدراسة الميدانية فيتمثل في اختبار الفرضيات الإحصائية والتي تم صياغتها سابقا للتأكد من مدى صحتها بهدف الوصول إلى النموذج المناسب لأهم العوامل المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، ومن ثم إمكانية تعديل النموذج من خلال إضافة متغيرات جديدة أو حذف بعض المتغيرات التي لم تثبت دلالتها الإحصائية، وذلك كله يهدف إلى الرغبة في زيادة القدرة التفسيرية للظاهرة موضوع الدراسة.

ثانيا: حدود الدراسة:

تنقسم حدود الدراسة إلى ثلاثة أجزاء:

1- الحدود السكانية: طلاب وطالبات الجامعات.

2- الحدود المكانية (الجغرافية) : قطاع غزة.

3- الحدود الزمانية: عام 2010

ثالثاً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع طلاب وطالبات الجامعات في قطاع غزة، والذي بلغ عددهم حتى لحظة إجراء الدراسة (60000) طالب وطالبة، مع العلم انه يوجد أربع جامعات رئيسية في قطاع غزة وهي جامعة الأزهر، الجامعة الإسلامية، جامعة القدس المفتوحة وجامعة الأقصى.

جدول (1-2)

التوزيع التكراري للطلبة في جامعات قطاع غزة

الجامعة	العدد
جامعة الأزهر	13000
الجامعة الإسلامية	18500
جامعة القدس المفتوحة	14000
جامعة الأقصى	14500
مجتمع الدراسة الكلي	60000

وقد كان اختيار طلاب وطالبات جامعات قطاع غزة كمجتمع للدراسة يعود للأسباب التالية:

- 1- أن الباحث عضو هيئة التدريس في قسم الإحصاء بجامعة الأزهر بغزة، مما يسهل على الباحث الوصول على جميع مفردات الدراسة في جميع الجامعات.
- 2- يعتبر سكان قطاع غزة من أكثر المناطق في العالم التي توجد بها نسبة تعليم مرتفعة، فمعدلات الالتحاق بمؤسسات التعليم في قطاع غزة تعتبر هي الأعلى حسب المقاييس الإقليمية والدولية، وذلك يعكس بوضوح مدى أهمية التعليم بالنسبة للفلسطينيين، وهذا يؤكد أن مجتمع قطاع غزة مجتمع متعلم وأن نسبة الفئات غير المتعلمة أو الفئات العاملة وغير متعلمة هي فئات قليلة جداً، نظراً لذلك، تم اختيار فئة أو شريحة الطلبة الجامعيين.

3- صعوبة بل استحالة الوصول إلى الشباب في الشق الثاني من الوطن وهو الضفة الغربية، وذلك بسبب وجود الاحتلال الإسرائيلي ومنعه للتنقل بين جانبي الوطن حيث أن الباحث من سكان غزة.

4- رغبة الباحث في أن تكون دراسته الميدانية على قطاع غزة لأنه أحد سكانها ولمعرفته الجيدة بهذا القطاع من الوطن، بالإضافة إلى معرفة ما هي خصائص الظاهرة محل الدراسة في قطاع غزة وإيصال نتائجها إلى ذوي الاختصاص والمسؤولين لمعرفة وضع الشباب في غزة.

رابعاً: عينة الدراسة

1- نوع العينة:

نظراً لأن الفئة المستهدفة في الدراسة هي فئة الشباب في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة، ونظراً لأنه لا يوجد فروق أو خصائص تميز الطلبة عن بعضهم تبعاً لجامعاتهم، أي أن مجتمع الدراسة مجتمع متجانس، فإن الباحث ارتأى بأن تكون نوع العينة المستخدمة هو العينة العشوائية البسيطة، ولا يجوز استخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقيّة في هذه الحالة.

2- حجم العينة:

أما كيفية تحديد حجم العينة فهو سؤال يشغل بال الباحثين في كل مكان، وعليه انبرى خبراء الإحصاء للإجابة على هذا السؤال، وأذكر من بينهم الدكتور نادر فرجاني، الذي يقول في بحث له نشر تحت عنوان (تحديد حجم العينة)، أن هناك اعتقاداً خاطئاً يسود في أوساط العلوم الاجتماعية وغيرها، بأن العينة لكي تكون "ممثلة" يجب أن تمثل نسبة "معقولة" من المجتمع المراد دراسته، وتتداول نسب مثل 10% أو 15% دون إبداء أي معيار علمي لذلك.

لكن الحقيقة انه في أي مجتمع (إحصائي) كبير الحجم ليس لنسبة حجم العينة إلى حجم المجتمع أي دلالة إحصائية، ويستحيل عملياً دراسة نسبة ولو صغيرة من المجتمعات كبيرة الحجم جداً، وإنما يتوقف حجم العينة الواجب دراسته على تفاعل عوامل أربعة:

1- مدى التباين في خصائص المجتمع المراد دراسته، فكلما زاد التباين يزيد حجم العينة المطلوب.

2-مدى التفصيل المطلوب في نتائج العينة كتقديرات لخصائص المجتمع، فكلما زادت درجة التفصيل المطلوبة زاد حجم العينة.

3- مدى الخطأ الذي يسمح به في نتائج العينة كتقديرات لخصائص المجتمع، فكلما قل مدى الخطأ الذي يمكن السماح به زاد حجم العينة.

4- درجة الثقة المطلوبة، كلما زادت درجة الثقة المطلوبة زاد حجم العينة.

ومن أشهر الدراسات الأجنبية في مجال تحديد حجم العينة دراسة (Krejcie and Morgan, 1970)، ففي هذه الدراسة وضع هذان الخبيران جدولاً يمكن للباحث بموجبه تحديد حجم العينة لدراسته بسهولة فائقة، فما عليه إلا أن يعرف حجم المجتمع الذي ستمثله العينة، ويطابقه على أحد الأرقام الواردة في الجدول، أنظر ملحق رقم (1).

وتعتبر طريقة كريجسي ومورجان من أهم الطرق المستخدمة في تحديد حجم العينة وذلك في حالة كان مجتمع الدراسة مجتمع متجانس، أما إذا كان مجتمع الدراسة مجتمع غير متجانس ومقسم إلى أجزاء أي إلى طبقات فيمكن اعتبار كل طبقة لوحدها مجتمع مستقل متجانس ومن ثم نطبق عليه الطريقة السابقة لتحديد حجم العينة . ويتم حساب حجم العينة في جدول كريجسي ومورجان بناء على المعادلة التالية:

$$S = X^2 NP(1-P) \div d^2 (N-1) + X^2 P(1-P)$$

وبناء على ما سبق، فإن حجم مجتمع الدراسة هو (60000) وبالنظر إلى جدول مورجان وكريجس مقابل هذا الرقم نجد أن حجم العينة المقترح هو (381) طالب وطالبة، ولكن قام الباحث بزيادة حجم العينة لتصبح (800) طالب وطالبة وذلك يعود لسببين أساسيين:

أولهما: مقدرة الباحث المادية على زيادة حجم العينة.

ثانيهما: سهولة القيام بتجميع هذا العدد من الاستبيانات .

وبعد توزيع الاستبيانات على طلاب وطالب الجامعات في قطاع غزة وعددها 800 استبانته، كان عدد الاستبيانات التي تم الإجابة عليها هي (736) استبانته أي أن معدل الاستجابة هو 92%.

خامسا: أداة جمع البيانات

استخدم الباحث في هذه الدراسة الاستبانته كأداة لقياس أهداف ومتغيرات الدراسة، وقد اشتملت الاستبانته على أربعة أجزاء رئيسية:

الجزء الأول يحتوي على المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية المتعلقة بالشباب التي قد يكون لها تأثير على الظاهرة.

الجزء الثاني من الاستبانته، فقد تناول مجموعة من المتغيرات الاقتصادية التي يرى الباحث بان لها علاقة مع الظاهرة وتؤثر عليها من حيث مستوى الدخل الشهري الإجمالي للأسرة ومستوى المعيشة ومستوى السكن.

الجزء الثالث فيتحدث عن معرفة الشباب بقضايا الصحة الإنجابية، وينقسم إلى ثلاثة أجزاء فرعية هي معرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل الوصول لسن البلوغ ومعرفتهم بمفهوم تنظيم الأسرة وما يعنيه هذا من حيث التأييد وبداية معرفتهم به ومصدر معلوماتهم عنه، وأخيرا، يتم التعرض في نهاية هذا الجزء إلى معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا وذلك من حيث ماهية هذه الأمراض ومتى بدأت معرفتهم بها وما هو مصدر معلوماتهم الرئيس عنها، مع التعرض إلى أهم ثلاث أمراض منقولة جنسيا، بالإضافة إلى مدى معرفة الشباب بجوانب كل مرض وهي أربعة أعراضه، طرق انتقاله، طرق الوقاية منه وأخيرا مخاطر المرض.

الجزء الرابع فيتعلق باتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية وقد تم اختيار أربعة اتجاهات وهي الفحص الطبي قبل الزواج، الزواج المبكر للإناث، والحمل المبكر والمتأخر للإناث، مع التعرض لبعض الجوانب التي تتعلق بتلك الاتجاهات من حيث رأيهم في زواج الأقارب، وما هو السن المناسب للإناث عند الزواج والإنجاب الأول، مع إيداء وجهة نظرهم في عدد الأطفال الذين يرغبون في إنجابهم.

سادسا: متغيرات الدراسة

لقد تم تحديد متغيرات الدراسة من خلال الاستعانة بالدراسات السابقة والمتعلقة بموضوع الدراسة بالإضافة إلى بعض المسوح المحلية والإقليمية والدولية التي تعلق جانب منها بموضوع الدراسة، مع إضافة بعض المتغيرات التي لم ترد في الدراسات والمسوح السابقة والتي يرى الباحث بأهميتها وأنه قد يكون لها تأثير على الظاهرة، وفي النهاية تم تكوين نموذج مقترح لأهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية والاجتماعية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية. إضافة إلى أن الباحث قام بعرضها على مجموعة من الأساتذة المحكمين والأستاذ المشرف الذين اجروا بعض التعديلات المناسبة عليها، لتتلاءم مع موضوع الدراسة.

سابعا: الأساليب الإحصائية المستخدمة

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، قام الباحث بترميز وإدخال البيانات على الحاسب الآلي باستخدام البرنامج الإحصائي والذي يسمى المجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences) والتي يرمز لها اختصارا بـ (SPSS)، وسعيا للتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها والخروج بنتائج صحيحة، قام الباحث باستخدام العديد من الأساليب الإحصائية الحديثة، وفيما يلي المقاييس والأساليب المستخدمة :

1- أساليب وصفية:

- التكرارات والنسب المئوية.
- المتوسطات (Means).
- الجداول التكرارية المزدوجة (Cross Tabs).

2- أساليب تحليلية:

- نموذج الانحدار اللوجستي.
- نموذج انحدار كوكس.

المبحث الثاني: خصائص عينة الدراسة

يتناول هذا المبحث خصائص عينة الدراسة وذلك من خلال تناول التوزيع التكراري والنسبي لمتغيرات الدراسة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، ومن ثم نتناول معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية وعلاقتها بالمتغيرات المستقلة، وبناء على ما سبق سنتناول في هذا المبحث النقاط التالية:

المطلب الأول: التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة.

المطلب الثاني: معرفة الشباب بقضايا الصحة الإنجابية وعلاقتها بالمتغيرات المستقلة.

المطلب الثالث: اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية وعلاقتها بالمتغيرات المستقلة.

المطلب الأول: التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة

يشير جدول (2-2) إلى خصائص العينة التي يمكن أن تكون لها علاقة بمعرفة الشباب واتجاهاته نحو قضايا الصحة الإنجابية، وتلك الخصائص (المتغيرات) هي التي أخذت في الاعتبار كعوامل ديموغرافية واجتماعية واقتصادية تؤثر على المعرفة والاتجاه.

ومن هذا الجدول يتضح أن نسبة الذكور في العينة هي الأعلى حيث بلغت 62.4 % مقابل 37.6% للإناث، وذلك يعود إلى أن نسبة الطلاب في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة أعلى من نظيرتها بالنسبة للطالبات، مع العلم أيضا بأن نسبة الذكور إلى الإناث وهي ما تسمى بنسبة النوع قد بلغت 103 % في التعداد السكاني الأخير والذي اجري عام 2007.

وبالنسبة للعمر فقد تم تقسيم الشباب في الجامعات الفلسطينية إلى ثلاث فئات رئيسية وهي (18-19)، (20-21) وأخيرا (22 فأكثر)، ويرجع السبب وراء تقسيم الفئات العمرية بهذا الشكل إلى أن الفئة الأولى تعني طلاب وطالبات السنة الجامعية الأولى والثانية أما الفئة الثانية تعني طلاب وطالبات السنة الجامعية الثالثة والرابعة، أما بالنسبة للفئة الأخيرة فهي تعود إلى الطلبة الذين يلتحقون في كليات تحتاج إلى أكثر من أربع سنوات كالهندسة والطب والصيدلة، حيث مثلت الفئة الأولى (الأصغر سنا) 41.8 % من إجمالي العينة، بينما شكلت الفئة الثانية (20-21) حوالي 35 % بينما الفئة الأخيرة فقد شكلت حوالي 23 % من إجمالي العينة.

وفيما يتعلق بمكان سكن عينة الدراسة، فإن المقيمين في محافظة غزة شكلوا حوالي نصف العينة 53.5 % مقابل 16.4 % مقيمين في محافظة شمال غزة، وأن المقيمين في محافظة الوسطى شكلوا 13.9 % وهي نسبة أعلى من نسبة الطلبة المقيمين في محافظتي خانيونس ورفح 11.8 % ، 4.3 % على الترتيب.

ومن حيث حجم الأسرة، شاملة الأب والأم قد بلغ متوسط حجم الأسرة في العينة 8.3 وقد تم تقسيم حجم الأسرة إلى ثلاث فئات، الأولى وعدد أفرادها (3-5) وقد شكلت هذه الفئة ما نسبته 11.1% وهي تعتبر النسبة الأقل وذلك يعود إلى كون المجتمع الفلسطيني من المجتمعات التي يكون حجم الأسرة فيها كبير مقارنة مع مجتمعات أخرى، ويتضح ذلك من خلال الفئتين التاليتين وهما (6-

(8)، (9 فأكثر) واللاتي شكلتا على الترتيب 45.8%، 43.1% من إجمالي العينة، وقد بلغ متوسط حجم الأسرة حسب نتائج التعداد السكاني الأخير في الأراضي الفلسطينية 5.8 .

وتشير خصائص العينة أيضا إلى أن النسبة الأعلى من الآباء حصلوا على شهادات دراسية عالية (جامعي فأكثر) حيث بلغت النسبة 39.5% مقابل 29.5% للآباء الحاصلين على الثانوية العامة، حيث يعتبر المجتمع الفلسطيني وخاصة في قطاع غزة من المجتمعات المتعلمة والتي فيها نسبة التعليم مرتفعة مقارنة مع الكثير من الدول النامية، ويظهر ذلك بصورة أكبر بالنسبة لتعليم الأمهات، فحوالي نصف أمهات عينة الدراسة من حملة الثانوية العامة (52.2%) ويليهما 18.3% من الأمهات من حملة الشهادة الجامعية فأكثر، ويتضح ذلك جليا من متغير الحالة التعليمية للأسرة حيث وجد أن 75.3% من إجمالي العينة جميع أفراد أسرهم متعلمون.

وفيما يتعلق بالحالة العملية، نجد أن رب الأسرة وهو الأب وهو المتكفل الوحيد بالعائلة بجلب مصدر الرزق، حيث تشير النتائج إلى أن 68.1% من الآباء يعملون بينما 15.5%، 12.6% من الأمهات والشباب على الترتيب لديهم عمل.

وتشير خصائص الدراسة على أن معظم الشباب في عينة الدراسة يقيمون مع والديهم أي مع أسرهم حيث بلغت النسبة 91.2%، حيث يشير هذا المتغير إلى دور إقامة الشباب مع والديهم في تكوين معارفهم واتجاهاتهم نحو قضايا الصحة الإنجابية، وتشير خصائص العينة أيضا إلى النسبة الأكبر من الشباب لديهم إخوة أكبر منهم من نفس جنسهم حيث بلغت 62.3% ويشير هذا المتغير إلى أن وجود أخ أو أخت كبير أو كبيرة له أهمية في التأثير على تكوين معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية.

وفيما سبق تناولنا خصائص العينة الديموغرافية والاجتماعية، بينما هنا سنتناول خصائص العينة الاقتصادية، حيث أشارت النتائج إلى أن النسبة الأكبر من عينة الدراسة لديها مستوى دخل ومستوى معيشة متوسط وذلك على التوالي 66.6%، 80.3%، بينما أشارت نتائج الدراسة إلى أن النسبة الأعلى من عينة الدراسة لديهم مستوى سكن منخفض 64.5% من إجمالي العينة.

وتعتبر العوامل الاقتصادية سابقة الذكر من أهم العوامل التي من المتوقع أن يكون لها تأثير على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، وقد تم إضافة هذه المتغيرات الاقتصادية الثلاثة في الدراسة بخلاف الدراسات السابقة التي لم تتعرض لدورها في التأثير على المعرفة والاتجاهات.

جدول (2-2)

التوزيع النسبي لمتغيرات عينة الدراسة

النوع:	الخصائص	العدد	%	العدد	%
ذكر	<u>تعليم الأم:</u>				
	أمية	459	62.4	21	2.9
أنثى	ابتدائي	277	37.6	31	4.2
	إعدادي			101	13.7
<u>العمر:</u>	19-18	308	41.8	384	52.2
	21-20	258	35.1	64	8.7
	22 فأكثر	170	23.1	135	18.3
<u>مكان السكن:</u>	شمال غزة	121	16.4	501	68.1
	غزة	394	53.5	235	31.9
	الوسطى	102	13.9		
	خانيونس	87	11.8	114	15.5
رفح	لا تعمل	32	4.3	622	84.5
	تعمل				
<u>حجم الأسرة:</u>	5-3	82	11.1	93	12.6
	8-6	337	45.8	643	87.4
	9 فأكثر	317	43.1		
<u>تعليم الأب:</u>	أمي	7	1	671	91.2
	ابتدائي	27	3.7	33	4.5
	إعدادي	100	13.6	32	4.3
<u>الحالة الزوجية:</u>	ثانوي	217	29.5	684	22.9
	دبلوم	94	12.8	49	6.7
	جامعي فأكثر	291	39.5	2	0.3
	<u>الحالة التعليمية للأسرة:</u>			1	0.1
	مطلق				

		<u>الإخوة الأكبر سنا:</u>	75.3	554	جميع أفرادها متعلمون
62.3	458	نعم	21.3	157	بعض أفرادها متعلمون
37.6	277	لا	3.4	25	غير متعلمة
		<u>مستوى المعيشة:</u>			
11.7	86	منخفض			<u>مستوى الدخل:</u>
80.3	591	متوسط	17.5	129	منخفض
8	59	مرتفع	66.6	490	متوسط
			15.9	117	مرتفع
					<u>مستوى السكن:</u>
			64.5	475	منخفض
			35.5	261	مرتفع

المطلب الثاني: معرفة الشباب بقضايا الصحة الإنجابية وعلاقتها بالمتغيرات المستقلة

سنتناول في هذا الجزء معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإنجابية التي تم التعرض لها سابقا وهي معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإنجابية بشكل عام ومن ثم معرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل وصولهم لسن البلوغ وبعدها نتناول معرفة الشباب بمفهوم تنظيم الأسرة والذي يعتبر من القضايا الهامة في حياة الشباب قبل وبعد مرحلة الزواج نظرا لارتباطها بقضايا مجتمعة رئيسية كالنمى والنمو، وأخيرا سنتناول معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا والتي يجب أن يكون الشباب على معرفة بها وتمس حياتهم الإنجابية والجنسية، وعلاقتها بمتغيرات الدراسة المستقلة المقترحة والتي قد يكون لها تأثير على المعرفة.

أولا: العلاقة بين المعرفة بمفهوم الصحة الإنجابية والمتغيرات المستقلة

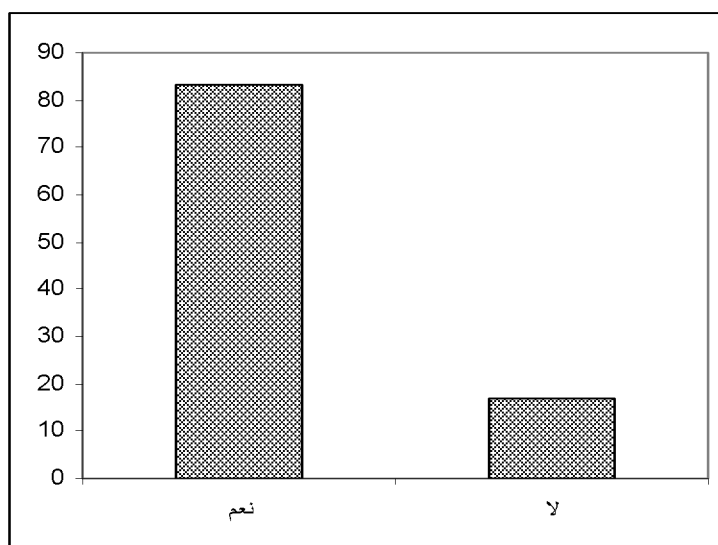
تعرضنا في هذا الجانب إلى مدى معرفة الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية وما هو تعريفها من وجهة نظرهم، وأشارت النتائج حسب تعريفها لمفهوم الصحة الإنجابية أنه لا يوجد لدى الشباب أي معرفة صحيحة بهذا المفهوم بل كانت معرفة جزئية منقوصة، ويعود ذلك إلى أنه لدى الشباب الكثير من المعلومات المغلوطة عن قضايا الصحة الإنجابية بسبب نقص المعرفة والتوعية والإرشاد، وهذا يتوافق مع بعض الدراسات السابقة التي أكدت وجود دلائل في المنطقة العربية تفيد أن إمكانية الوصول

والحصول على معلومات حول الصحة الإنجابية من قبل الشباب تبقى محدودة وغير كافية (راضي، 2004).

بينما أشارت النتائج كما في الشكل التالي إلى أن 83.3% من الشباب سمعوا عن مصطلح الصحة الإنجابية، وهذا يؤكد على أن الشباب لم يعرفوا مفهوم الصحة الإنجابية حق المعرفة بل كانوا على سماع بهذا المفهوم وهذا يؤكد عجز برامج التوعية والإرشاد إلى توصيل المعلومات الكاملة للشباب لكي يتحول سمعهم بهذا المفهوم إلى معرفة صحيحة به.

شكل (1-2)

نسبة سماع الشباب بمفهوم الصحة الإنجابية



ويوضح الجدول رقم (2-3) الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للشباب اتجاه مفهوم الصحة الإنجابية.

جدول (2-3)

العلاقة بين السماع بمفهوم الصحة الإيجابية والمتغيرات المستقلة

% الخصائص		الخصائص	% الخصائص	
عدم السماع	السماع		عدم السماع	السماع
النوع:				
18.4	81.6	الحالة العملية للأم: تعمل	17.6	82.4
16.4	83.6	لا تعمل	15.2	84.8
العمر:				
10.8	89.2	الحالة العملية للشباب: يعمل	15.9	84.1
17.6	82.4	لا يعمل	16.7	83.3
مكان السكن:				
16.5	83.5	الإقامة مع الأسرة: أقيم مع الوالدين	18.2	81.8
21.2	78.8	أقيم مع أحد الوالدين	16.5	83.5
15.6	84.4	لا أقيم مع أحدهما	16.8	83.2
حجم الأسرة:				
16.8	83.2	الحالة الزوجية: أعزب	11.8	88.2
14.3	85.7	متزوج	26.4	73.6
50	50	أرمل	6.3	93.8
0	100	مطلق	17.1	82.9
تعليم الأب:				
16.4	83.6	الحالة التعليمية للأسرة: جميع أفرادها متعلمون	18.4	81.6
18.5	81.5	بعض أفرادها متعلمون	14.8	85.2
12	88	غير متعلمة	0	100
تعليم الأم:				
16.6	83.4	الإخوة الأكبر سناً: نعم	18.5	81.5
16.6	83.4	لا	18	82
مستوى الدخل:				
11.6	88.4	مستوى الدخل: منخفض	13.8	86.2
19.6	80.4	متوسط	16.2	83.8
10.3	89.7	مرتفع	19	81
مستوى المعيشة:				
12.8	87.2	مستوى المعيشة: منخفض	9.7	90.3
17.4	82.6	متوسط	11.9	88.1
15.3	84.7	مرتفع	19.8	80.2
			14.1	85.9

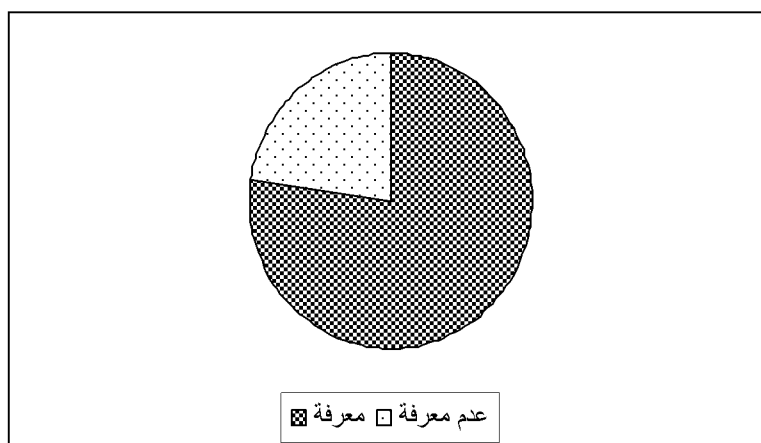
		مستوى السكن:	14.1	85.9	جامعي فأكثر
18.5	81.5	منخفض			الحالة العملية للأب:
13.4	86.6	مرتفع	14.6	83.6	يعمل
			17.4	62.6	لا يعمل

ثانياً: العلاقة بين المعرفة بمظاهر البلوغ والمتغيرات المستقلة

تعد مرحلة البلوغ التي يمر بها الشباب ذكورا وإناثا بالغة الأهمية، ففي هذه المرحلة تظهر بعض التغيرات العضوية في جسم الإنسان، والتي تنقله من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الشباب حيث تكتمل أعضائه التناسلية. ولا بد أن يستعد الشباب ذهنياً ونفسياً لهذه التغيرات حتى لا يصاب ببعض المخاطر في حالة المفاجأة بها، ومن هنا تظهر أهمية معرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل أن تحدث أي قبل وصولهم لسن البلوغ، وقد أشارت النتائج كما في الشكل التالي إلى أن 77.3% من أفراد العينة كانت لديهم معرفة بمظاهر البلوغ قبل وصولهم لسن البلوغ وقد كان مصدرهم الرئيسي في المعلومات عن مظاهر البلوغ هو الأصدقاء ومن ثم المصادر الأخرى.

شكل (2-2)

نسبة معرفة الشباب بمظاهر البلوغ



وبدراسة العلاقة بين المعرفة بمظاهر البلوغ والعوامل المؤثرة عليها وهي المتغيرات المستقلة السابق الإشارة إليها يتبين كما هو موضح في الجدول رقم (2-4) الآتي:

أن الذكور لديهم معرفة بمظاهر البلوغ قبل وصولهم لسن البلوغ أكثر من الإناث (82.6، 68.8 على الترتيب) ويرجع ذلك إلى علاقات الذكور بأصدقائهم وجرأتهم على التعرف على الأشياء أكثر من الإناث ومن ثم كان سعيهم إلى المعرفة أكثر.

أما بالنسبة للعمر، فقد وجد أن الشباب من ذوي الفئة 22 سنة فأكثر لديهم معرفة أكثر من الشباب ذوي الفئة (18-19، 20-21) حيث بلغت نسبة معرفتهم 72.4%، 79.8% على الترتيب.

ووجد أيضا أن الشباب الذين يقومون في محافظة رفح ومحافظة شمال غزة لديهم معرفة أكثر من الشباب الذين يقيمون في المحافظات الأخرى ولكن ليس بفارق كبير ذو دلالة.

ومن ناحية حجم الأسرة من حيث صغرها وكبرها فلم تشر النتائج إلى فروقات واضحة في المعرفة بمظاهر البلوغ وقد يعود ذلك لعدم تأثير حجم الأسرة في تكوين معرفة الشباب بقضية مظاهر البلوغ باعتبارها من الأمور المحرجة التي لا تتداولها الأسرة فيما بينها.

وبالنسبة لتعليم الأم والأب ودورهم في تكوين معرفة الشباب اتجاه قضية مظاهر البلوغ فمن الواضح أن تعليم الأب والأم ليس له دور كبير في زيادة أو نقصان معرفة الشباب بمظاهر البلوغ.

وأن كون الأسرة أفرادها جميعهم متعلمون أو غير متعلمون لا يؤثر في معرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل وصولهم لسن البلوغ، وكذلك الحالة العملية لهم، حيث أن الشباب الذين والديهم يعملون أو لا يعملون لديهم نفس المعرفة بمظاهر البلوغ، بينما الشباب الذين يعملون لديهم معرفة أكبر من الذين لا يعملون (86%، 76% على الترتيب).

