

التحليل الجيوموغرافي لمؤشرات الصحة الإيجابية وتأثيراتها المستقبلية على سكان مركز بدر

د/ ابراهيم مصطفى شعبان مصطفى(*)

مقدمة

تؤثر الصحة الإيجابية تأثيراً عميقاً على صحة الفرد من الطفولة إلى الشيخوخة، ويشمل ذلك التحديات التي يواجهها الناس في أوقات مختلفة من حياتهم مثل تنظيم الأسرة، والخدمات التي تمنع الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، والتشخيص المبكر وعلاج أمراض الصحة الإيجابية، لذا ينبغي دعم الإمدادات الصحية الأساسية مثل وسائل منع الحمل والأدوية. ولتحقيق مستوى أفضل للصحة الإيجابية لابد من إشراك الرجل والمرأة في القرار الإيجابي للأسرة، وتقديم هذه المفاهيم لكل من الشباب والشابات في عمر مبكر.

ومن خلال هذه الدراسة سوف نتناول أهم مؤشرات الصحة الإيجابية المعتمدة عليها من قبل المنظمة الصحية العالمية (WHO) في مركز بدر وتوزيعها الجغرافي، ويتم تسليط الضوء على أهم المتغيرات المؤثرة على الصحة الإيجابية للأمهات في سن (15-49 سنة)، المتمثلة في: العمر عند الحمل الأول، العمر عند الحمل الأخير، عدد الأطفال المنجيين للمرأة، استعمال وسائل منع الحمل، الرضاعة الطبيعية، العامل النفسي، العامل الإقتصادي، المستوى التعليمي، الحالة العملية للمرأة، المتغيرات الاجتماعية والثقافية، الخدمات الصحية، السياسة السكانية.

أولاً: مشكلة الدراسة

هناك الكثير من النساء يتعرضن إلى مضاعفات ومخاطر صحية ناتجة عن الحمل والولادة في ظل غياب العناية والرعاية الطبية ويمكن صياغة المشكلة الرئيسية للدراسة بما يأتي:

- ١- هل تتميز ممارسات الصحة الإيجابية بالتباين على مستوى الوحدات المحلية والبيئية؟
- ٢- هل يؤثر المستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي للمرأة على استخدام وسائل منع الحمل في مركز بدر؟
- ٣- هل تؤثر العوامل الاجتماعية على الصحة الإيجابية للمرأة في مركز بدر؟
- ٤- هل تؤثر ممارسات الصحة الإيجابية على وفيات الأمهات والأطفال في مركز بدر؟

(*) مدرس الجغرافيا البشرية كلية الآداب جامعة دمنهور ibrahim.mustafa@art.dmu.ed.eg

ثانياً: فرضيات الدراسة

ستحاول الدراسة التحقق من الفروض الآتية:

- ١- هناك تباين واضح على مستوى الوحدات المحلية والبيئة لممارسات الصحة الإنجابية في مركز بدر.
- ٢- يؤثر المستوى التعليمي والاقتصادي على استخدام وسائل منع الحمل.
- ٣- تؤثر العوامل الاجتماعية على الصحة الإنجابية للمرأة في سن (15-49 سنة) في مركز بدر.
- ٤- يعد تدني مستويات الصحة الإنجابية من العوامل المهمة في ارتفاع وفيات الأمهات ووفيات الأطفال في مركز بدر.

ثالثاً: أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى توضيح التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في مركز بدر، ومعرفة مدى توفر الخدمات الصحية الإنجابية التي تضمن للنساء أجواء صحية مناسبة للحمل والولادة خالية من الأمراض وبالأخص النساء في سن (15-49 سنة) في مركز بدر لعام 2020، ومعرفة التباين في خدمات الصحة الإنجابية على مستوى الوحدات المحلية والبيئة في مركز بدر ومعرفة تأثير المستوى التعليمي والاقتصادي والاجتماعي على استخدام وسائل منع الحمل.

رابعاً: الحدود المكانية للدراسة:

يقع مركز بدر جنوب شرق محافظة البحيرة، ويبعد عن مدينة دمنهور حوالي ٧٣ كم، ويحده مركز كوم حمادة من الشمال الشرقي حتى الجنوب، ومركز الدلنجات من الشمال الغربي وحتى الجنوب، وفي أقصى الجنوب مركز السادات - محافظة المنوفية، ويمتد فلكياً فيما بين دائرتي عرض ٢٢ / ٣٠°، ٤٢ / ٣٠° شمالاً، وبين خطي طول ٢١ / ٣٠°، ٤٨ / ٣٠° شرقاً^(١).

وتبلغ مساحة مركز بدر ٥٥٠.٥ كم^٢، ويشكل نسبة ٦.٠٣٪ من إجمالي مساحة محافظة البحيرة التي تبلغ ٩١٢٩.١٩ كم^٢^(٢).

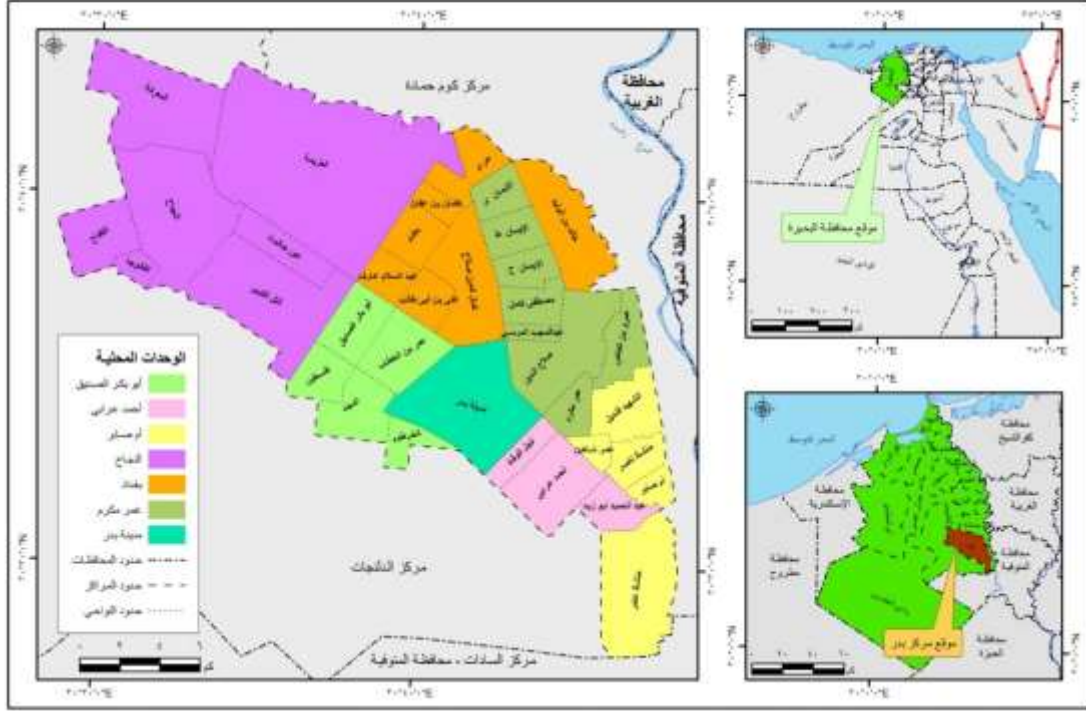
(١) خريطة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لمركز بدر - محافظة البحيرة، مقياس

٥٠٠٠٠:١

(٢) ديوان عام محافظة البحيرة، بمدينة دمنهور، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قسم الإحصاء، بيانات غير منشورة، ٢٠١٨م، وتم تحويل المساحة من الفدان إلى كم^٢ بتطبيق المعادلة الآتية:

$$\text{عدد الأفدنة} \times 4200.83 = \frac{\text{القيمة}}{1000000} \text{ كم}^2$$

ويتبين من (شكل ١) أن تلك المساحة تمتد إلى الغرب من الأراضي الدلتاوية الفيضية المجاورة للضفاف الغربية لفرع رشيد، وخضعت تلك المساحات المرتكزة على تكوينات رملية لعمليات استصلاح انطوت على إنشاء شبكات من المجاري المائية للري والصرف، وارتبطت بها أشكال التعمير المتطورة حتى الآن.



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على: قاعدة بيانات وحدة نظم المعلومات الجغرافية بالجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، عام ٢٠١٧م، والخريطة الطبوغرافية لمنطقة الدراسة مقياس ١: ٥٠٠٠٠ الصادرة عن الهيئة المصرية العامة للمساحة عام ١٩٩٢م، وخريطة الوحدة المحلية لمركز ومدينة بدر مقياس ١: ١٠٠٠٠ عام ٢٠١٧م

(شكل ١) الموقع الجغرافي والتقسيم الإداري لمركز بدر عام ٢٠١٧م

يتكون مركز بدر إدارياً من (الوحدة المحلية لمركز ومدينة بدر، ٢٠٢٠):

- ١- مدينة بدر، وهي حاضرة المركز.
 - ٢- قرى مركز بدر، وعددها ٣٥ قرية.
- وتنتظم قرى مركز بدر في ست وحدات محلية على النحو التالي:
- الوحدة المحلية بالنجاح، وتضم سبع قرى، هي: النجاح، والمعركة، والعزيمة، والكفاح، وعين جالوت، والتل الكبير، والفالوجا.
 - الوحدة المحلية بعمر مكرم، وتضم ثماني قرى: عمر مكرم، وصالح الدين، وعبد المجيد المرسي، والإيمان ط، ومصطفى كامل، وعمرو بن العاص، والإيمان ح، والإيمان.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

- الوحدة المحلية بأم صابر، وتضم خمس قرى، وهي: أم صابر، وعمر شاهين، ومنشأة عامر، ومنشأة ناصر، والشهيد قنديل.
- الوحدة المحلية ببغداد، وتضم سبع قرى، وهي: بغداد، وعبد السلام عارف، وعثمان بن عفان وحراء، وعلي بن أبي طالب، وخالد بن الوليد، وكمال الدين صلاح.
- الوحدة المحلية بأحمد عرابي، وتضم ثلاث قرى، وهي: أحمد عرابي، وعبد الحميد أبو زيد، ونبيل الوقاد.
- الوحدة المحلية بأبو بكر الصديق، وتضم أربع قرى، وهي: عمر بن الخطاب، والمجد، والخرطوم، وفلسطين.

(جدول ١) التوزيع العددي والنسبي للمساحة على مستوى الوحدات المحلية

بمركز بدر عام ٢٠٢٠م

الوحدات المحلية	المساحة (كم ^٢)	% من جملة مساحة المركز
بدر	١٣.٥	2.5
النجاح	٢٢٣.١	40.5
عمر مكرم	٤٥.٤	8.2
أم صابر	٣٨.٥	7.0
بغداد	64.1	11.6
أحمد عرابي	٢٨.٦	5.2
أبو بكر الصديق	١٣٧.٣	24.9
جملة الحضر	١٣.٥	2.5
جملة الريف	537	97.5
إجمالي المركز	٥٥٠.٥	100.0

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على بيانات الوحدة المحلية بمركز ومدينة بدر، قسم الإدارة الهندسية، بيانات غير منشورة، ٢٠١٩م.

ويتضح من (جدول ١) أن الوحدة المحلية بالنجاح تأتي في صدارة الوحدات المحلية بمركز بدر من حيث المساحة؛ إذ يبلغ مساحتها ٤٠.٥% من جملة مساحة المركز، يليها الوحدة المحلية بأبو بكر الصديق بنسبة ٢٤.٩%، ثم بغداد بنسبة ١١.٦%، والوحدة المحلية بعمر مكرم بنسبة ٨.٢%، وتأتي بقية الوحدات المحلية بنسب أقل من ١٠% من جملة مساحة المركز، فبلغت نسبة الوحدة المحلية بعمر مكرم ٨.٢%، والوحدة المحلية بأم صابر ٧%، وأحمد عرابي بنسبة ٥.٢%، ومثلت مساحة حاضرة المركز ٢.٥% من جملة مساحة المركز.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

خامسا: مناهج وأساليب الدراسة:

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، فضلا عن الأسلوب الكمي المتمثل ببرنامج (Spss19) والإفادة من بعض المقاييس الإحصائية كمعامل الارتباط الرتبي ومعامل رلتباط بيرسون.

وتم الاعتماد على الدراسة الميدانية المقرونة باستمارة الاستبيان، والتي كان عددها الصحيح (١١٠٢ استمارة)، وهو حجم العينة المسحوبة من مجتمع الدراسة، وزعت على الوحدات المحلية للمحافظة وعلى مستوى الحضر والريف في كل منها، وذلك في الفترة (من ١٢ إلى ٢٩ مايو ٢٠٢٣) (ملحق ١).

سادسا: صعوبات الدراسة

إن العادات والتقاليد والخلفية الثقافية للمجتمع، جعلت الباحث يعاني كثيرا في عملية ملء الاستمارة، وفي توضيح كيفية إملائها، ولا سيما النساء غير المتعلمات وحتى نسبة كبيرة من النساء إمتتن عن ملئها، وكذلك صعوبة في عدم توفير البيانات الخاصة بالدراسة على مستوى الوحدات المحلية فكانت أغلب البيانات المتوفرة على مستوى المركز، مما اضطر الباحث إلى جمع البيانات من الوحدات الصحية في منطقة الدراسة وتبويبها لغرض الدراسة، فضلا عن الإجراءات الإدارية عند مراجعة مديرية الصحة للتزويد بالبيانات غير المنشورة.

سابعا: الدراسات السابقة

أ- الدراسات السابقة الخاصة بمنطقة الدراسة

= دراسة السيد عكاشة (٢٠١١)، بعنوان: "مركز بدر- دراسة جغرافية": تحتوي هذه الدراسة على سبعة فصول، جاء أولها بعنوان الخصائص المكانية لمركز بدر، وعرض التكوين الجيولوجي والملاح المورفولوجية، والمناخ، والتربة لمنطقة الدراسة، ودرس الفصل الثاني سكان مركز بدر، من حيث تطورات أعداد السكان، وعناصر النمو السكاني، وتوزيع السكان وكثافتهم، وأنماط التركيب السكاني، وتناول الفصل الثالث مقومات الإنتاج الزراعي، وعرض المقومات الطبيعية، والمقومات البشرية، وجاء الفصل الرابع بعنوان الإنتاج الزراعي وعرض المساحة الكلية والمزروعة، والمساحة المحصولية، ودرجة التكتيف، والتركيب المحصولي، أما الفصل الخامس فجاء بعنوان الإنتاج الحيواني، وعرض فيه تطور أعداد الثروة الحيوانية، والتوزيع الجغرافي لأعداد الماشية، والكثافة الحيوانية، والدواجن، والمناحل، ودرس الفصل السادس العمران الحضري في مركز بدر، عرض فيه نشأة المدينة وظروف الموضع والموقع، وخطة المدينة ومراحل نموها، والتركيب الوظيفي للمدينة، وجاء الفصل السابع بعنوان العمران الريفي في مركز

بدر وعرض تطور أعداد المحلات العمرانية، وتوزيع مراكز العمران وكثافتها، وتصنيف المراكز العمرانية، والشكل والخطة، والمسكن الريفي.

وقد استخدمت هذه الدراسة المنهج الإقليمي، والمنهج الأصولي، والمنهج التاريخي، وكان من أهداف تلك الدراسة إبراز شخصية مركز بدر الذي تميزه عن غيره، ودراسة مراحل التعمير للمركز بالسكان منذ إنشاء مديرية التحرير عام ١٩٥٦، والتعرف على إمكانات مركز بدر الزراعية ومدى نجاح تجربته النموذجية في استصلاح الأراضي وزراعتها.

