

2023



السنة الثالثة

العدد (24) - 2023

سلسلة أوراق ديموجرافية

إصدار خاصة بمؤتمر جودة حياة (الإصدار الثانية)

محور الصحة الإيجابية

تصدر عن المركز الديموجرافي بالقاهرة
سلسلة أوراق سياسات



تحت رعاية

أ.د. هالة السعيد

وزيرة التخطيط والتنمية الاقتصادية
ورئيس مجلس إدارة المركز الديموجرافي

سلسلة اوراق ديموجرافية

سلسلة أوراق سياسات تصدر عن المركز الديموجرافى تهدف السلسلة إلى مساعدة ودعم متخذي القرار ضمن مشروع "التخطيط السكاني فى إطار رؤية مصر 2030" لدعم جهود المؤسسات والهيئات المعنية بالمسألة السكانية فى مصر من أجل تطوير الخطط والاستراتيجيات واتخاذ التدابير الملائمة.

لجنة الاستشاريين والمحكمين

أ.د. ماجد عثمان	وزير الاتصالات السابق
م. أشرف عبد الحفيظ عبد الحميد	مساعد وزير التخطيط والتنمية الاقتصادية للتحول الرقمى
أ.د. حسين عبد العزيز	مستشار رئيس الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء
أ.د. محمود السعيد	عميد كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.د. السيد خاطر	عميد كلية الدراسات العليا للبحوث الإحصائية - جامعة القاهرة
أ.د. هبة نصار	أستاذ الاقتصاد بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.د. أحمد زايد	أستاذ الاجتماع بكلية الآداب - جامعة القاهرة
أ.د. كمال سامى سليم	أستاذ الحوسبة الاجتماعية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.د. أيمن عبد الوهاب	نائب مدير مركز الاهرام للدراسات السياسية والاستراتيجية
أ.د. حسام عبد العال	أستاذ ورئيس قسم الاقتصاد والمالية العامة والتشريع الضريبي كلية الحقوق- جامعة عين شمس
أ.د. محمد صالح	وكيل كلية الحاسبات والذكاء الاصطناعي - جامعة القاهرة
أ.د. منى عصام	أستاذ الاقتصاد بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.د. أحمد رجاى عبد الحميد رجب	أستاذ الصحة الانجابية المتفرغ - المركز الدولي الإسلامى للدراسات والبحوث السكانيه - جامعة الأزهر
أ.د. بسمة محرم الحداد	أستاذ تكنولوجيا المعلومات و الحاسبات - مدير مركز الأساليب التخطيطية ومعهد التخطيط القومى

أستاذ مساعد علوم سياسية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة	أ.م.د. أمل كامل حمادة
أستاذ مساعد الحوسبة الاجتماعية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية- جامعة القاهرة	أ.م.د. أميرة تاوضروس
أستاذ مساعد بكلية الطب- جامعة القاهرة	أ.م.د. عمرو حسن حسين محمود
أستاذ مساعد متفرغ،كلية الدراسات الأفريقية العليا -جامعة القاهرة	أ.م.د. هيام علي زين الدين الببلاوي
خبير ديموجرافى ورئيس قطاع الاحصاء- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء سابقاً	د. بثينة محمود الديب
نائب رئيس مجلس الدولة ومنتدب لتدريس مواد القانون بكلية العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية	د. خيرى الحارثي
مدرس بقسم الحوسبة الاجتماعية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية- جامعة القاهرة والخبير الرقمي ومدير وحدة التدريب والاستشارات بالمركز الديموجرافى	د. فاطمة رزق الله محمد فرج
مدرس علم الاجتماع السياسي بكلية الآداب - جامعة بني سويف	د. قياتي عاشور
مدرس الاقتصاد بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة	د. ياسمين غريب
باحث واستشاري في مجال الثقافة والتنمية	د. يسري مصطفى



هيئة التحرير

رئيس التحرير

أ.م.د. أميرة تاوضروس

أستاذ مساعد الحوسبة الاجتماعية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
ومدير المركز الديموجرافي بالقاهرة

نائب رئيس التحرير

د. ياسمين غريب

مدرس الاقتصاد بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
وخبير اقتصادي بالمركز الديموجرافي بالقاهرة

مدير التحرير

د. قياتي عاشور

مدرس علم الاجتماع السياسي بكلية الآداب - جامعة بني سويف

المحرر

أ. داليا عبد الغني محمد

التنفيذ والإخراج

أ. عياد فارس

المصمم الجرافيكي لسلسلة أوراق ديموجرافية

قواعد النشر

- 1 - في حالة قبول مقترح ورقة السياسات للنشر، تؤول كل حقوق النشر للمركز، ولا يجوز نشرها في أي مجلة أو دورية أو مؤتمر سواء ورقيا أو إلكترونيا، إلا بعد موافقة هيئة التحرير.
- 2 - يتم اختيار المحكمين ذوي الخبرة في مجال التخصص.
- 3 - يتم تحكيم أوراق السياسات بالسلسلة وفقا لأسلوب Double-Blind Review
- 4 - الالتزام بقواعد النشر العلمي الموجودة في دليل المؤلفين.
- 5 - الالتزام بقواعد الأمانة العلمية والافتباس العلمي.
- 6 - الالتزام بالرد على أي استفسارات خلال عملية النشر.
- 7 - الالتزام بإجراء التعديلات المطلوبة من قبل هيئة التحكيم.
- 8 - الالتزام بعدم إجراء أي تعديلات جوهرية على ورقة السياسات بعد إقرار التعديلات من قبل لجنة التحكيم.
- 9 - الالتزام بالمواعيد المحددة لتسليم النسخة النهائية لورقة السياسات.
- 10 - يتم ترتيب عملية نشر أوراق السياسات في سلسلة أوراق ديموجرافية وفقا لألوية ورودها إلى هيئة التحرير بعد إجازتها من قبل المحكمين، ووفقا أيضا لاعتبارات علمية وفنية قد تراها هيئة التحرير.

العملية التحكيمية لسلسلة أوراق ديموجرافية

هناك عدد من المراحل في العملية التحكيمية لأوراق السياسات المقدمة على النحو التالي:

1 - مرحلة التقديم

- يتم استقبال الأوراق المُقدمة للنشر في إطار الخطة البحثية التي يضعها المركز.
- يقوم الباحث بتقديم مقترح للدراسة أو ورقة السياسات في حدود 1000 كلمة.
- يتضمن المقترح عرضاً مختصراً لموضوع الدراسة، وأهمية وهدف الموضوع محل البحث والمنهجية المستخدمة ومصادر البيانات، بالإضافة إلى استعراض بعض الدراسات ذات الصلة بالموضوع محل البحث، وأيضاً تقسيم الدراسة.
- يتم عرض المقترح على هيئة التحرير لتقييم المقترح، ويتم الرد على الباحث بنتيجة تقييم المقترح خلال أسبوع من تاريخ التقديم، لإتاحة الفرصة له للنشر في مجلة أخرى في حالة رفض المقترح.
- يتم الاعتماد في التحكيم على أسلوب مخفي الهوية Double-Blind Review لضمان الكفاءة والنزاهة والشفافية.
- في حالة قبول المقترح، تطلب هيئة التحرير من الباحث تقديم الدراسة كاملة خلال ثلاثة أسابيع، مع الالتزام بدليل المؤلفين الخاص بسلسلة أوراق ديموجرافية.
- في حالة استخدام استقصاء أو أي أداة تحليلية، يتم تقديم نسخة كاملة منها إذا لم توجد في متن الدراسة.

2 - مرحلة التقييم

- يتم الاعتماد أيضاً في تحكيم الدراسة كاملة على أسلوب التحكيم مخفي الهوية Double-Blind Review
- يتم عرض الدراسة كاملة على هيئة تحكيم خارجية، تتكون من نخبة مميزة من الخبراء ذوي الألقاب العلمية والعملية المتقدمة، والتي تتمتع أيضاً بخبرة طويلة في مجال التخصص.
- توضح هيئة التحكيم الخارجي مستوى الأبحاث المرسله إليها اعتماداً على استمارة تقييم يتم

إرسالها إلى المحكمين مع الدراسة، وتتضمن الاستمارة عددًا من المعايير لتقييم الدراسة من مختلف الجوانب، بالإضافة إلى تقرير عن نقاط القوة والضعف في الدراسة والتوصيات المقترحة.

- تستغرق عملية التحكيم الخارجي للدراسة فترة زمنية تتراوح من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع.

3 - مرحلة التعديل

- تُرسل تقارير المحكمين إلى الباحثين لإتمام التعديلات المطلوبة وإرسال الدراسة مرة أخرى بعد التعديل، وذلك خلال أسبوع من استلام الباحث للتعديلات، ثم يتم التأكد من إتمام كل التعديلات التي تم تقديمها في استمارة التقييم لاستكمال باقي إجراءات النشر.

4 - مرحلة النشر

- في هذه المرحلة يتم نشر أوراق السياسات المقبولة في العدد المحدد للسلسلة، وإصدار العدد بصورته النهائية.

عن المؤتمر



في إطار رؤية مصر 2030، والتي يأتي على رأس أولوياتها الارتقاء بجودة حياة المواطن المصري، وتماشياً مع المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية تحت رعاية فخامة السيد رئيس الجمهورية، والذي يسعى للارتقاء بالخصائص السكانية وضبط النمو السكاني، جاءت فكرة تدشين مؤتمر علمي بعنوان **”جودة حياة“** والذي يُعنى بتحسين جودة حياة الفرد والأسرة والخصائص السكانية من خلال تهيئة البيئة اللازمة لدعم واستحداث خيارات جديدة تعزز مشاركة المواطن في الأنشطة الصحية والثقافية والتعليمية والانماط الأخرى الملائمة التي تساهم في تعزيز جودة حياة الفرد والأسرة، وتوليد الوظائف، وتنويع النشاط الاقتصادي، وتعزيز مكانة المواطن المصري.

ويُعد مؤتمر **”جودة حياة“**، والذي تم عقده خلال شهر مارس 2022، هو المؤتمر العلمي الأول الذي يخدم أهداف المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية، حيث جاء هذا المؤتمر ليسلط الضوء على أحد أهم مجالات البحوث والسياسات الأسرع نمواً واهتماماً في العالم في الوقت الحالي، والمتمثل في مجال السياسات الداعمة للارتقاء بجودة حياة المواطن وتحسين الخصائص السكانية بجمهورية مصر العربية، وهو ما يهدف إليه المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية.

ومن هنا، يهدف هذا المؤتمر إلى الوقوف على مفاهيم جودة الحياة ورفاه الأفراد والمجتمعات، والانتقال من الفهم الضيق للتنمية بمؤشراتها المادية التقليدية إلى مفهوم يرتبط بالعيش الكريم للمواطن وكيفية بناء نموذج اقتصادي جديد للتنمية يحقق جودة الحياة، وتوسيع مفهوم القضية السكانية بحيث أنه لا يقتصر فقط على محور الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، والتعرف على مسؤولية الأطراف ذات الصلة (الأفراد، المنظمات، المجتمع المدني، الحكومات) بقضية تحقيق جودة الحياة، والاضطلاع على سبل الاستفادة من مختلف العلوم للوصول إلى جودة الحياة.

وفيما يتعلق بالمشاركة والتحكيم، يعد مؤتمر **”جودة حياة“** مؤتمراً دولياً، حيث حظى بمشاركة دولية من عدد من الدول (الإمارات العربية المتحدة-فلسطين-الجزائر-مصر). وتقدم إلى المؤتمر عدد (120) ورقة سياسات، وقُبل منها عدد (50) ورقة سياسات. وقد تم قبول أوراق السياسات باللغتين العربية والانجليزية في إطار خمسة محاور متعلقة بجودة حياة المواطن، وهي: محور التمكين الاقتصادي للمرأة، ومحور الصحة الإنجابية، والمحور الثقافي والإعلامي، ومحور التحول الرقمي، والمحور التشريعي والأمني. وقد مرت عملية تحكيم أوراق السياسات المقدمة بعدد من المراحل، وهي: مرحلة التقديم، ومرحلة النقيوم، ومرحلة التعديل، ومرحلة النشر. وتشمل هذه الإصدار على عدد من أوراق السياسات التي تم قبولها للنشر بدورية سلسلة أوراق ديموجرافية، والتي تصدر عن المركز الديموجرافي بالقاهرة منذ عام 2021.

أ.م.د. أميرة تاووضروس

مدير المركز الديموجرافي بالقاهرة

محتويات العدد

الصفحة	الموضوع	
54-10	<p>أ.د. محمود مصباح عبد الرحمن أستاذ علم الاجتماع الريفي- كلية الزراعة . جامعة كفر الشيخ أ.د. أشرف محمد العزب أستاذ علم الاجتماع الريفي- كلية الزراعة . جامعة كفر الشيخ أ. مها صلاح أبو الخير باحثة بمعهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية</p>	<p>أثر جودة الحياة على الخصوبة البشرية بريف محافظة كفر الشيخ</p>
72-55	<p>أ. أميرة السعيد عبده مدير عام الإدارة العامة لبحوث الخصوبة وتقديرات السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء أ. ولاء إبراهيم الشرقاوي باحثة إحصائية، الإدارة العامة لبحوث الخصوبة وتقديرات السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء أ. غادة محمد عبد السلام باحثة إحصائية، الإدارة العامة لبحوث الخصوبة وتقديرات السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء أ. سارة محمد ياسين باحثة إحصائية، الإدارة العامة لبحوث الخصوبة وتقديرات السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء</p>	<p>محددات الزواج المبكر للإناث في بعض محافظات مصر</p>
92-73	<p>م.م. رامى محمد حسين مدرس مساعد علم الاجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة قناة السويس</p>	<p>الصحة الإيجابية: نحو مدخل جديد لحقوق الإنسان</p>

أثر جودة الحياة على الخصوبة البشرية بريف محافظة كفر الشيخ

أ.د. محمود مصباح عبد الرحمن¹

أ.د. أشرف محمد العزب²

أ. مها صلاح أبو الخير³

ملخص

حيث أن التوجه الإستراتيجي للسياسة المصرية الارتقاء بخصائص السكان وخاصة المرأة، وفهم المشكلة السكانية والعوامل التي تحد من آثارها للأخذ بها عند وضع السياسات الاجتماعية والاقتصادية للدولة، فإن هذه الدراسة تستهدف التعرف علي أثر جودة الحياة على السلوك الإنجابي للزوجات الريفيات بمحافظة كفر الشيخ، من خلال تصميم واختبار مقياس مركب من مجموعة من المؤشرات الذاتية والموضوعية الدالة على أبعاد جودة الحياة، وكذا التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية والمحددة بين المقياس الكلي لجودة الحياة وكل مكون من مكوناته، وبين السلوك الإنجابي للزوجات. بالإضافة إلى تحديد الأهمية النسبية لكل منها، وتحديد درجة الإسهام النسبي لكل منها أيضا في تفسير التباين الحادث في السلوك الإنجابي. واستنادا إلى الإطار النظري والمرجعي اقترحت الدراسة عشرة أبعاد متميزة للتعبير عن طبيعة أبعاد مفهوم مركب جودة حياة المرأة (الديموغرافي، والاقتصادي، والصحة الإنجابية، والمشاركة المجتمعية، والبعد الاجتماعي، والبعد الثقافي، والبعد النفسي، والبعد البيئي، ومستوى النعيم التكنولوجي، وقضاء وقت الفراغ) وهذه الأبعاد مكونة من أربعة وعشرين مؤشرا رقميا، وتم وضع العديد من الفروض البحثية لاختبارها على عينة عشوائية منتظمة باستخدام المعاينة المساحية علي 270 زوجة من قرى مركزى دسوق، والرياض بمحافظة كفر الشيخ، بشرط أن يكون الزوج على قيد الحياة، وتعيش معه في معيشة واحدة، ويكون لديها طفل واحد على الأقل. وتم استخدام المسح الاجتماعي كطريقة بحثية، واستمارة الاستبيان كأداة لتجميع البيانات من خلال المقابلات الشخصية، وبعض الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية لتحليل البيانات. وأسفرت نتائج الدراسة عن بناء مقياس لجودة الحياة أستخدم لبنائه (24) مؤشرا رقميا يقاس كل منها بعدة عبارات أو عبارات واحدة، ويتكون المقياس من 10 أبعاد متمايزة تعكس طبيعة متغير جودة الحياة الذاتية والموضوعية، وبلغت قيمة معامل الثبات للمقياس نحو 0.836 وهي قيمة مرتفعة. واتسم بوجود علاقات ارتباطية معنوية بين كل مؤشر من مؤشرات كل بعد (من أبعاد مركب جودة الحياة) بعضها وبعض، وبين كل منها والدرجة الكلية لهذا البعد، وأيضا بين درجات الأبعاد بعضها وبعض، وبين كل بعد والدرجة الكلية لمركب جودة الحياة، وأظهرت النتائج أن قرابة نصف عينة الزوجات يتمتعن بمستوى جودة حياة منخفض، وتبلغ نسبة من تتمتعن بمستوى جودة متوسط أو مرتفع قرابة ربع العينة. كما تبين أن هناك علاقة موجبة بين كل بعد من الأبعاد الاقتصادية والديموغرافية والبيئية والصحية الإنجابية والمشاركة المجتمعية والنعيم التكنولوجي لجودة الحياة وخصوبة المرأة، وعلاقة سالبة مع كل من الأبعاد النفسية والاجتماعية والثقافية وفترات قضاء وقت الفراغ. هذا وقد تضمنت الدراسة العديد من التوصيات لمتخذي القرارات.

الكلمات الدالة: جودة الحياة-المرأة الريفية-الخصوبة البشرية-محافظة كفر الشيخ

¹ أستاذ علم الاجتماع الريفي - كلية الزراعة . جامعة كفر الشيخ

² أستاذ علم الاجتماع الريفي - كلية الزراعة . جامعة كفر الشيخ

³ باحثة بمعهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية

مقدمة

يعاني الاقتصاد المصري من العديد من الاختلالات الهيكلية، التي أفرزتها العديد من المشاكل، ولعل أهم هذه المشاكل المشكلة السكانية، والتي توليها الحكومة المصرية والعديد من المنظمات الدولية منذ فترة طويلة اهتمام خاص، وتتمركز هذه المشكلة في حدوث خلل مزمن من الصعب التغلب عليه في المدى القصير بين معدلات التنمية الاقتصادية ومعدلات النمو السكاني -برغم قيام المورد البشري بدور هام في صناعة وإحداث التنمية- وكلما اتسعت الفجوة بين هذه المعدلات صعب على الدولة القيام بدورها الفاعل في تحسين المستويات المعيشية، وفي مقابلة الاحتياجات الصحية، والتعليمية، ومواجهة ظاهرة الفقر، والعشوائيات، وتفاقم حجم الواردات من السلع الغذائية، وتقليص نسب البطالة، وتحسين خدمات البنية الأساسية. هذا وتحاول الحكومات المتعاقبة مواجهة هذه المشاكل المزمنة وحلها من خلال دراسة طبيعة السلوك الإنجابي والعوامل المؤثرة عليه للسيطرة على معدلات النمو السكاني بهدف إبطائه والسيطرة عليه (تقرير مجلس الشورى رقم 15 لسنة 1992؛ عبد الرحمن، 1993).

ولا تقتصر المشكلة السكانية على زيادة معدلات النمو السكاني المرتفعة فقط، بل تمتد أيضا إلى الخلل في التوزيع السكاني حيث تبلغ مساحة مصر نحو مليون كيلومتر مربع، بينما تبلغ مساحة وادي النيل ودلتاه والبادية المأهولة بالسكان نحو 8% من إجمالي هذه المساحة. نتيجة لنفشى أبعاد المشكلة السكانية فقد أولت الدولة اهتماما بالغا بخططها وسياساتها لعلاج هذه المشكلة وآثارها المختلفة منذ أكثر من نصف قرن، إلا أن هذه الجهود لم تؤد إلى النتائج المرغوبة أو الحد من التزايد السريع للنمو السكاني وإحداث التنمية. الأمر الذي دفع بالدولة -هذه الأيام- بالعناية الواضحة لمشروعات طموحة للتوسع الأفقي باستصلاح وإضافة مساحات جديدة من الأراضي الزراعية تبلغ نحو مليون ونصف المليون فدان لزيادة نصيب الفرد من الرقعة الزراعية، وإقامة مجتمعات عمرانية جديدة وتعمير جزء كبير من الصحراء الغربية والوادي الجديد وسيناء للوفاء بجزء من متطلبات الزيادة السكانية وتحقيق الأمن الغذائي وتحقيق الأمن القومي في سيناء وفي غرب البلاد. هذا وقد قامت العديد من الهيئات المختصة والمعاهد العلمية -وما تزال- بإجراء العديد من الدراسات والبحوث العلمية التطبيقية للمساعدة في فهم طبيعة وتفسير السلوك الإنجابي للمرأة وبالتالي العمل على حل هذه المشكلة (عبد الرحمن، 2018).

ويتوقف حجم الأسرة في أي مجتمع من المجتمعات البشرية -ضمن ما يتوقف- على توليفة مركبة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على المستوى المجتمعي (Macro level)، كما يرتبط بالخصائص الاجتماعية، والديموجرافية، والنفسية الاجتماعية، وبالعوادات والتقاليد والقواعد والأعراف والقيم المؤثرة على حجم الأسرة المرغوب على المستوى الفردي (Micro level). هذا ويعد مستوى تحديث المجتمع وتنميته، وأنماط الزواج، والعوادات الاجتماعية والدينية، والوظائف الاجتماعية والاقتصادية للأطفال كالعائلة الأسرية، ودعم المسنين، والضمان الاقتصادي لهم عند الكبر، والخبرة بوفيات الأطفال الرضع، ومستوى تعليم المرأة، وعملها خارج المنزل أمثلة لعوامل محددة أيضا للطلب على الأطفال في المجتمعات الريفية، وبالتالي تعمل على تحديد مستويات الخصوبة في هذه المجتمعات، وينظر إلى هذه العوامل كمحددات بنائية عملت تاريخيا على استدامة أو بقاء معدلات الخصوبة مرتفعة في المجتمعات التي تقع أسفل سلم التنمية الاجتماعية والاقتصادية (عبد الرحمن، 1993؛ فرج وآخرون، 2010).

ويرتكز التحليل السوسولوجي للسلوك الإنجابي للأطفال على السياق الاجتماعي الذي ينشأ فيه الأفراد من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، وطبيعة الثقافة السائدة في المجتمع حيث تتكون وتشكل أنماط هذا السلوك. أبانت نتائج البحوث الاجتماعية أن المنظرين لنظرية المقايضة الاجتماعية يوسعون المفهوم الاقتصادي لتبادل السلع ليشمل القبول الاجتماعي والاحترام والتقدير والحب والأمن وغير ذلك من الأشياء المعنوية، كما أن وجود بدائل يؤثر على قيمة الأشياء المتبادلة. ويذكر العربي (1991) أن المرأة الريفية التي غالبا ما تكون أمية أو ذات

مستوى تعليمي واقتصادي منخفض قد لا تجد لديها من الموارد التي يمكن أن تقايض بها من أجل الحصول على المكانة الاجتماعية والمشاركة في القرارات الأسرية وكسب رضا الزوج سوى اللجوء إلى الإنجاب، وربما الاستمرار في الإنجاب حتى تأتي بمولود ذكر ويختلف هذا في حالة عمل الزوجة حيث إنها تعطي بعضاً من وقتها للعمل. وتعد نظرية التحول الديموغرافي واحدة من أهم النظريات الشارحة لأثر نوعية الحياة - بما تنطوي عليه في أديباتها ومقاييسها - على الخصوبة البشرية، وأيضاً لفهم التغيرات في مقادير ومعدلات الزيادة الطبيعية للسكان الريفيين والحضرين، سواء من حيث التغير في معدلات المواليد أو في معدلات الوفيات، وذلك من خلال شرح تحول السكان من مرحلة الأحوال الاجتماعية والاقتصادية التقليدية إلى مرحلة المجتمع الحضري الصناعي الحديث النامي، وهي المرحلة التي تتحول فيها معدلات الوفيات المرتفعة جداً إلى معدلات منخفضة - نتيجة للتقدم الطبي العلاجي والوقائي ونتيجة للتحسن في التعليم ومستويات المعيشة والسكن والغذاء وغيرها. تتسم الدول التي تمر بهذه المرحلة بارتفاع مقدار الزيادة الطبيعية (مسببة للانفجار السكاني)، إلا أنه بعد فترة من الزمن تبدأ معدلات المواليد - المرتبطة بالثقافة السائدة والعادات والتقاليد المحبذة لحجم الأسرة الكبيرة وبتدني المستويات التعليمية، وبأهمية وظائف الأطفال في الإنتاج وغيرها من العوامل - في الانخفاض. واستجابت بذلك معدلات المواليد المرتفعة إلى الانخفاض الحاد في معدلات الوفيات وفي التقدم في مستويات المعيشة وتغير أنماط الحياة، ويرى أنصار هذه النظرية انخفاض معدلي المواليد والوفيات وتلاقيهما معاً وقد يتساويان، وتبلغ معدلات الوفيات أدنى مستوياتها نتيجة لتقدم الدول الطبي وحدوث التنمية بها، بينما تأخذ معدلات المواليد في التذبذب وترتفع وقت الرخاء وتنخفض وقت الأزمات.

1. مشكلة الدراسة

ونتيجة لما سبق يمكن القول بأن التنمية هي أفضل وسائل خفض معدلات النمو السكاني وتنظيم الأسرة حيث وجد عبد الرحمن (1982) Abdel-Rahman أن معدلات المواليد تتأثر بأعمال وعوامل التنمية وبتطوير الإنسان ومستويات المعيشة إيجابياً وبطريقة مباشرة في المدى القصير، كما تتأثر تأثيراً سلبياً وبطريق غير مباشر على المدى الطويل، فزيادة الدخل تؤدي إلى ارتفاع معدلات المواليد في المدى القصير، وتؤدي إلى زيادة نسب التعليم - وخاصة نسب تعليم الإناث - وبدورها تؤدي إلى انخفاض معدلات المواليد على المدى الطويل.

ومن هذا المنطلق، فإن مشكلة الدراسة الراهنة تركز على دراسة أثر جودة حياة الزوجات كمحدد للخصوبة البشرية في الريف المصري من خلال محاولة الإجابة عن التساؤلات الآتية: -

- 1 - ما هو متوسط حجم الأسرة الريفية بصفة عامة؟
- 2 - ما هي جودة الحياة؟ وما هي أبعادها؟ وما هي مؤشرات كل بعد من هذه الأبعاد؟
- 3 - ما هي طبيعة العلاقة بين السلوك الإنجابي للزوجات وبين المقياس الكلي لجودة الحياة. وهل تسهم جودة الحياة في تفسير التباين الحادث في السلوك الإنجابي
- 4 - هل تؤثر جودة الحياة كمتغير واحد مركب على السلوك الإنجابي للزوجات؟

2. أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة للوقوف على أثر جودة الحياة على السلوك الإنجابي للمرأة الريفية، والتعرف على أهم الأبعاد والمؤشرات المرتبطة والمحددة لمستويات الإنجاب. ويمكن الوصول إلى ذلك من خلال تحقيق الأهداف الفرعية الآتية: -

- التعرف على متوسط حجم الأسرة الريفية في محافظة كفر الشيخ.
- تصميم واختيار مقياس مركب من مجموعة من الأبعاد الدالة على مفهوم جودة حياة الزوجات الريفيات (المكونة من المؤشرات الذاتية والموضوعية)، والوقوف على درجات ومستويات جودة حياة المرأة في قرى الدراسة.
- التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية والمحددة بين جميع مؤشرات مقياس جودة الحياة والسلوك الإنجابي للزوجات، وتحديد درجة الإسهام النسبي لكل منها في تفسير التباين الحادث في السلوك الإنجابي.
- الوقوف على طبيعة العلاقة الارتباطية والمحددة بين أبعاد مقياس جودة الحياة والسلوك الإنجابي للزوجات، وتحديد درجة الإسهام النسبي لكل منها في تفسير التباين الحادث في السلوك الإنجابي.
- التعرف على طبيعة العلاقات الارتباطية والمحددة بين متغير مركب جودة الحياة والسلوك الإنجابي.

3. أهمية الدراسة

تتطلب أهمية هذه الدراسة من منطلق أن الخصوبة البشرية تمثل أحد عناصر التغير السكاني المهمة من خلال مؤشرات ومعدلاتها، وتساعد على التنبؤ المستقبلي بالحجم السكاني الذي يحدد الواقع السكاني لأي مجتمع بالإضافة إلى كون أن معدلات الخصوبة البشرية تعد من أهم الأحداث المؤثرة في جودة حياة السكان من خلال التأثير على مؤشرات التنمية الاجتماعية والاقتصادية لأي مجتمع سواء أكانت مرتفعة أو منخفضة. هذا ويعتبر موضوع علاقة جودة الحياة بالخصوبة البشرية موضوع قليل التداول والذي من شأنه إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة بالخصوبة مع الأخذ في الاعتبار العادات والتقاليد السائدة في المجتمعات الريفية المصرية من ناحية، بالإضافة إلى محاولة إلقاء بعض الضوء الذي قد يساعد في فهم المشكلة السكانية والمساعدة في الحد من هذه المشكلة إذ إن التوجه الإستراتيجي لسياسة مصر السكانية يقوم على تفعيل آلية ذات وجهين، الأول هو خفض الطلب على الإنجاب، والثاني تعظيم أنشطة تبنى فكرة تنظيم الأسرة والارتقاء بخصائص السكان.

4. محددات الدراسة

من الأهمية الإشارة إلى أن نتائج هذه الدراسة لا يمكن تعميمها على مستوى أكثر من إطار المجتمع الإحصائي الذي تم سحب العينة منه، بمعنى أنها تنطبق على ريف محافظة كفر الشيخ، وعلى المجتمعات المتشابهة والتي تتشابه في خصائصها وظروفها الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية معا.

الاستعراض المرجعي والإطار النظري

1. المفاهيم الإجرائية

1.1 الخصوبة البشرية

تعتبر الخصوبة من العناصر الرئيسية الثلاثة في دراسة النمو السكاني بجوار الوفيات والهجرة، وتعد عنصر أساسي في الزيادة السكانية، بجوار الهجرة الوافدة، وتستخدم الخصوبة للدلالة على التكاثر الفعلي للمواليد الأحياء، وتشير الخصوبة Fertility إلى عدد الأطفال الفعلي المولودين لامرأة معينة، وتتكون الخصوبة من مكونين أساسيين: مكون بيولوجي وآخر اجتماعي. والمكون البيولوجي يعرف الخصوبة بأنها القدرة الفسيولوجية على الإنجاب Fecundity، فالمرأة الخصبة هي المرأة القادرة على إنجاب أطفال سواء حدث إنجاب أو لم يحدث، بينما المرأة غير الخصبة لا تستطيع الإنجاب (عافر). أما المكون الاجتماعي فإنه يصف الأداء الفعلي الإنجابي والذي يمكن حصره في سلوك الميلاد وإنجاب الأطفال -في صورة عدد مطلق- وليس بالقدرة على الإنجاب. ويتوقف

هذا المكون الاجتماعي (عدد الأطفال خلال طول فترة الحياة الإيجابية) على العديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والثقافية والبيئية، أي لكثير من الفرص والحوافز المسببة للإيجاب والتي بدورها تختلف من بيئة اجتماعية لأخرى (عبد الرحمن، 1984).

ويرى العزبي (2011) نقلا عن Doberman and Clayton إن مصطلح Fertility يشير إلى العدد الفعلي للأطفال الذي تلده المرأة من الأطفال خلال فترة خصوبتها، وهو يختلف عن Fecundity والتي تعني العدد الذي يمكن للمرأة إنجابها من الناحية البيولوجية ومما لا شك فيه أن العدد الذي يمكن للمرأة إنجابها خلال فترة خصوبتها التي قد تمتد إلى 35 عام، أكبر كثيرا من العدد الذي تقوم بإنجابها فعليا، فالخصوبة ليست ببساطة نتاج عوامل بيولوجية ولكن الأفراد ينجبون عددا أكبر أو أقل من الأطفال نتيجة تؤثر على سلوكهم الإنجابي.

مما سبق تعرف الدراسة الراهنة الخصوبة على أنها القدرة الفعلية للمرأة على الإنجاب خلال فترة حياتها الإيجابية والتي تؤثر فيها مجموعة من العوامل الثقافية والاجتماعية، والاقتصادية والبيئية والنفسية. كما تعرفها على أنها مكون سلوكي يعكس عملية الإنجاب الفعلي للأطفال، وتعرف على أنها عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة لعينة عشوائية من المتزوجات لمرة واحدة، وفي سن الحمل، ويعيشون مع أزواجهم، وأنجبت كلا منهن طفل واحد على الأقل حتى وقت تجميع البيانات.

1.2 جودة الحياة

تري هذه الدراسة وتتفق مع ما أورده البردان (2006) حول جودة الحياة كمفهوم مركب يتضمن مدخلان رئيسيان هما المدخل الذاتي، والمدخل الموضوعي. يعتمد مدخل التقدير الذاتي على رد فعل أعضاء المجتمع المحلي على مجموعة من العبارات تعكس إدراكهم لقدرة المجتمع على إشباع حاجاتهم وشعورهم بالرفاهية والنعيم، ويتأثر بالعديد من المؤشرات الذاتية مثل السعادة التي يشعر بها الفرد، والعلاقات الاجتماعية الإيجابية، والرضا عن الذات وعن الآخرين وعن الخدمات والمجتمع، والوعي بمشاعر الآخرين، والمسئولية الاجتماعية، والمشاركة في الأعمال التعاونية، والتماسك الأسري، والشعور بالانتماء للمجتمع المحلي، والتوافق الشخصي والاجتماعي والصحي والأسري والمهني والتفاؤل، بينما يعتمد المدخل الموضوعي على الأرقام والملاحظات واختبار الحقائق القائمة والفروض والتحقق من صحتها على ضوء مجموعة من المتغيرات المحددة سابقا؛ مثل مستوى المعيشة والجودة السكنية، والوظيفية ومستوى التعليم، والدخل والحالة الصحية، والسلوك البيئي الرشيد، وتوافر فرص التعليم والعمل، وسهولة المواصلات، وتوافر السلع والخدمات المختلفة، وغيرها.

2. بعض المنطلقات النظرية السوسيولوجية والديموجرافية لدراسة الخصوبة البشرية وعلاقتها بجودة الحياة

2.1 نظرية الدور الاجتماعي Social Role Theory

حيث تفترض هذه النظرية وفقا لما ذكره العزبي (2011) نقلا عن Biddle & Coffman أن جانبا كبيرا من السلوك البشري يتسق ويأخذ شكلا معيناً ليقابل التوقعات الاجتماعية المرتبطة بالمراكز والمكانات الاجتماعية التي يشغلها الأفراد في البنين الاجتماعي حيث تمارس هذه التوقعات ضغطا على سلوك الأفراد يدفعهم لأن يسلكوا السلوك الذي يتوقعه منهم المجتمع. وتذكر أماني السيد (1992) أنه في إطار الثقافة المصرية وبخاصة الثقافة الريفية يتوقع المجتمع من الأفراد الذين يشغلون مراكز اجتماعية مرتفعة أن يكونوا أكثر وعيا بالمشكلة السكانية وآثارها السلبية على المجتمع وأن يكونوا قدوة لغيرهم في تنظيم الأسرة والحد من الإنجاب، فهم إنما يسعون إلى توفير مستوى مرتفع لأفراد أسرهم والذي لا يتأتى في ظل وجود عدد كبير من الأبناء. أما الأفراد الذين ينتمون للطبقة الوسطى فيسعون عادة إلى تحسين أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية للالتحاق بالطبقة العليا ويكون

التعليم وسيلتهم للالتحاق بوظائف مرموقة، بالإضافة للربة في تحسين مستوى معيشة أبنائهم، مما قد يدفعهم إلى محاولة خفض عدد أبنائهم ليتيسر لهم تحقيق ذلك. أما أبناء الطبقة الدنيا الذين غالبا ما يتسمون بمستويات تعليمية واقتصادية منخفضة فلا يتوقع منهم المجتمع توفير مستوى معيشي مرتفع لأبنائهم وبالتالي يقل الضغط الاجتماعي الواقع عليهم للاهتمام بتعليم أبنائهم، أو توفير مستويات مرتفعة من الرعاية الاجتماعية والصحية لهم مما قد لا يجعل للحد من الإنجاب أهمية كبيرة بالنسبة لهم.