بالإضافة إلى أن إقامة الشباب مع والديه أو عدم إقامته معهم لا يؤدي إلى فروقات جوهرية في معرفة الشباب بمظاهر البلوغ، وأيضا وجود أخ أو أخت أكبر من نفس الجنس لا يؤثر في معرفتهم، وهذا يؤكد ما تم ذكره سابقا بأن مصدر معلومات الشباب الرئيس في مظاهر البلوغ هو الأصدقاء وليس الأسرة أو الإخوة أو الوالدين.

بينما الشباب الذين مستوى دخل أسرتهم متوسط لديهم معرفة أكبر من الذين لديهم مستوى دخل منخفض أو مرتفع، وكذلك أيضا الذين لديهم مستوى معيشة معينة متوسط معرفتهم بمظاهر البلوغ،

أكبر من الذين لديهم مستوى معيشة منخفض أو مرتفع. بينما لا يوجد فروق بين معرفة الشباب حسب مستوى سكانهم.

جدول (2-4)

العلاقة بين المعرفة بمظاهر البلوغ والمتغيرات المستقلة

المعرفة %		الخصائص	المعرفة %		الخصائص
عدم المعرفة	معرفة		عدم المعرفة	معرفة	
		النوع:			
14	86	الحالة العملية للشباب: يعمل	17.4	82.6	ذكر
24	76	لا يعمل	31.4	68.6	أنثى
		العمر:			
22.7	77.3	الإقامة مع الأسرة: أقيم مع الوالدين	27.6	72.4	18-19
21.2	78.8	أقيم مع أحد الوالدين	20.2	79.8	20-21
25	75	لا أقيم مع أحدهما	17.6	82.4	22 فأكثر
		مكان السكن:			
22.8	77.2	الحالة الزوجية: أعزب	18.2	81.8	شمال غزة
22.4	77.6	متزوج	24.1	75.9	غزة
0	100	أرمل	19.6	80.4	الوسطى
0	100	مطلق	27.6	72.4	خان يونس
		الحالة التعليمية للأسرة:			
23.1	76.9	جميع أفرادها متعلمون	18.8	81.3	رفح
21	79	بعض أفرادها متعلمون	24.4	75.6	حجم الأسرة:
24	76	غير متعلمة	24.6	75.4	3-5
		الإخوة الأكبر سناً:			
22.5	77.5	نعم	20.6	79.8	6-8
23.1	76.9	لا	14.3	85.7	9 فأكثر
		التواصل الأسري:			
15.3	84.7	نعم	11.1	88.9	تعليم الأب:
25.9	74.1	لا	28	72	أمي
		مستوى الدخل:			
30.2	69.8	منخفض	28.6	71.4	ابتدائي
19.2	80.8	متوسط	11.7	88.3	إعدادي
			21.3	78.7	ثانوي
					دبلوم
					جامعي فأكثر
					تعليم الأم:

29.2	70.9	مرتفع	28.6	71.4	أمية
		<u>مستوى المعيشة:</u>	22.6	77.4	ابتدائي
26.7	73.3	منخفض	18.8	81.2	إعدادي
21.2	78.8	متوسط	23.7	76.3	ثانوي
32.2	67.8	مرتفع	21.9	78.1	دبلوم
		<u>مستوى السكن:</u>	22.2	77.8	جامعي فأكثر
22.7	77.3	منخفض			<u>الحالة العملية للأب:</u>
22.6	77.4	مرتفع	22.2	77.8	يعمل
			23.8	76.2	لا يعمل
					<u>الحالة العملية للأم:</u>
			25.4	74.8	تعمل
			22.2	77.8	لا تعمل

ثالثاً: العلاقة بين المعرفة بتنظيم الأسرة والمتغيرات المستقلة

قطعاً، تختلف شرائح المجتمع فيما يجب أن تعرفه عن تنظيم الأسرة فالمرأة المتزوجة مثلاً وهي في سن الإنجاب يجب أن تعرف كافة جوانب تنظيم الأسرة الموضحة في الإطار السابق، أما باقي شرائح المجتمع فيجب التركيز على الجوانب التي تهمها.

وإن الشباب ذكورا وإناثا هم في مرحلة ما قبل الزواج أو في بدايته يجب أن تكون المعرفة بمفهوم تنظيم الأسرة وهو الأساس بأن تلك المعرفة هي أولى الطرق المؤدية إلى الممارسة، أما المعرفة بالوسائل فتأتي في المرتبة الثانية وتزداد أهميتها بعد الزواج.

وتشير النتائج إلى أن 95.2% من الشباب قد سمعوا عن تنظيم الأسرة، وهي نسبة مرتفعة ولكن إذا ما قورنت بالمعرفة بمفهوم الصحة الإنجابية يجب أن المعرفة تقارب السماع، وقد قام الباحث بحصر إجابات الشباب الصحيحة عن مفهوم تنظيم الأسرة وتوصل إلى التالي:

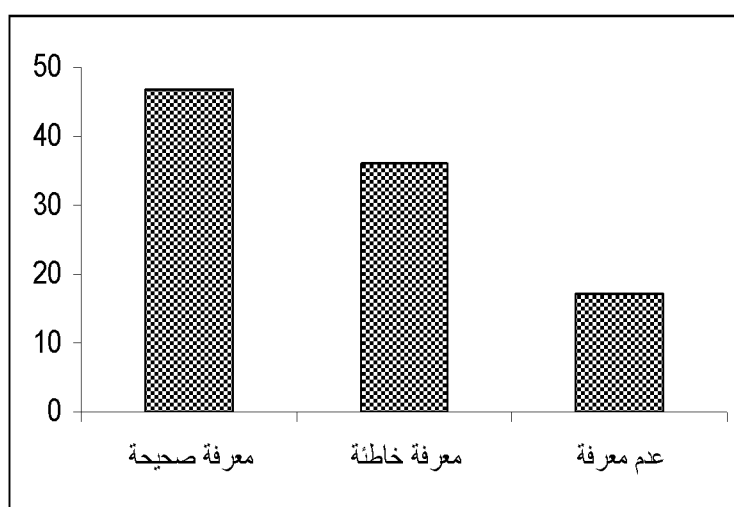
1- 17% من الشباب لا يعرفون تنظيم الأسرة على الإطلاق، وهذه النسبة وإن كانت تبدو قليلة إلا أنها يجب ألا توجد على الإطلاق فإن تنظيم الأسرة قضية هامة وحيوية على مستوى الفرد والمجتمع على السواء ويجب أن تغطي التوعية الإعلامية كافة الأفراد وفي أي مكان على أرض فلسطين.

2- 36.1% من الشباب لديهم معرفة خاطئة عن تنظيم الأسرة، وهذه أيضا تعتبر نسبة كبيرة ولا بد من وضع الخطط والبرامج الكفيلة لتحقيق المعرفة الصحيحة.

3- 46.9% من الشباب لديهم معرفة صحيحة بتنظيم الأسرة وهذه النسبة قليلة جدا ولا تحقق طموحات الأفراد في العيش بحياة كريمة كما لا تحقق سياسات الدولة في خفض النمو السكاني.

الشكل (3-2)

نسبة معرفة الشباب بتنظيم الأسرة



وقد أكد الشباب في العينة أن مصدر معلوماتهم الرئيسي حول موضوع تنظيم الأسرة هو المدرسة وذلك بنسبة 53% من إجمالي الشباب ومن ثم بعد ذلك تأتي وسائل الإعلام بنسبة 30%، أما باقي المصادر فهي تأتي بعد ذلك في ترتيبها.

ومن الملاحظ مما سبق، أن هناك إشكالية كبيرة لدى الشباب تجاه معرفتهم بمفهوم تنظيم الأسرة حيث أن نسبة المعرفة الصحيحة قليلة جدا مقارنة مع نسبة المعرفة الصحيحة في الدول الأخرى، ولتوضيح المشكلة بشكل أكثر تم دراسة العلاقة بين الذين يعرفون مفهوم تنظيم الأسرة معرفة صحيحة ومدى تأييدهم لهذا المفهوم، فأشارت النتائج إلى أن 18% من الشباب الذين يعرفون تنظيم الأسرة معرفة صحيحة لا يؤيدون هذا المفهوم وهذه النسبة تشير إلى أن هناك إشكالية كبيرة لدى الشباب من حيث معرفتهم بهذا المفهوم واتجاههم السلبي نحوه.

وقد تم تقسيم الشباب حسب معرفتهم بتنظيم الأسرة على قسمين، الأول: الذين لديهم معرفة صحيحة ويشكلون 46.9% من الشباب كما سبق والثاني الذين لديهم إما معرفة خاطئة أو عدم معرفة ومجموعها 53.1%، والهدف من هذا التقسيم هو دراسة العوامل المؤثرة في المعرفة، فالمعرفة هنا يجب أن تكون صحيحة وهذا الجانب الإيجابي والذي يؤدي إلى اتجاهات إيجابية ثم ممارسة سليمة لتنظيم الأسرة، وعلى العكس إذا كانت المعرفة خاطئة أو لا توجد معرفة أصلا.

وبدراسة العلاقة بين المعرفة بتنظيم الأسرة على النحو السابق والعوامل المؤثرة عليها وهي المتغيرات السابقة الإشارة إليها يتبين كما هو موضح في الجدول رقم (2-5) الآتي:

أن الإناث يعرفن تنظيم الأسرة معرفة صحيحة أكثر من الذكور (83.3%، 76.3% على الترتيب) ويرجع ذلك إلى تكثيف التوعية للمرأة كما أن المرأة هي التي تتعرض لمخاطر صحية نتيجة عدم التنظيم ومن ثم كان سعيها إلى المعرفة أكثر، تشير هذه النتائج إلى انه يجب أن تزداد المعرفة الصحيحة للجنسين خاصة بالنسبة للذكور، حيث أن لهم دور قد يكون الأكبر في اتخاذ قرار التنظيم.

أما بالنسبة لعمر الشباب، فأشارت النتائج إلى أنه كلما زاد عمر الشباب كلما زادت نسبة معرفتهم الصحيحة بمفهوم تنظيم الأسرة، حيث أن الشباب الذين أعمارهم 22 سنة فأكثر هم الذين لديهم معرفة أكثر من الشباب في الأعمار 18-19، 20-21 وذلك بالنسب التالية: 45.1%، 49.2% وهذا يشير على أن مرور العمر يزيد من معرفة الشباب بتنظيم الأسرة وأثره على الفرد والمجتمع ككل.

ومن ناحية مكان سكن الشباب، أشارت النتائج إلى أن الشباب الذين يقيمون في محافظة الوسطى ومحافظة خانيونس هم ذوي المعرفة الصحيحة الأعلى من بين الشباب الذين يقيمون في المحافظات الأخرى.

أما بالنسبة لحجم الأسرة فوجد أن الذين لديهم أسرة صغيرة لديهم نسبة معرفة أعلى من الذين لديهم متوسطة أو كبيرة، حيث أشارت النتائج إلى أن الشباب الذين يقيمون في أسرة صغيرة حجمها 3-5 أشخاص لديهم معرفة صحيحة بنسبة 53.7%، مقابل 46.9%، 45.1% للشباب الذين يقيمون في أسرة متوسطة 6-8 أشخاص وأسرة كبيرة 9 أشخاص فأكثر، وهذا يشير على أن صغر حجم

الأسرة يؤدي إلى زيادة الوعي لدى الشباب في فهمهم بقضايا الصحة الإيجابية وخاصة قضية تنظيم الأسرة.

بالإضافة إلى أن الأب والأم إذا كانا أميين فإن ذلك يؤدي على انخفاض معرفة أبنائهم بمفهوم تنظيم الأسرة مقابل الشباب الذين لديهم آباء وأمّهات من ذوي الشهادات العلمية، بالإضافة إلى أن الأسرة التي جميع أفرادها متعلمون لدى أبنائهم النسبة الأعلى في المعرفة بمفهوم تنظيم الأسرة حيث بلغت 48.4% مقابل 45.2%، 24 للشباب الذين بعض أفراد أسرهم متعلمون أو غير متعلمون على التوالي.

ومن ناحية أخرى، فإن الشباب الذين يكون أباؤهم وأمّهاتهم يعملون بغض النظر عن طبيعة عملهم فإن لديهم معرفة صحيحة أعلى من الذين لديهم آباء وأمّهات لا يعملون بنسبة (47.9%، 44.7%) للآباء، و(47.7%، 42.1%) للأمهات.

ووجد أن إقامة الشاب مع والديه أو إقامته مع أحدهما أو عدم إقامته مع أحدهما لا يؤثر في زيادة أو نقصان معرفة الشباب بمفهوم تنظيم الأسرة، وهذا ينطبق أيضا على أن وجود أخ أو أخت من نفس الجنس أكبر من الشاب في الأسرة أو عدم وجودهم لا يؤدي إلى فروقات في معرفة الشباب، وأخيرا فإن التواصل الأسري بين الشباب ووالديه وسؤاله لهم عن مفهوم تنظيم الأسرة لا يزيد من معرفتهم عن الشباب الذين لا يسألون ولا يتواصلون مع أهلهم في هذا الموضوع.

ومما سبق، نرى بأننا تناولنا الخصائص الديموغرافية والاجتماعية وعلاقتها بمعرفة الشباب بتنظيم الأسرة، لذا سنتناول في الجزء التالي الخصائص الاقتصادية وعلاقتها بمعرفة الشباب بتنظيم الأسرة، فقد أشارت النتائج إلى أن انخفاض المستوى الاقتصادي من حيث مستوى الدخل والمعيشة والسكن أدى إلى زيادة معرفة الشباب بمفهوم تنظيم الأسرة مقابل المستويات الأخرى المتوسطة والمرتفعة. وهذا يؤكد أن ارتفاع المستوى الاقتصادي ليس بالضرورة يؤدي إلى ارتفاع نسبة المعرفة بقضايا الصحة الإيجابية وهذا أكبر دليل.

جدول (2-5)

العلاقة بين المعرفة بتنظيم الأسرة والمتغيرات المستقلة

المعرفة %		الخصائص	المعرفة %		الخصائص
عدم المعرفة	الصحيحة		عدم المعرفة	الصحيحة	
النوع:					
60.2	39.8	الحالة العملية للشباب:	34.7	76.3	ذكر
52.1	47.9	يعمل	16.7	83.3	أنثى
العمر:					
53.1	46.9	الإقامة مع الأسرة:	54.9	45.1	19-18
57.6	42.4	أقيم مع الوالدين	50.8	49.2	21-20
56.9	43.1	أقيم مع أحد الوالدين	47.3	52.7	22 فأكثر
مكان السكن:					
52.5	47.5	الحالة الزوجية:	52.1	47.9	شمال غزة
59.2	40.8	أعزب	55.1	44.9	غزة
100	0	متزوج	50	50	الوسطى
100	0	أرمل	48.3	51.7	خانيونس
حجم الأسرة:					
51.6	48	الحالة التعليمية للأسرة:	46.3	43.8	رفح
54.8	45.2	جميع أفرادها متعلمون	46.3	53.7	5-3
76	24	بعض أفرادها متعلمون	53.1	46.9	8-6
تعليم الأب:					
55	45	إخوة الأكبر سنا:	54.9	45.1	9 فأكثر
53.8	46.2	نعم	85.7	14.3	أمي
التواصل الأسري					
54.2	45.8	لا	55.6	44.4	ابتدائي
52.2	47.8	نعم	51	49	إعدادي
مستوى الدخل:					
47.3	52.7	لا	51.2	48.8	ثانوي
52.7	47.3	نعم	53.2	46.8	دبلوم
تعليم الأم:					
47.3	52.7	منخفض	54.3	45.7	جامعي فأكثر
52.7	47.3	متوسط			

55.6	44.4	مرتفع	66.7	33.3	أمية
		<u>مستوى المعيشة:</u>	61.3	38.7	ابتدائي
48.8	51.2	منخفض	53.5	46.5	إعدادي
53.9	46.2	متوسط	50.8	49.2	ثانوي
55.9	44.1	مرتفع	42.2	57.8	دبلوم
		<u>مستوى السكن:</u>	60.7	39.3	جامعي فأكثر
51.6	48.4	منخفض			<u>الحالة العملية للأب:</u>
55.9	44.1	مرتفع	52.1	47.9	يعمل
			55.3	44.7	لا يعمل
					<u>الحالة العملية للأم:</u>
			52.3	47.7	تعمل
			57.9	42.1	لا تعمل

رابعاً: العلاقة بين المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً والمتغيرات المستقلة

في هذا الجزء سنتناول معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً حيث أن هذه المعرفة بالأمراض لا تكتمل إلا إذا اجتمعت عناصرها الأربعة وهي: معرفة انتقال المرض، معرفة طرق الوقاية من المرض، وأخيراً معرفة أخطار المرض.

وقد تناولنا هذا الجانب سابقاً بشيء من التفصيل، حيث قلنا بأن هناك العديد من الأمراض المنقولة جنسياً ولكن أهمها وأشهرها هو مرض الإيدز والسلان والزهري.

وقد أشارت النتائج إلى أن معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً كانت غير كاملة ومنقوصة وذلك من خلال تناولنا الأمراض الثلاثة السابقة من حيث معرفة الشباب بجوانب الأمراض الأربعة، وتبين أن الشباب ليس لديهم معلومات عن تلك الأمراض وعن جوانبها الأربعة، لذا نؤكد هنا أن الشباب لا يعرفون الأمراض المنقولة جنسياً بل سمعوا بها من خلال مصادر المعلومات المتعددة، وقد أشارت النتائج إلى أن مصدر معلوماتهم الرئيسي عن الأمراض المنقولة جنسياً هو المدرسة ويشكل 52% من إجمالي الشباب ومن ثم يليه مصدر وسائل الإعلام ويشكل 47% من إجمالي الشباب.

وقد أشارت النتائج إلى أن 93.9% من الشباب سمعوا عن الأمراض المنقولة جنسيا وأن 95% منهم يعرفون مرض الإيدز بشكل عام بينما 17% يعرفون مرض الزهري و 14.8% يعرفون مرض السيلان، وأن سبب ارتفاع نسبة الشباب الذين يعرفون مرض الإيدز يعود إلى كثرة تداوله إعلاميا في وسائل الإعلام والمدارس وغيرها بسبب ارتفاع نسبة الإصابة به على مستوى العالم وخاصة في الدول الفقيرة.

وبدراسة العلاقة بين السماع بالأمراض المنقولة جنسيا والمتغيرات المستقلة على النحو السابق يتبين كما هو موضح في الجدول رقم (2-6) الآتي:

أنه لا يوجد فروقات ذات دلالة واضحة في معرفة الشباب أو السماع بهذا المفهوم تبعا للخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وهذا يعود ربما إلى أن هذه القضية تناولنا فيها السماع بالأمراض الجنسية وليس معرفة الأمراض الجنسية نظرا لعدم معرفة الشباب بها وفقا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة.

جدول (2-6)

العلاقة بين المعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا والمتغيرات المستقلة

%		الخصائص	%		الخصائص
عدم سماع	سماع		عدم سماع	سماع	
النوع:					
		<u>الحالة العملية للشباب:</u>			
7.5	92.5	يعمل	6.1	93.9	ذكر
5.9	94.1	لا يعمل	6.1	93.9	أنثى
العمر:					
		<u>الإقامة مع الأسرة:</u>			
6	94	أقيم مع الوالدين	7.1	92.9	19-18
6.1	93.9	أقيم مع أحد الوالدين	7	93	21-20
9.4	90.6	لا أقيم مع أحدهما	2.9	97.1	22 فأكثر
مكان السكن:					
		<u>الحالة الزوجية:</u>			
6.3	93.7	أعزب	7.4	92.6	شمال غزة
4.1	95.9	متزوج	6.6	93.4	غزة
0	100	أرمل	2	98	الوسطى
0	100	مطلق	8	92	خانيونس
		<u>الحالة التعليمية للأسرة:</u>	3.1	96.9	رفح

5.8	94.2	جميع أفرادها متعلمون			حجم الأسرة:
7.6	92.4	بعض أفرادها متعلمون	6.1	93.9	5-3
4	96	غير متعلمة	5.6	94.4	8-6
		وجود الإخوة الأكبر سناً:	6.6	93.4	9 فأكثر
6.1	93.9	نعم			تعليم الأب:
6.1	93.9	لا	0	100	أمي
		التواصل الأسري	0	100	ابتدائي
3	97	نعم	6	94	إعدادي
7.9	92.1	لا	6.5	93.5	ثانوي
		مستوى الدخل:	6.4	93.6	دبلوم
7.8	92.2	منخفض	6.5	93.5	جامعي فأكثر
5.1	94.2	متوسط			تعليم الأم:
8.5	91.5	مرتفع	4.8	95.2	أمية
		مستوى المعيشة:	3.2	96.8	ابتدائي
8.1	91.9	منخفض	5.9	94.1	إعدادي
5.8	94.2	متوسط	6.8	93.2	ثانوي
6.8	93.2	مرتفع	7.8	92.2	دبلوم
		مستوى السكن:	4.4	95.6	جامعي فأكثر
7.2	92.8	منخفض			الحالة العملية للأب:
4.2	95.8	مرتفع	5	95	يعمل
			8.5	91.5	لا يعمل
					الحالة العملية للأم:
			4.4	95.6	تعمل
			6.4	93.6	لا تعمل

المطلب الثالث: اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإيجابية وعلاقتها بالمتغيرات المستقلة:

تعتبر الاتجاهات هي المرحلة التي تتوسط المعرفة والممارسة، وكلما كانت اتجاهات الشباب إيجابية نحو قضايا الصحة الإيجابية كلما أدى ذلك إلى ممارسة سليمة وصحيحة تجنبهم الكثير من المخاطر التي تهدد صحتهم الإيجابية، وللاتجاهات أيضاً كما سبقت الإشارة درجات مختلفة بين القوة والضعف بين الإيجابية والسلبية، وكما ذكرنا سابقاً بأن أفضل الطرق هي طريقة ليكرت في تصنيف الاتجاهات وهي تنقسم إلى خمس درجات.

ونتناول بالدراسة اتجاهات الشباب نحو العديد من قضايا الصحة الإنجابية المختارة وهي: الطب قبل الزواج، الزواج المبكر للإناث والحمل المبكر للإناث والحمل المتأخر، وعلاقتها بالمتغيرات المستقلة المقترحة والتي قد يكون لها تأثير في تكوين اتجاهات الشباب نحو تلك القضايا.

أولاً: العلاقة بين الاتجاه نحو الفحص الطبي قبل الزواج والمتغيرات المستقلة

لا توجد أي بيانات في فلسطين توضح حجم ممارسة الفحص الطبي قبل الزواج، ولكن يمكن القول بأن هذا الأمر أصبح شائعاً في فلسطين بل أصبح واجباً على كل من الشاب والفتاة إجراءه .

وفيما سبق ذكرنا، أن زواج الأقارب أمر شائع في المجتمع الفلسطيني، ومن ثم تظهر الأهمية البالغة لإجراء الفحص الطبي قبل الزواج وذلك لفائدته لهذا النوع من الزواج على وجه الخصوص بالإضافة إلى كافة حالات الزواج بصفة عامة كما سبقت الإشارة.

وسنتناول دراسة اتجاهات الشباب نحو هذا الفحص بالتحليل الإحصائي والذي سيتضمن العلاقة بين هذه الاتجاهات والمتغيرات المستقلة.

تشير النتائج إلى أن هناك اتجاهاً إيجابياً بالنسبة للشباب في عينة الدراسة نحو الفحص الطبي قبل الزواج حيث يرى أغلبية الشباب (98.4%) أهمية هذا الفحص، ورغم ذلك يجب بذل الجهود لإقناع الشباب المقبل على الزواج بأهمية إجراء هذا الفحص وفي نفس الوقت تكون اتجاهاتهم قوية حتى تترجم هذه الاتجاهات إلى ممارسات فعلية، وبالرغم من تلك النسبة المرتفعة المؤيدة للفحص الطبي قبل الزواج إلا أننا نجد أن هناك تناقضاً في آراء الشباب اتجاه زواج الأقارب حيث تشير النتائج إلى أن 43.1% من الشباب مترددون ما بين الموافقة أو الرفض على زواج الأقارب بالإضافة إلى أن 17.7% من الشباب يوافقون على زواج الأقارب، وهذا يشير على أنه يجب تكثيف الجهود لإقناع الشباب حول مضار ومخاطر زواج الأقارب.

وبدراسة العلاقة بين المتغيرات المستقلة المشار إليها واتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج كما هو موضح في الجدول (2-7) يتبين كالاتي:

تشير النتائج إلى أنه لا توجد فروق بين الشباب تبعاً لخصائصهم الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية نحو أهمية وضرورة الفحص الطبي قبل الزواج، وهذا يشير على الوعي لدى الطلبة الجامعيين بأهمية هذا الفحص.

جدول (7-2)

العلاقة بين الاتجاه نحو الفحص الطبي قبل الزواج والمتغيرات المستقلة

الخصائص	الاتجاه %				
	مهم جدا	مهم	مهم إلى حد ما	غير مهم	غير مهم على الإطلاق
النوع:					
ذكر	93	5.4	1.5	-	-
أنثى	92.1	6.1	1.8	-	-
العمر:					
19-18	94.8	4.2	1	-	-
21-20	90.3	6.6	3.1	-	-
22 فأكثر	92.4	7.1	0.6	-	-
مكان السكن:					
شمال غزة	90.1	7.4	2.5	-	-
غزة	92.4	6.6	1	-	-
الوسطى	94.1	3.9	2	-	-
خانيونس	96.6	2.3	1.1	-	-
رفح	90.6	3.1	6.3	-	-
حجم الأسرة:					
5-3	95.1	2.4	2.4	-	-
8-6	91.7	6.8	1.5	-	-
9 فأكثر	93.1	5.4	1.6	-	-
تعليم الأب:					
أمي	100	-	-	-	-
ابتدائي	92.6	3.7	3.7	-	-
إعدادي	96	4	-	-	-
ثانوي	89.4	9.7	0.9	-	-
دبلوم	94.7	5.3	-	-	-
جامعي فأكثر	93.1	3.8	3.1	-	-

					تعليم الأم:
-	-	-	-	100	أمية
-	-	3.2	6.5	90.3	ابتدائي
-	-	1	5	94.1	إعدادي
-	-	1.8	6.5	91.7	ثانوي
-	-	3.1	1.6	95.3	دبلوم
-	-	0.7	9.7	92.6	جامعي فأكثر
					الحالة العملية للأب:
-	-	1.8	5.8	92.4	يعمل
-	-	1.3	5.5	93.2	لا يعمل
					الحالة العملية للأم:
-	-	-	5.3	94.7	تعمل
-	-	1.9	5.8	92.3	لا تعمل
					الحالة العملية للشباب:
-	-	0	7.5	92.5	يعمل
-	-	1.9	5.4	92.7	لا يعمل
					الإقامة مع الأسرة:
-	-	1.8	5.8	92.4	أقيم مع الوالدين
-	-	0	3	97	أقيم مع أحد الوالدين
-	-	0	6.2	93.8	لا أقيم مع أحدهما
					الحالة الزوجية:
-	-	1.8	5.7	92.5	أعزب
-	-	0	6.1	93.9	متزوج
-	-	0	0	100	أرمل
-	-	0	0	100	مطلق
					الحالة التعليمية للأسرة:
-	-	1.8	5.8	92.4	جميع أفرادها متعلمون
-	-	1.3	6.4	92.4	بعض أفرادها متعلمون
-	-	0	0	100	غير متعلمة
					وجود الإخوة الأكبر سنا:
-	-	1.5	6.3	92.1	نعم
-	-	1.8	4.7	93.5	لا
					مستوى الدخل:
-	-	3.1	2.3	94.6	منخفض

-	-	1.4	7.1	91.4	متوسط
-	-	0.9	3.4	95.7	مرتفع
					<u>مستوى المعيشة:</u>
-	-	3.5	3.5	93	منخفض
-	-	1.5	6.3	92.2	متوسط
-	-	0	3.4	96.6	مرتفع
					<u>مستوى السكن:</u>
-	-	1.7	6.1	92.2	منخفض
-	-	1.5	5	93.5	مرتفع

ثانياً: العلاقة بين الاتجاه نحو الزواج المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة

مما لا شك فيه أن الزواج المبكر للإناث يؤدي إلى رفع معدلات الخصوبة لدى النساء وذلك بسبب طول فترة الإنجاب لدى السيدات مما يؤدي على رفع معدل النمو السكاني، لذلك يكون لرفع سن الزواج أثراً في خفض معدل النمو السكاني في أي بلد.

وتشير نتائج مسح الأسرة الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 2006 بأن ثلث النساء اللواتي سبق لهذا الزواج أو المتزوجات حالياً في العمر 15-19 سنة قد كان زواجهن الأول عند العمر 17 سنة فأقل، وكذلك ما زالت النسبة مرتفعة للنساء اللاتي تزوجن عند العمر 14 سنة فأقل والتي بلغت 12.1% من النساء في العمر 15-19 سنة اللاتي سبق لهن الزواج.