= دراسة علاء شلبي (٢٠١٤)، بعنوان: " استخدام الصور الفضائية والخرائط الرقمية في تحديث البيانات الجغرافية تطبيقاً على مركز بدر": تناول هذا البحث معالجة المرئيات الفضائية، ودراسة واقع الأراضي الزراعية ودراسة الواقع الإداري التنظيمي، واستخدام التقنيات المكانية الحديثة في الحصول على البيانات التاريخية والحديثة وتقييم نتائجها لتحديد درجة الوثوق بها، مستخدماً المنهج الموضوعي، والمنهج التحليلي للبيانات من الخرائط، واستخدام أحد البرامج لنظم المعلومات الجغرافية Arc Gis 10.2، وحساب مؤشر التغير الطبيعي للاخضرار ومقارنة نتائجه بالمرئيات الفضائية.

ب= الدراسات السابقة الخاصة بالموضوع:

= دراسة زينب يعقوب مجيد (٢٠٠٨) بعنوان (التباين المكاني لبعض مؤشرات الصحة الإيجابية في محافظة البصرة) تناولت فيها مؤشرات الصحة الإيجابية والعوامل المؤثرة فيها كما تناولت فيها عمر المرأة عند الحمل الأول ونسبة استعمال وسائل منع الحمل ووفيات الأمهات خلال الحمل والولادة والنفاس ووفيات الأطفال في الأسبوع الأول، واهم الاستنتاجات التي توصلت إليها تحسين وضع المرأة في مجال الصحة الإيجابية تدخلات وإجراءات أبعد من دائرة الصحة فهو يتطلب ظروف اجتماعية واقتصادية وثقافية تعطي معنا حسياً ملموساً للحرية والمسؤولية، وأن تتوفر للمرأة الوسائل المادية والنفسية للتغلب على العوائق التي تحول دون تحقيق الأمومة المأمونة.

= دراسة سهاد محمد ميرغني (٢٠٠٨) بعنوان (الخصوبة والصحة الإنجابية بوحدة الريف الشمالي الإدارية محلية الخرطوم بحري في الفترة من 1993-2006م، تناولت هذه الدراسة الخصوبة البشرية والصحة الإنجابية بوحدة الريف الشمالي الإدارية محلية الخرطوم بحري ومعرفة اير الخصائص الاقتصادية والاجتماعية على خصوبة المرأة وصحتها الإيجابية ومدى تأثير السن عند الزواج ومستوى التعليم ودخل الأسرة ونشاط المرأة الاقتصادية ومهنة الزوج بالإضافة إلى مكونات الصحة الإنجابية، واهم الاستنتاجات هذه الدراسة وجود علاقة عكسية بين كل من التعليم والخصوبة، والزواج المبكر والخصوبة، والزواج المبكر والدخل الشهري، وعمل المرأة واستخدام وسائل منع

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

الحمل، وأوصت هذه الدراسة بالعمل على رفع مستوى المرأة الاجتماعي، وعلى ضرورة التوعية الصحية الإعلامية بين سكان منطقة الدراسة، بالإضافة إلى دعم برامج تنظيم الأسرة ومحاربة العادات الضارة، ونشر الثقافة السكانية.

= دراسة مها أسامة (٢٠١٦)، بعنوان مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية لبعض قضايا الصحة الإنجابية من واقع بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، تناولت هذه الدراسة خدمات الصحة الإنجابية في الضفة الغربية من خلال دراسة الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية والخدمات المقدمة لرعاية الأم والطفل وكما هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية لبعض قضايا الصحة الإنجابية والتي ضمت عدد الأطفال المنجبين للمرأة ورعاية الأم أثناء الحمل والولادة فضلا عن ممارسة الإجهاض والإسقاط وتنظيم الأسرة، وأهم استنتاجات هذه الدراسة أن هناك علاقة عكسية تربط عمر الأم عند أول حمل ومتوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة، وأوصت الباحثة بضرورة العمل على تدريب الممرضات ووضع شروط التوظيف حتى يكون بإمكانها تقديم خدمات صحية للنساء الحوامل بجودة ونوعية عالية.

= دراسة وسن عبد الكريم جبر (٢٠١٧)، بعنوان (التباين المكاني لمستويات الخصوبة السكانية وعلاقتها بالصحة الإنجابية في قضائي الاعظمية والكاظمية لعامي 1997-2017، تناولت فيها مؤشرات الصحة الإنجابية على مستوى العراق ولعام 1997 ومن ي م المؤشرات على مستوى قضائي الاعظمية والكاظمية، كما تناولت التباين المكاني لمستويات الخصوبة والعوامل المؤثرة فيها، وأهم الإستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة تباين في مستويات الخصوبة بين الوحدات المحلية وعلى المستوى البيئي، إذ ارتفعت مستويات الخصوبة في ريف المنطقة بشكل عام أكثر من حضرها، وأهم ما أوصت به تفعيل دور منظمات المجتمع المدني النسوية من خلال تنفيذ برامج توعية خاصة بالصحة الإنجابية وثقافة تنظيم الأسرة وأهمية المبادعة بين الولادات.

= دراسة ابتسام طعيم (٢٠٢٠) بعنوان (التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في قضاء الناصرية) تناولت هذه الدراسة بعض مؤشرات الصحة الإنجابية من أهمها عمر الأم عند الحمل الأول ونسبة استعمال وسائل منع الحمل ووفيات الأمهات وفيات الأطفال بالإضافة إلى بعض العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية للمرأة من عمر (15-49) سنة، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها أن 69,3% من الأمهات في قضاء الناصرية يستعملن وسائل منع الحمل وأن 45,8% منهن يستعملن وسائل منع الحمل الطبيعية و 4,2% يستعملن وسائل منع الحمل الاصطناعية في حين أن 30,6% لا يستعملن أية وسيلة لمنع الحمل،

ومن أهم توصيات هذه الدراسة هي أن قلة وسوء رعاية الصحية المقدمة للأمهات في المراكز الصحية تعد السبب الأساسي في تدني مستويات الصحة الإيجابية في قضاء الناصرية لذلك لا بد من العمل على توعية العاملين في تلك المراكز بأهمية تلك الخدمات الصحية للأمهات والأطفال والذي يعكس بدوره على صحة المجتمع من خلال عمل ندوات علمية وتنظيم دورات تدريبية لمقدمي تلك الخدمات، قبل دخولهم ميدان العمل.

ثامنا- محتويات الدارسة:

تشتمل الدراسة على ثلاثة مباحث رئيسة، أولها : المدخل المفاهيمي للصحة الإيجابية، والثاني - مؤشرات الصحة الإيجابية في مركز بدر، والمبحث الثالث - الاتجاهات المستقبلية لمنع الحمل وتنظيم الأسرة في مركز بدر.

المبحث الأول- المدخل المفاهيمي للصحة الإيجابية:

يعد التعريف الذي وضعه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقده في القاهرة عام 1994، هو أول تعريف شامل للصحة الإيجابية Reproductive health، إذ عرفت على أنها حالة رفاه كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من الأمراض أو الإعاقة، لذلك تعني الصحة الإيجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريرتهم في تقدير الإنجاب، وموعده وتواتره، ويشمل الشرط الأخير، ضمنا على حق الرجل والمرأة في معرفة كيفية استخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارها كل منهما والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى حق كل منهما في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان مدة الحمل والولادة وتتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٤، ١٠).

وتبرز أهمية الصحة الإيجابية من خلال ما يأتي :

- 1- نص القانون الدولي على أن الصحة الإيجابية حق من حقوق الإنسان .
- 2- الصحة الإيجابية تلعب دورا مهما في الأمراض والوفيات والعمر المتوقع.
- 3 مشاكل الصحة الإيجابية هي السبب الرئيس لسوء صحة المرأة والوفيات في جميع أنحاء العالم.

أولا- عدد سكان مركز بدر وتوزيعهم:

يعد النمو السكاني من أكثر العوامل تأثيرا في ظاهرة الدراسة، فالمجتمع يتصف بطبيعة دائمة التغير بسبب التزايد والتناقص العددي للسكان، للنتيجة عن معدلات المواليد والوفيات والهجرة.

يتضح من (جدول ٢) والشكل (٢) تطور الحجم السكاني لمركز بدر حيث زاد عدد السكان من ٦٠٣٠٦ نسمة عام ١٩٧٦م إلى ٧٢٢٣٧ نسمة عام ١٩٨٦م، ثم زاد إلى ١٤٧١٠ نسمة عام ١٩٩٦م، ثم بلغ ١٥٦٥٣٣ نسمة عام ٢٠٠٦م.

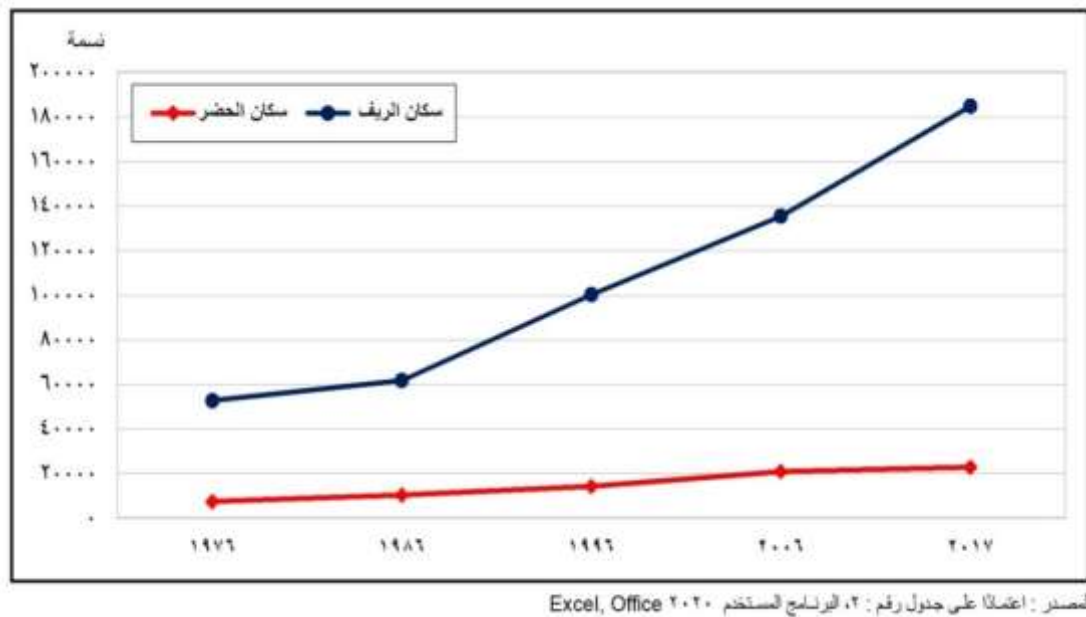
مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

(جدول ٢) حجم سكان الحضر والريف بمركز بدر في الفترة (١٩٧٦: ٢٠١٧م).

سنة التعداد	١٩٧٦	١٩٨٦	١٩٩٦	٢٠٠٦	٢٠١٧
عدد سكان الحضر	٧٥٠٨	١٠٤٢٦	١٤٣٥٩	٢٠٩٧١	٢٢٨٨٤
سكان الحضر %	١٢.٤	١٤.٤	١٢.٥	١٣.٤	١١.٠
عدد سكان الريف	٥٢٧٩٨	٦١٨١١	١٠٠٣٥١	١٣٥٥٦٢	١٨٤٨٤٧
سكان الريف %	٨٧.٦	٨٥.٦	٨٧.٥	٨٦.٦	٨٩.٠
إجمالي المركز	٦٠٣٠٦	٧٢٢٣٧	١١٤٧١٠	١٥٦٥٣٣	٢٠٧٧٣١

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على: بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، تعدادات السكان للسنوات المذكورة.

وبلغ عدد سكان المركز ٢٠٧٧٣١ نسمة عام ٢٠١٧م، وهم يمثلون نسبة (٣.٤%) من سكان محافظة البحيرة (٦١٧١٦١٣ نسمة) تبعاً لتعداد ٢٠١٧م، ويمثل سكان الحضر (مدينة بدر) نسبة ١١% من جملة سكان المركز، بينما يشكل سكان الريف ٨٩% من جملة سكان المركز.



(شكل ٢) حجم سكان الحضر والريف بمركز بدر في الفترة (١٩٧٦: ٢٠١٧م)

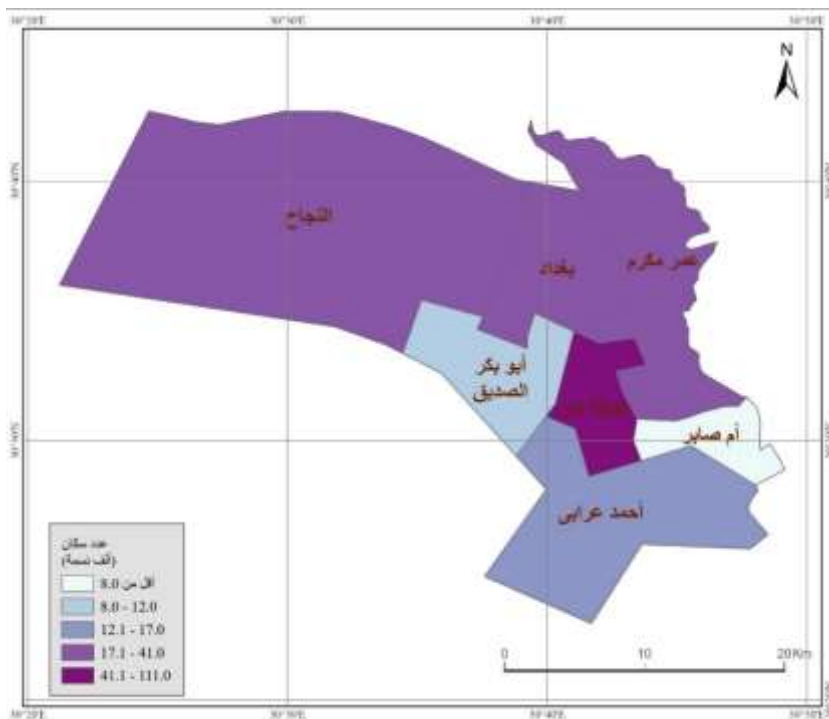
ويتضح من (جدول ٢) و(شكل ٢) أن عدد سكان في مركز بدر بلغ ٢٤٢ ألف نسمة لعام ٢٠٢٠، وللوقوف على معدل النمو في مركز بدر بحسب الوحدات المحلية يتضح أن أعلى معدل النمو سجل في بدر وعمر مكرم بمعدل ٢,٢%، أما أدنى معدل نمو للسكان تظهر في النجاح وناحيتي أحمد عرابي وأبو بكر الصديق بمعدل ٢%.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد- مجلة علمية محكمة- إبريل ٢٠٢٥

(جدول ٣) توزيع السكان في مركز بدر حسب الوحدات المحلية عام 2020^١

الوحدة المحلية	عدد سكان (ألف نسمة)	%	معدل النمو السكاني ٢٠١٧-٢٠٠٦
بدر	١١١	٤٥,٦	٢,٢
النجاح	٣٢	١٣,٦	٢
عمر مكرم	٤١	١٦,٩	٢,٢
أم صابر	٨	٣,٣	٢,١
بغداد	١٩	٨,٨	٢,١
أحمد عرابي	١٧	٦,٨	٢
أبو بكر الصديق	١٢	٥,٠	٢
مجموع المركز	٢٤٢		
الوسط الحسابي	-		٢,٠٩
الانحراف المعياري	-		٠,٠٩

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على التعدادين المذكورين ومعادلة الإسقاطات



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على جدول

(شكل ٣) توزيع السكان في مركز بدر حسب الوحدات المحلية عام 2020

$$r = \left(\sqrt{\frac{p1}{p0}} - 1 \right) \times 100 (*)$$

١ إسقاطات عام 2020 م.)
 =r معدل النمو السكاني.
 =p1 عدد السكان التعداد اللاحق.
 =t عدد السنوات الفاصلة بين التعدادين.
 =p0 عدد السكان التعداد السابق.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

وتعد الكثافة السكانية إحدى الوسائل الملائمة لتقويم التباين في توزيع السكان، إذ أن كثافة السكان تعد مقياساً لاستجابة الإنسان للبيئة التي يعيش فيها ومقدار التفاعل بينها.