2.2 نظرية المقايضة الاجتماعية Social Exchange Theory

ترى هذه النظرية أن الأفراد يدخلون بصفة مستمرة في عمليات تبادل المنافع مع النظم الاجتماعية التي يعيشون في ظلها حيث يعطون ويأخذون في المقابل أشياء ذات قيمة بالنسبة لهم، والمنظرون لنظرية المقايضة الاجتماعية يوسعون المفهوم الاقتصادي لتبادل السلع ليشمل القبول الاجتماعي والاحترام والتقدير والحب والأمن وغير ذلك من الأشياء المعنوية، كما أن وجود بدائل يؤثر على قيمة الأشياء المتبادلة. وفي ذات السياق يذكر العزبي (1991) أن المرأة الريفية التي غالبا ما تكون أمية أو ذات مستوى تعليمي واقتصادي منخفض قد لا تجد لديها من الموارد التي يمكن أن تقايس بها من أجل الحصول على المكانة الاجتماعية والمشاركة في القرارات الأسرية وكسب رضا الزوج، سوى اللجوء إلى الإنجاب، وربما الاستمرار في الإنجاب حتى تأتي بمولود ذكر ويختلف هذا في حالة عمل الزوجة حيث إنها تعطي بعضا من وقتها للعمل مقابل حصولها على الدخل الذي يمكنها من المساهمة في ميزانية الأسرة وبالتالي يرفع مكانتها في الأسرة ويزيد من قدرتها على اتخاذ القرارات الأسرية. لذلك يتوقع أن تكون المرأة العاملة أكثر تنظيما للأسرة، وأقل خصوبة وكلما تعددت مصادر القوى الأخرى التي تمتلكها الزوجات الريفيات فمن الطبيعي أن يقل اعتمادهن على الإنجاب كوسيلة لزيادة قوتهن وتدعيم مكانتهن في الأسرة.

2.3 نظرية الفعل التطوعي Voluntaristic Action Theory

تفترض نظرية الفعل الاجتماعي «لتالكوت بارسونز» أن الأفراد يسعون إلى تحقيق أهداف شخصية في ظل مواقف وأوضاع معينة يتوفر فيها وسائل بديلة لتحقيق الأهداف ولكنهم وهم في سعيهم لتحقيق أهدافهم يكونون محدودين بعدد من الظروف الموقفية مثل خصائصهم البيولوجية وظروف بيئتهم الطبيعية والإيكولوجية، كما أن سلوك الأفراد أيضا يكون محدودا بالقيم الاجتماعية والمعايير السلوكية والأفكار السائدة في المحيط الذي يعيشون فيه وكل هذه المحددات الموقفية والمعاييرية تؤثر على قدراتهم في اختيار الوسائل التي يمكن أن تحقق أهدافهم من بين مختلف الوسائل البديلة (العزبي، 1995، ص 27).

2.4 نظرية الحاجات الإنسانية Human Needs

يفترض «ماسلو» أن حاجات الإنسان تنتظم في سلم هرمي تشغل فيه الحاجات الفسيولوجية، قاعدة هذا الهرم، يعلوها الحاجة إلى الأمن ثم الحاجة إلى الحب والانتماء ثم الحاجة إلى الاحترام والتقدير، ثم تحتل في قمة الهرم الحاجة إلى تحقيق الذات (Maslow. 1943). وفي ظل الثقافة الريفية التقليدية القائمة على العزوة وسيادة نمط الزراعة التقليدية القائمة على العمل العائلي، قد ينظر الأفراد إلى كثرة الإنجاب كوسيلة لإشباع الحاجة إلى الأمن والحب والانتماء حيث يعتبر معظم الريفيين الذكور عزوة وسندا للأهل في المستقبل، كما ينظر للأسرة كبيرة العدد على أنها مجال أوسع لتبادل الحب بين أفرادها، ويفخر الأبناء بالانتماء إليها، بالإضافة لذلك فإن كبر حجم الأسرة وخاصة زيادة أعداد الذكور فيها يرفع من قيمة الأسر في المجتمع وبالتالي يسهم في إشباع الحاجة إلى الاحترام، كما أن المرأة الريفية تنظر إلى الإنجاب وخاصة للذكور على أنه وسيلة لتحقيق الاستقرار في حياتها الزوجية، ورفع مكانتها في الأسرة، مما يسهم في إشباع حاجتها إلى الأمن. كذلك فإن الذين يسعون إلى إشباع الحاجة إلى تقدير الذات والحاجة إلى تأكيد الذات بأنفسهم قد يتحتم عليهم إعطاء عملهم قدرا أكبر من الجهد

والوقت والاهتمام مما لا يترك لديهم متسع لإنجاب عدد كبير من الأبناء.

2.5 نظرية التطور العصري Modern Evolution Theory

نظرية التطور العصري وفقا لأبي جمرة (1982) نقلا عن Kenneth & Yetman تهتم بالاتجاهات والمفاهيم العصرية التي تلعب الدور الأساسي في تقرير السلوك المتعلق بالإنجاب، وتعتبر هذه الاتجاهات العصرية من النتائج والآثار المترتبة على الجوانب المتعلقة بعمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وتبين الدراسات التي تبحث العلاقة بين التطور العصري والخصوبة إلى وجود دلائل على أن مفهوم التخطيط أو الاهتمام بالمستقبل باعتبارهما من الاتجاهات العصرية يتناسبان طرديا مع انخفاض الخصوبة ولا تمثل الحياة في الحاضر ووجهات النظر العصرية في حد ذاتها دليلا على التطور العصري، ولكن المكونات الأساسية لذلك التطور وهي تقبل التغيير بسرعة، والاهتمام بالمستقبل والرغبة في التخطيط له، ووجود الإحساس بالكفاءة الذاتية. ولذلك فقد اقترح البعض أن تحدد المؤشرات الحقيقية للتطور العصري بأنها نفاذ بصيرة الفرد فيما يتعلق بمفهومه عن نفسه وعن مستقبله وعن علاقاته بالمجتمع (قدرته على استشراف المستقبل).

2.6 نظرية التحول الديموجرافي: Demographic Transition Theory

تعد نظرية التحول الديموجرافي واحدة من أهم النظريات الشارحة للتغيرات في معدلات المواليد والوفيات من خلال تحول السكان من مرحلة الأحوال الاجتماعية والاقتصادية التقليدية إلى مرحلة المجتمع الحضري الصناعي الحديث، وقد بدأت نظرية التحول الديموجرافي كوصف للتغيرات الديموجرافية التي احتلت مكانا عبر الزمن في المجتمعات المتقدمة (الأوروبية والأمريكية) والتي فيها تحولت معدلات المواليد والوفيات المرتفعة إلى معدلات منخفضة. يقول عبد الرحمن، (1984)، إن أول أفكار هذه النظرية ظهرت عام 1929م على أيدي العالم الأمريكي وارن تومسون الذي جمع بعض البيانات الديموجرافية عن بعض الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية خلال الفترة من عام 1908م إلى 1927م وصنفها إلى ثلاث مجموعات أو مراحل طبقا لأنماط النمو السكاني بها إلى:

المجموعة (أ): وهي تضم دول شمال وغرب أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية حيث تبين أنه بداية من أواخر القرن التاسع عشر وحتى 1927 تحولت معدلات هذه الدول من معدلات مرتفعة جدا للزيادة الطبيعية إلى معدلات منخفضة للزيادة وفي وقت قصير سوف تصبح مستقرة ثم تبدأ في الانخفاض. المجموعة (ب): وتضم إيطاليا وإسبانيا والعرق السلوفاكي في وسط أوروبا، حيث وجد دلائل على انخفاض معدل المواليد والوفيات بتلك الدول. المجموعة (ج): وهي تضم بقية دول العالم وقد وجد أدلة قليلة على التحكم في كل من المواليد والوفيات. وجدير بالإشارة إلى أنه يمكن التعبير عن مصطلح التحول الديموجرافي من خلال عبارة إن التنمية هي أفضل وسيلة لتنظيم الأسرة، حيث لوحظ من خلال بيانات الدول التي مرت خلال التحول الديموجرافي أن معدلات الوفيات انخفضت مع ارتفاع مستوى المعيشة، وتبعها بعد ذلك بعبود قليلة انخفاض معدلات المواليد

وقام إنستين بتقسيم دول العالم وفق طبيعة التحول في معدلات الزيادة الطبيعية إلى ثلاث مراحل مقابلة لما قام به تومسون (شكل توضيحي رقم 1) وهي: (1) مرحلة النمو الكامن، و(2) مرحلة التحول الديموجرافي - أو مرحلة الانفجار السكاني، ثم (3) مرحلة الوعاء المنخفض، ويقول عبد الرحمن، (1984) إن كثيرا من العلماء أطلق علي هذه النظرية بنظرية المراحل، حيث لا يوجد لها فروض نظرية أو مفاهيم خاصة بها، لكنها تشرح التطور الحادث في عناصر التغيير السكاني، حيث تتحول معدلات المواليد والوفيات المرتفعة في بعض الدول -مرحلة النمو الكامن- التي يصعب فيها التحكم في كل من المواليد والوفيات، إلى مرحلة التحول الديموجرافي، والتي تتحول فيها معدلات الوفيات المرتفعة جدا إلى معدلات منخفضة - نتيجة للتقدم الطبي العلاجي والوقائي ونتيجة

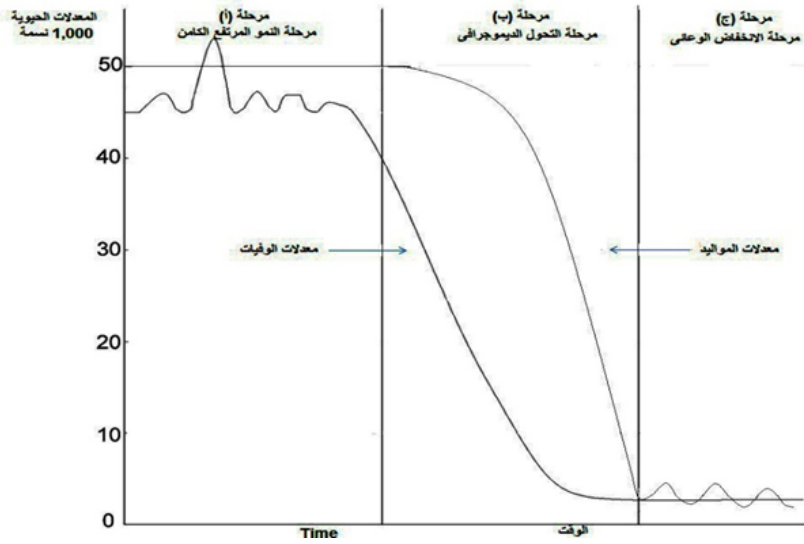
للتحسن في التعليم وتحسين مستويات المعيشة والسكن والغذاء وغيرها. اتسمت الدول التي تمر بهذه المرحلة بارتفاع مقدار الزيادة الطبيعية -الانفجار السكاني- إلا أنه بعد فترة من الزمن تبدأ معدلات المواليد (الخصوبة البشرية) المرتبطة بالثقافة السائدة والعادات والتقاليد المحبذة لحجم الأسرة الكبيرة، وتدني المستويات التعليمية وخاصة للإناث، والمرتبطة أيضا بأهمية وظائف الأطفال في الإنتاج وغيرها من العوامل في الانخفاض، بالإضافة أيضا إلى استجابة معدلات المواليد المرتفعة للانخفاض في معدلات الوفيات (كعامل تعويضي)، نتيجة التقدم في مستويات المعيشة وتغير أنماط الحياة. ويرى أنصار هذه النظرة أن المرحلة الثالثة يتم فيها انخفاض معدلي المواليد والوفيات ويلتقيان معا وقد يتساويان، وتبلغ معدلات الوفيات أدنى مستوياتها نتيجة لتقدم الدول الطبي وحدث التنمية بها، بينما تأخذ معدلات المواليد في التذبذب -حيث ترتفع وقت الرخاء وتنخفض وقت الأزمات. وفي محاولة لوضع فروض واضحة لنظرية التحول الديموجرافي افترض (Abdel-Rahman, 1982) أن هناك عدة مفترضات أساسية يجب أن تقوم عليها نظرية التحول الديموجرافي وهي:

- تتأثر معدلات الوفيات ويتوقف حجمها على مستويات التنمية في المجتمع.
- تتأثر معدلات المواليد بمعدلات الوفيات، أي كلما زادت معدلات الوفيات كلما زادت معدلات المواليد (كأثر تعويضي).
- تتأثر معدلات المواليد بأعمال التنمية وتطوير المجتمعات إيجابيا بطريقة مباشرة في المدى القصير، كما تتأثر تأثرا سلبيا وغير مباشر على المدى الطويل من خلال تأثير عوامل التنمية عليها، فالتعليم على سبيل المثال يؤدي إلى انخفاض المواليد.

وعند اختبار الفروض السابقة على المستوى الكلي باستخدام التحليل الباثي Path Analysis بافتراض نموذج تحليلي سببي واختباره، ينطوي على العديد من المفاهيم ذات الصلة بالنظرية. حيث تم التعبير عن التنمية الاقتصادية والاجتماعية بالعديد من المفاهيم (شكل 2)، وطبق هذا النموذج على ثلاث مجموعات متباينة من الدول النامية في ثقافتها الفرعية وفقا لديانة الغالبية من سكانها -وهي مجموعة الدول الإسلامية، ومجموعة الدول الكاثوليكية، ومجموعة الدول البوذية- وأفترض هذا النموذج أن توافر مقدار كبير من الأرض الزراعية، وارتفاع معدلات التصنيع، والتنمية الاقتصادية معبرا عنها بمتوسط دخل الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، ونسبة التحضر من شأنهم العمل على زيادة معدلات التعليم، كما وان هذه المتغيرات من شأنها تقليل عمالة الأطفال، وزيادة استخدام وسائل الاتصال الجماهيري، وزيادة الخدمات الصحية، وزيادة الكالوريات الغذائية المستخدمة، وبالتالي انخفاض معدلات الوفيات، وبالتالي زيادة معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة، الأمر الذي يساعد في خفض معدلات الخصوبة البشرية، وعند اختبار هذه الفروض تبين أن مستويات الخصوبة البشرية في المجموعات الثقافية المختلفة لا تستجيب بنفس الكيفية للجوانب المتشابهة للخصائص الاجتماعية والاقتصادية للتنمية حيث أفرزت النتائج أن هناك اختلافات جوهرية بين مجموعات الثقافات الفرعية الثلاثة؛ فالتعليم وخاصة تعليم الإناث كان المحدد الوحيد المباشر على الخصوبة- يؤدي إلى خفضهما- في مجموعة الدول الإسلامية، بينما كان استخدام وسائل الاتصال الجماهيري، ونسبة الأطفال في القوة العاملة، ومساحة الأرض الزراعية المتاحة هي المحددات المباشرة للخصوبة البشرية في مجموعة الدول الكاثوليكية. أما في مجموعة الدول البوذية فقد تبين أن وفيات الأطفال الرضع هي المتغير المباشر الوحيد المحدد للخصوبة، هذا وقد تبين أن متغير التحضر يؤدي دور محوري هام في التأثير غير المباشر على الخصوبة البشرية من خلال التعليم في مجموعة الدول الإسلامية. ومن خلال التأثير على معدلات وفيات الأطفال الرضع في الدول البوذية، وتأثير متغيرين التصنيع والتنمية الاقتصادية على متغير استخدام وسائل الاتصال الجماهيري، كما يؤثر على التعليم الذي يؤثر بدوره على خفض عمالة الأطفال المحددة للخصوبة في الدول الكاثوليكية (Abdel-Rahman, 1982).

الشكل 1.

مراحل نظرية التحول الديموجرافي

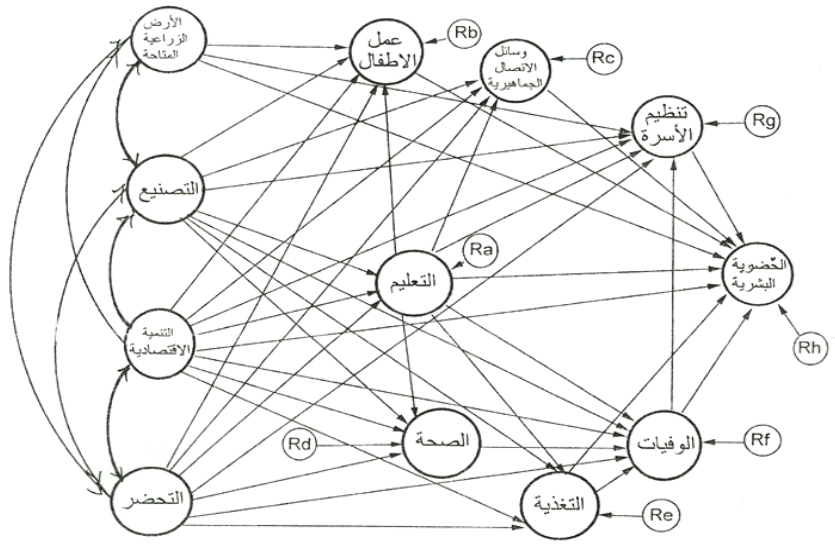


المصدر: (Wrong, 1964, P. 20)

وتشير كثير من الدراسات إلى أن مجموعة الدول النامية ذات الدخل المنخفض أو المتوسط فيها معدلات خصوبة مرتفعة عن تلك التي في الدول المتقدمة، ففي دراسة أثر التغير الاجتماعي والاقتصادي على الخصوبة البشرية لمجموعة من الدول النامية، أسفرت النتائج التحليلية على أن انخفاض الخصوبة يكون مرتبطاً إلى حد كبير بالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية. وتتفق هذه النتائج مع ما وصلت إليه نتائج دراسات منظمات الأمم المتحدة المتخصصة في احتلال الدول المتقدمة لقاطرة الدول على مقاييس جودة الحياة وبالتالي وضوح تأثيرها على الخصوبة.

ويرتكز التحليل السوسولوجي للسلوك الإنجابي للأطفال على السياق الاجتماعي الذي ينشأ فيه الأفراد من خلال طبيعة الثقافة السائدة في المجتمع حيث تتكون وتتشكل أنماط هذا السلوك. ولقد أبانت نتائج البحوث الاجتماعية أن نمط الحياة الذي يرتبط بالطبقات الاجتماعية، يؤثر على أنماط خصوبة هذه الطبقات والذي ينطوي على علاقة عكسية بين المركز الاجتماعي والخصوبة. ويقول ماير في هذا السياق إن توقعات الفرد المختلفة في الحياة تحدد مقدار معرفته وتحدد اتجاهاته وأنماطه الزوجية وعدد أطفال أسرته وسلوك أفرادها، كما تحدد أيضاً نوعية التعليم ودرجته، والجماعة المرجعية والمنظمات التي ينتمي إليها إلى آخر ذلك من أنماط ثقافية مختلفة والطبقات الأدنى تكون هي الأكثر خصوبة ويرجع ذلك للفروق في عادات الطبقة مثل العمر عند الزواج والقيم والاتجاهات المتعلقة بحجم الأسرة الأمثل. هناك بعض الدلائل للعلاقة العكسية بين المركز الاجتماعي الاقتصادي والخصوبة حيث يمثل كلا من متغيرات المستوى الدخل والمستوى التعليمي والمهنة والعوامل المستقلة المؤثرة في علاقة طردية عكسية على معدل الخصوبة، وكذلك بالنسبة للعلاقة بين عدد.

نموذج تحليلي لاختبار نظرية التحول الديموجرافي



المصدر: (Abdel-Rahman, 1982. p.68)

سنوات التعليم الكاملة للزوجات ومعدل الخصوبة فوجد أن بارتفاع عدد سنوات التعليم ينخفض معدل الخصوبة، (عبد الرحمن، 1974). ويتضح مما سبق أن هناك العديد من المداخل والنظريات المفسرة والشارحة للسلوك الإنجابي.

الدراسات السابقة

تم الاطلاع على نتائج عدد من الدراسات التي تناولت موضوعي الخصوبة البشرية وجودة الحياة، غطت فترة زمنية امتدت من عام 1991 وحتى عام 2012 بالنسبة للخصوبة، وهي دراسات: جودة (2012)، والسقاف (2009)، والحبيس (2008)، والصباغ (2003)، والسيد (2003)، ورميح ومصطفى (1999)، وعبد الحميد (1998)، وفرج (1997)، وخميس (1996)، وحسن (1996)، عبد القادر وآخرون (1995)، والعزبي (1995)، وكمال (1995)، ورزق (1994)، وعلام ونصرت (1994)، والبقلي (1991). كما غطت نتائج دراسات جودة الحياة الفترة من عام 2004 وحتى عام 2015 وهي دراسات: عليوة (2015)، ومحمد (2009)، والحاج (2009)، ويوسف (2009)، ومنسي وكاظم (2006)، وكاظم والبهادلي (2006)، وسليمان (2006)، والبردان (2006)، وريحان ويحيى (2005)، ومحرم وآخرون (2004)، وقد خلصت الدراسة الحالية إلى عدد من النقاط تمثلت في:

- لقد تباين الكثير من العلماء والمدارس العلمية فيما بينهم في تناول مفهوم جودة الحياة، كما لوحظ عدم الاتفاق على/أو إيجاد تعريف محدد ودقيق لهذا المفهوم، وربما يرجع ذلك لطبيعة وتنوع مجالات الدراسة التي استخدمت هذا المفهوم، أو لطبيعة نظرة كل باحث والثقافة التي نشأ فيها، أو وفق المدرسة العلمية التي ينتمي إليها، أو لكيفية تناوله وقياسه، ولذلك فإن جودة الحياة تعني أشياء مختلفة للأفراد المختلفة.
- لم تتفق غالبية الدراسات التي أجريت لقياس مفهوم جودة الحياة على طبيعته، أو عدد أبعاده أو مكوناته أو محاوره الفرعية المكونة له، كما أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن المفاهيم الإجرائية المستخدمة للتعبير عن مصطلحي نوعية الحياة أو جودة الحياة غير متفق عليها وتتباين فيما بينها من دراسة لأخرى.
- لقد ارتأت كثيرا من الدراسات أن ماهية وطبيعة جودة الحياة تتكون من بعدين رئيسيين هما: البعد الذاتي والبعد الموضوعي، كما إرتأي البعض أن كل بعد يتكون من عدة أبعاد أو محاور فرعية.

- لم يتم الاستدلال على دراسات تعرضت لعلاقة جودة الحياة بموضوع الخصوبة البشرية بصورة مباشرة، حيث بينت العديد من الدراسات ثبوت العلاقة بين أحد أو بعض محاور جودة الحياة أو أحد مؤشراتها بالخصوبة البشرية في سياق التحليل السوسيوولوجي لهذه الظاهرة. هذا ما سوف توظفه هذه الدراسة وتبني عليه إطارها النظري لإيجاد العلاقة بين جودة الحياة ومحاورها ومؤشراتها والخصوبة البشرية.
- ترتبط الخصوبة وتحدد بمجموعة من العوامل الوسيطة، وهذه العوامل تتأثر بمجموعة من العوامل الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية والنفسية والاتصالية، وتتفاعل هذه المتغيرات لتؤثر في السلوك الإيجابي في ضوء وتفسير مجموعة من النظريات والمداخل الشارحة لطبيعة هذا السلوك الإيجابي، ولعل من ضمن أهم العوامل المفسرة للتباين في هذا السلوك والتي أفرزها الاستعراض المرجعي العوامل التالية:
- (1) طول فترة الزواج (أو سن الزوجة، أو سن الزوجة عند الزواج)، (2) التأثير الأسري، (3) مكانة المرأة الاقتصادية، (4) عمالة الأولاد، (5) عمل الزوجة، (6) المشاركة المجتمعية، (7) المستوى المعيشي، (8) التماسك الأسري الاجتماعي، (9) الدخل الشهري للزوجة، (10) الانفتاح الثقافي، (11) جودة المسكن، (12) الخلفية الدينية، (13) الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، (14) الإنفاق الاقتصادي للأسرة، (15) درجة الرضا عن الخدمات المجتمعية، (16) متوسط طول فترة المباشرة بين المواليد، (17) الرعاية الصحية، (18) الشعور بالانتماء للمجتمع المحلي.
- كما أنه من خلال هذه الدراسة يمكن وضع مقياس لجودة الحياة مكون من (10) أبعاد أو محاور يشتمل كل محور على مجموعة من البنود كما يلي:

(1) البعد الديموجرافي:	(6) البعد الثقافي:
أ. طول فترة الزواج	أ. التأثير الأسري
(2) البعد الاقتصادي:	ب. عدد الأطفال المراد إنجابهم
أ. عدد الأولاد العاملين	ج. الخلفية الدينية
ب. الدخل الشهري من عمل الأبناء	(7) البعد النفسي:
ج. الإنفاق الاقتصادي للأسرة	أ. الاتجاه نحو تنظيم الأسرة
د. السفر للخارج	ب. الشعور بالانتماء للمجتمع المحلي
هـ. المستوى المعيشي	ج. درجة الرضا عن المنظمات والخدمات المجتمعية
و. عمل الزوجة خارج المنزل	(8) البعد البيئي:
(3) بعد الصحة الإنجابية:	أ. جودة المسكن
أ. الرعاية الصحية للطفل	ب. السلوك البيئي الرشيد
(4) بعد المشاركة المجتمعية:	(9) بعد مستوى النعيم التكنولوجي:
أ. المشاركة في الأنشطة المجتمعية	أ. متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا
(5) البعد الاجتماعي:	ب. ملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية
أ. التماسك الاجتماعي	(10) بعد قضاء وقت الفراغ:
ب. مكانة المرأة	أ. طول فترة استخدام الإنترنت
ج. صراع الأدوار الاجتماعية	ب. طول فترة مشاهدة الفضائيات

الخلاصة: يلاحظ أنه من خلال عرض أبعاد جودة الحياة أن العوامل التي تؤثر على الخصوبة هي جزء من أبعاد جودة الحياة كما أن المتغيرات التي تشتمل عليها جودة الحياة ما هي إلا متغيرات قد تمت دراستها من قبل من خلال مجموعة من الدراسات.

الإجراءات المنهجية للدراسة

1. أسلوب ونوع الدراسة

تم استخدام أسلوب المسح الاجتماعي بالعينة باعتباره الأسلوب الملائم لاختبار فروض الدراسة الحالية وتحقيق أهدافها وتعد هذه الدراسة دراسة وصفية وتحليلية تهدف إلى اكتشاف طبيعة الخصوبة البشرية في قرى الدراسة ومعرفة مدى تأثير جودة الحياة عليها.

2. مجالات البحث

يشتمل مجال الدراسة على ثلاثة مجالات فرعية هي: المجال الجغرافي، والمجال البشري، والمجال الزمني للدراسة.

2.1 المجال الجغرافي

تم اختيار محافظة كفر الشيخ مجالاً للبحث الميداني تأصيلاً لمبدأ خدمة البيئة والمجتمع المحلي الذي يعمل ويعيش فيه غالبية الباحثين، بالإضافة إلى توفير الوقت والجهد والنفقات اللازمة لإتمام الدراسة الميدانية. مدينة كفر الشيخ هي عاصمة المحافظة، وتنقسم المحافظة إلى 10 مراكز إدارية، و13 مدينة، يتبعها 97 وحدة محلية قروية وتضم جميعها 226 قرية (محافظة كفر الشيخ 2015م). وقد تم اختيار مركزي دسوق والرياض لإجراء هذه الدراسة، كما تم اختيار ثلاث قرى رئيسية من المركزين بطريقة عشوائية، هما قريتا العجوزين وشابة من مركز دسوق، وقرية الفيروز من مركز الرياض.

2.2 المجال البشري

ينطوي على شاملة البحث، ويقصد بها جميع النساء المتزوجات بالقرى الثلاث التي وقع عليها الاختيار العشوائي، ويشترط في كل زوجة منهن أن تكون متزوجة لمرة واحدة، وزوجها على قيد الحياة وقت تجميع البيانات، وتعيش مع زوجها في معيشة واحدة، ويكون لديها طفل واحد على الأقل، وأن تكون في سن الإنجاب، على ألا يقل عمرها عن 28 عام وألا يتعدى 50 عام وقت تجميع البيانات (حدد عمر 28 عام حتى يمكن سؤالهن عن مدى مشاركتهن من عدمه في عدد من الانتخابات كمؤشر للمشاركة السياسية). هذا وقد تم تقدير إجمالي عدد السكان في قرية العجوزين في أول عام 2012م بنحو 15088 نسمة منهم 7651 من الإناث، كما قدر عدد السكان في قرية شابة بنحو 18865 نسمة منهم 9510 من الإناث، وقدر إجمالي عدد السكان في قرية الفيروز بنحو 848 نسمة منهم 416 من الإناث (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، 2015م). ونظراً لعدم توافر سجلات حكومية أو مؤسسية منظمة يمكن الاستعانة بها كإطار عيني لسحب عينة الدراسة بدقة، فقد قام الباحثون باستخدام أسلوب العينة المساحية، وذلك بإجراء حصر للمنازل الموجودة بكل قرية من قرى العينة على حدة بالاستعانة ببعض الإخباريين من كل قرية، حيث تم تقسيم القرية إلى قطاعات وكل قطاع إلى مجموعة من الشوارع المكونة له، ثم تلي ذلك حصرًا للمنازل الموجودة بكل شارع من شوارع القرية، والوحدات المعيشية التي تقطن هذه المنازل. وبعد ذلك تم اختيار عينة من الزوجات من الوحدات المعيشية بطريقة عشوائية منتظمة على ألا يمثل الوحدة المعيشية إلا زوجة واحدة. وتم اختيار عينة عشوائية قوامها 180 مفردة من قرى مركز دسوق بنسبة 3% من كل قرية، و90 مفردة من قرية الفيروز بمركز الرياض -أكثر من 30% من أجل أغراض التحليل الإحصائي.

2.3 المجال الزمني

تم الإعداد لوضع خرائط كروكيه لاختيار العينة المساحية من خلال الاستعانة بالإخباريين من كل قرية في نحو شهر ونصف، وتم جمع البيانات اللازمة للدراسة ميدانيا خلال فترة زمنية طويلة نسبيا قوامها ثلاثة أشهر، ويرجع طول الفترة الزمنية التي استغرقتها عملية جمع البيانات لكبر حجم استمارة الاستبيان المستخدمة بعد التعديل، وتعدد جوانبها المعرفية المختلفة عن طبيعة الدراسة، الأمر الذي استغرق وقتا طويلا في استيفاء بيانات كل استمارة، والذي استغرق استيفاء بيانات الاستمارة الواحدة أكثر من الساعة. وقد بلغ عدد الاستمارات المستوفاة 270 استمارة تمثل 100% من جملة عينة البحث المستهدفة.

3. إعداد واختبار استمارة الاستبيان

تم إعداد استمارة استبيان بالمقابلة الشخصية لغرض جمع البيانات البحثية من الزوجات اللاتي تم اختيارهن عشوائيا من القرى المحددة، وقد تضمنت الاستمارة عدة أسئلة لقياس المتغيرات البحثية السابق تحديدها لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فروضها. وتم إجراء اختبار مبدئي على الاستمارة Pretest، وبناء على النتائج التي أسفر عنها هذا الاختبار، فقد تم إجراء التعديلات اللازمة سواء بإعادة صياغة، أو ترتيب، أو حذف أو إضافة بعض الأسئلة.

وقد اشتملت الاستمارة على بيانات خاصة بالمتغيرات المستقلة وأخرى خاصة بالمتغير التابع، أما المتغيرات المستقلة فقد تضمنت السؤال عن متغيرات: طول فترة الزواج، عمل الزوجة، عمل الأبناء، الدخل الشهري من عمل الأبناء، السفر للخارج، درجة صعوبة الحياة اليومية (درجة الفقر)، الرعاية الصحية في الحمل، الرعاية الصحية بعد الولادة، مقدار ما تتفقه الأسرة على الطعام والشراب والدروس الخصوصية ومصروفات التعليم والكتب الدراسية، المشاركة في المشروعات التنموية، التماسك الاجتماعي، الأدوار الاجتماعية، تعليم الزوجة، المشاركة المجتمعية، التأثير الأسري، عدد الأطفال المراد إنجابهم، الخلفية الدينية، قراءة الصحف ومشاهدة الفضائيات، الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، الشعور بالانتماء للمجتمع، درجة الرضا عن خدمات المنظمات المجتمعية، جودة المسكن، السلوك البيئي الرشيد، مدى كثافة استخدام التكنولوجيا الحديثة، الممتلكات والأجهزة الحديثة، استخدام النت ومشاهدة الفضائيات. أما مقياس المتغير التابع فقد تمثل في السؤال عن إجمالي عدد ولادات الأطفال الأحياء للزوجة، وعدد وفيات الأطفال للحصول على عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة.

4. تعريف وقياس متغيرات الدراسة

(أولا) تم قياس المتغيرات المستقلة المركبة (أو كل بعد من أبعاد جودة الحياة) بمؤشر واحد فقط أو بمجموعة من المؤشرات، وأنه لجدير بالذكر أنه قد روعي عند تكوين المتغيرات المركبة اتجاه الإشارة (موجبة أو سالبة الاتجاه) وفق النظرية العلمية أو وفق منطق تأثيرها في جودة الحياة.

(1) البعد الديموجرافي: وتم قياسه بمؤشر واحد

(أ) طول فترة الزواج:

تم قياسه برقم خام يعبر عن عدد السنوات التي انقضت منذ زواج المبحوثة وحتى وقت جمع البيانات.

(2) البعد الاقتصادي: وتم قياسه بمتوسط ستة مؤشرات بعد معايرتها.

(أ) عدد الأبناء العاملين: تم قياسه برقم خام يعبر عن عدد الأولاد الذين يعملون ويعيشون مع المبحوثة بالمنزل.

(ب) الدخل الشهري من عمل الأبناء: تم قياسه بإجمالي عدد الجنيهاً التي يتحصل عليها الأبناء شهريا من

عمل أو عائد استثمار أو من مصادر أخرى.

(ج) المستوى المعيشي: تم قياسه بسؤال المبحوثة: "لو قارنتم مستواكم المعيشي بالناس اللي حوالكم يبقى أنتم في مستوى إيه؟" وكانت الاستجابات تتدرج كالاتي أنا أحسن من غيري، أنا زى غيري، أنا أقل من غيري، وأعطيت هذه الاستجابات على الترتيب الدرجات 3، 2، 1 وذلك لمعرفة المستوى المعيشي لأسرة المبحوثة

(د) الإنفاق الاقتصادي للأسرة: تم قياسه بمجموع ما تنفقه الأسرة في الشهر بالجنه المصري على الطعام والشراب والدروس الخصوصية ومصروفات التعليم والكتب الدراسية.

(هـ) السفر للخارج: تم قياسه بسؤال المبحوثة عن السفر خارج البلاد، وكانت الإجابات تتدرج كالاتي: دائما، أحيانا، نادرا، لا، وأعطيت هذه الدرجات على الترتيب: 3، 2، 1، صفر.

(و) عمل الزوجة: تم قياسه بسؤال المبحوثة عما إذا كانت تعمل أم لا فإذا كانت تعمل تعطي درجة واحدة أما إذا كانت لا تعمل تعطي صفرا. وحيث أن درجات المؤشرات الست مختلفات في وحدات قياسها، فقد تمت معايرة كل منها وتم جمعها بإشارة تأثير كل مؤشر وفق منطق تأثيره وإيجاد المتوسط الحسابي لها لتعبر عن متغير البعد الاقتصادي. وتم تحويل الدرجات المعيارية إلى درجات تائية (T) بمتوسط حسابي مقداره (50) درجة وانحرافا معياريا مقداره (10) درجات للتغلب على الإشارات السالبة وتكوين متغير مركب يمكن وصفه.