ولا زال الزواج يتم في سن مبكرة في الأراضي الفلسطينية، ولا توجد أي اختلافات جوهرية في نسبة هذا الزواج عن مثيلاتها خلال العشر سنوات الماضية، لذي كان من الضروري معرفة اتجاهات الشباب نحو هذه القضية والتي ستحدد بقدر كبير سلوكهم الفعلي في المستقبل.

وتشير النتائج في هذه الدراسة إلى وجود اتجاهات إيجابية ولكن ليست بالمرتفعة في اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث حيث لا يوافق 74.5% من الشباب على هذا الزواج في حين 11.5% لهم اتجاهات سلبية ويؤيدون ويوافقون على هذا الزواج بينما تردد 14% منهم في الموافقة أو عدمها على هذا الزواج المبكر.

وترجع هذه الاتجاهات الإيجابية المرتفعة إلى أن ظروف الحياة الصعبة التي تواجه معظم الشباب حاليا لا تجعل من هذا النوع من الزواج أمرا جديرا بالتفكير به، وقد أشار الشباب في العينة إلى أنهم يرون بأن السن المفضل المناسب لزوج الإناث هو 20 سنة.

وبدراسة العلاقة بين المتغيرات المستقلة واتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث كما هو موضح في الجدول (2-8) يتبين الآتي:

تشير النتائج إلى أن الإناث أكثر إيجابية من الذكور نحو هذا النوع من الزواج حيث أن نسبة الإناث غير الموافقين 83.7% مقابل 68.8% من الذكور ويرجع ذلك إلى أن الإناث هن المعرضات لمخاطر هذا الزواج، وبالنسبة للعمر يتضح أن نسبة الشباب الأكبر سنا غير الموافقين على الزواج المبكر أكبر من نسبة الشباب الأصغر عمرا ويفسر ذلك بزيادة وعيهم واقترابهم من سن الزواج.

بينما تشير النتائج إلى أن الشباب الذين يقيمون في محافظة رفح هم أكثر إيجابية نحو ظاهرة الزواج المبكر للإناث بنسبة 90.6% وذلك مقابل الشباب في المحافظات الأخرى.

بالإضافة على أن الشباب الذين لديهم حجم أسرة متوسط (6-8) أشخاص هم الأكثر إيجابية نحو هذه الظاهرة مقابل الشباب الذين لديهم أسر صغيرة وكبيرة وذلك (76.2%، 73.26%، 72.9% على الترتيب). وتشير النتائج إلى أن الشباب الذين يقيمون مع احد الوالدين هم الأكثر نسبة في عدم الموافقة على ظاهرة الزواج المبكر للإناث من الشباب الذين يقيمون مع كلا والديهم أو لا يقيمون مع أحدهما، بالإضافة إلى أنه لا توجد فروق في الاتجاهات الإيجابية نحو الظاهرة بين الشباب الذين لديهم إخوة أو أخوات أكبر منهم سنا من نفس الجنس وبين الذين ليس لديهم.

بينما تشير النتائج إلى أن الشباب الذين يكون آبائهم وأمهاتهم أميون هم الذين يكون اتجاهاتهم سلبية نحو ظاهرة الزواج المبكر حيث يوافقون على هذه الظاهرة وهذا يعود لقلّة تعليمهم وتمسكهم بالعادات والتقاليد التي ورثوها عن أجدادهم.

ووجد أن الذين آبائهم وأمهاتهم يعملون بغض النظر عن نوع العمل الذي يعملون به يكونوا أكثر إيجابية نحو ظاهرة الزواج المبكر من الشباب الذين يكون والديهم لا يعملون، وذلك يعود إلى أن

الشباب الذين يعملون يكون لديهم إمكانيات مادية تساعدهم في الإسراع في عملية الزواج دون تفكير مسبق وعميق.

وفيما سبق ذكرنا الخصائص الديموغرافية والاجتماعية وعلاقتها مع اتجاهات الشباب نحو ظاهرة الزواج المبكر، إلا أننا هنا سوف نتناول الخصائص الاقتصادية وعلاقتها بهذه الظاهرة فقد أشارت النتائج إلى أن الشباب الذين يكون مستواهم الاقتصادي مرتفع من حيث الدخل والمعيشة والسكن هم أكثر إيجابية نحو ظاهرة الزواج المبكر بحيث لا يوافقون على هذه الظاهرة وذلك أكثر من أصحاب المستويات الاقتصادية المنخفضة والمتوسطة.

جدول (2-8)

العلاقة بين الاتجاه نحو الزواج المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة

الخصائص	الاتجاه %				
	أوافق بشدة	أوافق	نوعاً ما	لا أوافق	لا أوافق بشدة
النوع:					
ذكر	8.7	7.8	14.6	39	29.8
أنثى	1.4	1.8	13	37.9	45.8
العمر:					
19-18	5.8	4.5	15.9	35.4	38.3
21-20	5.4	5	12	41.9	35.7
22 فأكثر	7.1	2.2	10.5	39.4	40.8
مكان السكن:					
شمال غزة	5.8	4.1	15.7	38	36.4
غزة	6.6	5.1	12.9	39.6	35.8
الوسطى	5.9	4.9	22.5	36.3	30.4
خانيونس	4.6	11.5	10.3	32.2	41.4
رفح	3.1	3.1	3.1	53.1	37.5
حجم الأسرة:					
5-3	8.5	2.4	15.9	36.6	36.6
8-6	5.3	5.6	12.8	43	33.2
9 فأكثر	6	6.3	14.8	34.4	38.5
تعليم الأب:					

28.6	28.6	0	42.9	0	أمي
51.9	25.9	11.1	3.7	7.4	ابتدائي
36	30	25	3	6	إعدادي
36.4	40.1	9.7	6.5	7.4	ثانوي
26.6	44.7	17	9.6	2.1	دبلوم
37.1	39.9	13.1	3.8	6.2	جامعي فأكثر
تعليم الأم:					
23.8	33.3	19	14.3	9.5	أمية
48.4	19.4	9.7	9.7	12.9	ابتدائي
44.6	32.7	12.9	6.9	3	إعدادي
32	44	14.1	4.7	5.2	ثانوي
42.2	29.7	17.2	6.3	4.7	دبلوم
36.3	37	13.3	4.4	8.9	جامعي فأكثر
الحالة العملية للأب:					
35.9	41.1	13.6	4.6	4.8	يعمل
35.7	33.2	14.9	7.7	8.5	لا يعمل
الحالة العملية للأم:					
40	36.8	12.3	5.9	5	تعمل
35.9	38.9	14.3	5.1	5.8	لا تعمل
الحالة العملية للشباب:					
28	34.4	12.9	14	10.8	يعمل
37	39.2	14.2	4.4	5.3	لا يعمل
الإقامة مع الأسرة:					
35.6	38.5	14.5	5.5	6	أقيم مع الوالدين
45.5	39.4	9.1	0	6.1	أقيم مع أحد الوالدين
31.3	40.6	9.4	12.5	6.3	لا أقيم مع أحدهما
الحالة الزوجية:					
36.1	39.2	13.9	5.1	5.7	أعزب
30.6	32.7	16.3	12.2	8.2	متزوج
50	0	0	0	50	أرمل
100	0	0	0	0	مطلق
الحالة التعليمية للأسرة:					
35	40.1	14.1	5.2	5.6	جميع أفرادها متعلمون
37.6	35.7	12.7	7	7	بعض أفرادها متعلمون

44	24	20	4	8	غير متعلمة
					وجود الإخوة الأكبر سنا:
36.7	38	12	6.8	6.6	نعم
34.7	39.7	17	3.6	5.1	لا
					مستوى الدخل:
34.9	34.9	17.8	7	5.4	منخفض
34.9	39.6	92.9	5.3	7.3	متوسط
41	38.5	14.5	5.1	0.9	مرتفع
					مستوى المعيشة:
32.6	30.2	19.8	7	10.5	منخفض
35.9	39.1	13.9	5.8	5.4	متوسط
40.7	45.8	6.8	1.7	5.1	مرتفع
					مستوى السكن:
36.8	37.9	13.5	5.7	6.1	منخفض
38.1	39.8	10.9	5.4	5.7	مرتفع

ثالثا: العلاقة بين الاتجاه نحو الحمل المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة

وكما ذكرنا سابقا، فقد اتفقت معظم الأبحاث والدراسات على أن الحمل المبكر هو الذي يحدث قبل إتمام الأم سن العشرين.

وتشير النتائج إلى أن اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث هي اتجاهات إيجابية حيث أن 62.6% من الشباب لا يوافقون على الحمل المبكر للإناث، وتعد هذه النسبة قليلة نوعا ما، وهذا يعود إلى النقص في التوعية والإرشاد لدى الشباب من مخاطر الحمل المبكر للإناث، حيث يعد الحمل المبكر من العوامل الهامة التي تؤثر سلبا على الصحة الإنجابية لما تسببه من مخاطر جسيمة على صحة الأم والطفل على حد سواء. وقد أشارت النتائج أيضا أن الشباب يرون أن العمر المناسب للأنثى عند إنجاب المولود الأول هو حوالي 22 عاما.

وبدراسة العلاقة بين اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث والعوامل المؤثرة عليها وهي المتغيرات المستقلة يتبين كما هو موضح في الجدول رقم (2-9) الآتي:

أشارت النتائج إلى أن الإناث أكثر إيجابية من الذكور تجاه قضية الحمل المبكر للإناث وذلك بنسبة (65%، 61% على الترتيب) وهذا يعود إلى وعي وإدراك الإناث بمخاطر الحمل المبكر وتداعياته.

أما بالنسبة لمتغير العمر، فإن الشباب من ذوي الأعمار الصغيرة (18-19) هم الأكثر إيجابية من الشباب في الفئات العمرية الأخرى (20-21، 22 سنة فأكثر) وذلك بنسبة (65.9%، 62.4%، 57.1% على الترتيب) وهذا يعود أيضا إلى إدراك ووعي ومعرفة الشباب في الأعمار الصغيرة بمخاطر وتداعيات الحمل المبكر وعدم رغبتهم أيضا في الزواج والحمل في السن الذي يعيشونه حاليا.

ووجد أن الشباب الذي يقيمون في محافظة رفح هم الأكثر إيجابية من غيرهم من الشباب في المحافظات الأخرى تجاه قضية الحمل المبكر للإناث.

بالإضافة إلى أن الشباب الذين حجم أسرهم متوسط أكثر إيجابية من غيرهم من الشباب الذين يعيشون في أسر صغيرة أو كبيرة وذلك بنسبة (65%، 61%، 60.6% على الترتيب) وتشير النتائج أيضا إلى أن الشباب الذين يقيمون مع احد والديهم أكثر إيجابية من غيرهم ممن يعيشون مع كلا الوالدين أو أنهم لا يعيشون مع أي منهما، وأيضا فإنه لا يوجد فروق في اتجاهات الشباب الإيجابية نحو الحمل المبكر للإناث بين الشباب الذي لديهم إخوة أكبر منهم سنا ومن نفس الجنس أو لا يوجد لديهم إخوة أكبر سنا.

ومن ناحية أخرى، نرى بأن الشباب الذين يكون والديهم أميين فإنهم يكونوا الأقل إيجابية من غيرهم من الشباب الذين يكون والديهم من ذوي الشهادات العلمية، أما من الناحية العملية للوالدين فنرى بأن الشباب الذين والديهم يعملون هم الأكثر إيجابية من الشباب الذين لا يعمل والديهم وذلك يعود إلى الانفتاح الذي يتمتع به الوالدين الذين يعملون من خلال الاطلاع على المعلومات من الآخرين وعلى تبادل المعلومات واطلاعهم على ثقافات الآخرين.

أما بالنسبة للخصائص الاقتصادية، فنرى أن الشباب الذي لديهم مستوى اقتصادي منخفض من حيث الدخل والمعيشة والسكن هم الأكثر إيجابية حيث أشارت النتائج على أن أصحاب المستوى

الاقتصادي المنخفض لا يوافقون على الحمل المبكر للإناث وذلك أكثر من غيرهم من أصحاب المستويات الاقتصادية الأخرى .

جدول (2-9)

العلاقة بين الاتجاه نحو الحمل المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة

الاتجاه %					الخصائص
لا أوافق بشدة	لا أوافق	نوعاً ما	أوافق	أوافق بشدة	
					النوع:
15.5	45.8	23.3	9.4	6.1	ذكر
19.9	45.1	23.8	9.4	1.8	أنثى
					العمر:
20.1	45.8	20.1	9.1	4.9	19-18
16.7	45.7	24.8	9.7	3.1	21-20
12.4	44.7	27.6	9.4	5.9	22 فأكثر
					مكان السكن:
12.4	43	28.1	9.1	7.4	شمال غزة
16.2	47	23.6	9.6	3.6	غزة
18.6	50	20.6	5.9	4.9	الوسطى
24.1	33.3	25.3	11.5	5.7	خانيونس
21.9	56.3	9.4	12.5	0	رفح
					حجم الأسرة:
13.4	47.6	19.5	12.2	7.3	5-3
19.3	45.7	22.8	8	4.2	8-6
15.8	44.8	25.2	10.1	4.1	9 فأكثر
					تعليم الأب:
14.3	42.9	42.9	0	0	أمي
7.4	48.1	25.9	11.1	7.4	ابتدائي
16	42	30	7	5	إعدادي
14.3	50.2	18	12	5.5	ثانوي
9.6	53.2	18.1	11.7	7.4	دبلوم
23	40.5	26.5	7.6	2.4	جامعي فأكثر
					تعليم الأم:

23.8	33.3	33.3	4.8	4.8	أمية
6.5	45.2	22.6	16.1	9.7	ابتدائي
12.9	43.6	25.7	13.9	4	إعدادي
15.9	49	21.4	10.4	3.6	ثانوي
21.9	43.8	18.8	6.3	9.4	دبلوم
23.7	40	28.9	3.7	3.7	جامعي فأكثر
الحالة العملية للأب:					
20.6	44.7	20.8	10.2	3.8	يعمل
16.2	47.2	23	7.7	6	لا يعمل
الحالة العملية للأم:					
21.9	42.1	25.4	4.4	6.1	تعمل
16.2	46.1	23.2	10.3	4.2	لا تعمل
الحالة العملية للشباب:					
16.1	37.6	28	8.6	9.7	يعمل
17.3	46.7	22.9	9.5	3.7	لا يعمل
الإقامة مع الأسرة:					
17.6	45.5	23.8	9.1	4	أقيم مع الوالدين
21.2	48.5	18.2	9.1	3	أقيم مع أحد الوالدين
3.1	43.8	21.9	15.6	15.6	لا أقيم مع أحدهما
الحالة الزوجية:					
18	45.8	23.8	8.8	3.7	أعزب
4.1	42.9	18.4	18.4	16.3	متزوج
0	50	50	0	0	أرمل
100	0	0	0	0	مطلق
الحالة التعليمية للأسرة:					
17.9	44.8	23.6	9.2	4.5	جميع أفرادها متعلمون
13.4	46.5	24.8	10.8	4.5	بعض أفرادها متعلمون
24	56	12	4	4	غير متعلمة
وجود الإخوة الأكبر سنا:					
17.2	45.6	22.5	9.2	5.5	نعم
16.6	45.5	25.3	9.7	2.9	لا
مستوى الدخل:					
10.1	55.8	23.3	6.2	4.7	منخفض
17.6	43.7	23.9	10.6	4.3	متوسط

23.1	41.9	22.2	7.7	5.1	مرتفع
					مستوى المعيشة:
14	45.3	23.3	10.5	7	منخفض
16.1	46.7	23.9	9.5	3.9	متوسط
32.2	33.9	20.3	6.8	6.8	مرتفع
					مستوى السكن:
17.1	48	21.5	9.3	4.2	منخفض
17.2	41	27.2	9.6	5	مرتفع

رابعاً: العلاقة بين الاتجاه نحو الحمل المتأخر للإناث والمتغيرات المستقلة

وكما ذكرنا سابقاً، فقد اتفقت معظم الأبحاث والدراسات أن الحمل المتأخر هو الحمل الذي يتجاوز سن الخامسة والثلاثين لدى الإناث، حيث تعتبر ظاهرة الحمل المتأخر لدى الإناث منتشرة في المجتمع الفلسطيني مثل ظاهرة الحمل المبكر للإناث، وكلا الظاهرتين تعتبران من الظواهر والقضايا المؤثرة على المجتمع من حيث ارتفاع معدل الخصوبة ومن ثم ارتفاع معدل النمو السكاني والذي بدوره يزيد من المشكلة السكانية وتوابعها.

وتشير النتائج في كثير من الدراسات إلى أن النساء يتعرضن لمخاطر الحمل المتأخر بنسب عالية بصفة عامة مما يشكل ظاهرة يجب الحد منها خاصة بالنسبة للنساء ذات المستوى التعليمي الأقل لذا يجب أن تكون اتجاهات الشباب إيجابية أي رافضة لهذا الحمل المتأخر، وسنعرض فيما يلي تحليلاً لاتجاهات الشباب نحو هذا الموضوع والتي أظهرتها نتائج هذه الدراسة.

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن 68.2% من الشباب اتجاهاتهم إيجابية نحو الحمل المتأخر للإناث، في حين 24.5% من الشباب مترددون تجاه هذه القضية، بينما 7.4% من الشباب موافقون على الحمل المتأخر، ومع ذلك تعتبر هذه النسبة عالية والأمر يحتاج إلى مزيد من الجهد لتكون اتجاهات جميع الشباب إيجابية في هذا الموضوع.

وبدراسة العلاقة بين المتغيرات المستقلة (المشار إليها) واتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث كما هو موضح في الجدول رقم (2-10) تبين أن:

أن الإناث اتجاهاتهم إيجابية أكثر من الذكور حيث أن نسبة الراضين للحمل المتأخر 65%،
61.3% على الترتيب وهذا هو الوضع الطبيعي حيث أن الإناث هن المعرضات لمخاطر هذا الحمل.

كما توجد أيضا فروق في اتجاهات الشباب طبقا للفئة العمرية حيث تتخفض نسبة الراضين
لهذا الحمل كلما ازداد العمر عند الشباب.

بالإضافة إلى أن الشباب الذين يقيمون في محافظة رفح أكثر إيجابية من غيرهم ممن يعيشون
في المحافظات الأخرى، حيث يرفض هؤلاء الشباب في محافظة رفح والمحافظات الأخرى قضية
الحمل المتأخر عند الإناث.

ومن ناحية أخرى فالشباب الذين يعيشون في أسر متوسطة الحجم (6-8) أشخاص هم الأكثر
إيجابية من الشباب الذين يعيشون في أسر حجمها منخفض أو مرتفع وذلك بالترتيب (65%، 61%،
60.5%) بالإضافة إلى أن الشباب الذين يعيشون مع احد والديهم هم الأكثر إيجابية من غيرهم ممن
يعيشون مع كلا والديهم أو يعيشون لوحدهم، وأيضا لا توجد فروق بين اتجاهات الشباب الإيجابية لمن
لديهم إخوة أكبر سنا من نفس الجنس أو ليس لديهم.

ومن خلال النتائج، نلاحظ أن الشباب الذين يكون والديهم أميين هم الأقل إيجابية تجاه ظاهرة
الحمل المتأخر عند الإناث عن غيرهم ممن يحمل والديهم شهادات علمية، أما بالنسبة للحالة العملية
للوالدين فنرى بأنه لا توجد فروق جوهرية بين اتجاهات الشباب الإيجابية تبعا للحالة العملية لوالديهم.

أما بالنسبة للخصائص الاقتصادية، فنرى بأن الشباب ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض من
حيث الدخل والمعيشة والسكن اتجاهاتهم الإيجابية ويرفضون الحمل المتأخر للإناث وذلك أكثر من
الشباب من ذوي المستوى الاقتصادي والمتوسط والمرتفع.

جدول (10-2)

العلاقة بين الاتجاه نحو الحمل المتأخر للإناث والمتغيرات المستقلة

الاتجاه %					الخصائص
لا أوافق بشدة	لا أوافق	نوعاً ما	أوافق	أوافق بشدة	
					النوع:
15.5	45.8	23.3	9.4	6.1	ذكر
19.9	45.1	23.8	9.4	1.8	أنثى
					العمر:
20.1	45.8	20.1	9.1	4.9	19-18
16.7	45.7	24.8	9.7	3.1	21-20
12.4	44.7	27.6	9.4	5.9	22 فأكثر
					مكان السكن:
12.4	43	28.1	9.1	7.4	شمال غزة
16.2	47	23.6	9.6	3.6	غزة
18.6	50	20.6	5.9	4.9	الوسطى
24.1	33.3	25.3	11.5	5.7	خانيونس
21.9	56.3	9.4	12.5	0	رفح
					حجم الأسرة:
13.4	47.6	19.5	12.2	7.3	5-3
19.3	45.7	22.8	8	4.2	8-6
15.8	44.8	25.2	10.1	4.1	9 فأكثر
					تعليم الأب:
14.3	42.9	42.9	0	0	أمي
7.4	48.1	25.9	11.1	7.4	ابتدائي
16	42	30	7	5	إعدادي
14.3	50.2	18	12	5.5	ثانوي
9.6	53.2	18.1	11.7	7.4	دبلوم
23	40.5	26.5	7.6	2.4	جامعي فأكثر
					تعليم الأم:
23.8	33.3	33.3	4.8	4.8	أمية

6.5	45.2	22.6	16.1	9.7	ابتدائي
12.9	43.6	25.7	13.9	4	إعدادي
15.6	49	21.4	10.4	3.6	ثانوي
21.9	43.8	18.8	6.3	9.4	دبلوم
23.7	40	28.9	3.7	3.7	جامعي فأكثر
					الحالة العملية للأب:
17.6	44.7	23.8	10.2	3.8	يعمل
16.2	47.2	23	7.7	6	لا يعمل
					الحالة العملية للأم:
21.9	42.1	25.4	4.4	6.1	تعمل
16.2	46.1	23.2	10.3	4.2	لا تعمل
					الحالة العملية للشباب:
16.1	37.6	28	8.6	9.7	يعمل
17.3	46.7	22.9	9.5	3.7	لا يعمل
					الإقامة مع الأسرة:
17.6	45.5	23.8	9.1	4	أقيم مع الوالدين
21.2	48.5	18.2	9.1	3	أقيم مع أحد الوالدين
3.1	43.8	21.9	15.6	15.6	لا أقيم مع أحدهما
					الحالة الزوجية:
18	45.8	23.8	8.8	3.7	أعزب
4.1	42.9	18.4	18.4	16.3	متزوج
0	50	50	0	0	أرمل
100	0	0	0	0	مطلق
					الحالة التعليمية للأسرة:
17.9	44.8	23.6	9.2	4.5	جميع أفرادها متعلمون
13.4	46.5	24.8	10.8	4.5	بعض أفرادها متعلمون
24	56	12	4	4	غير متعلمة
					وجود الإخوة الأكبر سناً:
17.2	45.6	22.5	9.2	5.5	نعم

16.6	45.5	25.3	9.7	2.9	لا
					<u>مستوى الدخل:</u>
10.1	55.8	23.3	6.2	4.7	منخفض
17.6	43.7	23.9	10.6	4.3	متوسط
23.1	41.9	22.2	7.7	5.1	مرتفع
					<u>مستوى المعيشة:</u>
14	45.3	23.3	10.5	7	منخفض
16.1	46.7	23.9	9.5	3.9	متوسط
32.2	33.9	20.3	6.8	6.8	مرتفع
					<u>مستوى السكن:</u>
17.1	48	21.5	9.3	4.2	منخفض
17.2	41	27.2	9.6	5	مرتفع

الخلاصة:

تناول هذا الفصل منهجية الدراسة من حيث منهج وتصميم الدراسة الميدانية من خلال تناول مجتمع الدراسة والذي بلغ 60000 طالب وطالبة وتم اختيار أسلوب العينة العشوائية البسيطة وكان حجم العينة الذي تم اختياره بناء على جدول كريجسي ومورجان هو 381 طالب وطالبة ولكن تم زيادة حجم العينة إلى 800 طالب وطالبة ، وكانت أداة جمع البيانات هي الاستبيان الذي يحتوي على أربعة أجزاء رئيسية هي المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية، المتغيرات الاقتصادية، المعرفة بقضايا الصحة الإنجابية، الاتجاهات نحو قضايا الصحة الإنجابية. ولتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات قام الباحث باستخدام أساليب وصفية وأساليب تحليلية. أما الجزء الثاني من هذا الفصل فقد تناول خصائص عينة الدراسة من حيث التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة التي تم ذكرها سابقا ، ومن ثم تناولنا التوزيع النسبي لطبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة المقترحة مع معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية.

الفصل السادس

دراسة تحليلية

للمتغيرات الديموغرافية والاقتصادية وأثرها على معرفة

واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية

مقدمة:

تتركز الفكرة الأساسية في هذا الفصل من هذه الدراسة حول قياس أثر المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية على معرفة واتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية، وذلك باستخدام أسلوبين إحصائيين هما نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج انحدار كوكس والمقارنة بين نتائج النموذجين لتوضيح هذا الأثر ومعرفة أهم المتغيرات المؤثرة ومقدار هذا التأثير، للوصول إلى نموذج متكامل حول أهم العوامل المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة نحو قضايا الصحة الإنجابية، وسوف يتناول الفصل الحالي النقاط التالية:

المبحث الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بقضايا الصحة الإنجابية.

المبحث الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية.

المبحث الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بقضايا الصحة الإيجابية

في هذا الجزء من هذه الدراسة سنتناول قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإيجابية والتي تم ذكرها سابقا وهي: مظاهر البلوغ، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة جنسيا.

ولكي يتم قياس هذا التأثير سيتم قياس تأثير كل متغير على حده لمعرفة أي من المتغيرات له علاقة مع قضايا الصحة الإيجابية الثلاثة، وذلك قبل البدء بدراسة تأثيرها على المتغير التابع، لأنه لا يجوز إحصائيا دراسة تأثير متغيرات مستقلة ما على المتغير التابع إلا إذا تم تحديد أي منها له علاقة مع الظاهرة من البداية، وسيتم قياس تأثير كل متغير على حده من خلال اختبار كاي سكوير χ^2 ، ومن ثم سنتناول قياس تأثير جميع المتغيرات المستقلة معا على المتغير التابع من خلال أسلوب الانحدار اللوجستي وأسلوب انحدار كوكس ومعرفة أي من الأسلوبين أفضل في توضيح تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع. حيث أن المتغير التابع في هذه الحالة ثنائي (معرفة، عدم معرفة) أما بالنسبة لمتغير الزمن الذي يعتمد عليه أسلوب انحدار كوكس في هذه الحالة فإنه يتم حسابه من بداية مرحلة المراهقة عند العمر 12 سنة وينتهي عند الزمن الذي بدأت عنده المعرفة بموضوع الصحة الإيجابية (حدوث الحدث).

وسوف يتناول المبحث الحالي النقاط التالية:

المطلب الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ.

المطلب الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة.

المطلب الثالث: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا.

المطلب الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ

سيتم قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ من خلال جزأين رئيسيين هما:

أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده:

تم استخدام المتغيرات المستقلة السابق الإشارة إليها لاختبار وجود علاقة بين كل متغير على حده مع معرفة الشباب بمظاهر البلوغ وهو المتغير التابع، وذلك باختبار الفرض التالي:

الفرض العدمي: لا توجد علاقة (يوجد استقلال)

الفرض البديل: توجد علاقة (لا يوجد استقلال)

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار كاي سكوير χ^2 لاختبار وجود علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير نتائج هذا الاختبار كما هو موضح في جدول (3-1) وجود تسعة متغيرات فقط لكل منهم علاقة معنوية مع المعرفة ($P\text{-value} < 0.05$) وبدرجة ثقة 95% وهي النوع، العمر، تعليم الأب، تعليم الأم، الحالة العملية للشباب، وجود إخوة أكبر سناً، التواصل الأسري، مستوى الدخل، وأخيراً مستوى المعيشة. أما باقي المتغيرات المستقلة فالعلاقة غير معنوية بين كل منها والمعرفة بمظاهر البلوغ.

جدول رقم (3-1)

نتائج اختبار χ^2 بين المعرفة بمظاهر البلوغ والمتغيرات المستقلة

P-value		χ^2	المتغيرات المستقلة
0.000	1	19.243	النوع
0.022	2	7.638	العمر
0.422	4	3.880	مكان السكن
0.370	2	1.988	حجم الأسرة
0.010	5	15.019	تعليم الأب
0.018	5	1.544	تعليم الأم
0.613	1	0.256	الحالة العملية للأب

0.446	1	0.581	الحالة العملية للأم
0.032	1	4.606	الحالة العملية للشباب
0.933	2	0.139	الإقامة مع الأسرة
0.828	3	0.887	الحالة الزوجية
0.848	2	0.329	الحالة التعليمية للأسرة
0.027	1	0.037	وجود إخوة أكبر سنا
0.002	1	9.856	التواصل الأسري
0.006	2	10.324	مستوى الدخل
0.038	2	4.648	مستوى المعيشة
0.968	1	3.002	مستوى السكن

ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معاً:

باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وباستخدام الأسلوب الإحصائي لإظهار أهم المتغيرات المستقلة المؤثرة على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل وصولهم لسن البلوغ (المتغير التابع) والذي يأخذ أحد الرقمين:

1: المعرفة بمظاهر البلوغ

0: عدم المعرفة بمظاهر البلوغ

والمتغيرات المستقلة هي التي أظهر اختبار كاي سكوير χ^2 عنويتها (السابق الإشارة إليها)، وقد تم اعتبار الفئة الأخيرة لكل متغير هي الفئة المرجعية. وسيتم قياس هذا التأثير كالتالي:

1- باستخدام الانحدار اللوجستي:

في هذه المرحلة سيتم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي، حيث أن هذا النموذج يتميز بأنه لا يشترط أن تكون المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج تتبع التوزيع الطبيعي، ولا أن تكون العلاقة بينها وبين المتغير التابع علاقة خطية، كذلك يتميز هذا الأسلوب بإمكانية تقدير احتمالات الحدوث لأي حالة من حالات المتغير التابع بالإضافة إلى تقدير كفاءة التصنيف.

