بحث بعنوان

التدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية

Professional Intervention from the Generalist Practice perspective in social work for Developing Awareness of Recent Married women with their procreative Rights

إعـــداد

د/ إيمان السيد أحمد العزب

مدرس بقسم مجالات الخدمة الاجتماعية

المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة

مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية جامعة الفيوم
https://jfss.journals.ekb.eg
Email: journalssw@fayoum.edu.eg
online ISSN: 2682 - 2679 print ISSN : 2682-2660 Arcif:Q2
تاريخ استلام البحث ٢٠٢٥/٩/٦ تاريخ قبول البحث ٢٠٢٥/٩/٣٠ تاريخ النشر٢٠٢٥/١٠/٣
Doi 10.21608/jfss.2025.457048
Url https://jfss.journals.ekb.eg/article_457048.html

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج للتدخل المهنى من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ، وتعد الدراسة من الدراسات التجريبية ، وتم استخدام المنهج شبه التجريبى باستخدام التجربة القبلية – البعدية لمجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ظابطة تشتمل كل مجموعة على (٢٠) مفردة من الذين تنطبق عليهم شروط العينة ، وتمثلت أدوات الدراسة فى مقياس الحقوق الإنجابية للمتزوجات حديثاً ، وطبقت الدراسة على طالبات الفرقة الرابعة المتزوجات حديثاً بالمعهد العالى للخدمة الإجتماعية بالمنصورة ، وأثبتت نتائج الدراسة وجود فروق جوهرية لصالح المجموعة التجريبية في كافة أبعاد مقياس وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ، إذ ثبتت فاعلية برنامج التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية.

الكلمات المفتاحية : التدخل المهنى ، الممارسة العامة ، الوعى ، الحقوق الإنجابية .

" **Abstract** "

The current study aimed to examine the effectiveness of professional Intervention programmed from the Generalist practice. perspective in social work for Developing Awareness of Recent Married women with their procreative Rights. This is Experimental study which used the quasi-experimental Method. by using pre-post Experiment for two Groups, one of them Control Group and the other is Experimental Group. Every group consists of"20" items according to the sample Conditions. The tools of study represented in the procreative Rights Measure for Recent Married Women. The study was implemented on the Fourth class married female Stude at the Higher Institute for social work, Mansoura. The Results of study demonstrated that there are essential differences in favor of the experimental group in all dimensions of recent married awareness measure with their procreative rights with their procreative Rights. The study also demonstrated the effectiveness of professional Intervention programmed from the generalist practice perspective in social work in developing awareness of recent married women with their procreative rights.

Key words:

professional intervention, generalist Practice, awareness, procreative rights.

أولاً : مشكلة الدراسة :

منذ فجر التاريخ البشرى والأسرة تحتل مكانة هامة فى المجتمع ، فالأسرة هى اللبنة الأولى لبناء المجتمع وهى خليته الأساسية وقلبه النابض ومحور حركته ولسانه الصريح ، فمن خلالها يرى المجتمع أفراده وكذلك يرى الأفراد مجتمعهم.(**سعد ،على ،٢٠١٦، ص١٩٣)**

كما تعد الأسرة بمثابة النظام الإنسانى الأول والتى تكمن أهميتها فى القيام بوظيفتها البيولوجية فى الإنجاب والتناسل ، والمحافظة على بقاء الجنس البشرى من خلال الزواج. (عبد الحكيم ، نفين ،٢٠٠٨، ص٤٠٢)

ويعد الزواج الركيزة الأساسية التى تقوم عليها الأسرة فى أى مجتمع من المجتمعات فهو يمثل ضرورة بيولوجية واجتماعية فى حياة الإنسان ، وعلاقة ذات قدسية خاصة طويلة الأمد تستمر مدى الحياة.(هلال ، رقية ،٢٠٢٣ ، ص٤٠٩)

كما يعد الزواج النظام الاجتماعى الذى ارتضاه المجتمع الإنسانى منذ قديم الزمن لتقوم عليه علاقة الرجل بالمرأة طرفى الزواج ، منظماً لحدود هذه العلاقة وأثارها بالالتزامات المتبادلة ، والحقوق المزدوجة لكل منهما قبل الآخر ، وذلك على أساس من الاتفاق والرضا والإيجاب والقبول بقيام الرباط الزوجى بين الطرفين ، فالزواج هو تلك العلاقة الاجتماعية الوحيدة الدائمة بين الرجل والمرأة ، التى يباركها الله سبحانه وتعالى لأنها الأساس الشرعى السليم لتكوين الأسرة " خلية المجتمع الأولى " (الشاهد ،صباح، ٢٠٢٢، ص١٧)

يقول الله تعالى: بسم الله الرحمن الرحيم

" ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجاً لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة أن فى ذلك لآيات لقوم يتفكرون "

صدق الله العظيم . **سورة الروم**

وتقوم المرأة بمجموعة من الأدوار المتعددة والمتمثلة فى دورها الأكبر فى الأسرة من خلال عمليات الإنجاب والتنشئة الاجتماعية وتوفير سبل الرعاية والحماية لأطفالها مما يعنى الإهتمام بالمرأ ة والنهوض بها و المحافظة على صحتها أصبح ضرورياً لضمان سلامة المجتمع ككل ، ونقصد بصحة المرأة سلامتها الجسدية ، والنفسية ، والإنجابية والجنسية . (بكر، أسماء ،٢٠٢١ ،ص٢٠٣) ان التمتع بالصحة من الضروريات الأساسية للأفراد والأزواج والأسر ، فالرعاية الصحية حق من الحقوق الأساسية المرتبطة بالتنمية البشرية ، وذلك بنص المادة "٢٥" من الإعلان العالمى لحقوق الإنسان لكل شخص الحق فى مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته. (الأمم المتحدة ،١٩٤٨)

فالرعاية الصحية حق مكفول لكل فئات المجتمع أياً كانت هذه الفئة رجلاً أم إمراة ، إلا أن المرأة فى المجتمع المصرى بثقافته الذكورية وتقليده تحتاج لإهتمام أكثر بشان الرعاية الصحية فهى التى تتأثر بتبعات الحمل والإنجاب ويقع على عاتقها العبء الأكبر فى تربية وتنشئة الأبناء فى ظل انشغال الرجل بالعمل وتوفير نفقات المعيشة .(المجلس القومى للسكان،٢٠٠٧ ، ص ٧٨)

وقد تم الإعتراف بحق الإنسان فى الصحة فى الصكوك الدولية والإقليمية المتعلقة بحقوق الإنسان ، فقد نادى كل من الإعلان العالمى لحقوق الإنسان ، و العهد الدولى الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، والميثاق الأفريقى بحق كل شخص بصفة عامة ودون تمييز بين الجنسين فى التمتع بأعلى مستوى من الرعاية الصحية البدنية والعقلية ، فالحقوق الصحية للمرأة لا تشمل حقها فقط فى الصحة النفسية والبدنية ، بل وتضم كذلك الحقوق الإنجابية والجنسية ، والتى بفضل إقرارها دولياً تراجعت بشكل كبير نسبة وفيات النساء بسبب عدم المتابعة الصحية خاصة أثناء الحمل والولادة ، (غزلان ، فليج ، ٢٠٢٠ ، ص ٧٥٠) .

فحق المرأة فى الصحة معترف به فى المواثيق الدولية والتشريعات الوطنية ، يتفرع من ذلك حقها فى الصحة والحقوق الإنجابية والتى أصبحت من الحقوق المعترف بها عالمياً منذ انعقاد المؤتمر الدولى للسكان والتنمية فى القاهرة عام ١٩٩٤ وما عقبه من مؤتمرات وندوات دولية .

وتعد الصحة الإنجابية جزء جوهرى من الصحة العامة والأساسية فى الرعاية الصحية للوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية ، والعقلية ، والاجتماعية فى الأمور ذات العلاقة بالجهاز التناسلى وعملياته ، وليس فقط الخلو من الأمراض أو الإعاقة وبذلك تعكس المستوى الصحى للمرأة فى سن الإنجاب. (سواكرى ، خديجة ،٢٠١٧ ، ص، ١٠٨)

وقد شهدت العقود الماضية كثيراً من المؤتمرات الدولية التى تناولت الحقوق الإنجابية للمرأة ومنها المنتدى الإقليمى العربى للسكان بيروت "٢٠٠٤" الذى طرح العديد من القضايا المرتبطة بالحقوق الإنجابية ،الإسكوا "٢٠٠٥" ، وأيضاً مؤتمر آسيا والمحيط الهادى الخامس " ٢٠٠٩" بشأن الصحة الإنجابية والصحة الجنسية والحقوق المتصلة بهما والذى أكد على أهمية الحقوق الإنجابية وضرورة تدعيمها من خلال الخدمات التثقيفية والاجتماعية المرتبطة بها. (هندى ،عبد المجيد ،٢٠١٤ ، ص ٢٥٣)

و تعد الحقوق الإنجابية من الحقوق الأساسية للمرأة و التى تأسست على مبادىء حقوق الإنسان ، حيث تشتمل على حرية المرأة فى إتخاذ القرارات التى تتعلق بصحتها الإنجابية والجنسية بطريقة مسؤولة ،الحق فى الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الإنجابية ، وتنظيم الأسرة ، والتثقيف الجنسى ، وقد أكدت الإتفاقيات الدولية على هذه الحقوق فى المادة "١٢" من العهد الدولى الخاص بالحقوق الإجتماعية ، كما شددت إتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو) فى

المادة "١٦" على حق المرأة فى إتخاذ قراراتها الإنجابية دون قيود تمييزية أو إكراه. (الهاجرى ، فيحان ، ٢٠٢٥ ، ص٣٥٩)

كما أكد برنامج المؤتمر الدولى للسكان والتنمية على الحقوق الإنجابية وأنها تشمل حق الأزواج الأساسى فى أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والتباعد بينهم ، وحقهم فى تنظيم الإنجاب والحرية فى أن يقرروا ما إذا كان يريد ذلك ومتى وكيف ، وحقهم فى الحصول على المعلومات وعلى وسائل تنظيم الأسرة الأمنة الفعالة التى يقدرون عليها ويتقبلونها بمحض إرادتهم لتنظيم الخصوبة والتى لا تتعارض مع القوانين ،وعلى أساس طوعى ، كما يتضمن الحق فى الحصول على خدمات الرعاية الصحية التى تمكن المرأة من الحمل والولادة بطريقة مأمونة وإنجاب طفل متمتع بالصحة الجيدة ، وتشمل أيضا الحق فى الحصول على مستوى عال من الصحة الجنسية من خلال تقديم التثقيف والمشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب ، والعلاج من الأمراض التى تنتقل بالإتصال الجنسى بما فيه نقص المناعة البشرى " الإيدز " ، والحق فى الوقاية من العنف ضد المرأة ، والقضاء على الممارسات الضارة التقليدية ، (المركز الديموجرافى ،٢٠٢٣ ، ص٧٨) التعقيم الإجبارى ومنع الحمل ، الحق فى التثقيف الصحى (Lynne and stephenl,1993,p18,)

وفى سنة ١٩٩٥ أكد المؤتمر العالمى الرابع المعنى بالمرأة المنعقد فى بيجين على حقوق المرأة الإنجابية فى الفقرة "٩٦" التى نصت على أن تشمل حقوق الإنسان للمرأة حقها فى أن تتحكم وأن تبت بحرية ومسئولية فى المسائل المتصلة بحياتها الجنسية بما فيها صحتها الإنجابية وذلك دون إكراه أوتمييز أو عنف. (مركز الحقوق الإنجابية ،٢٠٠٣ ، ص٦)

وتقوم الحقوق الإنجابية على مبدأين هما :

١- الحق فى رعاية الصحة الإنجابية : مستمد من أحكام الصكوك الدولية لحقوق الإنسان التى تحمى الصحة والحياة ، فالصحة الإنجابية جانب أساسى من رفاة المرأة ، ومالم تتوفر الإمكانيات للحصول بإنتظام على الخدمات المأمونة ذات النوعية الجيدة ، فسوف تتعرض النساء لكم هائل من العواقب السلبية قد يكون من بينها الإصابة بالأمراض أثناء الولادة أو الحمل غير المرغوب فيه ، والعدوى بالأمراض التى تنتقل عن طريق الإتصال الجنسى ، وينبغى أن تتضمن الرعاية الصحية الإنجابية تدبير لتعزيز سلامة الحمل والولادة ، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ، وطرق العلاج من العقم و وسائل منع الحمل بجميع أنواعها(القزاز ، هديل ، ٢٠٠٦، ص١١٢)

٢- الحق فى تقرير المصير فى المسائل المتعلقة فى الإنجاب : يتمتع الحق فى تقرير المصير بالدعم من الحق فى السلامة البدنية والحق فى الخصوصية ، وحق الشخص فى تنظيم أسرته ، والحق فى عدم التعرض لجميع أشكال العنف والتمييز والإكراه التى تؤثر فى حياة المرأة الجنسية والإنجابية. (كرم الله ، راوية ٢٠١٩، ص٦٢)

ومن المؤثر فى قضايا حقوق المرأة هى مستوى وعيها وإدراكها بحقوقها المشروعة لها حيث أن تحسين وضع المرأة وحل مشاكلها يرتبط بدرجة أساسية بمستوى وعيها بحقوقها ، فضعف الوعى الحقوقى للمرأة سببه عدم مطالبتها به أو ممارستها له فوعيها بما هو مشروع لها من حقوق يكسبها حصانة ضد ما قد يعترض تلك الحقوق من انتهاكات واعتداءات عليها. (الحلبى ، انتصار ،٢٠١٥، ص١٥)

وقد أصبح الوعى بالحقوق الإنجابية مطلباً أساسياً لتحقيق السلامة الصحية وسبيلاً لمواجهة القضايا والمشكلات الصحية التى تهدد النساء فى العالم أجمع ، فالمتتبع للأحداث اليومية يلمس بوضوح مدى تفاقم تلك المشكلة وما يترتب عليها من تبعات صحية خطيرة تتمثل فى التزايد المستمر والمتسارع فى أعداد المصابين بالإيدز ، وتزايد نسب من يعانون من أمراض وراثية متعددة ، الأمر الذى يوجب تكثيف الجهود التوعوية لمواجهة هذه القضايا. (أبو الحمائل ، أحمد ،٢٠١٠ ، ص٧)

هذا ويوجد العديد من الدراسات السابقة (العربية والأجنبية) ذات التخصصات المختلفة والتى إهتمت بقضايا الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية ومنها :

– **دراسة بيازلى ريشارد (Beazlay ,Richard ,1996)** والتى أكدت على أهمية نشر المعلومات المتعلقة بخطورة الأمراض المنقولة جنسياً وضرورة إمداد الفتيات بمعلومات عن الحقوق الإنجابية والعمل على إرشادهن إلى الأماكن التى تمدهم بتلك المعلومات، كما أشارت نتائجها إلى أن التدخلات غير كافية لتوعية الفتيات .

– **أستهدفت دراسة (المجلس القومى للسكان ،١٩٩٨)** التعرف على إتجاهات الصيادين (الزوج ، الزوجة) نحو قضايا الصحة الإنجابية وأشارت النتائج إلى أن الأزواج يفضلون إنجاب الذكور لأنهم يروا أن الولد له قيمه إقتصادية ويمتهنون مهنة الأباء.

– **و أستهدفت دراسة (عبد العليم ،١٩٩٩)** التعرف على أهم العوامل الاجتماعية والثقافية فى المجتمع الريفى والتى تؤثر بشكل سلبى على الصحة الإنجابية للمرأة وكان أهم نتائجها أن القرار الإنجابى فى الأسرة تتخذه الحماه أكثر من الزوجين ، وأن العادات والتقاليد الموروثة تؤثر فى إستمرار وجود بعض العادات السيئة مثل ختان الإناث .

– **كما أكدت دراسة (قراع ،٢٠٠١)** أن معظم المراهقين الذين لديهم معرفة عن الصحة الإنجابية كانت تنحصر معرفتهم فى تنظيم الأسرة .

– **وأشارت دراسة (عبد الفتاح ، الشيشينى ،٢٠٠١)** إلى ان المقيمون فى الحضر يعرفون الأمراض المرتبطة بالصحة الإنجابية أكثر من المقيمون فى الريف ، والأكثر تعليما يكونوا أكثر

معرفة بهذه الأمراض من الأقل تعليماً بالإضافة إلى وجود معرفة وفهم خاطىء عن مفهوم الصحة الإنجابية ، وأكدت على توفير برامج توعية للشباب عن الحقوق الإنجابية ، وأماكن تقديم خدماتها .

– **وهذا ما أكدته دراسة (شعراوى ، إبراهيم ، ٢٠٠٢)** على ضرورة وعى المرأة الريفية ومعرفتها بخدمات الصحة الإنجابية المتاحة والمتوفرة لها وكيفية الوصول إليها ، وأهمية التغذية الصحيحة وضرورة متابعة حالة المرأة الصحية أثناء الحمل والولادة .

– **كما ركزت دراسة بيركونز دانيال (Berkowitz Danial,2002)** على ضرورة إحداث تغير فى السلوك تجاه الصحة الإنجابية لتنمية الوعى بين الشباب خاصة المقبلين على الزواج والمتزوجين حديثا .

– **دراسة (سليمان ،٢٠٠٤)** أسفرت نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة فى معرفة اتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية بإختلاف المستوى التعليمى والاجتماعى والإقتصادى للأسرة وإختلاف مستوى الثقافة الأسرية ، وأن مصدر معرفتهن بالصحة الإنجابية تقتصر على وسائل الإعلام ، وأوصت بضرورة الاتصال المباشر مع الفتيات .

– **وهدفت دراسة (سالم ،٢٠٠٥)** إلى معرفة مفهوم الصحة الإنجابية وأبعادها المختلفة لدى المرأة فى صعيد مصر ، ومعرفة تأثير العادات والتقاليد السائدة فى صعيد مصر على الوعى بالصحة الإنجابية وتوصلت النتائج إلى عدم وضوح مفهوم الصحة الإنجابية لأفراد المجتمع فى صعيد مصر، بلإضافة إلى وجود قصور فى تقديم الخدمات الصحية وأن التركيز فى الإهتمام ينصب على جانب واحد وهو تنظيم الأسرة ، وأن العادات والتقاليد أقوى فى الفعالية والتأثير من التعليم .

– **إستهدفت دراسة (أبو زيد ،٢٠٠٦)** إختبار فاعلية برنامج إرشادى للمرأة واستخدامه فى تنمية وعيها بمخاطر الممارسات الضارة وأكدت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إيجابية بين أستخدام أساليب الإرشاد الجماعى وتنمية وعى المرأة بمخاطر الممارسات الضارة . (الزواج المبكر ، زواج الأقارب)

– **وهدفت دراسة (عاطف ،٢٠٠٩)** إلى دراسة الأبعاد الاجتماعية والإقتصادية والصحية والقيم والعادات التى تشكل نوعية حياة الأسرة المصرية وأكدت نتائجها أن معظم النساء ليس لديهن الإدراك السليم والوعى الكافى بالأمراض الإنجابية وكيفية إكتشافها وعلاجها ، وأن غالبية النساء فى الريف المصرى لديهن قناعة بضرورة ختان الإناث بوصفه عادة وتقليد .