3) بعد الصحة الإيجابية: وتم قياسه بمؤشر واحد

(أ) الرعاية الصحية للطفل: تم قياسه بمقياس مكون من سؤالين: يتعلق الأول منهما بنوعية تغذية الطفل، والثاني يتعلق بمدى وعى الأمهات عن التطعيمات الخاصة بوقاية الأطفال: السؤال الأول: «كيف تمت رضاعة آخر طفل لكي؟» رضاعة طبيعية، رضاعة طبيعية مع لبن صناعي، لبن صناعي فقط، على الأعشاب، كل ما سبق، وأعطيت كل استجابة من هذه الاستجابات الدرجات الآتية على الترتيب 5، 4، 3، 2، 1. السؤال الثاني: يتعلق بمدى معرفة المبحوثة عن عدد التطعيمات المفروض إعطاؤها للطفل في السنة الأولى من عمره؟ وكانت الاستجابة للزوجة التي لا تعرف أي من التطعيمات الموصي بها من قبل وزارة الصحة صفر الدرجة، وإذا كانت تعرف فإنها تعطي درجة لكل تطعيم تعرفه من هذه التطعيمات. تم جمع درجات الاستجابة عن السؤالين جمعا جبريا، لتكون مؤشر الرعاية الصحية للطفل.

4) بعد المشاركة المجتمعية: وتم قياسه بمؤشر واحد

(أ) تم قياس هذا البعد بمؤشر واحد (مؤشر موجب)، وذلك من خلال سؤال المبحوثة عن المشروعات والأنشطة التي شاركت فيها في القرية فإذا كانت لا تشارك تعطي صفر الدرجة، أما إذا كانت تشارك فتذكر نوع المشاركة سواء كانت مشاركة مالية، أو عينية، أو بالمجهود، أو بالتوعية، أو بإزالة معوقات، أو بالاتصال بالمسؤولين لكل مشروع، أو بمشاركتها بالإدلاء بصوتها في الانتخابات فتعطي درجة واحدة لكل نوع من أنواع المشاركة أو النشاط.

5) البعد الاجتماعي: وتم قياسه بمتوسط درجات ثلاثة مؤشرات.

(أ) التماسك الاجتماعي: تم قياس هذا المؤشر بثلاث عبارات هي: (1) "من السهل تكوين صداقات ومعارف يعتمد عليها"، (2) "الناس ما عادتت تحب بعض زي زمان"، (3) "أحس كثير إني ماشي في الحياة بغير إرادة"، وكانت الاستجابة عن كل عبارة تتدرج على مقياس رباعي كالاتي: دائما، أحيانا، نادرا، لا تنطبق

وأعطيت الإجابات الدرجات: 4، 3، 2، 1 للعبارة رقم 1 ذات الاتجاه الإيجابي نحو التماسك الاجتماعي، أما العبارتان الثانية والثالثة ذاتا الاتجاه السلبي نحو التماسك الأسري فقد أعطيتا الدرجات 1، 2، 3، 4 على الترتيب.

(ب) صراع الأدوار الاجتماعية: تم قياسها بمقياس مكون من (3) عبارات هي: (1) صعوبة التوفيق بين طلبات الزوج وطلبات الأولاد، (2) صعوبة التوفيق بين طلبات الزوج والعمل، (3) عملي لا يعطيني الفرصة الكافية عشان أخرج وأفصح الأولاد، وكانت الاستجابات تتدرج كالاتي: كبيرة، متوسطة، صغيرة، لا توجد، وأعطيت هذه الإجابات على الترتيب 3، 2، 1، صفر.

(ج) مكانة المرأة: تم قياس هذا المتغير من خلال توجيه سؤال للمبحوثة عن تحديد العوامل التي تحدد مكانة المرأة في المجتمعات الريفية وانحصرت هذه العوامل في التعليم، الإنجاب، مكانة أسرتها، الإرث أو الأملاك، العمل أو الوظيفة، إنجاب الذكور، راحة العقل، الجمال، وحدد لكل منها درجة واحدة. لما كانت درجات قياس المؤشرات الثلاثة المختلفة في وحدات قياسها، فقد تمت معايرة كل مؤشر من هذه المؤشرات وجمعها، وإيجاد المتوسط الحسابي لها لتعبر عن متغير البعد الاجتماعي. تم تحويل

الدرجات المعيارية إلى درجات ثنائية (T) للتغلب على الإشارات السالبة ولوصف مستويات هذا البعد.

(6) البعد الثقافي: وتم قياسه بمتوسط ثلاثة مؤشرات

(أ) التأثير الأسري: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوثة عن عدد أخواتها الذكور والإناث.

(ب) عدد الأطفال المراد إنجابهم: تم قياسه برقم يوضح عدد الأطفال من البنين والبنات الذي ترغب المرأة في إنجابها في المستقبل بالإضافة إلى أطفالها الحاليين.

(ج) الخلفية الدينية: يقصد بها مدى وعي المبحوثة وإدراكها لموقف الدين من المشكلة السكانية وتم قياسها بسؤال المبحوثة العبارة الآتية: "فيه ناس بيقولوا إن الدين بيشرح الخلفة الكبيرة أو ما بيحرمهاش"، وكانت الاستجابة عن هذه العبارة بموافق، وموافق لحد ما، وغير موافق، وحدد لكل منها الدرجات 1، 2، 3 على الترتيب. لما كانت درجات قياس المؤشرات الثلاثة مختلفة في وحدات قياسها وعددها، فقد تم معايرة كل مؤشر من هذه المؤشرات وتم جمعها بإشارة تأثير كل مؤشر وفق منطق تأثيره وإيجاد المتوسط الحسابي لهذه المؤشرات تعبر عن متغير البعد الثقافي. وتم تحويل الدرجات المعيارية إلى درجات ثنائية (T-SCORE) للتغلب على الإشارات السالبة ولوصف مستويات هذا البعد.

(7) البعد النفسي: وتم قياسه بمتوسط ثلاثة مؤشرات

(أ) الاتجاه نحو تنظيم الأسرة: تم قياسه بمقياس مكون من (3) عبارات هي: 1 - تنظيم الأسرة معناه الخلفة على فترات تحافظ على صحة الأم، 2 - الست اللي بتنظم خلفتها بتكون صحة أولادها كويسه، 3 - أسرة صغيرة بتساوي حياة أفضل، وكانت الإجابات تتدرج كالاتي موافق، وسيان، وغير موافق بحيث أعطيت الدرجات 3، 2، 1، على الترتيب. وتم جمعها لتعبر عن مجموع درجات مؤشر درجة الاتجاه نحو تنظيم الأسرة.

(ب) الشعور بالانتماء للمجتمع: تم قياسه بمقياس مكون من (4) عبارات هي: (1) لي صداقات وعلاقات طيبة مع كثير من جيراني في القرية، (2) مهما كانت صعوبة المعيشة في القرية فإنني لن أتركها، (3) الحياة في القرية هنا كلها أمان وسلام، (4) عندما يكبر أولادي أحب أن يعيشوا هنا في القرية، وكانت الاستجابات عن كل منها: بموافقة، وسيان، ومعارضة وأعطيت الدرجات 3، 2، 1 لكل منها على الترتيب. وتم جمعها لتعبر عن مجموع درجات مؤشر درجة الشعور بالانتماء للمجتمع.

(ج) درجة الرضا عن الخدمات المجتمعية: تم قياسها بسؤال المبحوثة عن مدى رضاها عن الخدمات التي تقدمها المنظمات الموجودة بالقرية، والمتمثلة في الخدمات التعليمية، والصحية، والترفيهية، والزراعية، والأمنية، والبنكية، وخدمات الاتصال، والبنية الأساسية والنقل والمواصلات، وكانت الإجابات تتدرج كالاتي راضي، ولحد ما، وغير راض بالمرّة، بحيث أعطيت الدرجات 3، 2، 1 على الترتيب. تم جمعها لتعبر عن مجموع درجات

مؤشر درجة الرضا عن الخدمات المجتمعية. لما كانت درجات قياس المؤشرات الثلاثة مختلفة في عدد وحدات قياسها، فقد تم معايرة كل مؤشر من هذه المؤشرات وتم جمعها بإشارة تأثير كل مؤشر منها وفق منطق تأثيره وإيجاد المتوسط الحسابي لهذه المؤشرات لتعبر عن متغير البعد النفسي. وتم تحويل الدرجات المعيارية إلى درجات تائية (T) لوصف مستويات هذا البعد.

(8) البعد البيئي: وتم قياسه بمتوسط مؤشرين

(أ) جودة المسكن: تم قياسه بعدد من البنود التي تتعلق بعدد أدوار المسكن، عدد حجرات النوم بالمسكن، نوعية النوافذ (كرتون أو قماش، خشب، خشب وزجاج، ألوميتال)، وسيلة الطهي (كانون، وابور جاز، طبخة، بوتاجاز) وبحيث أعطيت الدرجات على الترتيب 1، 2، 3، 4، أما دورة المياه (قاعدة بلدي دون بلاط، قاعدة أرضية بلاط، قاعدة إفرنجي وأرضية سيراميك) أعطيت الدرجات على الترتيب 1، 3، 4 وتم جمع درجات كل بند لتكوين درجات مؤشر جودة المسكن .

(ب) السلوك البيئي الرشيد: تم قياسه بمقياس مكون من (5 عبارات هي: 1) يزداد المحصول بزيادة الأسمدة الكيماوية، 2) تبوير الأرض الزراعية لاستعمالها في المباني يكون أفضل لأصحابها، 3) حرق الحشائش بالكيروسين بمثابة سماد جيد ومفيد للتربة، 4) يجب غسل الأواني بالمنزل بمياه نظيفة من الحنفية، 5) تنظيف الحيوان بالترعة يضر الإنسان والحيوان، وتتدرج الإجابات كالآتي تنفذ، ولا تنفذ بحيث أعطيت الدرجات على الترتيب صفر، 1. للعبارات الأول الثلاث، و1، صفر للعبارتين الرابعة والخامسة على التوالي، وتم جمع درجات كل بند لتكوين درجات مؤشر السلوك البيئي الرشيد. وتم جمع درجات المؤشرين بعد معايرتهما وإيجاد المتوسط الحسابي لهما وتحويلهما إلى درجات تائية ليسهل وصف مستويات هذا البعد.

(9) بعد مستوى النعيم التكنولوجي: وتم قياسه بمتوسط مؤشرين

(أ) متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا: يقصد بها قدرة الأسرة على توفير الموارد والإمكانات التكنولوجية الحديثة المادية والفنية. وقد تم قياسها من خلال سؤال المبحوثة عن مقدار ما تتفقه على فواتير الموبايل الخاصة بأولادها.

(ب) ملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية : متغير يعبر عن مدى توافر التسهيلات والوسائل الفنية والممتلكات المعيشية والأجهزة الحديثة التي تعين الزوجة على أداء أعبائها، وإنجاز مسؤولياتها بدرجة عالية من الكفاءة، وقد تم قياس هذا المؤشر بما تمتلكه الأسرة من أدوات وأجهزة مرجحة بسعرها فقد أعطى التليفزيون الملون، والتليفون الأرضي، وسخان المياه الكهربائي، والدفش (وصلة أو طبق)، وفتاحة العلب الكهربائية، والنجف، والسجاد، درجتان لكل منهم، ومن يمتلك شفاط مطبخ، دفاية كهربية، كبة، مفرمة لحم كهربائية، مكنسة كهربائية، خلاط كهربائي، غسالة عادية، طبخة، لكل منهم درجة واحدة، ومن يمتلك ثلاجة كهربائية، ديب فريزر، تليفون محمول، غسالة نصف أوتوماتيك (أو) أوتوماتيك، بوتاجاز، ستائر لكل منها ثلاث درجات، ومن يمتلك تكييف، تليفزيون ملون LCD، جهاز كمبيوتر، غسالة أطباق لكل أربع درجات، ومن يمتلك لاب توب، كاميرا فيديو لكل خمس درجات، ومن يمتلك سيارة خاصة يعطى ستة درجات، وجمعت درجات

هذه البنود المرجحة جمعا جبريا لتعبر عن حجم النعيم التكنولوجي للأسرة. وتم جمع درجات المؤشرين بعد معايرتهما وإيجاد المتوسط الحسابي لهما لتكوين درجة بعد مستوى النعيم التكنولوجي، وتحويلها إلى درجات تائية ليسهل وصف مستويات هذا البعد.

(10) بعد قضاء وقت الفراغ: وتم قياسه بمؤشرين

(أ) طول فترة استخدام النت: تم قياسه بسؤال المبحوثة عن عدد ساعات استخدامها لوسائل الاتصال الاجتماعي (النت) يوميا.

(ب) طول فترة مشاهدة الفضائيات: تم قياسه بسؤال المبحوثة عن متوسط عدد ساعات التعرض لمشاهدة الفضائيات يوميا. وتم جمع درجات المؤشرين بعد معايرتهما وإيجاد المتوسط الحسابي لهما لتكوين درجة بعد مستوى النعيم التكنولوجي، وتحويلها إلى درجات تائية ليسهل وصف هذا البعد.

(أولا) قياس المتغير المستقل الرئيسي: جودة الحياة (وتم قياسها بمتوسط عشرة أبعاد) وهو الناتج النهائي من مجموع متوسطات الدرجات المعيارية الخاصة بجميع أبعاد جودة الحياة المركبة سالفة الذكر، ومعايرة غير المركبة، ثم جمع هذه الأبعاد جمعا جبريا وإيجاد المتوسط الحسابي لها وتحويل هذا المتوسط إلى درجات تائية بمتوسط حسابي مقداره (50) درجة وانحرافا معياريا مقداره (10) درجات للتغلب على الإشارات سالبة حيث الاتجاه لوصف وشرح مستويات درجات جودة الحياة.

(ثانيا) قياس المتغير التابع: وهو من مؤشرات الإستدلال على السلوك الخصوبي الفعلي للزوجة، وتم قياسه برقم خام يعبر عن عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة، وتم حسابه بطرح إجمالي عدد وفيات الأبناء (الذكور والإناث) من إجمالي عدد ولادات الأبناء (الذكور والإناث) الأحياء للزوجة.

5. الفروض البحثية

وبناء على الاستعراض المرجعي السابق، وما كشفت عنه نتائج الدراسات السابقة في مجال دراسة الخصوبة البشرية، ووفقا لأهداف الدراسة فقد تم صياغة الفروض البحثية الآتية:

تقتضى هذه الدراسة (الفروض البحثية 1-24) وجود علاقة ارتباطية بين كل مؤشر من المؤشرات المكونة لكل بعد من أبعاد جودة الحياة كل على حدة والدرجة الكلية لهذا البعد، أي أن هناك علاقة ارتباطية بين مؤشر طول فترة الزواج و (درجة البعد الديموجرافي)، وكذلك بين كل من المؤشرات: الدخل الشهري من عمل الأبناء، وعدد الأبناء العاملين، والمستوى المعيشي، والإنفاق الاقتصادي للأسرة، والسفر للخارج، وعمل الزوجة خارج المنزل وبين (درجة البعد الاقتصادي)، وبين مؤشر الرعاية الصحية للطفل و(درجة بعد الصحة الإنجابية)، وبين مؤشر المشاركة في الأنشطة المجتمعية و(بعد المشاركة المجتمعية)، وبين كل من المؤشرات التماسك الاجتماعي، ومكانة المرأة، وصراع الأدوار الاجتماعية و(درجة البعد الاجتماعي)، وبين كل من المؤشرات التأثير الأسرى، وعدد الأطفال المراد إنجابهم، والخلفية الدينية و(درجة البعد الثقافي)، وبين كل من المؤشرات الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، والشعور بالانتماء للمجتمع المحلي، ودرجة الرضا عن المنظمات والخدمات المجتمعية و(درجة البعد النفسي)، وبين كل من المؤشرين جودة المسكن، والسلوك البيئي الرشيد و(البعد البيئي)، وبين كل من المؤشرين متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا، وملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية و(درجة بعد مستوى النعيم التكنولوجي)، وبين كل من المؤشرين طول فترة استخدام النت، وطول فترة مشاهدة الفضائيات و(درجة بعد وقت الفراغ).

تتوقع الفروض البحثية (25-34) وجود علاقة ارتباطية بين درجات كل بعد من أبعاد جودة الحياة كل على حدة: (أ) البعد الديموجرافي، (ب) البعد الاقتصادي، (ج) بعد الصحة الإنجابية، (د) بعد المشاركة المجتمعية، (هـ) البعد الاجتماعي، (و) البعد الثقافي، (ز) البعد النفسي، (ح) البعد البيئي، (ط) بعد مستوى النعيم التكنولوجي، (ك) بعد قضاء وقت الفراغ وبين درجة متغير مركب جودة الحياة.

يتوقع الفرض البحثي (35): أن يسهم كل بعد من أبعاد المتغير المركب لجودة الحياة إسهاما معنويا فريدا في تفسير جزء من التباين في درجة المتغير المركب لجودة الحياة.

تقتضى هذه الدراسة (الفروض البحثية 36-59) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين متغير الخصوبة البشرية

كمتغير تابع وبين كل مؤشر من مؤشرات أبعاد جودة الحياة الآتية كل على حدة: طول فترة الزواج، وعدد الأبناء العاملين، والدخل الشهري من عمل الأبناء، والمستوى المعيشي، والإنفاق الاقتصادي للأسرة، والسفر للخارج، والمشاركة المجتمعية، وصراع الأدوار الاجتماعية، والتأثير الأسري، والخلفية الدينية، والشعور بالانتماء للمجتمع المحلي، وجودة المسكن، والسلوك البيئي الرشيد، ومتوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا، والشعور بالانتماء للمجتمع عكسية بين الخصوبة البشرية والمؤشرات الآتية: عمل الزوجة خارج المنزل، والرعاية الصحية للطفل، والتماسك الاجتماعي، ومكانة المرأة، وعدد الأطفال المراد إنجابهم، والاتجاه نحو تنظيم الأسرة، ودرجة الرضا عن الخدمات المجتمعية، وملكية وحياسة الأجهزة التكنولوجية، وطول فترة استخدام النت، وطول فترة مشاهدة الفضائيات. يتوقع الفرض البحثي (60): وجود علاقة ارتباطية متعددة بين مؤشرات جودة الحياة مجتمعة -والمتمثلة في: (1) طول فترة الزواج، (2) عدد الأبناء العاملين، (3) الدخل الشهري من عمل الأبناء، (4) المستوى المعيشي، (5) الإنفاق الاقتصادي للأسرة، (6) السفر للخارج، (7) عمل الزوجة، (8) الرعاية الصحية للطفل، (9) المشاركة في الأنشطة المجتمعية، (10) التماسك الاجتماعي، (11) صراع الأدوار الاجتماعية، (12) مكانة المرأة، (13) التأثير الأسري، (14) عدد الأطفال المراد إنجابهم، (15) الخلفية الدينية، (16) الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، (17) الشعور بالانتماء للمجتمع، (18) درجة الرضا عن الخدمات المجتمعية، (19) جودة المسكن، (20) السلوك البيئي الرشيد، (21) متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا، (22) ملكية وحياسة الأجهزة التكنولوجية، (23) طول فترة استخدام النت، (24) وطول مشاهدة الفضائيات- وبين الخصوبة البشرية المقاسة بعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة. يتوقع الفرض البحثي (61): أن يسهم كل مؤشر من مؤشرات مركب جودة الحياة إسهاماً معنوياً فريداً في تفسير جزء من التباين في درجة الخصوبة البشرية. تتوقع الفروض البحثية (62-71) وجود علاقة ارتباطية بين الخصوبة البشرية مقاسه بعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة كمتغير تابع وبين كل بعد من أبعاد جودة الحياة كل على حدة كمتغير مستقل -والتي تتحصر في: البعد الديموجرافي، والبعد الاجتماعي، والبعد الاقتصادي، والبعد الثقافي، وبعد الصحة الإنجابية، وبعد المشاركة المجتمعية، والبعد البيئي، والبعد النفسي، وبعد وقت الفراغ، وبعد مستوى النعيم التكنولوجي. يتوقع الفرض البحثي (72): يسهم كل بعد من أبعاد المتغير المركب لجودة الحياة إسهاماً معنوياً فريداً في تفسير جزء من التباين في درجة الخصوبة البشرية. يتوقع الفرض البحثي (73): وجود علاقة ارتباطية بين الخصوبة البشرية مقاسه بعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة كمتغير تابع وبين المتغير المركب لجودة الحياة كمتغير مستقل. يتوقع الفرض البحثي (74): يسهم المتغير المركب جودة الحياة إسهاماً معنوياً فريداً في تفسير التباين في درجة الخصوبة البشرية.

6. الأساليب الإحصائية

تمت الاستعانة بأكثر من أسلوب إحصائي لتحليل بيانات هذه الدراسة، فقد تمت الاستعانة بالمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسب المئوية والتكرارات لوصف المتغيرات المختلفة، واستخدمت الدرجات المعيارية لمعايرة بعض الأبعاد المركبة من متغيرات مختلفة في وحدات قياسها، وتم تحويل الدرجات المعيارية إلى درجات تائية (T - score) بمتوسط حسابي مقداره 50 درجة وانحراف معياري مقداره 10 درجات وذلك للتغلب على الإشارات المعيارية سالبة الاتجاه عند وصف المتغير المركب باستخدام المعادلة الآتية:

$$T_{xi} = 10 * Z_{xi} + 50$$

حيث T_{xi} هي الدرجات التائية للمتغير X_i ، و Z_{xi} هي الدرجة المعيارية المحسوبة للمتغير X_i وفقاً للمعادلة

$$Z_{xi} = (X_i - \bar{X}_i) / s_i$$

حيث x_i مفردات المتغير x_i ، X_i المتوسط الحسابي، S_i هي الانحراف المعياري (Abdel-Rahman, 1982). كما استخدم معامل الارتباط البسيط للتعرف على طبيعة العلاقات الارتباطية الثنائية بين المتغيرات البحثية ذات الطبيعة المتصلة التي تضمنتها الدراسة، وكذلك لتصميم مصفوفات معاملات الارتباط بين المتغيرات البحثية للاستدلال على ظاهرة الامتداد الخطي المتعدد Multicollinearity من عدمها، كما تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد للوقوف على أهم عوامل جودة الحياة المحددة لمستويات الخصوبة البشرية الفعلية، وتم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد المساعد Step-wise multiple linear regression (Forward solution) للتعرف على أهم محددات "الخصوبة" المعنوية، والوقوف على الأهمية النسبية لكل من هذه المحددات، والوقوف على مقدار ما يشرحه كل متغير من المتغيرات المستقلة المعنوية في جزء من التباين المفسر في المتغير التابع. كما استخدم معامل ثبات كرومباخ (ألفا) α Reliability coefficient لتقدير مدى اتساق المكونات الداخلية للمتغيرات المركبة واستخدم اختبار "F" «ف» للحكم على معنوية النماذج التحليلية، واستخدم اختبار "t" «ت» لاختبار معنوية العلاقات بين المتغيرات التابعة والمستقلة في معادلات تحليل الانحدار الخطي. وتراوحت مستويات المعنوية المستخدمة من 0.001 إلى 0.5 على الأقل كأساس للحكم على معنوية العلاقات المحسوبة، وتم التحليل باستخدام الحاسب الآلي بالاستعانة بحزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية المعروفة باسم (SPSS version 16) في المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة

نتائج الدراسة

1. التعرف على متوسط حجم الأسرة الريفية

اختص الهدف الأول للدراسة التعرف على متوسط حجم الأسرة الريفية من خلال الوقوف على متوسط عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة للزوجات أفراد عينة الدراسة، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن المدى الفعلي لقيم متغير عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة قد تراوح بين 1 طفل إلى 11 طفل بمتوسط حسابي قدره 2.97 طفلاً، وبانحراف معياري قدره 1.33 طفل، وقد تم تقسيم هذا المدى إلى ثلاث فئات متدرجة تصاعدياً، ويوضح جدول رقم (1) التوزيع العددي والنسبي للمبحوثات وفقاً لفئات متغير عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة، ويتبين منه أن نسبة المبحوثات اللاتي أنجبن طفل واحد أو طفلين تبلغ نحو 38.5%، وأن نسبة المبحوثات اللاتي أنجبن من 3 إلى 4 أطفال تبلغ حوالي 41.1% من إجمالي العينة، وأن نسبة المبحوثات اللاتي أنجبن 5 أطفال أو أكثر بلغت حوالي 10.4% -وهي تمثل أقل نسبة في العينة ككل.

الجدول 1

التوزيع العددي والنسبي للمبحوثات وفقاً لمتغير عدد الأبناء الباقون على قيد الحياة

عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة	العدد	%
(1-2)	104	38.5
(3-4)	138	41.1
(5 أو أكثر)	28	10.4
الإجمالي	270	100

المصدر: جُمعت وحُسبت من استمارة الاستبيان.

ومن الجدير بالذكر أنه عند النظر إلى توزيع المعالم الإحصائية الرئيسية لتوزيع مفردات متغير عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة للزوجات أفراد عينة البحث تبين أنها تأخذ شكل التوزيع الطبيعي، حيث وجد أن متوسط

إنجاب المرأة الريفية قرابة 3 أطفال (2.97 طفل)، وأن قيمة المنوال في هذا التوزيع 3 أطفال، وأن وسيط الإنجاب 3 أطفال أيضاً، الأمر الذي يشير إلى أن بيانات هذه الدراسة تتوزع توزيعياً طبيعياً وتمثل عينة عشوائية ممثلة للمجتمع الإحصائي. من الجدير بالذكر الإشارة إلى أن هذه النتائج تنطبق على/ وتؤكد على ما توصلت إليه نتائج آخر مسح سكاني صحي لعموم مصر عام 2014 والذي كانت نتائجه تتطابق مع نتائج الدراسة (www.elhads.com/world/439403.html)

2. بناء وتوصيف مقياس جودة الحياة

في ضوء ما أسفرت عنه أدبيات الدراسة، وفي ضوء الإطار النظري لبناء المقياس المركب لجودة حياة الزوجات الريفيات واختباره، فقد تم استخدام عشرة أبعاد متميزة تعكس طبيعة نوعية الحياة من الناحيتين الذاتية والموضوعية، وتتكون هذه الأبعاد من 24 مؤشراً رقمياً، إذ تم قياس كل بعد من الأبعاد العشرة بعدة عبارات أو بمؤشر واحد أو أكثر، واختبار (الفروض البحثية 1-24) سألقة الذكر يوضح جدول (2) المؤشرات والأبعاد المكونة لمقياس جودة الحياة، وأيضاً معاملات الارتباط البسيط بين قيمة كل مؤشر والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه (item-total correlation) لتقدير درجة الاتساق بين درجات كل بعد وكل مؤشر من مكوناته (وذلك بعد تحويل درجات مؤشرات كل بعد والمختلفة في وحدات قياسها إلى درجات معيارية (Z) بمتوسط حسابي مقداره (صفر) وانحراف معياري مقداره (1)، ثم جمع الدرجات المعيارية لمؤشرات كل بعد وإيجاد متوسطها لإيجاد درجة البعد (لتحقيق درجة المساواة في وزن كل بعد من الأبعاد)، ثم جمعت هذه الأبعاد وتم إيجاد متوسطها الحسابي ومعايرته لتكوين المتغير المركب لجودة الحياة. لتوصيف الأبعاد المركبة والمتغير المركب لنوعية الحياة وللتغلب على الإشارات سالبة الاتجاه في وصف المتغيرات المعيارية، تم تحويل درجات هذه المتغيرات إلى درجات تائية (T-score)، بمتوسط حسابي مقداره (50) وانحراف معياري مقداره (10) كما هو موضح في معادلات الأساليب الإحصائية

تبين نتائج جدول (2) أن قيم معاملات الارتباط بين كل مؤشر من مؤشرات كل بعد والدرجة الكلية لهذا البعد قد تراوحت بين 0.179 و1.00 (الواحد الصحيح في حالة البعد المقاس بمؤشر واحد فقط) وهي قيم دالة إحصائياً عند المستوى الاحتمالي 0.05 على الأقل، الأمر الذي يشير إلى قوة العلاقة بين كل مؤشر من مؤشرات كل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية لهذا البعد، وتؤكد على صحة جميع الفروض البحثية المفترضة.

الجدول 2.

معاملات الارتباط بين كل مؤشر من مؤشرات أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية للبعد

البعـد	مؤشرات البعد	معامل الارتباط	معنوية معامل الارتباط (r)	
1 - الديموجرافي	أ) طول فترة الزواج	1	0.00	
	2 - الاقتصادي	أ) عدد الأولاد العاملين	0.625	0.00
		ب) الدخل الشهري من عمل الأبناء	0.623	0.00
		ج) الإنفاق الاقتصادي للأسرة	0.365	0.000
		د) السفر للخارج	0.412	0.000
		هـ) المستوى المعيشي	0.364	0.000
		و) عمل الزوجة خارج المنزل	-0.217	0.000
3 - الصحة الإنجابية	أ) الرعاية الصحية للطفل	1	0.000	
4 - المشاركة المجتمعية	أ) المشاركة في الأنشطة المجتمعية	1	0.00	
5 - الاجتماعي	أ) التماسك الاجتماعي	0.604	0.000	
	ب) مكانة المرأة	0.583	0.000	
	ج) صراع الأدوار الاجتماعية	-0.548	0.000	
6 - الثقافي	أ) التأثير الأسري	0.657	0.000	
	ب) عدد الأطفال المراد إنجابهم	0.476	0.000	
	ج) الخلفية الدينية	-0.551	0.000	
7 - النفسي	أ) الاتجاه نحو تنظيم الأسرة	0.623	0.000	
	ب) الشعور بالانتماء للمجتمع المحلي	-0.531	0.000	
	ج) درجة الرضا عن المنظمات والخدمات المجتمعية	0.642	0.000	
8 - البيئي	أ) جودة المسكن	0.670	0.000	
	ب) السلوك البيئي الرشيد	0.670	0.000	
9 - مستوى النعيم التكنولوجي	أ) متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا	0.781	0.000	
	ب) ملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية	0.781	0.000	
10 - وقت الفراغ	أ) طول فترة استخدام النت	0.747	0.000	
	ب) طول فترة مشاهدة الفضائيات	0.747	0.000	

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

ولوصف مستويات أبعاد مقياس مركب جودة الحياة - التي سبق استعراضها وعدد المؤشرات المكونة لكل منها في (جدول 2)، ومعايرتها وتحويل درجاتها إلى درجات تائية (T) - يستعرض جدول رقم (3) التوزيع العددي والنسبي للمبحوثات وفقا لمستويات كل بعد من هذه الأبعاد والذي يتبين منه:

(1) أن البعد الديموجرافي تم التعبير عنه بمؤشر واحد (متغير طول فترة الزواج)، وأن المدى الفعلي لقيم هذا المؤشر تراوحت بين سنتين و37 عام بمتوسط حسابي قدره 16.47 عام، وانحراف معياري قدره 8.53 سنوات.
(2) البعد الاقتصادي متغير مركب من متوسط ستة مؤشرات، تم تحويله إلى درجات تائية (T score) لاختلاف المؤشرات في درجات القياس، وباستعراض التوزيع النسبي للمبحوثات تبين أن غالبية المبحوثات ذات مستوى اقتصادي منخفض (53.7%)، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى اقتصادي مرتفع أقل من ربع العينة (22.6%).

(3) بعد الصحة الإنجابية: ويتكون من مؤشر واحد، وتشير النتائج إلى أن 71.5% من المبحوثات تحصلن على رعاية صحية متوسطة لأطفالهن، كما حصلت نحو 16.3% من المبحوثات على رعاية صحية منخفضة للطفل.

(4) بعد المشاركة في الأنشطة المجتمعية: ويمثل بمؤشر واحد، وتوضح نتائج الجدول ارتفاع نسبة المبحوثات اللاتي لا تشاركن في الأنشطة المجتمعية (88.1%)، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تشاركن في الأنشطة مشاركة بسيطة أو مرتفعة حوالي 8.5% و3.3% من إجمالي العينة على التوالي.

(5) والبعد الاجتماعي متغير مركب من متوسط ثلاثة مؤشرات تم تحويله إلى درجات تائية (T-score)، وباستعراض التوزيع النسبي للمبحوثات تبين أن غالبية المبحوثات ذات مستوى اجتماعي مرتفع (51.5%)، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى اجتماعي متوسط تمثل قرابة ثلث العينة (34.1%)،

(6) البعد الثقافي: متغير مركب من متوسط ثلاثة مؤشرات هي: التأثير الأسري، وعدد الأطفال المراد إنجابهم، والخلفية الدينية. وعند شرح وتوصيف البعد الثقافي كمتغير مركب وفقا للدرجات التائية (T score)، وباستعراض التوزيع النسبي للمبحوثات تبين أن نسبة المبحوثات ذات المستوى ثقافي المنخفض تبلغ نحو (37.4%)، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى ثقافي مرتفع تمثل قرابة ثلث العينة (33%).

(7) البعد النفسي: متغير مركب من متوسط ثلاثة مؤشرات هي: الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، والشعور بالانتماء للمجتمع المحلي، والرضا عن الخدمات المجتمعية. وعند شرح وتوصيف البعد النفسي كمتغير مركب وفقا للدرجات التائية (T score)، وباستعراض التوزيع النسبي للمبحوثات تبين أن غالبية المبحوثات تتمتعن بمستوى نفسي متوسط (51.1%)، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى نفسي مرتفع تبلغ حوالي 26.3% من إجمالي العينة.

(8) البعد البيئي: يتكون من مؤشرين هما: جودة المسكن، والسلوك البيئي الرشيد، وعند شرح وتوصيف البعد البيئي كمتغير مركب وفقا للدرجات التائية (T score)، تبين أن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى بيئي متوسط تبلغ حوالي ثلاثة أرباع العينة (75.2%)، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى بيئي مرتفع حوالي 10% من إجمالي العينة.

(9) بعد مستوى النعيم التكنولوجي: يتكون هذا البعد من مؤشرين، وعند شرح وتوصيف بعد مستوى النعيم التكنولوجي كمتغير مركب وفقا للدرجات التائية (T score)، وباستعراض التوزيع النسبي للمبحوثات تبين أن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى نعيم تكنولوجي منخفض تبلغ حوالي 79.6% من إجمالي العينة، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى نعيم تكنولوجي متوسط وفوق المتوسط تبلغ حوالي 14.8% من إجمالي

العينة، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تتمتعن بمستوى نعيم تكنولوجي مرتفع تبلغ نحو 5.6% من إجمالي العينة. (10) بعد قضاء وقت الفراغ: يتكون هذا البعد من مؤشرين هما: طول فترة استخدام النت وطول فترة مشاهدة الفضائيات. وعند شرح وتوصيف بعد وقت الفراغ كمتغير مركب وفقاً للدرجات التائية (T score)، وباستعراض التوزيع النسبي للمبحوثات تبين أن نسبة المبحوثات اللاتي تقضين وقت قليل في استخدام النت ومشاهدة الفضائيات تبلغ حوالي 44.8% من إجمالي العينة، وهى تمثل أعلى نسبة في العينة، و أن نسبة المبحوثات اللاتي تقضين وقت متوسط تبلغ حوالي 32.6% من إجمالي العينة، وأن نسبة المبحوثات اللاتي تقضين وقتاً طويلاً في استخدام النت ومشاهدة الفضائيات تبلغ حوالي 22.6% من إجمالي العينة.

الجدول 3

التوزيع العددي والنسبي للمبحوثات وفقاً لمستويات كل بعد من أبعاد جودة حياة المرأة الريفية

النسبة المئوية	العدد (270)	البعد	النسبة المئوية	العدد (270)	البعد
البعد الثقافي			الديموجرافي (طول فترة الزواج)		
37.4	101	منخفض (25.36-48.36)	28.1	76	(أقل من 10 سنوات)
29.6	80	متوسط (48.37-52.46)	36.3	98	(10-19 سنة)
33.0	89	مرتفع (52.47-62.87)	24.9	67	(20-29 سنة)
			10.7	29	(30 سنة فأكثر)
البعد النفسي			البعد الاقتصادي		
22.6	61	منخفض (15.06-46.87)	53.7	145	منخفض
51.1	138	متوسط (46.88-53.17)	23.7	64	متوسط
26.3	71	مرتفع (53.18-74.58)	22.6	61	مرتفع
البعد البيئي			الرعاية الصحية للطفل		
14.8	40	منخفض (43.48 فأقل)	16.3	44	رعاية منخفضة (42)
75.2	203	متوسط (43.49-56.14)	71.5	193	رعاية متوسطة (75)
10.0	27	مرتفع (56.15-71.78)	9.2	33	رعاية جيدة (108)
مستوى النعيم التكنولوجي			المشاركة في الأنشطة المجتمعية		
79.6	215	مستوي منخفض	88.1	283	لا تشارك
14.8	40	مستوي متوسط	8.5	23	مشاركة بسيطة (1)
5.6	15	مستوي مرتفع	3.3	9	مشاركة مرتفعة (2)
بعد قضاء وقت الفراغ			البعد الاجتماعي		
44.8	121	منخفض (38.46-47.15)	14.4	39	منخفض (44.27 درجة فأقل)
32.6	88	متوسط (47.16-54.51)	34.1	92	متوسط (44.28-50.13)
22.6	61	مرتفع (54.52-85.2)	51.5	139	مرتفع (50.14-64.17)

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

وللتعرف على مدى اتساق درجة كل بعد من أبعاد مركب جودة الحياة بدرجة المقياس الكلي المفترض، اختبرت الدراسة (الفروض البحثية 25-34) سאלفة الذكر وتوضح النتائج الواردة بجدول (4) قيم معاملات الارتباط ومعنوياتها بين كل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة، والتي يتضح منها أن قيم معاملات الارتباط قد تراوحت بين 0.131 و0.513 وهي قيم دالة إحصائيا عند المستوى الاحتمالي 0.05 على الأقل، مما يشير إلى قوة العلاقة بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وتؤكد على صحة الفروض البحثية المفترضة .