ولاختبار الفرض العدمي، والذي ينص أن عوامل نموذج الانحدار اللوجستي التي ثبتت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية، والديموغرافية على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توقيفه. حيث كان مربع كاي لدلالة الفرق بين قيمتي لوغاريتم دالة الترجيح لنموذج الانحدار اللوجستي بالمتغيرات المستقلة وبدون المتغيرات المستقلة موضع الفحص على النحو التالي:

جدول (2-3)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجستي)

P-value		χ^2
0.000	9	62.994

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة مربع كاي تساوي (62.994) عند درجة حرية (9) ومستوى معنوية يساوي (P-value = 0.000 < 0.05) وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيفه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية في تصنيف الشباب إلى من لديهم معرفة بمظاهر البلوغ ومن ليس لهم معرفة.

كما بينت المتغيرات الداخلة في النموذج أنها قد فسرت حوالي (72%) من المكونات المؤثرة على مظاهر البلوغ (المتغير التابع) مجتمعة كما في الجدول التالي:

الجدول (3-3): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجستي)

R^2 Nagelkerke	R^2 Cox & Snell	- 2 Log L.
0.724	0.701	732.031

وبإجراء اختبار كفاءة تصنيف النموذج، والذي يعتبر أحد طرق فحص جودة مطابقة النموذج للبيانات، أظهرت النتائج كما هو في الجدول التالي.

جدول (3-4): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجستي)

التصنيف الصحيح %	المتوقع		التصنيف	
	معرفة	عدم معرفة		
8.8	155	15	عدم معرفة	المشاهد
97.9	553	12	معرفة	
77.3				

ويتضح من جدول التصنيف السابق ما يأتي:

* إن حساسية النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب المصنفين بالمعرفة الصحيحة بلغت 97.9%.

* إن دقة النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب غير المصنفين بالمعرفة الصحيحة وبلغت 8.8%.

* وبشكل عام، فإن نسبة التصنيف الكلية الصحيحة، والتي هي عبارة عن عدد التنبؤات الصحيحة على العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة بلغت 77.3%.

ويوضح الجدول (3-5) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة الـ $odds Ratio (exp(B))$ والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات، وهذه القيمة تعنى من الناحية النظرية احتمال حدوث حدث ما مقسوماً على احتمال عدم حدوثه $[P/(1 - P)]$ ، ومن الناحية التطبيقية فإن قيمة الـ $odds Ratio$ تفسر فرصة حدوث حادثة ما مقارنة بحدوث نفس الحادثة للفئة المقارن بها (الفئة المرجعية).

جدول (3-5)

نتائج نموذج الانحدار اللوجستي المتدرج لمعرفة الشباب بمظاهر البلوغ

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
النوع					
ذكر	0.991	0.921	26.721	0.000	0.693
أنثى	-	-	-	-	-
تعليم الأب					
أمي	0.068	1.107	0.004	0.001	0.337
ابتدائي	0.783	0.645	1.474	0.005	0.399
إعدادي	-0.304	0.291	1.091	0.020	0.678
ثانوي	-0.463	0.229	4.079	0.043	0.809
دبلوم	0.558	0.351	3.520	0.024	0.887
جامعي فأكثر	-	-	-	-	-
التواصل الأسري					
نعم	0.993	0.227	19.163	0.000	2.470
لا	-	-	-	-	-
مستوى الدخل					
منخفض	0.141	0.326	0.188	0.005	0.671
متوسط	0.634	0.255	6.181	0.013	0.885
مرتفع	-	-	-	-	-
الثابت	0.051	0.254	0.041	0.840	1.053

مما سبق، نلاحظ أنه بعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة بمعرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل الوصول لسن البلوغ، تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجستي المتدرج لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ، وقيمة هذا التأثير ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وأشارت النتائج إلى أن كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، تعليم الأب، التواصل الأسري، وأخيراً مستوى الدخل.

حيث أشارت قيمة نسبة الترجيح [exp(B) odds Ratio] إلى أن الإناث أكثر معرفة بمظاهر البلوغ، حيث أن فرصة معرفة الذكور بلغت تقريبا ثلثي مثلتها عند الإناث، وأن فرصة معرفة الشباب (ذكورا وإناثا) الذين أبائهم أميون ثلث فرصة معرفة الشباب الذين أبائهم حاصلين على شهادة جامعية فأكثر (الفئة المرجعية) وان فرصة معرفة الشباب الذين أبائهم حاصلين على الابتدائية تشكل 40% تقريبا من فرصة معرفة الشباب الذين أبائهم حاصلين على شهادة جامعية فأكثر...، بمعنى آخر أن فرصة معرفة الشباب تزداد بارتفاع المستوى التعليمي لأبائهم.

بالإضافة إلى أن فرصة معرفة الشباب الذين يتواصلون مع والديهم تعادل مرتين ونصف فرصة معرفة الشباب الذين لا يتواصلون مع والديهم في موضوع مظاهر البلوغ، وأخيرا، تشير النتائج إلى أن فرصة معرفة الشباب تزداد بارتفاع مستوى الدخل الأسري.

ومما سبق يمكننا استنباط نموذج الانحدار اللوجيستي النهائي الذي تم توقيفه لدراسة أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ على الصورة التالية:

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3 + B_4 X_4$$

$$\text{Log odds} = f(X_1, X_2, X_3, X_4)$$

حيث أن:

X_1 : النوع.

X_2 : تعليم الأب.

X_3 : التواصل الأسري.

X_4 : مستوى الدخل.

2- باستخدام انحدار كوكس:

سنركز في هذا الجزء على استخدام نموذج انحدار كوكس والذي يعتبر أحد الأساليب المستخدمة في تحليل البقاء والتي تتعامل مع الزمن في التحليل، حيث أن هذا النموذج يشترط أن يكون المتغير التابع مكون من جزأين (متغير وصفي ثنائي القيمة + متغير الزمن الذي يسبق حدوث الحدث).

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج انحدار كوكس والتي ثبت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توقيفه.

جدول (3-6)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)

P-value		χ^2
0.000	2	16.505

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة مربع كاي تساوي (16.505) عند درجة حرية (2) ومستوى معنوية (P-value = 0.000 < 0.05)، وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيفه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية.

ويوضح الجدول (3-7) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة hazard Ratio (exp (B)) والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات.

جدول (7-3)

نتائج نموذج انحدار كوكس المتدرج لمعرفة الشباب بمظاهر البلوغ

EXP(B)	Sig.	Wald	S.E	B	المتغير النوع
0.666	0.000	26.729	0.941	0.996	ذكر
-	-	-	-	-	أنثى
					تعليم الأب
0.338	0.001	0.001	1.101	0.061	أمي
0.395	0.004	1.471	0.644	0.779	ابتدائي
0.669	0.021	1.090	0.290	-0.314	إعدادي
0.800	0.042	4.077	0.221	-0.459	ثانوي
0.882	0.022	3.520	0.350	0.555	دبلوم
-	-	-	-	-	جامعي فأكثر
					التواصل الأسري
2.477	0.000	19.161	0.224	0.990	نعم
-	-	-	-	-	لا
					مستوى الدخل
0.674	0.004	0.189	0.322	0.143	منخفض
0.886	0.011	6.186	0.258	0.631	متوسط
-	-	-	-	-	مرتفع
1.055	0.840	0.047	0.250	0.055	الثابت

مما سبق، نلاحظ أنه بعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة بمعرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل الوصول لسن البلوغ، تم استخدام أسلوب انحدار كوكس المتدرج لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ، وقيمة هذا التأثير ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وأشارت النتائج إلى كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، تعليم الأب، التواصل الأسري وأخيراً مستوى الدخل.

حيث أشارت (Exp(B)) إلى أن الإناث أكثر معرفة من الذكور بمظاهر البلوغ، حيث أن نسبة معرفة الذكور بلغت نصف معرفة الإناث، بالإضافة إلى أن فرصة معرفة الشباب بمظاهر البلوغ تزداد بازدياد المستوى التعليمي لأبائهم، وأن فرصة معرفة الشباب الذين يتواصلون مع والديهم بخصوص مظاهر البلوغ تعادل مرتين ونصف فرصة معرفة الشباب الذين لا يتواصلون مع والديهم في قضية مظاهر البلوغ، وأخيرا تشير النتائج إلى أن فرصة معرفة الشباب تزداد بازدياد ارتفاع مستوى الدخل الأسري.

وبناء على ما سبق، يمكننا استنباط نموذج انحدار كوكس النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة الشباب بمظاهر البلوغ على الصورة التالية:

$$\text{Log } h(t) = B_1X_1 + \dots + B_pX_p$$

$$\text{Log } h(t) = B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4$$

$$\text{Log } h(t) = f(X_1, X_2, X_3, X_4)$$

حيث أن:

X_1 : النوع.

X_2 : تعليم الأب.

X_3 : التواصل الأسري.

X_4 : مستوى الدخل.

المطلب الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة

سيتم قياس تأثير المتغيرات المستقلة مع معرفة الشباب بتنظيم الأسرة من خلال جزأين رئيسيين هما:

أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده:

تم استخدام المتغيرات المستقلة السابق الإشارة إليها لاختبار وجود علاقة بين كل متغير على حده مع معرفة الشباب بتنظيم الأسرة وهو المتغير التابع، وذلك باختبار الفرض التالي:

الفرض العدمي: لا توجد علاقة (يوجد استقلال)

الفرض البديل: (توجد علاقة (لا يوجد استقلال)

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار كاي سكوير χ^2 لاختبار وجود علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير النتائج كما هو موضح في الجدول (3-8) وجود عشرة متغيرات فقط لكل منهم علاقة معنوية مع المعرفة ($P\text{-value} < 0.05$) وبدرجة ثقة 95% وهي: النوع، العمر، حجم الأسرة، تعليم الأم، الحالة العملية للشباب، الحالة التعليمية للأسرة، ووجود إخوة أكبر سناً، التواصل الأسري، مستوى الدخل، مستوى المعيشة. أما باقي المتغيرات المستقلة فالعلاقة غير معنوية بين كل منها والمعرفة بتنظيم الأسرة.

جدول (3-8)

نتائج χ^2 بين المعرفة بتنظيم الأسرة والمتغيرات المستقلة

المتغيرات المستقلة	χ^2	1	P-value
النوع	2.733	1	0.018
العمر	6.125	2	0.042
مكان السكن	2.004	4	0.735
حجم الأسرة	1.912	2	0.004
تعليم الأب	3.730	5	0.589
تعليم الأم	9.447	5	0.033
الحالة العملية للأب	0.667	1	0.414
الحالة العملية للأم	1.232	1	0.267
الحالة العملية للشباب	2.149	1	0.003

0.823	2	0.389	الإقامة مع الأسرة
0.323	3	3.482	الحالة الزوجية
0.042	2	5.926	الحالة التعليمية للأسرة
0.011	1	1.876	وجود إخوة أكبر سنا
0.006	1	0.313	التواصل الأسري
0.038	2	0.330	مستوى الدخل
0.004	2	0.850	مستوى المعيشة
0.257	1	1.287	مستوى السكن

ثانيا: قياس تأثير جميع المتغيرات معا:

باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وباستخدام الأسلوب الإحصائي لإظهار أهم المتغيرات المستقلة المؤثرة على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة (المتغير التابع) والذي يأخذ أحد الرقمين:

1: المعرفة بتنظيم الأسرة

0: عدم المعرفة بتنظيم الأسرة

والمتغيرات المستقلة هي التي أظهر اختبار كاي سكوير χ^2 معنويتها (السابق الإشارة إليها)، وقد تم اعتبار الفئة الأخيرة لكل متغير هي الفئة المرجعية. وسيتم قياس هذا التأثير كالتالي:

1- باستخدام الانحدار اللوجستي:

وفي هذه المرحلة سيتم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي، حيث أن هذا النموذج يتميز بأنه لا يشترط أن تكون المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج تتبع التوزيع الطبيعي، ولا أن تكون العلاقة بينها وبين المتغير التابع علاقة خطية كذلك يتم هذا الأسلوب بإمكانية تقدير احتمالات الحدوث لأي حالة من حالات المتغير التابع بالإضافة إلى تقدير كفاءة التصنيف.

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج الانحدار اللوجستي التي ثبتت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج

ككل الذي تم توقيه، حيث كانت مربع كاي لدلالة الفرق بين قيمتي لوغاريتم دالة الترجيح لنموذج الانحدار اللوجستي بالمتغيرات المستقلة وبدون المتغيرات المستقلة موضع الفحص على النحو التالي:

جدول (3-9): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجستي)

P-value		χ^2
0.001	3	16.431

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة مربع كاي يساوي (16.431) عند درجة حرية (3) ومستوى معنوية يساوي ($P\text{-value} = 0.001 < 0.05$)، وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية في تصنيف الشباب إلى من لديهم معرفة صحيحة ومعرفة غير صحيحة.

كما بينت المتغيرات الداخلة في النموذج أنها قد فسرت حوالي (26%) من المكونات المؤثرة على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة (المتغير التابع) مجتمعة، كما في الجدول التالي:

جدول (3-10): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجستي)

R^2 Nagelkerke	R^2 Cox & Snell	- 2 Log L.
0.260	0.222	984.428

وبإجراء اختبار كفاءة تصنيف النموذج، والذي يعتبر أحد طرق فحص جودة مطابقة النموذج للبيانات، أظهرت النتائج كما هو في الجدول التالي:

جدول (3-11): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجستي)

التصنيف الصحيح %	المتوقع		التصنيف	
	معرفة	عدم معرفة	عدم معرفة	المشاهد
88.5	49	376	عدم معرفة	
16.8	52	258	معرفة	
58.2				

ويتضح من جدول التصنيف السابق ما يأتي:

* إن حساسية النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب المصنفين بالمعرفة الصحيحة بلغت (16.8%).

* إن دقة النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب غير المصنفين بالمعرفة الصحيحة بلغت (88.5%).

* وبشكل عام فإن نسبة التصنيف الكلية الصحيحة والتي هي عبارة عن عدد التنبؤات الصحيحة على العدد الكلي لأفراد عينة الدراسات بلغت (58.2%).

ويوضح الجدول (3-12) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختيار Wald وقيمة الـ odds Ratio (Exp (B)) والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات، وهذه القيمة تعنى من الناحية النظرية احتمال حدوث حدث ما مقسوماً على احتمال عدم حدوثه $(P/(1-P))$ ، ومن الناحية التطبيقية فإن قيمة الـ odds Ratio تفسر فرصة حدوث حادثة ما مقارنة بحدوث نفس الحادثة للفئة المقارن بها (الفئة المرجعية).

جدول (3-12)

نتائج نموذج الانحدار اللوجيستي المتدرج لمعرفة الشباب بتنظيم الأسرة

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
العمر					
(18-19) سنة	0.470	0.202	5.424	0.020	0.600
(20-21) سنة	0.650	0.208	9.803	0.002	0.815
22 سنة فأكثر	-	-	-	-	-
الإخوة الأكبر سناً					
نعم	0.369	0.155	5.670	0.017	1.291
لا	-	-	-	-	-

					مستوى الدخل
0.324	0.021	0.656	1.435	2.343	منخفض
0.532	0.011	0.467	1.213	1.430	متوسط
-	-	-	-	-	مرتفع
					مستوى المعيشة
0.523	0.001	0.435	1.546	1.032	منخفض
0.711	0.006	0.224	2.745	1.354	متوسط
-	-	-	-	-	مرتفع
0.595	0.007	7.303	0.192	-0.519	الثابت

ومما سبق، نلاحظ أنه بعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة بمعرفة الشباب بتنظيم الأسرة، تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجيستي المتدرج لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة، وقيمة هذا التأثير ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وتشير النتائج إلى أن كلا من المتغيرات المستقلة التالية لها تأثير على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: العمر، ووجود إخوة أكبر سنا من نفس الجنس، ومستوى الدخل ومستوى المعيشة.

حيث أشارت قيمة نسبة الترجيح odds Ratio (Exp (B)) إلى أن فرصة معرفة الشباب بتنظيم الأسرة تزداد بارتفاع عمر الشباب أي أنه كلما زاد عمره كلما زادت معرفته ووعيه بموضوع تنظيم الأسرة نتيجة لزيادة علمه واحتكاكه بالآخرين، بالإضافة إلى أن فرصة معرفة الشباب الذين لديهم إخوة أكبر سنا ومن نفس الجنس تعادل مرة وثلاث فرصة معرفة الشباب الذين ليس لديهم إخوة أكبر سنا ممن نفس الجنس. وأخيرا نلاحظ أن فرصة معرفة الشباب تزداد كلما ارتفع مستوى دخلهم ومعيشتهم.

ومما سبق، يمكننا استنباط نموذج الانحدار اللوجيستي النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة على الصورة التالية:

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3 + B_4 X_4$$

$$\text{Log odds} = f(X_1, X_2, X_3, X_4)$$

حيث أن:

X_1 : العمر.

X_2 : وجود إخوة أكبر سنا.

X_3 : مستوى الدخل.

X_4 : مستوى المعيشة.

2- باستخدام انحدار كوكس:

سنتناول في هذا الجزء استخدام نموذج انحدار كوكس والذي يعتبر أحد الأساليب المستخدمة في تحليل البقاء والتي تتعامل مع الزمن في التحليل، حيث أن هذا النموذج يشترط أن يكون المتغير التابع فتكون من جزأين (متغير وصفي ثنائي + متغير الزمن يسبق حدوث الحدث).

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج انحدار كوكس والتي ثبتت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج السابق ككل الذي تم توفيقه.

جدول (3-13)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)

P-value		χ^2
0.002	3	15.381

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة مربع كاي تساوي (15.381) عند درجة حرية (3) ومستوى معنوية ($P\text{-value} = 0.002 < 0.05$)، وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توفيقه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية.

ويوضح الجدول (14-3) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة hazard Ratio (Exp(B)) والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات.

جدول (14-3)

نتائج نموذج انحدار كوكس المتدرج لمعرفة الشباب بتنظيم الأسرة

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
العمر					
(18-19) سنة	0.477	0.201	5.423	0.024	0.600
(20-21) سنة	0.655	0.211	9.802	0.001	0.815
22 سنة فأكثر	-	-	-	-	-
الإخوة الأكبر سناً					
نعم	0.368	0.159	5.671	0.016	1.292
لا	-	-	-	-	-
مستوى الدخل					
منخفض	2.311	1.432	0.642	0.022	0.321
متوسط	1.400	1.299	0.422	0.011	0.539
مرتفع	-	-	-	-	-
مستوى المعيشة					
منخفض	1.101	1.555	0.435	0.001	0.544
متوسط	1.366	2.753	0.224	0.005	0.755
مرتفع	-	-	-	-	-
الثابت	-0.519	0.192	7.303	0.007	0.595

ويتضح مما سبق، أنه بعد ما تم تحديد المتغيرات المستقلة التي تأكدت معنويتها ولها علاقة بمعرفة الشباب بتنظيم الأسرة، تم استخدام أسلوب انحدار كوكس المتدرج لمعرفة أهم المتغيرات التي لها تأثير على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة، وقيمة ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وأشارت النتائج إلى أن المتغيرات التي لها تأثير واضح على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) هي: العمر ووجود إخوة أكبر سنا ومستوى الدخل ومستوى المعيشة.

حيث أشارت قيمة $(Exp(B))$ إلى أن فرصة معرفة الشباب بتنظيم الأسرة تزداد وترتفع بارتفاع عمر الشباب، أي أنه كلما زاد عمر الشاب زادت معرفته ووعيه بموضوع تنظيم الأسرة نتيجة لزيادة وعيه ومعرفته وعلمه واحتكاكه بالآخرين. بالإضافة إلى أن فرصة معرفة الشباب الذين لديهم إخوة أكبر منهم سنا ومن نفس الجنس تعادل تقريبا مرة وثلاث فرصة معرفة الشباب الذين ليس لديهم إخوة أكبر سنا ومن نفس الجنس. وأخيرا نلاحظ أن فرصة معرفة الشباب تزداد كلما ارتفع مستوى دخلهم ومعيشتهم.

وأخيرا يمكننا استنباط نموذج انحدار كوكس النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على معرفة الشباب بتنظيم الأسرة على الصورة التالية:

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3 + B_4 X_4$$

$$\text{Log } h(t) = f(X_1, X_2, X_3, X_4)$$

حيث أن:

X_1 : العمر.

X_2 : وجود إخوة أكبر سنا.

X_3 : مستوى الدخل.

X_4 : مستوى المعيشة.

المطلب الثالث: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا

سيتم قياس تأثير المتغيرات المستقلة على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا من خلال جزأين رئيسيين هما:

أولا: قياس تأثير كل متغير على حده:

تم استخدام المتغيرات المستقلة السابق الإشارة إليها لاختبار وجود علاقة بين كل متغير على حده مع معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، وهو المتغير التابع، وذلك باختبار الفرض التالي:

الفرض العدمي: لا توجد علاقة (يوجد استقلال)

الفرض البديل: توجد علاقة (لا يوجد استقلال)

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار كاي سكوير χ^2 لاختبار وجود علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير النتائج كما هو موضح في جدول (3-15) وجود عشرة متغيرات فقط لكل منهم علاقة معنوية مع المعرفة ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، العمر، تعليم الأب، تعليم الأم، الحالة العملية للأب، وجود إخوة أكبر سنا، التواصل الأسري، مستوى الدخل، مستوى المعيشة وأخيرا مستوى السكن. أما باقي المتغيرات المستقلة فالعلاقة غير معنوية بين كل منها والمعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا.

جدول (3-15)

نتائج اختبار χ^2 بين المعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا والمتغيرات المستقلة

المتغيرات المستقلة	χ^2		P-value
النوع	3.760	1	0.004
العمر	3.884	2	0.043
مكان السكن	4.660	4	0.324
حجم الأسرة	0.277	2	0.871
تعليم الأب	2.359	5	0.018
تعليم الأم	1.788	5	0.028

0.031	1	3.454	الحالة العملية للأب
0.402	1	0.702	الحالة العملية للأم
0543	1	0.370	الحالة العملية للشباب
0.733	2	0.620	الإقامة مع الأسرة
0.900	3	0.583	الحالة الزوجية
0.624	2	0.944	الحالة التعليمية للأسرة
0.010	1	4.168	وجود إخوة أكبر سنا
0.007	1	7.377	التواصل الأسري
0.001	2	2.684	مستوى الدخل
0.002	2	0.794	مستوى المعيشة
0.011	1	2.542	مستوى السكن

ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معاً:

باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وباستخدام الأسلوب الإحصائي لإظهار أهم المتغيرات المستقلة المؤثرة على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً (المتغير التابع) والذي يأخذ أحد الرقمين:

1: المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً

0: عدم المعرفة بالأمراض المنقولة جنسياً

والمتغيرات المستقلة هي التي أظهر اختبار كاي سكوير χ^2 معنويتها (السابق الإشارة إليها)، وقد تم اعتبار الفئة الأخيرة لكل متغير هي الفئة المرجعية. وسيتم قياس هذا التأثير كالتالي:

1- باستخدام الانحدار اللوجستي:

وفي هذه المرحلة سيتم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي، حيث أن هذا النموذج يتميز بأنه لا يشترط أن تكون المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج تتبع التوزيع الطبيعي، ولا أن تكون العلاقة

بينها وبين المتغير التابع علاقة خطية، كذلك يتميز هذا الأسلوب بإمكانية تقدير احتمالات الحدوث لأي حالة من حالات المتغير التابع بالإضافة إلى تقدير كفاءة التصنيف.

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج الانحدار اللوجستي التي ثبتت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توقيفه، حيث كانت مربع كاي لدلالة الفرق بين قيمتي لوغاريتم دالة الترجيح لنموذج الانحدار اللوجستي بالمتغيرات المستقلة وبدون المتغيرات المستقلة موضع الفحص على النحو التالي:

جدول (3-16)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجستي)

P-value		χ^2
0.007	1	7.292

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة مربع كاي تساوي (7.292) عند درجة حرية (1) ومستوى معنوية يساوي (P-value = 0.007 < 0.05)، وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيفه ذو دلالة إحصائية (معنوي)، وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية في تصنيف الشباب إلى من لديهم معرفة ومن ليس لديهم معرفة.

كما بينت المتغيرات الداخلة في النموذج أنها قد فسرت حوالي (12%) من المكونات المؤثرة على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا (المتغير التابع) مجتمعة كما في الجدول التالي:

جدول (3-17): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجستي)

R^2 Nagelkerke	R^2 Cox & Snell	- 2 Log L.
0.121	0.110	459.498

وبإجراء اختبار كفاءة تصنيف النموذج، والذي يعتبر أحد طرق فحص جودة مطابقة النموذج للبيانات، أظهرت النتائج كما هو في الجدول التالي:

جدول (3-18): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجستي)

التصنيف الصحيح %	المتوقع		التصنيف	
	معرفة	عدم معرفة		
0	71	0	عدم معرفة	المشاهد
100	0	664	معرفة	
90.3				

ويتضح من جدول التصنيف السابق ما يأتي:

* إن حساسية النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب المصنفين بالمعرفة الصحيحة بلغت (100%).

* إن دقة النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب غير المصنفين بالمعرفة الصحيحة بلغت (0%).

* وبشكل عام، فإن نسبة التصنيف الكلية الصحيحة، والتي هي عبارة عن عدد من التنبؤات الصحيحة على العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة بلغت (93.3%).

ويوضح الجدول (3-19) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة الـ odds Ratio (Exp (B)) والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات، وهذه القيمة تعنى من الناحية النظرية احتمال حدوث حدث ما مقسوماً على احتمال عدم حدوثه $(P/(1-P))$ ، ومن الناحية التطبيقية فإن قيمة الـ odds Ratio تفسر فرصة حدوث حادثة ما مقارنة بحدوث نفس الحادثة للفئة المقارنة بها (الفئة المرجعية).

جدول (3-19)

نتائج نموذج الانحدار اللوجستي المتدرج لمعرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا

EXP(B)	Sig.	Wald	S.E	B	المتغير
					التواصل الأسري
2.10	0.010	6.564	0.295	0.756	نعم
-	-	-	-	-	لا
7.455	0.000	195.69	0.144	2.009	الثابت

ومما سبق نلاحظ أنه بعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة بمعرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجستي المتدرج لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، ومقدار هذا التأثير ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وتشير النتائج أن هناك متغير مستقل وحيد الذي لديه تأثير على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا ($P\text{-value} < 0.05$ ودرجة ثقة 95%) وهو التواصل الأسري.

حيث تشير النتائج أن قيمة نسبة الترجيح odds Ratio ($\text{Exp}(B)$) إلى أن فرصة معرفة الشباب الذين يتواصلون مع والديهم ويسألونهم عن هذه الأمراض لديهم فرصة تعادل تقريبا ضعفي فرصة معرفة الشباب الذين لا يتواصلون مع والديهم في هذا الموضوع.

ومما سبق، يمكننا استنباط نموذج الانحدار اللوجستي النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا على الصورة التالية:

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1$$

$$\text{Log odds} = f(X_1)$$

حيث أن:

X_1 : التواصل الأسري.

2- باستخدام انحدار كوكس:

هنا سوف نتناول استخدام نموذج انحدار كوكس والذي يعتبر من أهم الأساليب التي تستخدم تحليل البقاء والتي تتعامل مع الزمن في التحليل، وفي هذا النموذج يشترط أن يكون المتغير التابع متكون من جزأين أساسيين هما (متغير وصفي ذو حدين + متغير الزمن الذي يسبق حدوث الحدث).

ولاختبار الفرض العدمي القائل بأن عوامل نموذج انحدار كوكس والتي ثبتت معنويتها فيما سبق تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً)، لذا فقد قام الباحث من البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج السابق ككل.

جدول (3-20)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)

P-value		χ^2
0.016	1	5.810

الجدول السابق يشير إلى أن قيمة مربع كاي تساوي (5.810) عند درجة حرية (1) ومستوى معنوية ($P\text{-value} = 0.016 < 0.05$)، وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية.

الجدول (3-21) يشير إلى تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة hazard Ratio (Exp (B)) والتي تستخدم لمقارنة فئات المتغيرات بالفئة المرجعية لكل متغير.