– **وأشارت دراسة سارة كيسلر (Sarah f .Kessler ,2009)** إلى أهمية الفحص الطبى قبل الزواج كأحد مكونات الصحة الإنجابية وأهمية ذلك فى اكتشاف الكثير من الأمراض الجنسية التى تنتقل بين الزوجين ومنها للأبناء .

– **دراسة (الشرقاوى ،٢٠١٠)** وهدفت إلى اختبار فعالية التدخل المهنى لطريقة خدمة الفرد من خلال برنامج إرشادى معرفى لتنمية وعى الطالبات الجامعيات بالفحص قبل الزواج ، وأثبتت نتائجها

وجود علاقة معنوية بين ممارسة وتطبيق برنامج الإرشاد المعرفى وتنمية وعى الطالبات الجامعيات بالفحص الطبى .

– **دراسة (Cheng et – al ,2010)** التى أوضحت نتائجها أن النساء المهاجرات العائدات من المدن إلى الريف لديهن مواقف وسلوكيات إيجابية تجاة تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية ، وإستخدام وسائل منع الحمل ، ومعرفة خدمات الصحة الإنجابية ، والسلوكيات الإنجابية الصحيحة .

– **وأسفرت نتائج دراسة (صادق ،٢٠١٣)** عن تدنى خدمات الصحة الإنجابية ، أن توزيع خدمات الصحة الإنجابية يتسم بعدم العدالة والمساواة ، وأوصت بإنشاء مراكز متخصصة فى خدمات الصحة الإنجابية ونشر الوعى بالحقوق الإنجابية .

– **دراسة (هندى ، ٢٠١٤)** هدفت إلى الوصف الموضوعى والكمى للحقوق الإنجابية من واقع المناهج الدراسية لمحو الأمية وتعليم الكبار ، وأوصت الدراسة بتطوير محتوى المناهج الدراسية لمحو الأمية ليتضمن جميع البنود المرتبطة بحقوق الإنسان بصفة عامة وحقوق المرأة بما فيها من حقوق الإنجاب بصفة خاصة .

– **وهدفت دراسة (Sampath and Maruthakutti,2015)** إلى التعرف على مدى مشاركة المرأة فى صنع القرار الإنجابى، وأوضحت النتائج أن اتخاذ القرار الإنجابى يرجع للزوج وليس للزوجة ، وأوصت الدراسة بضرورة إعطاء المرأة الحق فى التحكم فى مسئوليتها الإنجابية وبخاصة الحمل والولادة .

– **وأستهدفت دراسة شارما وآخرون (Sharma and others , 2015)** التعرف على مدى الوعى لدى المرأة تجاه الجوانب المختلفة لتنظيم الأسرة وتوصلت إلى أن الوعى والمعرفة يلعبان دوراً مهماً فى تحفيز المرأة على أن يكون لها موقف إيجابى تجاه تنظيم واعتماد التخطيط كسلوك فى حياتها .

– **كما هدفت دراسة (Wurz et – al,2015)** إلى التعرف على العلاقة بين المستوى المجتمعى والبيئى الذى تعيش فيه المرأة ومعرفتها بالصحة الإنجابية وخدماتها ، وأوضحت أن النساء المتزوجات فى المدينة أكثر استخداماً لوسائل تنظيم الأسرة .

– **أوصت دراسة (ليمونه ،٢٠١٦)** بضرورة الإهتمام بالوسائل المناسبة التى تعمل على تنمية الوعى الصحى بقضايا المرأة وتنظيم دورات تدريبية للفتيات والأمهات لتنمية الوعى بالصحة الإنجابية والسلوك الإنجابى .

– **أستهدفت دراسة (حسن ،٢٠١٦)** تحديد مستوى أبعاد الصحة الإنجابية لدى السيدات ،والتعرف على أهم المشكلات التى تواجه المبحوثات فى تشكيل الوعى الإنجابى ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثرمن نصف العينة من المبحوثات مستوى وعيهن بأبعاد الصحة الإنجابية متوسط ، ومن أهم

المشكلات التى تواجه المبحوثات هى رغبة الزوج فى إنجاب الذكور ، انتشار المفاهيم الخاطئة حول حرمانية تنظيم الأسرة .

– **كما هدفت دراسة (Ahmed , j , et – al ,2016)** للتعرف على مدى انتشار أشكال العنف المنزلى وتأثيره على سلوك الصحة الإنجابية للمرأة الريفية ، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة قوية بين العنف والسلوكيات غير الصحيحة للصحة الإنجابية وتأثير ذلك على مضاعفات الحمل ، عدم الإستخدام الأمثل لوسائل تنظيم الأسرة ، عدم الرعاية الصحية بعد الإنجاب .

– **دراسة (بن نور ،٢٠١٧)** هدفت إلى الكشف عن أهم العوامل المؤثرة فى مستوى الرعاية الصحية للأمهات خلال فترتى الحمل وما بعد الولادة وأوضحت النتائج أن مستوى رعاية الصحة الإنجابية لدى الأمهات يشهد نقصاً ملحوظاً حيث أن معظم الأمهات يتابعن صحتهن أثناء فترة الحمل فقط وبمجرد الولادة تبتعد الأم عن إجراء الفحوصات الطبية .

– **وسعت دراسة (عبده ، ٢٠١٨)** إلى تحديد درجة وعى الشباب الجامعى بقضايا الصحة الإنجابية ، وأسفرت نتائج الدراسة عن ضعف المعلومات التى يحصل عليها الشباب عن الموضوعات الجنسية والتى تجعلهم عرضة للمخاطر .

– **وهدفت دراسة (Sadia Saeed and others,2021)** إلى فحص تأثير المعرفة بالحقوق الإنجابية على استخدام وسائل منع الحمل ، وأ كدت على ضرورة تعزيز الوعى والمعرفة بالحقوق الإنجابية بين النساء لتحسين قدرتهن على استخدام وسائل تنظيم الأسرة وأن برامج التوعية العامة والتثقيف ضرورية بالفعل لتعزيز المعرفة بالحقوق الإنجابية بين النساء فى البلدان النامية .

هذا وتعتبر الخدمة الاجتماعية من المهن التى تتعامل مع المجتمع وتسعى إلى المساهمة الإيجابية فى حل مشكلاته ومواجهة معوقاته ، كما أن لديها القدرة على التفاعل مع قضايا مختلف الفئات (المرأة) بغرض تقديم البرامج الوقائية والعلاجية والتنموية، فالعمل مع المرأة إحدى إهتمامات الخدمة الاجتماعية التى تسعى من خلالها إلى تحقيق تكامل معارفها ومهاراتها وقييمها لتأكيد حقوق المرأة، حيث أن الخدمة الاجتماعية كمهنة تسعى إلى زيادة الأداء الاجتماعى للمرأة كأحد الركائز الأساسية فى تنمية المجتمع ، كما أنه تسعى للإستفادة من إمكانيات المرأة ، و يجب أن تأخذ الخدمة الاجتماعية كمهنة دور المبادرة فى الوصول إليها ودعمها. (عبد الجواد ، سلوى ،٢٠٠٩ ، ص ١٧٥٧)

ويمكن للخدمة الإجتماعية من خلال عمل الأخصائى الاجتماعى فى الوحدات الصحية ، و تنظيم الأسرة ، ومراكز الأمومة و الطفولة أن تقوم بالتوعية بقضايا الحقوق الإنجابية للمرأة ، وتنمية السلوكيات الصحية السليمة ، وتغير السلوكيات السلبية وتوعية المرأة بالإستفادة من خدمات الرعاية الأولية وخاصة خدمات الصحة الإنجابية ، والتثقيف الصحى الاجتماعى لتغيير السلوكيات والعادات

السلبية ، وتصحيح المعلومات الخاطئة حول الحقوق الإنجابية وخدمات الصحة الإنجابية. (حبيب ، رباب ،٢٠٢٢، ص١٨)

وتعد الممارسه العامة أحد الإتجاهات الحديثة فى الخدمة الاجتماعية لتشكل اتجاهاً علمياً تكاملياً اعتمدت عليه المهنة حتى أصبح الأساس العلمى المنهجى لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين ، وتزويدهم بالمعارف والمهارات والقيم التى تتناسب مع احتياجات المجتمع بكافة أنساقه ، حيث تعتمد على انتقاء بعض النماذج العلمية المتاحة أمام الأخصائيين الاجتماعيين واستخدامها فى التدخل المهنى بما يتناسب مع نسق العميل والموقف الإشكالى. (النوحى ، عبدالعزيز ، ٢٠٠١، ص١٣)

كما تعد الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية اتجاها للممارسة المهنية لا يركز على طريقة محددة من طرق الخدمة الاجتماعية ومن خلالها تسعى لتحقيق أهداف وقائية وعلاجية وتنموية وتعتمد على ممارسة الممارس العام للعديد من الأدوار المهنية ، والإستراتيجيات المهنية التى تتناسب مع طبيعة الموقف الإشكالى مع جميع الأنساق. (عبد القادر ، ذكنية ، ٢٠١١ ، ص٢٩)

هذا ويوجد العديد من الدراسات السابقة التى أجريت من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية للتعامل مع قضايا الصحة الإنجابية وحقوق الإنجاب ومنها :

– **دراسة (محمود ،٢٠٠٧)** والتى استهدفت التعرف على أهمية خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية للمرأة ، والمعوقات التى تحول دون إستفادة المرأة الريفية فى سن الإنجاب من خدمات الصحة الإنجابية ، وأثبتت نتائج الدراسة وجود قصور فى الوعى الصحى للأسرة وعدم معرفتهم بخدمات تنظيم الأسرة .

– **وتوصلت دراسة (قنديل ،٢٠٠٩)** إلى وضع تصور مقترح للممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لمساعدة الرائدات الريفيات فى التغلب على المعوقات التى تواجهن أثناء التوعية بمخاطر الممارسات الضارة ضد الإناث وأكدت على دور الرائدات الريفيات مع نسق المرأة والأسرة والمؤسسة والمجتمع المحلى فى التوعية بمخاطر الممارسات الضارة للإناث .

– **وسعت دراسة (محمد ،٢٠١١)** إلى وضع تصور مقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة لتفعيل أدوار صديقات الأسرة فى تنمية وعى الشباب الجامعى بالصحة الإنجابية ويشتمل التصورعلى كل الأبعاد الخاصة بالصحة الإنجابية (الفحص الطبى قبل الزواج ، الأضرار الناتجة عن الزواج المبكر ، الفحص الذاتى للثدى) .

– **وأستهدفت دراسة (محمود ،٢٠١٤)** اختبار فاعلية برنامج التدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى تنمية وعى الفتيات المقبلات على الزواج بمخاطر زواج الأقارب، وأكدت نتائج الدراسة بوجود علاقة ذات دلالة احصائية بين استخدام برنامج التدخل المهنى بالممارسة العامة وتنمية وعى الفتيات المقبلات على الزواج بالمخاطر الصحية والاجتماعية والمجتمعية الناتجة عن زواج الأقارب .

هذا وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة فى إعداد الإطار النظرى للدراسة ، وتحديد مشكلة الدراسة

ولمزيد من تحديد مشكلة الدراسة ، فقد قامت الباحثة بإجراء دراسة تقدير موقف استهدفت ما يلى :

– تحديد إمكانية تطبيق الدراسة .

– تحديد مستوى الوعى بالحقوق الإنجابية لدى المتزوجات حديثاً ، وكذلك جوانب الضعف فيها .

– وضع مؤشرات لبرنامج التدخل المهنى ، والأنساق التى يمكن التدخل معها لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

– حصول المتزوجات حديثاًعلى درجات أقل على بعض أبعاد الحقوق الإنجابية و التى تمثلت في ما يلى :

(الحق فى اتخاذ القرار الإنجابى ، الحق فى الحصول على خدمات الصحة الإنجابية ، الحق فى الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز، الحق فى الأمومة الآمنة)

وبناء على ما سبق من عرض الإطار النظرى لأدبيات المهنة ، والدراسات السابقة العربية والأجنبية ، وكذلك نتائج دراسة تقدير الموقف يتضح لنا أن قضية تنمية الوعى بصفة عامة ، وقضايا المرأة بصفة خاصة لم تعد مسئولية جهة معينة فقط ، وانما تستلزم تضافر جهود جميع قوى المجتمع الحكومية بمؤسساته المختلفة والأهلية والخاصة والمجتمع المدنى وهو ما شهدته مصر خلال السنوات الماضية من إطلاق العديد من المبادرات التنموية ومن ضمن تلك المبادرات مبادرة (معاً بالوعى نحميها) وتهدف إلى نشر التوعية الصحية والمجتمعية فى مجال الحقوق الإنجابية ، والتغذية السليمة ، والرعاية الأولية ، وتنظيم الأسرة ، بالإضافة إلى نشر الوعى بمخاطر العنف الأسرى ، والتوعية بمخاطر ختان الإناث والزواج المبكر ، وكذلك مبادرة تنمية الأسرة المصرية والتى تهتم بصحة المرأة من خلال متابعة الفحوصات الطبية قبل الزواج وبعده .

فمن خلال منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية يمكن التعامل مع العديد من الأنساق لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية بدءاً من الزوجة كنسق فردى ، جماعات الزوجات ، مجتمع الزوجات ، نسق المجتمع المحلى بما فيه من مؤسسات يمكن الإستفادة من خدماتها فى تحقيق أهداف الدراسة الحالية .

وفى ضوء ما سبق فقد تحددت مشكلة الدراسة فى تساؤل رئيسى مؤداه
هل توجد علاقة بين التدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية وتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ؟

ثانياً : أهمية الدراسة :

١. تمثل المرأة نصف تعداد المجتمع وهى بذلك تعد من الموارد البشرية التى يجب الاهتمام بها ورعايتها والعمل على النهوض بها وتحسين أوضاعها و حماية حقوقها .
٢. تتناول الدراسة أحد الموضوعات القومية والتى خصصت لها الدولة برنامجاً ومشروعاً ومبادرات عديدة لنشر ثقافة الحقوق الإنجابية كمبادرة (معاً بالوعى نحميها ، مبادرة تنمية الأسرة المصرية) .
٣. يواجه المجتمع الكثير من التحديات فى مجال الصحة الإنجابية بصفة عامة والحقوق الإنجابية بصفة خاصة حيث تعد ثقافة مفقودة يفتقر إليها الكثير من الشباب وتؤثر سلباً على الكثير من نواحى حياتهم الاجتماعية والصحية وينتج عنها الكثير من
٤. المشاكل المجتمعية والصحية (الزواج المبكر ، ختان الإناث ، الأمراض الوراثية والمنقولة جنسياً) .
٥. تساعد هذه الدراسة فى تعزيز المساواة بين الزوجين فى اتخاذ القرارات الإنجابية من منطلق الشراكة والاحترام المتبادل .
٦. تعد دراسة الحقوق الإنجابية أمر بالغ الأهمية نظراً إلى تأثيرها المباشر فى الأفراد والمجتمعات بالإضافة إلى ارتباطها بحماية حقوق الإنسان وتعزيز المساواة بين الجنسين وتحسين الصحة العامة .
٧. تأكيد دور مهنة الخدمة الاجتماعية فى التواكب مع كافة القضايا والمشكلات المعاصرة والاستفادة من اهتمامها بالمرأة والأسرة لما لها من أدوار هامة فى المجتمع .
٨. ندرة الدراسات السابقة فى الخدمة الاجتماعية والتى اهتمت بتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية وذلك فى حدود علم الباحثة .
٩. تنبع أهمية الدراسة الحالية فى إنها تهتم بالتدخل المهنى لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

ثالثاً: أهداف الدراسة :

تتمثل أهداف الدراسة فى :

الهدف الرئيس: اختبار فاعلية برنامج للتدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ، **وينبثق من الهدف الرئيس الأهداف الفرعية التالية :**

١. اختبار فاعلية برنامج للتدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقهن فى اتخاذ القرار الإنجابى .
٢. اختبار فاعلية برنامج للتدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقهن فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية
٣. ج- اختبار فاعلية برنامج للتدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقهن في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز .
٤. اختبار فاعلية برنامج للتدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقهن فى الأمومة الآمنة.

رابعاً : فروض الدراسة :

تسعى الدراسة الحالية إلى اختبار الفروض التالية :

الفرض الرئيس : توجد علاقة إيجابية ذات دلالة احصائية بين برنامج التدخل المهنى من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية وتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية.

ويمكن التحقق من صحة الفرض الرئيس من خلال التحقق من صحة الفروض الفرعية التالية :

١. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات القياس القبلى للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .
٢. توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى على مقياس تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .
٣. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

٤. توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات القياس البعدى للمجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعةالتجريبية على مقياس تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

خامسا : مفاهيم الدراسة :

١- مفهوم التدخل المهنى :

يعرف التدخل المهنى من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية على أنه مجموعة من العمليات التى يدخل فيها سلسلة من الجهود والأنشطة المهنية التى توصف بأنشطة التدخل المهنى ،والتى يقوم بها ممارس أعد للقيام بمثل هذه الأنشطة بمعاونة آخرين يمثلون فريقاً للتدخل ، وتوجه هذه الأنشطة والعمليات إلى أنساق مختلفة ووحدات ومستويات متعددة ومعتمدة فى ذلك على إطار معرفى ومهارى وقيمى يوجه لتحقيق هذه الأهداف. **(على ،٢٠٠٣ ،ص ص٢٣-٢٤)**

كما يشير التدخل المهنى إلى تلك الأعمال التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى والموجهة إلى النسق أو إلى أى جزء منه بغرض إحداث تغيرات فيه ،بحيث يكون هذا التدخل مبنى على معارف الخدمة الاجتماعية ومستلزما بقيمها وقد يكون ذلك النسق فرداً أو جماعة أومجتمع محلى ويعتمد التدخل المهنى على تقدير الموقف والتدخل والتقييم ويشتمل التدخل المهنى على عمليتين هما التخطيط والتغيير. **(الرازى ، محمد ، ١٩٨٨،ص١٠٣)**

كما يعرف أيضاً: بأنه تيسير العلاقات بين الأفراد وبيائتهم ومساعدتهم فى الظروف التى تعوقهم على المشاركة فى الأنشطة أو القيام بوظائفهم فى المجتمع ويتضمن التدخل كذلك تدعيم الاتجاهات والمعتقدات وتنمية قدرة الأفراد على التفكير وتسهيل عملية اكتساب المعرفة والمهارات ويتمثل دور الممارس العام فى التعاون مع الأفراد وبيئاتهم من خلال إحداث عملية تغيير منظمة (Marchel ,2002, p.207)

وكذلك يعرف أيضاً: بأنه مقدار ما يسهم به الأخصائى الاجتماعى أثناء الممارسة المهنية حيث أنه يضع الأهداف التى يريد تحقيقها وكيفية تحقيق هذه الأهداف والوسائل التى تؤدى إلى تحقيق الأهداف بلإضافة إلى مراجعة ما قام به من أفعال للتأكد أن الممارسة المهنية قد حققت الأهداف المرجوة. **(جيلانى ، عبد المنعم ، ٢٠٢٢، ص٢٥٥)**

وبناء على ما سبق يمكن تناول مفهوم التدخل المهنى فى الدراسة الحالية :

١. مجموعة الأنشطة المهنية التى يقوم بها الممارس العام (الباحثة) والموجه لأنساق العملاء .