= الوحدات المحلية التي تبلغ فيها الكثافة السكانية من 500 نسمة/كم² فأكثر:
تضم هذه الفئة وحدتين هما بغداد وأبو بكر الصديق بكثافة سكانية بلغت 923,7 نسمة/كم² و868 نسمة/كم² على التوالي. ويرجع ارتفاع الكثافة السكانية في هاتين الوحدتين إلى صغر مساحتها.

= الوحدات المحلية التي تبلغ فيها الكثافة السكانية من (200-500 نسمة/كم²):
يضم هذا الاقليم وحدة النجاح بكثافة بلغت 483 نسمة/كم²، تليها أحمد عرابي بكثافة 437,6 نسمة/كم²، وبدر 424 نسمة/كم²، وأما عمر مكرم فقد بلغت الكثافة حوالي 247 نسمة/كم².

= الوحدات المحلية التي تبلغ فيها الكثافة السكانية أقل من 200 نسمة / كم²:
يضم هذا الاقليم وحدة إدارية واحدة فقط وهي أم صابر، فقد بلغت الكثافة السكانية لها 15,4 نسمة/كم²، ويرجع سبب انخفاض الكثافة السكانية إلى اتساع مساحتها التي تضم مناطق صحراوية واسعة خالية من السكان.

ثانياً- خصائص سكان مركز بدر:

من الضروري دراسة التركيب السكاني في مركز بدر لعلاقته بالصحة الإنجابية، فهي تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، فهي تتأثر بانتشار الأمية والبطالة وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه، كما تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها، والزواج المبكر وعدد المواليد وتكوين الأسرة، فضلاً عن مكانة المرأة في المجتمع متمثلة بتعرض النساء للتمييز.

١=التركيب البيئي:

يشتمل مركز بدر على مدينة واحدة هي بدر، حيث بلغ عدد سكان الحضر ١١١ ألف بنسبة ٤٥٪ من إجمالي سكانه، حيث تتوفر في المدينة الخدمات المجتمعية وفرص العمل. أما بالنسبة للفئات العمرية حسب البيئة، فهي تختلف عند مقارنة فئة عمرية في الحضر مع الفئة العمرية نفسها في الريف، كما تختلف عند مقارنة فئة عمرية مع فئة عمرية أخرى سواء في الحضر أم الريف.

ومن خلال (جدول ٤) (وشكل ٤) نلاحظ بأن جميع الفئات العمرية في الحضر تظهر بعدد أكبر عند مقارنتها مع نفس الفئات العمرية في الريف ويرجع ذلك إلى كبر عدد سكان الحضر في المركز مقارنة بالريف.

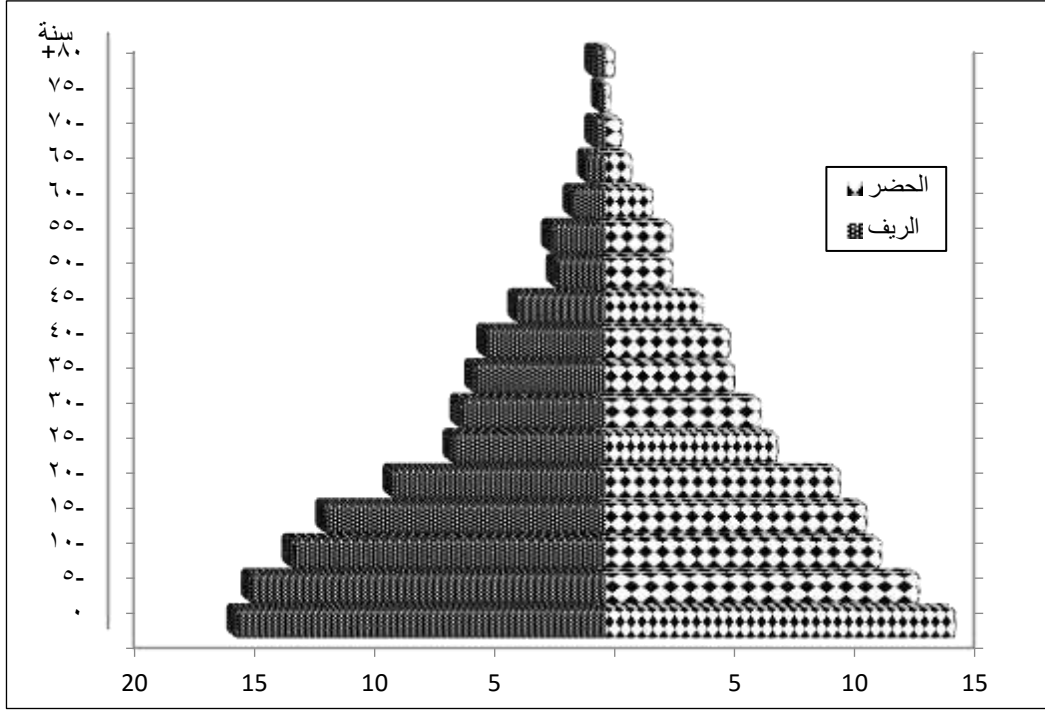
نلاحظ أن الفئة العمرية صغار السن من (0-4) سنة ظهرت بأكبر النسب وبالمرتبة الأولى عند مقارنة اعدادها ونسبها مع الفئات العمرية الأخرى سواء في الحضر أو الريف، إذ بلغت نسبة السكان الحضر في هذه الفئة 14,7% من مجموع السكان الحضر في جميع الفئات العمرية، أما في الريف فقد بلغت 15,5% من مجموع السكان الريف في جميع الفئات العمرية، ويرجع سبب الارتفاع إلى العادات والتقاليد للسكان سواء في الريف الذي يظهر فيه حالات زواج الإناث بعمر مبكر وتزداد فيه فرص الحمل والولادة، ويلاحظ أيضا تأثر عدد من السكان الحضر بعادات وتقاليد الريف كما هو الحال في الكثير من طالبات المدارس الثانوية وطالبات الجامعة وهن متزوجات وأمهات وطالبات في آن واحد، وهذا يؤدي إلى ارتفاع عدد السكان في هذه الفئة العمرية.

(جدول ٤) التوزيع النسبي لفئات الأعمار الخمسية حسب البيئة لسكان مركز بدر

وفق تعداد ٢٠١٧

الفئة العمرية	الحضر %	الريف %	إجمالي المركز
0-	14,7	15,5	15
5-	13,2	14,9	13,8
10-	11,6	13,2	12,1
15-	11	11,8	11,2
20-	9,9	9	9,6
25-	7,3	6,5	7
30-	6,6	6,2	6,5
35-	5,5	5,6	5,5
40-	5,3	5,1	5,3
45-	4,2	3,8	4,1
50-	2,9	2,2	2,7
55-	2,8	2,4	2,7
60-	2,1	1,5	1,9
65-	1,2	0,9	1,1
70-	0,8	0,6	0,7
75-	0,3	0,3	0,3
80 فأكثر	0,5	0,6	0,5
المجموع	66,9	33,1	100

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على بيانات تعداد ٢٠١٧



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على بيانات (جدول ٤)

(شكل ٤) التوزيع النسبي لفئات الأعمار الخمسية حسب البيئة لسكان مركز بدر وفق تعداد

٢٠١٧

ويظهر تأثير البيئة الحضرية والريفية على الصحة الإنجابية للمرأة باعتبار كل واحدة تعد بيئة مكانية مستقلة تحكمها عوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية وصحية، يضاف إلى ذلك عمل المرأة في النشاط الزراعي وهو انعكاس لعوامل اجتماعية واقتصادية في الريف، وإنجاب عدد كبير من الأولاد لاستخدامهم كأيدي عاملة في النشاط الزراعي أو لغرض التباهي بين الأسر الريفية هي أيضاً انعكاس لعوامل اجتماعية واقتصادية، وانخفاض المستوى التعليمي للمرأة الريفية وتسرب عدد كبير في المرحلة الابتدائية والزواج في سن مبكر تحت تأثير العوامل الاجتماعية (العادات والتقاليد)، ناهيك عن قلة الخدمات الصحية المقدمة للمرأة الريفية وثقافتها الصحية المرتبطة طردياً بمستواها التعليمي، كلها عوامل تؤثر وبشكل سلبي على الصحة الإنجابية للمرأة الريفية. في حين أن الصحة الإنجابية للمرأة في الحضر هي أفضل حالاً من المرأة في الريف لارتفاع المستوى التعليمي وتأخر الزواج وتأخير الحمل وتقليل عدد الولادات والمباعدة الزمنية بين طفل وآخر (ابتسام طعيم صبر البديري، ٢٠٢٠، ١٧) ومن الجدير بالذكر أن ما تم ذكره سابقاً لا يمكن تعميمه على كل النساء في الريف والحضر.

2- التركيب العمري والنوعي:

يعد التركيب العمري من أهم العوامل للديموغرافية للدلالة على قوة السكان الإنتاجية ومقدار حيويتهم، إذ يعد ناتجا لعناصر النمو السكاني (الخصوبة، الوفيات، الهجرة) التي لا يمكن فصل أحدها عن الآخر.

لدراسة التركيب العمري للإناث في سن الإنجاب أهمية كبيرة في موضوع الصحة الإنجابية، لما لها من تأثير بالغ على صحتها وقدرتها على تحمل المضاعفات الناجمة عن تكرار عملية الحمل والولادة.

يبلغ عدد النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) في مركز بدر ٣١,٤ ألف نسمة، منهن ٢١,٤ ألف امرأة في سن الإنجاب في الحضر و ١٠ آلاف امرأة في سن الإنجاب في الريف عام 2020، وعند تقسيم النساء في سن الإنجاب إلى فئات خمسية يتبين لنا أن جميع الفئات العمرية في الحضر هي بعدد أكبر من الريف ما عدا الفئة العمرية الأولى والفئة العمرية الخامسة.

-الفئة العمرية الأولى(15-19) سنة:

تمثل المرتبة الأولى وبنسبة 22.5% من مجموع الإناث في سن الإنجاب في المركز، إذ ترتفع ضمن هذه الفئة نسبة الزواج المبكر، وبلغت نسبتهن 21.7% في الحضر و 23.7% في الريف، وتعاني أغلب النساء ضمن هذه الفئة من مضاعفات الحمل ومنها كثرة عدد الاسقاطات.

-الفئة العمرية الثانية(20-24) سنة:

ظهرت في المرتبة الثانية و شكلت نسبة (19.3%) من مجموع الإناث في سن الإنجاب في المركز وبنسبة (19.7%) في الحضر و بنسبة (18.2%) في الريف.

-الفئة العمرية الثالثة(25-29) سنة:

بلغت نسبتها (13.8%) من مجموع الإناث في سن الإنجاب في المركز لتأتي بالمرتبة التالية، أما في الحضر فسجلت نسبة (13,9%) وفي الريف نسبة (13.5%).

-الفئة العمرية الرابعة(30-34) سنة:

شكلت نسبة (13.3%) من مجموع الإناث في سن الإنجاب في المركز لتكون في المرتبة الرابعة، وبلغت نسبتهن في الحضر (13.1%) أما في الريف (13.3%)، وتعد كل من الفئة الثانية والثالثة والرابعة التي تمتد بين (20-34) سنة أفضل الفئات العمرية المناسبة للحمل والإنجاب إذ تقل فيها المضاعفات الناتجة عن الحمل والولادة وإذا ما تعرضت النساء ضمن هذه الفئات إلى بعض المضاعفات، فعلى الأغلب هن أكثر قدرة على تحمل هذه المضاعفات من الفئة العمرية الأولى (15-19) سنة أو الفئات العمرية بعد سن (35) سنة مما أدى إلى تسميتها الفئة العمرية الآمنة.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

-الفئة العمرية الخامسة (35 - 39) سنة:

سجلت نسبة (11.7 %) من مجموع الإناث في سن الإنجاب لتمثلا لمرتبة الخامسة، إذ بلغت نسبتها في الحضر (11.4%) ، وفي الريف (12.4%).

-الفئة العمرية السادسة (40-44) سنة:

تمثل المرتبة السادسة للإناث في سن الإنجاب إذ شكلت نسبتها (10.9%) ، إذ بلغت (11.2%) في الحضر ، و(10.4%) في الريف.

-الفئة العمرية السابعة (45-49) سنة:

ظهرت في المرتبة الأخيرة بنسبة بلغت (8.5%) من مجموع الإناث في سن الإنجاب في المركز، إذ بلغت نسبتها (7.8%) في الحضر ، و(8.2%) في الريف.

ويمكن أن نطلق تسمية الفئات العمرية الخطرة على الفئات العمرية التي تمتد من عمر (35-49) سنة، وللعمر تأثير على المرأة الحامل التي يمكن أن تتعرض إلى مضاعفات كثيرة وقد تظهر في هذه الفئات العمرية حالات أكثر من الاسقاطات والتشوهات الخلقية وخاصة التي أنجبت أكثر من خمسة أطفال.

٣=التركيب التعليمي:

إن زيادة المتعلمين من شأنه أن يرفع مستوى الوعي الصحي لدى المواطنين عن طريق اتباعهم التعليمات الوقائية والصحية ومن ثم تقليل الإصابة بالأمراض المختلفة وعلى خلاف ذلك فإن تفشي الأمية والجهل بين المواطنين، ولا سيما كبار السن وبعض النساء اللاتي يلتزم بالعبادات المتوارية في معالجة بعض الحالات والأمراض إذ تعتبر من أهم العوائق التي تحول دون مراجعة المراكز الصحية والمستشفيات لغرض المعالجة.

يتضح من نتائج الدراسة الميدانية و(جدول ٥) تباين المستويات التعليمية للإناث في سن الإنجاب، وظهر أكبر الأعداد في المستوى التعليمي (تقرأ وتكتب) بنسبة 19,2% من المجموع الكلي لجميع المستويات التعليمية في المركز، وفي المرتبة للثانية نجد الإناث في المستوى التعليمي (ابتدائية) شكلت نسبة 19% من المجموع الكلي لجميع المستويات التعليمية في المركز.

(جدول ٥) التوزيع العددي والنسبي للإناث في الإنجاب (15-49)

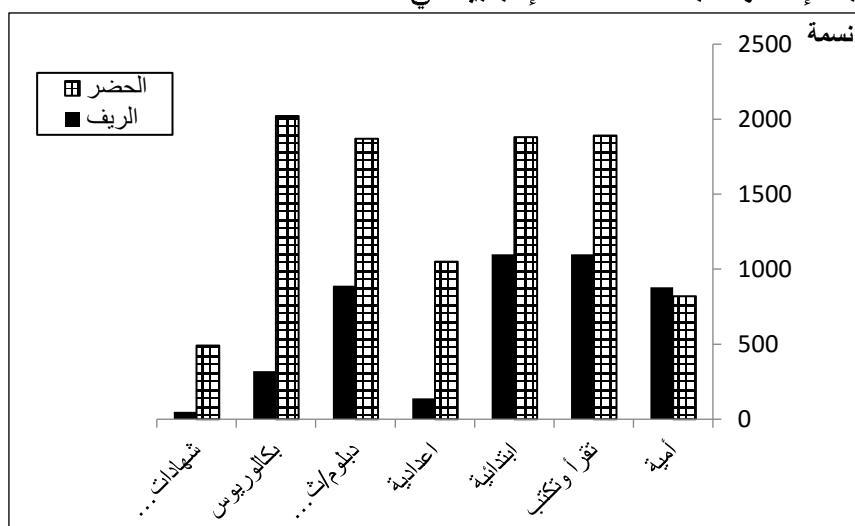
حسب المستوى التعليمي في مركز بدر وفق تعداد ٢٠١٧

المجموع		الريف		الحضر		المستوى التعليمي
العدد	%	العدد	%	العدد	%	
1700	10.9	880	19.2	820	7.4	أمية
2990	19.2	1100	24	1890	17.2	تقرأ وتكتب
2980	19	1100	24	1880	17.1	ابتدائية
1190	7.6	140	3.1	1050	9.5	اعدادية
3860	24.8	890	21.6	1870	26	دبلوم/ث عامة
2340	15	320	7	2020	18.3	بكالوريوس
540	3.5	50	1.1	490	4.5	شهادات عليا
14500	100	4480	29.4	10020	70.6	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على تعداد ٢٠١٧

ويبلغ مجموع المستويات الثلاث (أمية ويقرأ ويكتب وابتدائية) نسبة 49,2%، ومن الطبيعي أن يؤثر المستوى التعليمي المختص للإناث في سن الإنجاب وبهذه الأعداد والنسب على الصحة الإنجابية وبشكل سلبي.