الجدول 4.

نتائج معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس

مسلسل	البعد	معامل الارتباط	مستوي معنوية (r)
1	الديموجرافي	0.406	0.000
2	الاقتصادي	0.550	0.000
3	الصحة الإنجابية	0.327	0.000
4	المشاركة المجتمعية	0.473	0.000
5	الاجتماعي	0.311	0.000
6	الثقافي	0.145	0.017
7	النفسي	0.239	0.000
8	البيئي	0.305	0.000
9	النعميم التكنولوجي	0.569	0.000
10	وقت الفراغ	0.389	0.000

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

وللوقوف على الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الحياة في شرح وتفسير جزء من التباين في المركب الكلي لجودة الحياة -المقياس الكلي- (فرض بحثي رقم 35) تم استخدام تكنيك الانحدار الخطي المتعدد التدرجي المساعد Stepwise Multiple linear Regression Analysis (Forward solution) حيث تشير نتائج التحليل الإحصائي الواردة بجدول رقم (5) إلى أن الأبعاد العشرة المكونة للمقياس تشرح 100% من التباين فيه، كما يتبين أن بعد المشاركة المجتمعية والبعد الديموجرافي يشرحان وحدهما قرابة 50% من التباين المفسر في مركب جودة الحياة، وأن مؤشرات بعدي النعميم التكنولوجي والاقتصادي يشرحان 25% من إجمالي التباين المفسر، كما تشرح المؤشرات الستة للأبعاد الباقية ربع إجمالي التباين المفسر. وتشير نتائج التحليل إلى أن المؤشرات والأبعاد الداخلة في بناء المقياس تحقق شروط الجمع والإضافة، كما تشير نتائج هذا التحليل إلى ارتفاع درجة الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد ودرجة المقياس المركب النهائي لجودة الحياة.

2.1 تقدير درجة ثبات المقياس المركب

عند تقدير معامل الثبات لهذا المتغير المركب Reliability coefficient والذي يوصف على أنه دليل index يبين مدى التجانس والارتباط بين بنود الاختبار عبر الزمن، والذي يعبر عن درجة الاتساق الداخلي Internal consistency بين مكونات المقياس وذلك بالتعويض عن قيم هذه البنود في المعادلة الآتية:

$$r_{kk} = (k r_{ij}) / (1 + (k-1) r_{ij}) \quad (\text{Brown, 1970})$$

حيث: r_{kk} = معامل الثبات ، k = عدد بنود المقياس ، r_{ij} = متوسط معاملات الارتباط

ويتضح أن قيمة معامل الثبات قد بلغت نحو 0.836 وهي قيمة مرتفعة وتعبر عن مدى ثبات واتساق المقياس .

2.2 عمق مقياس جودة الحياة المركب وقوته

تراوح المدى الفعلي للمقياس بين 44.16- 61.58 درجة تائية (T)، بمتوسط حسابي بلغ مقداره 50 درجة، وانحرافا معياريا قدرة 10 درجات، وينقسم المدى الفعلي إلى ثلاث فئات متساوية الطول ومتدرجة تصاعديا (جدول رقم 6) يتبين أن نصف الزوجات الريفيات (50.0%) تقع درجاتهن في الفئة دون المتوسطة على متصل مقياس جودة الحياة الريفية، فيما وقعت النسبة التالية وقدرها 25.2% في الفئة المتوسطة وأن قرابة الربع الباقي من عينة الزوجات يقع في فئة مرتفعة الجودة.

الجدول 5.

الأهمية النسبية للتباين المفسر لأبعاد مقياس جودة الحياة

قيم اختبار «F» للمعادلات التحليلية المتعاقبة*	% للتغير في (R2) التباين المفسر في المتغير التابع	النسبة التراكمية للتباين المفسر المعدل (R2)	النسبة التراكمية للتباين المفسر (R2)	البعد
100.881	27.3	0.271	0.273	1- المشاركة المجتمعية
119.009	22.4	0.494	0.497	2- الديموجرافي
123.418	15.9	0.653	0.657	3- النعيم التكنولوجي
74.243	7.5	0.728	0.732	4- الاقتصادي
72.705	5.8	0.786	0.790	5- البيئي
72.046	4.5	0.831	0.835	6- وقت الفراغ
93.768	4.3	0.875	0.878	7- الصحة الإنجابية
138.898	4.2	0.918	0.921	8- الثقافي
218.942	3.6	0.955	0.957	9- النفسي
913.323	4.3	1.000	1.000	10- الاجتماعي

* جميع قيم نتائج اختبار «ف» «F» للمعادلات التحليلية المتعاقبة معنوية عند المستوى الاحتمالي 0.000 المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

الجدول 6.

التوزيع العددي والنسبي للزوجات على فئات مقياس مركب جودة حياة الزوجات

الجملة	مرتفعة الجودة (51.18-61.58)	متوسطة (49.83-51.17)	دون المتوسطة (44.16-49.83)	فئات مركب جودة الحياة
270	67	68	135	عدد المبحوثين (ن)
100	24.8	25.2	50.0	نسبة (%)

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

3. العلاقات الارتباطية والانحدارية بين مؤشرات و/أبعاد/مركب جودة الحياة والخصوبة البشرية

تتطوي النتائج التحليلية لهذا الجزء على العلاقات الارتباطية والمحددة (الانحدارية) لكل مؤشر من مؤشرات/ ولكل بعد من أبعاد/ ولدرجة المقياس المركب لجودة الحياة بمتغير الخصوبة البشرية.

3.1 العلاقات الارتباطية والانحدارية بين مؤشرات جودة الحياة والخصوبة البشرية

تفترض هذه الدراسة (الفروض البحثية 36-59) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين متغير الخصوبة البشرية كمتغير تابع وبين كل مؤشر من مؤشرات أبعاد جودة الحياة الآتية كل على حدة: طول فترة الزواج، وعدد الأبناء العاملين، والدخل الشهري من عمل الأبناء، والمستوي المعيشي، والإنفاق الاقتصادي للأسرة، والسفر للخارج، والمشاركة المجتمعية، وصراع الأدوار الاجتماعية، والتأثير الأسري، والخلفية الدينية، والشعور بالانتماء للمجتمع المحلي، وجودة المسكن، والسلوك البيئي الرشيد، ومتوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا، كما تفترض وجود علاقة عكسية بين الخصوبة البشرية والمؤشرات الآتية: عمل الزوجة خارج المنزل، والرعاية الصحية للطفل، والتماسك الاجتماعي، ومكانة المرأة، وعدد الأطفال المراد إنجابهم، والاتجاه نحو تنظيم الأسرة، ودرجة الرضا عن الخدمات المجتمعية، وملكية وحيارة الأجهزة التكنولوجية، وطول فترة استخدام النت، وطول فترة مشاهدة الفضائيات.

ولاختبار الفروض السابق الإشارة إليها، تم حساب قيم معاملات الارتباط البسيط بين كل مؤشر من مؤشرات أبعاد جودة الحياة وبين متغير الخصوبة البشرية (مقاسا بعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة)، وتبين من نتائج تحليل الارتباط (جدول 7) وجود علاقة ارتباطية ثنائية معنوية موجبة عند المستوى الاحتمالي 0.05 على الأقل بين المؤشرات الآتية: طول فترة الزواج، عدد الأولاد العاملين، الدخل الشهري من عمل الأبناء، الإنفاق الاقتصادي للأسرة، التأثير الأسري، الخلفية الدينية، الشعور بالانتماء للمجتمع المحلي، متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا، السلوك البيئي الرشيد، الخلفية الدينية، وبين عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة، كما توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية عند المستوى الاحتمالي 0.05 على الأقل بين كل مؤشر من المؤشرات الآتية: عمل الزوجة خارج المنزل الرعاية الصحية للطفل، والرضا عن الخدمات المجتمعية، وملكية وحيارة الأجهزة التكنولوجية، ومكانة المرأة، والتماسك الاجتماعي، والاتجاه نحو تنظيم الأسرة، وعدد الأطفال المراد إنجابهم، وجودة المسكن، وطول فترة استخدام النت، وطول فترة مشاهدة الفضائيات، وبين عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة. كما تبين النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين الخصوبة البشرية وكل من متغيرات المستوى المعيشي، السفر للخارج، المشاركة في الأنشطة المجتمعية، وصراع الأدوار الاجتماعية للزوجات، وهذه النتيجة تؤدي إلى قبول الفرض البحثي جزئيا وتؤيده.

وتؤكد النتائج السابقة على أنه كلما زاد طول فترة الزواج، وزاد عدد الأولاد العاملين بأجر، وزاد الدخل الشهري الناتج من عملهم غير الأسري، وكلما زاد الإنفاق الاقتصادي للأسرة، وكلما توافرت تكاليف استخدام التكنولوجيا

زاد حجم الأسرة، كما يزداد حجم أسرة المبحوثة أيضا بدرجة تأثر الزوجة بحجم أسرتها الوالدية، وبوجهة نظرها الدينية نحو الإنجاب، وبدرجة شعورها بالانتماء للمجتمع الذي تعيش فيه، وبمقدار السلوك البيئي الذي تسلكه. تؤكد النتائج السابقة أيضا على أن صغر حجم الأسرة يرتبط بعمل الزوجة خارج المنزل، وبزيادة الرعاية الصحية للطفل والتي من شأنها تقليل نسب وفيات الأطفال، وبالالاتجاه الموالى نحو تنظيم الأسرة، وبدرجة جودة المسكن ومدى ملاءمته لمتطلبات المعيشة، بالإضافة إلى ارتفاع مكانة المرأة في أسرتها، وزيادة التماسك والعلاقات بين أفراد الأسر، وبطول فترة مشاهدة الفضائيات -التعرض الثقافي- وزيادة فترة استخدام النت، وبدرجة الرضا عن الخدمات المجتمعية.

الجدول 7.

نتائج معاملات الارتباط بين مؤشرات أبعاد جودة الحياة وبين متغير عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة

مستوى معنوية (r)	معامل الارتباط (r)	المؤشرات	البعد
0.001	0.524	أ) طول فترة الزواج	1- الديموجرافي
0.001	0.409	أ) عدد الأولاد العاملين	2- الاقتصادي
0.001	0.323	ب) الدخل الشهري من عمل الأبناء	
0.003	0.181	ج) الإنفاق الاقتصادي للأسرة	
0.347	0.057	د) السفر للخارج	
0.491	0.042	ها) المستوى المعيشي	
0.001	0.217-	و) عمل الزوجة خارج المنزل	
0.004	0.174-	أ) الرعاية الصحية للطفل	3- الصحة الإيجابية
0.079	0.107	ب) المشاركة في الأنشطة المجتمعية	4- المشاركة المجتمعية
0.037	0.127-	أ) التماسك الاجتماعي	5- الاجتماعي
0.026	0.136-	ب) مكانة المرأة	
0.325	0.060-	ج) صراع الأدوار الاجتماعية	
0.013	0.152	أ) التأثير الأسرى	6- الثقافي
0.010	0.156-	ب) عدد الأطفال المراد إنجابهم	
0.046	0.122	ج) الخلفية الدينية	
0.012	0.153-	أ) الاتجاه نحو تنظيم الأسرة	7- النفسي
0.001	0.203	ب) الشعور بالانتماء للمجتمع المحلي	
0.001	0.201-	ج) درجة الرضا عن الخدمات المجتمعية	
0.001	0.165-	أ) جودة المسكن	8 - البيئي
0.001	0.496	ب) السلوك البيئي الرشيد	

0.001	0.496	(أ) متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا	9- مستوى النعيم التكنولوجي
0.007	0.165-	(ب) ملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية	
0.036	0.127-	(أ) طول فترة استخدام النت	10- وقت الفراغ
0.020	0.142-	(ب) طول فترة مشاهدة الفضائيات	

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

3.2 مؤشرات متغير مركب جودة الحياة المفسرة للتباين في الخصوبة البشرية:

يتوقع الفرض البحثي الستين (60) وجود علاقة ارتباطية متعددة بين مؤشرات جودة الحياة مجتمعة -والمتمثلة في: (1: طول فترة الزواج، 2) عدد الأبناء العاملين (3) الدخل الشهري من عمل الأبناء، (4) المستوى المعيشي، (5) الإنفاق الاقتصادي للأسرة، (6) السفر للخارج، (7) عمل الزوجة، (8) الرعاية الصحية للطفل، (9) المشاركة في الأنشطة المجتمعية، (10) التماسك الاجتماعي، (11) صراع الأدوار الاجتماعية، (12) مكانة المرأة، (13) التأثير الأسري، (14) عدد الأطفال المراد إنجابهم، (15) الخلفية الدينية، (16) الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، (17) الشعور بالانتماء للمجتمع، (18) درجة الرضا عن الخدمات المجتمعية، (19) جودة المسكن، (20) السلوك البيئي الرشيد، (21) متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا، (22) ملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية، (23) طول فترة استخدام النت، (24) وطول مشاهدة الفضائيات -وبين الخصوبة البشرية المقاسة بعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة.

ولاختبار هذا الفرض تم حساب معادلة الانحدار الخطي المتعدد لقيم الخصوبة البشرية علي المتغيرات المستقلة سألقة الذكر مجتمعة، ويستعرض جدول رقم (8) نتائج هذا الحساب حيث يتضح منها أن المتغيرات المستقلة مجتمعة ترتبط بالخصوبة البشرية بمعامل ارتباط خطي متعدد (R) قدره (0.806)، وتبلغ قيمة (ف) المحسوبة لاختبار معنوية النموذج التحليلي وبالتالي معامل الارتباط المتعدد نحو 18.889 وهي قيمة معنوية إحصائياً عند المستوى الاحتمالي 0.001 على الأقل، الأمر الذي يشير إلى وجود علاقة ارتباطية متعددة بين المتغيرات المستقلة مجتمعة وبين الخصوبة البشرية، وهذه النتيجة تدعم صحة الفرض البحثي .

ويشير معامل التحديد (مربع معامل الارتباط الخطي المتعدد) (R²) إلى أن المتغيرات المستقلة -مؤشرات أبعاد جودة الحياة- مجتمعة تفسر حوالي 64.9% من التباين في متغير الخصوبة البشرية، وهي نسبة مرتفعة في مجال الدراسات الاجتماعية، وتشير إلى أن هناك 35.1% من التباين في متغير الخصوبة البشرية ما زالت غير مفسرة، وربما يرجع ذلك إلى عدم احتواء النموذج التحليلي للدراسة على متغيرات أخرى ذات تأثير علي الخصوبة البشرية، أو لأخطاء في القياس، أو لغيرها، وعلى أية حال فإن هذه النتيجة تؤيد الفرض البحثي جزئياً.

ويتوقع الفرض البحثي الواحد والستون (61) إسهام كل مؤشر من المؤشرات سألقة الذكر (مؤشرات أبعاد جودة الحياة المتضمنة في نموذج تحليل الانحدار) إسهاماً معنوياً فريداً في تفسير التباين في متغير عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة للمبحوثات. ويستعرض جدول رقم (8) نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار هذا الفرض للوقوف على أهم مؤشرات مركب جودة الحياة التي تسهم إسهاماً فريداً في تفسير التباين بين الزوجات في عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة، والتي اتضح منها أن غالبيتها (عشرون مؤشراً) معنوي والقليل الآخر (أربعة مؤشرات) غير معنوية، أي أن غالبية المؤشرات المستخدمة في النموذج التحليلي تسهم إسهاماً معنوياً فريداً في تفسير هذا التباين.

وتشير نتائج التحليل الإحصائي الواردة بجدول (8) أن قيمة معاملات الانحدار الجزئي لمؤشرات طول فترة الزواج، عدد الأولاد العاملين، الدخل الشهري من عمل الأبناء، عمل الزوجة خارج المنزل، المستوى المعيشي،

الإنفاق الاقتصادي للأسرة، الرعاية الصحية للطفل، المشاركة المجتمعية، التماسك الاجتماعي، مكانة المرأة، صراع الأدوار الاجتماعية، التأثير الأسري، عدد الأطفال المراد إنجابهم، الخلفية الدينية، الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، الشعور بالانتماء، الرضا عن الخدمات المنظمة، جودة المسكن، السلوك البيئي الرشيد، متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا، ملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية، تسهم إسهاما معنويا فريدا في تفسير التباين في متغير عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة. والنتائج السابقة تؤيد الفرض البحثي رقم 61 جزئيا.

وللوقوف على مدى ثبات وجوهية العلاقة بين كل متغير من المتغيرات المستقلة والخصوبة البشرية، فتستخدم المقارنة بين معاملات الارتباط البسيط ومعاملات الانحدار الجزئي من حيث المعنوية والاتجاه. حيث يتضح أن قيمة معامل الانحدار الجزئي المعياري لمتغير طول فترة الزواج تبلغ 0.0183 على سبيل المثال وهي قيمة معنوية إحصائيا عند المستوى الاحتمالي 0.05 على الأقل وموجبة الاتجاه، ويعني ذلك أن طول فترة الزواج له تأثير على حجم الأسرة في ظل استبعاد أثر أو/عند التحكم في جميع المتغيرات المستقلة الأخرى المتضمنة في النموذج التحليلي المستخدم، وبمقارنة قيمة ومعنوية معامل الانحدار الجزئي بقيمة ومعنوية معامل الارتباط البسيط يتضح أن قيمة معامل الارتباط البسيط معنوي إحصائيا عند المستوى الاحتمالي 0.001 على الأقل وهو موجب الاتجاه، وكلاهما في الاتجاه الموجب أي أن العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع علاقة جوهرية لا تتأثر من حيث المعنوية والاتجاه باستبعاد أثر جميع المتغيرات المستقلة الأخرى. وبتطبيق هذه القاعدة على جميع المؤشرات (الجدول رقم 8) يتضح أن كل مؤشر من المؤشرات التالية: طول فترة الزواج، عدد الأولاد العاملين بأجر، التأثير الأسري، الخلفية الدينية، الشعور بالانتماء للمجتمع المحلي، جودة المسكن، السلوك البيئي الرشيد، متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا ذات علاقة ثابتة وجوهية وإيجابية بمقياس الخصوبة البشرية، ومؤشرات عمل الزوجة خارج المنزل، الرعاية الصحية للطفل، التماسك الاجتماعي، عدد الأفراد المراد إنجابهم، الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، درجة الرضا عن الخدمات المجتمعية، ملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية ذات علاقة ثابتة وجوهية وسالبة بمقياس الخصوبة البشرية،

وتبين النتائج أن قيم معاملات الانحدار الجزئي لمتغيرات السفر للخارج، ومكانة المرأة، وطول فترة استخدام الننت، وطول فترة مشاهدة الفضائيات قيم غير معنوية إحصائيا عند المستوى الاحتمالي 0.05 وهي سالبة الاتجاه باستثناء السفر للخارج فهو موجب الاتجاه، ويعني ذلك أن كثرة عدد ساعات مشاهدة الفضائيات على سبيل المثال ليس له تأثير سلبي على حجم الأسرة الريفية عند التحكم في جميع المتغيرات المستقلة الأخرى. وبمقارنة قيمة ومعنوية واتجاه معامل الانحدار الجزئي بقيمة ومعنوية واتجاه معامل الارتباط البسيط يتضح أن قيمة معامل الارتباط البسيط قيمة معنوية إحصائيا عند المستوى الاحتمالي 0.05 وسالبة الاتجاه، الأمر الذي يشير إلى عدم جوهرية وعدم ثبات العلاقة السلبية بين متغيرين عدد ساعات مشاهدة الفضائيات ومتغير الخصوبة البشرية، إذ إن هذه العلاقة تتأثر معنويا باستبعاد أثر جميع المتغيرات المستقلة الأخرى في النموذج التحليلي.

وعند الوقوف على الأهمية النسبية لكل متغير معنوي من المتغيرات المستقلة بالتحكم في بقية المتغيرات المستقلة المعنوية الأخرى، وذلك بالاستناد إلى قيم معاملات الانحدار الجزئية المعيارية لهذه المتغيرات، فقد تبين أن متغير عدد الأولاد العاملين يحتل المرتبة الأولى ($\beta = 0.368$)، ويساوي في تأثيره تقريبا مجموع (المستوى المعيشي، والخلفية الدينية، والرعاية الصحية للطفل) حيث تبلغ القيم المطلقة لمعاملات الانحدار الجزئي المعياري لهذه المتغيرات على الترتيب 0.088، و- 0.142، و0.138 ثم يليه في المرتبة الثانية متغير متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا ($\beta = 0.356$) ويساوي تقريبا في تأثيره مجموع (عدد الأطفال المراد إنجابهم، الشعور بالانتماء السلوك البيئي الرشيد) حيث تبلغ القيمة المطلقة لمعامل الانحدار الجزئي المعياري لهذه المتغيرات على الترتيب (- 0.117، و0.135، و0.104)، ثم يليه في المرتبة الثالثة متغير صراع الأدوار الاجتماعية ($\beta = 0.232$)،

ويساوي تقريبا في تأثيره مجموع (التماسك الاجتماعي، والتأثير الأسري) حيث تبلغ القيمة المطلقة لمعامل الانحدار الجزئي المعياري لهذين المتغيرين على الترتيب (-0.103، و0.113)، ثم يليه في المرتبة الرابعة متغير الدخل الشهري من عمل الأبناء ($\beta = 0.206$)، ثم يليه على الترتيب الرضا عن الخدمات المجتمعية، وجودة المسكن، والإنفاق الاقتصادي للأسرة، وطول فترة الزواج، والاتجاه نحو تنظيم الأسرة، والممتلكات والأجهزة الحديثة، وعمل الزوجة خارج المنزل، والخلفية الدينية، والرعاية الصحية للطفل، والشعور بالانتماء، والمشاركة المجتمعية، والسلوك البيئي الرشيد، والتأثير الأسري، وعدد الأطفال المراد إنجابهم، والتماسك الاجتماعي، والمستوى المعيشي. وتشير هذه النتائج إلى أنه بزيادة عدد الأولاد العاملين في الأسرة يؤدي إلى زيادة عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة. وعند الوقوف على نسبة إسهام كل متغير مستقل في تفسير جزء من التباين في عدد الأبناء والباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع (الفرض البحثي 61: يسهم كل مؤشر من مؤشرات جودة الحياة إسهاما معنويا فريدا في تفسير جزء من التباين في درجة الخصوبة البشرية) تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد التدرجي الصاعد Step-wise Multiple Regression (Forward Solution)، ويتضح من جدول رقم (9) أن حوالي 26.2% من التباين المفسر في المتغير التابع يرجع إلى متغير طول فترة الزواج، وأن حوالي 9.4% من التباين المفسر يرجع إلى متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا، وأن حوالي 3.3% من التباين المفسر يرجع إلى متغير الممتلكات والأجهزة الحديثة، وأن حوالي 2.5% من التباين المفسر يرجع إلى متغير جودة المسكن، وأن حوالي 1.9% من التباين المفسر يرجع إلى المتغيرات الآتية الرضا عن منظمات الخدمات، عدد الأولاد العاملين، وأن حوالي 1.8% من التباين المفسر يرجع إلى متغير الاتجاه نحو تنظيم الأسرة، وأن حوالي 1.7% من التباين المفسر يرجع إلى متغير صراع الأدوار الاجتماعية، وأن حوالي 1.5% من التباين المفسر يرجع إلى المتغيرات الآتية هي الرعاية الصحية للطفل، عمل الزوجة خارج المنزل، وأن حوالي 1.2% من التباين المفسر يرجع إلى متغير الدخل الشهري من عمل الأبناء، ومتغير الخلفية الدينية، ومتغير التماسك الاجتماعي، وأن حوالي 1.1% من التباين المفسر يرجع إلى متغير المشاركة في الأنشطة المجتمعية، وأن حوالي 1% من التباين المفسر يرجع إلى متغير السلوك البيئي الرشيد، وأن حوالي 0.9% من التباين المفسر يرجع إلى متغير التأثير الأسري، وأن حوالي 0.7% من التباين المفسر يرجع إلى المتغيرات الآتية الشعور بالانتماء، وعدد الأطفال المراد إنجابهم، وأن حوالي 0.5% من التباين المفسر يرجع إلى المتغيرات الآتية: المستوى المعيشي، والسفر للخارج، وأن حوالي 0.4% من التباين المفسر يرجع إلى المتغيرات الآتية طول فترة استخدام النت وطول فترة مشاهدة الفضائيات. كما تشير النتائج إلى أن متغير طول فترة الزواج وحده يشرح حوالي 40% من إجمالي التباين المفسر في الخصوبة البشرية.

الجدول 8.

نتائج تحليل الارتباط والانحدار الخطي المتعدد للعلاقة بين مؤشرات جودة الحياة والخصوبة البشرية

م	اسم المتغير	معامل الارتباط البسيط ومعنويته	معامل الانحدار الجزئي (B)	معامل الانحدار الجزئي المعياري (β)	قيمة "ت"	مستوي المعنوية "ت"
1	طول فترة الزواج	*0.524	0.0183	0.117	2.091	0.038
2	عدد الأولاد العاملين	*0.409	0.600	0.368	5.293	0.000
3	الدخل الشهري من عمل الأبناء	*0.323	- 0.0005	-0.195	-3.050	0.003

0.003	2.986	0.147	0.0003	*0.181	الإنفاق الاقتصادي للأسرة	4
0.107	1.616	0.063	0.232	0.057	السفر للخارج	5
0.044	2.024	0.088	0.191	0.042	المستوى المعيشي	6
0.001	3.523	0.148-	0.429 -	*0.217-	عمل الزوجة خارج المنزل	7
0.001	3.525	0.138-	0.109 -	*0.174-	الرعاية الصحية للطفل	8
0.001	3.344	0.131	0.574	0.107	المشاركة في الأنشطة المجتمعية	9
0.006	2.761-	0.111-	0.0899 -	*0.127-	التماسك الاجتماعي	10
0.092	1.691-	0.067-	0.190-	*0.136-	مكانة المرأة	11
0.000	5.381	0.235	0.224	0.060-	صراع الأدوار الاجتماعية	12
0.004	2.931	0.116	0.0694	*0.152	التأثير الأسرى	13
0.036	2.111-	0.092-	0.0613-	*0.156-	عدد الأطفال المراد إنجابهم	14
0.002	3.174	0.142	0.169	*0.122	الخلفية الدينية	15
0.000	4.055-	0.177-	0.237-	*0.153-	الاتجاه نحو تنظيم الأسرة	16
0.006	2.751	0.120	0.0877	*0.203	الشعور بالانتماء للمجتمع المحلي	17
0.000	4.214	0.174-	0.0532-	*0.201-	درجة الرضا عن الخدمات المجتمعية	18
0.000	4.634	0.183	0.183	*0.172	جودة المسكن	19
0.006	2.795	0.112	0.134	*0.132	السلوك البيئي الرشيد	20
0.000	7.348	0.356	0.0141	*0.496	متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا	21
0.018	2.374 -	0.144-	0.0076-	*0.165-	ملكية وحيازة الأجهزة التكنولوجية	22
0.402	0.840	0.042 -	0.0011-	*0.127-	طول فترة استخدام النت	23
0.380	0.880-	0.037-	0.0005-	*0.142-	طول فترة مشاهدة الفضائيات	24

قيمة "ف" = 18.889 وهي قيمة معنوية عند المستوى الاحتمالي 0.001 على الأقل. (R معامل الارتباط المتعدد) = 0.806. معامل التحديد (R²) = 0.649، * معامل الارتباط البسيط معنوي عند المستوى الاحتمالي 50,0 علي الأقل.

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

الجدول (9)

نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد التدرجي المساعد للعلاقة بين مؤشرات جودة الحياة والخصومية البشرية

م	اسم المتغير	معامل الانحدار الجزئي (B)	معامل الانحدار المعياري (β)	النسبة التراكمية للتباين R2 المفسر	% التباين المفسر في المتغير الناتج	مستوى المعنوية (β)
1	طول فترة الزواج	0.017	0.111	0.262	26.2	0.000
2	متوسط تكلفة استخدام التكنولوجيا	0.015	0.360	0.356	9.4	0.046
3	ملكية وقيادة الأجهزة التكنولوجية	0.008-	0.157-	0.389	3.3	0.000
4	جودة المسكن	0.175	0.176	0.414	2.5	0.002
5	الرضا عن منظمات الخدمات	0.056-	0.185-	0.433	1.9	0.000
6	عدد الأولاد العاملين	0.606	0.362	0.452	1.9	0.000
7	الرعاية الصحية للطفل	0.011-	0.143-	0.467	1.5	0.000
8	صراع الأمور الاجتماعية	0.220	0.233	0.484	1.7	0.001
9	عمل الزوجة خارج المنزل	0.412	0.144-	0.499	1.5	0.000
10	الإنتفاخ الاقتصادي للأسرة	0.000	0.167	0.519	0.2	0.001
11	الدخل الشهري من عمل الأبناء	0.000	0.201-	0.532	1.2	0.002
12	الاتجاه نحو تنظيم الأسرة	0.302-	0.170-	0.544	1.8	0.000
13	الخلفية الدينية	0.207	0.138	0.562	1.2	0.001
14	المشاركة في الأنشطة المجتمعية	0.608	0.138	0.574	1.1	0.001
15	المسواك البيئي الرشيد	0.140	0.119	0.585	1.0	0.003

0.006	0.9	0.595	0.109	0.064	التأثير الأوسرى	16
0.015	1.2	0.604	0.100-	0.080-	التماسك الاجتماعي	17
0.003	0.7	0.616	0.130	0.094	الشعور بالانتماء	18
0.023	0.7	0.623	0.100-	0.065-	عدد الأطفال المراد إنجابهم	19
0.031	0.5	0.637	0.093	0.202	المستوى المعيشي	20
0.066	0.5	0.642	0.072	0.261	السفر للخارج	21
0.075	0.4	0.647	0.070-	0.200-	مكانة المرأة	22
0.089	0.4	0.651	0.067	0.004	طول فترة استخدام اللت	23
0.004	0.4	0.655	0.073-	0.104	طول فترة مشاهدة الفضائيات	24

المصدر: جمعت وحسبت من استقارة الاستبان.

3.3 العلاقات الارتباطية والانحدارية بين أبعاد جودة الحياة والخصوبة البشرية

تفترض هذه الدراسة (الفروض البحثية 62-71) وجود علاقة ارتباطية بين الخصوبة البشرية مقاسه بعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة كمتغير تابع وبين كل بعد من أبعاد جودة الحياة كمتغير مستقل والتي تنحصر في: البعد الديموجرافي، والبعد الاجتماعي، والبعد الاقتصادي، والبعد الثقافي، وبعد الصحة الإنجابية، وبعد المشاركة المجتمعية، والبعد البيئي، والبعد النفسي، وبعد وقت الفراغ، وبعد مستوى النعيم التكنولوجي. ويوضح جدول رقم (10) نتائج حساب معاملات الارتباط البسيط بين قيمة كل بعد وقيمة متغير الخصوبة البشرية، ومعنوية كل منها لاختبار صحة هذه الفروض كالآتي:

• البعد الديموجرافي

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين متغير البعد الديموجرافي كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة كمتغير تابع 0.524، وهي قيمة موجبة معنوية عند المستوى الاحتمالي 0.01 على الأقل، وهذه النتيجة تؤكد الفرض البحثي (رقم 62) وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطية طردية مؤداها أنه كلما زاد طول فترة الزواج كلما زاد عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة للزوجة

• البعد الاقتصادي

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين متغير البعد الاقتصادي كمتغير مستقل والخصوبة البشرية كمتغير تابع 0.442، وهي قيمة موجبة معنوية عند المستوى الاحتمالي 0.01 على الأقل، وهذه النتيجة تؤكد الفرض البحثي (رقم 63) وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطية طردية مؤداها أنه كلما ارتفعت الحالة المعيشية والاقتصادية للأسرة كلما زاد عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة.

• بعد الصحة الإنجابية

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين بعد الصحة الإنجابية كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة كمتغير تابع - 0.174، وهي قيمة معنوية سالبة عند المستوى الاحتمالي 0.01 على الأقل، وهذه تعني وجود علاقة ارتباطية عكسية بين المتغيرين، وهذه النتيجة تؤكد الفرض البحثي (رقم 64) وهذا يعنى أنه كلما ارتفع مستوى ومقدار بعد الصحة الإنجابية كلما قل عدد الأبناء الباقين على قيد الحياة.

• بعد المشاركة المجتمعية

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين بعد المشاركة المجتمعية كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة كمتغير تابع حوالي 0.107 أي أنها قيمة غير معنوية عند أي مستوى احتمالي مفترض، وهذه النتيجة تؤدي إلي قبول فرض العدم (رقم 65) وبالتالي رفض الفرض البحثي.

• البعد الثقافي

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين متغير البعد الثقافي كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقين على قيد الحياة كمتغير تابع حوالي - 0.070 أي أنها غير معنوية عند أي مستوى احتمالي مفترض، وهذه النتيجة تؤدي إلي قبول فرض العدم (رقم 66) و بالتالي رفض الفرض البحثي.

• البعد النفسي

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين متغير البعد النفسي كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع حوالي - 0.310، وهذه تعنى وجود علاقة ارتباطية سالبة ومعنوية عند المستوى الاحتمالي 0.01، وهذه النتيجة تؤكد الفرض البحثي (رقم 67) وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطية عكسية مؤداها أنه كلما زادت درجات البعد النفسي كلما قل عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة.

• البعد البيئي

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين البعد البيئي كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع حوالي 0.227، وهي قيمة معنوية عند المستوى الاحتمالي 0.01، وهذه النتيجة تؤكد الفرض البحثي (رقم 68) وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطية طردية مؤداها أنه كلما زادت درجات البعد البيئي كلما زاد عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة.

• بعد مستوى النعيم التكنولوجي

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين بعد مستوى النعيم التكنولوجي كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع حوالي 0.212، وهي قيمة معنوية موجبة عند المستوى الاحتمالي 0.01، وهذه النتيجة تؤكد الفرض البحثي (رقم 69) والذي يعنى وجود علاقة ارتباطية طردية مؤداها أنه كلما زاد مستوى النعيم التكنولوجي كلما زاد عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة.

• بعد وقت الفراغ (قضاء وقت الفراغ)

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين بعد وقت الفراغ كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع حوالي - 0.180، وهي قيمة معنوية سالبة عند المستوى الاحتمالي 0.01، وهذه النتيجة تؤكد الفرض البحثي (رقم 70) وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطية عكسية مؤداها أنه كلما زادت عدد ساعات وقت الفراغ كلما قل عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة.

• البعد الاجتماعي

بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بين البعد الاجتماعي كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع حوالي - 0.116، وهي غير معنوية عند أي مستوى احتمالي مفترض مما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الاجتماعي وعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة وهذه النتيجة تؤكد قبول الفرض العدم ورفض الفرض البحثي (رقم 71).

وعند الوقوف على نسبة إسهام كل بعد في تفسير جزء من التباين في المتغير التابع عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع (الفرض البحثي 72: يسهم كل بعد من أبعاد المتغير المركب لجودة الحياة إسهاما معنويا فريدا في تفسير جزء من التباين في درجة الخصوبة البشرية)، هذا وقد تم استخدام تكتيك الانحدار الخطي المتعدد التدرجي الصاعد (Step-wise Multiple Linear Regression Technique (Forward Solution).

الجدول 10.