٢. يهدف التدخل المهنى إلى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

٣. يتم التدخل المهنى وفقاً لعدة خطوات ومراحل تتضمن (الارتباط والتقدير والتخطيط ثم التنفيذ يليه التقويم ثم الإنهاء والمتابعة).
٤. يعتمد التدخل المهنى من منظور الممارسة العامة على مجموعة من الاستراتيجيات والتكنيكات تتمثل فى (إعادة البناء المعرفى ، الإقناع ، منح القوة ، تغيير السلوك ، التوجيه).
٥. يعتمد التدخل المهنى على مجموعة من الأدوات تتمثل فى (المناقشة الجماعية ، الندوات ، الإجتماعات ، المقابلات) .
٦. يقوم الممارس العام بمجموعة من الأدوار تتمثل فى (المنسق ، موجه السلوك ، المبادىء ،التربوى) .
٧. يتم التدخل على مستوى الوحدات الصغرى كالزوجة ومستوى الوحدات المتوسطة كجماعات الزوجات ، ومستوى الوحدات الكبرى ويتمثل فى مجتمع الزوجات ،وفريق العمل بالمؤسسة ، ومؤسسات المجتمع المحلى .

٢- مفهوم الممارسة العامة :

تعرف الممارسة العامة بأنها إحدى اتجاهات الممارسة المهنية الذى يركز فيه الأخصائى الاجتماعى على المشكلات والحاجات الإنسانية من خلال مجموعة منظمة من خطوات التدخل المهنى لحل المشكلة بالتركيز على جميع الأنساق سواء كان نسق التعامل فرداً أو أسرة أو جماعة أومجتمع ويمثل اتجاهاً تفاعليا للممارسة يبتعد عن النمط التقليدى لتفضيل المؤسسة تطبيق طريقة محددة للخدمة الاجتماعية. **(حبيب ، جمال ،٢٠٠٩ ، ص٣٠)**

كما تعرف أيضاً بأنها : أسلوب موحد للنظر للممارسة فهى منظور يركز على العلاقات بين الإنسان والبيئة مع تأكيد على أهداف العدالة الاجتماعية لتحسين مستوى المعيشة والرفاهية للأفراد. **(السنهورى ، أحمد ،٢٠٠٣ ، ص ٢٥)**

وكذلك تعرف بأنها : اتجاهاً للممارسة المهنية لا يركز على طريقة محددة من طرق الخدمة الاجتماعية وتسعى لتحقيق أهداف وقائية وعلاجية وتنموية وتعتمد على ممارسة الممارس العام للعديد من الأدوار المهنية على واستخدام الاستراتيجيات التى تتناسب مع طبيعة الموقف الإشكالى مع جميع الأنساق. **(حامد ، فضل ، ٢٠١٩ ، ص٣١٩)**

وبناء على ماسبق تعرف الممارسة العامة وفقا للدراسة الحالية بأنها :

١. اتجاه للممارسة المهنية يعتمد عى اختيار الممارس العام مجموعة من المعارف والمهارات والأطر النظرية .

٢. تهدف الممارسة العامة إلى زيادة وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

٣. تستخدم الممارسة المباشرة مع نسق العميل (المتزوجات حديثاً) والغير مباشرة مع الأنساق الأخرى .

٤. تستهدف احداث تغيرات مرغوبة على مستوى كافة الأنساق .

٥. يمارس من خلالها الممارس العام العديد من الأدوار .

٣- مفهوم الوعى :

يشير معنى الوعى فى بعض قواميس اللغة إلى الادراك والاحاطة والحفظ والتقدير والفهم ووعاه توعية أي أكسبه قدرة على الفهم والإدراك ووعى الأمر أي أدركه على حقيقته . **(الرازى ، محمد ،١٩٩٨، ص ١٠٣)**

كما يشير معجم ويبيستر إلى الوعى على أساس أن له معنيان :

الأول : هو حالة يقظه وانتباه للإنسان وادراكه لمشاعره وما يحدث حوله .

الثانى : مجموع أفكار الفرد ومشاعره وانطبعاته بعقله الواعى. **(Websters,1994,p.96)**

ويعرف قاموس الخدمة الاجتماعية الوعى بأنه الادراك الذهنى أو هو ذلك الجزء من العقل الذى يتوسط كل من البيئة ، المشاعر

، الأفكار. **(Baker,1987, p .32)**

كما يعرف بأنه : إدراك المرء لذاته ولما يحيط به إدراكاً مباشراً وهو أساس كل معرفة ويمكن إرجاع مظاهر الشعور بالوعى إلى ثلاث مكونات هى (المدارك أو المعرفة ، والوجدان ، السلوك) وهذه المكونات الثلاثة متصلة ببعضها كل الاتصال. **(بدوى ،أحمد ، ١٩٧٨، ص٨١)**

ويعرف أيضاً بأنه عملية عقلية معرفية تنظيمية يستطيع الفرد من خلالها معرفة الأشياء وهويتها ، وبذلك فامتلاك الوعى يعنى أن الشخص يدرك واقعه الاجتماعى ومن ثم ربما يتدخل لتغييره فى مسارات معينة. **(محمد ، محمود ، ٢٠١٠، ص ٢٣٥٣)**

وكذلك يعرف بأنه مجموعة الاتجاهات والمشاعر والأفكار والمفاهيم والتصورات التى تحدد إدراكه للواقع المحيط به وفهمه له وتصوراته الراهنة والمستقبلية له. **(الجالى ،أمينة ، ٢٠٢٤ ،ص١٤٦)**

ويرتبط بمفهوم الوعى مفهوم زيادة الوعى (تنمية الوعى) والذى يعنى تحقيق فهم أوسع للمحيط والخبرات الاجتماعية وتحويل ذهن وفكر الفرد لها وذلك من خلال مشاركة الخبرات الذاتية للفرد مع خبرات الآخرين. **(Estelle,1994, p.35)**

وتعرف زيادة الوعى بأنها التوعية أو إيقاظ الوعى وتشير إلى عملية مساعدة العملاء وغيرهم ليصبحوا أكثر إدراكا أوليشعروا بالاهتمام بجانب معين أو مشكلة أو موضوع أو قيمة معينة. **(الطنبولى ، عزه ، ٢٠١٠، ص٣٩)**

وبناء على ما سبق يمكن تحديد مفهوم الوعى فى الدراسة الحالية على أنه :

١. عمليات عقلية معرفية تنظيمية تستهدف إمداد المتزوجات حديثاً بمعلومات ومعارف مرتبطة بحقوقهن الإنجابية
٢. يستهدف الربط بين معارف ومشاعر المتزوجات حديثاً حتى يتولد لديهن الإدراك بهذه الحقوق.
٣. يتولد عن المعرفة والادراك استجابة وسلوك فعلى وحقيقى لممارسة المتزوجات حديثاً لحقوقهن الإنجابية .

٤ – مفهوم الحقوق الإنجابية :

يعرف الحق من حيث اللغة : فالحق جمعه حقوق وهو الأمر المقضى بالجزم الجديد وهو اليقين. **(على ، ماهر ،١٩٩٩، ص٤١٦)**

والحق فى الفقه الإسلامى يقترب من معناه اللغوى وهو الثبوت والوجوب حيث يقول الله سبحانه وتعالى '' لقد حق القول على أكثرهم فهم لا يؤمنون ''ويقول الله تعالى '' ليحق الحق ويبطل الباطل '' أي يثبت الحق ويزول الباطل. **(علم الدين ، سامي ،١٩٨٦ ،ص٢٦٣)**

وتعرف الحقوق الإنجابية بأنها : الإعتراف بالحق الأساسى لجميع الأزواج والأفراد فى أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم ، وفترة التباعد فيما بينهم ، وتوقيت إنجابهم ، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك ، والإعتراف بالحق فى بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية دون تمييز أو إكراه أو عنف. **(عمر ، كيتاب ،٢٠١٣، ص١٦)**

وكذلك تعرف بأنها : قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية مأمونة ، واستخدام أساليب تنظيم أسرة فعالة ومقبولة فى نظرهم والتى لا تتعارض مع القانون ، والحق فى الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التى تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وما بعدها. **(فليج ، غزلان ،٢٠٢٠ ، ص٧٥١)**

وتعرف أيضاً بأنها : تلك الحقوق التى تضمن للأفراد حرية اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهم الإنجابية والجنسية ، والوصول إلى وسائل منع الحمل ، توفير رعاية صحية آمنة للأمهات ، والحق فى الحماية من العنف الجنسى والحق فى التثقيف الجنسى. **(الهاجرى، عبد الرحمن،٢٠٢٥ ، ص٣٥٥)**

وتعرف الحقوق الإنجابية فى الدراسة الحالية بأنها :

تلك الحقوق التى تضمن للمتزوجات حديثاً حرية اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن الإنجابية بما يشمل إمكانية الوصول للمعلومات والخدمات الصحية اللازمة لممارسة هذه الحقوق بطريقة آمنة ومسؤولة .

وتتضمن هذه الحقوق ما يلى :

١- **الحق فى اتخاذ القرار الإنجابى** : إن الحق الإنسانى المعترف به دوليا من خلال المعاهدات والوثائق و المؤتمرات الدولية واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وإعطائها الحق فى أن تقرر بحرية ومسئولية عدد الأبناء الذين ترغب فى إنجابهم ، والفترات الزمنية الفاصلة فى إنجاب طفل وآخر والحصول على المعلومات والوسائل التثقيفية الكفيلة بتمكينها من ممارسة هذه الحقوق. (**هندى ،عبد المجيد، ٢٠١٤ ، ص٢٦٦**)

٢- **الحق فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية** : تلعب المعرفة والمعلومات دوراً أساسياً فى تأمين الخيارات الصحية

المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى الأشخاص من خلال عائلاتهم ومجتمعاتهم وحكوماتهم وقد أكدت توصيات برنامج عمل مؤتمر السكان والتنمية (١٩٩٤) على ضرورة جعل المعلومات حول الحياة الجنسية والإنجابية وسبل الوقاية من الأمراض والحمل فى متناول الشباب ، وتتسم إمكانية الحصول على خدمات صحية رفيعة المستوى للحد من وفيات الأمومة وتشكل فى حد ذاتها أحد

حقوق الإنسان الدولية ويتم ذلك بتوفير سبل الحصول على الرعاية الصحية فى فترة ما قبل الولادة وما بعدها ، الرعاية الخاصة بالولادة فى حالات الطوارىء، الحق فى معرفة الآثار الإيجابية لتنظيم الأسرة على صحة الأم والطفل والأسرة بأكملها ، والحق في معرفة كافة وسائل تنظيم الأسرة المتاحة ومنافذ تقديمها لطلبها عند الحاجة إليها (**أحمد ، دردبش ،٢٠١٥ ، ص ص١٢٠،١٢١**)

٣- **الحق فى الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز** : عرف مصطلح التمييز ضد المرأة فى اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة بأنه أى تفرقة أو استبعاد أوتقييد يتم على أساس الجنس ويكون من أثاره أو أعراضه تهوين أو إحباط الاعتراف للمرأة بحقوقها أو ممارستها لها ، و تدعو هذه الاتفاقية الحكومات إلى أن تمتنع عن الأفعال المتسمة بالتميز ضد المرأة وأن تعمل فعلياً على تعديل الأنماط الاجتماعية والثقافية بهدف القضاء على التحيز ، بالإضافة إلى بذل جهود خاصة لكفالة عدم معاناة النساء من الحرمان وتحديداً فيما يتعلق بنيل تسهيلات العناية الصحية الملائمة بما فى ذلك المعلومات والخدمات المتعلقة بتخطيط الأسرة ، ولقد شدد المؤتمر العالمى لحقوق الإنسان على أهمية العمل من أجل القضاء على العنف بجميع أشكاله ضدالمرأة فى الحياة العامة والخاصة ، وقد اعترف المجتمع الدولى بأن العنف الجنسى يمثل انتهاكاً للحقوق الانجابية للمرأة وخاصة

حقها فى السلامة الجسدية ، وفى التحكم فى قدرتها الجنسية والإنجابية ومن عواقب العنف ضد المرأة على صحتها الانجابية الحمل غير المرغوب ، الاجهاض غير المأمون ،الاصابة بعدوى الأمراض المنتقلة جنسياً. **(مركز الحقوق الإنجابية ،٢٠٠٥ ، ص١٢٦–ص١٢٨)**

٤– **الحق فى الأمومة الآمنة** : يقصد بها اهتمام المرأة ووعيها بالرعاية الصحية السليمة لها أثناء الحمل وعند الولادة وبعدها ، وتشمل المتابعة أثناء الحمل وتقديم الرعاية الصحية الوقائية ، والتأكد من أن أى ولادة يجب أن تتم بإشراف كادر مؤهل ، والمتابعة فى فترة ما بعد الولادة ، والعناية بالمولود ، والإهتمام بخدمات تحسين الأسرة بهدف المباعدة بين فترات الحمل لتحسين صحة الأم والطفل. **(قنطار ، فايز ١٩٩٢ ، ١٣٧)**

واجرائيا تعرف الحقوق الانجابية بأنها : الدرجة التى تحصل عليها المتزوجات حديثا على مقياس تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

سادساً : الموجهات النظرية للدراسة :

أ – **مدخل العلاج المعرفى السلوكى** : هو مزيج من اثنين من العلاجات هما العلاج المعرفى ، والعلاج السلوكى الذى يركز على تأثير الأفكار والمشاعر والسلوكيات التى تتسبب فى إحداث معاناة نفسية أو اختلال وظيفى. **(حبيب ، حنا،٢٠١٦ ، ص٣٠٦)**

ويعد أحد المداخل التى تستخدم فى التعامل مع الأفكار الخاطئة وغير المنطقية الموجودة لدى العميل والتى أدت به إلى سوء التكيف أوإلى المشكلة ، ومحاولة تصحيح وتعديل هذه الأفكار ، وربط العميل بالواقع حيث يقوم هذا المدخل على افتراض أن مشاعر الإنسان وسلوكياته المنطقية منها وغير المنطقية تعد بمثابة نتائج لتفكير الشخص وتصوراته ومعتقداته وللعمليات المعرفيه لديه التى استوحاها من والديه وأسرته ومجتمعه . **(Malcon Payne,1991,P.184)**

ويفترض العلاج المعرفى السلوكى أن أنماط التفكير الخاطئة تسبب السلوك المضطرب ويهدف إلى تعديل المعتقدات غير العقلانية وغير الواقعية وتعلم الفرد أساليب تفكير أخرى عقلانية وإيجابية عن طريق الحوار وطرق الاقناع. **(على ، عيد الديب، ص١٣٢)** ويعرف العلاج المعرفى بأنه : منهج علاجى يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير فى عمليات التفكير لدى العميل.

(مليكه ، ١٩٩٠، ص١٧٤)

كما يعرف بأنه : العلاج الذى يهدف إلى تصحيح الأفكار الخاطئة للعملاء عن عالمهم وأنفسهم بالإضافة إلى محاولة تعديل السلوك.

خصائص العلاج المعرفى السلوكى :

١- يهدف إلى تغيير السلوك وثيق الصلة بالمشكلة ومحاولة تعديل المشكلة بالتزود بالأفكار فى المواقف المتميزة للعملاء وتعليمهم

استخدام السلوك الصحيح .

٢- يعتمد العلاج المعرفى على إجراءات علاجية ترتكز على تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات .

٣- العلاج المعرفى اتجاه مختلط باعتبار أن الأساليب العلاجية للاتجاه هى خليط مابين أساليب معرفية ، وأساليب انفعالية ، وأساليب

سلوكية .

ويتضمن العلاج المعرفى العديد من المداخل العلاجية والتى تتضمن أساليب وتكنيكات علاجية يمكن إيجازها فى التعلم ، الإقناع ، التوضيح ، إعادة تشكيل البناء المعرفى و التفسير . **(غانم ، محمد ، ٢٠٢١ ، ص٤٨،٤٩)**

ويمكن الإستفادة من هذا المدخل فى الدراسة الحالية من خلال :

- تصحيح المعارف والمعلومات والأفكار الخاطئة لدى المتزوجات حديثاً عن مفهوم وخدمات الصحة الإنجابية بصفة عامة والحقوق

الإنجابية بصفة خاصة .

- زيادة المعارف والمعلومات لدى المتزوجات حديثاً عن حقوقهن الإنجابية .
- تغير المشاعر السلبية لدى المتزوجات حديثاً تجاه حقوقهن الإنجابية .
- تعديل سلوكيات المتزوجات حديثاً تجاه ممارسة حقوقهن الإنجابية .

سابعاً : الإ جراءات المنهجية للدراسة :

- **نوع الدراسة :** تنتمى هذه الدراسة إلى نمط الدراسات التجريبية التي تستهدف قياس أثر المتغير المستقل وهو برنامج التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية على المتغير التابع وهو تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية

- **منهج الدراسة :** ارتباطاً مع نوع الدراسة تم استخدام المنهج التجريبى من خلال التجربة القبلية البعدية على عينة مكونة من (٤٠) مفردة تم تقسيمهم إلى مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منهما (٢٠) مفردة حيث يتم القياس القبلى للمجموعتين قبل إجراء التدخل المهنى ،ثم التدخل المهنى بإستخدام الممارسة العامة للتعرف على فاعلية برنامج التدخل المهنى فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية مع حالات

المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة ، وإجراء القياس البعدى للمجموعتين وحساب الفروق بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعتين وإستخلاص النتائج .

– **أدوات الدراسة** : يتوقف نجاح البحث فى تحقيق أهدافه على الإختيار الرشيد لأنسب الأدوات الملائمة للحصول على البيانات ، والجهد الذى يبذله فى فحص هذه الأدوات وجعلها على أعلى مستوى من الكفاءة ومن هذا المنطلق وجدت الباحثة أن المقياس هو الأداة الأنسب لهذه الدراسة حيث يعتبر القياس من أهم الأدوات المناسبة خاصة فى مثل هذه الدراسة .

وقد اعتمدت الدراسة الحالية على : مقياس تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية (إعداد الباحثة)، وقد تم إتباع الخطوات التالية فى إعداد المقياس .