أما المستويات التعليمية (دبلوم وبكالوريوس وشهادات عليا) فقد بلغ مجموعها ٤٣٦٠ أنثى شكلت نسبة 28% من مجموع المستويات. وعلى الرغم من كونها أقل عدداً من المستويات التعليمية السابقة إلا أنها تجعل الصحة الإنجابية في حال أفضل.



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على بيانات (جدول ٥)

(شكل ٥) التوزيع العددي والنسبي للإناث في الإنجاب (15-49) حسب المستوى التعليمي في مركز بدر وفق

تعداد ٢٠١٧

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

٤ = التركيب الاقتصادي:

تعد دراسة التركيب الاقتصادي للسكان من المواضيع المهمة، وذلك لارتباطها بالقوى العاملة وحجم هذه القوى وتركيبها بحسب السن والجنس وتوزيعها حسب مكان ممارسة العمل والإقامة ونوع المهنة والنشاط الاقتصادي بالإضافة إلى مستوياتها التعليمية ومستويات المهارة والأجور وساعات العمل وغيرها، وهي أساس لازم لوضع خطط المستقبل سواء في مشروعات التنمية الاقتصادية أم في مجال الخدمات العامة، وكذلك معرفة معدلات البطالة وتوزيعها حسب العمر والنوع، وحجم القوى العاملة في المستقبل اعتمادا على اتجاه معدلات التغير في نمو السكان وخصائصهم الاجتماعية واسهام الإناث في القوى العاملة والمستوى التعليمي للسكان.

يتبين من نتائج الدراسة الميدانية (جدول ٦) و(شكل ٦) ظهور الإناث في سن الإنجاب اللواتي لم يعملن بأكثر الأعداد والنسب وبواقع (984) أنثى وبنسبة (63%)، وهي نسبة كبيرة تدل على أن أكثر من نصف الإناث لا يعملن في أي نشاط اقتصادي، وتشير الدراسات إلى إير البطالة على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية للمرأة مما يؤثر بشكل كبير على الصحة الإنجابية.

وعلى المستوى البيئي تتباين النسب المئوية اللواتي لم يعملن، إذ بلغ عدد الإناث اللواتي لم يعملن في الحضر (62) وبنسبة (56,9%)، وفي الريف بلغ العدد (357) وبنسبة (77,9%).

أما حسب المهنة ففي الحضر يلاحظ زيادة عدد الإناث العاملات في القطاع الحكومي (في المهن الثلاث) الاختصاصيين، المديرين، الموظفين بواقع 301 أنثى وبنسبة 27.3% وفي الريف انخفضت بواقع 35 أنثى وبنسبة 7.6%.

ويلاحظ في الحضر انخفاض أعداد الإناث العاملات في الزراعة وتربية الحيوانات بواقع 11 أنثى وبنسبة 1% مقابل ارتفاع أعداد الإناث العاملات في الزراعة وتربية الحيوانات في الريف بواقع (36) أنثى وبنسبة 7.9%.

(جدول ٦) التوزيع العددي والنسبي للإناث العاملات في سن الإنجاب حسب المهنة

في مركز بدر عام ٢٠٢٣

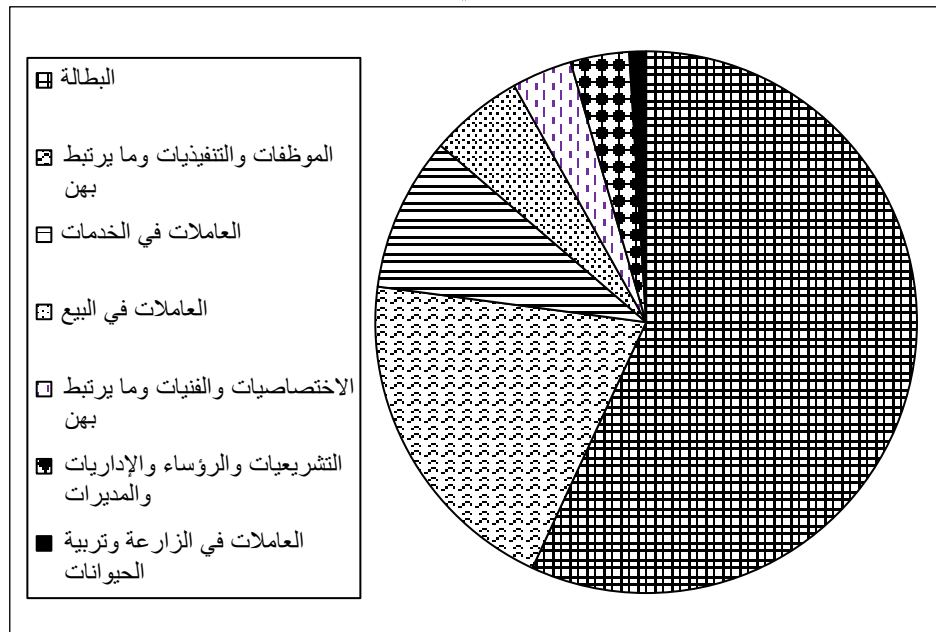
المهنة	العدد	%
الاختصاصيات والفنيات وما يرتبط بهن	40	3,6
التشريعات والرؤساء والإداريات والمديرات	38	3,5
الموظفات والتنفيذيات وما يرتبط بهن	223	20,2

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد- مجلة علمية محكمة- إبريل ٢٠٢٥

5,6	62	العاملات في البيع
9,2	101	العاملات في الخدمات
1	11	العاملات في الزراعة وتربية الحيوانات
-	-	غير مبين
56,9	627	البطالة
100	1102	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على الدراسة الميدانية، 2023

ومن الطبيعي أن يؤثر نوع المهنة في الصحة الإيجابية، مثل اختلاف الجهد البدني حسب طبيعة ونوع المهنة (الزراعة، وظيفة حكومية) ، وتباين المستوى المعيشي حسب نوع المهنة، وأثر الوظيفة في السلوك الإيجابي للعاملات، مثل العاملات في الحضر في المهن الثلاث الأولى الاختصاصيين، المديرين، الموظفين، واتخاذهن لقرارات خاصة مع الرجل في تحديد عدد الأطفال وتحديد وقت الإنجاب بشكل يتلائم مع طبيعة العمل، ويظهر العكس عند العاملات في الزراعة والحاجة إلى إنجاب الأطفال كأيدي عاملة، إضافة إلى الثقافة الصحية المرتبطة بنوع المهنة مثل مهنة الإختصاصيين ومهن العاملات في الصحة والتعليم.



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على بيانات (جدول ٦)

(شكل ٦) التوزيع العددي والنسبي للإناث العاملات في سن الإنجاب حسب المهنة

في مركز بدر عام ٢٠٢٣

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

المبحث الثاني - مؤشرات الصحة الإنجابية في مركز بدر

يهدف هذا المبحث إلى توضيح مؤشرات الصحة الإنجابية المعتمدة من قبل الصحة العالمية وهي كل من) استعمال وسائل منع الحمل من قبل الأمهات، وفيات الأمهات أثناء الحمل والولادة والنفاس، الولادات الميتة المتعلقة بالولادة، الأمهات المصابات بفقر الدم، الاشراف على الولادة ومكان الولادة (والكشف عنها من خلال توزيعها المكاني على مستوى الوحدات المحلية لمنطقة الدراسة للأمهات في سن الإنجاب (15-49).

أولاً- استعمال وسائل منع الحمل من قبل الأمهات:

يعرف هذا المؤشر على أنه النسبة المئوية للأمهات في سن الإنجاب (15-49) سنة اللواتي يستعملن وسائل منع الحمل في وقت معين، ويعد هذا المؤشر مهما لدوره في قياس مدى أهمية استعمال طرائق منع الحمل، وإمكانية الوصول إلى تنظيم الأسرة، فضلا عن أهميته في تقليل وفيات وأمراض الإنجاب عندما يستخدم لمنع الحمل المبكر جدا أو متأخر جدا أو لمنع تكرار الحمل المتقارب أو لمنع الحمل المتكرر كثيرا، مما يعطي انطبعا على مستوى الوعي الصحي بين الأزواج، كما أن وسائل تنظيم الأسرة تعد من الخدمات الصحية التي تساعد الزوجين في اتخاذ القرارات المتعلقة بإنجاب الأطفال وتوقيته وتحديد ما يتناسب مع وضعهم الصحي والاجتماعي.

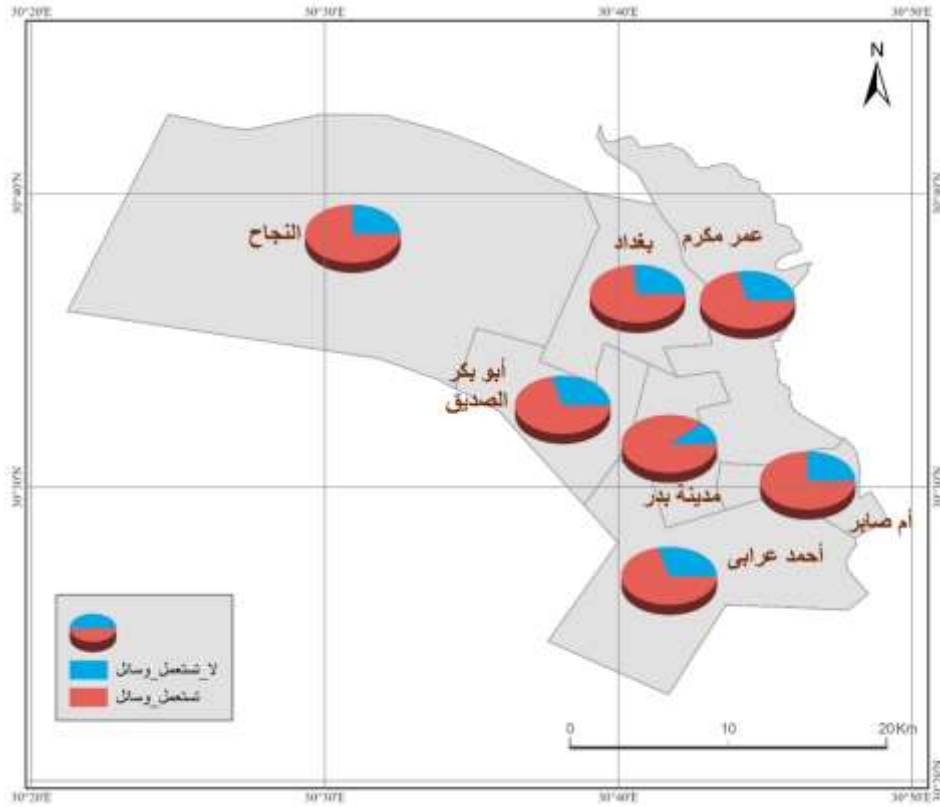
في منطقة الدراسة بلغ عدد النساء المتزوجات اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل 905 امرأة من مجموع أفراد العينة البالغة 1102، ويوضح (جدول 7) أن أعلى نسبة سجلت للأمهات المستخدمات لوسائل منع الحمل في حضر من منطقة الدراسة في بدر ونسبة 63,8%، والنسبة الباقية في الريف.

(جدول 7) التوزيع العددي والنسبي لعينة الدراسة للأمهات المستعملات وغير المستعملات لوسائل منع

الحمل حسب الوحدات المحلية في مركز بدر عام 2023

الوحدات المحلية	تستعمل	%	لا تستعمل	%	مجموع
بدر	577	10,4	67	89,6	644
النجاح	24	25,0	8	75,0	32
عمر مكرم	179	29,5	75	70,5	254
أم صابر	15	25,0	5	75,0	20
بغداد	82	26,8	30	73,2	112
أحمد عرابي	14	30,0	6	70,0	20
أبو بكر الصديق	14	30,0	6	70,0	20

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على الدراسة الميدانية، 2023



شكل (٧) التوزيع العددي والنسبي لعينة الدراسة للأمهات المستعملات وغير المستعملات

لوسائل منع الحمل حسب الوحدات المحلية في مركز بدر عام 2023

أما بالنسبة للأمهات اللاتي لا يستعملن أي وسيلة لمنع الحمل، فقد جاءت عمر مكرم بالمرتبة الأولى من حيث عدد الأمهات الغير مستعملات لوسائل منع الحمل وبنسبة قدرها 38.1%، وفي المرتبة الثانية بدر وبنسبة قدرها 34%، في حين احتلت بغداد المرتبة للثالثة وبنسبة قدرها 15.2%، وفي المرتبة الرابعة النجاح وبنسبة 4.1%، أما ناحيتا أحمد عرابي وأبو بكر الصديق فقد حصلتا على المرتبة الخامسة بنسبة 3% لكل منهما، في حين احتل المرتبة الأخيرة أم صابر وبنسبة قدرها 2.6%.

هذا التباين الواضح في استعمال وسائل منع الحمل قد يعكس عدد من المتغيرات التي تعيشها المرأة والتي يختلف تأثيرها ونسبها من وحدة إدارية إلى وحدة إدارية أخرى والتي يمكن تناولها كالآتي:

1 – استعمال وسائل منع الحمل وفق عدد الأطفال:

هذا المتغير تختلف نسبه من وحدة إدارية إلى أخرى في منطقة الدراسة ومن عدد أطفال إلى آخر وقد تم تحديد ثلاث فئات لذلك لمعرفة هذا التباين وهي:

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

أ- الفئة الأولى: من (لديها طفل واحد فقط) :

إن مجموع الأمهات اللواتي لديهن طفل واحد فقط في منطقة الدراسة والمستعملات لوسائل منع الحمل بلغ 71 امرأة شكلن نسبة 7,9% من مجموع الأمهات المستعملات لوسائل منع الحمل في المركز.

ب- الفئة الثانية: من (لديها 2-4 أطفال)

إن مجموع الأمهات اللواتي لديهن (2- 4) أطفال في حصر منطقة للدراسة والمستعملات لوسائل منع الحمل بلغ 593 امرأة شكلن نسبة 65.5% من مجموع الأمهات المستعملات لوسائل منع الحمل، أما الأمهات غير المستعملات لوسائل منع الحمل بلغ عددهن 80 امرأة شكلن نسبة 40.6% من مجموع الأمهات الغير مستخدمات لوسائل منع الحمل.

ج- الفئة الثالثة: من لديها 5 أطفال فأكثر

وفي وفق للدراسة الميدانية نجد أن مجموع الأمهات اللواتي لديهن 5 أطفال فأكثر والمستعملات لوسائل منع الحمل بلغ عددهن 241 امرأة شكلن نسبة 26.6% من مجموع الأمهات المستعملات لوسائل منع الحمل، أما الأمهات غير المستعملات لوسائل منع الحمل بلغ عددهن 71 شكلن نسبة 36% من مجموع الأمهات غير المستعملات لوسائل منع الحمل في المركز.