نتائج العلاقة الارتباطية بين أبعاد جودة الحياة ومتغير الخصوبة البشرية

م	اسم المتغيرات	قيمة معامل الارتباط	معنوية معامل الارتباط (r)
1	البعد الديموجرافي	0.524	0.000
2	البعد الاقتصادي	0.442	0.000
3	بعد المشاركة المجتمعية	0.107	0.079
4	البعد الثقافي	0.070-	0.253
5	البعد النفسي	0.310-	0.000
6	البعد البيئي	0.227	0.000
7	البعد التكنولوجي	0.212	0.000
8	وقت الفراغ	0.180-	0.000
9	بعد الصحة الإيجابية	0.174-	0.004
10	البعد الاجتماعي	0.116-	0.056

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

ويتضح من جدول رقم (11) أن الأبعاد العشرة لمتغير مركب جودة الحياة تشرح وتفسر نحو 0.514 من التباين في المتغير التابع، ولقد تبين من نتائج التحليل الإحصائي (جدول 11) بالاستناد إلى النسبة المئوية للتباين المفسر أن نحو 27.5% من التباين المفسر يرجع إلى متغير البعد الديموجرافي، ونحو 4.3% يرجع إلي البعد الاقتصادي، وحوالي 4.5% من التباين المفسر يرجع إلى البعد النفسي، وأن حوالي 2.8% من التباين المفسر يرجع إلى البعد الاجتماعي، وحوالي 3.5% من التباين المفسر يرجع إلى البعد البيئي، وحوالي 2.2% من التباين المفسر يرجع إلى بعد الصحة الإيجابية، وحوالي 1.4% يرجع إلى بعد وقت الفراغ، وأن حوالي 2.6% من التباين المفسر يرجع إلى بعد النعيم التكنولوجي، وحوالي 1.5% من التباين المفسر يرجع إلى بعد المشاركة المجتمعية، وأخيرا يرجع حوالي 1.2% من التباين المفسر في الخصوبة البشرية إلى البعد الثقافي.

الجدول 11.

نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد التدرجي الصاعد لعلاقة أبعاد مقياس جودة الحياة بالخصوبة البشرية

معنوية "t"	قيمة "t" المحسوبة	% للتباين المفسر في المتغير التابع	النسبة التراكمية للتباين المفسر (R ²)	قيمة معامل الانحدار الجزئي المعياري (β)	قيمة معامل الانحدار الجزئي (B)	البعد
0.000	5.083	27.5	0.275	0.271	0.364	الديموجرافي
0.000	4.312	4.3	0.317	0.237	0.069	الاقتصادي
0.000	4.929-	4.5	0.362	0.228-	0.510-	النفسي
0.000	5.383-	2.8	0.390	0.242-	0.560-	الاجتماعي
0.001	3.501	3.5	0.425	0.157	0.313	البيئي
0.001	3.425-	2.2	0.447	0.112	0.209-	الصحة الإيجابية
0.000	4.264-	1.4	0.462	0.213-	0.382-	وقت الفراغ
0.000	3.943	2.6	0.488	0.215	0.369	النعيم التكنولوجي
0.003	2.959	1.5	0.502	0.130	0.175	المشاركة المجتمعية
0.013	2.510-	1.2	0.514	0.110-	0.263-	الثقافي

قيمة $F = 27.419$ قيمة معنوية عند المستوى الاحتمالي 0.001، معامل الارتباط المتعدد $(R) = 0.717$ ، معامل التحديد $(R^2) = 0.514$
المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

ولتحديد نسبة مساهمة كل بعد من هذه الأبعاد المؤثرة في شرح الجزء من التباين الذي تم تفسيره من المتغير التابع، يتبين أن البعد الديموجرافي يشرح وحده قرابة 53.5% من التباين المفسر في الخصوبة البشرية، وأن الأبعاد الاقتصادية والنفسية والبيئية تشرح معا قرابة 24% من إجمالي التباين المفسر، كما تشرح الأبعاد الستة الباقية نحو 22.75% من باقي التباين المفسر.

ويتبين من استعراض النتائج السابقة أن هناك علاقة ارتباطية معنوية بين كل بعد من أبعاد جودة الحياة والخصوبة البشرية، كما وجد أن كل بعد من أبعاد جودة الحياة هذه يسهم إسهاما معنويا متقدرا في تفسير التباين في متغير الخصوبة البشرية. وبمقارنة معنوية معاملات الارتباط البسيط بمعنوية معاملات الانحدار الجزئي في النموذج التحليلي وذلك للوقوف على مدى ثبات العلاقة بين المتغيرات المستقلة (الأبعاد) مجتمعة والخصوبة البشرية اتضح تطابق معنوية جميع المعاملات واتجاهاتها في ظل ثبات بقية المتغيرات المستقلة الأخرى، الأمر الذي يشير أن هذه العلاقات علاقات أصلية وجوهرية، وأن كل بعد من أبعاد جودة الحياة يرتبط ب/ويؤثر على الخصوبة البشرية - عدد الأولاد الباقين على قيد الحياة.

3.4 العلاقات الارتباطية والانحدارية بين متغير مركب جودة الحياة والخصوبة البشرية:

لتحقيق الهدف الرابع للدراسة، يتوقع الفرض البحثي (73) وجود علاقة ارتباطية بين الخصوبة البشرية مقاسه بعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع وبين المتغير المركب لجودة الحياة كمتغير مستقل، كما يتوقع الفرض البحثي (74) أن المتغير المركب لجودة الحياة يسهم إسهاماً معنوياً فريداً في تفسير التباين في درجة الخصوبة البشرية.

ويوضح جدول رقم (12) الخاص بنتائج تحليل الارتباط والانحدار الخطي البسيط بين جودة الحياة والخصوبة البشرية إلى أن قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغير المركب لجودة الحياة كمتغير مستقل وعدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة كمتغير تابع بلغت 0.583، وهي قيمة موجبة معنوية عند المستوى الاحتمالي 0.001 على الأقل، وهذه النتيجة تؤكد الفرض البحثي (رقم 73) وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطية طردية مؤداها أنه كلما زادت درجات متغير جودة الحياة بصفة عامة كلما زادت الخصوبة البشرية،

الجدول 12.

نتائج تحليل الارتباط والانحدار الخطي بين متغير مركب جودة الحياة والخصوبة البشرية

المتغيرات المركب	قيمة «ف» (F)	معامل الارتباط المتعدد (R)	معامل التحديد (R ²)	معامل الانحدار الجزئي (B)	معامل الانحدار الجزئي المعياري (β)	قيمة «ت» المحسوبة «ت»	معنوية «ت»
جودة الحياة	137.34	0.583	0.340	3.355	0.583	11.72	0.001

المصدر: جمعت وحسبت من استمارة الاستبيان.

كما تشير النتائج إلى أن متغير جودة الحياة له أثر مباشر على متغير الخصوبة البشرية، إذ يشرح أكثر من ثلث التباين في درجات الخصوبة البشرية - أي حجم الأسرة - حيث يبلغ معامل التحديد حوالي 34% عاكساً بذلك سببية العلاقة بين متغيري جودة الحياة والخصوبة البشرية.

التوصيات

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث توصي الدراسة بمجموعة من التوصيات التالية:

1. زيادة الاهتمام بالرعاية الصحية للطفل وتوفير كافة التطعيمات اللازمة له والعمل على توعية الأمهات بضرورة الالتزام بالتطعيمات في المواعيد المقررة لها، وصحة الطفل من شأنه تخفيض وفيات الأطفال، وبالتالي ينعقد الأثر التعويضي لزيادة عدد أفراد الأسرة.
2. العمل على تكثيف الجهود للحد من أمية المرأة الريفية والاهتمام برفع مستواها التعليمي وذلك لما للتعليم من أثر كبير في توسيع المدارك، والقدرة على التفكير السليم والرشد وبالتالي على حجم الأسرة المرغوب فيه وتنظيم الأسرة، كما يقضي على ظاهرة الزواج المبكر عند استكمال الفتيات تعليمهن العالي.
3. الاهتمام بعمل المرأة لاستغلال طاقتها ورفع مستوى معيشتها ومكانتها لزيادة شعورها بذاتها والعمل على توجيه اهتماماتها بمجالات أخرى غير الإنجاب وبالتالي الحد من حجم الأسرة الكبير.
4. العمل على رفع مستوى المعيشة للأسرة الريفية بتقديم الدعم والتمويل للمشاريع الصغيرة المتعلقة بالنشاط الريفي الذي يؤدي بدوره إلى الحفاظ على القيم الخاصة بصغر حجم الأسرة.

5. الاهتمام ببرامج تنظيم الأسرة ودعم وحدات صحة الأسرة بالأطباء المتخصصين في هذا المجال وكذلك توفير الوسائل المختلفة لتنظيم الأسرة، وتشجيع الاستفادة من خدماتها.
6. الاهتمام بالبرامج الإعلامية لما تتميز به من انتشار وفعالية في مجال تنظيم الأسرة والتنمية الريفية الشاملة، والعمل على زيادة الوعي الثقافي وكذا البرامج المتعلقة بتغيير الاتجاهات المرتبطة بتنمية المرأة الريفية.
7. الاهتمام بدور رجال الدين ودعمهم حتى يتمكنوا من القيام بدورهم في قضية تنظيم الأسرة لإزالة الفهم الخاطئ لموقف الدين الإسلامي من مسألة تنظيم الأسرة، ودراسة السلوك الإنجابي، وعلاقته بالإعلام الديني والروحي الذي تتعرض له الزوجات والأزواج مما يتفق مع أحكام الدين.
8. إتاحة البيانات التعدادية، والقطاعية للباحثين لإجراء دراسات تتبعه عبر الزمن على مناطق مختارة، بالإضافة إلى إجراء دراسات متعمقة على المجتمعات الريفية المختلفة.

المراجع

المراجع العربية

- أبو جمرة، حامد. (1982). عرض وتقييم الدراسات المتعلقة بمحددات الإنجاب في مصر. المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة والسكان.
- البردان، محمد عبد الرزاق أمين. (2006). نوعية الحياة في المجتمعات الزراعية الجديدة (رسالة دكتوراه). كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة للإحصاء. (2015). مصر في أرقام 2015. جمهورية مصر العربية.
- الحاج، أمين إسماعيل زعير. (2009). أثر جهود التنمية البشرية على تحسين جودة في الريف المصري. دراسة مقارنة بين جيلين (رسالة ماجستير). كلية الزراعة، جامعة عين شمس.
- الحبيس، محمود عبد الله. (2008). العوامل المؤثرة في مستوى الخصوبة البشرية (دراسة تطبيقية على محافظة مآدبة). مدونة دراسات وأبحاث في الجغرافيا البشرية، السنة الخامسة، (36).
- السقاف، علي أحمد. (2009). الخصوبة وعلاقتها بالمتغيرات الديموجرافية، الاقتصادية والاجتماعية في اليمن. مجلة علوم إنسانية، جغرافية السكان، السنة السادسة، (40).
- السيد، أحمد محمد. (2003). دراسة سلوكيات الريفيين نحو تنظيم الأسرة في محافظة الشرقية والبحيرة وأسيوط. مجلة الإنتاجية والتنمية، (8).
- السيد، أماني عبد المنعم (1992). السلوك الإنجابي والعوامل المؤثرة عليه في قريتين مصريتين (رسالة ماجستير). كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.
- الصباح، صابر عبد الحميد، صالح، محمود. (2003). اتجاه الأزواج والزوجات الريفيين نحو برامج تنظيم الأسرة في أربع محافظات مصرية. مجلة المنصورة للعلوم الزراعية، 28 (11).
- العزبي، محمد إبراهيم. (1991). الأسرة والقيم المعوقة للتنمية في دراسات في التنمية الريفية. قسم المجتمع الريفي، كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية، الشنهابي للطباعة والنشر، 1-31.
- العزبي، محمد إبراهيم. (1995). المعوقات القيمية لتنظيم الأسرة الريفية. مجلة المنصورة للبحوث الزراعية، (4).
- العزبي، محمد إبراهيم. (2011). المجتمع الريفي تحت المجهر. كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.
- جودة، سعد عبده إبراهيم. (2012). دراسة تحليلية للسلوك الإنجابي للمرأة الريفية تحت بعض الثقافات الفرعية في مركز

- مطوبس محافظة كفر الشيخ (رسالة دكتوراه). كلية الزراعة، جامعة كفرالشيخ.
- حسن، نجوى عبد الرحمن. (1996). دراسة اجتماعية ريفية لبعض المجتمعات الريفية المحلية المصرية (رسالة دكتوراه). كلية الزراعة، جامعة المنوفية.
- خيمس، محمد إبراهيم عنتر. (1996). التعرض لمشروعات تنمية المرأة الريفية وعلاقتها بسلوكها الإنجابي، دراسة استكشافية بمحافظة الغربية (رسالة دكتوراه) كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.
- رزق، إبراهيم أحمد. (1994). العلاقة التبادلية بين الإنجاب ووفيات الطفولة: نتائج امبيريقية من قرية مصرية، مجلة المنصورة للبحوث الزراعية، 19(11).
- رميح، يسرى عبد المولى حسن، وحسن، أحمد مصطفى. (1999). اتجاه الريفيات نحو تنظيم الأسرة، دراسة ميدانية في قريتين مصريتين، نشرة بحثية، معهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية: (231).
- ريحان، إبراهيم، ويحيى، مجدي علي. (2005). مقاييس جودة الحياة بين الفكر النظري ومحددات التطبيق العملي «دراسة حالة على قرية نوى. مركز شبين القناطر. بمحافظة القليوبية. المجلة المصرية للبحوث التطبيقية، 7(20): 165-184.
- سليمان، شاهر خالد. (2006). قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها. مجلة رسالة الخليج العربي، (117).
- عبد الحميد، زينب عوض. (1998). التعليم وعلاقته بالسلوك الإنجابي للأسرة الريفية بثلاث قرى بمحافظة دمياط (رسالة ماجستير). كلية الزراعة، جامعة القاهرة.
- عبد الرحمن، محمود مصباح. (1974). دراسة اجتماعية تحليلية عن التدرج الطبقي الاجتماعي بقريتي مسير ومنية مسير بمحافظة كفر الشيخ (رسالة ماجستير في علم المجتمع الريفي). كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.
- عبد الرحمن، محمود مصباح. (1984). الخصوبة البشرية، محاضرات في مقرر السكان الريفيين، قسم المجتمع الريفي، كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.
- عبد الرحمن، محمود مصباح. (1993). السكان الريفيون. في محمود مصباح عبد الرحمن، ومحمد السيد شمس، قراءات في علم المجتمع الريفي. كلية الزراعة بكفر الشيخ، جامعة طنطا.
- عبد الرحمن، محمود مصباح. (2018). السكان الريفيون. في محمود مصباح عبد الرحمن، راتب عبد اللطيف صومع، ومحمد السيد شمس. مبادئ علم المجتمع الريفي، كلية الزراعة، جامعة كفر الشيخ.
- عبد القادر، محمد أحمد. (1982). المتغيرات المعاصرة في الأسرة الريفية وأثرها على الزراعة كطريقة أساسية للحياة في الريف المصري (رسالة دكتوراه). كلية الزراعة جامعة الأزهر.
- علام، يسرية أحمد، ومحيي الدين نصرت، سوزان. (1994). اتجاهات المرأة الريفية نحو فكرة تنظيم الأسرة، دراسة حالة في إحدى قرى محافظة الجيزة. كلية الزراعة، جامعة القاهرة، (45).
- علوية، مروة أحمد. (2015). جودة الحياة في ثلاثة أنماط مختلفة من المجتمعات الريفية المحلية بمحافظة الفيوم (رسالة دكتوراه). قسم الاقتصاد الزراعي، كلية الزراعة، جامعة الفيوم.
- فرج، حنان كرم. (1997). دراسة السلوك الإنمائي للريفيات في ثقافات ريفية مصرية مختلفة (رسالة ماجستير). كلية الزراعة، جامعة عين شمس.
- فرج، محمود إبراهيم، وعبد السلام، فادية محمد، ويوسف، منى توفيق، وتوفيق، ميري. (2010). اتجاهات ومحددات الطلب على الإنجاب في مصر (1988-2005)، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، (215)، معهد التخطيط القومي، جمهورية مصر العربية.

- كاظم، علي مهدي، ونجم البهادلي، عبد الخالق. (2006). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيون والليبيين. دراسة ثقافية مقارنة، مجلة العلوم الإنسانية، السنة الثالثة: (31)، 24-53.
- كمال، محمد شفيق. (1995). دراسة تحليلية لاتجاه الأفراد نحو تنظيم الأسرة وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية في إحدى قرى محافظة الغربية. مجلة المنصورة للبحوث الزراعية، 40(4).
- محافظة كفر الشيخ. (2015). بيانات عن التقسيم الإداري (بيانات غير منشورة). مركز المعلومات واتخاذ القرار، ديوان محافظة كفر الشيخ.
- محرم، إبراهيم، والشاذلي، سمير، والخفيف، أيمن، وإسماعيل، أحمد، وعامر، صلاح. (2004). أثر برنامج شروق على تحسين جودة الحياة الريفية. جهاز بناء وتنمية القرية، وزارة التنمية المحلية.
- مجلس الشورى. (1992). تقرير نحو سياسة سكانية في مطلع القرن الحادي والعشرين، القاهرة، سلسلة مجلس الشورى، لجنة الخدمات، القاهرة، (15).
- محمد، أسامة متولي. (2009). نحو بناء مقياس لنوعية الحياة في المجتمعات الريفية، المجلة البحثية لخدمة البيئة والمجتمع، نشرة بحثية، (17).
- منسي، محمود عبد الحليم، وكاظم، علي مهدي. (2006). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. كلية التربية، جامعة قابوس، سلطنة عمان، 63-78.
- يوسف، أيمن محمد مصطفى. (2009). قياس وإدارة تنمية المجتمعات العمرانية الجديدة من خلال مؤشرات جودة الحياة.

المراجع الأجنبية

- Abdel-Rahman, M.M. (1982). *Macroscopic Analysis of Human Fertility: Theoretical and Methodological Assessment*. Unpublished Ph.D. Dissertation. Iowa State University. Ames. Iowa. U.S.A.
- Abd Elkader. F. M., Mousa, A., & Mahmoud E. (1995). *Age at First Marriage. Determinants and Effect on Fertility Level in Egypt 1991. Research Monograph no.24*. Cairo Demographic Annual Seminar 1994. Cairo. Egypt.
- Brown, F. G. (1976). *Principles of Educational and Psychological Testing*. Holt. Rinehart and Winston: (2).
- Elbakly, A.A. (1991). *Age at First Birth and Retroactive span: An Analysis of the Egyptian Situation 1980*. Cairo Demographic Center Research Monograph. Cairo. Egypt, (21).
- Maslow. A. (1943). *A Theory of Human Motivation*. *Psychological Review*, (50), 340-396.
- Wrong. D. H. (1964). *Population and Society. Second Revised and Enlarged Edition*. Random House. INC. New York.
- www.elhads.com/world/439403.html.

The impact of Quality of Life on Human Fertility in Kufr El-Sheikh Governorate

Summary

The current research was an exploratory study aimed at identifying the nature of Rural women's quality of life in Kufr El-Sheikh Governorate, and its impact on human fertility levels, measured by children ever born alive. The study has assumed that quality of life is a multidimensional concept consists of ten dimensions, and each dimension has constructed by one indicator or more (composite index). Twenty-four indicators were utilized to construct the ten dimensions of the index of women's quality of life. To achieve the main objective, the study aimed at: 1) identifying levels of human fertility in the area under study. 2) Constructing, testing, and evaluating the proposed composed index of rural women's quality of life 3) identifying the impact of quality of life's indicators on human fertility. 4) identifying the nature of the relationships between the ten constructed dimensions and human fertility levels. 5) identifying the impact of the overall constructed quality of life index on human fertility. Several hypotheses were postulated, social survey method was utilized, and an interview schedule form was developed. The study has been conducted in two locale units in Riyadh District, Kufr El-Sheikh Governorate, and the sample was designed to include all households of the three villages. A systematic random sample included 225 married women- who have one child at least, and her husband still alive. Some statistical techniques were applied to analyze and test the present data (Frequencies-percentages-mean-standard deviations), and standard scores were used to construct composite indices; T- score is used to face the negative signs problem in describing the standardized scores of the composite indices. Alfa Cronbach coefficient has been used to estimate the reliability of items constructed composite indexes. Zero-order correlation, multiple linear regression, and step-wise multiple linear regression (forward solution) techniques has been applied for data analyses. The statistical analyses have showed consistent results in constructing the ten dimensions' scales, and each dimension was correlated significantly with the total scores of the women's quality of life composite index. The index reliability coefficient (α) was high (0.804), and the ten quality of life composite indices were correlated significantly with fertility measure. The analyses of the study have shown the following findings:

1. Family size—measured by surviving children (CHILDREN EVER BORN ALIVE) took normal distribution shape. Each value of the mean, median, and mode of the family size reached about three children. which were equal with its counterparts of the national value of the family size according to the results of the national population survey in 2014.
2. The theoretical framework of the study proposed that ten distinct dimensions were used to construct and measure the composite index of the quality of life concept. They were: demographic dimension, economic dimension, reproductive health dimension, societal participation dimension, social dimension, cultural dimension, psychological dimension. environ—mental dimension, technological welfare level dimension, and time leisure dimension. These ten dimensions were constructed by 24 indicators, and each dimension was varying in its constituents' number of indicators, and some indicators were subjective and others were objective in their nature. These indicators were: marriage length, number of siblings work, siblings' monthly income, family economic expenditure, external emigration, standard of living, wife's work outside home, children's healthcare, community affairs participation, satisfaction with service organizations, social cohesion, woman status, social roles conflict, family impact, children number to be born, religious background, family planning desire, housing quality, rational environmental behavior, . Community belonging, average cost of using technology, ownership of technological devices, time spent using social media, and time spent watching TV.
3. The statistical analyses had showed consistency of the results in constructing indices, that is each indicator was correlated significantly with the total scores of its dimension(s), and each dimension was correlated significantly with the total scores of the composite index of the quality of life. The reliability coefficient (α) of that index by the ten dimensions was high. and it was estimated to be 0.882.
4. Twenty indicators out of the twenty—four indicators were significantly correlated with human Fertility measure at 0.05 level of significance, as marriage Length, number of Siblings work, siblings' monthly income, family economic expenditure, family impact, religious background, community affairs participation, housing quality, rational environmental behavior, and average cost of using technology were positively correlated with human Fertility. while wife's work outside home, Children's health care, social cohesion, women status, children number to be born, family planning desire, satisfaction with service organizations, ownership of technological devices, time spent using social media, and time spent watching TV were negatively and significantly correlated with human Fertility.

5. Multiple regression analysis showed that twenty-two indicators out of twenty-four indicators made significant unique contributions to regression equation, which are: marriage length, number of siblings work, monthly income of siblings, family economic expenditure, external emigration, standard of living, wife's work outside home, children's health care, community affairs participation, social cohesion, social roles' conflict, family impact, children number to be born, religious background, family planning desire, community belonging, satisfaction with service organization, housing quality, rational environmental behavior, cost of using technology, ownership of technological devices, and time spent watching satellite TV. The twenty-four indicators taken together explained about 64.9% of the total Variance of human fertility scores.

6. Step-wise multiple regression analysis (forward solution) showed that all the ten dimensions measuring quality of life made significant unique contributions to regression equation. The ten dimensions of the quality of life taken together explain about 51.4% of the total Variance of human fertility scores. They were ranked according to their relative importance as follow: demographic ($B=0.271$), social ($B=-0.242$), economics ($B=0.237$), psychological ($B=-0.228$), technological welfare ($B=0.215$), time leisure ($B=-0.213$), environmental ($B=0.157$), societal participation ($B=0.130$), reproductive health ($B=0.112$), and cultural dimensions ($B=-0.110$).

7. The regression analysis results showed also that the direct relationship between the quality of life index and the number of survival children was a positive relationship. But contradictory results for the direction of each dimension with human fertility was found to be different. A positive relationship was found between each of the economic, demographic, societal participation, environmental, and technological welfare dimensions with human fertility measure. While negative relationship was found between each of reproductive health, social, cultural, psychological, environmental, and time leisure dimensions and human fertility measure.

8. The results of the study, however, demonstrated that there was a strong causal relationship between the number of the survival children and the overall index measuring quality of life.

Keywords: Quality of life, rural women, human fertility, Kufr El-Sheikh Governorate

محددات الزواج المبكر للإناث في بعض محافظات مصر

أ. أميرة السعيد عبده¹

أ. ولاء إبراهيم الشرقاوي²

أ. غادة محمد عبد السلام³

أ. سارة محمد ياسين⁴

ملخص

يؤثر عمر الإناث عند الزواج على سلوكها الإيجابي وحجم خصوبتها، وعلى الرغم من الإجراءات التي تتخذها الحكومة المصرية لمنع زواج القاصرات الأقل من 18 عاماً إلا أن الزواج المبكر لا زال منتشراً في مصر، فبالاعتماد على بيانات مسح أسباب انخفاض المواليد لعام 2021 الذي تم بالتعاون بين الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء والمجلس القومي للسكان والذي شمل تسع محافظات (بورسعيد-السويس-دمياط-القليوبية-الفيوم-المنيا-أسيوط-سوهاج-قنا) تم اختيارها استناداً إلى معدل التغير في معدل المواليد المحتسب بين عامي (2015 و2019) لجميع محافظات الجمهورية، فقد كان حوالي 26% من النساء المشاركات في الدراسة قد تزوجن قبل بلوغهن 18 عام وترتفع هذه النسبة في الريف لتبلغ 33.3% مقابل 15.8% في الحضر. تهدف هذه الورقة إلى معرفة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للإناث اللاتي تزوجن مبكراً (أقل من 18 عاماً) بالإضافة إلى محدّدات الزواج المبكر للمحافظات المختارة التي شملتها عينة البحث وذلك باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي الثنائي. أظهرت نتائج الانحدار اللوجستي معنوية كل من محل الإقامة، المحافظة، الحالة التعليمية للزوجة، صلة القرابة بالزوج والفترة الزمنية للزواج الذي يزيد من احتمال الزواج المبكر. وأوضحت النتائج ارتفاع احتمال الزواج المبكر في الريف مقارنة بالحضر، وأن محافظتي الفيوم والمنيا من أكثر المحافظات اللاتي يرتفع بها الزواج المبكر مقارنة بمحافظة بورسعيد والتي تنتمي للمحافظات الحضرية، وأن للمستوى التعليمي للسيدة تأثير بالسلب على الزواج المبكر، ووجود صلة قرابة بين الزوجين ترفع احتمال الزواج المبكر، وبعد الفترة الزمنية للزواج يزيد من احتمال الزواج المبكر فكلما كانت الفترة الزمنية للزواج أقدم كلما ارتفع احتمال الزواج المبكر بحيث يرتفع هذا الاحتمال قبل صدور أي قوانين تجرم زواج الأطفال.

الكلمات الدالة: الزواج المبكر، الإناث، محافظات مصر

¹ مدير عام الإدارة العامة لبحوث الخصوبة وتقديرات السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
² باحثة إحصائية، الإدارة العامة لبحوث الخصوبة وتقديرات السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
³ باحثة إحصائية، الإدارة العامة لبحوث الخصوبة وتقديرات السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
⁴ باحثة إحصائية، الإدارة العامة لبحوث الخصوبة وتقديرات السكان، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

مقدمة

تعرف اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل «الطفل» بأنه أي شخص تحت سن 18 عاما (الأمم المتحدة، 1989)، ومن منظور حقوق الطفل، لا يُسمح بالزواج خلال فترة الطفولة أو المراهقة، لذا تُعرّف لجنة البلدان الأفريقية المعنية بالممارسات التقليدية التي تؤثر في صحة النساء والأطفال الزواج المبكر على أنه: «أي زواج يحدث دون سن 18 عاما»، قبل أن تكون الفتاة مستعدة جسديا وفسولوجيا ونفسيا لتحمل مسؤوليات الزواج والإنجاب (Islam, 2008).

ويعد الزواج المبكر انتهاكا لحقوق الأطفال (UNICEF, 2018; United Nations, 2015; United Nations, 1948)، وتؤكد أهداف التنمية المستدامة (SDGs) هذا الإجماع الدولي، حيث أن القضاء على جميع الممارسات الضارة؛ مثل: زواج الأطفال، والزواج المبكر، والزواج القسري، يشكل أحد الأهداف الرئيسية للهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة، وهو المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات (United Nations, 2015).

وفي الوقت الذي تناقص فيه انتشار زواج الأطفال في جميع أنحاء العالم من واحدة من بين كل أربعة فتيات تزوجن مبكرا إلى حوالي واحدة من كل خمسة فتيات في الوقت الحالي، إلا أن هذه الظاهرة لا تزال منتشرة. وتدعو أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة إلى اتخاذ إجراء عالمي لإنهاء انتهاك حقوق الإنسان بحلول عام 2030.

وقد أطلقت اليونيسف بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان في عام 2016، البرنامج العالمي للقضاء على زواج الأطفال. ويقوم بتقديم التدريب على مهارات الحياة ومساندة الفتيات المراهقات للذهاب إلى المدرسة لدعمهم (UNICEF, 2021).

ويحظر قانون الطفل المصري لعام 2008 زواج الفتيات تحت سن 18 عاما من خلال حظر تسجيل عقود الزواج إذا كان أي من الطرفين دون السن القانوني للزواج. ومع ذلك، فإن النظام القانوني الحالي لا يرقى إلى مستوى تجريم مرتكبي زواج الأطفال ونتيجة لذلك، تستمر الفتيات في الزواج دون سن 18 عاما من خلال الزواج العرفي أو غير المسجل لدى الدولة (UNICEF, 2018).

وقد أحرزت مصر تقدما كبيرا في تأخير سن الزواج. ومع ذلك، لا يزال الزواج المبكر شائعا (UNICEF, 2018) فوفقا لبيانات التعداد السكاني لعام 2017 في مصر فقد بلغ عدد حالات الزواج المبكر للإناث إلى 118904 حالة زواج، ما يقرب من فتاة واحدة من بين كل 20 فتاة تتراوح أعمارهن بين 15 و 17 عاما إما متزوجات حاليا أو سبق لهن الزواج.

وغالبا ما يكون تأثر الفتيات بهذه الظاهرة أكثر من الشباب، حيث إن الزواج المبكر يحرم الفتيات من طفولتهن ويهدد حياتهن وصحتهن، وتكون الفتيات اللاتي يتزوجن قبل سن 18 أكثر عرضة للعنف الأسري ويقل احتمال بقائهن في المدرسة وغالبا ما يحدث حمل خلال فترة المراهقة، وبالتالي يزداد خطر حدوث مضاعفات أثناء الحمل والولادة بالنسبة لهن ولأطفالهن. ونظرا لأن زواج الأطفال يؤثر على صحة الفتاة ومستقبلها وعائلتها، فإنه يفرض تكاليف اقتصادية كبيرة على المستوى الوطني أيضا ويترتب على ذلك آثار كبيرة على التنمية والازدهار (UNICEF, 2021).

ويترتب على زواج الأطفال العديد من الآثار الصحية والاقتصادية والاجتماعية حيث تزداد احتمالية تعرض الأطفال لحمل غير مقصود ومعدلات إنجاب مرتفعة، بالإضافة إلى احتمالية عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة وتقليل فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالأم، كما أن الفروق العمرية الكبيرة بين الزوجين تقلل قدرة الزوجة على المساومة واتخاذ القرار وتزيد من خطر التعرض لعنف الزوج مقارنة بالفتيات اللاتي

تزوجن في سن متأخرة. علاوة على ذلك يكون لزواج الأطفال آثار طويلة الأمد على رفاهية الأسرة وكفاية الغذاء (Elnakib et al., 2022).

ومن ثم تهتم الدراسة بمحددات الزواج المبكر للإناث في مصر إضافة إلى معرفة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للإناث اللاتي تزوجن مبكرا (أقل من 18 عاما).

الدراسات السابقة

أجريت العديد من الأبحاث والدراسات حول الزواج المبكر للإناث، وذلك لمحاولة الوصول لأهم الأسباب التي قد تدفع بالأسر لتزويج بناتها في سن مبكرة وقد تباينت نتائج هذه الدراسات، ولكن هناك إجماعا على مجموعة من الأسباب والتي قد ترتبط ببعض العوامل الديموجرافية والاقتصادية الخاصة بالأنثى، وسوف نتناول فيما يلي طرق قياس الدراسات المستخدمة والنتائج التي توصلت إليها والمحددات التي توصلت إليها التي تؤدي إلى الزواج المبكر.

وقد اعتمدت معظم الدراسات المذكورة على بيانات المسح الديموجرافي الصحي، واعتمدت دراسة (Putri & Nelonda, 2016) على بيانات المسح الاجتماعي الاقتصادي الوطني (SUSENAS)، وبعضها اعتمد على أسلوب المقابلات الفردية باستخدام طريقة المجموعات البؤرية (Montazeri et al., 2016) لدراسة أسباب الزواج المبكر للإناث.

من خلال مراجعة الدراسات السابقة التي تناولت الزواج المبكر للإناث، اعتمدت أغلب الدراسات التي تناولت تلك الظاهرة على مجموعة من المحددات لقياس الزواج المبكر للإناث؛ وهي: المحددات الديموجرافية، والاجتماعية، والاقتصادية، وتتمثل في: تعليم المرأة، والحالة العملية للمرأة، ومنطقة الإقامة، ومستوى رفاهية الأسرة، وتعليم رب الأسرة، ومؤشر الثروة، والتعرض لوسائل الإعلام، وحجم الأسرة، ومحل الإقامة، والدخل الشهري للأسرة، ومعرفة السن القانوني للزواج.

اتبعت بعض الدراسات أسلوب التحليل الوصفي لدراسة الزواج المبكر والعوامل المؤدية له مثل دراسة (أحمد وآخرون، 2019) للتعرف على بعض الخصائص الشخصية والاجتماعية بين المتزوجين بزواج مبكر وغير المتزوجين زواجا مبكرا، وكذلك التعرف على أهم الأسباب التي تدفع الفتيات الريفيات للزواج المبكر.

كذلك قام (Singh & Samara, 1996) بدراسة الارتباط بين توقيت الزواج وثلاثة أبعاد للتنمية الاجتماعية والاقتصادية وهي التحضر، والتحصيل التعليمي للمرأة، ومشاركة المرأة في القوى العاملة باستخدام بيانات من 40 مسحا ديموجرافيا وصحيا لدول نامية، واستخدمت عددا من الدراسات الانحدار اللوجستي الثنائي لدراسة قوة العلاقة بين الزواج المبكر كمتغير تابع والمتغيرات المستقلة (Uecker & Stokes, 2008; Saleheen et al., 2021; Tekile et al., 2020; Jisun, 2016; Parh et al., 2015) Bezie & Addisu, 2019; دراسة (Gashaw, 2019) الانحدار اللوجستي متعدد المستويات حيث الإناث في المستوى 1، والمناطق على المستوى 2، واستخدمت دراسة (Islam, 2008) الانحدار لتحديد المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموجرافية والثقافية التي يتم من خلالها تحديد العمر عند الزواج في المناطق الريفية والحضرية في بنجلاديش، كما استخدمت دراسة (Putri & Nelonda, 2016) كل من الانحدار الخطي المتعدد لتحليل تأثير خصائص الأفراد والأسر على سن الزواج الأول للمرأة والانحدار اللوجستي لتحليل الخصائص الفردية وخصائص الوالدين كمحدد للزواج المبكر، واستخدمت دراسة (Berliana et al., 2021) الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات لتحديد عوامل الزواج المبكر.

وأشارت دراسة (أحمد، 2019) إلى أن أهم الأسباب التي دفعت الأسر لزواج الفتيات في سن مبكرة هو أن الزواج ستره للنبت، إضافة إلى الجهل والتخلف والعادات القديمة وعدم تعليم الفتاة والفقر وضيق المعيشة وعدد البنات الكبير في الأسرة.

أوضحت دراسة (Singh & Samara, 1996) إلى ارتباط التعليم والعمر عند الزواج الأول ارتباطاً وثيقاً سواء على المستوى الفردي أو على المستوى المجتمعي. فالمرأة التي التحقت بالمدرسة الثانوية أقل احتمالاً أن تتزوج خلال فترة المراهقة، حيث بينت النتائج أن الدول التي بها نسبة أعلى من النساء الحاصلات على الثانوية العامة، كان بها نسبة أقل من النساء اللاتي يتزوجن في سن المراهقة.