١– تحديد موضوع القياس وذلك فى ضوء المتغير التابع الذى من خلاله يتم التعرف على مدى التغيير فيه ، ويتمثل فى توعية المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

٢– **تحديد الأبعاد المتصلة بالموضوع** وتمثلت فى أربعة أبعاد رئيسية وهى كالتالى:

البعد الأول : الحق فى إتخاذ القرار الإنجابى ، وعباراته من (١– ١٢) منها ثلاث عبارات سالبة (٦، ٨، ١٠).

البعد الثانى : الحق فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية، وعباراته من (١٣– ٢٤) ، منها ثلاث عبارات سالبة (١٨ ، ٢٠ ، ٢٢) .

البعد الثالث : الحق فى الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز، وعباراته من (٢٥– ٣٦) ، منها ثلاث عبارات سالبة (٢٨ ، ٣٠ ، ٣٢) .

البعد الرابع : الحق فى الأمومة الامنة ، وعباراته من (٣٧ –٤٨) ، منها ثلاث عبارات سالبة (٤٠ ، ٤٦، ٤٨) وقد روعي في بناء المقياس تضمين عبارات إيجابية وأخرى سالبة (معكوسة) بهدف التحكم في نزعة الاستجابة وتحيز المشاركين، وتعزيز صدق الأداة ، وبذلك فإن المقياس يحقق التوازن بين العبارات الإيجابية والسلبية، وتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (من: أوافق بشدة = ٥ درجات إلى: لا أوافق بشدة = درجة واحدة) ، **وذلك للأسباب الآتية:**

- يوفّر مدى أوسع من الاستجابات مقارنة بالمقياس الثلاثي، مما يساعد على رصد الفروق الفردية بدقة أكبر.
- يحقق توازنًا بين البساطة والدقة؛ فهو غير معقد للطلاب وفي نفس الوقت أكثر حساسية من المقياس الثلاثي.
- يقلل من احتمالية التحيز في الإجابة لأن وجود خمس فئات يعطي المبحوث حرية أكبر في اختيار درجة قريبة من رأيه.
- يعد الأكثر استخدامًا وانتشارًا في الدراسات الاجتماعية والتربوية، مما يعزز المقارنة مع نتائج دراسات سابقة.

- مناسب للطلاب الجامعيين (كالفرقة الرابعة) الذين يمتلكون القدرة على التمييز بين مستويات الاتفاق والاختلاف بدقة.

٣- **جمع العبارات المتصلة بالأبعاد الرئيسية للمقياس** : وذلك من خلال الإطلاع على ما توفر من مختلف الكتابات النظرية والدراسات السابقة المرتبطة بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية والممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية ، وعلى بعض المقاييس التى تضمنتها الدراسات السابقة للإستفادة منها فى تحديد الأبعاد التى يمكن الاعتماد عليها وتحقق المطلوب فى هذه الدراسة.

٤- **تحكيم المقياس** : حيث يتم عرض المقياس فى صورته المبدئية على عدد(١٣) محكماً من الأساتذة فى التخصصات المختلفة بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة ، وتم التحكيم بالنسبة لارتباط كل عبارة بالمؤشر المراد قياسه والمقياس ككل ، وسلامة العبارات من حيث الصياغة ، وحذف وإضافة بعض العبارات التى يرون أنها مناسبة ، وقد تم حذف العبارات التى جاءت نسبة الاتفاق عليها أقل منها (٨٠٪) من المحكمين ، وإعادة صياغة بعض العبارات فى ضوء أراء المحكمين ، وإضافة بعض العبارات الجديدة وأصبح العدد النهائى لعبارات المقياس (٤٨)عبارة بمعدل (١٢) عبارة لكل مؤشر .

٥- **صدق وثبات المقياس** :

أ - **صدق المقياس** : تم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس الحقوق الإنجابية إحصائيًا من خلال حساب مؤشرات الصدق والثبات على عينة استطلاعية بلغ حجمها (ن= ٣٥) من غير عينة الدراسة وفيما يلي عرض تفصيلي لنتائج التحليلات الإحصائية الخاصة بصدق المقياس وثباته .

تم التحقق من صدق المقياس من خلال صدق الاتساق الداخلي (**Internal Consistency Validity**)، الذي يهدف إلى فحص مدى ترابط العبارات مع البُعد الذي تنتمي إليه ومع المقياس ككل. **وقد تم ذلك على مستويين من التحليل:**

ب- **معامل الارتباط المصحح (Corrected Item–Total Correlation)**: حيث تم حساب معاملات الارتباط المصححة بين كل عبارة وبين الدرجة الكلية للبُعد الذي تندرج ضمنه، وذلك بهدف التأكد من أن كل عبارة تسهم في قياس البُعد المستهدف بشكل دقيق، وأنها لا ترتبط ارتباطًا ضعيفاً أو غير دال مع مجموع بعده.

ج- ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس: جرى كذلك حساب معاملات الارتباط بين كل بُعد فرعي والدرجة الكلية للمقياس، وذلك بهدف التحقق من أن الأبعاد الفرعية مترابطة فيما بينها وتسهم معًا في قياس البنية النظرية الكلية التي صُمم المقياس من أجلها.

جدول رقم (١): يوضح معاملات الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه.

رقم العبارة	معامل الارتباط المصحح	رقم العبارة	معامل الارتباط المصحح	رقم العبارة	معامل الارتباط المصحح	رقم العبارة	معامل الارتباط المصحح
اتخاذ القرار الإنجابي		الحصول على المعلومات والخدمات		الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز		الحق فى الأمومة الأمنه	
١	٠.٧١٤**	١٣	٠.٥٦١**	٢٥	٠.٨٠٦**	٣٧	٠.٧٤٦**
٢	٠.٦٩٦**	١٤	٠.٦١٩**	٢٦	٠.٧٦٣**	٣٨	٠.٧٥٤**
٣	٠.٥٧٢**	١٥	٠.٧١٣**	٢٧	٠.٨٠٤**	٣٩	٠.٦٧٥**
٤	٠.٥٩٥**	١٦	٠.٤٠٦**	٢٨	٠.٨٢٤**	٤٠	٠.٦٦٩**
٥	٠.٤٤٦**	١٧	٠.٤٤٦**	٢٩	٠.٧٨٤**	٤١	٠.٦٧٨**
٦	٠.٥٨٣**	١٨	٠.٥٩٤**	٣٠	٠.٦٩٤**	٤٢	٠.٦٢٤**
٧	٠.٥٤٦**	١٩	٠.٤٧٠**	٣١	٠.٦٣٤**	٤٣	٠.٦٣٢**
٨	٠.٦٨٥**	٢٠	٠.٣٩٧**	٣٢	٠.٧٤٣**	٤٤	٠.٧٤٦**
٩	٠.٥٠٢**	٢١	٠.٥٨٤**	٣٣	٠.٧٨١**	٤٥	٠.٦١٧**
١٠	٠.٥٧٥**	٢٢	٠.٦٨٢**	٣٤	٠.٦٤٧**	٤٦	٠.٥٩٢**
١١	٠.٤٧٧**	٢٣	٠.٤٩٢**	٣٥	٠.٦٧٠**	٤٧	٠.٦٥١**
١٢	٠.٥٢٨**	٢٤	٠.٤٧٣**	٣٦	٠.٧٥٨**	٤٨	٠.٥١٦**

** دال عند مستوى ٠,٠١ -- * دال عند مستوى ٠,٠٥

يوضح الجدول (١) معاملات الارتباط المصححة بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه. وتشير النتائج إلى أن جميع معاملات الارتباط تراوحت بين (٠.٤٣) و(٠.٨٢)، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) أو (٠.٠٥)، ما يعكس قوة الترابط بين العبارات والأبعاد الخاصة بها.

وبالنظر إلى القيم المرجعية في الدراسات السيكومترية، يُعد معامل الارتباط المصحح المقبول في الحد الأدنى هو (٠.٣٠)، ومن ثم فإن القيم الواردة بالجدول تتجاوز هذا الحد بشكل ملحوظ، مما يؤكد أن جميع العبارات تسهم بدرجة مناسبة في قياس الأبعاد المختلفة للمقياس.

كما يُلاحظ أن معاملات الارتباط مرتفعة نسبيًا في معظم الأبعاد (تتجاوز غالبًا ٠.٦٠) ، وهو ما يعكس اتساقًا داخليًا قويًا، ويُشير إلى أن الأبعاد الفرعية الأربعة تتميز بقدر عالٍ من التماسك الداخلي، بما يعزز صدق المقياس كأداة لقياس الحقوق الإنجابية.

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية للمقياس،

جدول رقم (٢): ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للأداة (ن = ٣٥)

البعد	معامل الارتباط (r)	مستوى الدلالة (P)
البعد ١: الحق فى إتخاذ القرار الإنجابي:	٠.٦٦٣	٠.٠٠٠
البعد ٢: الحق فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية:	٠.٤٦٧	٠.٠٠٥
البعد ٣: الحق فى الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز:	٠.٧٠٥	٠.٠٠٠
البعد ٤: الحق فى الأمومة الأمنه:	٠.٥٨٣	٠.٠٠٠

يوضح الجدول (٢) معاملات الارتباط بين كل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للأداة. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٤٦٧) و(٠.٧٠٥)، وجميعها دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) أو (٠.٠٥). وتشير هذه النتائج إلى أن الأبعاد الأربعة مترابطة بدرجة مناسبة مع الدرجة الكلية للمقياس، بما يعكس انسجامها في قياس البنية النظرية المستهدفة وهي الحقوق الإنجابية.

وبناءً على ما سبق، يتضح أن معاملات الارتباط سواء على مستوى العبارات الفردية أو على مستوى الأبعاد الكلية جاءت جميعها دالة إحصائيًا وضمن الحدود المقبولة سيكومترياً، مما يعكس اتساق المقياس الداخلي ويدعم صدقه البنائي كأداة مناسبة لقياس الحقوق الإنجابية

ب–ثبات المقياس :

وبعد التأكد من صدق المقياس من خلال معاملات الارتباط على مستوى العبارات والأبعاد، كان من الضروري التحقق من ثباته للتأكد من استقراره وإمكانية الاعتماد على نتائجه. ولتحقيق ذلك تم حساب معاملات الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ، بالإضافة إلى معامل أوميجا (McDonald’s Omega)الذي يُعد من المؤشرات الحديثة والأكثر دقة في تقدير ثبات الأداة.

١. معامل ألفا كرونباخ:(Cronbach's Alpha - α)

يوضح جدول (٣) قيم معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس وللدرجة الكلية.

م	البعد / الأداة	عدد العبارات	معامل ألفا
١	الحق فى إتخاذ القرار الإنجابى	١٢	٠.٨٨
٢	الحق فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	١٢	٠.٨٥
٣	الحق فى الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	١٢	٠.٩٤
٤	الحق فى الأمومة الأمنه	١٢	٠.٩٢
	المقياس الكلي	**٤٨**	**٠.٩٠**

يوضح الجدول (٣) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لكل بُعد من أبعاد المقياس وللدرجة الكلية. وقد تراوحت قيم ألفا بين (٠.٨٥) و(٠.٩٤)، في حين بلغت القيمة الكلية للمقياس (٠.٩٠). وتشير هذه النتائج إلى أن جميع القيم تقع ضمن الحدود المقبولة سيكومتريًا، حيث يُعد حيث يُعد معامل كرونباخ ألفا المقبول عادةً (٠.٧٠) فأكثر. ومن ثم فإن هذه النتائج تعكس مستوى مرتفعًا من الثبات على مستوى الأبعاد والدرجة الكلية، بما يعزز صلاحيته للاستخدام في التطبيق الميداني.

٢. معامل ماكدونالدز أوميجا:(McDonald's Omega - ωt)

وعلى الرغم من أن نتائج ألفا كرونباخ أوضحت ارتفاع ثبات المقياس، فقد استخدمت الباحثة معامل أوميجا (McDonald’s Omega) كإجراء تكميلي حديث وأكثر دقة، نظرًا لأنه يأخذ في اعتباره الأوزان النسبية للعبارات في

البُعد الواحد، مما يوفر تقديراً أكثر واقعية لمعامل الثبات. وفيما يلي عرض تفصيلي لنتائج معامل أوميجا لأبعاد المقياس والدرجة الكلية.

جدول (٤): ملخص الثبات باستخدام معامل مكدونالدز أوميجا (McDonald's Omega)

م	البعد / الأداة	عدد البنود	أوميجا الكلي (ωt)
١	الحق فى إتخاذ القرار الإنجابى	١٢	٠.٨٧
٢	الحق فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	١٢	٠.٨٥
٣	الحق فى الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	١٢	٠.٩٤
٤	الحق فى الأمومة الأمنه	١٢	٠.٩١
	المقياس الكلي	**٤٨**	**٩٢.٠**

يوضح الجدول (٤) معاملات الثبات باستخدام معامل أوميجا (McDonald's Omega) لكل بُعد من أبعاد المقياس وللدرجة الكلية. وقد تراوحت القيم بين (٠.٨٥) و(٠.٩٤)، في حين بلغت القيمة الكلية (٠.٩٢). وتُظهر هذه النتائج أن جميع معاملات أوميجا مرتفعة وتتجاوز الحد الأدنى المقبول سيكومتريًا (٠.٧٠)، بما يعكس مستوى عاليًا من الثبات الداخلي للمقياس.

وبالمقارنة بين نتائج كرونباخ ألفا وأوميجا ماكدونالد، يتضح أن كلا المؤشرين أظهرا مستويات مرتفعة من الثبات لجميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية. ورغم أن معاملات أوميجا جاءت في بعض الأبعاد أقل نسبيًا من معاملات ألفا، فإن ذلك يُعزى إلى اختلاف طريقة الحساب، حيث يفترض ألفا تساوي العبارات في الأوزان، بينما يوفر أوميجا تقديرًا أكثر دقة من خلال اعتماده على الأوزان العاملية لكل عبارة. ومن ثم، فإن التوافق العام بين المؤشرين يعزز من ثبات الأداة ويدعم خصائصها السيكومترية، ويُعد استخدامهما معًا دليلًا على قوة المنهجية المتبعة في هذه الدراسة .

مجالات الدراسة:

أ- **المجال المكانى :** يتمثل فى المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة وذلك للأسباب التالية :

- موافقة إدارة المعهد على إجراء الدراسة به وتعاونها مع الباحثة .
- توافر العينة التى أجريت عليها الدراسة .
- توافر أماكن ملائمة لإجراء المقابلات وتنفيذ برنامج التدخل المهنى .
- عمل الباحثة بالمعهد وإشرافها على تدريب الطالبات بمشروع للصحة الإنجابية .

ب- **المجال البشرى** : حيث يتمثل المجال البشرى للدراسة فى عينة عمدية مقدارها (٤٠) مفردة تم سحبها من مجتمع الدراسة البالغ عددهم (٧٥) وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة بواقع (٢٠) مفردة فى كل مجموعة وتم اختيارهم وفقاً للشروط التالية:

- أن تكون الطالبة مقيدة بالفرقة الرابعة.
- ألا تزيد فترة الزواج عن سنتين.
- الموافقة على التعاون مع الباحثة والمشاركة فى أنشطة برنامج التدخل المهنى .
- الطالبات الأكثر التزاماً فى حضور التدريب .

ج- **المجال الزمنى** : تحدد المجال الزمنى للدراسة بفترة تنفيذ برنامج التدخل المهنى والذى استغرق الفترة من ٧/ ١٠/٢٠٢٤ إلى ١٨/ ٣/ ٢٠٢٥ .

سابعاً : برنامج التدخل المهنى:

١- الأسس والاعتبارات التى تم مراعتها عند وضع وتصميم البرنامج وهى ما يلى :

- الهدف الرئيس الذى تسعى إليه الدراسة الحالية .
- نتائج الدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة .
- الاطار النظرى للخدمة الاجتماعية وما يتضمنه من استيراتيجات وتكنيكات وأدوات وأدوار ومهارات ، الاطار النظرى للحقوق الإنجابية ، والمفاهيم التى تعتمد عليها الدراسة الحالية .
- نتائج دراسة تقدير الموقف للدراسة الحالية .
- الموجهات النظرية للدراسة الحالية المتمثلة فى ، العلاج المعرفى السلوكى.

٢- أهداف برنامج التدخل المهنى:

يتحدد الهدف الرئيس من برنامج التدخل المهنى فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ويتحقق ذلك من خلال الأهداف الفرعية التالية :

- تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقهن فى إتخاذ القرار الإنجابى .
- تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقهن فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية .
- تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقهن فى الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز .
- تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقهن فى الأمومة الآمنة .

٣- أنساق التدخل المهنى :

- **نسق محدث التغيير** : ويقصد به الباحثة حيث أنها تقوم بتنفيذ برنامج للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .
- **نسق العميل** : ويتمثل في المتزوجات حديثاً ، فهم يمثلون نسق العميل ونسق الهدف في نفس الوقت.
- **نسق الهدف** : ويتمثل نسق الهدف فيما يلي :

١- العمل مع الزوجة كنسق فردي

أ – تحديد الواقع الفعلي للحقوق الإنجابية لدى المتزوجات حديثاً وجوانب الضعف المرتبطة بها .

ب – تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

ج – مساعدة الزوجة على تحديد المهام والمسئوليات المطلوبة منها فى التوعية بحقوقها الإنجابية

٢- العمل مع جماعات الزوجات :

أ – تنمية الإطار المعرفى الخاص بالصحة الإنجابية بصفة عامة والحقوق الإنجابية بصفة خاصة .

ب – تنمية الإطار المعرفي الخاص بالأبعاد المرتبطة بالحقوق الإنجابية و المتمثلة في (الحق فى إتخاذ القرار الإنجابى ، الحق

فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية ، الحق فى الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز ، الحق فى الأمومة الآمنة) .

ج – إعداد وتنفيذ العديد من الأنشطة التى تسهم فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية كالمناقشات الجماعية والندوات والمحاضرات.

٣- العمل مع مجتمع المتزوجات حديثاً :

أ – تنمية الإطار المعرفى المرتبط بحقوقهن الإنجابية وانعكاسها على حياتهن الإجتماعية .

ب- مشاركة مجتمع المتزوجات في أنشطة تساهم فى تنمية وعيهن بحقوقهن الإنجابية كتبادل الزيارات مع المؤسسات الداعمة لبرنامج التدخل المهنى .

ج – تعديل اتجاهات المتزوجات حديثاً نحو خدمات الصحة الإنجابية .

- **نسق العمل** : ويتمثل فى نسق المؤسسة (المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة) ، التى تعمل من خلالها الباحثة كممارس عام ، وذلك لتحقيق أهداف التدخل المهنى .

- **نسق المجتمع المحلى** : التعاون والتواصل مع مؤسسات المجتمع المحلى الداعمة للبرنامج والتى تساهم فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية مثل المجلس القومى للسكان ، مديرية الصحة بالمنصورة ، كلية الطب ، كلية التمريض.

– تنسيق الجهود بين المؤسسات التى يمكن أن تساهم فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

٤– خطوات برنامج التدخل المهنى :

أ – **الارتباط :** وفي هذه المرحلة يتم بناء الاتصالات وتكوين العلاقات مع الأنساق التي يستهدفها برنامج التدخل.