فيما تقدم يتضح أن عدد النساء المتزوجات الاتي يستعملن وسائل منع الحمل بلغن 1126 امرأة، أما اللواتي لم يستخدمن وسائل منع الحمل فقد بلغن 434 امرأة، وان اغلب المتعلمات هن أكثر استعمالاً لوسائل منع الحمل من اللواتي تعليمهن أقل.

٢- نوعية وسائل منع الحمل:

يتضح من خلال الدراسة الميدانية اختلاف نوعية وسائل منع الحمل المستعملة من قبل النساء المتزوجات، وهي تصنف إلى نوعين رئيسيين هما الوسيلة الطبيعية والوسيلة الصناعية، والتي تتمثل في: الحبوب واللولب والحقن.

٣- الأسباب الي تمنع الأمهات من استعمال وسائل منع الحمل:

هناك أسباب كثيرة تمنع الأمهات من استعمال وسائل منع الحمل، منها صعوبة الحصول على معلومات وخدمات تخص تنظيم الأسرة، أو بسبب المعتقدات الشخصية أو الدينية، والثقافة الصحية للرجل والمرأة، أسباب مادية أو اجتماعية تمنع المرأة من استعمال وسائل منع الحمل، مثل المستوى المعيشي ومعارضة الرجل لتلك الاستعمالات، فضلاً عن قلق المرأة من استعمال وسائل منع الحمل بسبب ما تتصوره مما ينجم من آثار سلبية قد تضر بصحتها أو

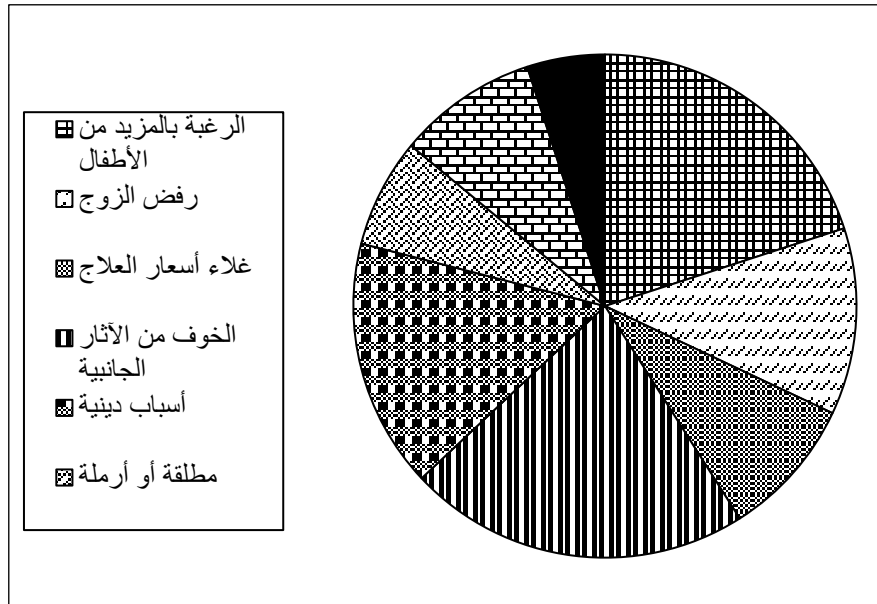
مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد- مجلة علمية محكمة- إبريل ٢٠٢٥

خصوبتها في المستقبل في حال استعمالها لتلك الوسائل، وقد أظهرت عدد من الدراسات بأنه لا توجد طريقة فعالة لمنع الحمل مئة بالمئة وأن هنالك ما يقدر من 8 إلى 30 مليون حمل تقع كل عام نتيجة لفشل وسيلة منع الحمل، أو بسبب عدم استعمالها باستمرار أو استعمالها بشكل خاطئ (أزهار جابر مراد الحسنوي، ٢٠١٤، ٣٣) على مستوى العالم.

(جدول ٨) التوزيع النسبي لأسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل في مركز بدر عام ٢٠٢٣

السبب	%	السبب	%
الرغبة بالمزيد من الأطفال	٢٠	أسباب دينية	١٦
رفض الزوج	١٢	مطلقة أو أرملة	٧
غلاء أسعار العلاج	٩	لا تجدي نفعا	٩
الخوف من الآثار الجانبية	٢٢	عدم توفرها	٥
المجموع	١٠٠		

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على الدراسة الميدانية، 2023



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على بيانات (جدول ٨)

(شكل ٧) التوزيع النسبي لأسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل في مركز بدر عام ٢٠٢٣

ثانياً- وفيات الأمهات خلال الحمل والولادة والنفاس

يقصد بوفيات الأمهات (وفاة المرأة أثناء الحمل والولادة بغض النظر عن مدة ومكان الحمل على أن تكون الوفاة نتيجة لسبب يرجع إلى الحمل أو يزداد سوءاً بحدوث الحمل)، ويعتبر الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى الوفاة بين النساء في العديد من البلدان النامية (حشمة محمود أمين، ٢٠٠٠، ٦٦)

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

وهناك مجموعة من الأسباب لوفيات الأمهات منها ما تحصل بطريقة مباشرة وبعضها غير مباشرة ويمكن توضيحها ما يلي:

١ = الأسباب الصحية المباشرة

هناك حوالي 80% من مجموع وفيات الأمهات على الصعيد العالمي نتيجة لأسباب مباشرة تنشأ أثناء الحمل والولادة والنفاس ومن أهم وأكثر الأسباب شيوعاً في العالم ما يلي:

-**الاضطرابات الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم الحلمي:** تحدث هذه الوفيات من خلال التشنجات النفاسية، وهي تسهم بنسبة 12% من وفيات الأمهات، ويمكن اتقاء الوفيات الناتجة عن هذا السبب من خلال المتابعة أثناء الحمل وأخذ العلاج المناسب.

-**النزيف:** يعد النزيف الزائد عن الكمية الطبيعية من أكبر الأسباب التي تؤدي إلى وفيات الأمومة حول العالم، فبينما يكون النزيف ما بعد الولادة متوقعا ومقبولا، إلا أن فقدان الدم بشكل غزير يعد خطيرا وقد يهدد بالوفاة.

-**الإنتان:** ينشأ الإنتان عندما تؤدي استجابة الجسم للعدوى إلى إصابة أنسجة الجسم وأعضائه، وقد يفضي إلى الصدمة الإنتانية والفشل العضوي للعديد من أجهزة الجسم بل قد يصل الأمر إلى الوفاة، ما لم يكتشف في وقت مبكر ويعالج على الفور. (ربا السيد محمد ابو كميل، 2011، 88)

-**الولادة المتعسرة أو المطولة:** هناك حوالي 8% من وفيات الأمهات ناجمة عن هذا السبب، إذ تتجم عادة لعدم تناسب الرأس مع الحوض وهذا الوضع غير طبيعي للجنين إذ لا يسمح بمروره خلال قناة الولادة ويتوأكب هذ الوضع مع حالات سوء لتغذية.

-**مضاعفات الاجهاض غير المأمون:** وينجم نتيجة هذه المضاعفات بنحو 13% من وفيات الأمهات في العالم وفي بعض أنحاء العالم يرتبط نحو ثلث وفيات الأمهات أو أكثر بالاجهاض غير المأمون.

٢ - الأسباب الصحية غير المباشرة

تتمثل بالمستوى المعيشي المنخفض الذي يحد من إمكانية حصول الأمهات على الخدمات الصحية والمواد الطبية والتغذية الجيدة ليكون بصحة وتغذية جيدة، فضلا عن إمكانية الحصول على خدمات التولد الأساسية، ناهيك عن التقليد الاجتماعية وعدم قدرة الأمهات على اتخاذ القرار بخصوص الحمل وما يتعلق بالصحة الإنجابية، كما يساهم العمل البدني المرهق وسوء التغذية إلى تدني صحة الأم وارتفاع نسبة وفيات الأمهات.

وتقاس نسبة وفيات الأمهات بمعدلين، الأول نسبة وفيات الأمهات مقابل المواليد الحية في نفس العام ويستخرج بقسمة عدد وفيات الأمهات على عدد المواليد الحية مضروبا في

١,٠٠٠,٠٠٠، والثاني نسبة وفيات الأمهات مقابل النساء في سن الحمل (15-49) في نفس العام ويستخرج قسمة عدد وفيات الأمهات عدد النساء في سن الحمل مضروباً في ١,٠٠٠,٠٠٠، ومن ملاحظة (جدول ٩) تبين عن عدد وفيات الأمهات في مركز بدر لعام 2020 بلغ ثمان حالات وفاة مقابل 54266 ولادة حية، وهذا يعني أن نسبة وفيات الأمهات في منطقة الدراسة بلغت 4.7 تمثل وفاة للأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠.

وعلى مستوى والوحدات المحلية ومن خلال الاطلاع على (جدول ٩) نجد بأن هنالك تبايناً في نسب وفيات الأمهات مقابل الولادات الحية، فظهرت أعلى النسب في أبو بكر الصديق بنسبة 83.3 تمثل وفيات الأمهات لكل 100000 من الولادات الحية، يليها بغداد بنسبة 62.2 تمثل وفيات الأمهات لكل 100000 من الولادات الحية، ومن ثم النجاح بنسبة 32,2 تمثل وفيات الأمهات لكل 100000 من الولادات الحية، يليه بدر بنسبة 11,1 تمثل وفيات الأمهات لكل 100000 من الولادات الحية، ولم تسجل عمر مكرم وأم صابر وأحمد عرابي أي نسب عام 2020، وهذا التباين في نسب وفيات الأمهات يرجع إلى عدة أسباب من أهمها أن أغلب النساء غير متعلقات وعدم ادراكهن إلى ضرورة مراجعة المؤسسات الصحية لغرض الاستفادة من الخدمات الصحية لا سيما النساء في المناطق الريفية بالإضافة إلى تباين مستوى الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي تعيشها الأم ذاتها، وأن هذه الأسباب قد تسهم بصورة سلبية على صحة الإنجابية للنساء مما تؤدي إلى الوفاة.

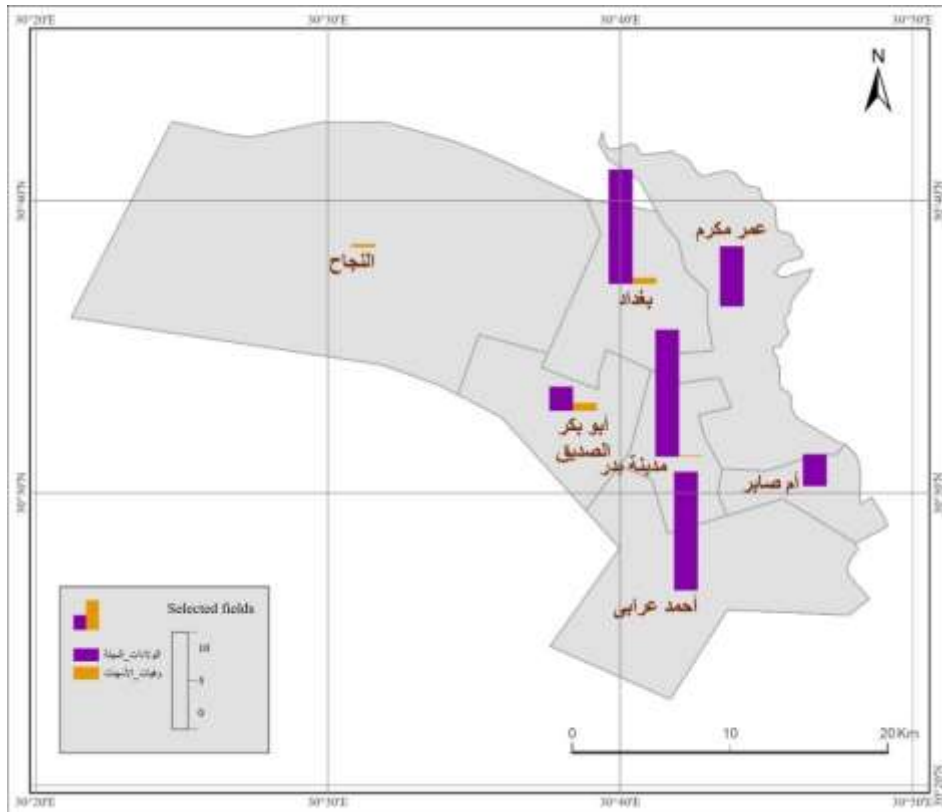
(جدول ٩) التوزيع العددي والنسبي للولادات الحية ووفيات الأمهات ونسبة وفيات الأمهات من

الولادات الحية حسب الوحدات المحلية في مركز بدر عام 2020

الولادات الميتة		وفيات الأمهات		الولادات الحية	الوحدات المحلية
العدد	1 / 100.000	العدد	1 / 100.000		
471	13,1	4	11,1	35950	بدر
0	0	1	32,2	3105	النجاح
48	6,2	0	0	7762	عمر مكرم
3	3,3	0	0	907	أم صابر
38	11,8	2	62,2	3216	بغداد
26	12,2	0	0	2125	أحمد عرابي
3	2,5	1	83,3	1201	أبو بكر الصديق
589	10,9	8	14,7	54266	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على: الوحدة المحلية بمركز ومدينة بدر، بيانات غير منشورة، 2020.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)



التوزيع النسبي للولادات الحية ووفيات الأمهات ونسبة وفيات الأمهات من الولادات الحية حسب الوحدات المحلية في مركز بدر عام 2020

ثالثاً- الولادات الميتة المتعلقة بالولادة:

يقصد بالولادات الميتة المتعلقة بالولادة وفاة الجنين بعد أن يبلغ 28 أسبوعاً وكذلك وفاة المولود في الأسبوع الأول بعد الولادة، ويطلق على وفاة المولود في الأسبوع الأول بعد الولادة بوفيات الأطفال حديثي الولادة.

1-الولادات الميتة (الجنين بعد أن يبلغ 28 أسبوع):

بلغ عدد الولادات الميتة للجنين في الأسبوع الثامن والعشرون من الحمل ولادة ميتة سجلتها إحصاءات مديرية الصحة في مركز بدر عام 2020، ويشير التوزيع النسبي للولادات الميتة على مستوى الوحدات المحلية في مركز بدر إلى أن هناك تباين كبير فيما بينها تبعاً لتباين مستوى تأثير المتغيرات المؤثرة على صحة الأم الإنجابية وولادة طفل ميت مثل ضعف صحة الأمومة وقلة الرعاية الصحية وسوء التغذية خلال مدة الحمل.

ومن خلال الاطلاع على (جدول 9)، يتضح أن أعلى نسبة للولادات الميتة في بدر بلغت 1، 13 / 100,000 لكل ولادة حية، يليه أحمد عرابي بنسبة 2، 12 / 100,000 ولادة حية، ثم بغداد، في حين لم تسجل أي نسبة تذكر للولادات الميتة في النجاح في عام 2020، وتتباين الولادات الميتة من وحدة إدارية إلى أخرى على مستوى منطقة الدراسة وفقاً للظروف المختلفة التي تعيشها الأم.

2 - وفيات الأطفال حديثي الولادة:

وتشمل الوفيات التي تقع بين أطفال الأسبوع الأول من الولادة. وتختلف أسباب وفاة الأطفال حسب العمر اختلافا جوهريا فهي ترتفع ارتفاعا واضحا في الأيام الأولى من الشهر الأول، وتكون أسباب الوفاة داخلية كامنة أو ترتبط بالظرف الصحي لمكان الولادة.