جدول (3-21): نتائج نموذج انحدار كوكس المتدرج لمعرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسياً

EXP(B)	Sig.	Wald	S.E	B	المتغير
					التواصل الأسري
2.11	0.011	6.566	0.294	0.755	نعم
-	-	-	-	-	لا
7.459	0.000	195.67	0.143	2.008	الثابت

تشير نتائج الجدول السابق، أنه بعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة بمعرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، تم استخدام أسلوب انحدار كوكس المتدرج لمعرفة أهم المتغيرات التي لها تأثير على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، وقيمة ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وتشير النتائج إلى أن المتغير الوحيد الذي له تأثير واضح على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهو التواصل الأسري.

حيث أشارت النتائج إلى أن قيمة hazard Ratio ($\text{Exp}(B)$) إلى أن فرصة معرفة الشباب الذين يتواصلون مع والديهم تعادل تقريبا مرتين من فرصة معرفة الشباب الذين لا يتواصلون مع والديهم.

وفي النهاية يمكننا استنباط نموذج انحدار كوكس النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا على الصورة التالي:

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1$$

$$\text{Log } h(t) = f(X_1)$$

حيث أن: X_1 : التواصل الأسري.

المبحث الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية

سنتناول في هذا الجزء قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية والتي تم ذكرها سابقا وهي:

- الفحص الطبي قبل الزواج.
- الزواج المبكر للإناث.
- الحمل المبكر للإناث.
- الحمل المتأخر للإناث.

ولكي يتم قياس هذا التأثير، سيتم قياس تأثير كل متغير على حده لمعرفة أي من المتغيرات له علاقة مع قضايا الصحة الإنجابية الأربعة، وذلك قبل البدء بدراسة تأثيرها على المتغير التابع، حيث أنه لا يجوز إحصائيا دراسة تأثير متغيرات مستقلة على متغير تابع دون معرفة أي من تلك المتغيرات له علاقة بالمتغير التابع من البداية، وسيتم قياس تأثير كل متغير على حده من خلال اختبار كاي سكوير χ^2 ، ومن ثم سنتناول قياس تأثير جميع المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها معا على المتغير التابع.

وهنا يجب أن ننوه إلى نقطة هامة جدا، وهي أنه لكي يتم قياس الاتجاهات حسب طرق قياسها المعروفة يجب أن يتم تقسيم الاتجاهات حسب المقاييس التي ذكرها علماء النفس والتي تم ذكرها سابقا في الفصل الثاني من الجانب النظري من هذه الدراسة، وتعتبر طريقة ليكرت من أهم الطرق وأسهلها في دراسة وتوضيح درجة اتجاه الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، وهي تسمى أيضا بالقياس الخماسي كما سبق الإشارة إليه (أوافق بشدة، أوافق، نوعا ما، لا أوافق، لا أوافق بشدة).

ولقد أوصت بعض الدراسات السابقة بأهمية استخدام طريقة ليكرت لقياس الاتجاهات بدلا من الطريقة التي لم تتناول إلا درجتين فقط لقياس الاتجاه وهما (موافق أو غير موافق أي اتجاه إيجابي أو سلبي)، حيث أن هذه الطريقة تعبر عن كل الاتجاهات بشكل غير كافي وأنه بها قصور، فمثلا ليس معنى أن الشخص موافق على قضية معينة مثل الفحص الطبي قبل الزواج أنه سينفذ ذلك بالقطع، ولكن إذا كان الرأي أوافق بشدة فإن احتمالات التنفيذ تكون كبيرة أن احتمالات الممارسة كبيرة وهي المرحلة الأخيرة من مراحل السلوك في العلوم السكانية.

لذلك وبناء على ما سبق، نلاحظ أن المتغير التابع في حالة الاتجاهات يكون خماسي أي خمس فئات وليس ثنائي كما في متغير المعرفة، لذا في هذه الحالة يجب توضيح انه لا يجوز استخدام أسلوب انحدار كوكس في هذه الحالة لأنه يشترط أن يكون المتغير التابع ثنائي، وهذا الشرط ينطبق على الانحدار اللوجستي إلا أن هذا الأسلوب يتميز بأنه إذا كان المتغير التابع متعدد أي أكثر من حدين فإن هناك بديل داخل هذا الأسلوب وهو الانحدار اللوجستي المتعدد والذي يعتبر أحد أهم مميزات أسلوب الانحدار اللوجستي بأنه يتعامل مع جميع حالات المتغير التابع الوصفي، حيث أن هذه الميزة لا توجد في أسلوب انحدار كوكس.

وأخيراً، وبناء على ما ذكر سابقاً لكي يتم إجراء المقارنة بين نموذج الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس والتي تعتبر هي المحور الرئيسي في هذه الدراسة، يجب تحويل وتحويل المتغير التابع المتعدد إلى متغير تابع ثنائي لإجراء المقارنة بشكل صحيح حيث أن الانحدار اللوجستي يحتاج إلى أن يكون المتغير التابع ثنائي، أما انحدار كوكس فيشترط أن يكون المتغير التابع ثنائي بالإضافة إلى أن يكون هناك متغير زمني، وأقترح الباحث لحل مشكلة الزمن لدراسة الاتجاهات باستخدام انحدار كوكس أن تكون بدايته بعد مرحلة المعرفة، أي أنه يبدأ من العمر 18 سنة وينتهي عند إبداء اتجاهه نحو قضايا الصحة الإنجابية المقترحة، لذا تم تحويل المتغير التابع لكي يكون على الشكل التالي (اتجاه إيجابي، اتجاه سلبي)، ومتغير الزمن تم حسابه ما بين العمر 18 سنة (بداية مرحلة تكوين الاتجاهات) والعمر الحالي للشباب.

وبناء على ما سبق، فإننا سوف نتناول في هذا المبحث النقاط التالية:

المطلب الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج.

المطلب الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث.

المطلب الثالث: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث.

المطلب الرابع: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث.

المطلب الأول: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج

سيتم قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج من خلال جزأين هما:

أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده:

تم استخدام المتغيرات المستقلة السابق الإشارة إليها لاختبار وجود علاقة بين كل متغير على حده مع اتجاه الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج وهو المتغير التابع، وذلك باختبار الفرض التالي:

الفرض العدمي: لا توجد علاقة (يوجد استقلال)

الفرض البديل: توجد علاقة (لا يوجد استقلال)

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار كاي سكوير χ^2 لاختبار وجود علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير النتائج كما هو موضح في الجدول (3-22) إلى وجود أحد عشر متغيراً فقط لكل منهم علاقة معنوية مع الاتجاه ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، العمر، حجم الأسرة، تعليم الأب، تعليم الأم، الحالة التعليمية للأسرة، وجود إخوة أكبر سناً، مستوى الدخل، مستوى المعيشة. أما باقي المتغيرات المستقلة فالعلاقة غير معنوية بين كل منها والاتجاه نحو الفحص الطبي قبل الزواج.

جدول (3-22)

اختبار χ^2 بين الاتجاه نحو الفحص الطبي قبل الزواج والمتغيرات المستقلة

المتغيرات المستقلة	χ^2		P-value
النوع	0.384	1	0.003
العمر	5.465	2	0.001
مكان السكن	5.926	4	0.321
حجم الأسرة	.385	2	0.021
تعليم الأب	8.615	5	0.011
تعليم الأم	2.745	5	0.001
الحالة العملية للأب	0.269	1	0.000

0.000	1	2.236	الحالة العملية للأم
0.311	1	1.764	الحالة العملية للشباب
0.531	2	1.182	الإقامة مع الأسرة
0.421	3	0.927	الحالة الزوجية
0.041	2	0.644	الحالة التعليمية للأسرة
0.031	1	0.582	وجود إخوة أكبر سنا
0.001	2	12.302	مستوى الدخل
0.002	2	12.872	مستوى المعيشة
0.717	1	0.324	مستوى السكن

ثانيا: قياس تأثير جميع المتغيرات معا:

باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وباستخدام الأسلوب الإحصائي لإظهار أهم المتغيرات المستقلة المؤثرة على اتجاه الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج (المتغير التابع) والذي يأخذ أحد الرقمين:

1: اتجاه إيجابي نحو الفحص الطبي قبل الزواج

0: اتجاه سلبي نحو الفحص الطبي قبل الزواج

والمتغيرات المستقلة هي التي أظهر اختبار كاي سكوير χ^2 معنويتها (السابق الإشارة إليها)، وقد تم اعتبار الفئة الأخيرة لكل متغير هي الفئة المرجعية. وسيتم قياس هذا التأثير كالتالي:

1- باستخدام الانحدار اللوجستي:

وفي هذه المرحلة سيتم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي، حيث أن هذا النموذج يتميز بأنه لا يشترط أن تكون المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج تتبع التوزيع الطبيعي، ولا أن تكون العلاقة بينها وبين المتغير التابع علاقة خطية كذلك يتميز هذا الأسلوب بإمكانية تقدير احتمالات الحدوث لأي حالة من حالات المتغير التابع بالإضافة إلى تقدير كفاءة التصنيف.

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج الانحدار اللوجستي التي ثبتت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توقيفه، حيث كانت مربع كاي لدلالة الفرق بين قيمتي لوغاريتم دالة التوزيع لنموذج الانحدار اللوجستي بالمتغيرات المستقلة وبدون المتغيرات المستقلة موضع الفحص على النحو التالي:

جدول (3-23)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجستي)

P-value		χ^2
0.033	35	46.481

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة مربع كاي تساوي (46.481) عند درجة حرية (35) ومستوى معنوية يساوي ($P\text{-value} = 0.033 < 0.05$) وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيفه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية في تصنيف الشباب إلى من لديهم اتجاه إيجابي واتجاه سلبي.

كما بينت المتغيرات الداخلة في النموذج قد فسرت حوالي (40%) من المكونات المؤثرة على اتجاه الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج (المتغير التابع) مجتمعة كما في الجدول التالي:

جدول (3-24)

تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجستي)

R^2 Nagelkerke	R^2 Cox & Snell	- 2 Log L.
0.399	0.361	716.081

وبإجراء اختبار كفاءة تصنيف النموذج، والذي يقصد به فحص جودة مطابقة النموذج للبيانات، أظهرت النتائج كما هو في الجدول التالي:

جدول (3-25)

كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)

التصنيف الصحيح %	المتوقع		التصنيف	
	اتجاه إيجابي	اتجاه سلبي		
0	12	0	اتجاه سلبي	المشاهد
99.9	722	1	اتجاه إيجابي	
98.1				

ويتضح من جدول التصنيف السابق ما يأتي:

* إن حساسية النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب المصنفين بالاتجاه الإيجابي بلغت 0%.

* إن دقة النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب غير المصنفين بالاتجاه الإيجابي وبلغت 99.9%.

* وبشكل عام، فإن نسبة التصنيف الكلية الصحيحة، والتي هي عبارة عن عدد التنبؤات الصحيحة على العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة بلغت 98.1%.

ويوضح الجدول (3-26) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة الـ $[\exp(B) odds Ratio]$ والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات، وهذه القيمة تعنى من الناحية النظرية احتمال حدوث حدث ما مقسوماً على احتمال عدم حدوثه $[P/(1 - P)]$ ، ومن الناحية التطبيقية فإن قيمة الـ odds Ratio تفسر فرصة حدوث حادثة ما مقارنة بحدوث نفس الحادثة للفئة المقارن بها (الفئة المرجعية).

الجدول (3-26)

نتائج نموذج الانحدار اللوجيستي لاتجاه الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
النوع					
ذكر	0.773	0.787	0.964	0.026	0.766
أنثى	-	-	-	-	-
العمر					
18-19 سنة	0.245	1.324	0.034	0.043	0.278
20-21 سنة	-1.542	1.222	1.591	0.007	0.514
22 سنة فأكثر	-	-	-	-	-
مستوى الدخل					
منخفض	-1.540	1.625	0.898	0.043	0.214
متوسط	0.140	1.187	0.014	0.006	0.451
مرتفع	-	-	-	-	-
مستوى المعيشة					
منخفض	-19.095	4.385	0.341	0.006	0.483
متوسط	-17.613	4.384	0.531	0.007	0.793
مرتفع	-	-	-	-	-
الثابت	49.038	4.602	0.539	0.891	3.213

نلاحظ مما سبق أنه بعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة باتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج، تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجيستي لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج، وقيمة هذا التأثير ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وقد أشارت النتائج إلى أن كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، العمر، مستوى الدخل، مستوى المعيشة.

وتشير النتائج إلى أن قيمة نسبة التريج $odds Ratio (\exp(B))$ إلى أن الإناث أكثر إيجابية نحو الفحص الطبي قبل الزواج، حيث أن الاتجاهات الإيجابية لدى الذكور بلغت تقريبا ثلاثة أرباع الاتجاهات الإيجابية لدى الإناث. وأن اتجاهات الشباب الإيجابية نحو الفحص الطبي قبل الزواج تزداد بارتفاع العمر، بالإضافة إلى أن الاتجاهات الإيجابية لدى الشباب تزداد بارتفاع مستوى الدخل ومستوى المعيشة.

وبناء على ما سبق فإن نموذج الانحدار اللوجستي النهائي لدراسة أهم العوامل المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج على الصورة التالية:

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3 + B_4 X_4$$

$$\text{Log odds} = f(X_1, X_2, X_3, X_4)$$

حيث أن:

X_1 : النوع.

X_2 : العمر.

X_3 : مستوى الدخل.

X_4 : مستوى المعيشة.

2- استخدام انحدار كوكس:

في هذا الجزء سنركز على استخدام نموذج انحدار كوكس والذي يعتبر أحد الأساليب الأساسية في تحليل البقاء والتي تتعامل مع الزمن في التحليل، حيث أن هذا النموذج يشترط أن يكون المتغير التابع يتكون من جزأين (متغير وصفي ثنائي + متغير الزمن الذي يسبق حدوث الحدث).

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج انحدار كوكس والتي ثبت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توقيفه.

جدول (3-27)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)

P-value		χ^2
0.000	35	674.237

ويشير الجدول السابق إلى أن قيمة مربع كاي تساوي (674.237) عند درجة حرية (35) ومستوى معنوية ($P\text{-value} = 0.000 < 0.05$)، وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيفه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية.

ويوضح الجدول (3-28) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة hazard Ratio (exp (B)) والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات.

جدول (3-28)

نتائج نموذج انحدار كوكس لاتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج

EXP(B)	Sig.	Wald	S.E	B	المتغير
					النوع
0.895	0.002	1.778	0.83	-0.111	ذكر
-	-	-	-	-	أنثى
					مستوى الدخل
0.824	0.004	1.196	0.177	-0.193	منخفض
0.952	0.005	0.153	0.127	-0.493	متوسط
-	-	-	-	-	مرتفع

الجدول السابق يوضح أنه بعد أن تم تحديد المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة باتجاه الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج، قد تم استخدام أسلوب انحدار كوكس لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج وقيمة هذا التأثير ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وقد أشارت النتائج إلى كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، مستوى الدخل.

حيث أشارت النتائج إلى أن قيمة hazard Ratio ($\exp(B)$) إلى أن الإناث أكثر إيجابية من الذكور نحو الفحص الطبي قبل الزواج، وأن اتجاهات الشباب الإيجابية تزداد بارتفاع مستوى الدخل الأسري.

وبناء على ما سبق، يمكننا استنباط نموذج انحدار كوكس النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الفحص الطبي قبل الزواج على الشكل التالي:

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + B_2 X_2$$

$$\text{Log } h(t) = f(X_1, X_2)$$

حيث أن:

X_1 : النوع.

X_2 : مستوى الدخل.

المطلب الثاني: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الزواج المبكر للإناث

سيتم قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الزواج المبكر للإناث من خلال جزأين رئيسيين هما:

أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده:

تم استخدام المتغيرات المستقلة السابق الإشارة إليها لاختبار وجود علاقة بين كل متغير على حده مع اتجاه الشباب نحو الزواج المبكر للإناث وهو المتغير التابع، وذلك باختبار الفرض التالي:

الفرض العدمي: لا توجد علاقة (يوجد استقلال)

الفرض البديل: توجد علاقة (لا يوجد استقلال)

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار كاي سكوير χ^2 لاختبار وجود علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير النتائج كما هو موضح في الجدول (3-29) وجود أحد عشر متغيراً فقط لكل منهم علاقة معنوية مع الاتجاه ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، مكان السكن، حجم الأسرة، تعليم الأب، تعليم الأم، الحالة التعليمية للشباب، الحالة التعليمية للأسرة، وجود إخوة أكبر سناً، مستوى الدخل، مستوى المعيشة. أما باقي المتغيرات المستقلة فالعلاقة غير معنوية بين كل منها والاتجاه نحو الزواج المبكر للإناث.

الجدول (3-29)

اختبار χ^2 بين الاتجاه نحو الزواج المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة

المتغيرات المستقلة	χ^2	1	P-value
النوع	20.190	1	0.000
العمر	2.327	2	0.121
مكان السكن	7.867	4	0.019
حجم الأسرة	1.168	2	0.001
تعليم الأب	6.966	5	0.000
تعليم الأم	5.274	5	0.000
الحالة العملية للأب	5.532	1	0.111

0.041	1	0.193	الحالة العملية للأم
0.000	1	8.183	الحالة العملية للشباب
0.731	2	2.039	الإقامة مع الأسرة
0.235	3	4.450	الحالة الزوجية
0.001	2	0.785	الحالة التعليمية للأسرة
0.013	1	0.438	وجود إخوة أكبر سنا
0.003	2	13.049	مستوى الدخل
0.000	2	10.687	مستوى المعيشة
0.463	1	0.555	مستوى السكن

ثانيا: قياس تأثير جميع المتغيرات معا:

باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وباستخدام الأسلوب الإحصائي المناسب لإظهار أهم المتغيرات المستقلة المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث (المتغير التابع) والذي يأخذ أحد الرقمين:

1: اتجاه إيجابي نحو الزواج المبكر للإناث

0: اتجاه سلبي نحو الزواج المبكر للإناث

والمتغيرات المستقلة هي التي أظهر اختبار كاي سكوير² معنويتها (السابق الإشارة إليها)، وقد تم اعتبار الفئة الأخيرة لكل متغير هي الفئة المرجعية. وسيتم قياس هذا التأثير كالتالي:

1- باستخدام الانحدار اللوجستي:

وفي هذه المرحلة سيتم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي، حيث أن هذا النموذج يتميز بأنه لا يشترط أن تكون المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج تتبع التوزيع الطبيعي، ولا أن تكون العلاقة بينها وبين المتغير التابع علاقة خطية كذلك يتميز هذا الأسلوب بإمكانية تقدير احتمالات الحدوث لأي حالة من حالات المتغير التابع بالإضافة إلى تقدير كفاءة التصنيف.

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج الانحدار اللوجستي التي ثبتت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توفيقه، حيث كانت مربع كاي لدلالة الفرق بين قيمتي لوغاريتم دالة الترجيح لنموذج الانحدار اللوجستي بالمتغيرات المستقلة وبدون المتغيرات المستقلة موضع الفحص على النحو التالي:

جدول (3-30)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجستي)

P-value		χ^2
0.002	35	631.189

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة إحصاء مربع كاي تساوي (631.189) عند درجة حرية (35) ومستوى معنوية يساوي (P-value = 0.002 < 0.05) وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توفيقه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية في تصنيف الشباب إلى من لديهم اتجاه إيجابي واتجاه سلبي.

كما بينت المتغيرات الداخلة في النموذج قد فسرت حوالي (52%) من المكونات المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث (المتغير التابع) مجتمعة كما في الجدول التالي:

جدول (3-31): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجستي)

R^2 Nagelkerke	R^2 Cox & Snell	- 2 Log L.
0.521	0.482	770.508

وبإجراء اختبار كفاءة تصنيف النموذج، والذي يقصد به فحص جودة مطابقة النموذج للبيانات، أظهرت النتائج كما هو في الجدول التالي:

جدول (3-32): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجستي)

التصنيف الصحيح %	المتوقع		التصنيف	
	اتجاه إيجابي	اتجاه سلبي	المشاهد	
7.5	173	14	اتجاه سلبي	
97.3	533	15	اتجاه إيجابي	
74.4				

ويتضح من جدول التصنيف السابق ما يأتي:

* إن حساسية النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب المصنفين بالاتجاه الإيجابي بلغت 97.3%.

* إن دقة النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب غير المصنفين بالاتجاه الإيجابي وبلغت 7.5%.

* وبشكل عام، فإن نسبة التصنيف الكلية الصحيحة، والتي هي عبارة عن عدد التنبؤات الصحيحة على العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة بلغت 74.4%.

ويوضح الجدول (3-33) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة الـ $odds\ Ratio [exp(B)]$ والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات، وهذه القيمة تعنى من الناحية النظرية احتمال حدوث حدث ما مقسوماً على احتمال عدم حدوثه $[P/(1 - P)]$ ، ومن الناحية التطبيقية فإن قيمة الـ $odds\ Ratio$ تفسر فرصة حدوث حادثة ما مقارنة بحدوث نفس الحادثة للفئة المقارن بها (الفئة المرجعية).

جدول (3-33)

نتائج نموذج الانحدار اللوجستي لاتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
النوع					
ذكر	-0.949	0.212	20.020	0.000	0.387
أنثى	-	-	-	-	-
مكان السكن					
شمال غزة	-1.316	0.672	3.838	0.010	0.268
غزة	-1.282	0.646	3.944	0.041	0.577
الوسطى	1.616	0.674	5.749	0.017	0.399
خانيونس	1.241	0.683	3.303	0.39	0.489
رفح	-	-	-	-	-
تعليم الأب					
أمي	-0.193	-1.074	0.032	0.006	0.412
ابتدائي	0.116	0.551	0.045	0.033	0.482
إعدادي	-0.417	0.309	1.821	0.018	0.608
ثانوي	0.117	0.252	0.215	0.043	0.641
دبلوم	-0.104	0.294	0.125	0.023	0.798
جامعي فأكثر	-	-	-	-	-
تعليم الأم					
أمية	-0.115	0.702	0.027	0.010	0.412
ابتدائي	0.393	0.530	0.550	0.046	0.482
إعدادي	0.505	0.376	0.026	0.015	0.608
ثانوي	0.273	0.297	0.846	0.036	0.641
دبلوم	0.094	0.371	0.864	0.005	0.798
جامعي فأكثر	-	-	-	-	-
مستوى الدخل					
منخفض	0.061	0.410	0.022	0.002	0.629

متوسط	-0.024	0.303	0.116	0.036	0.776
مرتفع	-	-	-	-	-
مستوى المعيشة					
منخفض	-1.143	0.522	0.029	0.029	0.319
متوسط	-0.722	0.439	0.002	0.002	0.486
مرتفع	-	-	-	-	-
الثابت	2.048	0.807	3.579	0.523	1.493

ومن الجدول السابق، وبعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة باتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث، تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجيستي لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث، وقيمة هذا التأثير ومدى تغيره في فئات المتغيرات المستقلة.

و أشارت النتائج إلى أن كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، مكان السكن، تعليم الأب، تعليم الأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة.

حيث أشارت النتائج إلى أن قيمة نسبة الترجيح $(\exp(B))\text{odds Ratio}$ إلى أن الإناث لها اتجاهات إيجابية أكثر من الذكور نحو الزواج المبكر للإناث، بالإضافة إلى أن الشباب الذين يقيمون في مدينة غزة لديهم اتجاهات إيجابية أكثر من الشباب الذين يقيمون في مدينة رفح ثم يليها محافظة خانينونس ثم الوسطى ثم شمال غزة، وهذا يعود إلى نسبة وجود سكان المخيمات وأهل القرى المتفاوتة في المحافظات نظرا لاختلاف ثقافتهم وعاداتهم وتقاليدهم، ومن ثم نرى بأن اتجاهات الشباب تزداد إيجابية نحو الزواج المبكر للإناث بارتفاع المستوى التعليمي للأب والأم، وأخيرا فإن اتجاهات الشباب أيضا تزداد إيجابية نحو الزواج المبكر للإناث بارتفاع المستوى الاقتصادي للأسرة من حيث مستوى الدخل الأسري ومستوى المعيشة.

وبناء على ما سبق فإن نموذج الانحدار اللوجيستي النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث على الصورة التالية:

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3 + B_4 X_4 + B_5 X_5 + B_6 X_6$$

$$\text{Log odds} = f(X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6)$$

حيث أن:

X_1 : النوع.

X_2 : مكان السكن.

X_3 : تعليم الأب.

X_4 : تعليم الأم.

X_5 : مستوى الدخل.

X_6 : مستوى المعيشة.

2- باستخدام انحدار كوكس:

وفي هذا الجزء سيتم التركيز على استخدام نموذج انحدار كوكس والذي يعتبر أهم أساليب تحليل البقاء والتي تعتمد على الزمن في تحليلها، حيث أن هذا النموذج يشترط أن يكون المتغير التابع متكون من جزأين (متغير وصفي ثنائي القيمة + متغير الزمن الذي يسبق حدوث الحدث).

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج انحدار كوكس والتي ثبت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توفيقه.

جدول (3-34)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)

P-value		χ^2
0.000	35	533.994

ويتضح من الجدول السابق إلى أن قيمة مربع كاي تساوي (533.994) عند درجة حرية (35) ومستوى معنوية ($P\text{-value} = 0.000 < 0.05$)، وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيفه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل أيضا على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية.

ويوضح الجدول (3-35) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة (exp (B)) والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات.

جدول (3-35)

نتائج نموذج انحدار كوكس لاتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث

EXP(B)	Sig.	Wald	S.E	B	المتغير
					النوع
0.733	0.001	10.970	0.094	-0310	ذكر
-	-	-	-	-	أنثى
					تعليم الأم
0.301	0.045	0.445	0.395	0.263	أمي
0.392	0.035	0.891	0.279	0.264	ابتدائي
0.423	0.027	1.241	0.181	0202	إعدادي
0.476	0.040	0.715	0.142	0.120	ثانوي
0.695	0.012	0.159	0.190	-0.076	دبلوم
-	-	-	-	-	جامعي فأكثر
					مستوى الدخل
0.859	0.005	0.549	0.205	-0.152	منخفض
0.952	0.033	0.117	0.195	-0.050	متوسط
-	-	-	-	-	مرتفع

ومما سبق، نلاحظ أنه بعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها، لها علاقة باتجاه الشباب نحو الزواج المبكر للإناث، تم استخدام أسلوب انحدار كوكس لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث، وقيمة ومدى هذا التأثير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وأشارت النتائج أن كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، تعليم الأم، مستوى الدخل.

حيث أشارت قيمة $(\exp(B))$ إلى أن الإناث لديهم اتجاهات إيجابية أكثر من الذكور، بالإضافة إلى أن اتجاهات الشباب الإيجابية تزداد بارتفاع مستوى التعليم للأم، وأخيرا ومن الاتجاهات الإيجابية للشباب نحو الزواج المبكر للإناث تزداد بارتفاع مستوى الدخل.

وبناء على ما سبق، يمكننا استنباط نموذج انحدار كوكس النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم المتغيرات المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث على الشكل التالي:

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3$$

$$\text{Log } h(t) = f(X_1, X_2, X_3)$$

حيث أن:

X_1 : النوع.

X_2 : تعليم الأم.

X_3 : مستوى الدخل.

المطلب الثالث: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الحمل المبكر للإناث

سيتم قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الحمل المبكر للإناث من خلال جزأين رئيسيين هما:

أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده:

تم استخدام المتغيرات المستقلة السابق الإشارة إليها لاختبار وجود علاقة بين كل متغير على حده مع اتجاه الشباب نحو الحمل المبكر للإناث وهو المتغير التابع، وذلك باختبار الفرض التالي:

الفرض العدمي: لا توجد علاقة (يوجد استقلال)

الفرض البديل: توجد علاقة (لا يوجد استقلال)

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار كاي سكوير χ^2 لاختبار وجود علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير النتائج كما هو موضح في الجدول (3-36) وجود أحد ستة متغيرات فقط لكل منهم علاقة معنوية مع الاتجاه ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، مكان السكن، تعليم الأب، تعليم الأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة. أما باقي المتغيرات المستقلة فالعلاقة غير معنوية بين كل منها والاتجاه نحو الحمل المبكر للإناث.