وتوصلت دراسة (Montazeri et al., 2016) إلى أنه على الرغم من أن معظم المشاركين كانوا يعترفون بتأجيل زواجهم حتى الانتهاء من تعليمهم إلا أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية أثرت على الزواج المبكر للإناث وهي هيكل الأسرة ويشمل (الصعوبات الاجتماعية والاقتصادية، قيم الأسرة الثقافية، المعتقدات الدينية)، استقلالية منخفضة في صنع القرار والاستجابة للاحتياجات الاجتماعية والعاطفية، فقد أدت هذه العوامل إلى القوى الخفية التي أفتعت المشاركين في الزواج المبكر.

وتوصلت الدراسات التطبيقية إلى أن المحددات الاجتماعية والديموجرافية والاقتصادية للأسرة لها دور هام في زواج الإناث في سن مبكرة مثل المستوى التعليمي للزوجة (Putri & Nelonda, 2016; Saleheen et al., 2021; Bezie & Addisu, 2019; Tekile et al., 2020; Berliana; et al., 2021) فكما ارتفع المستوى التعليمي قلت احتمالية الزواج المبكر.

واهتمت عدد من الدراسات في تحديد تأثير المستوى المادي للأسرة على الزواج المبكر من خلال عدد من المحددات بعضها اهتم بقياس تأثير نسبة الإنفاق على الغذاء على قرار الزواج المبكر للمرأة وتوصلت دراسة (Putri & Nelonda, 2016) إلى أن نسبة الإنفاق على الغذاء لها تأثير سلبي كبير على قرار الزواج المبكر للمرأة في سن 15-20 عام في غرب سومطرة، واهتمت دراسات أخرى بقياس تأثير الدخل الشهري للأسرة (Workineh et al., 2015; Bezie & Addisu, 2019) وتوصلت إلى أنه كلما انخفض مستوى دخل الأسرة كلما زادت احتمالية الزواج المبكر للإناث.

وتوصلت دراسات (Putri & Nelonda, 2016; Saleheen et al., 2021; Berliana et al., 2021; Tekile et al., 2020) إلى أن الإناث المقيمت بالحضر فرصتهم في الزواج المبكر أقل من المقيمت بالريف، كما توصلت دراسات (Putri & Nelonda, 2016; Saleheen et al., 2021; Bezie & Addisu, 2019) إلى أهمية المستوى التعليمي لرب الأسرة حيث تعليم رب الأسرة له تأثير سلبي على قرار الزواج المبكر.

كما كان لحجم الأسرة تأثير هام كمحدد للزواج المبكر كما في دراستي (Saleheen et al., 2021; Bezie & Addisu, 2019)، حيث توصلت كلتا الدراستين إلى أن حجم الأسرة كان مرتبطاً بشكل كبير بزواج الفتيات في سن مبكرة فكما زاد حجم الأسرة زادت احتمالية تزويج الأسرة لفتياتها في سن مبكرة.

وتناولت عدد من الدراسات الجانب المعرفي للأسرة وتوصلت دراستي (Saleheen et al., 2021; Berliana et al., 2021) إلى أن تعرض الأسرة لوسائل الإعلام كان عاملاً هاماً في التأثير على الزواج المبكر حيث يؤثر على تشكيل وعي ومعرفة أفراد الأسرة بمخاطر الزواج المبكر، وتناولت دراستي (Workineh et al., 2020) علاقة معرفة الأسرة بالسن القانوني للزواج كمحدد للزواج المبكر وتوصلت إلى ارتباط هذا المتغير بالزواج المبكر للفتيات. واعتمدت معظم الدراسات السابقة على أسلوب التحليل الوصفي أو تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي أو المتعدد، وبعضها اعتمد على أسلوب المقابلات الفردية لدراسة محددات

الزواج المبكر، وتوصلت معظم الدراسات أن أهم محددات الزواج المبكر تتمثل في منطقة الإقامة (حضر-ريف)، ومحافظة الإقامة، والحالة التعليمية والعملية للمرأة والحالة التعليمية لرؤساء الأسر، والمستوى المادي للأسرة (الدخل الشهري للأسرة-نسبة الإنفاق على الغذاء)، ومؤشر الثروة، وحجم الأسرة، والتعرض لوسائل الإعلام، ومعرفة السن القانوني للزواج والمعتقدات الدينية.

وبناء على ما سبق، سوف يتم التركيز على دراسة المحددات الديموجرافية والاجتماعية للزواج المبكر باستخدام بيانات بحث أسباب (انخفاض/زيادة) المواليد لعام 2021، عن طريق بناء النموذج الإحصائي الملائم لطبيعة المتغيرات محل الدراسة.

المنهجية ومصادر البيانات

اعتمدت هذه الدراسة على بيانات مسح « دراسة أسباب انخفاض المواليد 2021 » كمصدر للبيانات والذي يستهدف السيدات المتزوجات حاليا أو السابق لهن الزواج في فئة العمر (15-49 عام)؛ بشرط أن تكون العلاقة الزوجية قائمة خلال الفترة المرجعية للدراسة (2015-2020)، والتي تم احتساب معدلات المواليد خلالها، كما استهدف المسح كل المتزوجات قبل سن 18 عام. وقد شمل البحث تسع محافظات (بورسعيد-السويس-دمياط-القليوبية-الفيوم-المنيا-أسيوط-سوهاج-قنا) والتي تم اختيارها استنادا إلى معدل التغير في معدل المواليد الخام المحتسب بين عامي (2015 و2019) لجميع محافظات الجمهورية، حيث تم التركيز على المحافظات ذات معدل التغير المنخفض للمواليد، وتم تصنيفها إلى مجموعتين أساسيتين هما أكثر خمس محافظات انخفاضا في معدل المواليد خلال عامي (2015 و2019) وأقل أربع محافظات انخفاضا في معدل المواليد خلال عامي (2015 و2019). وكانت عينة البحث طبقية عمدية غير احتمالية، حجمها 12000 أسرة معيشية، تم تخصيصها على محافظات البحث المستهدف تخصيصا متناسبا مع الحجم المقدر لحجم السكان بكل محافظة وقد اشتمل المسح على جزء خاص بالزواج المبكر للسيدات.

محددات الدراسة

من الصعوبات التي واجهت الباحثين في هذه الدراسة هي محدودية المتغيرات المتاحة بالبيانات لدراسة محددات الزواج المبكر للإناث، كما أن الأسئلة الموجهة للسيدة في المسح والخاصة بالزواج تخص الزوج الحالي أو الأخير، لذا كان لا بد من اقتصار التحليل على السيدات اللاتي تزوجن لمرة واحدة فقط حتى يمكن الحصول على خصائص الزوج الذي تزوجت به السيدة زواج مبكر.

أيضا اشتمل المسح على تسع محافظات فقط حيث تم اختيار المحافظات ذات معدل التغير المنخفض في معدل المواليد الخام المحتسب بين عامي (2015 و2019) لجميع محافظات الجمهورية.

خصائص عينة الدراسة (النساء المشاركات في المسح)

كان حوالي ربع النساء المشاركات في الدراسة (24.5%) تحت سن الثلاثين وقت إجراء المقابلة في المحافظات الأكثر انخفاضا، مقابل نحو ثلث نساء العينة (30.5%) في المحافظات الأقل انخفاضا، وكان 61.1% من النساء في الفئة العمرية (30-44 عام) بمحافظات العينة الأكثر انخفاضا مقابل 57.6% من نساء في المحافظات الأقل انخفاضا. وبالنسبة للحالة التعليمية كان 95.2% من النساء المشاركات في الدراسة من المتزوجات حاليا في المحافظات الأكثر انخفاضا مقابل 95.8% بالمحافظات الأقل انخفاضا، وكانت النساء في المحافظات الأكثر انخفاضا ذات مستويات تعليمية عالية مقارنة بالنساء في المحافظات الأقل انخفاضا، حيث تبلغ نسبة نساء العينة

اللاتي لم يسبق لهن الالتحاق بالتعليم أو اللاتي لم يحصلن على شهادة بالمحافظات الأقل انخفاضا 33.4% من إجمالي نساء العينة، مقابل 17.9% بالمحافظات الأكثر انخفاضا، وقد بلغت نسبة السيدات الحاصلات على مؤهل ثانوي بالمحافظات الأكثر انخفاضا 41.2% لتتخف هذه النسبة إلى 30.4% بالمحافظات الأقل انخفاضا، ويسود نفس النمط بالنسبة للحاصلات على مؤهل جامعي فأعلى (18.5% و 9.7% على الترتيب). وبالنسبة للحالة العملية كانت 83.9% من النساء في المحافظات الأكثر انخفاضا لا تعملن مقابل 88.7% بالمحافظات الأقل انخفاضا.

الجدول 1.

التوزيع النسبي للنساء اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية من (15-49) وفقا لخصائص خلفية مختارة والمحافظات الأكثر والأقل انخفاضا في عدد المواليد مصر 2021

المحافظات وفقا لانخفاض عدد المواليد									الخصائص الخلفية
إجمالي المحافظات			مجموعة (ب) المحافظات الأقل انخفاضا**			مجموعة (أ) المحافظات الأكثر انخفاضا*			
الإجمالي	ريف	حضر	الإجمالي	ريف	حضر	الإجمالي	ريف	حضر	
فئات العمر									
1.1	1.4	0.6	0.9	0.9	0.7	1.2	2.1	0.6	19-15
9.5	11.6	6.7	11.1	12.6	7.2	8.0	10.0	6.4	24-20
16.8	19.0	13.9	18.5	19.7	15.3	15.3	17.8	13.3	29-25
22.0	21.9	22.1	22.4	22.1	23.1	21.6	21.5	21.7	34-30
20.9	20.1	22.0	20.9	20.1	23.1	21.0	20.3	21.5	39-35
16.5	14.3	19.5	14.3	13.8	15.7	18.5	15.1	21.2	44-40
13.2	11.8	15.2	11.9	10.8	14.9	14.4	13.2	15.3	49-45
100	100	100	100	100	100	100	100	100	الإجمالي
الحالة الزوجية									
95.5	95.9	95.0	95.8	95.9	95.8	95.1	95.9	94.6	متزوجة حاليا
1.3	1.2	1.3	1.1	1.2	1.0	1.4	1.2	1.5	مطلقة/أرملة/منفصلة (منذ أقل من 9 أشهر سابقة على إجراء البحث)
3.3	2.9	3.7	3.1	2.9	3.3	3.5	3.0	3.9	مطلقة/أرملة/منفصلة (منذ أكثر من 9 أشهر سابقة على إجراء البحث)
100	100	100	100	100	100	100	100	100	الإجمالي

المحافظات وفقا لانخفاض عدد المواليد									الخصائص الخلفية
إجمالي المحافظات			مجموعة (ب) المحافظات الأقل انخفاضا**			مجموعة (أ) المحافظات الأكثر انخفاضا*			
الإجمالي	ريف	حضر	الإجمالي	ريف	حضر	الإجمالي	ريف	حضر	
الحالة التعليمية									
18.9	25.8	9.5	26.6	32.4	11.7	11.9	16.2	8.5	لم تذهب للمدرسة
6.4	8.2	4.0	6.8	8.0	4.0	6.0	8.6	4.0	لم تحصل على شهادة
10.0	11.7	7.7	9.7	10.8	6.9	10.2	13.0	8.0	الابتدائية/محو أمية
10.0	12.7	6.3	12.3	14.4	6.7	8.0	10.2	6.2	الإعدادية
36.1	31.0	43.0	30.4	26.1	41.5	41.2	38.0	43.7	ثانوي عام/فني/أزهري
4.3	3.2	5.8	4.4	3.5	6.9	4.2	2.7	5.4	فوق المتوسط
14.4	7.5	23.7	9.7	4.8	22.5	18.5	11.4	24.2	جامعي فأعلى
100	100	100	100	100	100	100	100	100	الإجمالي
الحالة العملية									
13.8	10.3	18.7	11.3	7.9	20.4	16.1	13.9	17.9	تعمل حاليا
86.2	89.7	81.3	88.7	92.1	79.6	83.9	86.1	82.1	لا تعمل
100	100	100	100	100	100	100	100	100	الإجمالي
8652	4985	3667	4090	2952	1138	4562	2033	2529	عدد السيدات المشاركات في الدراسة

*محافظات مجموعة (أ) الأكثر انخفاضا تشمل: بورسعيد-السويس-دمياط-القليوبية-الفيوم.

**محافظات مجموعة (ب) الأقل انخفاضا تشمل: المنيا-أسيوط-سوهاج-قنا.

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2021). بحث أسباب انخفاض المواليد في بعض محافظات مصر.

وتهدف هذه الدراسة إلى التحقق من تأثير بعض المحددات (محل الإقامة، المحافظة، المستوى التعليمي للمرأة، صلة القرابة بالزوج، الفترة الزمنية للزواج المبكر) على الزواج المبكر للإناث باستخدام نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي، حيث يستخدم أسلوب تحليل الانحدار بشكل عام لتحديد العوامل التي تؤثر في المتغير التابع، عندما يكون لدينا عددا كبيرا من المتغيرات المستقلة التي قد تكون مرتبطة بالمتغير محل الدراسة ويكون علينا استخلاص تلك التي لها علاقة ذات تأثير معنوي بهذا المتغير واستبعاد باقي المتغيرات، وقد تم الاعتماد على نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي (binomial Logistic Regression Model)، حيث إنه أكثر النماذج الإحصائية ملاءمة للبيانات في هذه الدراسة، وذلك لأن المتغير التابع هو متغير ذات وجهين

وتمثل المعادلة التالية الشكل الرياضي لنموذج الانحدار اللوجستي الثنائي:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$$

Y: المتغير التابع

 X_n : المتغيرات المستقلة β_n : تمثل معاملات المتغيرات التفسيرية بالنموذج

ويعتبر نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي أحد نماذج الانحدار غير الخطية، ويتم إدخال المتغيرات المستقلة معا لتقدير لوغاريتم الأرجحية (Log odds)، وهناك العديد من المقاييس التي تشير إلى مدى جودة النموذج وصلاحيته للتنبؤ، ومنها اختبار Hosmer and Lemeshow Test والذي يقوم باختبار جودة توفيق النموذج.

نتائج الدراسة

يعرض هذا الجزء من البحث التحليل الوصفي لدراسة العلاقات بين الخصائص الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية للسيدات والزواج (مبكر أو غير مبكر)، عن طريق حساب نسب انتشار الزواج (مبكر، غير مبكر) موزعا طبقا لمستويات المتغيرات المستقلة في جداول تقاطعة (crosstabulation) مع تطبيق اختبار مربع كاي (chi-square test) وذلك للتعرف على المعنوية الإحصائية للعلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة كل على حدة. بالإضافة إلى التحليل الوصفي، سوف يتم بناء نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي بغرض قياس أثر كل متغير من المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج على الزواج المبكر مع التحكم في أثر المتغيرات المستقلة الأخرى.

1. العلاقة بين الزواج (مبكر أو غير مبكر) والخصائص الديموجرافية للسيدة

يتضح من جدول (2) أن هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الزواج المبكر ومحل الإقامة، المحافظة، الحالة التعليمية للسيدة وزوجها، الحالة العملية للسيدة، الفترة الزمنية للزواج المبكر، مصادر دخل السيدة، صلة القرابة بالزوج وذلك عند مستوى معنوية 0.05. كما يوضح جدول (2) أن أعلى نسبة 74.2% للسيدات المتزوجات أقل من 18 عام كانت في الريف مقارنة ب 25.8% في الحضر وبالتالي ينتشر الزواج المبكر في المناطق الريفية ثلاث مرات أكثر من الحضر. كما كانت النسبة الأكبر من المتزوجات أقل من 18 عام في محافظة المنيا تليها الفيوم 17.6%، 16.7% على التوالي.

ويتضح من الجدول أيضا أن النسبة الأكبر من المتزوجات مبكرا لم تذهبن للمدرسة/لم تحصلن على شهادة 43.9%، في حين أن 1.2% فقط منهن حاصلات على مؤهل فوق متوسط/معهد عالي/جامعة أو أعلى، بينما كانت النسبة الأكبر من المتزوجات في سن 18 عام أو أكثر حاصلات على ثانوي عام/أزهري/فني 42.4%.

وبالنسبة للحالة التعليمية للزوج فكانت النسبة الأكبر من أزواج السيدات المتزوجات مبكرا والغير متزوجات في سن مبكرة حاصلين على مؤهل فوق متوسط/معهد عالي/جامعة أو أعلى 46.9%، 67.2% على التوالي، بينما كانت نسبة 31.7% من أزواج السيدات المتزوجات مبكرا لم يذهبوا للمدرسة أو لم يحصلوا على شهادة مقابل 17% فقط للمتزوجات في سن غير مبكر.

وبالنسبة للحالة العملية للسيدة فكان 91.2% من السيدات المتزوجات أقل من 18 عام لا تعملن في حين كان 84.4% من المتزوجات في سن 18 عام أو أكثر لا تعملن.

وبالنسبة لصلة القرابة بالزوج فكان 42.6% من السيدات المتزوجات أقل من 18 عام توجد بينهم صلة قرابة في حين كانت النسبة 29.6% فقط للمتزوجات في سن 18 عام أو أكثر.

ووفقا لمصادر دخل السيدة، أظهرت البيانات أن 82% من السيدات المتزوجات أقل من 18 عام لا يوجد أي مصدر دخل لديهم بينما كانت هذه النسبة 77% للمتزوجات في سن 18 عام أو أكثر، 17.2% من المتزوجات

أقل من 18 عام لديهم مصدر واحد للدخل، بينما كانت هذه النسبة 22.1% للمتزوجات في سن 18 عام أو أكثر.

الجدول 2.

التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات (زواج مبكر أو غير مبكر) وفقا للخصائص الديموجرافية للسيدة عام 2021

المتغير	السيدات المتزوجات أقل من 18 عام	السيدات المتزوجات 18 عام فأكثر
محل الإقامة		
حضر	25.8	48.2
ريف	74.2	51.8
الإجمالي	100	100
محافظه الإقامة		
بور سعيد	2.1	10.7
السويس	3.6	9.4
دمياط	13.0	13.9
القليوبية	10.1	12.5
الفيوم	16.7	8.8
المنيا	17.6	10.9
أسيوط	7.8	11.8
سوهاج	16.0	10.6
قنا	13.1	11.4
الإجمالي	100	100
الحالة التعليمية للسيدة		
لم تذهب للمدرسة/لم تحصل على شهادة	43.9	18.8
ابتدائية/إعدادية	37.2	14
ثانوي عام/أزهري/فني	17.8	42.4
فوق متوسط/معهد	1.2	24.7
عالي/جامعة أو أعلى	100	100
الحالة التعليمية للزوج		
لم يذهب للمدرسة/لم يحصل على شهادة	31.7	17
ابتدائية/إعدادية	13.8	10.8

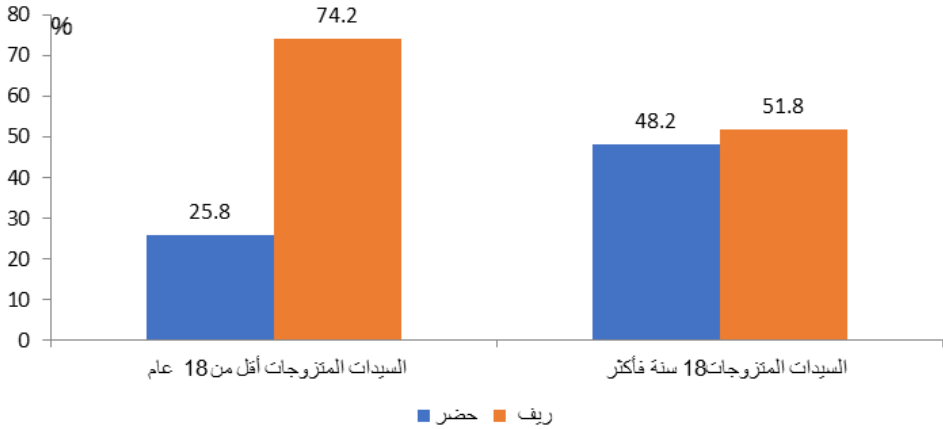
5.1	7.6	ثانوي عام/أزهري/فني
67.2	46.9	فوق متوسط/ معهد عالي/جامعة أو أعلى
100	100	الإجمالي
الحالة العملية للسيدة		
15.6	8.8	تعمل
84.4	91.2	لا تعمل
100	100	الإجمالي
السيدات المتزوجات 18 عام فأكثر	السيدات المتزوجات أقل من 18 عام	المتغير
صلة القرابة		
70.4	57.4	لا توجد صلة قرابة
29.6	42.6	توجد صلة قرابة
100	100	الإجمالي
مصادر دخل السيدة		
77	82	لا يوجد أي مصدر دخل
22.1	17.2	يوجد مصدر واحد للدخل
0.9	0.8	يوجد أكثر من مصدر للدخل
100	100	الإجمالي
مستوي معنوية 0.05		

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على بيانات:

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2021). بحث أسباب انخفاض المواليد في بعض محافظات مصر.

الشكل 1.

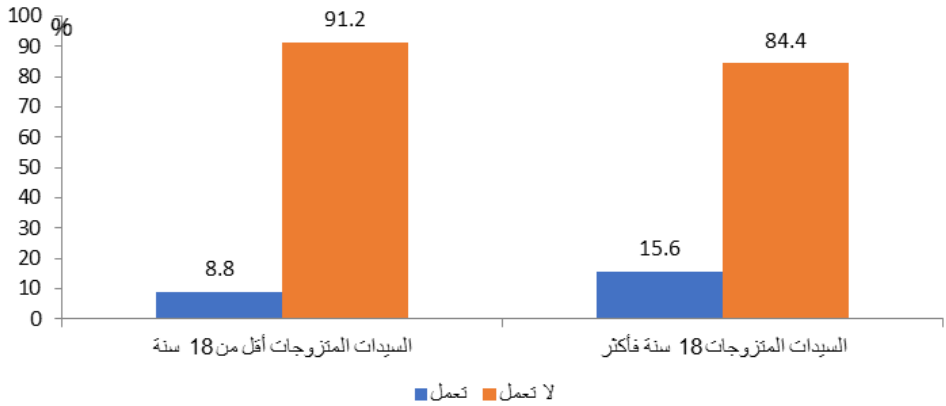
التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات وفقا لمحل الإقامة عام 2021



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على بيانات: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2021). بحث أسباب انخفاض المواليد في بعض محافظات مصر.

الشكل 2.

التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات وفقا للحالة العلمية للسيدة عام 2021



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على بيانات: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2021). بحث أسباب انخفاض المواليد في بعض محافظات مصر.

ويعرض جدول (3) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات مبكرا وفقا لعدد من المتغيرات، وقد أظهرت البيانات أن 81.5% أرجعوا السبب الرئيسي للزواج المبكر هو العادات والتقاليد القديمة المتوارثة في بعض المجتمعات التي كانت وما زالت تؤمن بضرورته وأنه عفة للشباب والفتاة، ويليه استمرار الترابط بين العائلتين بنسبة 5.9%، وبالنسبة لأخذ رأي السيدة في الزواج فيتضح من الجدول أن 86.1% من السيدات قد تم أخذ رأيها ووافقت على الزواج، في حين أن 2.5% منهن تم أخذ رأيها ورفضت، 11.3% لم يتم أخذ رأيها في الزواج. وعند سؤال السيدات المتزوجات مبكرا عن مدى تأييدهم للقانون الذي يمنع الزواج المبكر، فأفادت 92.1% منهن بتأييدهم لهذا القانون بينما كان 7.9% فقط منهن لا يؤيدن قانون منع الزواج المبكر.

الجدول 3.

التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات مبكرا وفقا لعدد من المتغيرات عام 2021

المتغير	التوزيع النسبي
السبب الرئيسي للزواج المبكر	
مستوي معيشة أهلي منخفض	3.4
خوف أهلي من العنوسة	4.0
الرغبة في الاستقلال بعيد عن الأسرة	4.3
العادات والتقاليد	81.5
استمرار الترابط بين العائلتين	5.9
ثراء الزوج	1.0
الإجمالي	100
أخذ رأي الزوجة في هذا الزواج	
نعم ووافقت على الزواج	86.1
نعم ورفضت الزواج	2.5
لم يتم أخذ رأيها في الزواج	11.3
الإجمالي	100
تأييد القانون الذي يمنع الزواج المبكر	
نعم	92.1
لا	7.9
الإجمالي	100

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على بيانات:

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2021). بحث أسباب انخفاض المواليد في بعض محافظات مصر.

2. المحددات الديموجرافية والاجتماعية للزواج المبكر للسيدات

تم تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لدراسة علاقة الانحدار بين المتغير التابع (الزواج المبكر) ومجموعة من المتغيرات المستقلة التي تعكس الخصائص الاجتماعية والديموجرافية والاقتصادية للسيدة (وهي: محافظة الإقامة، ومحل الإقامة، والمستوى التعليمي للسيدة، وصلة القرابة بالزوج، ومدة الحياة الزوجية)، وقد أبرز التحليل معنوية النموذج من خلال اختبار Hosmer and Lemeshow Test والذي يقوم باختبار جودة توفيق النموذج. ونلاحظ أن النموذج مقبول وذلك من خلال قيمة p-value والتي تمثل 0.398 وهي أكبر من 0.05، وبالتالي فإن ذلك يعني أن القيم المتنبئ بها لا تختلف معنويا عن القيم الحقيقية، كما أظهرت النتائج صلاحية النموذج من خلال أشباه معامل التحديد، حيث بلغت قيمة "Nagelkerke coefficient" 0.352 وقيمة "Cox and Snell coefficient" حوالي 0.237.

وقد تم استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي لدراسة العوامل المؤثرة على الزواج المبكر بحيث يمثل الزواج المبكر للمرأة (أقل من 18 عام) المتغير التابع بحيث يأخذ القيمة (1) في حالة حدوث الزواج قبل سن 18 عام ويأخذ القيمة (0) في حالة حدوث الزواج في عمر 18 عام فأكثر، وتمثل العوامل الاجتماعية والديموجرافية للمرأة المتغيرات التفسيرية التي تعكس الخصائص الأساسية للمرأة.

وقد تم استخدام متغير محل الإقامة كمتغير وصفي تم التعبير عنه من خلال متغير صوري يساوي واحد إذا كان محل الإقامة حضر ويساوي صفر إذا كان محل الإقامة الريف، كما تم استخدام متغير محافظة الإقامة كمتغير أسمي يتضمن محافظات (بورسعيد، والسويس، ودمياط، والقليوبية، والفيوم، والمنيا، وأسيوط، وسوهاج، وقنا). وتم اختيار الفئة المرجعية هي محافظة بورسعيد، ومتغير الحالة التعليمية للسيدة كمتغير ترتيبي يتضمن الحالات (لم تلتحق بالتعليم أو لم تكمل التعليم الأساسي، لم تذهب للمدرسة/لم تحصل على شهادة، حاصلة على ابتدائي/إعدادي)، حاصلة على ثانوي عام/فني/أزهري، حاصلة على مؤهل فوق متوسط/جامعي/أعلى من الجامعي) وتم اختيار الفئة المرجعية الحاصلة على مؤهل فوق متوسط/جامعي/أعلى من الجامعي.

وتم استخدام متغير صلة القرابة بالزوج كمتغير وصفي يتضمن الحالات (لا توجد صلة قرابة، توجد صلة قرابة) تم التعبير عنه من خلال متغير صوري يساوي صفر إذا كانت لا توجد صلة قرابة ويساوي (1) إذا كانت توجد صلة قرابة.

وتم استخدام متغير مدة الحياة الزوجية كمتغير ترتيبي يتضمن عددا من الفئات وهي: الفئة الأولى (0-12 عام)، والفئة الثانية (13-26 عام)، والفئة الثالثة (27 عام فأكثر). وتم اختيار الفئة (0-12 عام) كفئة مرجعية. وقد صدر القانون رقم 143 لعام 1994 الخاص بالأحوال المدنية والمعدل بالقانون رقم 126 لعام 2008 وقد نص على أنه «لا يجوز توثيق عقد زواج لمن لم يبلغ من الجنسين 18 سنة ميلادية». أي بمنع الزواج لمن هو دون الـ18 عاما وعلى ذلك تم تقسيم فئات المتغير إلى ثلاث فئات وتمثل الفئة الأولى المتزوجات عقب صدور تعديل القانون عام 2008، وتمثل الفئة الثانية المتزوجات عقب صدور القانون رقم 143 لعام 1994 وقبل صدور قانون 2008، أما الفئة الثالثة فتمثل المتزوجات قبل صدور أية قوانين خاصة بمنع الزواج قبل سن 18 عاما.

ويوضح جدول (4) تقديرات معاملات الانحدار اللوجستي المقابلة للمتغيرات المفسرة ونسبة الأرجحية (odds ratio) لكل فئة من فئات المتغير عند درجة ثقة 95%. وقد تبين أن محل الإقامة، المحافظة، المستوى التعليمي للمرأة، صلة القرابة بالزوج، الفترة الزمنية للزواج المبكر، جميعها لها تأثير معنوي على الزواج المبكر، إلا أن النموذج أظهر عدم معنوية الحالة العملية للزوجة، والمستوى التعليمي للزوج، ومصادر دخل السيدة في التأثير على الزواج المبكر.

الجدول 4.

المحددات الديموجرافية والاجتماعية للزواج المبكر

المتغير	الفئة	B	مستوى المعنوية	Exp(B) نسبة الأرجحية
محل الإقامة	حضر (الفئة المرجعية)			
	ريف	0.239	0.002	1.269
محافظة الإقامة	بورسعيد (الفئة المرجعية)			
	السويس	0.148	0.509	1.159
	دمياط	1.068	0.000	2.908
	القليوبية	0.704	0.001	2.021
	الفيوم	1.628	0.000	091.5
	المنيا	1.188	0.000	3.281
	أسيوط	0.409	0.032	1.506
	سوهاج	0.900	0.000	2.460
	قنا	0.917	0.000	2.501
	المستوى التعليمي للزوجة	فوق متوسط/ جامعي/ أعلى من الجامعي (الفئة المرجعية)		
لم تلتحق بالتعليم أو لم تكمل التعليم الأساسي		3.600	0.000	36.594
ثانوي عام/ فني		2.013	0.000	7.484
صلة القرابة بالزوج	لا توجد صلة قرابة (الفئة المرجعية)			
	توجد صلة قرابة	0.245	0.000	1.277
الفترة الزمنية للزواج المبكر	المتزوجات (0 - 12 عام سابقة) (الفئة المرجعية)			
	المتزوجات (13-26 سنة سابقة)	0.363	0.000	834.1
	المتزوجات (27 سنة سابقة فأكثر)	1.514	0.000	645.4

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على بيانات:

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2021). بحث أسباب انخفاض المواليد في بعض محافظات مصر.

ومن الجدول السابق يمكن استنتاج ما يلي:

• بالنسبة إلى محل الإقامة

أوضحت النتائج أن الإقامة بالريف لها تأثير معنوي مرتفع لاحتمال الزواج المبكر للمرأة مقارنة بالحضر، حيث نسبة الأرجحية (1.269) وهذا يعنى احتمال الزواج المبكر إلى احتمال الزواج غير المبكر للمرأة في الريف أعلى من الحضر بمقدار 1.269 مرة.

• بالنسبة إلى محافظة الإقامة

أوضحت نتائج التحليل أن الإقامة بمحافظات الفيوم والمنيا لهما تأثير معنوي مرتفع لاحتمال الزواج المبكر للمرأة مقارنة بمحافظة بورسعيد والتي تنتمي للمحافظات الحضرية حيث إن نسبة الأرجحية 5.091 و3.281 على التوالي. هذا يعني أن احتمال الزواج المبكر إلى احتمال الزواج غير المبكر للمرأة في محافظة الفيوم أعلى من بورسعيد بمقدار 5.091 مرة، ويليه المنيا بمقدار 3.281 مرة.

• بالنسبة إلى المستوى التعليمي للمرأة

أوضحت نتائج التحليل أن عدم الالتحاق بالتعليم أو عدم إكمال التعليم الأساسي له تأثير معنوي مرتفع لاحتمال الزواج المبكر للمرأة مقارنة بالحصول على مؤهل فوق متوسط/جامعي/أعلى من الجامعي، حيث نسبة الأرجحية 36.594. هذا يعني احتمال الزواج المبكر إلى احتمال الزواج غير المبكر للمرأة للاتي لم يلتحقن بالتعليم أو لم يكملن التعليم الأساسي أعلى من الحاصلات على مؤهل فوق متوسط/جامعي/أعلى من الجامعي بمقدار 36.594 مرة.

• بالنسبة إلى صلة القرابة بالزوج

أوضحت نتائج التحليل أن المتغير الصوري له تأثير معنوي مرتفع لاحتمال الزواج المبكر لدى المرأة التي تتزوج من زوج على صلة قرابة بها مقارنة بالمتزوجة من زوج لا تجمعها به صلة قرابة، حيث نسبة الأرجحية تساوي (1.277).

• بالنسبة إلى الفترة الزمنية للزواج المبكر

أوضحت نتائج التحليل أن المتزوجات (27 عام سابق فأكثر) لها تأثير معنوي مرتفع لاحتمال الزواج المبكر للمرأة مقارنة بالفئة المرجعية، حيث نجد نسبة الأرجحية 4.546، وهذا يعني أن قيمة الـ odds (احتمال الزواج المبكر إلى الزواج غير المبكر) للمرأة التي مر على زواجها فترة (27 عام فأكثر) حوالي 4 أضعاف المرأة التي مر على زواجها فترة (0-12 عام)، مما يعني أنه كلما كانت الفترة الزمنية أقدم كلما كان احتمال الزواج المبكر أعلى، حيث يرتفع احتمال الزواج المبكر قبل صدور أي قوانين تجرم زواج الأطفال، وانخفض هذا الاحتمال للمتزوجات في فترة (26-13 سنة سابقة) والتي تشمل السيدات المتزوجات عقب صدور القانون رقم 143 لسنة 1994 وقبل صدور قانون 2008 مما يعني فاعلية تأثير تلك القوانين على خفض الزواج المبكر.

الخاتمة والتوصيات

تهتم الدراسة بإلقاء الضوء على العوامل المرتبطة بالزواج المبكر للسيدات لما له من عواقب على السيدات. نتج عن ذلك ظهور ضرورة لدراسة المحددات الديموجرافية والاجتماعية للزواج المبكر عن طريق بناء النموذج الإحصائي الملائم لطبيعة المتغيرات محل الدراسة، وقد تم الاعتماد على بيانات مسح أسباب انخفاض المواليد 2021. وتم استخدام نموذج الانحدار اللوجيستي الثنائي حيث يوجد عدد من المتغيرات المستقلة والتي اتضحت معنويتها من النموذج وهي (محل الإقامة، ومحافظة الإقامة، والمستوى التعليمي للزوجة، وصلة القرابة بالزوج، والفترة الزمنية للزواج المبكر) وذلك لتحديد العوامل التي تؤثر في المتغير التابع وهو الزواج المبكر، وقد تم التأكد من معنوية النموذج وملاءمته للبيانات وقدرته على التنبؤ الصحيح بالزواج المبكر بالاعتماد على عدد من الخصائص الديموجرافية والاجتماعية التي ثبتت معنويتها بالنموذج.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن المقيمين بالريف لديهم احتمال أعلى من احتمال المقيمين بالحضر في التعرض للزواج المبكر، احتمال الزواج المبكر إلى احتمال الزواج غير المبكر للآتي لم تلتحقن بالتعليم أو لم تكملن التعليم الأساسي أعلى من الحاصلات على مؤهل فوق متوسط/جامعي/أعلى من الجامعي، احتمال الزواج المبكر إلى احتمال الزواج غير المبكر للمرأة في محافظة الفيوم أعلى من بورسعيد بمقدار 5.300 مرة، ويليها المنيا بمقدار 3.587 مرة. كما كان احتمال الزواج المبكر أعلى لدى المرأة التي تتزوج من زوج على صلة قرابة بها مقارنة بالمتزوجة من زوج لا تجمعها به صلة قرابة.

أما متغير الفترة الزمنية للزواج فكان احتمال الزواج المبكر إلى احتمال الزواج غير المبكر للمرأة يتزايد مع زيادة الفترة الزمنية للزواج، ويتفق ذلك مع نتائج المسح السكاني الصحي 2014 والذي أوضح انخفاض في الزواج المبكر بين الفئات العمرية الصغيرة فبالنسبة للسيدات في الفئة العمرية (24-20 عام) انخفض عدد المتزوجات منهن في عمر أقل من 18 عام من 3 سيدات من كل 10 سيدات مولودات بين عامي 1965 و1969 إلى 2 من كل 10 سيدات مولودات بين عامي 1990 و1994 (EDHS, 2014).