ويقصد بالأسباب الداخلية الكامنة، نقص وزن الطفل، تسمم الدم الجرثومي، التشوهات الخلقية، وأظهرت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات التي جرت في مصر أن من أهم الأسباب المؤدية إلى وفيات الأطفال بهذا العمر هي التشوهات الخلقية ونقص الوزن وتسمم الدم الجرثومي، فضلا عن الظروف الصحية لمكان الولادة. (سارا تشانا راد كليف، ٢٠٠٩، ٥٥).

وهناك أسباب أخرى لا يمكن إغفالها لهاتأثير على هذه الوفيات ومنها عمر الأم والمباعدة الزمنية بين الولادات، إذ أن قرب المدة الزمنية بين الولادات تؤدي إلى وفيات بنسبة أعلى بسبب الضغط الحاصل على الجهاز الفسيولوجي للأم مما يسبب ضآلة أوزان المواليد، وقلة إدرار اللبن، والحد من الرضاعة الطبيعية، بالإضافة إلى عبء العناية بعدد كبير من الأطفال الصغار (سمير محمد الرديسي، ٢٠٠١، ٩٠).

وقد بلغ عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة في مركز بدر عام 2020 (٢٤٩) بنسبة ٤,٦ في مركز بدر (جدول ١٠) و(شكل ٨).

(جدول ١٠) التوزيع العددي والنسبي للولادات الحية ووفيات الأطفال حديثي الولادة

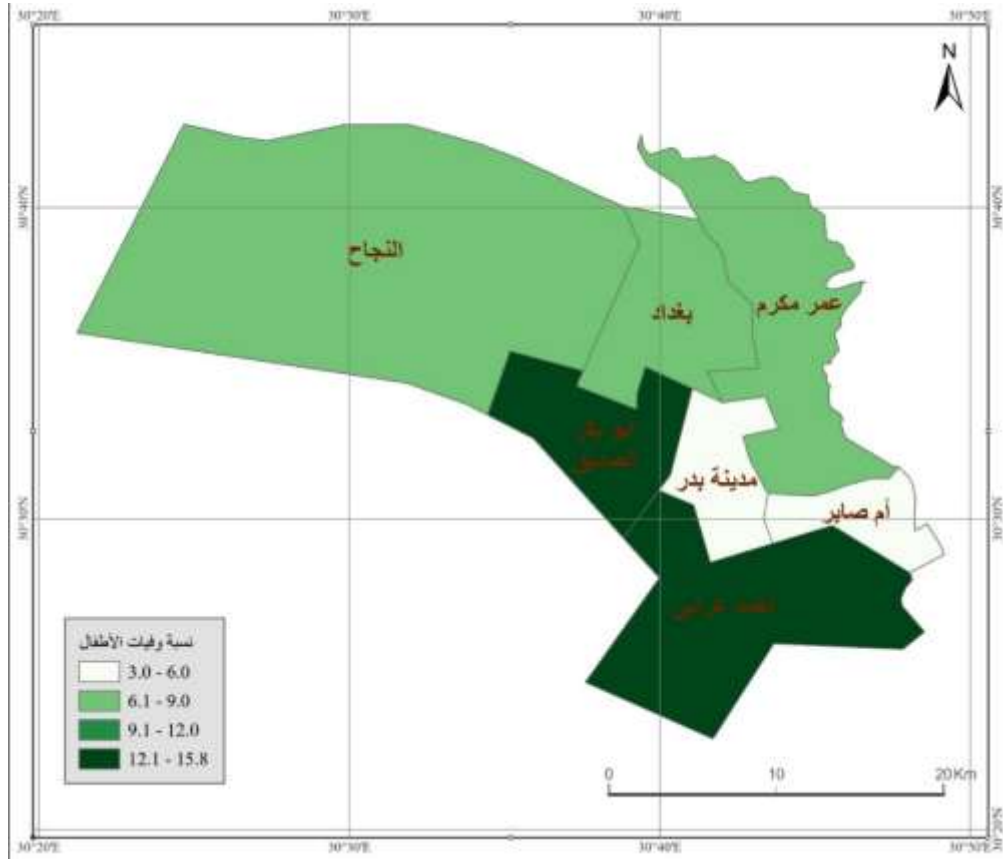
ونسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة حسب الوحدات المحلية في مركز بدر عام 2020

الوحدات المحلية	الولادات الحية ووفيات الأطفال حديثي الولادة	
	العدد	1 / 100.000
بدر	35950	109 / 3
النجاح	3105	19 / 6,1
عمر مكرم	7762	49 / 6,3
أم صابر	907	5 / 5,5
بغداد	3216	21 / 6,5
أحمد عرابي	2125	27 / 12,7
أبو بكر الصديق	1201	19 / 15,8
المجموع	54266	249 / 4,6

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على: الوحدة المحلية بمركز ومدينة بدر، بيانات غير منشورة، 2020

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

وقد يتباين من أم إلى أخرى بفعل التباين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي تعيشها الأم، وهذا يكون له تأثير واضح على المولود مما يعرضه للموت، وهذا المؤشر مهم جدا للحالة الصحية ومستويات المعيشة العامة التي تميز تركيز الوفيات في الأطفال حديثي الولادة.



(شكل ٨) التوزيع النسبي للولادات الحية ووفيات الأطفال حديثي الولادة ونسبة وفيات

الأطفال حديثي الولادة حسب الوحدات المحلية في مركز بدر عام 2020

رابعاً- الأمهات المصابات بفقر الدم:

يعرف فقر الدم على أنه عدم قدرة الدم على إيصال الكمية الكافية من الأوكسجين لخلايا وأنسجة الجسم وهذا يحدث نتيجة لوجود انخفاض في تركيز هيموغلوبين الدم، وفي عدد كريات الدم الحمراء عن معدلها الطبيعي.

ويعد فقر الدم من أكثر الاضطرابات الدموية انتشارا في مختلف أنحاء العالم وخاصة في دول العالم الثالث، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بفقر الدم عنصر الحديد الذي له دور فعال في إنتاج هيموغلوبين الدم، ومن أكثر الفئات المعرضة بفقر الدم هي كل من النساء الحوامل، وحسب ما توصلت إليه دراسة عن الأمهات الحوامل فإن حوالي 50% من النساء الحوامل يعانين من نقص عنصر الحديد (مرام بنت منصور بن حمزة زاهد، ٢٠١٠، ٤٠).

وتظهر هذه المشكلة الصحية بسبب زيادة كمية الدم التي ينتجها الجسم للمساعدة في توفير التغذية للطفل، ومما يزيد من حدتها سوء التغذية والعمل المرهق والولادة المتكررة وتقارب المدة بين الولادات (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٤، ٤١)

يعرف هذا المؤشر على أنه النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (15-49) سنة اللواتي تتخضع لديهن نسبة الهيموغلوبين بنسبة أقل من 11غم/ملم 3 بالنسبة للنساء الحوامل، وأقل من 12غم/ملم 3 للنساء غير الحوامل، ويعد هذا المؤشر كمقياس مباشر للصحة العامة ومقياس تقريبي للوضع الغذائي، فقد يكون فقر الدم بسبب الحمل المتكرر القريب أو بسبب فقدان الدم، وليس له علاقة بالتغذية إلا أنه يعد مؤشرا متمما لنسبة وفاة الأم ونسبة الوفاة قبل الولادة، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن أكثر من ثلث الأمهات الحوامل في العالم يعانين من فقر الدم، وأكثر من نصف الأمهات الحوامل في العالم مستوى الهيموغلوبين لديهن يؤكد على إصابتهن بفقر الدم. (سهاد محمد ميرغني، ٢٠٠٨، ٩)

إن الأمهات اللواتي يعانين من فقر الدم أكثر عرضة للعدوى أثناء الحمل والولادة وقد يواجهن مخاطرة كثيرة قد تصل إلى الموت فجأة نتيجة النزف أثناء الولادة كما أنها أكثر عرضة لمخاطر العمليات في حالة الاحتياج إلى الولادة القيصرية. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٤، ٤٦)

ويتضح من خلال البيانات غير المنشورة (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمحافظة البحيرة، قسم الإحصاء، ٢٠١٩) أن هناك 435 من الأمهات في حضر منطقة الدراسة يعانين من فقر الدم، أما في ريف منطقة الدراسة هناك 135 من الأمهات يعانين من فقر الدم، وهذا التباين بين الوحدات المحلية يعكس تباين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية للأمهات.

ومن الجدير بالذكر أن اغلب إصابات الأمهات بفقر الدم هو بسبب سوء التغذية الذي يعتبر حالة خطيرة تحدث عندما يحتوي النظام الغذائي للمرأة على عناصر غذائية غير كافية ولا تلبي متطلبات جسمها وجسم طفلها المتنامي في احشائها، ويؤثر سوء التغذية تأثيرا سلبيا على صحة الأم وكذلك على صحة الجنين ويعرضها للإصابة بعدة أمراض فضلا عن المضاعفات أثناء الولادة وما بعدها.

خامسا- الإشراف على الولادة ومكان الولادة:

يعد الإشراف على ولادة ومكان الولادة من المحددات الضرورية التي يجب الأخذ بها بعين الاعتبار عند إنجاب الطفل، لما له من أثر على صحة الأم وعلى بقاء الطفل على قيد الحياة ولاسيما إذا كانت الأم أو الطفل لديهم بعض المشكلات الصحية، بل أن حدوث ولادة آمنة ونظيفة يرتبط بمكان الولادة مع وجود كادر طبي مؤهل (فوزي علي جار الله، ١٩٨٢، ١٦)، ولتأحية ذلك مسألة مهمة في التقليل من وفيات الأمهات والمواليد.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

تؤكد منظمة الصحة العالمية على مكان الولادة المتمثل في المؤسسة الصحية (المستشفى أو المركز الصحي) التي تضم الأدوية والأجهزة الطبية التي تغطي جميع احتياجات الأم الحامل وتلاني أي حالات طارئة ترافق ذلك، مع وجود المشرف الماهر كالتبيب أو الطبيبة أو الممرضة أو القابلة التي أكملت تدريبها المهني.

وتزداد مخاطر الحمل في المنزل وتحت إشراف اللقابلات الثقليات غير المتدربات اللواتي لم يحصلن على أي نوع من التدريبات الصحية الخاصة بالولادة وغير المجازات صحيا وتبقى الخطورة قائمة حتى لو كانت الولادة تحت إشراف اللقابلات المتدربات المجازات صحيا لعدم توفر الأدوية والاحتياطات اللازمة لمواجهة المضاعفات التي ترافق عملية الولادة.

ويتضح من (جدول ١١) أن نسب الولادات التي حصلت في المستشفى في حضر مركز بدر بلغت 76,6% ونسبة الولادات التي حصلت في المنزل 23,4%.

وهناك تباين في النسب المئوية لمكان الولادة والإشراف حسب الوحدات المحلية، فيما يخص مكان الولادة (المستشفى) ظهرت أعلى الولادات في مدينة بدر بعدد 484 ولادة وبنسبة 57,3%.

وقد يكون للموقع الجغرافي للمستشفيات أثر في تباين عدد الولادات في المستشفيات وحسب الوحدات الإدارية.

لأما فيما يخص الولادة في المنزل فقد يرجع ذلك إلى شعور بعض الأمهات بالأمان والاطمئنان في الولادة بالمنزل وتحت إشراف القابلة.

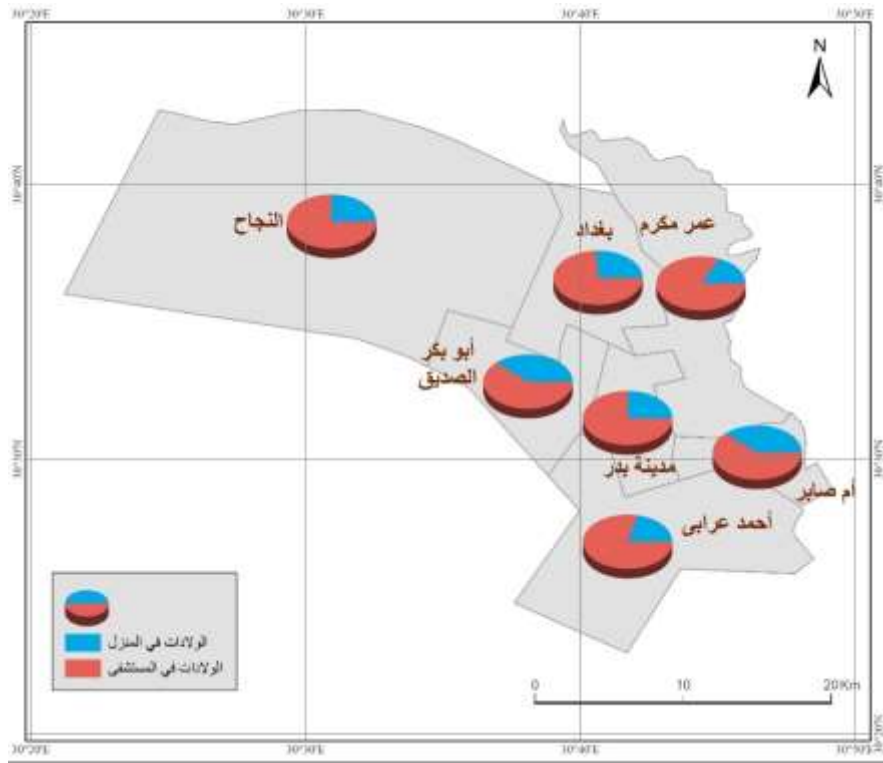
(جدول ١١) التوزيع العددي والنسبي للولادات في المؤسسات الصحية والمنازل في

الوحدات المحلية في مركز بدر عام 2023 وفق عينة الدراسة

الوحدات المحلية	أفراد العينة	الولادات في المستشفى		الولادات في المنزل	
		العدد	%	العدد	%
بدر	٦٤٤	٤٨٤	٧٥.١٦	١٦٠	٢٤.٨٤
النجاح	٣٢	٤٢	٧٥.٠٠	٨	٢٥.٠٠
عمر مكرم	٢٥٤	٢١٣	٨٣.٨٦	٤١	١٦.١٤
أم صابر	٢٠	١٢	٦٠.٠٠	٨	٤٠.٠٠
بغداد	١١٢	٨٣	٧٤.١١	٢٩	٢٥.٨٩
أحمد عرابي	٢٠	١٦	٨٠.٠٠	٤	٢٠.٠٠
أبو بكر الصديق	٢٠	١٢	٦٠.٠٠	٨	٤٠.٠٠

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على: الدراسة الميدانية، 2023

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد- مجلة علمية محكمة- إبريل ٢٠٢٥



(شكل ٩) التوزيع النسبي للولادات في المؤسسات الصحية والمنازل في الوحدات المحلية في مركز بدر عام 2023 وفق عينة الدراسة

سادسا- مستويات مؤشرات الصحة الإيجابية في مركز بدر

وفقا لدراسة مؤشرات الصحة الإيجابية السابقة الذكر وبعد احتساب المجموع الرتبي لها على مستوى المكان لمنطقة الدراسة والمبين في (جدول ١٢) تتضح الصورة النهائية لمستوى الصحة الإيجابية للأمهات (15-49) سنة في مركز بدر وهي كالاتي:

المستوى الاول (17-21) رتبة: وقد ضم نواحي النجاح بالدرجة الأولى، إذ بلغ المجموع الرتبي لمؤشرات الصحة الإيجابية له (17) رتبة، وبالدرجة الثانية مدينة بدر إذ بلغ المجموع الرتبي لها (19) رتبة، وبالدرجة الثالثة نواحي عمر مكرم إذ بلغ المجموع الرتبي له (20) رتبة وبالدرجة الرابعة أم صابر إذ بلغ المجموع الرتبي له (21) رتبة.