جدول (3-36)

اختبار χ^2 بين الاتجاه نحو الحمل المبكر للإناث والمتغيرات المستقلة

المتغيرات المستقلة	χ^2	P-value
النوع	1.045	0.002
العمر	3.675	0.121
مكان السكن	8.618	0.001
حجم الأسرة	1.471	0.062
تعليم الأب	2.025	0.000
تعليم الأم	4.472	0.000
الحالة العملية للأب	0.387	0.341

0.625	1	0.223	الحالة العملية للأم
0.143	1	3.581	الحالة العملية للشباب
0.353	2	4.146	الإقامة مع الأسرة
0.421	3	6.250	الحالة الزوجية
0.621	2	3.733	الحالة التعليمية للأسرة
0.611	1	0.446	وجود إخوة أكبر سنا
0.001	2	10.271	مستوى الدخل
0.000	2	9.716	مستوى المعيشة
0.321	1	3.343	مستوى السكن

ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معاً:

باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وباستخدام الأسلوب الإحصائي المناسب لإظهار أهم المتغيرات المستقلة المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث (المتغير التابع) والذي يأخذ أحد الرقمين:

1: اتجاه إيجابي نحو الحمل المبكر للإناث

0: اتجاه سلبي نحو الحمل المبكر للإناث

والمتغيرات المستقلة هي التي أظهر اختبار كاي سكوير χ^2 معنويتها (السابق الإشارة إليها)، وقد تم اعتبار الفئة الأخيرة لكل متغير هي الفئة المرجعية. وسيتم قياس هذا التأثير كالتالي:

1- باستخدام الانحدار اللوجستي:

وفي هذه المرحلة سيتم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي، حيث أن هذا النموذج يتميز بأنه لا يشترط أن تكون المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج تتبع التوزيع الطبيعي، ولا أن تكون العلاقة بينها وبين المتغير التابع علاقة خطية كذلك يتميز هذا الأسلوب بإمكانية تقدير احتمالات الحدوث لأي حالة من حالات المتغير التابع بالإضافة إلى تقدير كفاءة التصنيف.

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج الانحدار اللوجستي التي ثبتت معنويتها سابقاً تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على اتجاهات

الشباب نحو الحمل المبكر للإناث)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توقيفه، حيث كانت مربع كاي لدلالة الفرق بين قيمتي لوغاريتم دالة التوزيع لنموذج الانحدار اللوجيستي بالمتغيرات المستقلة وبدون المتغيرات المستقلة موضع الفحص على النحو التالي:

جدول (3-37)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجيستي)

P-value		χ^2
0.004	35	38.511

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة مربع كاي تساوي (38.511) عند درجة حرية (35) ومستوى معنوية يساوي ($P\text{-value} = 0.004 < 0.05$) وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيفه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية في تصنيف الشباب إلى من لديهم اتجاهات إيجابية وسلبية.

كما بينت المتغيرات الداخلة في النموذج قد فسرت حوالي (27%) من المكونات المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث (المتغير التابع) مجتمعة كما في الجدول التالي:

جدول (3-38): تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجيستي)

R^2 Nagelkerke	R^2 Cox & Snell	- 2 Log L.
0.270	0.251	933.346

وبإجراء اختبار كفاءة تصنيف النموذج، والذي يقصد به فحص جودة مطابقة النموذج للبيانات، أظهرت النتائج كما هو في الجدول التالي:

جدول (3-39): كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)

التصنيف الصحيح %	المتوقع		التصنيف	
	اتجاه إيجابي	اتجاه سلبي	اتجاه سلبي	المشاهد
15.6	232	43	اتجاه سلبي	
92.2	424	36	اتجاه إيجابي	
63.5				

ويتضح من جدول التصنيف السابق ما يأتي:

* إن حساسية النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب المصنفين بالاتجاهات الإيجابية بلغت 92.2%.

* إن دقة النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب غير المصنفين بالاتجاهات الإيجابية بلغت 15.6%.

* وبشكل عام، فإن نسبة التصنيف الكلية الصحيحة، والتي هي عبارة عن عدد التنبؤات الصحيحة على العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة بلغت 63.5%.

ويوضح الجدول (3-40) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة الـ $odds Ratio [exp(B)]$ والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات، وهذه القيمة تعنى من الناحية النظرية احتمال حدوث حدث ما مقسوماً على احتمال عدم حدوثه $[P/(1 - P)]$ ، ومن الناحية التطبيقية فإن قيمة الـ $odds Ratio$ تفسر فرصة حدوث حادثة ما مقارنة بحدوث نفس الحادثة للفئة المقارن بها (الفئة المرجعية).

جدول (3-40)

نتائج نموذج الانحدار اللوجستي لاتجاه الشباب نحو الحمل المبكر للإناث

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
النوع					
ذكر	-0.071	0.176	0.163	0.002	0.531
أنثى	-	-	-	-	-
مكان السكن					
شمال غزة	-1.181	0.489	5.823	0.016	0.307
غزة	-0.865	0.463	3.493	0.016	0.521
الوسطى	-0.629	0.504	1.559	0.012	0.233
خانيونس	-1.137	0.502	5.134	0.023	0.409
رفح	-	-	-	-	-
تعليم الأم					
أمية	-0.425	0.682	0.388	0.033	0.654
ابتدائي	-0.267	0.483	0.306	0.012	0.765
إعدادي	-0.127	0.324	0.153	0.016	0.881
ثانوي	0.105	0.258	0.165	0.042	0.911
دبلوم	0.130	0.336	0.150	0.025	0.932
جامعي فأكثر	-	-	-	-	-
مستوى الدخل					
منخفض	0.361	0.368	2.595	0.002	0.561
متوسط	-0.232	0.265	0.768	0.038	0.793
مرتفع	-	-	-	-	-
مستوى المعيشة					
منخفض	-0.401	0.435	0.852	0.036	0.669
متوسط	-0.011	0.338	0.661	0.029	0.886
مرتفع	-	-	-	-	-
الثابت	2.765	0.138	3.208	0.955	1.236

مما سبق نلاحظ أنه بعد تحديد المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة باتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث، تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجستي لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث، وقيمة ومدى هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وأشارت النتائج إلى أن كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، مكان السكن، تعليم الأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة.

حيث أشارت قيمة نسبة الترجيح إلى أن الإناث لديهن إيجابية أكثر من الذكور نحو الحمل المبكر للإناث، وأن الشباب الذين يقيمون في غزة أكثر إيجابية نحو الحمل المبكر للإناث من الشباب الذين يقيمون في محافظة رفح، ويليهما محافظة خان يونس ثم شمال غزة و ثم الوسطى. بالإضافة إلى أن اتجاهات الشباب الإيجابية تزداد بارتفاع المستوى التعليمي للأم، وأخيرا فإن الاتجاهات الإيجابية للشباب نحو الحمل المبكر للإناث تزداد بارتفاع المستوى الاقتصادي من حيث مستوى الدخل ومستوى المعيشة.

وبناء على ما سبق، يمكننا استنباط نموذج الانحدار اللوجستي النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث على الصورة التالية:

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log odds} = B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3 + B_4 X_4 + B_5 X_5$$

$$\text{Log odds} = f(X_1, X_2, X_3, X_4, X_5)$$

حيث أن:

X_1 : النوع.

X_2 : مكان السكن.

X_3 : تعليم الأم.

X_4 : مستوى الدخل.

X_5 : مستوى المعيشة.

2- استخدام انحدار كوكس:

سنركز في هذا الجزء على استخدام نموذج انحدار كوكس والذي يعتبر أحد الأساليب الأساسية في تحليل البقاء والتي تتعامل مع الزمن في التحليل، حيث أن هذا النموذج يشترط أن يكون المتغير التابع يتكون من جزأين (متغير وصفي ثنائي القيمة + متغير الزمن الذي يسبق حدوث الحدث).

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج انحدار كوكس والتي ثبت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توفيقه.

جدول (3-41)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)

P-value		χ^2
0.000	35	460.829

ويشير الجدول السابق إلى أن قيمة مربع كاي تساوي (460.829) عند درجة حرية (35) ومستوى معنوية ($P\text{-value} = 0.000 < 0.05$) وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توفيقه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية.

ويوضح الجدول (3-42) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة (exp (B)) والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات.

جدول (3-42)

نتائج نموذج انحدار كوكس لاتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
النوع					
ذكر	-0.140	0.103	1.850	0.037	0.369
أنثى	-	-	-	-	-
تعليم الأم					
أمية	0.210	0.405	0.268	0.045	0.233
ابتدائي	0.121	0.314	0.148	0.005	0.282
إعدادي	0.020	0.203	0.010	0.022	0.420
ثانوي	0.093	0.155	0.355	0.015	0.497
دبلوم	-0.067	0.203	0.109	0.041	0.553
جامعي فأكثر	-	-	-	-	-
مستوى المعيشة					
منخفض	-0.080	0.264	0.090	0.036	0.355
متوسط	0.026	0.200	0.017	0.035	0.621
مرتفع	-	-	-	-	-

مما سبق نلاحظ أنه بعد معرفة المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها، لها علاقة باتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث، تم استخدام أسلوب انحدار كوكس لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث، وقيمة ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وأشارت النتائج إلى كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، تعليم الأم، مستوى المعيشة.

حيث أشارت النتائج إلى أن قيمة (exp (B)) إلى أن الإناث لديهن اتجاهات إيجابية أكثر من الذكور نحو الحمل المبكر للإناث، وأن اتجاهات الشباب الإيجابية نحو الحمل المبكر للإناث تزداد بارتفاع المستوى التعليمي للأم، وأخيرا فإن اتجاهات الشباب الإيجابية تزداد بارتفاع مستوى المعيشة.

ومما سبق، يمكننا استنباط نموذج انحدار كوكس النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث على الصورة التالي:

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3$$

$$\text{Log } h(t) = f(X_1, X_2, X_3)$$

حيث أن:

X_1 : النوع.

X_2 : تعليم الأم

X_3 : مستوى المعيشة.

المطلب الرابع: قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث

سيتم قياس تأثير المتغيرات المستقلة على اتجاه الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث من خلال

جزأين رئيسيين هما:

أولاً: قياس تأثير كل متغير على حده:

تم استخدام المتغيرات المستقلة السابق الإشارة إليها لاختبار وجود علاقة بين كل متغير على

حده مع اتجاه الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث وهو المتغير التابع، وذلك باختبار الفرض التالي:

الفرض العدمي: لا توجد علاقة (يوجد استقلال)

الفرض البديل: توجد علاقة (لا يوجد استقلال)

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار كاي سكوير χ^2 لاختبار وجود علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير النتائج كما هو موضح في الجدول (3-43) وجود خمسة متغيرات فقط لكل منهم علاقة معنوية مع الاتجاه ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، تعليم الأم، الحالة العملية للأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة. أما باقي المتغيرات المستقلة فالعلاقة غير معنوية بين كل منها والاتجاه نحو الحمل المتأخر للإناث.

جدول (3-43)

اختبار كاي سكوير χ^2 بين الاتجاه نحو الحمل المتأخر للإناث والمتغيرات المستقلة

المتغيرات المستقلة	χ^2		P-value
النوع	2.706	1	0.000
العمر	3.568	2	0.321
مكان السكن	4.640	4	0.545
حجم الأسرة	0.289	2	0.091
تعليم الأب	7.449	5	0.891
تعليم الأم	5.147	5	0.013
الحالة العملية للأب	1.716	1	0.621
الحالة العملية للأم	0.374	1	0.015
الحالة العملية للشباب	0.140	1	0.881
الإقامة مع الأسرة	0.450	2	0.381
الحالة الزوجية	2.108	3	0.754
الحالة التعليمية للأسرة	2.978	2	0.681
وجود إخوة أكبر سنا	0.318	1	0.915
مستوى الدخل	8.423	2	0.003
مستوى المعيشة	9.689	2	0.001
مستوى السكن	1.760	1	0.059

ثانياً: قياس تأثير جميع المتغيرات معاً:

باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وباستخدام الأسلوب الإحصائي المناسب لإظهار أهم المتغيرات المستقلة المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث (المتغير التابع) والذي يأخذ أحد الرقمين:

1: اتجاه إيجابي نحو الحمل المتأخر للإناث

0: اتجاه سلبي نحو الحمل المتأخر للإناث

والمتغيرات المستقلة هي التي أظهر اختبار كاي سكوير χ^2 معنويتها (السابق الإشارة إليها)، وقد تم اعتبار الفئة الأخيرة لكل متغير هي الفئة المرجعية. وسيتم قياس هذا التأثير كالتالي:

1- باستخدام الانحدار اللوجستي:

وفي هذه المرحلة سيتم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي، حيث أن هذا النموذج يتميز بأنه لا يشترط أن تكون المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج تتبع التوزيع الطبيعي، ولا أن تكون العلاقة بينها وبين المتغير التابع علاقة خطية كذلك يتميز هذا الأسلوب بإمكانية تقدير احتمالات الحدوث لأي حالة من حالات المتغير التابع بالإضافة إلى تقدير كفاءة التصنيف.

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج الانحدار اللوجستي التي ثبتت معنويتها سابقاً تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توفيقه، حيث كانت مربع كاي لدلالة الفرق بين قيمتي لوغاريتم دالة الترتيب لنموذج الانحدار اللوجستي بالمتغيرات المستقلة وبدون المتغيرات المستقلة موضع الفحص على النحو التالي:

جدول (3-44)

اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار لوجيستي)

P-value		χ^2
0.028	35	39.434

ويتضح من الجدول السابق إلى أن قيمة مربع كاي تساوي (39.434) عند درجة حرية (35) ومستوى معنوية ($P\text{-value} = 0.028 < 0.05$) وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توقيفه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية في تصنيف الشباب إلى من لديهم اتجاهات إيجابية وسلبية.

كما بينت المتغيرات الداخلة في النموذج قد فسرت حوالي (27%) من المكونات المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث (المتغير التابع) مجتمعة كما في الجدول التالي:

جدول (3-45)

تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج (انحدار لوجيستي)

R^2 Nagelkerke	R^2 Cox & Snell	- 2 Log L.
0.273	0.252	878.717

وبإجراء اختبار كفاءة تصنيف النموذج، والذي يقصد به فحص جودة مطابقة النموذج للبيانات، أظهرت النتائج كما هو في الجدول التالي:

جدول (3-46)

كفاءة تصنيف النموذج (انحدار لوجيستي)

التصنيف الصحيح %	المتوقع		التصنيف	
	اتجاه إيجابي	اتجاه سلبي	اتجاه سلبي	المشاهد
10.3	209	24	اتجاه سلبي	
97.2	488	14	اتجاه إيجابي	
69.7				

ويتضح من جدول التصنيف السابق ما يأتي:

* إن حساسية النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب المصنفين بالاتجاهات الإيجابية بلغت 97.2%.

* إن دقة النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التنبؤات الصحيحة في مجموعة الشباب غير المصنفين بالاتجاهات الإيجابية بلغت 10.3%.

* وبشكل عام، فإن نسبة التصنيف الكلية الصحيحة، والتي هي عبارة عن عدد التنبؤات الصحيحة على العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة بلغت 69.7%.

ويوضح الجدول (3-47) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة الـ $odds Ratio [exp(B)]$ والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات، وهذه القيمة تعنى من الناحية النظرية احتمال حدوث حدث ما مقسوماً على احتمال عدم حدوثه $[P/(1 - P)]$ ، ومن الناحية التطبيقية فإن قيمة الـ $odds Ratio$ تفسر فرصة حدوث حادثة ما مقارنة بحدوث نفس الحادثة للفئة المقارن بها (الفئة المرجعية).

جدول (3-47)

نتائج نموذج الانحدار اللوجستي لاتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
النوع					
ذكر	-0.230	0.184	1.556	0.012	0.695
أنثى	-	-	-	-	-
تعليم الأم					
أمية	0.112	0.725	0.024	0.004	0.118
ابتدائي	1.205	0.577	4.358	0.037	0.335
إعدادي	0.162	0.334	0.236	0.027	0.476
ثانوي	0.306	0.264	1.347	0.025	0.581
دبلوم	0.385	0.353	1.189	0.028	0.693

جامعي فأكثر	-	-	-	-	-
مستوى الدخل					
منخفض	0.217	0.378	0.330	0.006	0.242
متوسط	0.114	0.271	0.170	0.003	0.421
مرتفع	-	-	-	-	-
مستوى المعيشة					
منخفض	-0.636	0.468	1.850	0.017	0.529
متوسط	-0.436	0.363	1.440	0.023	0.647
مرتفع	-	-	-	-	-
الثابت	1.157	0.348	2.771	0.580	1.852

مما سبق نلاحظ أنه بعد تحديد المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها، لها علاقة باتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث، تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجيستي لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث، وقيمة ومدى تغير هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وأشارت النتائج إلى كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: النوع، تعليم الأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة.

حيث أشارت قيمة نسبة الترتيح ($\exp(B)$) إلى أن الإناث لديهن اتجاهات إيجابية نحو الحمل المتأخر للإناث أكثر من الذكور، وأن اتجاهات الشباب الإيجابية نحو الحمل المتأخر تزداد بارتفاع المستوى التعليمي للأم، وأخيرا فإن الاتجاهات الإيجابية للشباب تزداد بارتفاع المستوى الاقتصادي للشباب من حيث مستوى الدخل ومستوى المعيشة.

وبناء على ما سبق، يمكننا استنباط نموذج الانحدار اللوجيستي النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث على الصورة التالية:

$$\begin{aligned} \text{Log odds} &= B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_p X_p \\ \text{Log odds} &= B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3 + B_4 X_4 \\ \text{Log odds} &= f(X_1, X_2, X_3, X_4) \end{aligned}$$

حيث أن: X_1 : النوع. X_2 : تعليم الأم . X_3 : مستوى الدخل. X_4 : مستوى المعيشة.**2- استخدام انحدار كوكس:**

سنركز في هذا الجزء على استخدام نموذج انحدار كوكس والذي يعتبر أحد الأساليب المستخدمة في تحليل البقاء والتي تتعامل مع الزمن في التحليل، حيث أن هذا النموذج يشترط أن يكون المتغير التابع مكون من جزأين (متغير وصفي ثنائي القيمة + متغير الزمن الذي يسبق حدوث الحدث).

ولاختبار الفرض العدمي والذي ينص على أن عوامل نموذج انحدار كوكس والتي ثبت معنويتها سابقا تساوي الصفر (أي لا يوجد تأثير للمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث)، قام الباحث في البداية باختبار الدلالة الإحصائية للتحقق من ملائمة النموذج ككل الذي تم توفيقه.

جدول (3-48): اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج ككل (انحدار كوكس)

P-value		χ^2
0.000	35	489.444

ويشير الجدول السابق إلى أن قيمة مربع كاي تساوي (489.444) عند درجة حرية (35) ومستوى معنوية ($P\text{-value} = 0.000 < 0.05$) وهذا يعني أن النموذج الإحصائي الذي تم توفيقه ذو دلالة إحصائية (معنوي) وهذا يدل على أن المتغيرات الموجودة في النموذج لها أهمية وتأثير ومساهمة ذات دلالة إحصائية.

ويوضح الجدول (3-49) تقديرات معالم النموذج والخطأ المعياري ودرجة المعنوية للعوامل، بالإضافة إلى اختبار Wald وقيمة (exp (B)) والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية بالفئات الأخرى لكل متغير من المتغيرات.

جدول (3-49)

نتائج نموذج انحدار كوكس لاتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث

المتغير	B	S.E	Wald	Sig.	EXP(B)
تعليم الأم					
أمية	0.369	0.378	0.954	0.033	0.446
ابتدائي	0.508	0.269	3.577	0.029	0.662
إعدادي	0.084	0.195	0.186	0.029	0.745
ثانوي	0.138	0.151	0.829	0.036	0.783
دبلوم	0.011	0.194	0.003	0.032	0.811
جامعي فأكثر	-	-	-	-	-
مستوى المعيشة					
منخفض	-0.691	0.212	0.183	0.007	0.513
متوسط	-0.662	0.153	0.102	0.019	0.585
مرتفع	-	-	-	-	-

مما سبق نلاحظ أنه بعد تحديد المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها ولها علاقة باتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث، تم استخدام أسلوب انحدار كوكس لمعرفة أي من هذه المتغيرات له تأثير على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث، وقيمة ومدى هذا التأثير في فئات المتغيرات المستقلة.

وأشارت النتائج إلى كلا من المتغيرات التالية لها تأثير على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث ($P\text{-value} < 0.05$ وبدرجة ثقة 95%) وهي: تعليم الأم، مستوى الدخل.

وأشارت قيمة (exp (B)) إلى أن اتجاهات الشباب الإيجابي نحو الحمل المتأخر ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي للأم، بالإضافة إلى أن اتجاهات الشباب الإيجابية تزداد بارتفاع مستوى الدخل الأسري.

وبناء على ما سبق، يمكننا استنباط نموذج انحدار كوكس النهائي الذي تم توفيقه لدراسة أهم العوامل المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو الحمل المتأخر للإناث على الصورة التالية:

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + \dots + B_p X_p$$

$$\text{Log } h(t) = B_1 X_1 + B_2 X_2$$

$$\text{Log } h(t) = f(X_1, X_2)$$

حيث أن:

X_1 : تعليم الأم.

X_2 : مستوى الدخل.

الخلاصة:

من خلال إجراء المقارنة بين تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج الانحدار كوكس لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإنجابية وهي (مظاهر البلوغ، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة جنسيا) فقد توصلت الدراسة إلى أن هناك تماثل في نتائج تطبيق النموذجين كالتالي:

1- الاختبار المعني بجودة ملائمة النموذج الكلي في النموذجين معنوي.

2- المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها في كلا النموذجين ولها تأثير على معرفة الشباب:

- مظاهر البلوغ: النوع، تعليم الأب، التواصل الأسري، مستوى الدخل.
- تنظيم الأسرة: العمر، وجود إخوة أكبر سنا، مستوى الدخل، مستوى المعيشة.
- الأمراض المنقولة جنسيا: التواصل الأسري.

3- إذا كانت الفترة الزمنية للمتابعة خمس سنوات فأقل للوصول إلى المعرفة الصحيحة عند استخدام نموذج انحدار كوكس، فإن النتائج التي يتم الحصول عليها تكون مماثلة لنتائج استخدام نموذج الانحدار اللوجستي من حيث:

- معاملات الانحدار المقدرة.
- تقدير الخطأ المعياري.
- قيمة اختبار Wald.
- قيمة $\text{Exp}(B)$.

أما عند إجراء المقارنة بين تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي، ونموذج انحدار كوكس لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية وهي (الفحص الطبي قبل الزواج، الزواج المبكر للإناث، الحمل المتأخر للإناث). فقد توصلت الدراسة على أن هناك اختلاف في نتائج تطبيق النموذجين كالتالي:

1- المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنوياتها ولها تأثير على اتجاهات الشباب هي كالتالي:

المتغيرات المستقلة التي لها تأثير		الاتجاهات
انحدار كوكس	الانحدار اللوجستي	
النوع، مستوى الدخل	النوع، العمر، مستوى الدخل، مستوى المعيشة	الفحص الطبي قبل الزواج
النوع، تعليم الأم، مستوى الدخل	النوع، مكان السكن، تعليم الأم، تعليم الأب، مستوى الدخل، مستوى المعيشة	الزواج المبكر للإناث
النوع، تعليم الأم، مستوى المعيشة	النوع، مكان السكن، تعليم الأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة	الحمل المبكر للإناث
تعليم الأم، مستوى الدخل	النوع، تعليم الأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة	الحمل المتأخر للإناث

ومن الجدول السابق نلاحظ أن هناك اختلاف في نتائج تطبيق النموذجين.

2- إذا كانت الفترة الزمنية للمتابعة أكثر من خمس سنوات للوصول إلى الاتجاهات الإيجابية عند استخدام نموذج انحدار كوكس، فإن النتائج التي يتم الحصول عليها تكون مختلفة لنتائج استخدام نموذج الانحدار اللوجستي من حيث:

- معاملات الانحدار المقدر.

- تقدير الخطأ المعياري.

- قيمة اختبار Wald.

- قيمة $\text{Exp}(B)$.

خاتمة الدراسة

أتى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد بالقاهرة عام 1994 (ICPD) بمفهوم الصحة الإنجابية كمدخل لحل المشكلة السكانية التي تتمثل في النمو السكاني السريع وذلك بعد أن كان مفهوم تنظيم الأسرة سائدا منذ منتصف القرن الماضي، وقد خاطب هذا المفهوم الفرد باعتباره هو المستهدف وذلك لتحسين نوعية حياته وجعل الاختبار الحر هو أساس الممارسة في مجال الإنجاب، وقد أورد برنامج عمل المؤتمر عدد من الحقوق الإنجابية التي تعتبر من حقوق الإنسان ويجب على الدول أن تكفلها الأفراد.

وتعنى الصحة الإنجابية بالفرد طوال حياته إلا أن مرحلة الشباب هي أهم المراحل التي يتعرض فيها الفرد للعديد من المخاطر التي تهدد صحته الإنجابية، فالشباب هم في سن المراهقة التي تتميز بالنشاط الجنسي كما أنها في مرحلة ما قبل الزواج أو فترة الزواج الأولى لذا فإنه يجب أن يتمتعوا بحياة جنسية وإنجابية آمنة، هذا بالإضافة إلى أن الصحة الإنجابية هي جزء من الصحة العامة والتي يجب أن تكفلها الدولة للشباب بصفتهم عماد المجتمع وحملة المسؤولية في المستقبل.

ولم يكن الشباب فيما يبق محورا للبحوث والدراسات السكانية حيث كان الاهتمام يتركز على الفئات التي تتعرض لمعدلات وفيات عالية مثل الأطفال وخاصة الرضع منهم أما الشباب فهم أقل فئات المجتمع تعرضا للوفاة، أما في الوقت الحالي فقد حدثت توجهات عالمية ومحلية بالاهتمام بالشباب باعتبارهم ركيزة التنمية في أي دولة لذا يجب إعدادهم صحيا وثقافيا واجتماعيا وسياسيا لتحمل المسؤولية وقيادة مجالات العمل المختلفة، ومن هنا فقط أصبح الشباب محورا هاما في الدراسات والبحوث.

وإذا كان الهدف هو حماية الشباب من المخاطر التي تهدد صحته الإنجابية فلا بد إذن من ممارسة سليمة لكافة أمور الصحة الإنجابية لكي نضمن ذلك لا بد أن تتوافر المرحلتين السابقتين للممارسة وهما:

1- المعرفة الصحيحة.

2- الاتجاهات الإيجابية.

وقد اعتمد الباحث في التحليل الإحصائي على المقارنة بين نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج انحدار كوكس، حيث أن هذان النموذجان يتفقان مع طبيعة بيانات الدراسة، وذلك للوصول إلى أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، وقد كانت المتغيرات المستقلة عددها 17 متغير، وكان المتغير التابع وصفي ثنائي القيمة (معرفة صحيحة، عدم معرفة / اتجاه إيجابي، اتجاه سلبي) لكل من قضايا الصحة الإنجابية.

وقد رأى الباحث ضرورة تناول عددا من الموضوعات المرتبطة بهذه الدراسة وهي:

1- مفهوم الصحة الإنجابية والشباب: من حيث تطور مفهوم تنظيم الأسرة على مفهوم الصحة الإنجابية ثم دراسة نقدية للتعريفات المختلفة للصحة الإنجابية وعناصرها ومحدداتها وبعض الملاحظات حول هذا المفهوم، ومن ثم تناولها ماهية مفهوم الشباب الذي يعتبر المحور الأساس في الدراسة باعتبارهم العنصر المراد استقصاءه للتعرف على مدى معرفتهم واتجاهاتهم نحو قضايا الصحة الإنجابية.

2- السلوك في العلوم السلوكية والعلوم السكانية: من حيث دراسة مراحل السلوك في كل منها مع إجراء مقارنة بينهما.

3- المعرفة والاتجاه: من حيث إلقاء الضوء على جوانب كل من المعرفة والاتجاه، ودراسة معرفة واتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية.

4- الصحة الإنجابية وعلاقتها بالتنمية: من حيث التطرق إلى دراسة العلاقة بين الصحة الإنجابية والتنمية بأشكالها المختلفة.

5- نموذج الدراسة المقترح، من حيث وضع الإطار العام للمتغيرات المستقلة والتي من المتوقع أن يكون لها تأثير على المتغيرات التابعة.

6- وأخيرا مقارنة بين نموذجي الانحدار اللوجستي وانحدار كوكس، من حيث تطبيق هذين النموذجين للوصول على أهم العوامل المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية.