وقد تضمنت تلك المرحلة ما يلى :

– إجراء مقابلة مع عميد المعهد لشرح برنامج التدخل وأهدافه والأنشطة التي يتضمنها، والحصول على الموافقة لتطبيق البرنامج.

– الاتصال بالمؤسسات التي سيتم الاستفادة من خدماتها، وتحديد كيفية الاستفادة من خدماتها في تنفيذ برنامج التدخل.

ب – **التقدير :** وذلك من خلال إجراء القياس القبلي على مقياس تنمية الوعى بالحقوق الإنجابية لدى المتزوجات حديثاً ، لتحديد الواقع

الفعلي للحقوق الإنجابية لديهن، وجوانب الضعف المرتبطة بكل مؤشر ، بما يساهم في تصميم برنامج التدخل المهني .

ج – **التخطيط للتدخل المهني والتعاقد :** في ضوء نتائج مرحلة التقدير يتم التخطيط للتدخل من خلال تحديد الهدف الرئيس و الأهداف

الفرعية ، الأنساق المستهدفة بالتدخل ، تحديد الاستراتيجيات والتكنيكات والأدوار والمهارات والتى سيتم استخدامها فى برنامج

التدخل لتحقيق أهدافه ، كذلك تحديد المهام المطلوبة من كل نسق مشارك فى أنشطة البرنامج ، التعاقد الشفوى مع الأنساق التى

يستهدفها برنامج التدخل وذلك فى الموعد المحدد ، وضع خطة زمنية للبرنامج .

د – **تنفيذ التدخل المهنى :** و يتم تنفيذ برنامج التدخل المهنى فى الوقت المحدد له وفقاً للخطة الزمنية الموضوعة وما يتضمنه من

استراتيجيات وتكنيكات وأدوات وأدوار ومهارات لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية

عرض تفصيلى لبرنامج التدخل المهنى

الجدول الزمنى	نوع النشاط	الهدف من النشاط
الأسبوع الأول	**مقابلة**	– مقابلة مع عميد المعهد لشرح طبيعة وأهداف برنامج التدخل المهنى . – الحصول على الموافقة بشأن تنفيذ البرنامج .
الأسبوع الثانى	**اجتماع**	– اجتماع تمهيدى مع الطالبات . – تحديد مجموعة الطالبات التى سيطبق عليهم البرنامج . – تطبيق دراسة تقدير الموقف . – توضيح أهداف البرنامج للطالبات المتزوجات حديثاً – عقد تعاقد شفهى معهن للمشاركة والإلتزام فى حضور البرنامج . – توضيح الفترة الزمنية للبرنامج .
الأسبوع الثالث	**اجتماع**	– تطبيق مقياس تنمية الوعى بالحقوق الإنجابية (قياس قبلى) . – الوصول إلى تقدير مدى حاجة المتزوجات حديثاً للتوعية بحقوقهن الإنجابية
الأسبوع الرابع	**اجتماع**	– تحديد الأهداف العامة والإجرائية للبرنامج – عقد مقابلات فردية وجماعية مع المسئولين وتوضيح الهدف من الدراسة للمساهمة فى أنشطة البرنامج . – تحديد المهام المطلوب إنجازها من قبل أنساق التعامل .
الأسبوع الخامس	**محاضرة عامة عن الصحة الإنجابية**	– مفهوم الصحة الإنجابية – أهمية الصحة الإنجابية – مراحل الصحة الإنجابية – الفئات المستهدفة من برامج الصحة الإنجابية
الأسبوع السادس	**مناقشة جماعية**	– مناقشة الأبعاد الاجتماعية والثقافية والصحية المؤثرة على الصحة الإنجابية
الأسبوع السابع	**ندوة بعنوان حقوقى الإنجابية (معرفة ، وعى ، قرار)**	اكساب المتزوجات حديثاً المعارف والمعلومات عن – الحقوق الأساسية للمرأة فى الرعاية الصحية – مفهوم الحقوق الإنجابية – أبعاد الحقوق الإنجابية (الحق فى إتخاذ القرار الإنجابى ، الحق فى الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية ، الحق فى الحماية من الممارسات الضارة ، الحق فى الأمومة الأمنة .
الأسبوع الثامن	**ورشة عمل بعنوان الحق فى الإختيار كأحد أبعاد الحقوق الإنجابية**	توعية المتزوجات حديثاً بحقهن فى إتخاذ القرار فى اختيار توقيت الحمل وعدد الأطفال

الأسبوع التاسع	**ندوة بعنوان أهمية الفحص الطبى للمقبلين على الزواج**	إكساب المتزوجات حديثاً معارف عن – مفهوم الفحص الطبى قبل الزواج – أهداف الفحص الطبى قبل الزواج – أنواع الفحص الطبى – الآثار المترتبة على إهمال الفحص الطبى قبل الزواج .
الأسبوع العاشر	**محاضرة بعنوان الأمومة الأمنة حقوقك ومسؤولياتك**	إكساب المتزوجات حديثاً معارف مرتبطة ب – مفهوم الأمومة الآمنة – أهمية تلقى الرعاية قبل وأثناء الحمل – أهمية تلقى الرعاية بعد الولادة للأم والطفل – الولادة الآمنة فى بيئة صحية مجهزة
الأسبوع الحادى عشر	**ندوة مبادرة الألف يوم الذهبية**	إكساب المتزوجات معارف حول – ما هية المبادرة – أهداف المبادرة (صحة الطفل السليم ، خفض معدل الولادات القيصرية ، رعاية الأطفال حديثى الولادة) – فوائد الرضاعة الطبيعية لصحة الأم والطفل – القضاء على المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية
الأسبوع الثانى عشر	**مناقشة جماعية عن اليوم العالمى لمناهضة العنف ضد المرأة**	– التعرف على مفهوم العنف – أنواع العنف – التعرف على عواقب وأخطار العنف على الصحة الإنجابية للمرأة – كيفية مواجهة المرأة للعنف الواقع عليها .
الأسبوع الثالث عشر	**محاضرة بعنوان . الاكتشاف المبكر للأورام (الثدى – الرحم)**	– أهمية الكشف المبكر للأورام – التعرف على آثار الأورام على الصحة الإنجابية للمرأة .
الأسبوع الرابع عشر	**ندوة بعنوان لا للعادات الضارة (احميها من الختان)**	– تعريف الختان وأشكاله – الآثار المترتبة على الختان (الصحية والطبية ، النفسية والاجتماعية) – انعكاسات الختان على الصحة الإنجابية والأسرة . – القوانين التى تجرم ختان الإناث .
الأسبوع الخامس عشر	**ندوة بعنوان (وعيك هو خط دفاعك الأول)**	– مفهوم الأمراض المنقولة جنسياً – أسبابها – أنواع الأمراض المنقولة جنسياً – الوقاية ووسائل الحماية – الآثار المترتبة على صحة المرأة .

الأسبوع السادس عشر	**محاضرة بعنوان (زواج الأقارب بين الموروث الثقافى والمخاطر الصحية)**	اكساب المتزوجات حديثاً المعارف والمعلومات حول – المخاطر الناتجة عن زواج الأقارب – الأمراض الوراثية المرتبطة بزواج الأقارب
الأسبوع السابع عشر	**ندوة بعنوان (تنظيم الأسرة – نحو حياة أسرية صحية ومستقبل أفضل)**	– مفهوم تنظيم الأسرة – أهمية تنظيم الأسرة على صحة الأم والطفل . – دور الرجل فى تنظيم الأسرة – مشاركة الشريكين فى اتخاذ القرار .
الأسبوع الثامن عشر	**ورشة عمل بعنوان معاً ضد التميز القائم على النوع (حقوق متساوية - فرص متساوية)**	– مفهوم التمييز ضد المرأة – أشكال التمييز – اكتساب معارف ومعلومات عن الاتفاقية الدولية لإلغاء كافة أشكال التمييز ضد المرأة .
الأسبوع التاسع عشر	**ندوة بعنوان مخاطر الزواج المبكر**	– الأسباب والدوافع وراء الزواج المبكر – الآثار النفسية والاجتماعية للزواج المبكر – الأبعاد الصحية للزواج المبكر (المخاطر الصحية للحمل والولادة ، الصحة الإنجابية وغياب الوعى الصحى .
الأسبوع العشرون	**اجتماع تقويمى**	– التعرف على مدى التغير الذى حدث للمتزوجات حديثاً نتيجة برنامج التدخل المهنى . – تطبيق المقياس البعدى لتنمية الوعى بالحقوق الإنجابية للتعرف على أثر برنامج التدخل المهنى على المتزوجات حديثاً .
الأسبوع الواحد والعشرون	**اجتماع**	– تمهيد لعملية إنهاء البرنامج على جميع المستويات . – الإنسحاب التدريجى بين الباحثة والمشاركين فى برنامج التدخل المهنى

أ – **التقييم** : وفى هذه المرحلة يتم تقدير التغيرات التى حدثت نتيجة تطبيق برنامج التدخل المهنى من خلال إجراء القياس البعدى

للمجموعتين التجريبية والضابطة ، وإجراء مقارنة بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة بعد التدخل المهنى على مقياس تنمية

الوعى بالحقوق الإنجابية لدى المتزوجات حديثاً .

ب– **الإنهاء**: حيث يتم إنهاء التدخل المهنى بصورة تدريجية مخططة وفقاً للتعاقد الذى يتم بين الباحثة وأنساق العملاء .

ج– **المتابعة** : حيث يتم متابعة ما إذا كان المتزوجات حديثاً يحتفظن بالتغييرات التى يتم تحقيقها خلال فترة التدخل المهنى ، أم يحتجن

إلى إعادة تقدير لتدخل مهنى اخر.

٥ – إستراتيجيات برنامج التدخل المهنى :

أ – **إستراتيجية إعادة البناء المعرفى** : ويتم ذلك من خلال اكساب المتزوجات حديثاً المعارف والمعلومات المرتبطة بالحقوق الإنجابية

وكذلك تنمية المعارف المرتبطة بأبعاد الحقوق الإنجابية .

ب – **إستراتيجية تعديل السلوك** : يتم ذلك من خلال مساعدة االمتزوجات حديثاً على تغير السلوكيات السلبية فى ممارسة حقهن فى

إتخاذ القرار الإنجابى وتقرير عدد الأطفال .

ج – **إستراتيجية الإقناع والتوضيح** : تستخدم هذه الإستراتيجية مع المتزوجات حديثاً لإقناعهن بأهمية وفوائد أهمية الرضاعة الطبيعية

لصحتهن وصحة الطفل .

د – **إستراتيجية الإستعراض المعرفى** : وذلك من خلال مساعدة المتزوجات حديثاً على تقدير الأفكار والمعتقدات الخاطئة المرتبطة

بالحقوق الإنجابية وكيفية ممارسة هذه الحقوق .

هـ – **إستراتيجية الاتصال**: تستخدم تلك الاستراتيجية للتواصل مع مؤسسات المجتمع المحلى التى يمكن أن تساهم فى تنمية وعى

المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

ز – **إستراتيجية التوجية والإرشاد** : وتستخدم تلك الإستراتيجية لإرشاد وتوجيه المتزوجات حديثاً لأماكن خدمات الصحة الإنجابية

وكيفية الوصول لهذه الخدمات ، وكذلك إرشادهن إلى حماية أنفسهن من العنف الذى قد يوجه إليهن .

٦-تكنيكات برنامج التدخل المهنى

أ – **المناقشة الجماعية** : يتم من خلال إجراء مناقشات حول الصحة الإنجابية بصفة عامة و الحقوق الإنجابية ، بصفة خاصة وأبعاد

الحقوق الإنجابية ، وتأثير ممارسة هذه الحقوق على صحة المرأة ، وذلك عن طريق التفاعل والحوار وتبادل الخبرات .

ب – التشجيع : ويتم ذلك من خلال تشجيع المتزوجات على المشاركة مع الأزواج فى إتخاذ القرار الإنجابى و تقرير عدد الأطفال ،

وتحديد الفواصل الزمنية بين كل حمل وآخر .

ج – **التوضيح** : وذلك من خلال توضيح الأمور الغامضة والأفكار الخاطئة المرتبطة بالحقوق الإنجابية ، وشرحها بأ سلوب مبسط بما

يساعدهن على فهمها ، وكذلك توضيح كيفية ممارستهن لهذه الحقوق وحصولهن عليها دون تمييز .

د – **التعاون** : من خلال التعاون مع المؤسسات التى يمكن أن تساهم فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية كالمجلس

القومى للسكان ، مديرية الصحة بالمنصورة ، المجلس القومى للمرأة لإعداد وتنفيذ برامج وأنشطة تساهم فى تنمية وعى المتزوجات

بحقوقهن الإنجابية .

هـ – **التفاعل** : من خلال إتاحة الفرصة للتفاعل بين المتزوجات حديثاً للمناقشة وتبادل وجهات النظر حول الحقوق الإنجابية .

و – **التنسيق** : وذلك لتنسيق الجهود بين مؤسسات المجتمع المحلى المشاركة فى البرنامج ، وكذلك لتنسيق الجهود بين اعضاء فريق

العمل والباحثة لتحقيق أهداف التدخل .

ز – **التدعيم الإيجابى** : من خلال عبارات الثناء والتقدير وإبداء الاستحسان مع المتزوجات حديثاًعند نجاحهن فى انجاز المهام المكلفين

بها وتشجيعهن على بذل المزيد من الجهد والتقدم فى انجاز باقى المهام .

٧– **أدوار الممارس العام** :

أ– **دوره كجامع بيانات** : من خلال قيام الممارس العام بجمع البيانات والمعلومات عن مستوى وعي المتزوجات حديثا بحقوقهن الإنجابية وأبعادها ، وكذلك الأنساق التى سيتم التدخل معها لتنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ، وكذلك جمع المعلومات عن الموارد والإمكانيات المتاحة بالمجتمع المحلى التى يمكن الإستفادة منها فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ، وبما يسهم فى تقدير الموقف والتدخل .

ب– **دوره كمقدم للخدمات** : ويتم ذلك من خلال قيامه بوضع البرامج والأنشطه التى تساهم فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية موضع التنفيذ .

ج – **دوره كمنسق** : وذلك من خلال تنسيق الجهود بين مؤسسات المجتمع المشاركة فى تنفيذ برنامج التدخل المهنى ، وكذلك التنسيق بين أعضاء فريق العمل المساهمين فى تنفيذ أنشطة البرنامج .

د – دوره كتربوى : من خلال قيام الممارس العام بتنمية معارف المتزوجات حديثاً بحقهن فى اتخاذ القرار الإنجابى ، والحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية ، والحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز ، والحق فى الأمومة الآمنة .

هـ – دوره كمخطط : يتم من خلال مجموعة الأنشطة والبرامج التى يعدها الممارس العام لتحقيق الأهداف من خلال تحديد الأولويات والمسئوليات بناء على دراسة مدى وعى المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ، وكذلك تحديد الموارد والإمكانيات التى يمكن الإستفادة منها فى تنفيذ البرنامج .

و – دوره كمقوم : من خلال تحديد الإيجابيات والسلبيات فى البرنامج وتحديد سبل التغلب على السلبيات بهدف الوصول للأهداف المرجوه.

٦– أدوات التدخل المهنى :

أ – الاجتماعات ب– المناقشات الجماعية ج– المحاضرات

د – الندوات هـ – المقابلات و– الوسائل السمعية والبصرية

٧– مهارات الممارس العام :

أ – المهارة فى تكوين العلاقة المهنية . ب – المهارة فى إعداد وتنفيذ الندوات .

ج – المهارة فى الإقناع د – المهارة فى الإتصال .

هـ – المهارة فى إدارة المناقشة الجماعية .

ثامناً : نتائج الدراسة :

النتائج المرتبطة بخصائص عينة الدراسة من المتزوجات حديثا

جدول رقم (٥) يوضح الخصائص الديموجرافية للمبحوثات

محل الإقامة	ك	%	نوع السكن	ك	%
حضر	٦	٣٠.٠٠	سكن خاص	٩	٤٥.٠٠
ريف	١٤	٧٠.٠٠	مع العائلة	١١	٥٥.٠٠
إجمالي	**٢٠**	**١٠٠.٠**	**إجمالي**	**٢٠**	**١٠٠.٠**
دخل الأسرة	**ك**	**%**	**المؤهل الدراسي للزوج**	**ك**	**%**
متوسط	١٣	٦٥.٠٠	مؤهل متوسط	--	--
ضعيف	٣	١٥.٠٠	مؤهل فوق متوسط	٤	٢٠.٠٠
مرتفع	٤	٢٠.٠٠	مؤهل عالي	٢	٦٠,٠٠
إجمالي	**٢٠**	**١٠٠.٠**	دراسات عليا	٤	٢٠.٠٠
			إجمالي	**٢٠**	**١٠٠.٠٠**
صلة القرابة بالزوج				**ك**	**%**
لا توجد صلة قرابة				٩	٤٥.٠٠
نعم، من الدرجة الأولى (ابن العم/العمة أو الخال/الخالة)				٦	٣٠.٠٠
نعم، من درجات أبعد				٥	٢٥,٠٠
الإجمالي				**٢٠**	**١٠٠.٠**

– يتبين من الجدول السابق أن غالبية المبحوثين يقمن في الريف بنسبة (٧٠٪) مقابل (٣٠٪) يقيمن فى الحضر. ورغم أن البيئة الريفية قد ترتبط ببعض الموروثات الثقافية التي تحد من ممارسة الحقوق الإنجابية، إلا أن كون جميع المبحوثات في مرحلة البكالوريوس قد يعزز قدرتهن على الاستفادة من برنامج التدخل المهني .

– تشير النتائج إلى أن (٥٥٪) من المبحوثات يقمن مع العائلة مقابل (٤٥٪) يقيمن في سكن خاص ، ويعكس ذلك استمرار تأثير الأسرة الممتدة على قرارات المتزوجات حديثاً، غير أن المستوى التعليمي قد يساعدهن على التعامل مع هذه الضغوط الأسرية بوعي أكبر. وهنا تأتي أهمية برنامج التدخل المهني في تزويدهن بالمهارات اللازمة لاتخاذ قرارات مستقلة بشأن حقوقهن الإنجابية مع مراعاة البعد الثقافي والاجتماعي للأسرة.

– أوضحت النتائج أن معظم الأسر تقع في فئة الدخل المتوسط (٦٥٪)، مع وجود(١٥٪) في الفئة الضعيفة و(٢٠٪) في الفئة المرتفعة. ورغم أن الوضع الاقتصادي يعد أحد العوامل المؤثرة في القرارات الإنجابية والوصول إلى الخدمات الصحية، فإن المستوى التعليمي للمبحوثات من المتزوجات حديثاً يمنحهن فرصاً أفضل لتبني أنماط تفكير أكثر وعياً في إدارة شؤون الصحة الإنجابية، وهو ما يسعى برنامج التدخل المهني إلى تعزيزه بغض النظر عن مستوى الدخل.