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، تعد ظاهرة الزواج المبكر من أخطر الظواهر التي تؤثر على المجتمع ومن ثم لا بد من العمل على إيجاد حلول لهذه المشكلة من خلال:

- المتابعة الدقيقة للظاهرة لمعرفة مستويات انتشارها لاتخاذ القرارات القائمة على الأدلة.
- تشريع ما يلزم من قوانين لمواجهة الزواج المبكر والعمل على تفعيل القوانين الحالية.
- تجريم زواج الأطفال وفرض عقوبات رادعة لكل شخص تسبب في عقد زواج قاصر دون السن المحددة للزواج.
- إصدار القوانين اللازمة لتفعيل إلزامية التعليم الأساسي للقضاء على ظاهرتي عدم الالتحاق والتسرب من التعليم خاصة بين الإناث ما يساهم في تأخر الزواج بينهن.
- أهمية زيادة الفرص التعليمية والاقتصادية للفتيات.
- التغيير الاجتماعي والسلوكي والتوعية بمخاطر الزواج المبكر على الصحة النفسية والإنجابية للسيدة وخاصة في الريف ومحافظة الوجه القبلي.

المراجع

المراجع العربية

أحمد، مصطفى، وهلال، سامية، وعلي، عبد الصمد، ومحمد، راندا، وحسن، دينا. (2019). دراسة اجتماعية لظاهرة الزواج المبكر بريف محافظة أسيوط. مجلة كلية الزراعة، 2 (50)، 397-408.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2021). مسح أسباب انخفاض/زيادة المواليد، مصر.

المراجع الأجنبية

Azmi, R., Chowdhury, M. U., Sara, H. H., Biswas, S. C., Ahsan, S., Mowri, S. S., ... & Rashid, S. F. (2021). Factors influencing choices for early marriage in urban informal settlements of Bangladesh. *Progress in Development Studies*, 21(3), 298-320.

Berliana, S., Kristinadewi, P., Rachmawati, P., Fauziningtyas, R., Efendi, F. & Bushy, A. (2021). Determinants of Early Marriage among Female Adolescent in Indonesia. *International*

Journal of Adolescent Medicine and Health, 33(1), 20180054. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2018-0054>

- Bezie, M., & Addisu, D. (2019). Determinants of early marriage among married women in Injibara town, North West Ethiopia: Community-based Cross-sectional Study. *BMC Women's Health*. 19(1), 1-6.
- Elnakib, S., Elsallab, M., Wanis, M. A., Elshiwiy, S., Krishnapalan, N. P. & Naja, N. A. (2022). Understanding the impacts of child marriage on the health and well-being of adolescent girls and young women residing in urban areas in Egypt. *Reproductive Health*. 19(1), 1-14.
- Gashaw, T. A. (2019). Statistical analysis of early marriage among women in Ethiopia by using Multilevel Logistic Regression. *Global Journal of Fertility and Research*. 4(1), 001-009.
- Islam, M. (2008). A multivariate analysis of age at marriage in rural and urban Bangladesh. *Khulna University Studies*.
- Jisun, T. F. (2016). Early marriage of women: the case of Bangladesh. *World Journal of Social Science*. 6(2).
- Madut, K. K. (2020). Determinants of early marriage and construction of gender roles in South Sudan. *SAGE Open*. 10(2), 2158244020922974.
- Ministry of Health and Population. (2014). *Egypt demographic and health survey*, Egypt.
- Montazeri, S., Gharacheh, M., Mohammadi, N., Alaghand Rad, J., & Eftekhari Ardabili, H. (2016). Determinants of early marriage from married girls' perspectives in Iranian setting: A qualitative study. *Journal of Environmental and Public Health*.
- National Council for Childhood and Motherhood, UNICEF. (2018). *Policy for action: Ending child marriage [Internet]*. <https://www.unicef.org/egypt/press-releases/national-council-childhood-motherhood-launches-policy-action-series-policy-brief>
- Parh, M. Y. A., Sumy, S. A., & Hossain, M. S. (2015). Determine the factors of female early age at first cohabitation: a case study of Bangladesh. *Open Journal of Statistics*. 5(06), 494.
- Putri, D. Z., & Nelonda, S. (2016). *Socio-economic determinants of age at first marriage among women and early marriage woman in West Sumatera*.
- Sagalova, v., Nanama, s., Noel Marie Zagre, N., & Vollmer, S. (2021). Long-term consequences of early marriage and maternity in West and Central Africa: Wealth, education, and fertility. *Journal of Global Health*. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01315-4>
- Saleheen, A. A. S., Afrin, S., Kabir, S., Habib, M. J., Zinnia, M. A., Hossain, M. I., ... & Talukder, A. (2021). Sociodemographic factors and early marriage among women in Bangladesh, Ghana and Iraq: An illustration from multiple indicator cluster survey. *Heliyon*. 7(5): e07111.
- Singh, S., & Samara, R. (1996). *Early marriage among women in developing countries*. *International Family Planning Perspectives*, 148-175.

- Tekile, A. K., Woya, A. A., & Basha, G. W. (2020). Determinants of early marriage among female children in Amhara Region, Ethiopia. *African Health Sciences*. 20(3), 1190-1195.
- Uecker, J. E., & Stokes, C. E. (2008). Early marriage in the United States. *Journal of Marriage and Family*. 70(4), 835-846.
- United Nations Children's Fund. (2021). *Towards Ending Child Marriage :Global Trends and Profiles of Progress*, UNICEF, New York.
- Workineh, S., Kibretb, G. D., & Degu, G. (2015). Determinants of early marriage among female children in Sinan District, Northwest Ethiopia. *Health Science Journal*, 9(6), 1.
- UNICEF .(2018) .*Child Marriage*. <https://www.unicef.org/protection/child-marriage>
- United Nations. (1948). *Universal declaration of human rights*. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- United Nations. (1989). *Convention on the rights of the Child*.
<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*.
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

Determinants of Females' Early Marriage in some Governorates of Egypt

Summary

A female's age at marriage affects her reproductive behavior and size of her fertility, and despite the measures taken by the Egyptian government to prevent Underage marriage, early marriage is still widespread in Egypt, based on data of survey of causes of (decrease / increase) in births in 2021, which was carried out in cooperation between Central Agency for Public Mobilization and Statistics and National Population Council, which included nine governorates (Port Said-Suez- Damietta-Qalyubia-Fayoum-Minya-Assiut-Sohag-Qena), which were selected based on rate of change in crude birth rate calculated between years (2015& 2019) for all governorates, about 26% of women participating in the study were married before reaching the age of 18, and this percentage increases to 33.3% in rural areas compared to 15.8% in urban areas. This paper attempts to define social and economic characteristics of females who married early (less than 18 years), in addition to determinants of early marriage for selected governorates included in the survey sample, using binary logistic regression method. The results of logistic regression showed that place of residence, governorate, educational status of wife, the kinship relationship with husband and time period of marriage were significant, which increases probability of early marriage. results showed a high probability of early marriage in rural areas compared to urban areas, and that governorates of Fayoum and Minya are among the governorates in which early marriage is high compared to Port Said, which belongs to urban governorates, and that woman's educational level has a negative effect on early marriage, existence of a kinship relationship between spouses increases possibility of early marriage and the older the time period of marriage, the higher the probability of early marriage, so that this possibility increased before the issuance of any laws criminalizing child marriage.

Keywords: Early marriage, females, determinants

الصحة الإيجابية: نحو مدخل جديد لحقوق الإنسان

م.م. رامي محمد حسين¹

ملخص

لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقا لمعايير الجودة (الدستور المصري، المادة 18)

منذ أن أصبح الحصول على خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإيجابية حقا معترفا به لكل الأفراد والأزواج خاصة بعد مؤتمر القاهرة المنعقد عام 1994، والذي تم التأكيد من خلاله على أهمية الصحة الإيجابية. تم تبني تعريف الصحة الإيجابية على أنها حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية وليست

مجرد الخلو من المرض أو العجز وتشمل العادات الشخصية الصحية بما في ذلك عملية الإنجاب والوظيفة الإيجابية. من ثم فإن جودة وحق الرعاية الصحية يمكن أن تُفهم على أنها حق المنتفع مع اتساع تعريف كلمة المنتفع لتشمل كل شخص في المجتمع يحتاج خدمات الرعاية الصحية وليست فقط من يستطيعون الوصول إلى وحداتها، كما أن الحق في الصحة يترتب عليه مسألة بناء رأس المال البشري الذي يجعل المواطنون لديهم القدرة على إفادة المجتمع وليس أنفسهم فقط وهذا يؤكد أن كل الحقوق مترابطة ومتكاملة. وتهدف الورقة الحالية إلى التوسع في مفهوم الصحة الإيجابية بوصفها حقا أساسيا من حقوق الإنسان بالمعنى الشامل، ووضع آليات وتدابير جديدة داعمة لبرامج الصحة الإيجابية تساعد على تغيير المعتقدات الخاطئة حولها. وتوصلت الورقة إلى أن الحق في الرعاية الصحية جزء أساسي من بناء رأس المال البشري القادر على تحقيق التنمية، ويحتاج توفير البيئة الآمنة لمفهوم الحق في الصحة الإيجابية يحتاج إلى مزيد من الوعي للقضاء على المعتقدات الشائعة المغلوطة حول هذا الحق، كما أن المعتقدات الثقافية الخاطئة والمترسخة لدى الكثير تلعب دورا سلبيا في التأثير على الحصول على خدمات الصحة الإيجابية. وتوصي الورقة برقمنة الملف السكاني والصحي من أدنى لأعلى مستوى من خلال ربطه بقاعدة بيانات الرقم القومي بوزارة الداخلية، وضرورة تبني وإدماج عنصر الصحة الإيجابية في خدمات الصحة بشكل عام، واستحداث إدارة عامة للصحة الإيجابية في وزارة الصحة والسكان أو إحدى الوزارات المعنية تتولى قياس المؤشرات الصحية، وإنشاء لجنة عليا لحوكمة ملف الصحة الإيجابية يكون دورها الأساسي تفعيل آليات الرقابة والمتابعة ومتابعة المؤشرات الصحية.

الكلمات الدالة: الصحة الإيجابية، حقوق الإنسان، رأس المال البشري، الوعي، الحوكمة، الرقمنة

¹ مدرس مساعد علم الاجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة قناة السويس

المقدمة والمشكلة البحثية

وفقا للدستور المصري الصادر عام 2014 تلتزم الدولة بتخصيص ما لا يقل عن 3% من الناتج القومي الإجمالي للإنفاق على الصحة (الدستور المصري، 2014، مادة 18) ويشمل التعريف الموسع للإنفاق الحكومي العام المبالغ التي تنفقها جهات الحكومة العامة من الوزارات والمصالح التابعة لها، والهيئات العامة، سواء كانت خدمية أو اقتصادية. وأي مبالغ مخصصة ضمن الاحتياطات العامة. بالإضافة إلى إنفاق شركات القطاع العام وقطاع الأعمال العام. كما يتسع الإنفاق على الخدمات الصحية ليشمل خدمات توفير مياه الشرب والصرف الصحي باعتبارهما مقومين أساسيين في تحقيق معدلات صحية مرغوبة، وتجنب حدوث مخاطر صحية اتساقا مع المعايير الدولية لمنظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة لحقوق الإنسان (قمحة، 2021، ص 13). فالهدف من برامج الصحة الإنجابية هو تحسين نوعية الحياة لكل المواطنين وللوصول إلى هذا الهدف يجب أن تكون كل الخدمات التي تقدم للمنتفعين على مستوى عال من الجودة ويعكس هذا الفكر. ومن ثم، تبني سياسات سكانية واجتماعية واقتصادية مؤثرة تستجيب للتغيرات الحالية والمتوقعة ورسم السيناريوهات المتوقعة والمتعلقة بمعدلات الإنجاب على المدى الزمني البعيد وربطها بالتأثيرات المتوقعة على القطاعات التنموية ووفقا للسيناريوهات المحتملة.

وضعت الدولة المصرية الاستراتيجية القومية للسكان (2015-2030) وخطتها التنفيذية الخمسية (2015-2020)، والتي تركز على محاور عدة لعل من أبرزها المحور المتعلق بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وتعظيم الإتاحة لخدمات تنظيم الأسرة بالتأمين الصحي وجميع المستشفيات والمؤسسات العلاجية الحكومية والتأكيد على دمج القضايا السكانية في عملية التعليم والتوعية. وقد قامت هذه الرؤية ببناء على الغايات التنموية للألفية الثالثة والنابعة من إعلان الأمم المتحدة للألفية الثالثة والذي يضم 189 دولة من الدول الأعضاء عام 2000 والذي هدف إلى تقديم إطار دولي جديد لقياس مدى التقدم نحو التنمية المستدامة والقضاء على الفقر. وترتبط بثلاث من الغايات الإنمائية مباشرة بالصحة الإنجابية وهي تحسين صحة الأم وتقليل وفيات الأطفال، ومقاومة فيروس نقص المناعة البشرية، والإيدز، والملاريا، والأمراض الأخرى، وعلاوة على ذلك، ترتبط أربع غايات أخرى بعلاقة وثيقة بالصحة العامة بما فيها الصحة الإنجابية؛ وهي: القضاء على الفقر المدقع، والجوع، وضمان استكمال التعليم الابتدائي على مستوى العالم، وتعزيز مساواة النوع الاجتماعي، وتمكين النساء وضمان الحماية المستدامة للبيئة (طاهر، 2006، ص 7).

الصحة الإنجابية لا تعني الخلو من الأمراض فقط، بل هي حالة من السلامة النفسية والبدنية والاجتماعية ولكي نصل لهذه الحالة من الرفاه المأمولة لا بد من أن يكون لدى المواطنين الوعي الكافي بذلك. الصحة الإنجابية هي حق من حقوق الإنسان وهو الحق في الصحة، وهذا ما أقره العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وهذا الحق طبيعي لأي إنسان ولا يشمل فقط النساء، بل أن الصحة الإنجابية تخص الصحة العامة وتشمل الذكور والإناث على السواء. والحق في الصحة يترتب عليه مسألة مهمة جدا وهي بناء رأس المال البشري، الذي يقصد به المواطنين القادرين على تقديم نفع عام للمجتمع ولأنفسهم؛ لأن رأس المال البشري يتكون من مكونين أساسيين؛ هما: الصحة والتعليم، فالصحة هي حق وفي نفس الوقت استحقاق لنهضة المجتمع، وقد تم التأكيد على هذا الإطار في تقرير التنمية البشرية المصري الصادر عن وزارة التخطيط عام 2021، باعتبار أن الاستثمار في رأس المال البشري أحد المقومات الأساسية في بناء المجتمع، وهو من الحقوق الأصلية للإنسان كما يعتبر جوهر عملية التنمية المستدامة (تقرير التنمية البشرية، 2021).

وفي ضوء ما سبق تتحدد المشكلة في الأسئلة الآتية:

ما هي أبرز السياسات الحالية للدولة المصرية في التعامل مع ملف الصحة والصحة الإيجابية؟ وكيف يمكن فهم الحق في الصحة الإيجابية؟ وما دوره في بناء رأس المال البشري؟ وما أهم مؤشرات الصحة الإيجابية؟ وما أهم العوامل المؤثرة في الصحة الإيجابية في مصر (الإطار الثقافي والاجتماعي)؟ وما هي البدائل المقترحة لتفعيل خدمات الصحة الإيجابية وتأكيدا كحق من حقوق الإنسان؟

المنهجية المستخدمة

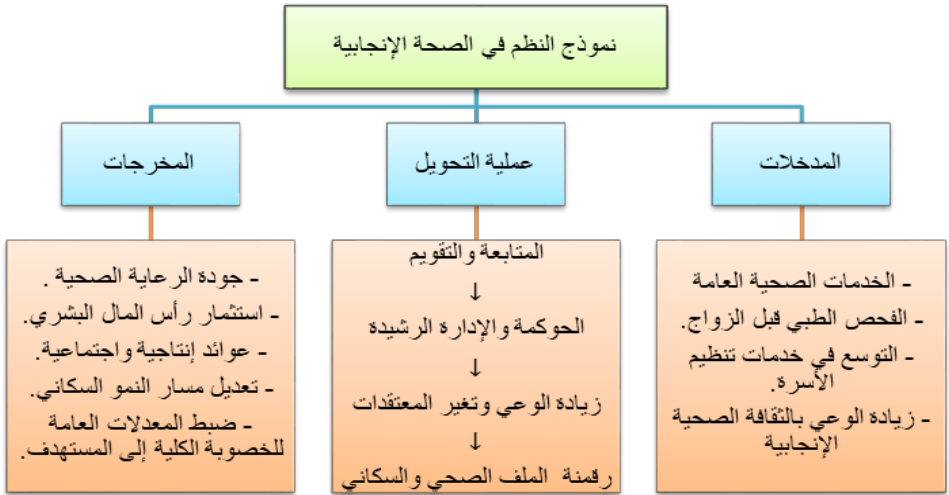
اعتمدت الورقة على منهجين أساسيين هما:

1 - نموذج عينة الخبراء²: اعتمد الباحث على هذه المنهجية من خلال عقد مقابلات فردية ومتعمقة مع الخبراء والمتخصصين سواء عن طريق المقابلة الشخصية أو عن طريق online meeting عبر التطبيق الإلكتروني زووم (ZOOM) والهاتف.

2 - نموذج النظم: تعتمد الورقة الحالية على استخدام نموذج النظم الذي يفترض أن تتم عملية وضع السياسات بناء على معالجة مسائل أو ضغوطات معينة، ويعتمد هذا النموذج على أن النظام الصحي هو وحدة التحليل، وهو عبارة عن مجموعة عناصر مرتبطة فيما بينها وظيفيا بما يتضمنه ذلك من تفاعل واعتماد متبادل بين المدخلات والمخرجات، من خلال الاعتماد على الرقابة والمتابعة والإدارة الرشيدة والحوكمة ورقمنة الملف الصحي والسكاني.

الشكل 1.

نموذج النظم في الصحة الإيجابية



المصدر: من إعداد الباحث.

²د. أمين زهري «خبير السكان ودراسات الهجرة» وأ/ سحر يوسف «مدير عام التخطيط وباحث بالمجلس القومي للسكان» وأ. د/ عبد المعبود محمد عبد الرسول «رئيس قسم الدراسات السكانية بجامعة قناة السويس» وأ.د/ سهير صفوت عبدالجيد «أستاذ علم الاجتماع جامعة عين شمس» وأ.د/ سحر حساني بربري «أستاذ علم الاجتماع ووكيل كلية الآداب لشئون البيئة والمجتمع بجامعة قناة السويس».

أبرز السياسات الحالية للدولة المصرية في التعامل مع ملف الصحة العامة والصحة الإنجابية

بلغت المخصصات المالية المقررة لقطاع الصحة في موازنة (2020-2021) نحو 258.5 مليار جنيه بزيادة 83.2 مليار جنيه بنسبة زيادة 47% عن العام السابق وهذه الزيادات ركزت على عوامل زيادة الإنفاق الاستثماري بقطاع الصحة، بما يتسق مع سعي الحكومة لتوفير رعاية صحية جيدة للمواطنين والتنفيذ التدريجي لمنظومة التأمين الصحي الشامل، وتدعيم خدمات الصحة الإنجابية بشكل أوسع (تقرير وزارة المالية، مارس 2021). وقد أطلقت الحكومة بالتعاون مع «صندوق تحيا مصر» البرامج والمبادرات الخاصة بعلاج ومكافحة الأمراض الأكثر تأثيراً في المواطن المصري، وذلك بهدف خفض معدلات انتشارها والوفيات بسببها مثل الأمراض المزمنة غير السارية، والأمراض المعدية مثل التهاب الكبد الفيروسي والدرن، والقضاء على قوائم انتظار المرضى، وتنظيم وتحديث وميكنة الصناعات الدوائية. وتأتي هذه المبادرات في إطار سعي الحكومة إلى استهداف الأفراد من أصحاب الأمراض المزمنة والمعدية في الأجل القصير، في حين تستكمل منظومة التأمين الصحي التي بدأتها الدولة بصور قانون التأمين الصحي الجديد (قحة، 2021، ص 12).

وفيما يتعلق بإطار الصحة الإنجابية ومن خلال إطلاق الاستراتيجية القومية للسكان عام 2014 ومن خلال واقع خطة (2015-2030)، تم وضع محور أساسي متعلق بالصحة الإنجابية ويعتمد على توفير رصيد كاف من وسائل تنظيم الأسرة، وتوسيع إتاحة خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية من خلال المبادرات المستقلة خاصة في المناطق المحرومة، والتعاون مع الجمعيات الأهلية والقطاع الخاص في هذا الشأن، ورفع قدرات ومهارات مقدمي الخدمة التابعين للحكومة، وتوسيع نطاق إتاحة خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بالمستشفيات التابعة للتأمين الصحي والمستشفيات التعليمية والجامعية والمستشفيات التابعة للشرطة والقوات المسلحة. (الاستراتيجية القومية للسكان، 2014). علاوة على ذلك، تم تخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3% من الناتج القومي المحلي وتتصاعد بشكل تدريجي (الدستور المصري، 2014، مادة 18).

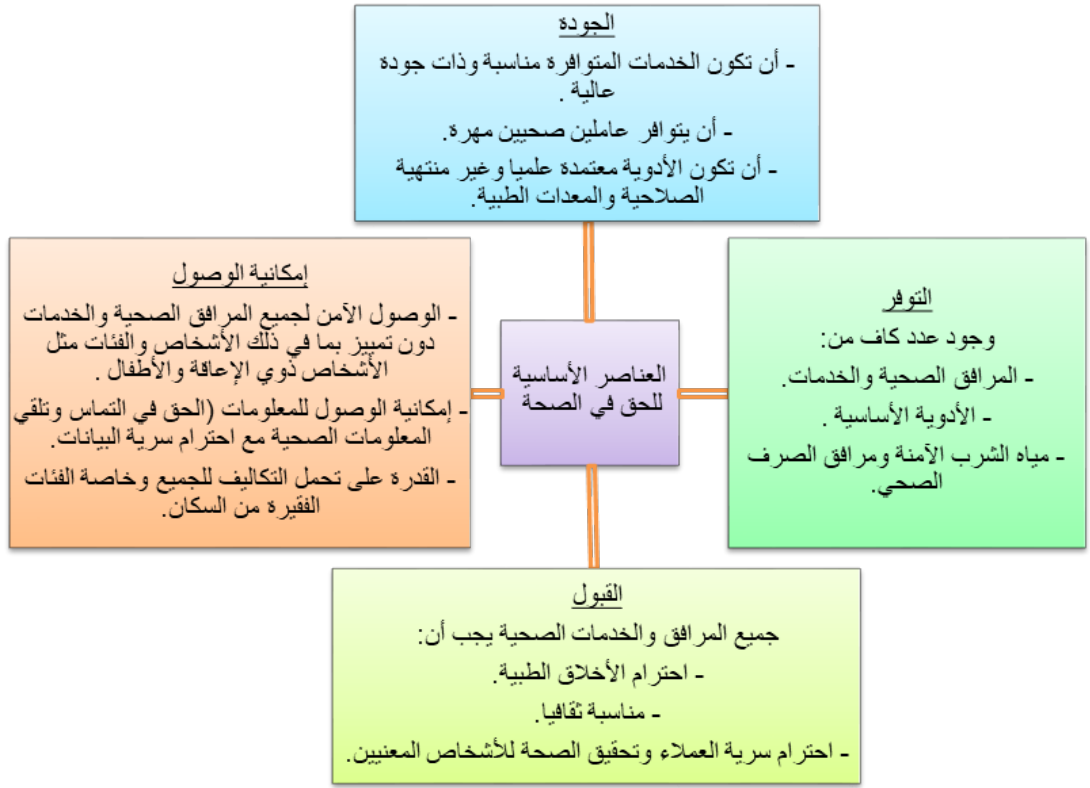
الحق في الصحة الإنجابية

يعد الحق في الصحة بشكل عام جزء من العهد العالمي لحقوق الإنسان الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ويُعد ركناً رئيسياً من حقوق الإنسان؛ إذ إن وجود صحة جيدة يمثل قوة لرأس المال البشري القادر على التنمية والتقدم، وقد تعددت المواد في الدستور التي تؤكد ذلك الحق (مادة 18، و79، و80، و81، و83).

ويعني الحق في الصحة أن الحكومات يجب أن تهيئ الطرق المناسبة التي يمكن بها لكل فرد الحصول على الرعاية الصحية المناسبة والميسورة ذات الجودة المناسبة في التوقيت المناسب، وهو حق شامل يتضمن أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية، والسكن والطرق الصحية للعمل، والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة (هالة، 2021).

هذا يعني أن توفير البيئة الحاضنة للصحة عموماً وللصحة الإنجابية على وجه الخصوص، يمثل الأساس الذي يرتكز عليه الحق في الصحة الإنجابية وتكريس هذا الحق بشكل عام.

العناصر الأساسية للحق في الصحة الإيجابية



المصدر: وثيقة المجلس القومي لحقوق الإنسان. (2018). الحق في الصحة.

الحق في الصحة ودوره في بناء رأس المال البشري

يُعتبر اعتلال الصحة الإيجابية والجنسية هو المسؤول عن 20% من عبء اعتلال الصحة العامة عند النساء، و14% عند الرجال على مستوى العالم (طاهر، 2006، ص 6). وتعد الصحة الإيجابية أمرا حيويا بالضرورة لكل الأفراد والمواطنين، ولا نقصد بذلك المرأة فقط بل تتسع المظلة لتشمل الذكور والإناث، وكذلك فيما يتعلق بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمعات، كما أنها وثيقة الصلة بالعوامل الاجتماعية، والثقافية، وأدوار النوع الاجتماعي؛ حيث يعتبر وجود نظام فاعل للرعاية الصحية، خاصة الإيجابية منها، شرطا أساسيا في تحقيق وتعزيز وبناء رأس المال البشري الذي يعتمد بالقدرة على مكونين أساسيين هما الصحة والتعليم.

في هذا الصدد يمثل الاستثمار في رأس المال البشري أحد المقومات الأساسية في بناء المجتمع وهو من الحقوق الأهلية للإنسان، كما يعتبر جوهر عملية التنمية المستدامة؛ إذ يرتبط ذلك الاستثمار بمجموعة من المكاسب والعوائد الشخصية والاجتماعية والمباشرة وغير المباشرة التي تجعل دوره أساسيا في تحقيق الأهداف المختلفة للتنمية بجميع أبعادها الاقتصادية والاجتماعية والبيئة. ومما لا شك فيه أن الأفراد المتمتعين بصحة أفضل ومستوى أعلى من التعليم هم الأكثر مساهمة في خدمة المجتمعات (تقرير التنمية البشرية، 2021، ص 33).

وبناء على ذلك، فإن الحق في الصحة يترتب عليه مسألة غاية في الأهمية وهي بناء رأس المال البشري الذي يشير إلى المواطنين القادرين على إفادة المجتمع وليس أنفسهم فقط؛ لأن الصحة تعد مكونا أساسيا في بناء رأس المال البشري، حيث أن أفراد المجتمع الذين يتمتعون بصحة إيجابية أفضل وصحة عامة تعكس قدرة هذا البناء

يكون لديهم قدرة أكبر على المساهمة في تنمية المجتمع. وعلى هذا، فإن الصحة الإنجابية جزء من الصحة العامة وسمه أساسية للتنمية البشرية، وتمثل مؤشرا هاما للتطور الاقتصادي والاجتماعي.

وفي مجال الاستثمار في الصحة، توضح الدراسات أهمية الاستثمار في الصحة العامة وتوفير الخدمات الصحية بعدالة لجميع الأفراد محركا أساسيا لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، وأحد العوامل المساهمة في تحقيق الرخاء والإنجاز على المستوى القومي. إذ أن الاستثمار في الصحة يرتبط بالتحسن في معدل العمر المتوقع عند الميلاد، وتحسين بؤرة الحياة، وزيادة الإنتاجية الاقتصادية ومعدلات المشاركة في سوق العمل (تقرير التنمية البشرية، 2021، ص 35). في هذا الصدد، قامت رؤية الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) إلى التأكيد على أن شمول الحق في الصحة الإنجابية باعتبارها مهمة من الأولويات الأساسية ينعكس على القدرات العامة للأسرة وتمكينها اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا (رؤية 2020، IPPF) مما يعزز رأس المال البشري القادر على التنمية والتقدم.

مؤشرات الصحة الإنجابية في ضوء نتائج المسح الصحي 2014

تشمل الحقوق الإنجابية حقوق جميع الأفراد والأزواج في أن يقرروا بحرية ومسئولية عدد أطفالهم، ومدى تبعاتها، وتوقيتها، والحصول على المعلومات والوسائل للقيام بذلك. علاوة على ذلك، ينبغي اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب خالية من التمييز والإكراه والعنف. هذه الخدمات ضرورية لجميع الناس، المتزوجين وغير المتزوجين، بمن فيهم المراهقون والشباب. ولكي يتمكن الناس من تحقيق حقوقهم الإنجابية، يحتاجون الوصول إلى رعاية الصحة الإنجابية والنسبة في سياق الرعاية الصحية الأولية. ويجب أن يشتمل ذلك مجموعة من وسائل تنظيم الأسرة، ورعاية التوليد وأمراض النساء بالوقاية، والرعاية والعلاج من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وفيرس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، والتلقيح والمنشورات بشأن الجنس البشري والصحة الإنجابية، والوقاية من العنف ضد المرأة ومراقبته، والقضاء على الممارسات الضارة التقليدية (الأمم المتحدة، الأسكوا).

ويشير تحليل نتائج المسح الصحي السكاني (2014) إلى تزايد معدلات الإنجاب الكلي من 3 إلى 3.5 لكل سيدة خلال الفترة (2008-2014). وتبين تقارير استخدام وسائل منع الحمل المسجلة عام 2014م حالة مختلفة مما ظهر في المسح الصحي السكاني لمصر الذي أجرى عام 2008م حيث انخفض الاعتماد على الوسائل طويلة الأجل مقارنة بالوسائل قصيرة الأجل (جاء استخدام اللولب داخل الرحم بنسبة 36% عام 2008م ثم انخفض استخدامه إلى 30% عام 2014م).

وتظهر الفروقات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بجلاء عند النظر إلى محل الإقامة، حيث انخفضت من 64% بالنسبة للنساء اللاتي يقطن في الوجه البحري مقارنة بنسبة 50% فيما يتعلق بتلك النساء اللاتي يقمن في الوجه القبلي، تأتي هذه النسبة المنخفضة بشكل أساسي من النساء اللاتي يقمن في المناطق الريفية بالوجه القبلي بنسبة 74% مقارنة بنسبة 64% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقمن في المناطق الريفية في الوجه البحري. علاوة على ذلك، فإن نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة قد شهدت تباينا على جميع المستويات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة حيث تصل النسبة إلى 56% بين الخميس الأدنى و61% بين الخميس الأعلى.

فما يتعلق بالطفرة التي شهدتها مصر في نسبة النساء في مرحلة الإنجاب (15-49 عام) اللاتي تتلقين الرعاية الصحية لمرحلة ما قبل الولادة، فإنه من الواضح أن هذه النسبة قد زادت خلال 30 عام الماضي من 57% فقط عام 1988م لتصل إلى 90% عام 2014. ظهرت مؤخرا اتجاهات إيجابية من خلال فئات تنتمي إلى مستويات تعليمية مختلفة، وطبقات اجتماعية واقتصادية متباينة حيث إن نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 عام) اللاتي تتلقين أي نوع من الرعاية الطبية في مرحلة ما قبل الولادة قد ازدادت من 80% بالنسبة للنساء اللاتي لم يذهبن قط إلى

المدرسة لتصل إلى 94% بالنسبة إلى النساء اللاتي أنهين من مرحلة التعليم الثانوي على الأقل، ومن نسبة 83% بالنسبة إلى النساء المنتميات إلى الطبقات الاقتصادية والاجتماعية الأكثر انخفاضا لتصل إلى نسبة 90% بالنسبة الطبقة الأعلى. هناك أيضا فروقات وتباينات طبقا لمحل الإقامة، فتصل النسبة إلى 94% للنساء اللاتي يقطن الوجه البحري، و85% بالنسبة للنساء التي يقطن الوجه القبلي.

لقد شهدت حالات الولادة التي تتم بمساعدة طبية متخصصة تغيرا هائلا ابتداء من نهاية عقد الثمانينيات حتى عام 2014، حيث إن نسبة المواليد التي تم توليدهن على أيدي ممارسين طبيين مهرة قد تزايدت من 35% فقط عام 1988م لتصل إلى 92% عام 2014م وذلك وفق المسح السكاني الصحي لمصر. ومع ذلك، فإن هذه النسبة العالية تتوزع بشكل غير عادل بين المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، حيث إنها تصل إلى 82% بالنسبة إلى المستوى الاجتماعي والاقتصادي الأدنى بينما تصل إلى 99% بالنسبة إلى المستوى الأعلى. علاوة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي، فإنه من الواضح بجلاء أن مستوى تعليم الأمهات قد كان له أثر بالغ على النسبة المشار إليها، حيث أخذت في الازدياد مع ارتفاع المستوى التعليمي وعلى وجه التحديد من 79% بالنسبة إلى النساء اللاتي لم يتلقين قط أي قسط من التعليم لتصل إلى 96% بالنسبة للنساء اللاتي أنهين على الأقل مرحلة التعليم الثانوي. ينطبق الحال عند مقارنة تلك النسبة من حيث محل الإقامة حيث كانت 97% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقطن المحافظات الحضرية و95% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقطن الوجه البحري ثم انخفضت لتصل إلى أدنى مستوياتها في الوجه القبلي بنسبة قدرها 86%.

وقد بلغت نسبة النساء اللاتي يخضعن للفحوصات الطبية الأولى لمرحلة ما بعد الولادة على يد ممارسين طبيين متخصصين نسبة 82% عام 2014م، وتتباين هذه النسبة بجلاء عند مقارنتها من حيث مجال الإقامة والمستويات الاجتماعية والاقتصادية حيث تصل إلى 94% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقمن في المحافظات الحضرية، بيد أن هذه النسبة تتخفف لتصل إلى 86% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقمن في الوجه البحري و74% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقمن في الوجه القبلي. وبالمثل، عند مقارنة هذه النسبة وفق المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة نجد أنها تزداد من 70% بالنسبة إلى المستوى الأدنى لتصل إلى 95% بالنسبة إلى المستوى الأعلى، علاوة على ذلك، من الواضح أن نسبة النساء اللاتي يتلقين الفحوصات الأولى في مرحلة ما بعد الولادة على يد ممارس طبي لها علاقة طردية بمستوى تعليم الأمهات حيث قدرت بنسبة 66% بالنسبة إلى النساء اللاتي لم يتلقين قط أي قدر من التعليم، بينما كانت بنسبة 86% بالنسبة إلى النساء اللاتي قد أنهين مرحلة التعليم الثانوي أو أعلى.

الجدول 1

بيانات الصحة الإنجابية في عامي 2008 و2014

2014	2008	مؤشرات الصحة الإنجابية
58.5	60.3	استخدام وسائل تنظيم الأسرة
12.6	9.2	الحاجة غير الملباة
3.5	3	معدل الإنجاب الكلي

المصدر: المسح السكاني الصحي (2014/2008).