- 1- لا يوجد مسح قومي شامل عن معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية بحيث يمثل مجتمع الشباب في فلسطين بكل فئاته.
- 2- لا يوجد إطار محدد لعناصر المعرفة التي يجب أن يلم بها الشباب في موضوعات الصحة الإنجابية المختلفة وذلك في المسوح التي أجريت .
- 3- تركز غالبية المسوح في مجال تنظيم الأسرة على المعرفة بالوسائل في حين أن التركيز يجب أن ينصب أساسا على المعرفة الصحيحة بمفهوم تنظيم الأسرة ذاته والتي بموجبها يتكون الاتجاه الإيجابي ثم الممارسة السليمة.
- 4- تعريفات الصحة الإنجابية إما واسعة وإما قاصرة، وقد تم تقديم تعريف مبسط ومحدد لها وهو تعريف الدكتور عزت الشيشيني وهو(الصحة الإنجابية هي سلامة الأعضاء التناسلية بهدف حمايتها من العنف لو التشويه وسلامة العملية الجنسية بهدف التمتع بحياة جنسية آمنة وسلامة العملية الإنجابية بهدف إنجاب وليد ممتع بالصحة مع الحفاظ على سلامة الأم).
- 5- مفهوم الصحة الإنجابية الوارد في برنامج عمل (ICPD) لا يتفق مع القيم الدينية والثقافية في فلسطين فيما يتعلق بالتمتع بالجنس الآمن والذي يجب أن يتم في الإطار الشرعي (بين الزوجين) وليس للأفراد بصفة عامة.
- 6- الصحة الإنجابية تعنى بالأفراد بصفة عامة ذكورا وإناثا وفي جميع مراحل العمر المختلفة.
- 7- تنظيم الأسرة لا يعتبر عنصرا من عناصر الصحة الإنجابية كما ورد في جميع الكتابات ولكنه يعتبر عنصرا من عناصر رعاية أو تحسين هذه الصحة.
- 8- عناصر الصحة الإنجابية ثلاثة فقط هي : سلامة الأعضاء التناسلية وسلامة العملية الجنسية وسلامة العملية الإنجابية.
- 9- السلوك في كل من العلوم السلوكية والدراسات السكانية (KAP Studies) يتكون من مراحل ثلاثة هي: المرحلة الأولى (استقبال المعلومات - المعرفة) والثالثة (التصرف - الممارسة) متفقان تماما، أما في المرحلة الثانية في العلوم السلوكية وتتكون من ستة عمليات ذهنية هي الإدراك والتفكير والتعليم وتكوين الاتجاه والدافعية واتخاذ القرار أما في الدراسات السكانية تتكون من واحدة منها وهي تكوين الاتجاه ويفسر ذلك بسهولة قياسه إحصائيا بالإضافة إلى انه حصيلة هذه العمليات السلوكية.

10- توجد علاقة تبادلية بين الصحة والتنمية وان تحسين صحة الأفراد تعتبر احد المرتكزات الهامة للتنمية البشرية، بالإضافة إلى أنها ترتبط ارتباطاً مباشراً بتحقيق أهداف التنمية في الألفية الثالثة.

11- توجد علاقة تبادلية بين خصائص الصحة الإنجابية للشباب وانتشار الفقر. وتعتبر الصحة الإنجابية جزء لا يتجزأ من عملية التنمية، والاستثمار في الشباب في المجالات المتعلقة بهم وخاصة الصحة الإنجابية سيؤدي إلى توفير فرص حقيقية للتنمية المستدامة وسد منافذ الفقر.

12- يجب الاهتمام بالشباب من خلال الاستفادة من مفاهيم نظرية الاستثمار البشري في تغيير سلوك الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، وذلك بالتركيز على عمليتي التعليم والتدريب الموجهتين للشباب بهدف تدعيم سلوكهم الايجابي وتغيير سلوكهم الخاطيء تجاه قضايا الصحة الإنجابية، وعليه يكون تغيير سكاني للأفضل ومن ثم تنمية مستدامة.

13- اقترح نموذج لدراسة أهم العوامل الديموغرافية والاقتصادية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية، ولقد تم اختيار متغيرات اقتصادية لأول مرة تستخدم في مثل هذه الدراسات من خلال تقسيمها إلى مستويات مختلفة للتعبير عن الحالة والوضع الاقتصادي للشباب في الأراضي الفلسطينية.

14- إجراء مقارنة بين نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج انحدار كوكس، ومن أهم أوجه الشبه: طبيعة النموذج وأداة التفسير واختبار جودة توفيق النموذج الكلي والفترة الزمنية للدراسة إذا كانت أقل من خمس سنوات. ومن أهم أوجه الاختلاف : المتغير التابع وطريقة تقدير معاملات الانحدار وظاهرة الاختفاء للمفردات والفترة الزمنية إذا كانت أكثر من خمس سنوات .

15- وجود قصور شديد في معرفة الشباب الصحيحة بمفهوم الصحة الإنجابية، حيث أشارت النتائج إلى أن 83.3% من الشباب سمعوا عن مصطلح الصحة الإنجابية، وهذا يؤكد على ان الشباب لم يعرفوا مفهوم الصحة الإنجابية حق المعرفة بل كانوا على سماع بهذا المفهوم وهذا يؤكد عجز برامج التوعية والإرشاد إلى توصيل المعلومات الكاملة للشباب لكي يتحول سماعهم بهذا المفهوم إلى معرفة صحيحة به.

16- وجود قصور في معرفة الشباب بمظاهر البلوغ قبل وصولهم لسن البلوغ، حيث بلغت نسبة الذين ليس لديهم معرفة 22.7%، وهذا لا يتناسب مع أهمية هذا الموضوع. وقد كان مصدرهم الرئيسي في المعلومات عن مظاهر البلوغ هو الأصدقاء.

17- وجود قصور شديد في معرفة الشباب بتنظيم الأسرة، حيث 17% من الشباب لا يعرفون تنظيم الأسرة على الإطلاق، 36.1% من الشباب لديهم معرفة خاطئة عن تنظيم الأسرة، وهذا لا يتناسب مع أهمية هذا الموضوع سواء بالنسبة للصحة الإنجابية للشباب أو بالنسبة لهدف الدولة في خفض معدل النمو السكاني. وقد كان مصدر معلوماتهم الرئيسي حول موضوع تنظيم الأسرة هو المدرسة.

18- وجود قصور شديد في معرفة الشباب بالأمراض المنقولة جنسيا، وتبين أن الشباب ليس لديهم معلومات عن تلك الأمراض وعن جوانبها الأربعة، لذا نؤكد هنا أن الشباب لا يعرفون الأمراض المنقولة جنسيا بل سمعوا بها من خلال مصادر المعلومات المتعددة، وقد أشارت النتائج إلى أن مصدر معلوماتهم الرئيسي عن الأمراض المنقولة جنسيا هو المدرسة. وقد أشارت النتائج إلى أن 93.9% من الشباب سمعوا عن الأمراض المنقولة جنسيا وأن 95% منهم يعرفون مرض الإيدز بشكل عام بينما 17% يعرفون مرض الزهري و 14.8% يعرفون مرض السيلان.

19- هناك اتجاها إيجابيا بالنسبة للشباب في عينة الدراسة نحو الفحص الطبي قبل الزواج حيث يرى أغلبية الشباب (98.4%) أهمية هذا الفحص، إلا أننا نجد أن هناك تناقضا في آراء الشباب اتجاه زواج الأقارب حيث تشير النتائج إلى أن 43.1% من الشباب مترددون ما بين الموافقة أو الرفض على زواج الأقارب بالإضافة إلى أن 17.7% من الشباب يوافقون على زواج الأقارب.

20- وجود اتجاهات إيجابية ولكن ليست بالمرتفعة في اتجاهات الشباب نحو الزواج المبكر للإناث حيث لا يوافق 74.5% من الشباب على هذا الزواج في حين 11.5% لهم اتجاهات سلبية ويؤيدون ويوافقون على هذا الزواج بينما تردد 14% منهم في الموافقة أو عدمها على هذا الزواج المبكر.

21- أن اتجاهات الشباب نحو الحمل المبكر للإناث هي اتجاهات إيجابية حيث أن 62.6% من الشباب لا يوافقون على الحمل المبكر للإناث، وتعد هذه النسبة قليلة نوعا ما، وهذا يعود إلى النقص في التوعية والإرشاد لدى الشباب من مخاطر الحمل المبكر للإناث.

22- تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن 68.2% من الشباب اتجاهاتهم إيجابية نحو الحمل المتأخر للإناث، في حين 24.5% من الشباب مترددون تجاه هذه القضية، بينما 7.4% من الشباب

موافقون على الحمل المتأخر، ومع ذلك تعتبر هذه النسبة عالية والأمر يحتاج إلى مزيد من الجهد لتكون اتجاهات جميع الشباب ايجابية في هذا الموضوع.

23- من خلال إجراء المقارنة بين تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج الانحدار كوكس لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة الشباب ببعض قضايا الصحة الإنجابية وهي (مظاهر البلوغ، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة جنسياً) فقد توصلت الدراسة إلى أن هناك تماثل في نتائج تطبيق النموذجين كالتالي:

أ- الاختبار المعني بجودة ملائمة النموذج الكلي في النموذجين معنوي.

ب- المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنويتها في كلا النموذجين ولها تأثير على معرفة الشباب:

- مظاهر البلوغ: النوع، تعليم الأب، التواصل الأسري، مستوى الدخل.

- تنظيم الأسرة: العمر، وجود إخوة أكبر سناً، مستوى الدخل، مستوى المعيشة.

- الأمراض المنقولة جنسياً: التواصل الأسري.

ج- إذا كانت الفترة الزمنية للمتابعة خمس سنوات فأقل للوصول إلى المعرفة الصحيحة عند استخدام نموذج انحدار كوكس، فإن النتائج التي يتم الحصول عليها تكون مماثلة لنتائج استخدام نموذج الانحدار اللوجستي من حيث:

- معاملات الانحدار المقدرة.

- تقدير الخطأ المعياري.

- قيمة اختبار Wald.

- قيمة $Exp(B)$.

24- من خلال إجراء المقارنة بين تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي، ونموذج انحدار كوكس لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية وهي (الفحص الطبي قبل الزواج، الزواج المبكر للإناث، الحمل

المتأخر للإناث). فقد توصلت الدراسة على أن هناك اختلاف في نتائج تطبيق النموذجين كالتالي:

أ- الاختبار المعنى بجودة ملائمة النموذج الكلي في النموذجين معنوي.

ب- المتغيرات المستقلة التي ثبتت معنوياتها ولها تأثير على اتجاهات الشباب هي كالتالي:

المتغيرات المستقلة التي لها تأثير		الاتجاهات
انحدار كوكس	الانحدار اللوجيستي	
النوع، مستوى الدخل	النوع، العمر، مستوى الدخل، مستوى المعيشة	الفحص الطبي قبل الزواج
النوع، تعليم الأم، مستوى الدخل	النوع، مكان السكن، تعليم الأم، تعليم الأب، مستوى الدخل، مستوى المعيشة	الزواج المبكر للإناث
النوع، تعليم الأم، مستوى المعيشة	النوع، مكان السكن، تعليم الأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة	الحمل المبكر للإناث
تعليم الأم، مستوى الدخل	النوع، تعليم الأم، مستوى الدخل، مستوى المعيشة	الحمل المتأخر للإناث

ومن الجدول السابق نلاحظ أن هناك اختلاف في نتائج تطبيق النموذجين.

ج- إذا كانت الفترة الزمنية للمتابعة أكثر من خمس سنوات للوصول إلى الاتجاهات الإيجابية عند استخدام نموذج انحدار كوكس، فإن النتائج التي يتم الحصول عليها تكون مختلفة لنتائج استخدام نموذج الانحدار اللوجيستي من حيث:

- معاملات الانحدار المقدرة.

- تقدير الخطأ المعياري.

- قيمة اختبار Wald.

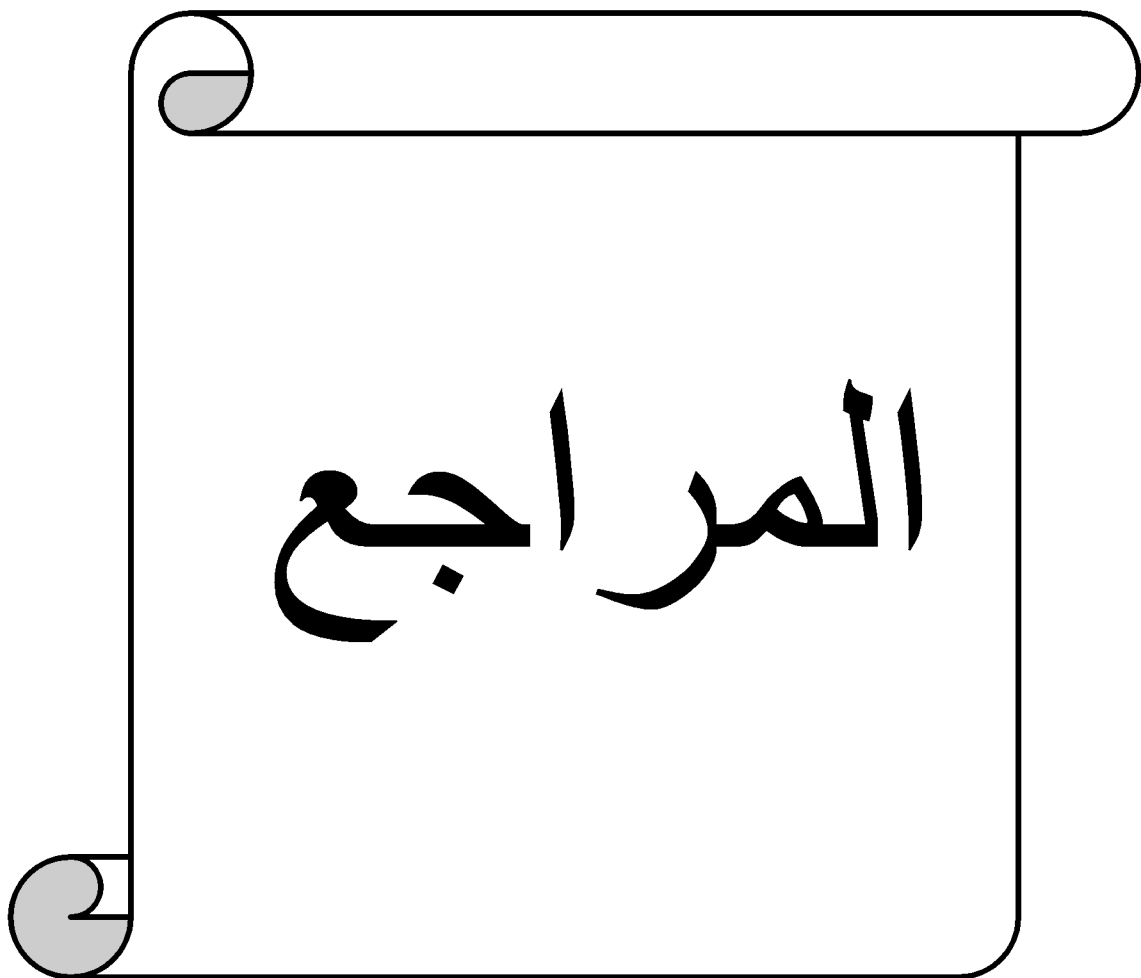
- قيمة $\text{Exp}(B)$.

التوصيات:

- 1- إجراء مسح قومي يمثل شباب فلسطين بكل فئاته لقياس المعرفة والاتجاهات نحو الصحة الإنجابية لاستكشاف مواطن القصور حتى يمكن وضع إستراتيجية شاملة لبرامج توعية الشباب في هذه المجالات .
- 2- أن تتضمن المسوح المعنية بالمعرفة بأي موضوع من موضوعات الصحة الإنجابية كافة عناصر المعرفة الخاصة بالموضوع والتي تغطي كافة جوانبه حتى تتضح أوجه القصور المطلوب تغطيتها.
- 3- إلا تقتصر المسوح المعنية بمعرفة تنظيم الأسرة على المعرفة بالوسائل ولا بد من التركيز على المعرفة الصحيحة بمفهوم تنظيم الأسرة ذاته.
- 4- إعطاء الاهتمام الكافي بتوعية الشباب بكافة أمور الصحة الإنجابية خاصة التي أظهرت الدراسة وجود قصور في معرفتها (مفهوم الصحة الإنجابية، مظاهر البلوغ، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة جنسيا).
- 5- زيادة الجهد المبذول والتوعية والإرشاد للشباب من مخاطر الزواج المبكر وزواج الأقارب والحمل المبكر والمتأخر للإناث لتكون اتجاهات جميع الشباب ايجابية .
- 6- تصميم برامج توعية الشباب حسب نتائج الدراسة من أثر العوامل الاقتصادية والديموغرافية على كل من المعرفة والاتجاهات نحو قضايا الصحة الإنجابية.
- 7- تقوية دور الأسرة في توعية أبنائها من الشباب في كافة الأمور المتعلقة بصحتهم الإنجابية حتى نضمن توصيل المعلومة الصحيحة وفي الوقت المناسب وذلك عن طريق إعداد أفراد الأسرة خاصة الأبوين بوضع البرامج اللازمة لتثقيفهم وتأهيلهم بهذا الدور.
- 8- تقوية دور المدرسة في مجال توعية الطلاب بأمور صحتهم الإنجابية لما للمدرسة من تأثير تربوي في تكوين الاتجاهات الايجابية وذلك عن طريق تضمين المناهج بهذه الأمور وأيضا بإعداد تأهيل القائمين على التدريس بهذا الدور.
- 9- رقابة الكتب والمجلات الخاصة التي تتناول موضوعات الصحة الإنجابية حتى نضمن ألا تكون أسلوب التسويق والإثارة التي تتبعها على حساب توصيل المعلومات الصحيحة.
- 10- إشراك الشباب في برامج التوعية الخاصة بالشباب في مجالات الصحة الإنجابية وذلك بعد تدريبهم وإعدادهم بمعرفة الخبراء والمتخصصين.

11- تنفيذ برامج توعية الشباب بالصحة الإيجابية في الأماكن التي يفضلونها وهي النوادي ومراكز الشباب والمدارس والجامعات.

مع التأكيد بأن هذه التوصيات لا يمكن تنفيذها إلا إذا توفر لها الالتزام السياسي، مع اشتراك كافة المعنيين والقطاعات واحترام الخصوصيات الثقافية والدينية للمنطقة ، بالإضافة إلى توفير الموارد واستخدامها حسب الأولويات الوطنية في مجال الصحة الجنسية والإيجابية للشباب.



أولاً: المراجع العربية

- إسماعيل، محمد، (2001). «تحليل الانحدار الخطي»، الرياض: معهد الادارة العامة، السعودية.
- الأمم المتحدة، (1995). "المؤتمر الدولي للسكان والتنمية"، الأمم المتحدة، نيويورك، أمريكا.
- الأنصاري، عيسى، (2008). "من هم الشباب"، صحيفة اليوم، السعودية.
- الجضعي، خالد، (2005). «تقنيات صنع القرارات - تطبيقات حاسوبية»، الجزء الأول، دار الأصحاب للنشر، الرياض، السعودية.
- الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة ومفوضية الأمم المتحدة للاجئين، (1995). "تقرير عن الصحة الإنجابية للاجئات الصوماليات بمصر"، القاهرة، مصر.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، (2002). "الصحة الإنجابية للنساء في المحميات الفلسطينية"، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، (2004). "مسح الشباب 2003"، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، (2005). "الشباب في الأراضي الفلسطينية حقائق وأرقام"، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله، فلسطين.
- الحميد، عبد الواحد، (1996). "استثمار في أمة"، مجلة المعرفة، وزارة المعارف، الرياض السعودية.
- الرماني، زيد، (1999). "البعد البشري للتنمية: رؤية اقتصادية"، دراسات اقتصادية، السلسلة العلمية لجمعية الاقتصاد السعودية، المجلد الثاني، السعودية.
- السكري، عادل، (1999). "نظرية المعرفة في سماء الفلسفة الى سماء المدرسة"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- السلمي، علي، (1973). "السلوك الإنساني في الإدارة"، دار المعارف للنشر، القاهرة، مصر.
- السلمي، علي، (1978). "تحليل النظم السلوكية"، مكتبة غريب، القاهرة، مصر.
- الشيشيني، عزت، (2000). "أثر العوامل السكانية والاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية في مصر"، معهد البحوث والدراسات الإحصائية، جامعة القاهرة، مصر.
- الصباغ، عماد، (2002). "إدارة المعرفة ودورها في إرساء أسس مجتمع المعلومات العربي"، المجلة العربية للمعلومات، المجلد الثالث والعشرون، العدد الثاني، تونس.

- الصلاحي، أحمد، (2003). "السياسة السكانية والصحة الإنجابية"، _____، اليمن.
- العرقوبي، محمد، (2004). "ورقة عمل بعنوان الشباب في المجتمع الفلسطيني رؤيا واقع وأرقام"، وزارة الصحة الفلسطينية، رام الله، فلسطين.
- العفيفي، رياض، (2003). "دراسة تحليلية لبعض الدراسات المتعلقة بمشاكل الشباب في الفئة العمرية (15-25) سنة واحتياجاتهم من المعرفة والإرشاد في قضايا الصحة الإنجابية والجنسية في فلسطين"، وزارة الصحة الفلسطينية، رام الله، فلسطين.
- العفيفي، محمد، العفيفي، رياض، (2005). "واقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية"، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله، فلسطين.
- الفسفوس، عدنان، (2006). "أساليب تعديل السلوك الإنساني"، السلسلة الإرشادية رقم 2، رام الله، فلسطين.
- الكبيسي، صلاح الدين، (2005). "إدارة المعرفة"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.
- المجلس القومي للسكان، (1998). "دراسة المعرفة والاتجاهات والممارسات للصحة الإنجابية بين الشباب في محافظة أسيوط"، القاهرة، مصر.
- المركز الديموغرافي بالقاهرة، (1997). "مؤشرات مقترحة للصحة الإنجابية مع التركيز على حالة مصر"، القاهرة، مصر.
- المصري، منذر، (2003). "اقتصاديات التعليم والتدريب المهني"، دار الكتب الوطنية، بنغازي، ليبيا.
- المفرجي، عادل حرموش، أحمد، علي صالح، (2003). "رأس المال الفكري وطرق قياسه وأساليب المحافظة عليه"، ديناميك للطباعة، القاهرة، مصر.
- انجلز، نادية، (2007). "اقتراح حول سياسة عامة خاصة بقطاع الشباب في محافظة رام الله والبيرة"، مركز بيان للبحوث والإنماء، رام الله، فلسطين.
- باجات، رابي، (2003). "الاختلافات الثقافية في نقل المعرفة الخاصة بالمنظمات عبر الحدود"، الإدارة العامة، معهد الإدارة العامة في الرياض، المجلد الثالث والأربعون، العدد الأول، السعودية.
- بديل، (2002). "اللاجئون المهجرون الفلسطينيون/مسح شامل 2002"، المركز الفلسطيني لمصادر حقوق المواطنين واللاجئين، رام الله، فلسطين.

- تويم، ناصر، (2009). "الألم والأمل في رأس المال البشري"، الجمعية السعودية للإدارة، السعودية.
- تيشوري، عبد الرحمن، (2005). "دور التعليم في مسيرة التطوير الحديث"، المعهد الوطني للإدارة العامة، السعودية.
- جامعة الدول العربية، (2007). "قمة الخرطوم 2006"، منتدى جامعة الدول العربية للشباب، القاهرة، مصر.
- جلال الدين، محمد، (1987). "خيارات الاستثمار في التعليم"، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، الكويت.
- جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، (2003). "مواضيع ذات علامة بالصحة الإنجابية والجنسية بين المراهقين والشباب في فلسطين"، جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، القدس، فلسطين.
- حجاب، مصطفى، حمزة، أحمد، (2005). "الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين الشباب في البلدان الإسلامية"، جامعة الأزهر، مصر.
- خير الدين، حسن محمد، (1987). "العلوم السلوكية"، مكتبة عين شمس، القاهرة، مصر.
- دريدي، محمد، العمري، محمد، (2005). "خصائص الشباب في الأراضي الفلسطينية"، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله، فلسطين.
- دريدي، محمد، (2005). "خصائص الشباب (10-24) سنة في الأراضي الفلسطينية"، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله، فلسطين.
- دفلين، كيث، (2001). "الإنسان والمعرفة في عصر المعلومات وتحويل المعلومات إلى معرفة"، مكتبة العبيكان للنشر، السعودية.
- راضي، اليسار، (2003). "الصحة الإنجابية والجنسية لدى المراهقين والشباب في منطقة الشرق الأوسط"، مؤتمر برلماني أفريقيا والدول العربية، عمان، الأردن.
- زحلوق، مها. وطفة، علي، (1994). "الشباب قيم واتجاهات ومواقف"، الطبعة الأولى، ص68، دمشق، سوريا.
- زكريا، فؤاد، (1988). "التفكير العلمي"، ذات السلاسل للنشر والترجمة والتوزيع، الكويت.
- زهران، حامد عبد السلام، (1977). "علم النفس الاجتماعي". عالم الكتب، القاهرة، مصر.

- شريغلي، روبرت، (1987). "مفهوم الاتجاه وتعليم العلوم"، منشورات مركز البحث والتطوير التربوي، جامعة اليرموك، الأردن.
- شعبان، عمر، (2006). "الشباب الفلسطيني بين الواقع المرير والمستقبل الواعد"، ماس، غزة.
- صندوق الأمم المتحدة للسكان، (1998). "حالة سكان العالم 1997"، الأمم المتحدة، نيويورك.
- عبد الرحيم، طلعت حسن، (1988). "علم النفس الاجتماعي المعاصر"، دار الكتب المصرية، القاهرة، مصر.
- عبد الغني، نجيبة، باحبيش، نجية، عبد الله، عبد الجبار، (1996). "الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية"، مركز الأمومة والطفولة، اليمن.
- عبد الغني، نجيبه، (2006). "معارف واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية"، كلية الطب والعلوم الصحية، جامعة صنعاء، اليمن.
- عبد المنعم، أحمد، (2009). "مؤشرات الصحة الإنجابية في بعض البلدان العربية بين الواقع والتحديات"، المشروع العربي لصحة الأسرة، جامعة الدول العربية، القاهرة.
- عليّات، محمد، (1994). "تطوير مقياس للاتجاهات نحو مهنة التدريس"، المجلة العربية للتربية، مصر، المجلد 14.
- عمار، حامد، (1989). "العوامل الاجتماعية في التنمية البشرية"، ندوة في تنمية الموارد البشرية، الكويت.
- عمران، عبد الرحيم، (1994). "تنظيم الأسرة في التراث الإسلامي"، صندوق الأمم المتحدة للسكان، القاهرة، مصر.
- قرى، يوسف، (2005). "الحقوق الصحية للشباب المراهقين ما بين الواقع والمطلوب"، مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، فلسطين.
- مجلس السكان الدولي، (1995)، "صحة المرأة الإنجابية من منظور طبي واجتماعي"، المكتب الإقليمي لغرب وشمال إفريقيا، سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية، القاهرة، مصر.
- مجلس السكان الدولي، (1998). "الانتقال إلى مرحلة النضوج"، مسح قومي حول النشء في مصر، مجلس السكان الدولي، المكتب الإقليمي لمنطقة غرب آسيا وشمال إفريقيا، القاهرة، مصر.
- مركز البحوث الاجتماعية، (1998). "المراقبة والتغير الاجتماعي في مصر"، مركز البحوث الاجتماعية بالجامعة الأمريكية، القاهرة، مصر.

- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، (2008). "تحليل أداء الإعلام السكاني تجاه قضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة"، مركز المعلومات ودعم واتخاذ القرار، مجلس الوزراء المصري، مصر.
- نوار، ليلي، (1995). "دور المرأة في الأسر المصرية في مجال تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية"، المركز الديموغرافي بالقاهرة، مجلد المؤتمر السنوي رقم 5.
- وزارة الصحة المغربية، (2007). "المسح الوطني متعدد المؤشرات وصحة الشباب 2006-2007- التقرير الأولي"، وزارة الصحة المغربية، المغرب.
- ياسين، سعد، (2002). "الإدارة الدولية"، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط4، عمان، الأردن.
- يونس، انتصار، (1988). "علم النفس الاجتماعي المعاصر"، دار المعارف المصرية، القاهرة، مصر.

ثانيا: المراجع الأجنبية

- Allport, G. (1955). « Becoming – Basic Considerations for a psychology of personality, Newhaven : yale university press.
- Annesi I. Moreau T. Lellouch J. (1989). « efficiency of the Logistic regression and cox proportional hazards Modals in longitudinal studies », inserm research unit, 16 Av. p. v. couturiers, F- 94807 villeuif, cedex, France.
- Attia., S. (1996). « the intermediate factors affecting women's reproductive health », Cairo demographic center, research monograph n°.26.
- Basnayake S., (1986). « knowledge and attitudes about reproductive health among youth in srilanka », the family planning association of Srilanka, Colombo, Srilanka .
- Bonnie I., shepard and jocelyn I. (2005). « young peoples sexual and reproduction health in Arab states and Iran, Harvard school of public health, boston.
- Branch, B.(2004). « the development of expertise in early stage design cost estimating through postfolio strategy 2nd », the annual conference, oxford university, 10 th jun.
- Cairo Demographic Center, (1997).«reproductive health : components and indicators with special references to the Egyptian situation», working paper no. 38.
- Center for Health Research, (1991). « qualitative research on knowledge, attitudes, and practices related to women's reproductive health », unpublished, USAID.
- Cizek, J. and Fitzgerald, M. (1999). «Methods Plainly Speaking : An Introduction to logistic regression», Measurement & evaluation in counseling and development, Vol.31, January.
- Coliver, S. (1995) . « The Right to know : human rights and access to reproductive health information », university of pennsylvania press, USA.
- Cox, D.R. (1972). "regression models and life tables", journal of the royal statistical society, series B, 74:187-220.
- Cramer, J.S. (2002). « the origins of logistic regression », tinbergen institute discussion paper, University of Amsterdam and tinberger institute.