– يتضح أن غالبية الأزواج من ذوي المؤهل العالي (٦٠٪) ، يليها الدراسات العليا (٢٠٪)، مع وجود نسبة (٢٠٪) من أصحاب المؤهل فوق المتوسط. وهذا يشير إلى أن البيئة الزوجية نفسها يغلب عليها الطابع التعليمي المرتفع، مما قد يسهل تقبّل الحوار والممارسات الصحية الإنجابية. وهنا تزداد فاعلية برنامج التدخل المهني في دعم الزوجات على التواصل الواعي مع الأزواج، بما يضمن تعزيز القرارات المشتركة المتعلقة بالصحة الإنجابية .

– تبين أن (٤٥٪) من الزيجات لا تقوم على صلة قرابة، في حين أن (٣٠٪) من الدرجة الأولى، و(٢٥٪) من درجات أبعد. ورغم أن ثقافة زواج الأقارب ما زالت قائمة، إلا أن المستوى التعليمي للبكالوريوس يساعد المتزوجات حديثاً على إدراك الآثار الصحية والإنجابية لهذه الممارسات بشكل أوضح. ومن ثم يصبح دور برنامج التدخل المهني حاسمًا في تحويل هذا الإدراك إلى سلوك صحي واعٍ يوازن بين العادات الثقافية ومتطلبات الصحة الإنجابية السليمة.

– وبوجه عام، تكشف هذه الخصائص الديموجرافية عن تداخل العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والتعليمية في تشكيل وعي المتزوجات حديثًا بحقوقهن الإنجابية. فرغم أن العينة جميعها من طالبات مرحلة البكالوريوس بما يوفر لهن أساساً معرفياً جيدًا، إلا أن تأثير البيئة الأسرية والموروثات الثقافية مثل زواج الأقارب والسكن مع العائلة لا يزال مستمراً ، الأمر الذي يبرز أهمية برنامج التدخل المهني المبني على الممارسة العامة

في الخدمة الاجتماعية كمدخل وقائي وتنموي يسهم في تمكين هذه الفئة من ممارسة حقوقهن الإنجابية بوعي واستقلالية أكبر .

جدول (٦) يوضح تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الديموغرافية

المتغير	الفئة	المجموعة الضابطة (N=20)	المجموعة التجريبية (N=20)	قيمة χ^2	قيمة p	الدلالة
محل الإقامة	ريف	١٣ (٦٥%)	١٤ (٧٠%)	χ^2 = ٠.٠٧	٠.٧٩١	غير دالة
	حضر	٧ (٣٥%)	٦ (٣٠%)			
نوع السكن	سكن خاص	١٠ (٥٠%)	٩ (٤٥%)	χ^2 = ٠.١٠	٠.٧٤٨	غير دالة
	مع العائلة	١٠ (٥٠%)	١١ (٥٥%)			
المؤهل الدراسي للزوج	مؤهل متوسط	٣ (١٥%)	٠ (٠%)	χ^2 = ٢.٤٥	٠.٤٨٤	غير دالة
	مؤهل فوق متوسط	٥ (٢٥%)	٤ (٢٠%)			
	مؤهل عالي	١٠ (٥٠%)	١٢ (٦٠%)			
	دراسات عليا	٢ (١٠%)	٤ (٢٠%)			
دخل الأسرة	ضعيف	٣ (١٥%)	٣ (١٥%)	χ^2 = ٠.١٠	٠.٩٤٩	غير دالة
	متوسط	١٢ (٦٠%)	١٣ (٦٥%)			
	مرتفع	٥ (٢٥%)	٤ (٢٠%)			
صلة القرابة بين الزوجين	لا توجد	٨ (٤٠%)	٩ (٤٥%)	χ^2 = ٠.١٣	٠.٩٣٦	غير دالة
	درجة أولى	٦ (٣٠%)	٦ (٣٠%)			
	درجات أبعد	٦ (٣٠%)	٥ (٢٥%)			

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن جميع قيم الاحتمالية (p) كانت أكبر من ٠,٠٥، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في جميع المتغيرات الديموجرافية المدروسة. ونظرًا لكون هذه المتغيرات (مثل: محل الإقامة، نوع السكن، المؤهل الدراسي للزوج، دخل الأسرة، صلة القرابة بين الزوجين) تُصنف كمتغيرات نوعية (Categorical Variables) تُقاس على شكل فئات (مثل: ريف/حضر، سكن خاص/مع العائلة، مؤهل متوسط/عالي، ...إلخ)، فقد تم الاعتماد على اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لقياس مدى تجانس المجموعتين فيما يتعلق بهذه المتغيرات.

تؤكد هذه النتائج أن المجموعتين متجانستان ديموجرافيًا، مما يعزز الصلاحية الداخلية للدراسة. وهذا التجانس يعني أن أي فروق ملحوظة أثناء تطبيق البرنامج التجريبي أو بعد انتهائه يمكن إرجاعها بثقة أكبر إلى تأثير البرنامج نفسه، وليس إلى اختلافات أولية بين المجموعتين في المتغيرات الديموجرافية.

ب- نتائج التحقق من فروض الدراسة :

- الفرض الفرعى الأول للدراسة :

جدول رقم (٧) نتائج اختبار الاعتدالية Shapiro–Wilk و Kolmogorov–Smirn لبيانات المجموعتين الضابطة والتجريبية في أبعاد المقياس والدرجة الكلية (الاختبار القبلي)

نوع الاختبار	القياس القبلى للمجموعة الضابطة				القياس القبلى للمجموعة التجريبية			
الأساليب الإحصائية	Kolmogorov-Smirnov[a]		Shapiro-Wilk		Kolmogorov-Smirnov[a]		Shapiro-Wilk	
الأبعاد المختلفة/ القيم الناتجة	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.
الحق في إتخاذ القرار الإنجابي	٠.١٦٢	٠.١٧٨	٠.٩٦٢	٠.٥٨٠	٠.١٨٧	٠.٠٦٥	٠.٩٣٥	٠.١٨٩
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	٠.١٣٠	٠,٢٠٠	٠.٩٤٧	٠.٣٢٩	٠.١٤٣	٠,٢٠٠	٠.٩٦٠	٠.٥٤٠
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	٠.١٨٥	٠.٠٧٢	٠.٩٣٩	٠.٢٣٤	٠.١٧٣	٠.١١٧	٠,٩٤٧	٠.٣٢٣
الحق في الأمومة الأمنه	٠.١٥٤	٠,٢٠٠	٠.٩٥٦	٠.٤٦٢	٠.١٢٤	٠.,٢٠٠	.٩٦٩	٠.٧٤٤
المقياس ككل	٠.١٩١	٠.٠٥٤	٠.٩٣٢	٠.١٦٦	٠.٠٨٥	٠,٢٠٠	٠.٩٨١	٠.٩٤٨

- يوضح الجدول نتائج اختبار الاعتدالية لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار القبلي باستخدام كل من اختبار شابيرو–ويلك (Shapiro–Wilk) واختبار كولموجروف–سمرنوف (Kolmogorov–Smirnov). وقد تبين أن جميع قيم الدلالة الإحصائية (Sig.) كانت أكبر من 0.05 في مختلف الأبعاد وكذلك الدرجة الكلية، مما يشير إلى أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي. وعليه فإن استخدام الاختبارات البارامترية يُعد مناسباً في التحليلات اللاحقة، على أن يتم لاحقاً التحقق من تجانس التباين (Levene's Test) لتحديد ما إذا كان الأنسب تطبيق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين (Independent Samples T–test) أو اختبار "ت" المعدل لـ ولش (Welch's T–test).

جدول رقم (٨) **نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لبيان الفروق في القياس القبلي بين التجريبية والضابطة على مقياس وعي الحقوق الإنجابية .**

التحقق من صحة الفرض الأول		N	Mean	Std. Deviation	t-test	DF	Sig. (2-taile
الحق في إتخاذ القرار الإنجابي	الضابطة قبلى	٢٠	٣٣.٣٥٠	٣.٦٧٥	-٠.٤٦٥	٣٨	٠.٦٤٥
	التجريبية قبلى	٢٠	٣٣.٨٠٠	٢.٢٨٥			
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	الضابطة قبلى	٢٠	٣٣.٩٥٠	٢.٣٤٨	-٠.١٠٣	٣٨	٠.٩١٨
	التجريبية قبلى	٢٠	٣٤.٠٥٠	٢.٧٤٣			
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	الضابطة قبلى	٢٠	٢٩.١٥٠	٢.٣٤٦	٠.١٧٠	٣٨	٠.٨٦٦
	التجريبية قبلى	٢٠	٢٩.٠٠٠	٣.١٧٩			
الحق في الأمومة الأمنه	الضابطة قبلى	٢٠	٣٣.٠٥	٣.٦٠٥	١.٩٠	٣٨	٠.٠٦٥
	التجريبية قبلى	٢٠	٣٠.٧٠	٤.١٩٤			
المقياس ككل	الضابطة قبلى	٢٠	١٢٩.٥	٦.٣٥٤	٠.٨٦	٣٨	٠.٣٩٤
	التجريبية قبلى	٢٠	١٢٧.٥٠	٧.٨٧٧			

باستقراء نتائج الجدول السابق رقم (٨) يتبين تحقق شرط التكافؤ الأساسي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي، حيث أظهرت نتائج اختبار T–Test عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين على جميع أبعاد مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية، إذ تراوحت قيم مستوى الدلالة بين (٠.٠٦٥ – ٠.٩١٨) وهي جميعها أكبر من مستوى الدلالة المقبول إحصائياً (.0=α٠٥)، كما تراوحت قيم t بين (–٠.٤٦٥) لبُعد الحق في إتخاذ القرار الإنجابي و(١.٩٠٠) لبُعد الحق في الأمومة الأمنه، أي أن الفرق بين المتوسطات للقياس (القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة) صغير جدًا،

مما يؤكد صحة الفرض الفرعي الأول للدراسة والذي ينص على عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين. التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الحقوق الإنجابية ويوضح ذلك أن المجموعتين متكافئتان في مستوى الوعي بالحقوق الإنجابية قبل تطبيق برنامج التدخل المهني .

ويتفق ذلك مع دراسة **(الشيشينى ، ٢٠٠١)** والتى تؤكد على وجود قصور فى المعرفة بالحقوق الإنجابية ، وفهم خاطىء عن مفهوم الصحة الإنجابية ، ولابد من توفير برامج توعية للشباب عن الحقوق الإنجابية وأماكن تقديم خدمات الصحة الإنجابية،

ودراسة (**Beazlay ,Richard,1996**) والتى أكدت على ضرورة إمداد الفتيات بمعلومات عن الحقوق الإنجابية وأهمية نشر المعلومات المتعلقة بخطورة الأمراض المنقولة جنسياً .

- **الفرض الفرعى الثانى للدراسة :**

جدول رقم (٩) نتائج اختبار الاعتدالية Shapiro–Wilk و Kolmogorov–Smirnov
لبيانات المجموعتين الضابطة والتجريبية في أبعاد المقياس والدرجة الكلية (الاختبار البعدي) .

نوع الاختبار	القياس البعدي للمجموعة الضابطة				القياس البعدي للمجموعة التجريبية			
الأساليب الإحصائية	Kolmogorov-Smirnov[a]		Shapiro-Wilk		Kolmogorov-Smirnov[a]		Shapiro-Wilk	
الأبعاد المختلفة/ القيم الناتجة	Statistic	Sig.	Statist	Sig.	Statistic	Sig.	Statis	Sig.
الحق في إتخاذ القرار الإنجابي	٠.١٥١	٠.٢٠٠	٠.٩٥١	٠.٣٧٦	٠.١٨٠	٠.٠٨٨	٠.٩٢	٠.١١٣
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	٠.١٤٦	٠.٢٠٠	٠.٩٤٩	٠.٣٥٩	٠.١٨٤	٠.٠٧٣	٠.٩٣	٠.٢٣١
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	٠.٢٠٩	٠.٠٢٢	٠.٩٢٠	٠.٠٩١	٠.١٤٨	٠.٢٠٠	٠.٩٢	٠.١١٩
الحق في الأمومة الأمنه	٠.١٠٦	٠.٢٠٠	٠.٩٦٢	٠.٥٧٨	٠.١٢٤	٠.٢٠٠	٠.٩٧	٠.٨٨٥
المقياس ككل	٠.١٢٤	٠.٢٠٠	٠.٩٦٠	٠.٥٦٠	٠.١٥٢	٠.٠٠٠ ٢٠٠	٠.٩٧	٠.٨٨٩

قبل اختبار صحة الفرض الفرعي الثاني وباقي الفروض الفرعية الأخري، تم التحقق من اعتدالية توزيع درجات القياس البعدي لكلا المجموعتين كما هو موضح في الجدول رقم (٩). وبالاعتماد على نتائج اختبار شابيرو–ويلك (Shapiro–Wilk) لكونه الأنسب لحجم العينة (ن=٢٠)، تبين أن توزيع البيانات اعتدالي لكل من المجموعة الضابطة (حيث كانت جميع قيم Sig. > 0.05) والمجموعة التجريبية (حيث كانت جميع قيم Sig. > 0.05) على مستوى المقياس ككل وكافة أبعاده. وبما أن شرط الاعتدالية قد تحقق في المجموعتين، فإن الأسلوب الإحصائي المعتمد للمقارنة بينهما في القياس البعدي سيكون اختبار "ت" للعينات المستقلة (Independent Samples T–test).

جدول رقم(١٠) نتائج اختبار (ت) لعينتين مترابطتين بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

التحقق من صحة الفرض الثاني		N	Mean	Std. Deviation	t-test	Df	Sig. (2-tailed)
الحق في إتخاذ القرار الإنجابي	تجريبية قبلي	٢٠	٣٣.٨٠٠	٢.٢٨٥	-١٨.١١٦	١٩	٠.٠٠١
	تجريبية بعدي	٢٠	٤٦.٠٥٠	٢.٥٢٣			
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	تجريبية قبلي	٢٠	٣٤.٠٥٠	٢.٧٤٣	-١٢.٤٥٩	١٩	٠.٠٠١
	تجريبية بعدي	٢٠	٤٣.٢٥٠	٢.٥٥٢			
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	تجريبية قبلي	٢٠	٢٩.٠٠٠	٣.١٧٩	-٢٢.٣٤٣	١٩	٠.٠٠١
	تجريبية بعدي	٢٠	٤٦.٢٠٠	١.٦٤٢			
الحق في الأمومة الأمنه	تجريبية قبلي	٢٠	٣٠.٧٠٠	٤.١٩٤	-١١.٨٥٢	١٩	٠.٠٠١
	تجريبية بعدي	٢٠	٤٤.٨٠٠	٣.١٠٥			
المقياس ككل	تجريبية قبلي	٢٠	١٢٧.٥٥٠	٧.٨٧٧	-٢٦.١٣٧	١٩	٠,٠٠١
	تجريبية بعدي	٢٠	١٨٠.٣٠٠	٥.٣٥٢			

تُظهر نتائج الجدول السابق رقم (١٠) لاختبار T للعينات المترابطة (Paired Samples T–Test) دلائل إحصائية قوية على فعالية برنامج التدخل المهني، حيث كشفت المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية ($p = 0.001$) عند مستوى دلالة أقل من ($\alpha = 0.001$) لجميع أبعاد مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية، إذ كانت قيم t سالبة ومرتفعة وتراوحت بين (-١١,٨٥٢) لبُعد الحق في الأمومة الأمنه و(-٢٦,١٣٧) للمقياس ككل، مما يعكس حجم التأثير الكبير جداً لبرنامج التدخل المهني، كما ظهر ذلك في الفروقات الجوهرية بين المتوسطات الحسابية للقياسين، حيث ارتفع المتوسط العام للمقياس من (١٢٧,٥٥٠) في القياس القبلي إلى (١٨٠.٣٠٠) في القياس البعدي بفارق قدره (٥٢.٧٥) درجة، وهو ما يمثل تحسناً نسبياً يزيد عن ٤١%، مع انخفاض ملحوظ في قيم الانحراف المعياري في

القياس البعدي مما يشير إلى تجانس أكبر في استجابات المشاركات وانتظام في تأثير البرنامج، وبذلك تؤكد هذه النتائج **صحة الفرض الفرعي الثاني، القائل:** بوجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية، ومن ثم تُدعم بقوة هذه النتيجة قدرة التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية على إحداث تغيير معرفى ووعي إيجابي ملموس لدى المتزوجات حديثاً فيما يتعلق بحقوقهن الإنجابية.

و يتفق ذلك مع (**دراسة محمود ٢٠١٤**) والتى أكدت نتائجها عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستخدام برنامج التدخل المهنى بالممارسة العامة وتنمية وعى الفتيات المقبلات على الزواج بالمخاطر الصحية ، والاجتماعية الناتجة عن زواج الأقارب.

ودراسة **(Sampath and Maruthakutti,2015)** والتى أكدت على ضرورة إعطاء المرأة الحق فى التحكم فى مسئوليتها الإنجابية وبخاصة الحمل والولادة .

- **الفرض الفرعى الثالث :**

جدول رقم (١١) يوضح نتائج اختبار (ت) لعينتين مترابطتين بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثًا بحقوقهن الإنجابية.

التحقق من صحة الفرض الفرعي الثالث		N	Mean	Std. Deviat	t-tes	Df	Sig. (2-taile
الحق في إتخاذ القرار الإنجابي	ضابطة قبلي	٢٠	٣٣.٣٥٠	٣.٦٧٥	٠.٣٢	١٩	٠.٧٤٩
	ضابطة بعدي	٢٠	٣٣.٠٠٠	٢.٥٧٥			
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	ضابطة قبلي	٢٠	٣٣.٩٥٠	٣.٣٤٨	١.٦١	١٩	٠.١٢٤
	ضابطة بعدي	٢٠	٣٢.٥٥٠	٢.٢٥٩			
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	ضابطة قبلي	٢٠	٢٩.١٥٠	٢.٣٤٦	-١.٧٨	١٩	٠.٠٩٠
	ضابطة بعدي	٢٠	٣١.١٠٠	٤.٣٠٣			
الحق في الأمومة الأمنه	ضابطة قبلي	٢٠	٣٣.٠٥٠	٣.٦٠٥	-٠.٢١	١٩	٠.٨٣٥
	ضابطة بعدي	٢٠	٣٣.٣٠٠	٣.١١٤			
المقياس ككل	ضابطة قبلي	٢٠	١٢٩.٥٠	٦.٣٥٤	-٠.٢٦	١٩	٠.٧٩٦
	ضابطة بعدي	٢٠	١٢٩.٩٥	٤.٧٨٥			

لأن الفرض الفرعي الثالث يتعلق بقياس الفروق داخل المجموعة الضابطة نفسها بين القياس القبلي والقياس البعدي، فإن طبيعة البيانات هنا تُعد مترابطة (Paired Data)، وبناءً على ذلك تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مترابطتين (Paired Samples T-test)، باعتباره الاختبار الأنسب للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات القياسين في العينات المرتبطة، حيث يُظهر الجدول نتائج هذا الاختبار على أبعاد مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثًا بحقوقهن الإنجابية. وقد تبين أن جميع قيم الدلالة الإحصائية (Sig.) جاءت أكبر من مستوى الدلالة (٠.٠٥)، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي. وهذا يعني أن أفراد المجموعة

الضابطة لم يشهدوا تغيراً جوهريًا في مستوى وعيهم عبر فترة التطبيق، وهو ما يعكس غياب أي أثر للتغير الزمني أو العوامل الخارجية على القياسات. وتؤكد هذه **النتيجة صحة الفرض الفرعي الثالث الذي ينص علي أنه:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية، كما تُعزز هذه النتائج الثقة بأن الفروق التي ظهرت لاحقًا لدى المجموعة التجريبية يمكن نسبتها إلى برنامج التدخل المهني وحده، وليس إلى عوامل أخرى غير خاضعة للضبط .