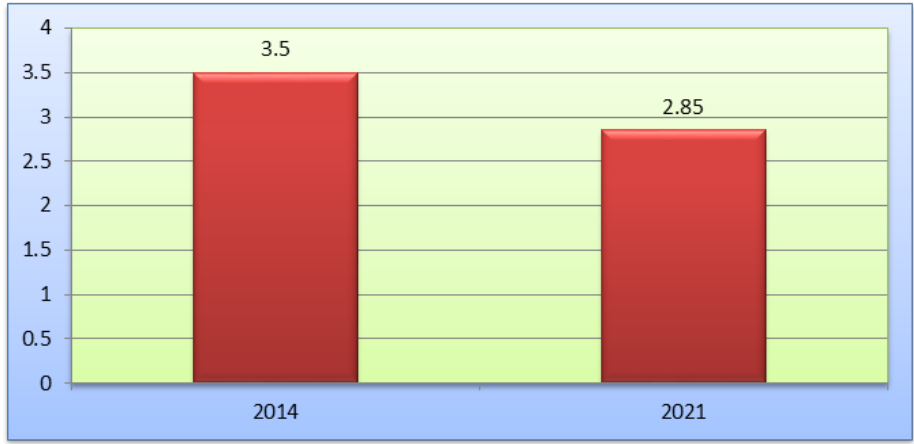
مقارنة بين مؤشرات الصحة الإنجابية في ضوء نتائج المسح الصحي السكاني (2014-2021)

معدل الإنجاب الكلي

تشير نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية 2021 إلى أن معدل الإنجاب الكلي (لفترة الثلاث سنوات السابقة على إجراء المسح) قد وصل إلى 2.85 طفل لكل سيدة والذي يمثل انخفاضا عن المستوى الذي تم رصده في عام 2014 بحوالي 0.7 طفل (بلغ المعدل 3.5 طفل لكل سيدة في المسح السكاني الصحي 2014)، ويلاحظ انخفاض معدلات الإنجاب التفصيلية بصفة عامة لجميع فئات العمر للسيدات.

الشكل 3.

معدل الإنجاب الكلي لكل سيدة لعامي 2014 و 2021



المصدر: المسح الصحي السكاني 2021.

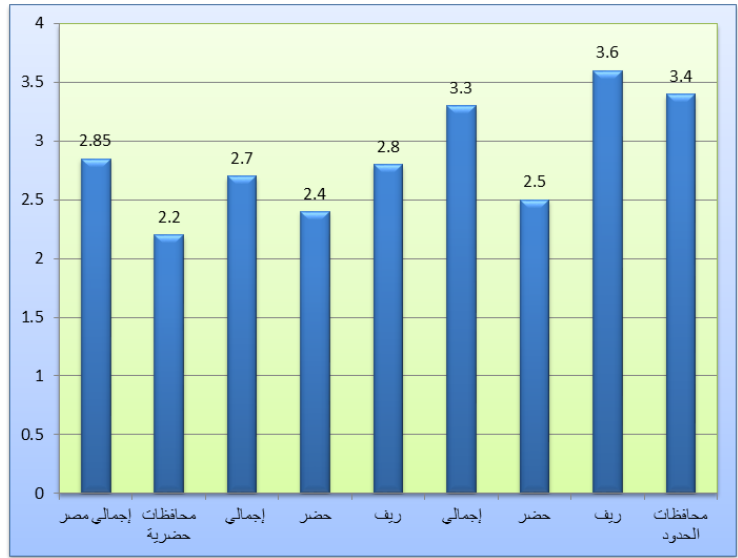
معدلات الإنجاب طبقا لمحل الإقامة

تشير النتائج إلى تفاوت معدلات الإنجاب الكلية بصورة واضحة بين المناطق المختلفة، بحيث انخفض المعدل بشكل كبير في المحافظات الحضرية ليصل إلى أقل قيمة وهو 2.2 طفل لكل سيدة، بينما يصل المعدل إلى أعلى قيمة في محافظات الحدود والوجه القبلي 3.3 و 3.4 طفل لكل سيدة على الترتيب.

وقد أظهرت النتائج أن معدلات الإنجاب انخفضت في الوجه البحري في عام 2021 لتصل إلى 2.7 طفل فقط لكل سيدة، وقد تم ملاحظة أكبر انخفاض في معدل الإنجاب في ريف الوجه البحري حيث وصل إلى 2.8 طفل لكل سيدة، وهو تقريبا 0.8 طفل أقل مما تم رصده في المسح السكاني الصحي مصر 2014. يصل معدل الإنجاب العام 96 مولود لكل 1000 سيدة في العمر 15-44، بينما وصل معدل المواليد الخام إلى 21 مولود لكل ألف من السكان مقابل 29.1 مولود في عام 2014.

الشكل 4.

معدل الإنجاب الكلي حسب محل الإقامة في عام 2021



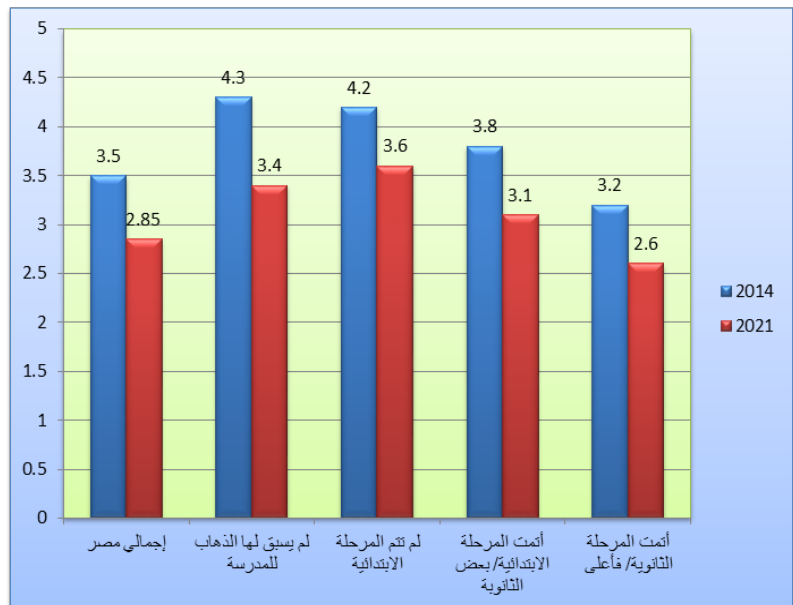
المصدر: المسح الصحي السكاني 2021

معدلات الإنجاب طبقاً للحالة التعليمية

يختلف معدل الإنجاب الكلي حسب الحالة التعليمية، حيث يصل إلى 2.6 طفل لكل سيدة أتمت التعليم الثانوي أو أعلى، ويرتفع ليصل إلى 3.6 طفل لكل سيدة لم تتم التعليم الابتدائي، كما نلاحظ التحسن الواضح عن مسح 2014.

الشكل 5.

معدلات الإنجاب طبقاً للحالة التعليمية في عام 2014 مقارنة بعام 2021



المصدر: المسح الصحي السكاني 2021.

تفضيلات الإنجاب

كما هو متوقع، توضح البيانات أن الرغبة في الإنجاب ترتبط بقوة بعدد الأطفال الأحياء لدى السيدة بالفعل. فقد وجد أن 85% من السيدات اللاتي لم يبدأن الإنجاب وقت إجراء المسح يرغبن في إنجاب طفل بسرعة. ومن بين السيدات اللاتي لديهن طفل واحد، فإن أقل قليلا من تسعة من بين كل عشرة أبدن الرغبة في إنجاب طفل آخر. وبين السيدات اللاتي لديهن أكثر من طفل، فإن الرغبة في عدم إنجاب المزيد من الأطفال تزيد بسرعة مع زيادة عدد الأطفال من 55% بين السيدات اللاتي لديهن طفلين إلى 82% بين السيدات اللاتي لديهن ثلاثة أطفال.

الجدول 2.

تفضيلات الإنجاب للسيدات في عام 2021

الإجمالي	عدد الأطفال الأحياء ⁽¹⁾							الرغبة في مزيد من الأطفال
	+6	5	4	3	2	1	صفر	
12.9	0.9	2.1	3.0	5.2	14.7	43.0	85.1	تريد طفلا حالا ⁽²⁾
11.2	0.3	1.9	2.2	5.3	18.8	43.9	3.5	تريد طفلا بعد فترة ⁽³⁾
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	تريد طفلا ولم تحدد الوقت
4.4	1.2	2.4	2.6	4.5	8.3	2.0	1.3	لم تقرر
66.3	84.4	84.3	85.0	81.5	55.2	8.2	0.2	لا تريد أطفالا آخرين
2.0	9.5	6.3	3.7	1.0	0.1	0.0	0.2	أجرت عملية تعقيم
3.1	3.6	3.0	3.6	2.5	2.9	2.9	9.6	لا يمكن أن تحمل
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	بيانات مفقودة
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	الإجمالي
19018	1018	1558	3628	5752	4501	1898	663	العدد

(1) عدد الأطفال الأحياء يشمل الحمل الحالي.

(2) ترغب في إنجاب الطفل التالي خلال سنتين.

(3) ترغب في تأجيل الطفل التالي لمدة سنتين أو أكثر.

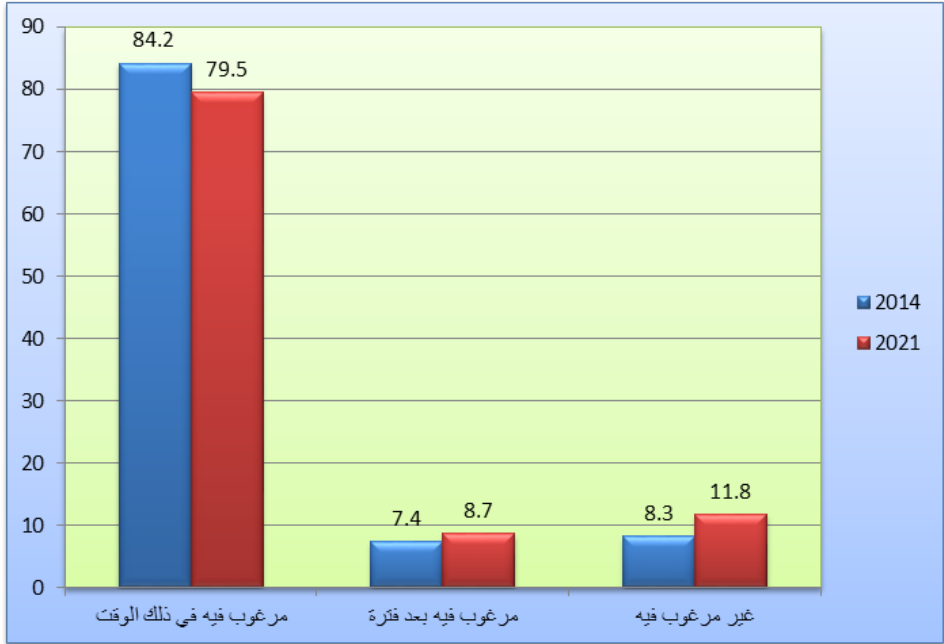
المصدر: المسح الصحي السكاني 2021

الإنجاب غير المرغوب

تشير بيانات المسح الصحي للأسرة المصرية 2021 إلى أن حوالي 20% من المواليد خلال الخمس سنوات السابقة على المسح لم يكن مرغوبا فيهم وقت الحمل ومن بين المواليد غير المرغوب فيهم وقت الحمل حوالي 12% لم يكن مرغوب فيهم على الإطلاق، وهي نسبة أعلى مما تم ملاحظته في المسح السكاني الصحي 2014، حيث كان 8% من المواليد غير مرغوب فيهم على الإطلاق.

الشكل 6.

نسب المواليد وفقا للتخطيط للإنجاب في عام 2021 مقارنة بعام 2014



المصدر: المسح الصحي السكاني 2021.

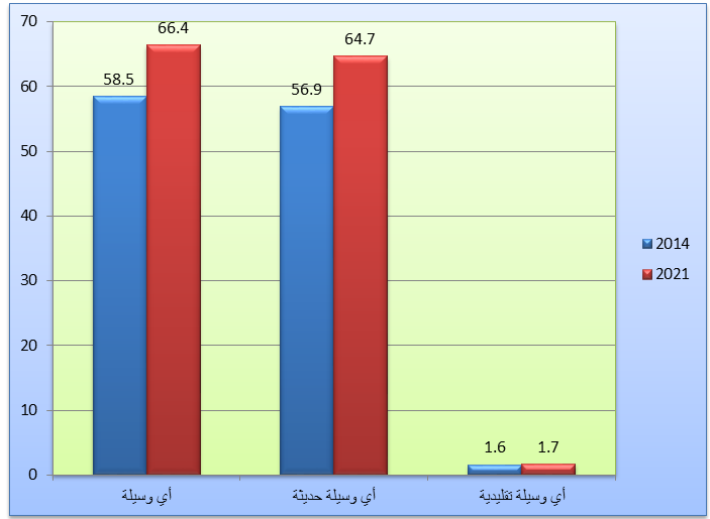
تنظيم الأسرة

1. الاستخدام الحالي لتنظيم الأسرة

تشير النتائج وفقا لبيانات المسح الصحي للأسرة المصرية 2021 إلى أن ثلثي السيدات المتزوجات حاليا في العمر من 15-49 يستخدمن وسيلة لتنظيم الأسرة بزيادة حوالي 8 نقاط عن المستوى الذي تم رصده في المسح السكاني الصحي 2014، وكما هو موضح بالشكل. وتصل نسبة مستخدمات الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في 2021 إلى 65% مقارنة بـ 57% في 2014 بينما تصل نسبة استخدام الوسائل التقليدية إلى أقل من 2% في كل من المسحين.

الشكل 7.

تطور استخدام وسائل تنظيم الأسرة في عام 2014 مقارنة بعام 2021



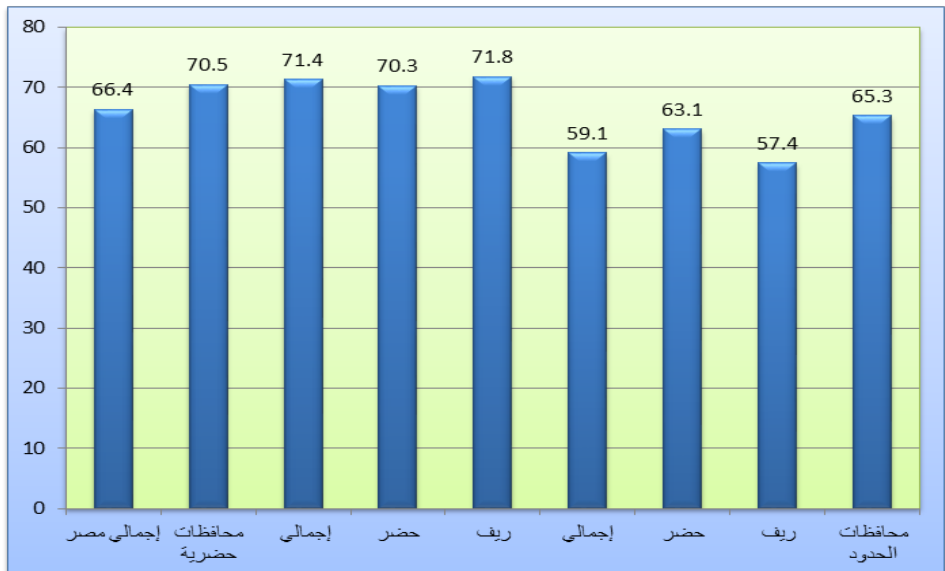
المصدر: المسح الصحي السكاني 2021.

وتصل نسبة مستخدمات اللولب إلى 29%، بينما يستخدم الحبوب، في حين تصل نسبة مستخدمات الحقن إلى 10%. بالمقارنة مع بيانات مسح 2014، يلاحظ ارتفاع نسبة استخدام الحبوب بحوالي 4 نقاط 16% في مسح 2014 بينما تراجع استخدام اللولب بحوالي نقطة واحدة.

ارتفعت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في 2021 في الحضر مقارنة بالريف بحوالي ثلاث نقاط، مع وجود اختلافات حسب محل الإقامة، حيث تصل نسب الاستخدام إلى حوالي 71% في المحافظات الحضرية والوجه البحري، بينما تصل هذه النسبة في الوجه القبلي إلى 59% فقط.

الشكل 8.

استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب محل الإقامة في عام 2021

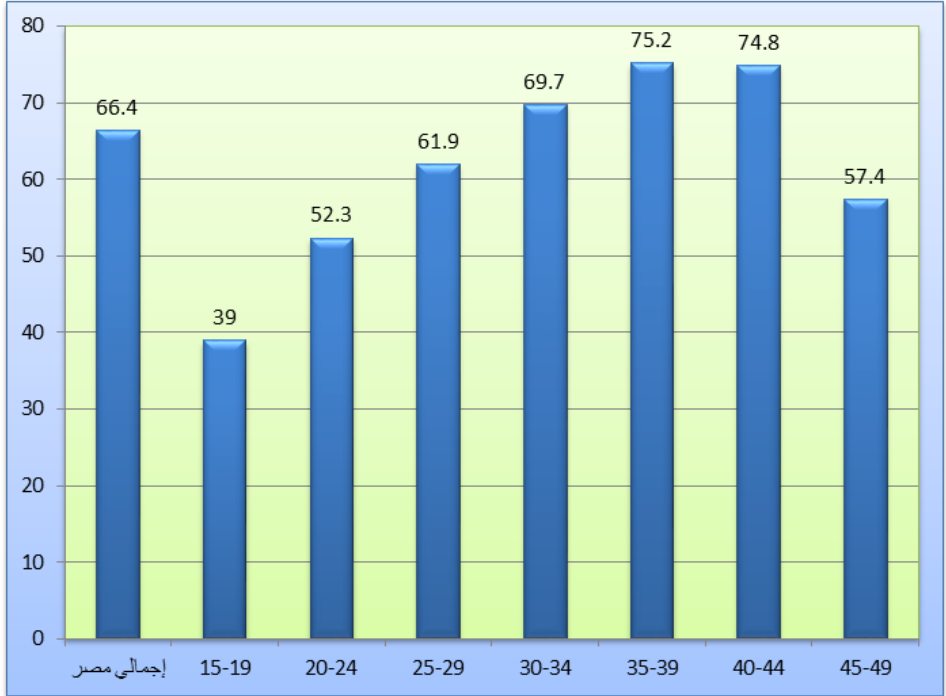


المصدر: المسح الصحي السكاني 2021.

وفي عام 2021، ارتفعت معدلات الاستخدام مع العمر من حوالي 39% فقط بين السيدات في العمر من 15-19 إلى 75% بين السيدات في العمر من 35-44. وحسب التعليم، تتراوح نسب الاستخدام من 62% بين اللاتي أتمن التعليم الابتدائي/بعض الثانوي إلى 68% بين الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى. ترتفع نسب الاستخدام كذلك مع عدد الأطفال لدى السيدة، حيث تصل النسبة إلى 77% بين من لديهن 3-4 أطفال، وتقل قليلا إلى 74% بين من لديهن 5 أطفال فأكثر. أيضا ترتفع نسبة الاستخدام بين السيدات اللاتي يعملن مقابل عائد نقدي لتصل إلى 71%، مقابل 66% بين اللاتي لا يعملن مقابل عائد نقدي.

الشكل 9.

معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب العمر في عام 2021



المصدر: المسح الصحي السكاني 2021.

مصادر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة

يُعتبر القطاع الحكومي هو المصدر الرئيسي لوسائل تنظيم الأسرة، حيث نجد أن حوالي 62.5% من السيدات المستخدمات يحصلن على الوسيلة من القطاع الحكومي والغالبية من وحدة صحية ريفية 38%، وتحصل 37% من السيدات المستخدمات حاليا على الوسيلة من القطاع الخاص (17% من الصيدلية، و20% من عيادة /مستشفى/ طبيب خاص) ويحصل 0.2% من المستخدمات حاليا على الوسيلة من الجمعيات الأهلية.

جدول (3)

مصادر الحصول على الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في مصر عام 2021

المصدر	حبوب	لولب	حقن	كبسولات تحت الجلد	تعقيم المرأة	الإجمالي ⁽¹⁾
قطاع حكومي	54.0	62.8	83.3	95.4	17.3	62.5
قطاع طبي خاص	45.7	36.4	16.5	4.4	81.8	37.1
غير طبي/خاص	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.1
أخرى/غير مبيّن	0.2	0.8	0.0	0.2	0.9	0.3
الإجمالي	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
عدد السيدات المستخدمات حالياً	3747	5264	1902	506	355	11442

(1) تشمل استخدام الواقي الذكري والوسائل الموضعية (حاجز مهبلي / أقراص فوارة / كريم) والتي ليس لها توزيع منفصل.

المصدر: المسح الصحي السكاني 2021.

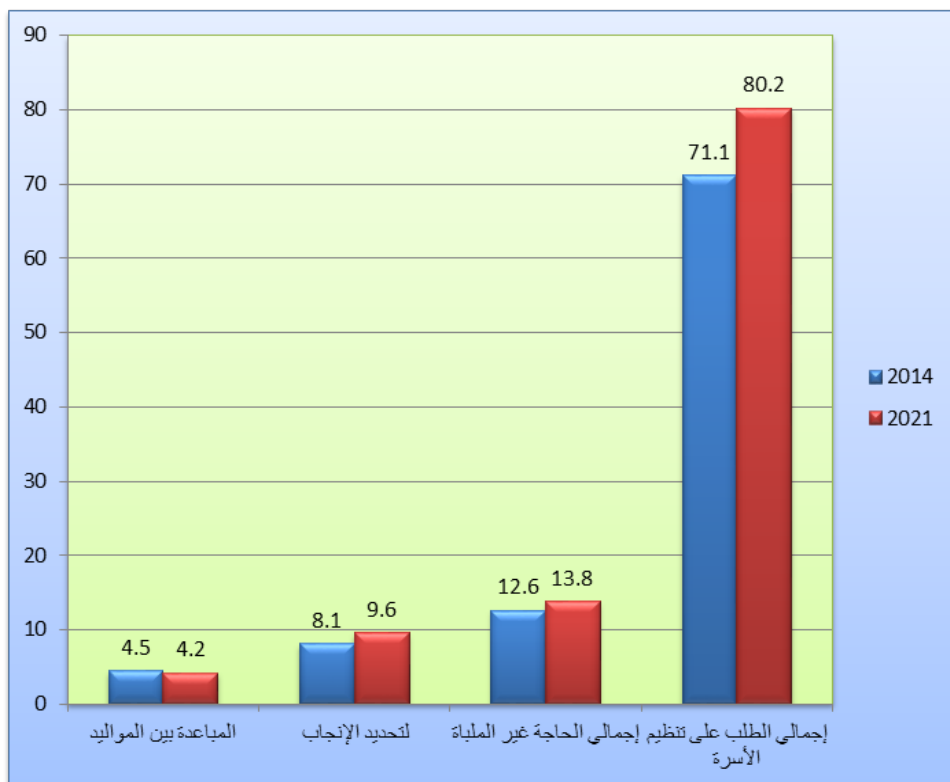
الحاجة غير الملّبة لتنظيم الأسر

تعرف الحاجة غير الملّبة لتنظيم الأسرة على أنها نسبة السيدات اللاتي يرغبن في تأجيل المولود التالي أو لا يرغبن في المزيد من الأطفال، ولكن لا يستخدمن أي وسيلة لتنظيم الأسرة. وتشير نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية 2021 إلى أن حوالي 14% من السيدات المتزوجات حالياً لديهن حاجة غير ملّبة لتنظيم الأسرة، 4% للمباعدة بين المواليد و10% للتوقف عن الإنجاب. ويلاحظ زيادة الحاجة غير الملّبة بشكل طفيف حوالي 1.2% بين عامي 2014 و2021 سواء للمباعدة بين المواليد أو لتحديد الإنجاب.

وتزيد الحاجة غير الملّبة بشكل أكبر في الوجه القبلي 17%، وخصوصاً الريف 18% مع عدم وجود اختلافات ملحوظة مقارنة بمسح 2014. تشير البيانات كذلك إلى ارتفاع إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة إلى حوالي 80% وهو أعلى بحوالي 9 نقاط مقارنة بالمسح السكاني الصحي 2014.

الشكل 10.

الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في عامي 2014 و2021



المصدر: المسح الصحي السكاني 2021.

الجدول 4.

أهم المؤشرات المتعلقة بالصحة الإنجابية في عامي 2014 و2021.

المسح السكاني الصحي-مصر 2014	المسح الصحي للأسرة المصرية 2021	هدف من أهداف التتمية المستدامة	المؤشر
الإنجاب			
3.50	2.85		معدل الإنجاب الكلي (متوسط عدد المواليد لكل سيدة)
56	50	3.7.2	معدل الإنجاب لدى المراهقات
			تنظيم الأسرة
58.5	66.4		الاستخدام الحالي لأي وسيلة بين السيدات المتزوجات حاليا في العمر 15-49 (%)
56.9	64.7		الاستخدام الحالي لأي وسيلة حديثة بين السيدات المتزوجات حاليا في العمر 15-49 (%)

صحة الأمومة والطفولة			
82.8	89.8	3.8.1	نسبة السيدات الحوامل اللاتي حصلن على رعاية حمل منتظمة (4زيارات فأكثر) من مقدم خدمة مدرب
86.7	94.8		الولادات في منشأة صحية
91.5	97.1	3.2.1	المواليد الذين حصلوا على مساعدة طبية أثناء الولادة
51.8	72.1		الولادات عن طريق الولادة القيصرية
وفيات الطفولة (عدد الوفيات لكل 1000مولود حي)			
14	18	3.2.2	معدل وفيات حديثي الولادة
22	25		معدل وفيات الرضع
27	28	3.2.1	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
التطعيمات وصحة الطفل			
99.1	99.2		التغطية بتطعيم الدرن
96.6	94.1		التغطية بشلل الأطفال جرعة
95.8	96.1	3.b.1	التغطية بتطعيم الحصبة
97.1	94.1		التغطية بالخماسي جرعة 3 (الثلاثي جرعة 3)
91.0	89.9		الأطفال في العمر 18-29 شهرا الذين تم تطعيمهم بالكامل
55.3	84.0		الرعاية الصحية للأطفال المصابين بالإسهال
68.1	61.7	3.8.1	الحصول على الرعاية الصحية للأطفال التي تظهر عليهم أعراض الالتهاب الرئوي الحاد
تغذية الأطفال ونمو الطفل			
21.4	12.8	2.2.1	الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة بالنسبة للعمر (التقزم)
8.4	3.0	2.2.2	الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن بالنسبة للطول
14.9	11.5	2.2.2	الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من زيادة الوزن
27.2	43		الأطفال دون الخامسة الذين لديهم أي نوع من الأنيميا
-	85.3	4.2.1	مؤشر النماء المبكر للطفل
99.4	99.1	16.9.1	تسجيل الولادات
			مؤشرات عنف الأطفال
93.0	81.2	16.2.1	التأديب العنيف للأطفال

7.0	5.6	8.7.1	عمالة الأطفال
العنف ضد المرأة			
30.3	31.0		أي شكل من أشكال العنف النفسي و/والجسدي و/أو الجنسي
18.8	22.3		العنف النفسي المرتكب من قبل الزوج
25.2	25.5		العنف الجسدي المرتكب من قبل الزوج
4.1	5.6		العنف الجنسي المرتكب من قبل الزوج
92.3	85.5	5.3.2	انتشار ممارسة ختان الإناث بين النساء
21.4	14.2		انتشار ممارسة ختان الإناث بين البنات في العمر من 0-19
56.3	27.0		نسبة الختان المتوقع بين البنات في العمر من 0-19

المصدر: المسح الصحي للأسرة المصرية 2021، 40-41

وقد حققت مصر في مؤشر التأمين الصحي الشامل 70 نقطة في عام 2019 مقارنة بـ 65 نقطة عام 2017 و 42 نقطة عام 2000 (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، 2020)، حيث يعد توفير خدمة الصحة لكل الشعب من خلال التأمين الصحي وتطبيقه في المحافظات الصغيرة وصولاً إلى المحافظات الكبيرة أحد المؤشرات التي تتبناها الحكومة في السياسة العامة للصحة في مصر.

العوامل المؤثرة في الصحة الإيجابية في مصر (الإطار الثقافي والاجتماعي)

على الرغم من أن الدولة تعمل جاهدة على توفير وإتاحة الحق في الصحة أعمالاً لهذا الحق والتوسع في خدمات الرعاية الصحية خاصة الصحة الإيجابية، إلا أن هناك عدد من العوامل التي تؤثر على تبني خدمات الصحة الإيجابية، لعل من أبرزها عدم تلاقي قناعات الكثير من المواطنين خاصة النساء وثقافتهم، وما هو متاح من خلال وزارة الصحة، وما تقدمه مؤسسات المجتمع المدني في هذا الإطار. أيضاً هناك ما يتعلق بالجانب النفسي لدى النساء لمجرد إحساسهم أن خدمات الصحة الإيجابية ليست أساسية وأنها حكومية وأنها ليست مثل الطبيب الخاص.

وتمثل قضية الوعي المجتمعي والثقافي بخدمات الصحة الإيجابية كحق أصيل أحد أبرز العوامل المؤثرة في الصحة الإيجابية، خاصة وأن نسبة الأمية تصل إلى 26.1 في الفئة العمرية من 15 عام فأكثر (الهيئة العامة لتعليم الكبار، 2021)، وتلعب العادات والتقاليد المترسخة دوراً سلبياً في الاتجاه نحو الاهتمام بالصحة الإيجابية. وهذا يدل على غياب الوعي بضرورة خدمات الصحة الإيجابية، كما أن هناك قصور في المناهج التعليمية في تناول قضايا الصحة الإيجابية وهذا يترتب عليه أن المجتمع غير قادر على اعتبار الصحة الإيجابية حقاً بشكلاً طبيعياً.

البدائل المقترحة لتنفيذ خدمات الصحة الإيجابية وتأكيدها كحق من حقوق الإنسان

في ضوء العرض السابق تطرح الورقة عدد من البدائل تدعم اعتبار الصحة الإيجابية حقاً طبيعياً من حقوق الإنسان وهذه البدائل تتماشى مع السياسة العامة للدولة، وهي:

1. البديل الأول: الاستمرار في تطبيق الاستراتيجية القومية للسكان 2030 بشكل أوسع والتركيز على محور الوعي، حيث أن بقاء الوضع على ما هو عليه مع التوسع في محور الوعي والتثقيف الصحي والعمل على محور الأمية بشكل أسرع من الممكن أن يساهم في تبني المجتمع لخدمات الصحة الإيجابية واعتبارها حقاً أصيلاً

وكذلك القضاء على الشائعات التي تؤثر على حقوق الصحة الإنجابية والعمل على تعديل مسار الوعي.

2. البديل الثاني (البديل المرجح): استراتيجية صحية شاملة مستدامة ورقمية بعيدة المدى من خلال تبني الدولة لخدمات الصحة الرقمية ورقمنة الملف الصحي والسكاني بالكامل، وربط كل ذلك بقاعدة بيانات وزارة الداخلية مع التأكيد على تحسين البنية التحتية للخدمات الرقمية الصحية، وإتاحة ذلك وعمل منصات صحية ورقمنة، والتوسع في خدمات الصحة الرقمية ورقمنة الخدمة نفسها من أدنى مستوى لأعلى مستوى.

3. البديل الثالث: استحداث إدارة عامة للصحة الإنجابية في وزارة الصحة والسكان أو إحدى الوزارات المعنية تتولى قياس المؤشرات الصحية.

4. البديل الرابع: عمل لجنة عليا لحوكمة الملف الصحي، على أن تتشكل من رئيس مجلس الوزراء ووزراء الصحة، والتخطيط، والتضامن الاجتماعي، والتنسيق فيما بينهم، على أن تتعقد هذه اللجنة كل 3 شهور لمناقشة أهم المؤشرات الصحية ومتابعة الأداء، وفي ضوء تلك المؤشرات يتم اتخاذ القرارات ذات الصلة أو تعديل المسار الحالي وتكون قرارات تلك اللجنة نافذة.

التوصيات

من خلال النتائج العامة التي توصلت إليها الورقة، والمتمثلة في أن الحق في الصحة جزء أساسي من بناء رأس المال البشري القادر تحقيق التنمية، وأن توفير البيئة الآمنة لمفهوم الحق في الصحة الإنجابية يحتاج إلى مزيد من الوعي للقضاء على المعتقدات الشائعة المغلوطة حول هذا الحق، يطرح الباحث عدد من التوصيات التي قد تقيّد في هذا الشأن منها:

1. تبني وإدماج عنصر الصحة الإنجابية في خدمات الصحة بشكل عام.
2. تفعيل آليات المتابعة والتقويم والحوكمة والإدارة الرشيدة في الملف الصحي.
3. التوسع في مسار الوعي من خلال التوعية المباشرة عن طريق الرائدات الريفيات والقادة الطبيعيين مثل العمد - المشايخ - رجال الدين - التربية والتعليم.
4. رقمنة الملف السكاني والصحي من أدنى مستوى لأعلى مستوى من خلال ربطه بقاعدة بيانات الرقم القومي بوزارة الداخلية.
5. إنشاء نظام للتنسيق فيما بين وزارة الصحة والسكان ومنظمات المجتمع المدني للتعامل بشكل فعال فيما يتعلق بالإطار الشمولي للصحة الإنجابية من قضايا متعلقة بالوعي وكيفية استثمار تلك المنظمات في تقديم الخدمات الصحية.

المراجع

- الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF. (2020). *الحقوق الصحية الجنسية والإنجابية مفتاح المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة رؤية 2020*.
- الأمم المتحدة (الأسكوا). (2004). *الحقوق الإنجابية والصحة الجنسية الإنجابية*: www.unescwa.org
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2021). *المسح الصحي للأسرة المصرية* (إصدار يونيو 2022)، جمهورية مصر العربية.
- الدستور المصري. (2014). مواد رقم 18، 79، 80، 81، 83.
- الاستراتيجية القومية للسكان. (2014).
- الهيئة العامة لتعليم الكبار. (2021). *تقرير عن أعداد الأمية في الفئة العمرية فوق 15 عام*.
- بسيم، هالة. (2021). *دراسات في حقوق الإنسان، الحق في الرعاية الصحية بمصر، الهيئة العامة للاستعلامات*.
- طاهر، نجلاء. (2006). *نحو استراتيجية لإسراع تحقيق الغايات والمستهدفات التنموية الدولية الخاصة بالصحة الإنجابية، مؤسسة المرأة الجديدة، قضايا الصحة الإنجابي*.
- قمحة، أحمد ناجي. (2021)، *بناء الشخصية المصرية والمفهوم الشامل لحقوق الإنسان، مجلة الديمقراطية، (84)*.
- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار. (يونيو، 2022). *توجهات مستقبلية، مستقبل الرعاية الصحية، (1)*.
- وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية. (2021). *تقرير التنمية البشرية في مصر، التنمية حق الجميع: مصر المسيرة والمسار*.
- وزارة الصحة والسكان. (2014). *المسح السكاني الصحي القاهرة، مصر*.
- وزارة المالية. (2021). *التقرير النصف سنوي عن الأداء الاقتصادي والمالي خلال العام 2021/2020، وحدة الشفافية والمشاركة المجتمعية، (4)، مارس*.

Reproductive Health: Towards a New Entrance to Human Rights

Summary

Since access to family planning and reproductive health services became a recognized right for all individuals and couples, especially after the Cairo conference held in 1994, through which the importance of reproductive health was emphasized, the definition of reproductive health was adopted as a state of complete physical, psychological, mental and social integrity, and not simply being free from disease or infirmity includes healthy personal habits including the reproductive process and reproductive function. Hence, the quality and right of health care can be understood as the right of the beneficiary, with the definition of the word beneficiary broadening to include every person in society who needs health care services and not only those who have access to its units, and the right to health entails the issue of building the human capital that makes citizens have the ability to benefit society, not just themselves, and this confirms that all rights are interdependent and complementary the paper aims at expanding the concept of reproductive health as a basic human right in the comprehensive sense, putting in place new mechanisms and measures that support reproductive health programs and help change misconceptions about them. The paper concludes that the right to health is an essential part of building human capital capable of achieving development, providing a safe environment for the concept of the right to reproductive health needs more awareness to eliminate common misconceptions about this right, and the wrong and entrenched cultural beliefs of many play a negative role in affecting access to reproductive health services. Finally, the paper recommends digitizing the population and health file from the lowest to the highest level by linking it to the national number database at the Ministry of Interior. Also, there is a necessity of adopting and integrating the component of reproductive health into health services in general, in addition. It recommends establishing a general department for reproductive health in the Ministry of Health and Population or one of the relevant ministries, to undertake the measurement of health indicator, and establishing a higher committee for the governance of the reproductive health file, whose main role is to activate the monitoring and follow-up mechanisms and monitor health indicators.

Keywords: Reproductive health, human rights, human capital, awareness, governance, digitization.



المركز الديموجرافي بالقاهرة

78 ش رقم 4 - الهضبة العليا - المقطم - القاهرة
ص.ب. : 11571 المقطم - القاهرة

 02 / 25080735 / 248 / 950

 02 / 25082797

 info@cdc.edu.eg

 Cairo Demographic Center

 www.cdc.edu.eg