المستوى الثاني (26-29) رتبة: وقد ضم أحمد عرابي بمجموع رتبي (26) رتبة، ثم أبو بكر الصديق بمجموع رتبي بلغ 28، ومن ثم بغداد بمجموع رتبي 29 رتبة ليسجل أدنى مستوى للصحة الإيجابية في منطقة الدراسة.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

(جدول ١٢) توزيع مراتب مؤشرات الصحة الإنجابية للأمهات في سن الإنجاب (15-49)

في مركز بدر عام 2023

مراتب الوحدات المحلية							المؤشرات
أبو بكر الصديق	أحمد عرابي	بغداد	أم صابر	عمر مكرم	النجاح	مدينة بدر	
5	4	6	7	3	2	1	نسبة استعمال وسائل منع الحمل
5	4	4	1	1	3	2	وفيات الأمهات
2	6	5	3	4	1	7	الولادات الميتة
7	6	5	2	4	3	1	وفيات الأطفال حديثي الولادة
4	2	3	1	5	6	7	نسبة الإصابة بفقر الدم
5	4	6	7	3	2	1	الولادات التي تتم بإشراف كادر صحي متدرب
28	26	29	21	20	17	19	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على: بيانات جدول (٦) و(٧) و(٨) و(٩) و(١٠) و(١١)

وبذلك يمكن القول أن بغداد تأتي في المرتبة الأولى من حيث تدهور مستوى الصحة الإنجابية للأمهات (15-49) سنة، ولا سيما من حيث انخفاض نسبة استعمال وسائل منع الحمل في الناحية فضلاً عن ارتفاع نسبتي وفيات الأمهات ووفيات الأطفال حديثي الولادة بالإضافة إلى انخفاض نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف كوادر صحية متدربة، وهذا ما يجعلها في مقدمة الوحدات المحلية التي تحتاج إلى رفع مستوى الوعي الصحي لساكنيها وأهمية التنظيم الأسري وتأثيره على صحة الأم والطفل، وفي المرتبة الثانية من حيث تدهور الصحة الإنجابية تأتي نواحي أبو بكر الصديق، وهذا يعود أيضاً إلى انخفاض نسبة استعمال وسائل منع الحمل وارتفاع نسبة الولادات الميتة ووفيات الأطفال حديثي الولادة وانخفاض نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف كوادر صحية متدربة.

المبحث الثالث - الاتجاهات المستقبلية لمنع الحمل وتنظيم الأسرة في مركز بدر

إن تحديد الوسيلة الآمنة والفعالة والمناسبة لتنظيم الأسرة تعد من الأمور المهمة للزوجين من أجل تحقيق رغباتهم الإنجابية دون الحصول على حمل مبكر أو متأخر، أو من أجل التحكم في المدة التي تفصل بين ولادة وأخرى في تحديد عدد الأولاد أو توقفهم عن الإنجاب إذا ما أرادوا ذلك.

فالعالم اليوم يقطع أشواطاً كبيرة في استخدام وسائل منع الحمل بكافة أنواعها مع التوعية والإرشاد حيث أخذت مأخذها من المتزوجين على تنظيم الأسرة والحد من حالات

الإنتاج المتكررة التي لا تتلاءم مع الأوضاع الاقتصادية والسياسية والأمنية في مختلف دول العالم عامة ومنطقة الدراسة خاصة، وكلما قلت الولادات كلما قلت الحالات المرضية التي تتعرض لها الأمهات كما تقل وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة فضلا عن انخفاض حالات الإجهاض وذلك لأن عملية تكرار الحمل هي عملية مرهقة ومتعبة للمرأة، فلا بد من استعمال موانع الحمل للسنوات القادمة لتحديد النسل، فكلما قل عدد أفراد الأسرة كلما تمكنا من إنقاذ أنفسهم بصورة جيدة، فهناك أسر تستطيع تلبية متطلبات أطفالها وهناك أسر لا تستطيع ذلك بحكم أعدادهم الكبيرة، أما الأسر متوسطة الأعداد وكذلك الصغيرة لها فرصة أكبر لتلبية احتياجات أطفالهم وخاصة نحن في وقت أصبح فيه المجتمع عرضة لوسائل الاعلام ومغريات منتجات الدول الأخرى وتنافس السلع فأصبحت المتطلبات كثيرة من تقنيات وتكنولوجيا ووسائل التواصل الاجتماعي وغيرها، كما أصبحت هذه الأسر لها فرصة أكبر لإكمال تعليمهم، وخصوص الأسر ذات المستوى الاقتصادي المتدني فيجب عليها استعمال وسائل تنظيم الأسرة بشكل كبير والاعتماد على الطرق غير المكلفة وطرق ذاتية وشخصية يتم من خلالها السيطرة على عملية الإنتاج.

وفي المستقبل هناك الكثير من النساء في مركز بدر ولا سيما في الحضر لديهن نوايا واضحة في استعمال وسائل منع الحمل وبلغ عددهن 539 في الحضر شكلن نسبة 48,9% من مجموع النوايا في الحضر، وفي الريف بلغ عددهن 158 شكلن نسبة 34,5% من مجموع النوايا في الريف، أما اللواتي ليس لديهن النية في استعمال وسائل منع الحمل فقد بلغ عددهن 423 في الحضر شكلن نسبة 38,4% من مجموع النوايا في الحضر، وفي الريف بلغ عددهن 260 شكلن نسبة 56,8% من مجموع النوايا في الريف، وتظهر هذه الأعداد والنسب لأن الكثير منهن كبيرات السن وبعضهن مطلقات وآرامل والبعض الآخر زوجات جدد لديهن الرغبة في إنجاب الأطفال، كما توضح رغبة النساء في الريف على إنجاب المزيد من الأطفال.

ومن خلال الدراسة الميدانية و(جدول ١٣) يتضح لنا تباين نوايا المستعملات لوسائل منع الحمل في حضر وريف منطقة الدراسة، وفيما يخص من لديهن نوايا في استعمال وسائل منع الحمل في حضر منطقة الدراسة سجل أعلى نسبة في حضر بدر 61.4%، وأدناه في أم صابر بنسبة 1.3%، أما في الريف فأن أعلى نسبة سجل في النجاح 34.2% وأدنى نسبة سجل في أم صابر 3.8%، أما اللواتي ليس لديهن النية على استعمال وسائل منع الحمل ففي الحضر سجل أعلى نسبة في بدر بنسبة 50.6%، وأدناها في أحمد عرابي بنسبة 1.9%، أما في الريف سجلت أعلى نسبة في النجاح 35.8%، وأدناها في مركز قضاء أم صابر 5.4%، أما اللواتي لا يعرفن نواياهن فقد سجل أعلى نسبة في حضر مركز قضاء كربلاء 70.7%، وأدناها في

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

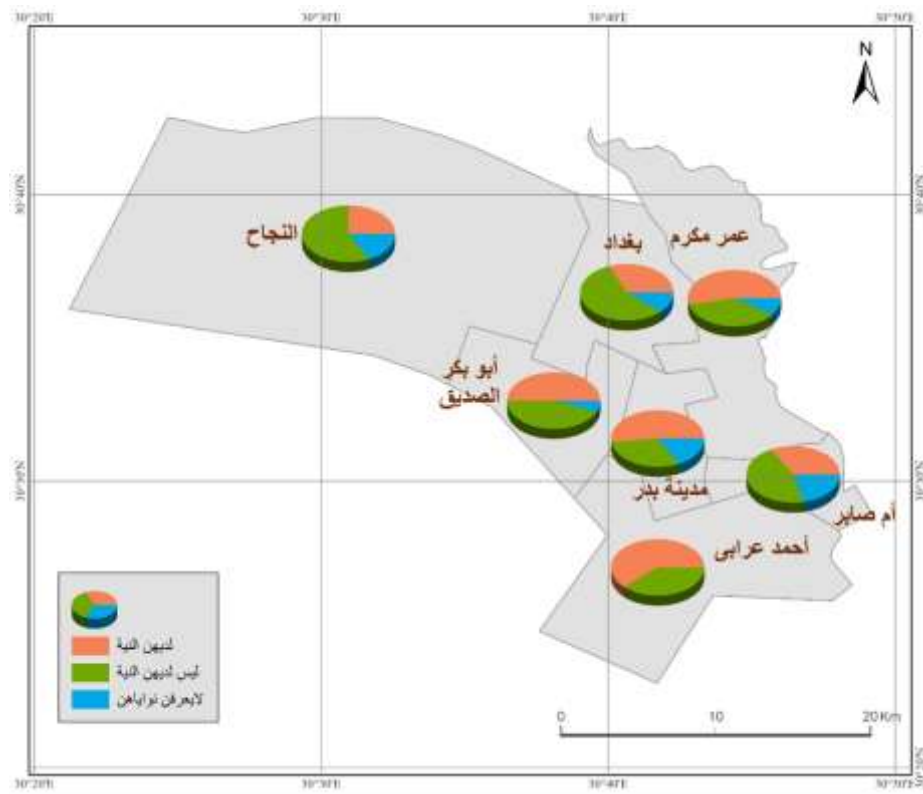
أبو بكر الصديق بنسبة 0.7% ، ولم تسجل أي حالة في ناحية الجدول الغربي، أما في الريف فقد سجلت أعلى نسبة في ناحية الخيرات 27.5% ، وأدناه في النجاح بنسبة 5%.

(جدول ١٣) الاتجاهات المستقبلية للتوزيع العددي والنسبي لمستعملات وسائل منع الحمل حسب

نوايا كل منهن في مركز بدر (2030)

المجموع	لديهن النية على الاستعمال		ليس لديهن النية على الاستعمال		لا يعرفن نواياهن		الوحدات الإدارية
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
٦٤٤	٣٣١	٥١.٤٠	٦٤٤	٣٣.٢٣	٩٩	١٥.٣٧	بدر
٣٢	٨	٢٥.٠٠	٣٢	٥٩.٣٨	٥	١٥.٦٣	النجاح
٢٥٤	١٣٤	٥٢.٧٦	٢٥٤	٣٩.٣٧	٢٠	٧.٨٧	عمر مكرم
٢٠	٧	٣٥.٠٠	٢٠	٤٥.٠٠	٤	٢٠.٠٠	أم صابر
١١٢	٣٧	٣٣.٠٤	١١٢	٥٧.١٤	١١	٩.٨٢	بغداد
٢٠	١٢	٦٠.٠٠	٢٠	٠,٤٠	٠	٠,٠٠	أحمد عرابي
٢٠	١٠	٠,٥٠	٢٠	٠,٤٥	١	٠,٠٥	أبو بكر الصديق

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على: الدراسة الميدانية، 2020



(شكل رقم ٩) الاتجاهات المستقبلية للتوزيع العددي والنسبي لمستعملات وسائل منع الحمل

حسب نوايا كل منهن في مركز بدر (2030)

فيما سبق يتضح أن اغلب النساء في الحضر من منطقة الدراسة يرغبن في استعمال وسائل تنظيم الأسرة في المستقبل، أما في الريف فإن أغلب النساء لا يرغبن في استعمال هذه الوسائل وذلك لأنهن يمتلكن الرغبة بالمزيد من الأطفال أو بسبب معارضة الزوج. ويعد تنظيم الأسرة عنصر من عناصر رعاية الصحة الإيجابية، كما يعد من المعايير الأساسية التي تبين نسبة الأفراد الذين يستخدمون وسائل منع الحمل والذين يرغبون في المبادعة، فقد تعددت وسائل تنظيم الأسرة لهذا تتطلب من الأسر اختيار وسيلة منع الحمل في ظل الالمام بظروفها الصحية والاجتماعية وسنوات زواجها، بالإضافة إلى الإرشاد وتوجيه النساء كيفية استعمالها، ومن خلال نتائج الدراسات التي تناولت قضايا السلوك الإنجابي ووسائل تنظيم النسل المتمثلة بالاتجاهات والميول الخاصة بوقت الإنجاب، توصلت هذه الدراسات إلى انخفاض معدل الولادات، لهذا يعد وسائل منع الحمل من الوسائل المسيطرة على النمو السكاني، وأظهرت إحدى الدراسات بأن هناك تبايناً في النساء المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة إذ ترتفع نسبة المستعملات إلى 68% للفئة العمرية 20-24 سنة، ثم تتخفض النسبة إلى 41% للنساء ذات الفئات العمرية (30-34) سنة، بعدها تتخفض إلى 22% للفئة العمرية (45-49) سنة، كما أظهرت دراسة أخرى انخفاض معدل الإنجاب من 6.6% مولود إلى 5.0 مولود وهذا ناتج عن استخدام الأسرة لوسائل تنظيم الأسرة، ليتسنى لرب الأسرة أن يوفر حياة كريمة لأبنائه¹. ومن أهم الأهداف الإستراتيجية للصحة الإيجابية للأم والطفل المتعلقة بالإنجاب وتنظيم الأسرة:

- ١- توسيع وتطوير خدمات تنظيم الأسرة وتحسينها.
- ٢- سن تشريعات لضمان حقوق الأسرة والأم والطفل.
- ٣- تعزيز استعمال وسائل خدمات تنظيم الأسرة ورفع نسبة المستخدمات من هذه الخدمات من 33% إلى 55% .
- ٤- ادخال المشورة والتثقيف الصحي ضمن خدمات تنظيم الأسرة بأن يكون 50% من مقدمي الخدمات قادرين على القيام بالمشورة للأزواج في تنظيم الأسرة.
- ٥- التوسع بتقديم خدمات تنظيم الأسرة في مراكز الرعاية الصحية الأولية ولا تقتصر على عيادات تنظيم الأسرة في المستشفيات والعيادات الطبية والشعبية².
- ٦- وضع سياسة سكانية طويلة الامد تكون محددة الاهداف وتنسم بالوضوح والشفافية.
- ٧- تنمية ثقافة استعمال وسائل منع الحمل الحديثة لتنظيم الأسرة بين النساء كافة وفي البيئات الحضرية والريفية.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

٨- تشجيع القطاع الخاص على توفير بدائل متعددة ومتنوعة لوسائل تنظيم الأسرة وبأسعار منخفضة.

٩- تبني مشروع متكامل لتنظيم الأسرة مدعوم بإرادته سياسية وتشريعات خاصة مع توفير المستلزمات اللوجستية لإنجابه)1(.

وبهذا يتضح أن العوامل والمتغيرات الذاتية والموضوعية لها أثر كبير على صحة الأم الإنجابية في مركز بدر، وأن هذه المتغيرات التي لاحظناها سابقا تعمل بصورة مترابطة مع بعضها البعض وبدرجات متباينة، وفقا للظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والصحية التي تعيشها الأم، وهذا يشير إلى أن صحة المجتمع تتجسد في صحة الأم، إلا أن الأم ليست الوحيدة المسؤولة عن صحة الطفل والمجتمع فالرجال والمؤسسات الصحية والتربوية والمؤسسات الخدمية الحكومية الأهلية تشترك جميعها في هذه المهمة، إلا أن على المرأة عامة والأم بصورة خاصة تقع المسؤولية الأكبر من ذلك لأن صحة الوليد مرتبطة بصحتها خلال مدة الحمل وبأوضاعها قبله وبعده، وأن وقاية الأطفال من الأمراض وتقديم المساعدة الفورية لهم مرتبطة بوعي الأم وإدراكها.