- Cynthia B., Liloyd. (2007). « the role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries », population council.
- Dayton, M. (1992). « Logistic regression analysis », university of Maryland, department of measurement statistics and evaluation, september.
- Dejong, J., Shepar, B., Roudi, F. and Ashforel I. (2007). « young people's sexual and reproductive health in the middle east and north african region », population reference bureau.
- Dickman P. (2003), « Logistic regression in SAS version 8 », Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Draper, N.R. and Smith, H. (1981). «Applied Regression Analysis», 2nd edition, New York :John Wiley & Sons.
- Dzuna V., Minh N., Long T. (2005). « reproductive health knowledge and determinants », institute for family and gender studies.
- EL-Adawy, M. and Ragab, A. (1997). « reproduction health components and indicators with special references to the Egyptian situation », working paper n° 38, Cairo demographic center, Egypt.
- Edwards, C. (2003). «Assessing Association : logistic regression and logit analysis», Biometry, FRWS6500, Fall 2003.
- El zanaty, f. (1996). « behavioral research among Egyptian university's students », Cairo, Egypt.
- Filler, N. (2004). "medical statistics: survival data", university of Sheffield, UK.
- Fox, y. (2002). « cox proportional hazard regression for survival data ».
- Fraas, W. and Newman, I. (2003). « Ordinary Least Squares Regression, Discriminant Analysis and Logistic Regression: questions researchers and Practitioners should address when selecting an analytic technique », paper presented at the annual meeting of the eastern educational research association (Hilton Head Island, GA, February 26- March 1.
- gebotys, R. (2000). « Examples: Binary Logistic Regression », _____ .
- Grason, D. (2006). « Logistic Regression », _____ .
- Green M. and Symons M. (1983). « A comparison of logistic risk function and the proportional hazards model in prospective epidimiologic studies », journal of chronic disease 36, 715-24.

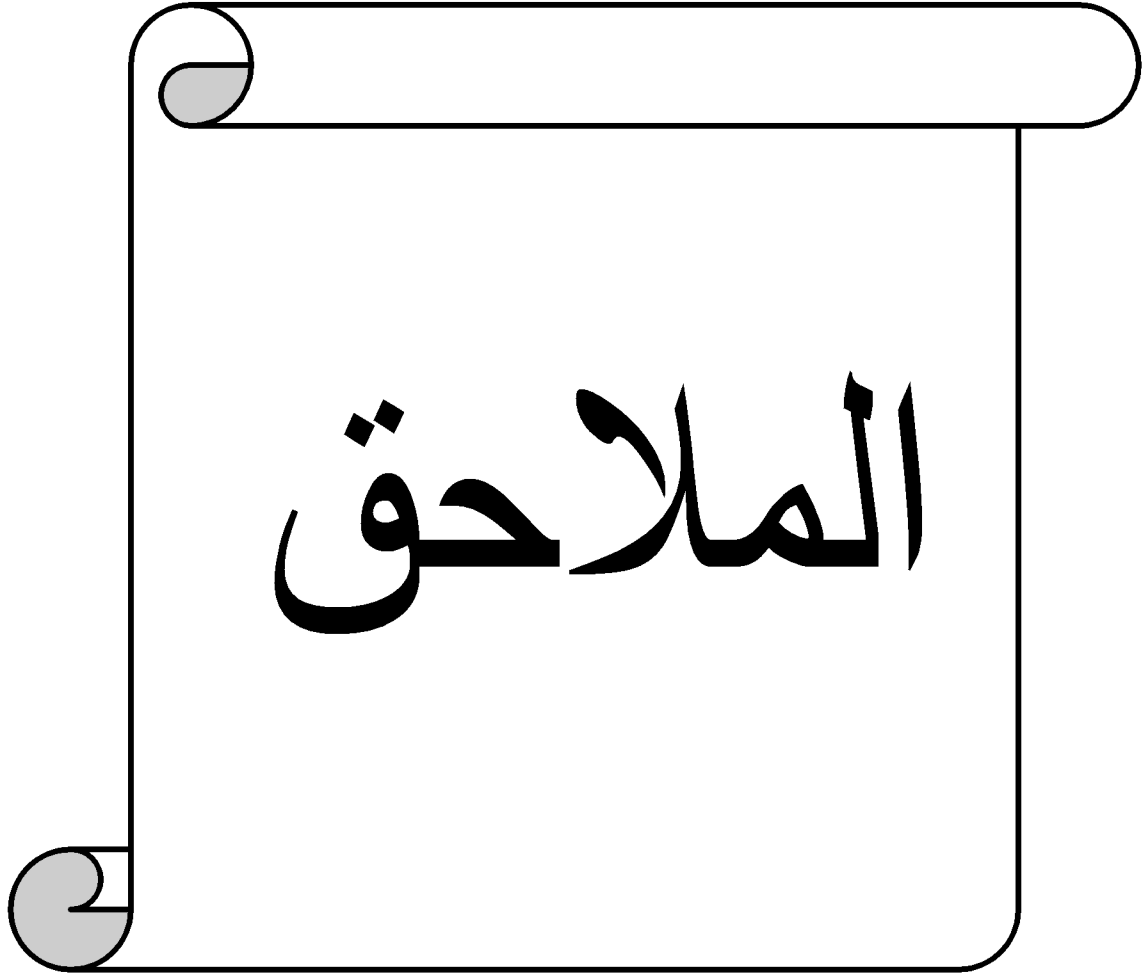
- Gupta N., Alayon S., Tamwesigire I., Nangai R., (2002), « trends in reproductive health knowledge, attitudes, and practices in the crehp districts of Uganda (1995-2000) », chapel hill, north Carolina, university of north Carolina at chapel hill, Carolina population center, USA.
- Hasseb, F. (1984). « Basic obstetrics », University book centre, cairo, Egypt.
- Hatab, Z. (1996). « survey son youth reproductive health », lebanese family planning association, Beirut, Lebanon.
- Healthy Russian. (2005). « knowledge, attitudes and practices of Russians of reproductive health and family planning », healthy Russia.
- Hosmer, W. & Lemeshow, S. (2000). «Applied Logistic Regression», 2 nd edition, New Yourk : johnson wiley & sons, inc.
- Ingram D. and Kleinman J. (1989), « Empirical comparison of proportional hazards and logistic regression Models », statistics in medicine 8, 525-38.
- Jaffer Y., Afifi M., Al-ajmi F., and Alouhaishi K. (2006). « knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in oman : II. reproductive health », eastern mediterranean health journal, WHO.
- Karen L., Michel, A., Jack S. (2003). « evaluation of coxs Model and logistic regression for matched case-control data with time-dependent covariates : a simulation study », wiley, vol.22, N°24, pp 3781-3799.
- kasim, A. (1998). « knowledge, attitudes and practice of women consuming primry health care services towards reproductives health in el-monofia governorate », master degree in public health community medicine, Cairo, Egypt.
- Kerlinger, N. and pedhazur, E. (1973). « Multiple regression behavioral research », New York :Holt, rinehart and winston, INC.
- Kerlinger, N. (1973) «Foundations of Behavioral Research », 2nd edition, New York : Holt, rinehart and winston, INC.
- Khan, S., Mishra V. (2008). « youth reproductive and sexual health », macro international Inc, Calverton, USA .
- Khattab, H. (1995). « the silent endurance social conditions of women's reproductive health in rural Egypt », unicef, un, new york.
- Kibret M., (2003). « reproductive health knowledge, attitude and practice among high school students bahir dar, Ethiopia », African journal of reproductive health, Ethiopia.
- King, G. and Zeng, L. (2001). « Logistic Regression in Rare Events Data », Society for political Methodology, February 16.

- King, E. (2002). « Logistic Regression : Going beyond point-and-click», Paper presented at the annual Meeting of the American educational Research Association, New Orleans, LA, April 1-5.
- Kleinbaum, D. and Klein, M. (2002). « Logistic Regression : a self-learning Text ». USA : Springer.
- Krejcie, V., Morgan, W.(1970). "determining sample size for research activities", educational and psychological measurement, 30, 3, 607-10, aut '70, USA.
- Ladipo OA., Nichols DJ., Delano G., Olorin EO. (1984), « reproductive health attitudes and practices- nigeria », Edmunds m, Paxman jm. early pregnancy and childbearing in Guatemala, Brazil.
- Langner I., Bender R., Tonjes R., Kuchenhoff H., Blettener I. (2003). « Bias of Maximum Likelihood estimates in logistic and cox regression Models »,Institute of statistics, Sonderforschungsbereich 386, Paper 362.
- Lea, S. (1997). « Multivariate Analysis II : Manifest variables analysis. Topic 4 : Logistic Regression and Discriminant Analysis », University of EXETER, department of Psychology, Revised 11th March.
- LLamas E., Laban J., (2002). « reproductive and sexual health knowledge, attitudes and practices men in an urban marginalized community in the Philippines »._____ .
- LLoyd, C., (2007). «the role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries», population council.
- Lognard M., Schoumaker B., Gourbin C. (2005). « adolescents reproductive health knowledge, practices : the gab between young boys and girls in 7 Asian countries », institute of demography, Cambodia.
- Mahler K., (2000). « Indian men with higher socioeconomic status are more likely to be knowledgeable about reproductive health », international family planning perspective, India.
- Mahmood N., Nayab D. (2000). « An analysis of reproductive health issues in Pakistan », Pakistan institute of development economics, Islamabad, Pakistan.
- Maklouf, H., Abdel Kader, f. (1996). « husband's role in reproductive health survey », Cairo demographic center, Egypt.
- Menard, s. (2002). « applied logistic regression analysis », 2nd edition. Sage university paper series on quantitative application in the social sciences. N°07-106, Beverly halls, CA : sage.

- Mir, A., Sathar Z., Sheikh G., Haque M. (2002). « bringing about abehavioural change in providers to meet the reproductive health needs of clients », Pakistan institute of development economics, Islamabad, Pakistan.
- Mohammed M., Faridh K., Alikhani S., Zare M., Tehran F., (2006). « reproductive health knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in tehran, iran », international family planning perspectives.
- Moore Z., Govindasamy P., Davanzo J., Bizuneh G., Themme A., (2008). « trends in youth reproductive health in ethiopia (2000 and 2005) », Calverton, Maryland : macro international Inc.
- Naggar, N. (1997). « determinants of reproductive health evidence from EDHS, 1992 », Cairo demographic center research monograph, n° 27.
- Namboodiri, K. and Suchindran, C.M. (1987). "life tables techniques and their applications", academic press, Inc., new york.
- Nanaka, I. and Takeuchi, H (1995). « the knowledge-creating company », organizational science, vol.5, No.1, pp :14-37.
- National AIDS control program, (2000). « Annual AIDS hotline report-ministry of public health », national AIDS control program, Egypt.
- National Population Council. (1996). « Egypt demographic and health survey 1995 », Cairo, Egypt.
- Ndyabangi B., Tumwesigye M. Kilian A., Morr H., (1998). « sexual and reproductive health and trends of reported knowledge and beravioure relating to sexual and reproductive health Among secondary school students in kaborole district uganda (1994-1997) », GTZ AIDS network. Uganda.
- Pample, C. (2000). « Logistic Regression Aprimer », Sage university paper series on quantitative Application in the social sciences, N° 07-132. Beverly halls, CA : Sage.
- Peng, j. lee, L. Ingersoll, M. (2002). « An introduction to logistic Regression Analysis and Reporting », the journal of educational research, Vol 96, N°01, September/October .
- Pezzullo, C. (203). « Logistic Regression ». (revised at 11/18/2003). Available at: <http://membersaolcom/jonp71/logistic.html>
- Porter, R. (2002). « Can statistical Modeling increase Annual Fund Performance ? an experiment at the university of maryland, college parle ». paper presented at the 3rd annual Case/air conference. St. Louis, Missouri, April 3-4, 2000.
- Poston, L.(2004), « Sociological Research : quantitative methodes (Lecture note, Lecture 7). Spring 2004.

- Qayed M., (1998). « KAP study on reproductive health among adolescents and youth in assiut governorate », the national population council, cairo, egypt.
- Ragab, A. (1995). «abortion decision-making is an illegal context: a case study from rural Egypt», PhD thesis institute of population studies Exeter university, UK.
- Ramzy, A. (1998). «effects of environmental population on female general and reproductive health in Egypt», Egyptian journal of fertility and sterility.
- Rodrfiguez, G.(2001)."Generalized linear models", Princeton university,USA.
- Roudsari, H., Sherafat, R., Rezaeie, M. and Derakhshan, M., (2006). « reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian and afghan men in Tehran province », _____.
- Saffady, W. (2000). « knowledge management : A manager's briefing », ARMA International educational foundation, USA.
- Schultz, T.W. (1961). « investment in human capital », American economic review .
- Schultz, T.W. (1960). « investment in man : an economist view », social review,XXXIII.
- Schultz, T.W. (1962), « reflections on investment in man »,journal of political economy, part 2, supplement, 1-8.
- Shaw, M. and Wright, J. (1967). « Scales for Measurement of Attitudes », New York, Mc Graw Hill , USA.
- Simbar, M., Tehrani, F. and Hashemi, Z., (2005). «reproductive health knowledge, attitudes and practices of iranian college students»,
- Singh K., Tsui A., (2006). « husband'sknowledge and attitudes towards reproductive health issues in uttar pradesh », demographiy india, india.
- Soo, C., Timothy, D., David, M., Anne, D. (2002). « knowledge management, philosophy, processes and pitfalls », california management review, vol.44, No.4 summer.
- Tegean A., Yazachew M., Gelaw Y., (2008). « reproductive health knowledge and attitude among adolescents : a community based study in jimma town, southwest Ethiopian, Ethiopian journal of health dev, Ethiopia.
- The Population Council West Asia and North Africa, (1994). «Reproductive health in the Arab world», regional papers.
- Tripathi V. (2008), « Statistical Approach for evaluation of contraceptive data », African journal reproductive health, vol.12, n°01.

- Ubaidur R., Ismat B., Laila R., (2003). « Bangladesh parents knowledge and attitude about adolescent reproductive health issues », population council, Dhaka, Bangladesh.
- United Nations. (1994). « International Conference of population and development : a program for action », cairo, egypt.
- University of Maryland, Departement of Measurement, Statistics and Evaluation. September, 1992.
- Van Egmond K., Bosmans M., Naeem Aj., Claeys P., Verstraelem H., (2004). « reproductive health in afghanistan : results of knowledge, attitudes and practices survey among afghan women in kabull », international center for reproductive health, ghent university.
- vernon R. (2004). « improving the reproductive health of youth in mexico », population council, Mexico city, Mexico.
- Walker, J. (1996). « Methodology Application : Logistic Regression using the CODES Data », Developed for department of transportation, National highway traffic safety administration (NHTS), Washington DC, April 30.
- Walker, D. (1998). « Discriminant Function Analysis » Lesson 8.
- Woldbeck, T. (1998). « A primer on Logistic Regression », Paper Presented at the Annual Meeting of the southwest educational research Association, Houton, TX, January 23.
- Wolfe, A. (2002), « Logistic regression », unpublised classic lectures in statistic,. October 2.
- World Health Organization, (1995). «reproductive health profile of the western pacific region», regional office for the western pacific, women's health series, volume 1.
- World Health Organization. (1989). « the health of youth », document A42/ technical discussions/2, Geneva : WHO.
- Wright, B. (1996), «Undertanding Statistics : An introduction for the social sciences», London : SAGE publication.
- Yugi P. (2003). « knowledge attitude and practice of youth sexual and reproductive health in a private university in Bangladesh », school of public health, biac university.
- Zwicker C., Ringheim K. (2004). « youth reproductive health, the world bank, and the millennium development goals », global health council, Washington DS, USA.



الملاحق

ملحق رقم (1)

جدول تحديد حجم العينة

N	S	N	S	N	S	N	S	N	S
10	10	100	80	280	162	800	260	2800	338
15	14	110	86	290	165	850	265	3000	341
20	19	120	92	300	169	900	269	3500	246
25	24	130	97	320	175	950	274	4000	351
30	28	140	103	340	181	1000	278	4500	351
35	32	150	108	360	186	1100	285	5000	357
40	36	160	113	380	181	1200	291	6000	361
45	40	180	118	400	196	1300	297	7000	364
50	44	190	123	420	201	1400	302	8000	367
55	48	200	127	440	205	1500	306	9000	368
60	52	210	132	460	210	1600	310	10000	373
65	56	220	136	480	214	1700	313	15000	375
70	59	230	140	500	217	1800	317	20000	377
75	63	240	144	550	225	1900	320	30000	379
80	66	250	148	600	234	2000	322	40000	380
85	70	260	152	650	242	2200	327	50000	381
90	73	270	155	700	248	2400	331	75000	382
95	76	270	159	750	256	2600	335	100000	384

Note: "N" is population size & "S" is sample size.

Krejcie, Robert V., Morgan, Daryle W., "Determining Sample Size for Research Activities", Educational and Psychological Measurement, 1970.

ملحق رقم (2)

استبيان خاص بعنوان

دراسة مقارنة بين نموذج الانحدار اللوجيستي ونموذج كوكس لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو الصحة الإيجابية (نموذج مقترح ودراسة تطبيقية مقارنة)

موجه إلى

طلاب وطالبات الجامعات في قطاع غزة

الباحث / شادي إسماعيل التلباني

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

جامعة تلمسان - الجزائر

** الرجاء وضع إشارة (✓) أمام الإجابة التي تعبر عن آرائكم :

المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية	
النوع:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
العمر:	-----
مكان السكن:	<input type="checkbox"/> شمال غزة <input type="checkbox"/> غزة <input type="checkbox"/> الوسطى <input type="checkbox"/> خان يونس <input type="checkbox"/> رفح
عدد أفراد الأسرة الكلي:	-----
تعليم الأب:	<input type="checkbox"/> أمي <input type="checkbox"/> ابتدائي <input type="checkbox"/> إعدادي <input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> دبلوم <input type="checkbox"/> جامعي فأكثر
تعليم الأم:	<input type="checkbox"/> أمية <input type="checkbox"/> ابتدائي <input type="checkbox"/> إعدادي <input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> دبلوم <input type="checkbox"/> جامعي فأكثر
الحالة العملية للأب:	<input type="checkbox"/> يعمل <input type="checkbox"/> لا يعمل
الحالة العملية للأم:	<input type="checkbox"/> تعمل <input type="checkbox"/> لا تعمل
الحالة العملية لك:	<input type="checkbox"/> أعمل <input type="checkbox"/> لا أعمل
الإقامة مع الأسرة:	<input type="checkbox"/> أقيم مع كلا الوالدين <input type="checkbox"/> أقيم مع احد الوالدين <input type="checkbox"/> لا أقيم مع أحدهما
الحالة الزوجية:	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق
هل نشأت في أسرة؟:	<input type="checkbox"/> جميع أفرادها متعلمون <input type="checkbox"/> بعض أفرادها متعلمون <input type="checkbox"/> غير متعلمة
خاص بالطلاب ← هل لديك إخوة ذكور أكبر منك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
خاص بالطالبات ← هل لديك إخوة إناث أكبر منك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المتغيرات الاقتصادية	
الدخل الشهري الإجمالي لجميع أفراد الأسرة:	<input type="checkbox"/> أقل من 1000 شيكل <input type="checkbox"/> 1000 شيكل - أقل من 2000 شيكل <input type="checkbox"/> 2000 شيكل - أقل من 3000 شيكل <input type="checkbox"/> 3000 شيكل - أقل من 4000 شيكل <input type="checkbox"/> 4000 شيكل فأكثر
مستوى المعيشة:	<input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> مرتفع
مستوى السكن:	
المسكن الذي تعيش فيه:	<input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> إيجار
نوعية المسكن:	<input type="checkbox"/> مسكن عادي <input type="checkbox"/> باطون
عدد طوابق المنزل (إذا كان باطون):	-----
عدد غرف النوم:	-----
أرضية المسكن:	<input type="checkbox"/> بلاط <input type="checkbox"/> كراميك <input type="checkbox"/> أخرى
مصدر مياه الشرب الرئيسي عن طريق:	<input type="checkbox"/> مياه البلدية <input type="checkbox"/> مياه محطات التحليه

المعرفة	
أولاً: الصحة الإيجابية	
هل سبق وسمعت عن مفهوم الصحة الإيجابية:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تعرف ما هو مفهوم الصحة الإيجابية:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
حسب معرفتك، عرف ما هي الصحة الإيجابية: -----	
ثانياً: مظاهر البلوغ	
هل كانت لديك معرفة ما هي مظاهر البلوغ قبل وصولك لسن البلوغ:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل سبق لك وإن تحدثت مع أحد والديك حول موضوع مظاهر البلوغ:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
في أي من المراحل الدراسية التالية بدأت معرفتك بمظاهر البلوغ:	
<input type="checkbox"/> أول إعدادي	<input type="checkbox"/> أول ثانوي
<input type="checkbox"/> ثانوي إعدادي	<input type="checkbox"/> ثاني ثانوي
<input type="checkbox"/> ثالث إعدادي	<input type="checkbox"/> ثالث ثانوي
<input type="checkbox"/> أول جامعي	<input type="checkbox"/> أول ثانوي
<input type="checkbox"/> ثاني جامعي	<input type="checkbox"/> ثاني ثانوي
<input type="checkbox"/> ثالث إعدادي	<input type="checkbox"/> ثالث ثانوي
<input type="checkbox"/> رابعة جامعي	<input type="checkbox"/> أول جامعي
<input type="checkbox"/> خامسة جامعي	<input type="checkbox"/> ثاني جامعي
<input type="checkbox"/> سادسة جامعي	<input type="checkbox"/> ثالث جامعي
مصدر معلوماتك الرئيسي عن مظاهر البلوغ هم:	
<input type="checkbox"/> أحد الوالدين	<input type="checkbox"/> أحد الإخوة
<input type="checkbox"/> الكتب والمجلات	<input type="checkbox"/> وسائل الإعلام
<input type="checkbox"/> أحد الأقارب	<input type="checkbox"/> المدرسة
<input type="checkbox"/> الأصدقاء	<input type="checkbox"/> الندوات والأندية
ثالثاً: تنظيم الأسرة	
سمعت بمفهوم تنظيم الأسرة:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
أعرف ما هو تنظيم الأسرة:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
حسب معرفتك، عرف ما هو تنظيم الأسرة: -----	
هل تؤيد موضوع تنظيم الأسرة:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل سبق وتحدثت مع احد والديك حول موضوع تنظيم الأسرة:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
في أي المراحل الدراسية التالية بدأت معرفتك بتنظيم الأسرة:	
<input type="checkbox"/> أول إعدادي	<input type="checkbox"/> أول ثانوي
<input type="checkbox"/> ثانوي إعدادي	<input type="checkbox"/> ثاني ثانوي
<input type="checkbox"/> ثالث إعدادي	<input type="checkbox"/> ثالث ثانوي
<input type="checkbox"/> أول جامعي	<input type="checkbox"/> أول ثانوي
<input type="checkbox"/> ثاني جامعي	<input type="checkbox"/> ثاني ثانوي
<input type="checkbox"/> ثالث إعدادي	<input type="checkbox"/> ثالث ثانوي
<input type="checkbox"/> رابعة جامعي	<input type="checkbox"/> أول جامعي
<input type="checkbox"/> خامسة جامعي	<input type="checkbox"/> ثاني جامعي
<input type="checkbox"/> سادسة جامعي	<input type="checkbox"/> ثالث جامعي
مصدر معلوماتك الرئيسي عن موضوع تنظيم الأسرة:	
<input type="checkbox"/> أحد الوالدين	<input type="checkbox"/> أحد الإخوة
<input type="checkbox"/> الكتب والمجلات	<input type="checkbox"/> وسائل الإعلام
<input type="checkbox"/> أحد الأقارب	<input type="checkbox"/> المدرسة
<input type="checkbox"/> الأصدقاء	<input type="checkbox"/> الندوات والأندية
رابعاً: الأمراض المنقولة جنسياً	
هل لديك معرفة ما هي الأمراض المنقولة جنسياً:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل سبق لك وأن تحدثت مع أحد والديك حول موضوع الأمراض المنقولة جنسيا: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في أي المراحل الدراسية التالية بدأت معرفته بالأمراض المنقولة جنسيا:	
<input type="checkbox"/> أول إعدادي	<input type="checkbox"/> أول ثانوي
<input type="checkbox"/> ثانوي إعدادي	<input type="checkbox"/> ثاني ثانوي
<input type="checkbox"/> ثالث إعدادي	<input type="checkbox"/> ثالث ثانوي
<input type="checkbox"/> رابعة جامعي	<input type="checkbox"/> أول جامعي
<input type="checkbox"/> خامسة جامعي	<input type="checkbox"/> ثاني جامعي
<input type="checkbox"/> سادسة جامعي	<input type="checkbox"/> ثالث جامعي
مصدر معلوماتك الرئيسي عن الأمراض المنقولة جنسيا:	
<input type="checkbox"/> أحد الوالدين	<input type="checkbox"/> أحد الإخوة
<input type="checkbox"/> أحد الأقارب	<input type="checkbox"/> وسائل الإعلام
<input type="checkbox"/> الأصدقاء	<input type="checkbox"/> المدرسة
<input type="checkbox"/> الكتب والمجلات	<input type="checkbox"/> الندوات والأندية
I - مرض الإيدز	
هل تعرفه	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
أعراضه	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
طرق انتقاله	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
طرق الوقاية منه	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
مخاطره	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
II - مرض الزهري	
هل تعرفه	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
أعراضه	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
طرق انتقاله	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
طرق الوقاية منه	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
مخاطره	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
III - مرض السيلان	
هل تعرفه	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
أعراضه	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها

طرق انتقاله	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
طرق الوقاية منه	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها
مخاطره	<input type="checkbox"/> أعرفها ← ما هي: ----- <input type="checkbox"/> لا أعرفها

الاتجاهات	
أولاً: الفحص الطبي قبل الزواج	
من وجهة نظرك، هل الفحص الطبي قبل الزواج ؟	<input type="checkbox"/> مهم جدا <input type="checkbox"/> مهم <input type="checkbox"/> مهم إلى حد ما <input type="checkbox"/> غير مهم <input type="checkbox"/> غير مهم على الإطلاق
من وجهة نظرك، هل توافق على زواج الأقارب ؟	<input type="checkbox"/> أوافق بشدة <input type="checkbox"/> أوافق <input type="checkbox"/> نوعا ما <input type="checkbox"/> لا أوافق <input type="checkbox"/> لا أوافق بشدة
ثانياً: الزواج المبكر للإناث	
من وجهة نظرك، هل توافق على الزواج المبكر للإناث ؟	<input type="checkbox"/> أوافق بشدة <input type="checkbox"/> أوافق <input type="checkbox"/> نوعا ما <input type="checkbox"/> لا أوافق <input type="checkbox"/> لا أوافق بشدة
من وجهة نظرك، ما هو العمر المناسب للإناث عند الزواج ؟	
ثالثاً: الحمل المبكر والمتأخر	
من وجهة نظرك، هل توافق على الحمل المبكر للإناث (قبل سن العشرين) ؟	<input type="checkbox"/> أوافق بشدة <input type="checkbox"/> أوافق <input type="checkbox"/> نوعا ما <input type="checkbox"/> لا أوافق <input type="checkbox"/> لا أوافق بشدة
من وجهة نظرك، هل توافق على الحمل المتأخر للإناث (بعد سن الخامسة والثلاثين) ؟	<input type="checkbox"/> أوافق بشدة <input type="checkbox"/> أوافق <input type="checkbox"/> نوعا ما <input type="checkbox"/> لا أوافق <input type="checkbox"/> لا أوافق بشدة
من وجهة نظرك، ما هو العمر المناسب للإناث عند إنجاب المولود الأول ؟	
من وجهة نظرك، ما هو عدد الأطفال الذي ترغب في إنجابهم ؟	ذكور: إناث:

ملخص:

هدفت الدراسة إلى إجراء المقارنة بين نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج انحدار كوكس لدراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الإنجابية.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: أن هناك تماثل في تطبيق النموذجين إذا كانت الفترة الزمنية للمتابعة خمس سنوات فأقل للوصول إلى المعرفة الصحيحة. ووجود اختلاف في النتائج إذا كانت الفترة الزمنية أكثر من خمس سنوات للوصول إلى الاتجاهات الإيجابية.

كلمات مفتاحية: الصحة الإنجابية، الانحدار اللوجستي، انحدار كوكس، المعرفة، الاتجاهات، العوامل الاقتصادية والديموغرافية.

Abstract:

This study aimed to compare the logistic regression model and Cox regression model to study the most important economic and demographic factors affecting the knowledge and attitudes of youth towards reproductive health issues.

The study reached several conclusions, including: that there is parity in the application of models if the time period of follow-up to five years or less to reach the correct knowledge. And the existence of a difference in the results if the time period more than five years to get to positive trends.

Keywords: reproductive health, logistic regression, Cox regression, knowledge, trends, economic and demographic factors.

Résumé:

Notre étude visait à comparer le modèle de régression logistique et le modèle de régression de Cox pour étudier les facteurs économiques les plus importants et démographiques qui touchent la connaissance des attitudes des jeunes envers les questions de santé génétique.

Nous avons conclu de cette étude que la parité existe entre les deux modèles si la période de suivi est de cinq ans au moins, alors que les deux modèles donnent deux résultats différents si la période de suivi est de plus de cinq ans.

Mots-clés: santé reproductive, la régression logistique, régression de Cox, les connaissances, les tendances, les facteurs économiques et démographiques.