- **الفرض الفرعي الرابع:**

جدول رقم (١٢): يوضح نتائج اختبار (ت) لبيان الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

التحقق من صحة الفرض الفرعي الرابع		M	Std. D	t-		Sig. (2-t
الحق في إتخاذ القرار الإنجابي	ضابطة بعدي	٣٣	٢.	-١٦		٠.٠
	تجريبية بعدي	٣٦	٢.			
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	ضابطة بعدي	٣٢	٢.	-١٤		٠.٠
	تجريبية بعدي	٤٣	٢.			
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	ضابطة بعدي	٣١	٤.	-١٤		٠.٠
	تجريبية بعدي	٤٦	١.			
الحق في الأمومة الأمنه	ضابطة بعدي	٣٣	٣.	-١١		٠.٠
	تجريبية بعدي	٤٤	٣.			
المقياس ككل	ضابطة بعدي	١٢٩	٤.	-٣١		٠.٠
	تجريبية بعدي	١٨	٥.			

يتضح من نتائج الجدول رقم (١٢) وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية، وذلك عند مستوى دلالة (Sig = 0.000) وهو أقل من.(0.05)

الحق في اتخاذ القرار الإنجابي :أظهرت النتائج فرقاً واضحاً (t = – ١٦.١٨٨) ، حيث ارتفع متوسط درجات المجموعة التجريبية (٤٦.٠٥) مقارنة بالمجموعة الضابطة (٣٣.٠٠)، مما يشير إلى أن البرنامج التدخلي عزز وعي المتزوجات بحق اتخاذ القرار الإنجابي.

الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية :تبين وجود فرق دال (t = – ١٤.٠٤٠) ، حيث ارتفع متوسط المجموعة التجريبية (٤٣.٢٥) مقارنة بالضابطة (٣٢.٥٥)، وهو ما يعكس أثر البرنامج في رفع وعي المشاركات بأهمية المعلومات والخدمات الصحية الإنجابية.

الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز :أظهرت النتائج فرقاً معنوياً كبيرا (t = ١٤.٦٦٣ –)، حيث كان متوسط التجريبية (٤٦.٠٢٠) مقابل (٣١.١٠) للضابطة، بما يدل على نجاح البرنامج في توعية المتزوجات حديثاً بحقوق الحماية من الممارسات الضارة.

الحق في الأمومة الآمنة :حققت المجموعة التجريبية متوسطاً أعلى (٤٤.٣٠) مقارنة بالضابطة (٣٣.٣٠) مع فرق دال (t = −١١.٦٩٦) ، مما يعزز فاعلية البرنامج في توعية المتزوجات بحقوق الأمومة الآمنة.

المقياس ككل :أظهر فرقاً إحصائياً جوهريا(t = − ٣١.٣٦٧) ، حيث حصلت المجموعة التجريبية على متوسط أعلى (١٨٠.٣٠) مقارنة بالضابطة (١٢٩.٩٥)

ومن ثم تشير تلك النتائج إلى أن برنامج التدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية كان فعالاً بشكل ملحوظ في تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية في جميع الأبعاد الفرعية للمقياس وكذلك على الدرجة الكلية. ممايؤكد **صحة الفرض الفرعي الرابع للدراسة.**

وبناءً على ما سبق عرضه من نتائج للتحقق من الفروض الفرعية الأربعة، يتضح أن جميعها قد تحققت، حيث ظهرت فروق جوهرية لصالح المجموعة التجريبية في كافة أبعاد مقياس وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية. ومن ثم يمكن القول إن **الفرض الرئيسي للدراسة قد تحقق**، إذ ثبتت فاعلية برنامج التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية. وقد تم التحقق من صحة هذا الفرض باستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة، والمتمثلة في اختبار (T-test) لعينتين مستقلتين عند المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، واختبار (Paired Samples T-test) عند المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي داخل المجموعة الواحدة. وتعد هذه الاختبارات الإحصائية كافية وملائمة لطبيعة الفروض التي وضعتها الباحثة. وتعكس هذه النتائج الأهمية البالغة للتدخلات المهنية للخدمة الاجتماعية القائمة على منظور الممارسة العامة، والتي تستند إلى أسس علمية ومنهجية واضحة في العمل مع الفئات المستهدفة. إذ إن نجاح البرنامج في تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية يعزز من دور الأخصائي الاجتماعي في مجال التمكين الأسري والصحي، ويسهم في دعم حقوق المرأة وحمايتها من الممارسات الضارة والتمييز. كما تبرز هذه النتائج جدوى التدخلات الوقائية والتوعوية كأحد الأساليب الفاعلة التي يمكن للمؤسسات الاجتماعية والصحية تبنيها في إطار سياسات شاملة تهدف إلى تعزيز الصحة الإنجابية ورفع مستوى الوعي المجتمعي بحقوق النساء.

هذا وقد أشارت نتائج **(دراسة محمود ،٢٠١٤)** عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستخدام برنامج التدخل المهنى بالممارسة العامة وتنمية وعى الفتيات المقبلات على الزواج بالمخاطر الصحية ، والاجتماعية الناتجة عن زواج الأقارب ،

وكذلك دراسة **(أبو زيد ، ٢٠٠٦)** والتى أسفرت نتائجها عن وجود علاقة إيجابية بين استخدام برنامج إرشادى للمرة فى تنمية وعيها بمخاطر الممارسات الضارة .

ج : دلالة الفروق بين البيانات الديموجرافية وأبعاد المقياس:

جدول رقم (١٣) يوضح دلالة الفروق بين المتزوجات حديثًا

وفقًا لمكان الإقامة (حضر/ريف) في أبعاد وعيهن بحقوقهن الإنجابية والمقياس ككل

الأبعاد والمقياس ككل	المتغير		Mean	Std. Deviation	t-test	Df	Sig. (2-tailed)
الحق في اتخاذ القرار الإنجابي	حضر		٤٨.٠٠٠	٢.١٩١	٢.٥٧٧	١٨	٠.٠١٩
	ريف		٤٥.٢١٤	٢.٢٢٥			
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	حضر		٤٥.١٦٧	٢.١٣٧	٢.٤٧٩	١٨	٠.٠٢٣
	ريف		٤٢.٤٢٩	٢.٣١١			
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	حضر		٤٦.٦٦٧	١.٨٦٢	٠.٨٢٥	١٨	٠.٤٢٠
	ريف		٤٦.٠٠٠	١.٥٦٩			
الحق فى الأمومة الأمنه	حضر		٤٦.١٦٧	٢.٦٠١	١.٣١٣	١٨	٠.٢٠٦
	ريف		٤٤.٢١٤	٢.٨٠٦			
المقياس ككل	حضر		١٨٦.٠٠٠	٢.٨٩٨	٤.٣٤٣	١٨	٠.٠٠٠
	ريف		١٧٧.٨٥٧	٤.١٤٨			

أولاً: بعد الحق في اتخاذ القرار الإنجابي :

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجات حديثًا وفقًا لمكان الإقامة (p = ٠.٠١٩) ، حيث سجلت مجموعة الحضر متوسطًا أعلى (M = ٤٨.٠٠) مقارنة بمجموعة الريف (M = ٤٥.٢١) ويشير ذلك إلى أن الإقامة في المناطق الحضرية تسهم في تعزيز قدرة الزوجة على المشاركة الواعية في اتخاذ القرار الإنجابي، ربما نتيجة لزيادة فرص الوصول إلى المعلومات، والانفتاح على أنماط ثقافية أقل تقيدًا بالعادات التقليدية مقارنة بالريف.

ويتفق ذلك مع دراسة (**Cheng et – al ,2010**) التى أوضحت نتائجها أن النساء المهاجرات العائدات من المدن إلى الريف لديهن مواقف وسلوكيات إيجابية تجاة تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية ، وإستخدام وسائل منع الحمل ،ومعرفة خدمات الصحة الإنجابية ، والسلوكيات الإنجابية الصحيحة .

ثانيًا: بعد الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية

اتضح وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين (p = ٠.٠٢٣) ، حيث تفوقت مجموعة الحضر (M = ٤٥.١٧) على مجموعة الريف (M = ٤٢.٤٣) وهذا يعكس أن المتزوجات حديثًا في الحضر يتمتعن بفرص أفضل في الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية، مثل المراكز الصحية والمبادرات التوعوية، وهو ما يؤكد أهمية برنامج التدخل المهني في تركيز جهوده على المناطق الريفية لتقليل فجوة الوعي والخدمات بين البيئتين.

ثالثًا: بعد الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز

لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (p = ٠.٤٢٠) ، حيث كان متوسط الحضر (M = ٤٦.٦٧) ومتوسط الريف (M = ٤٦.٠٠) متقاربًا. ويدل ذلك على أن قضية الحماية من العنف والتمييز تمثل تحديًا مشتركًا بين المتزوجات في البيئتين الحضرية والريفية على

السواء، وهو ما يعكس وجود بعض الممارسات الضارة في الثقافة المجتمعية بغض النظر عن مكان الإقامة.

رابعًا: بعد الحق في الأمومة الآمنة

لم تظهر كذلك فروق ذات دلالة إحصائية (٠.٢٠٦ = p) ، حيث جاء متوسط الحضر (٤٦.١٧ = M) ومتوسط الريف (٤٤.٢١ = M) متقاربًا. وهذا يشير إلى أن فرص الوعي بالأمومة الآمنة لا تتأثر بشكل جوهري بمكان الإقامة، وربما يعود ذلك إلى أن برامج الرعاية الصحية الخاصة بالحمل والولادة متاحة بدرجة متقاربة في الريف والحضر، خاصة مع التوسع في خدمات الرعاية الأولية.

خامسًا: الدرجة الكلية للمقياس

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة قوية ($p < 0.001$)بين المجموعتين، حيث سجلت مجموعة الحضر متوسطًا أعلى (١٨٦.٠٠ = M) مقارنة بمجموعة الريف (١٧٧.٨٦ M) = ويعكس ذلك أن المتزوجات حديثًا في المناطق الحضرية يتمتعن بوعي إجمالي أعلى بحقوقهن الإنجابية مقارنة بنظيراتهن في الريف، وهو ما يبرز الدور الحيوي لبرنامج التدخل المهني في سد الفجوة الريفية–الحضرية، وضمان عدالة التمكين المعرفي عبر مختلف البيئات.

وتؤكد هذه النتائج أن مكان الإقامة يعد أحد المحددات المؤثرة في وعي المتزوجات بحقوقهن الإنجابية، حيث يظل الوعي في الريف أقل نسبيًا، لا سيما فيما يتعلق باتخاذ القرار الإنجابي والحصول على خدمات الصحة الإنجابية. ومن هنا تبرز أهمية استهداف البرنامج المهني للمناطق الريفية بوجه خاص من أجل تعزيز العدالة في الصحة الإنجابية بين مختلف الفئات المجتمعية.

ويتفق ذلك مع دراسة **(عاطف ،٢٠٠٩)** والتى أكدت نتائجها أن معظم النساء فى الريف ليس لديهن الإدراك السليم والوعى الكافى بالصحة الإنجابية والأمراض الإنجابية .

وأيضاً دراسة **(سالم ،٢٠٠٥)** وتوصلت نتائجها إلى عدم وضوح مفهوم الصحة الإنجابية لأفراد المجتمع فى صعيد مصر بالإضافة إلى وجود قصور فى تقديم الخدمات الصحية .

جدول رقم (١٤) يوضح دلالة الفروق بين المتزوجات حديثاً وفقاً لنوع السكن (سكن خاص/مع العائلة) في أبعاد وعيهن بحقوقهن الإنجابية والمقياس ككل .

الأبعاد والمقياس ككل	المتغير		M	Std. de		t-		Sig. (2-t
الحق في اتخاذ القرار الإنجابي	سكن خاص		٤٨	١.٠		٦		٠.٠٠
	مع العائلة		٤٤	١.٠				
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	سكن خاص		٤٣	١.٢		٠		٠.٥٢
	مع العائلة		٤٢	٣.٧				
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	سكن خاص		٤٥	١.٨		-٠		٠.٤٩
	مع العائلة		٤٦	١.٩				
الحق في الأمومة الأمنه	سكن خاص		٤٦	٣.٠		٠		٠.١٢
	مع العائلة		٤٣	٢.٩				
المقياس ككل	سكن خاص		١٨٢	٣.٧		٠		٠.٠٠
	مع العائلة		١٧٧	٤.٠				

أولاً: بعد الحق في اتخاذ القرار الإنجابي :

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية قوية (p = 0.000) بين المتزوجات حديثًا وفقًا لنوع السكن، حيث ارتفع متوسط مجموعة السكن الخاص (M = ٤٨.٣٣) مقارنة بمجموعة السكن مع العائلة (M = ٤٤.١٨) ويعكس ذلك أن العيش في سكن مستقل يمنح الزوجة مساحة أكبر من الحرية في المشاركة باتخاذ القرار الإنجابي بعيداً عن الضغوط الأسرية المباشرة، في حين قد يحد السكن مع العائلة من استقلالية القرار بسبب استمرار تأثير الأسرة الممتدة في الخيارات الإنجابية.

ثانيًا: بعد الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية

لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية (p = ٠.٥٢٤) بين المتزوجات حديثًا في السكن الخاص (M = ٤٣.٦٧) وبين من يعشن مع العائلة (M = ٤٢.٩١) وهذا يشير إلى أن مكان السكن لا يؤثر بدرجة كبيرة في فرص الحصول على المعلومات والخدمات الصحية، حيث أصبحت هذه المعلومات متاحة بشكل شبه متساوٍ عبر مصادر متنوعة كالمنصات الإلكترونية، والخدمات الصحية العامة، والأنشطة التوعوية.

ثالثًا: بعد الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز

أوضحت النتائج أيضًا عدم وجود فروق دالة (p = ٠.٤٥٨) بين المجموعتين، حيث كانت المتوسطات متقاربة (M = ٤٥.٨٩) للسكن الخاص مقابل (M = ٤٦.٤٥) للعيش مع العائلة .(ويعكس ذلك أن تحديات الحماية من الممارسات الضارة لا ترتبط مباشرة بنوع السكن، بل ترتبط أكثر بالعوامل الثقافية والاجتماعية العامة التي تتواجد في كل من البيئتين.

رابعًا: بعد الحق في الأمومة الآمنة

لم تظهر فروق ذات دلالة (p = ٠.١٢٠) ، حيث كان متوسط السكن الخاص (M = ٤٦.٠٠)مقابل (M = ٤٣.٨٢) للسكن مع العائلة. ورغم أن الفروق غير دالة إحصائيًا، فإنها تميل لصالح السكن الخاص، مما قد يعكس سهولة اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة في بيئة أكثر استقلالية.

خامسًا: الدرجة الكلية للمقياس

أظهرت النتائج فروقًا ذات دلالة إحصائية واضحة (p = ٠.٠٠٣) لصالح المتزوجات حديثًا اللاتي يعشن في سكن خاص (M = ١٨٣.٨٩) مقارنة بمن يعشن مع العائلة (M ١٧٧.٣٦) = وهذا يؤكد أن السكن المستقل يعزز مستوى الوعي الكلي بحقوق الصحة الإنجابية، نظرًا لما يوفره من خصوصية واستقلالية في القرارات المرتبطة بالصحة والإنجاب.

وتؤكد هذه النتائج أن نمط السكن يمثل أحد المحددات المهمة في وعي الزوجات بحقوقهن الإنجابية، وأن برنامج التدخل المهني المبني على الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية يمثل مدخلًا فعالًا لتعزيز وعي الزوجات حديثًا، خاصة لمن يعشن مع العائلة، بما يحقق قدرًا أكبر من العدالة في التمكين المعرفي.

ويتفق ذلك مع دراسة **(عبد العليم ،١٩٩٩)** والتى أكدت نتائجها أن القرار الإنجابى فى العائلات والأسر الريفية تتخذه الحماه أكثر من الزوجين ، بالإضافة إلى استمرار العادات والتقاليد الموروثة التى تؤثر فى إستمرار بعض العادات السيئة .

جدول رقم (١٥) يوضح نتائج اختبار كروسكال–واليس (Kruskal–Wallis) لقياس الفروق بين المجموعات وفقاً للمؤهل الدراسي للزوج في أبعاد وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

المتغير	المجموعة (المؤهل الدراسي)		متوسط الرتب	مجموع الرتب	إحصائية H Kruskal-Wallis	DF	القيمة الاحتمالية (p)
الحق في اتخاذ القرار الإنجابي	مؤهل فوق متوسط	٤	٨.٥٠	٣٤.٠	١,١٤٥	٢	٠.٥٦٤
	مؤهل عالي	١٢	١١.٦٣	١٣٩.٥			
	دراسات عليا	٤	٩.١٣	٣٦.٥			
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	مؤهل فوق متوسط	٤	٦.٨٨	٢٧.٥	٨,١٦٦	٢	٠.٠١٧
	مؤهل عالي	١٢	١٣.٥٠	١٦٢.٠			
	دراسات عليا	٤	٥.١٣	٢٠.٥			
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	مؤهل فوق متوسط	٤	٨.٠٠	٣٢.٠	١.٠١١	٢	٠.٦٠٣
	مؤهل عالي	١٢	١١.٣٨	١٣٦.٥			
	دراسات عليا	٤	١٠.٣٨	٤١.٦			
الحق في الأمومة الأمنه	مؤهل فوق متوسط	٤	٦.٧٥	٢٧.٠	٤.٩٩١	٢	٠.٠٦٠
	مؤهل عالي	١٢	١٣.١٣	١٥٧.٥			
	دراسات عليا	٤	٦.٣٨	٢٥.٥			
المقياس ككل	مؤهل فوق متوسط	٤	٥.١٣	٢٠.٥	١١.٣٣٢	٢	٠.٠٠٣
	مؤهل عالي	١٢	١٤.١٣	١٦٩.٥			
	دراسات عليا	٤	٥.٠٠	٢٠.٠			

نظراً لصغر حجم بعض المجموعات (مؤهل فوق متوسط ودراسات عليا) حيث يوجد بكل مجموعة (٤) مفردات فقط، وإحصائياً في حال إذا كانت إحدى المجموعات صغيرة جداً (أقل من ٥)، فإن استخدام تحليل التباين (ANOVA) لا يُعد مناسباً، نظراً لضعف قوة اختبار التجانس واحتمالية انحراف المتوسطات، مما يقلل من موثوقية النتائج. لذا يُفضل اللجوء إلى الاختبارات اللامعلمية الأكثر ملاءمة لمثل هذه الحالات، ومن ثم فقد استخدمت الباحثة الاختبار اللامعلمي (Kruskal–Wallis) للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات. وفي حالة ثبوت وجود فروق دالة، تم تطبيق اختبار Dunn's Post Hoc مع تصحيح Bonferroni لتحديد أوجه الفروق البينية بين كل زوج من المجموعات

يوضح الجدول السابق نتائج اختبار كروسكال–واليس (Kruskal–Wallis) لقياس الفروق بين المجموعات وفقًا للمؤهل الدراسي للزوج في أبعاد وعي المتزوجات حديثًا بحقوقهن

الإنجابية. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الحق في اتخاذ القرار الإنجابي (p = 0.564)، وكذلك في بعد الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز (p = ٠.٦٠٣)، وكذلك أيضاً في بعد الحق في الأمومة الآمنة (p = ٠.٠٦٠) ، مما يشير إلى أن هذه الأبعاد لا تتأثر بشكل جوهري بالمستوى التعليمي للزوج.