الخاتمة

أ- النتائج:

توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- ١- عدم توفر خدمات كافية للصحة الإنجابية وعدم لفادة المرأة من هذه الخدمات لأن معظم المراكز الصحية في المركز تقدم خدماتها في وقت الصباح مما يؤدي إلى عدم إفادة الأمهات الموظفات من تلك الخدمات التي تتعارض مع مدة دوامهن وخاصة أن بعض للدوائر بعيدة عن المراكز الأولية وهذا يؤدي إلى إهمال صحتهن وتعرضهن إلى بعض المشاكل الصحية فضلا عن عدم تلقي الجرعات من اللقاح بشكل كافي أثناء الحمل.
- ٢- وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي والإنجاب في منطقة الدراسة، فكلما زاد المستوى التعليمي قل الإنجاب، كما أبانت الدراسة أن العلاقة بين التعليم واستعمال وسائل منع الحمل علاقة طردية كلما زاد مستوى التعليم زاد استعمال الموانع.
- ٣- عدد أطفال المرأة العاملة أقل مقارنة مع المرأة غير العاملة، وأن المرأة العاملة أكثر استخداما لموانع الحمل من المرأة غير العاملة.
- ٤- التدني في المستوى الاقتصادي يجعل معظم النساء لا يستعملن موانع الحمل وهذا بدوره يؤدي إلى كيرة الولادات وقلّة مدد بين حمل واخر أي لا يتم المباعدة بين الأحمال.
- ٥- هناك الكثير من النساء وضعهن الاقتصادي جيد لكن لا يستعملن موانع الحمل ولا وسائل تنظيم الاسرة لرغبتها بإنجاب المزيد من الأطفال خاصا إذا كانت قد أنجبت عددا من الإناث دون أي ذكر فهي تستمر بالحمل والولادة حتى تنجب الذكر.
- ٦- نسبة وفيات الأمهات غالبا ما تكون مضللة بسبب عدم دقة البيانات والإحصائيات المسجلة ولا سيما ما يحدث الوفاة خارج المؤسسات الصحية، فضلا عن ذلك هناك الكثير من الوفيات لا تسجل خاصة إذا حدث نتيجة لحالات الاجهاض غير مشروعة، إذ بلغت نسبة وفيات الأمهات في مركز بدر المقدسة 14,7% لكل 100,000 ولادة حية.
- ٧- استنتج التحليل الإحصائي نسبة الولادات الميتة في مركز بدر بلغت 10,9% لكل 100.000 ولادة حية وأن أعلى نسبة سجلت في مركز قضاء كربلاء، وهناك الكثير من الولادات الميتة لا يتم تسجيلها لأن الكثير من الولادات تتم في المنزل وعلى أيدي قابلات غير مدربات وأحيانا غير مجازات للعمل وهذا يدخل كثيرا في المناطق الريفية.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

٨- الأطفال للذين يولدون وأوزانهم أقل من 2,5 كغم يكونون عرضة لكثير من الأمراض وبالنتيجة تكون فرصتهم بالحياة قليلة مقارنة مع الأطفال الذين يكونون أوزانهم أكثر من هذا الوزن.

٩- الأمهات اللاتي يعانين من فقر الدم أكثر عرضة للعدوى أثناء الحمل والولادة مما يواجهن مخاطر متزايدة قد تصل إلى الموت نتيجة النزف أثناء الولادة كما انها أكثر عرضة لمخاطر العمليات في حالة الاحتياج إلى الولادة القيصرية.

١٠- أغلب النساء المصابات بفقر الدم كانت بسبب سوء التغذية وذلك لعدم تقبلهن للأطعمة أثناء مدة الحمل والوحام وليست بسبب الحالة الاقتصادية فحسب، حيث تبين أن هناك علاقة طردية بين نسبة الأمهات سيئات التغذية ونسبة الأمهات المصابات بفقر الدم.

١١- تدني الوعي الكافي للكثير من النساء وخاصة في ريف منطقة الدراسة على الرغبة في إنجاب الكثير من الأطفال رغم تأثير ذلك على صحتهم وصحة الأطفال لعدم قدرتهم على توفير الحياة الاجتماعية الجيدة لهم.

١٢- تدخل الأهل في الأمور الإنجابية وعدم السماح للزوجة بتنظيم أسرتها وهذه العادات والتقاليد سائدة في الغالب في المناطق الريفية من منطقة الدراسة.

١٣- أغلب النساء تمت ولادتهن في المستشفيات بنسبة بلغت 76,6% في الحضر وبنسبة 49,6% في الريف من منطقة الدراسة.

١٤- وجود علاقة طردية بين نسبة الولادات التي تتم داخل المؤسسات الصحية وبين المستوى التعليمي للأمهات، أي كلما زادت نسبة المستوى التعليمي للأمهات زادت نسبة الولادات في المؤسسات الصحية.

ب-التوصيات:

من خلال الدراسة الميدانية والنتائج التي توصلت إليها هذا البحث توصي الدراسة بضرورة العمل على الآتي:

= تصميم نظام معلومات شاملة عن الصحة الإنجابية الذي يمكن أن يبدأ بشكل محلي في المراكز الصحية ليستعمل البيانات في التخطيط وإدارة النشاطات التطويرية وخدمات الصحة الإنجابية.

= إقامة ندوات ومؤتمرات عن قضايا الصحة الإنجابية.

= تحسين الخدمات الصحية المقدمة للسكان داخل المركز من خلال العمل على انشاء مستشفيات حكومية داخل كل ناحية تفتقر إليها وبواقع مستشفى واحدة فقط لكل وحدة محلية.

= دعم برنامج تنظيم الأسرة وتوسيع مجال عملها وتشجيع الاستفادة من خدماتها، وتوسيع خدمات الرعاية الصحية الأولية وخاصة فيما يتعلق بصحة الأم خاصة في المناطق الريفية.

= محاربة الزواج المبكر للفتيات في منطقة الدراسة، مما له آثار سلبية على الأمهات الصغيرات السن وذلك من خلال استخدام وسائل اعلامية لتوعية وتيقف الأسر من خلال برامج التوعية عن هذا الموضوع لنشر المفاهيم السليمة عن الصحة الإيجابية.

= تعيين طبيبات مختصات بالأمراض النفسية في المؤسسات الصحية لمناقشة مشاكل الأمهات الحوامل ومعرفة أسباب تردي صحتهن ومعرفة إذا كانت هناك تدخلات من قبل الاهالي واتخاذ القرارات الصارمة اتجاهها.

= تقوية امكانيات المراكز الصحية الأولية كي تستطيع توفير الخدمات والرعاية الضرورية لاسيما لمعالجة مضاعفات الحمل والولادة والكشف لمبكر عنها، وهذا من خلال توفير أطباء اختصاص نسائية وتوليد وإن كان ليوم واحد في الأسبوع وتوفير أجهزة سونار وأدوية كافية ومواد كيميائية، لإجراء التحاليل المخبرية المطلوبة لإعادة الثقة لدى الأهالي بخدمات تلك المراكز ولضمان استفادة كافة الفئات من الخدمات المقدمة لاسيما الفئات الفقيرة منها والتي يصعب عليها تحمل تكاليف التشخيص والعلاج لدى أطباء الاختصاص والتي قد لا تتحمل بعض الحالات فيها دورها بالحجز في المستشفيات لإجراء التحاليل والأشعة والسونار.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)

المراجع

- ابتسام طعيم صبر البدري (٢٠٢٠)، التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابي في قضاء الناصرية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة ذي قار.
- أزهار جابر مراد الحسناوي (٢٠١٤)، التحليل المكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظات الفرات الاوسط للمدة من (1997-2013) وتأثيراتها المستقبلية، رسالة دكتوراه، كلية التربية للبنات، جامعة الكوفة.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠١٨)، تعداد ٢٠١٧ - سكان محافظة البحيرة، القاهرة
الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠٢٠)، خريطة مركز بدر- محافظة البحيرة، مقياس ١:٥٠٠٠٠.
- حشمة محمود امين (٢٠٠٠)، الصحة الإنجابية للمرأة اللاجئة في المجتمعات وتأثير المتغيرات الاجتماعية عليها، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الاردنية.
- ربا السيد محمد ابو كميل (٢٠١١)، مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الإسلامية.
- زينب يعقوب مجيد الجاسم (٢٠٠٨)، التباين المكاني لبعض مؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة البصرة، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة البصرة.
- سارا تشانا راد كليف (٢٠٠٩)، موسوعة الأم والطفل، ترجمة فاطمة نصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- سمير محمد الرديسي (٢٠٠١)، الجغرافيا الطبية، دار عالم الكتب، الرياض.
- سهاد محمد ميرغني (٢٠٠٨)، الخصوبة والصحة الإنجابية بوحدة الريف الشمالي الإدارية في محلية الخرطوم بحري في الفترة من (1993-2006)، كلية الدراسات العليا، جامعة الخرطوم.
- السيد جلال محمد عكاشة (٢٠١١)، مركز بدر دراسة جغرافية، رسالة ماجستير، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة دمنهور.
- علاء الدين حسين عزت شلبي (٢٠١٤)، استخدام الصور الفضائية والخرائط الرقمية في تحديث البيانات الجغرافية تطبيقاً على مركز بدر، دورية الإنسانيات، جامعة دمنهور، عدد ٦٦
- فوزي علي جار الله (١٩٨٢)، الصحة العامة والرعاية الصحية، ط٣، دار المعارف، مصر.
- محمد محمود عيسى ابو زنيد (٢٠٠٧)، مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإنجابية، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.
- محمود حسين (١٩٨١)، الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- مرام بنت منصور بن حمزة زاهد (٢٠١٠)، مفهوم الصحة الإنجابية في المواثيق الدولية، دراسة نقدية في ضوء الإسلام مقدمة لكلية الشريعة في الرياض- جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمحافظة البحيرة، قسم الإحصاء (٢٠١٩)، بيانات غير منشورة. مفيدة عنصر (٢٠١٩)، تأثير وسائل منع الحمل على صحة الأم الجزائرية.. دراسة حالة ولاية خنشلة، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة باتنة.

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٤)، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، 1994، ص10
مها أسامة محمد الحاج يحيى (٢٠١٦)، مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية لبعض قضايا الصحة الإيجابية من واقع بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

ميسم مجيد حمود حمادي (٢٠١٤)، ثقافة الصحة الإيجابية لدى المرأة العراقية: دراسة ميدانية في مدينة بغداد، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة بغداد.

هبة الله نجاح جاسم الوسمي (٢٠١٧)، التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإيجابية في محافظة الميनी للفترة من 2005 وحتى عام 2015، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة ذي قار.

الوحدة المحلية بمركز ومدينة بدر، قسم نظم المعلومات ودعم اتخاذ القرار (٢٠١٩)، بيانات غير منشورة. وزارة الإسكان والمرافق والمجتمعات العمرانية (٢٠١٩)، برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية، إعداد المخططات الاستراتيجية العمرانية للمدن الصغيرة، مدينة بدر، محافظة البحيرة.

وسن عبد الكريم جبر (٢٠١٧)، التباين المكاني لمستويات الخصوبة السكانية وعلاقتها بالصحة الإيجابية في قضائي الأعظمية والكاظمية لعامي (1997-2017)، رسالة ماجستير، كلية تربية ابن رشد، جامعة بغداد.

Abid, Ibsam Kareem, (2009), appraisal of reproductive beehive maternal reproductive health in Saddam city// Baghdad, a thesis submitted to Saddam college, medicine university, Baghdad.

Douna cherniak, (2008), about sexually transmitted diseases, 3d edition, by Mont health pressing, Canada.

Wolman, B.D. (2003), Dictionary of Behavior science, New York.

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة - العدد الواحد والعشرون (الجزء الأول)



(استبيان عن الصحة الإنجابية في نواحي مركز بدر)
(جميع هذه البيانات سرية ولا تستخدم إلا في البحث العلمي)

جامعة

كلية

أولاً: معلومات تتعلق بالاسرة:

١. الحي السكني :..... الناحية الوحدة المحلية.....:
٢. البيئة : حضر () ريف ()
٣. مهنة الزوجة :..... الدخل الشهري.....:
٤. مهنة الزوج :..... الدخل الشهري.....:
٥. عمرك عند الزواج عمرك عند الحمل الأول.....
٦. المستوى التعليمي للمرأة: أمية () ثقرأ وتكتب () الابتدائية () الإعدادية () دبلوم () جامعي فأعلى ()

ثانياً- الأسئلة المتعلقة بالحمل والولادة:

٧. الفترة بين الحمل الأخير والذي سبقه
٨. كم عدد الاسقاطات.....:
٩. عدد أطفالك المتوفين عدا الاسقاطات.....:
١٠. عدد أطفالك الأحياء :.....
١١. هل تراجعين طبيب اختصاص (نساء وتوليد) خلال فترة حملك: نعم () لا ()
١٢. أثناء فترة الحمل هل تراجعين المركز الصحي: بشكل منتظم () عند شعورك بأعراض معينة () وفقاً للإرشادات الطبية () لا تراجعين ()
١٣. ما هي الأسباب التي تمنعك من مراجعة المركز الصحي: سوء معاملة الكوادر الصحية () بُعد المسافة () تفضلين زيارة طبيبك المختص () لا توجد ()
١٤. هل تحصلين على فحص كامل لك وللجنين في المركز الصحي: نعم () لا ()
١٥. هل أخذت اللقاحات الخاصة بفترة الحمل: نعم () لا ()
١٦. هل حصلت على تغذية جيدة خلال فترة حملك الأخير: نعم () لا ()
١٧. الذكري العناصر الغذائية التي يفتقر لها غذاؤك اليومي : اللحوم الحمراء () اللحوم البيضاء () الحليب ومشتقاته () البيض () .
١٨. أين تمت الولادة : المنزل () مستشفى () قابلة () مركز صحي ()

١٩. ما هي المضاعفات التي تحدث أثناء الولادة: تعسر الولادة () ارتفاع ضغط الدم () النزف الشديد () جروح خطيرة () مضاعفات أخرى () انكريها
 ٢٠. ما هي المضاعفات التي حدثت بعد الولادة: النفاس () نزيف ما بعد الولادة () فقر الدم الشديد () ارتفاع ضغط الدم () مضاعفات أخرى () انكريها
 ٢١. هل وُلدت طفلاً مشوهاً : نعم () لا ()
 ٢٢. هل وُلدت طفلاً ناقص الوزن أقل من ٥,٢ كغم (نعم) لا ()
 ٢٣. هل وُلدت طفلاً ميتاً بعد الشهر السابع : نعم () لا ()
 ٢٤. هل أصيب طفلك بالتيتانوس: نعم () لا ()
 ٢٥. هل دخلت المستشفى بعد الولادة بسبب مضاعفات الولادة: نعم () لا ()
 ٢٦. هل يوجد قصور في الخدمات الصحية المقدمة من حيث: النظافة العامة () توفر المستلزمات الصحية () الإرشادات المقدمة () لا يوجد قصور ()
 ٢٧. نوع الولادة : طبيعية () قيصرية ()

ثالثاً- الأسئلة المتعلقة باستخدام موانع الحمل :

٢٨. هل للعادات والتقاليد الاجتماعية لديكم أثرها على استخدام وسائل منع الحمل: نعم () لا ()
 ٢٩. هل تحددن مع زوجك عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم: نعم () لا ()
 ٣٠. في حال عدم إنجابك للذكور هل تتوقفين عن الإنجاب: نعم () لا ()
 ٣١. تعتقدين أن كثرة عدد الأبناء يزيد من ارتباط زوجك بك: نعم () لا ()
 ٣٢. هل تعتقدين أن كثرة عدد الأبناء يمثل: مصدر تباهي وقوة نعم () لا ()
 ٣٣. هل سبق أن استخدمت موانع الحمل ثم انقطعت عنها لأثارها الجانبية: نعم () لا ()
 ٣٤. ما الطرق التي تستخدمها لمنع الحمل: الحبوب () الحقن () اللولب () طريقة العزل () حساب الدورة () الرضاعة الطبيعية ()
 ٣٥. ما هي أسبابك لعدم استعمال موانع الحمل: الرغبة في المزيد من الأطفال () رفض الزوج () أسباب دينية () لا تجدي نفعاً () عدم توفرها () غلاء أسعارها () الخوف من التأثيرات الجانبية () مطلقة () أرملة () استخدمها ()

(ونشكركم على حسن تعاونكم معنا في خدمة البحث العلمي)