وفي المقابل، تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في بعد الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية (p = ٠.٠١٧)، إضافة إلى وجود دلالة قوية على المستوى الكلي للمقياس (p = ٠.٠٠٣). وتدل هذه النتائج على أن ارتفاع المستوى التعليمي للزوج يرتبط بزيادة وعي الزوجة بحقوقها الإنجابية، وخاصة فيما يتعلق بالحق في الحصول على المعلومات والخدمات الصحية والحق في الأمومة الآمنة، وهو ما يعزز فرضية الدراسة حول تأثير العوامل التعليمية والاجتماعية المحيطة بالزوجة في مستوى وعيها بحقوقها الإنجابية. ويعكس ذلك أيضاً أهمية برنامج التدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مواجهة التباينات التعليمية والثقافية، والعمل على رفع مستوى الوعي بين جميع المتزوجات حديثًا بصرف النظر عن الفروق الديموجرافية لأزواجهن ، ويؤكد ذلك **(دراسة عبدالفتاح ، الشيشيني، ٢٠٠١)** والتى أكدت على أن الأكثر تعليماً يكونوا أكثر معرفة بأمراض الصحة الإنجابية عن الأقل تعليماً .

نتائج اختبار Dunn للمقارنات البعدية للمتغير: الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية .

المجموعة ١	المجموعة ٢	فرق متوسط الرتب	الخطأ المعياري (SE)	إحصائية Z	P-valu	الدلالة
دراسات عليا	مؤهل عالي	-٨.٣٧٥	٣.٣٥٧	-٢.٤٩٥	٠.٠	**دال إحصائياً**
دراسات عليا	مؤهل فوق متوسط	-١.٧٥٠	٤.١١٢	-٠.٤٢٦	١.٠	غير دال
مؤهل عالي	مؤهل فوق متوسط	٦.٦٢٥	٣.٣٥٧	٠.٩٧٣	٠.١	غير دال

أظهر اختبار **دان** Dunn للمقارنات البعدية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الدراسات العليا ومجموعة المؤهل العالي، حيث جاء فرق متوسط الرتب لصالح المجموعة ذات المؤهل العالي (p = 0.038). بينما لم تظهر فروق ذات دلالة بين مجموعة الدراسات العليا ومجموعة المؤهل فوق المتوسط (p = 1.000)، وكذلك لم تكن الفروق دالة بين مجموعة المؤهل العالي ومجموعة المؤهل فوق المتوسط (p = 0.145). مما يشير ذلك إلى أن مستوى تعليم الزوج عند حدود المؤهل العالي ينعكس بصورة أوضح على وعي الزوجة بحقها في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية، مقارنة بمن لديهم دراسات عليا أو مؤهل فوق المتوسط.

نتائج اختبار Dunn للمقارنات البعدية للمتغير: المقياس ككل

المجموعة ١	المجموعة ٢	فرق متوسط الرتب	الخطأ المعياري (SE)	إحصائية Z	P-valu	الدلالة
دراسات عليا	مؤهل عالي	-٩.١٢٥	٣.٤٠٧	-٢.٦٧٩	٠.	**دال إحصائياً**
دراسات عليا	مؤهل فوق متوسط	-٠.١٢٥	٤.١٧٢	-٠.٠٣٠	١.	غير دال
مؤهل عالي	مؤهل فوق متوسط	٩.٠٠٠	٣.٤٠٧	٢.٦٤٢	٠.	**دال إحصائياً**

أظهر الاختبار وجود فروق دالة إحصائيًا بين مجموعة الدراسات العليا والمؤهل العالي (p = 0.022) لصالح المؤهل العالي، وكذلك بين المؤهل العالي والمؤهل فوق المتوسط (p = 0.025) لصالح المؤهل العالي أيضاً. في المقابل، لم تُسجل فروق ذات دلالة بين مجموعة الدراسات العليا والمؤهل فوق المتوسط (p = 1.000). وتعكس هذه النتائج أن الأزواج الحاصلين على مؤهل عالٍ يمثلون الفئة الأكثر ارتباطًا بارتفاع وعي الزوجات بحقوقهن الإنجابية في المجمل، بينما يقل هذا الأثر نسبيًا لدى الأزواج ذوي الدراسات العليا أو المؤهل فوق المتوسط.

جدول رقم (١٦) يوضح نتائج اختبار كروسكال–واليس (Kruskal–Wallis) لقياس الفروق بين المجموعات وفقاً لدخل الأسرة في أبعاد وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية

المتغير	المجموعة (دخل الأسرة)	N (العدد)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	إحصائية H Kruskal-Wallis	df درجة الحرية	القيمة الاحتمالية (p)
الحق في اتخاذ القرار الإنجابي	ضعيف	٣	١٠.٣٣	٣١.٠	٠.٠٥٨	٢	٠.٩٧٢
	عالي	٤	١١.١٣	٤٤.٥			
	متوسط	١٣	١٠.٣٥	١٣٤.٥			
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	ضعيف	٣	١٣.٦٧	٤١.٠	١.٥٥٣	٢	٠.٤٦٠
	عالي	٤	١١.٧٥	٤٧.٠			
	متوسط	١٣	٩.٣٨	١٢٢.٠			
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	ضعيف	٣	١٦.٠٠	٤٨.٠	٤.١٩٣	٢	٠.١٢٣
	عالي	٤	١٢.١٣	٤٨.٥			
	متوسط	١٣	٨.٧٣	١١٣.٥			
الحق في الأمومة الأمنه	ضعيف	٣	٥.٦٧	١٧.٠	٣.٦٥٧	٢	٠.١٦١
	عالي	٤	١٤.٢٥	٥٧.٠			
	متوسط	١٣	١٠.٤٦	١٣٦.٠			
المقياس ككل	ضعيف	٣	١٠.٠٠	٣٠.٠	٣.١٢٠	٢	٠.٢١٠
	عالي	٤	١٥.١٣	٦٠.٥			
	متوسط	١٣	٩.١٩	١١٩.٥			

نظراً لأن بعض مجموعات دخل الأسرة يقل عددها عن خمسة (مثل المجموعة ذات الدخل الضعيف = ٣)، فقد كان من الأنسب استخدام الاختبار اللامعلمي كروسكال–واليس (Kruskal–Wallis) بدلًا من تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لضمان دقة النتائج وموثوقيتها.

يوضح جدول (١٦) نتائج اختبار كروسكال–واليس (Kruskal–Wallis) لقياس الفروق بين المجموعات وفقًا لمستوى دخل الأسرة في أبعاد وعي المتزوجات حديثًا بحقوقهن الإنجابية. وقد بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في جميع الأبعاد الفرعية (الحق في اتخاذ القرار الإنجابي، الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية، الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز، الحق في الأمومة الآمنة) وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس ($p > 0.05$). وتشير هذه النتيجة إلى أن مستوى دخل الأسرة لا يمثل عاملًا فارقًا في تحديد وعي المتزوجات حديثًا بحقوقهن الإنجابية، حيث ظهر تقارب ف متوسطات الرتب بين الفئات المختلفة (ضعيف – متوسط – مرتفع). ويمكن تفسير ذلك بأن جميع المبحوثات في مرحلة البكالوريوس، وهو ما وفر لهن قاعدة معرفية وثقافية متقاربة أسهمت في تقليل أثر الفروق الاقتصادية على وعيهن الإنجابي. وتؤكد هذه النتيجة أهمية برنامج التدخل المهني المبني على الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في تعزيز وعي المتزوجات بحقوقهن الإنجابية بصورة شمولية، بعيدًا عن المحددات الاقتصادية للأسرة، بما يسهم في تحقيق عدالة معرفية بين مختلف الفئات الاجتماعية.

جدول (١٧): دلالة الفروق بين المتزوجات حديثًا وفقًا لدرجة صلة القرابة بالزوج في أبعاد وعيهن بحقوقهن الإنجابية والمقياس ككل

البعد	المجموعة (الدخل)	N	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ف (F)	الدلالة (Sig.)
الحق في إتخاذ القرار الإنجابى	لا توجد صلة قرابة		٤٧.١١١	٢.٦٦٧	٢.١٠٧	٠.١٥٢
	نعم، من الدرجة الأولى		٤٥.٨٣٣	٢.١٣٧		
	نعم، من درجات أبعد		٤٤.٤٠٠	٢.٠٧٤		
	المجموع		**٤٦.٠٥٠**	**٢.٥٢٣**		
الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية	لا توجد صلة قرابة		٤٥.١١١	٢.١٤٧	٧.٤١٦	٠.٠٠٥
	نعم، من الدرجة الأولى		٤٢.٠٠٠	١.٢٦٥		
	نعم، من درجات أبعد		٤١.٤٠٠	٢.٣٠٢		
	المجموع		**٤٣.٢٥٠**	**٢.٥٥٢**		
الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز	لا توجد صلة قرابة		٤٦.٧٧٨	١.٥٦٣	١.٠٢٥	٠.٣٨٠
	نعم، من الدرجة الأولى		٤٥.٦٦٧	١.٨٦٢		
	نعم، من درجات أبعد		٤٥.٨٠٠	١.٤٨٣		
	المجموع		**٤٦.٢٠٠**	**١.٦٤٢**		
الحق في الأمومة الأمنه	لا توجد صلة قرابة		٤٥.٨٨٩	٢.٨٩٢	١.٧١٠	٠.٢١١
	نعم، من الدرجة الأولى		٤٤.٨٣٣	١.٤٧٢		
	نعم، من درجات أبعد		٤٢.٨٠٠	٤.٣٢٤		
	المجموع		**٤٤.٨٠٠**	**٣.١٠٥**		
المقياس ككل	لا توجد صلة قرابة		١٨٤.٨٨٩	٢.٨٤٨	٢٠.٨٨٤	٠.٠٠١
	نعم، من الدرجة الأولى		١٧٨.٣٣٣	٢.٣٣٨		
	نعم، من درجات أبعد		١٧٤.٤٠٠	٤.٠٣٧		
	المجموع		**١٨٠.٣٠٠**	**٥.٣٥٢**		

باستقراء بيانات الجدول رقم(١٧) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجات حديثًا وفقًا لوجود صلة قرابة بالزوج في بعض الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس. فقد تبين وجود فروق معنوية في بعد الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية (p = ٠.٠٠٥) ، حيث حققت الزوجات اللاتي لا تربطهن صلة قرابة بأزواجهن متوسطًا أعلى (M = ٤٥.١١) قارنة باللاتي تربطهن صلة قرابة من الدرجة الأولى (M = ٤٢.٠٠) أو من درجات أبعد (M = ٤١.٤٠)كما ظهرت فروق دالة في الدرجة الكلية للمقياس (p = ٠.٠٠١) ، لصالح الزوجات اللاتي لا تربطهن صلة قرابة (M = ١٨٤.٨٩) مقارنة بالمجموعتين الأخريين (M = ١٧٨.٣٣) لدرجة الأولى، و (M = ١٧٤.٤٠) للدرجات الأبعد.

أما الأبعاد الأخرى مثل الحق في اتخاذ القرار الإنجابي (p = ٠.١٥٢) ، الحق في الحماية من الممارسات الضارة والعنف والتمييز (p = ٠.٣٨٠) ، والحق في الأمومة الآمنة (p ٠.٢١١ =)، فلم تظهر فيها فروق ذات دلالة إحصائية. وتشير هذه النتائج إلى أن صلة القرابة الزوجية قد تمثل عاملًا ضاغطًا يحد من وعي الزوجة بحقوقها الإنجابية، خصوصًا فيما يتعلق بالحصول على المعلومات والخدمات الصحية، بينما تكون فرص الوعي أعلى لدى من لا يرتبطن بصلة قرابة بأزواجهن. وتؤكد هذه النتائج أهمية برنامج التدخل المهني المبني على الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في رفع مستوى الوعي الإنجابي لدى الزوجات حديثات الزواج، وخاصة اللاتي تزوجن في إطار صلة قرابة، لضمان الحد من التأثيرات الثقافية والمجتمعية السلبية وتعزيز ممارسة الحقوق الإنجابية بصورة أكثر استقلالية.

جدول (١٨): يوضح نتائج الاختبارات البُعدية (Post Hoc)لبيان دلالة الفروق بين المتزوجات حديثًا وفقًا لدرجة صلة القرابة بالزوج في بُعد الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية .

البُعد	مؤهل الدراسي للزوج (I)	المؤهل الدراسي (J) للزوج	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
الحق في الحصول على المعلومات والخدمات	لا توجد صلة قرابة	نعم، من الدرجة الأولى	٣.١١١	١.٠٣٩	٠.٠٠٨
	لا توجد صلة قرابة	نعم، من درجات أبعد.	٣.٧١١	١.٠١٠	٠.٠٠٤
	نعم، من الدرجة الأولى	نعم، من درجات أبعد.	٠.٦	١.١٩٣	٠.٦٢٢

يوضح الجدول أن هناك فروقًا ذات دلالة إحصائية بين المجموعات وفقًا لدرجة صلة القرابة بالزوج في بُعد الحق في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية. فقد تبين أن الزوجات اللاتي لا تربطهن صلة قرابة بأزواجهن سجلن متوسطًا أعلى مقارنة باللاتي لهن صلة قرابة من الدرجة الأولى (Mean Difference = 3.11, p = 0.008) أو من درجات أبعد (Mean Difference = 3.71, p = 0.004)، وهو ما يشير إلى أن زواج الأقارب يرتبط بانخفاض وعي

الزوجات بحقوقهن في هذا البعد. بينما لم تظهر فروق معنوية بين المجموعتين المرتبطتين بصلة قرابة (من الدرجة الأولى ومن درجات أبعد) (Mean Difference = 0.60, p = 0.622). وتدل هذه النتائج على أن الزواج خارج إطار القرابة يوفر فرصًا أكبر لتعزيز وعي الزوجات بحقوقهن في الحصول على المعلومات والخدمات الصحية الإنجابية، في حين أن الزواج بين الأقارب قد يظل مقيدًا ببعض العادات والتقاليد التي تحد من هذا الوعي. وهو ما يبرز الدور الحيوي لبرنامج التدخل المهني المبني على الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في توعية الزوجات المتزوجات حديثًا بحقوقهن الإنجابية، خصوصًا في البيئات التي يسود فيها زواج الأقارب.

جدول (١٩): نتائج الاختبارات البُعدية (Post Hoc) لبيان دلالة الفروق بين المتزوجات حديثًا وفقًا لدرجة صلة القرابة بالزوج في الدرجة الكلية لمقياس وعيهن بحقوق الصحة الإنجابية

البُعد	(I) المؤهل الدراسى للزوج	(J) المؤهل الدراسى للزوج	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
المقياس ككل	لا توجد صلة قرابة.	نعم، من الدرجة الأولى	٦.٥٥٦	١.٦٠٤	٠.٠٠١
	لا توجد صلة قرابة.	نعم، من درجات أبعد.	١٠.٤٨٩	١.٦٩٧	٠.٠٠٠
	نعم، من الدرجة الأولى	نعم، من درجات أبعد.	٣.٩٣٣	١.٨٤٣	٠.٠٤٨

يوضح الجدول نتائج الاختبارات البُعدية (Post Hoc) لصلة القرابة بالزوج على الدرجة الكلية لمقياس وعي المتزوجات حديثًا بحقوقهن الإنجابية، حيث تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الزوجات اللاتي لا تربطهن صلة قرابة وبين كلٍ من ذوات صلة القرابة من الدرجة الأولى (Mean Difference = 6.56, p = 0.001) ومن درجات أبعد (Mean Difference = 10.49, p = 0.000)، وجاءت الفروق لصالح مجموعة الزوجات اللاتي لا تربطهن صلة قرابة، مما يشير إلى أن الزواج خارج إطار القرابة يرتبط بارتفاع مستوى الوعي الكلي بحقوق الصحة الإنجابية.

كما ظهرت فروق معنوية بين الزوجات ذوات صلة القرابة من الدرجة الأولى ومن درجات أبعد (Mean Difference = 3.93, p = 0.048)، وهو ما يعكس أن قوة صلة القرابة قد تشكل عاملاً إضافيًا في انخفاض مستوى الوعي. وتؤكد هذه النتائج أن زواج الأقارب، سواء من الدرجة الأولى أو من درجات أبعد، يرتبط بانخفاض وعي الزوجات بحقوقهن الإنجابية بشكل عام، وهو ما يعزز أهمية برنامج التدخل المهني المبني على الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في استهداف هذه الفئة تحديدًا للحد من التأثيرات السلبية للعادات والتقاليد المرتبطة بزواج الأقارب .

تاسعاً : النتائج العامة للدراسة :

١- أظهرت نتائج اختبار T-Test عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة أثناء القياس القبلى على جميع أبعاد مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية ، وهذا يدل على أن المجموعتين متكافئتان في مستوى الوعي بالحقوق الإنجابية قبل تطبيق برنامج التدخل المهني ، وهذا يؤكد صحة الفرض الفرعى الأول للدراسة والمتمثل فى عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الحقوق الإنجابية .

٢- أسفرت نتائج القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية (p = 0.001) عند مستوى دلالة أقل من (α = 0.001) لجميع أبعاد مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية، حيث تم إدخال المتغير التجريبى على أعضاء المجموعة التجريبية فقط مما يعكس حجم التأثير الكبير لبرنامج التدخل المهنى ، وبذلك تؤكد هذه النتائج صحة الفرض الفرعي الثاني، القائل: بوجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

٣- أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وهذا يعني أن أفراد المجموعة الضابطة لم يشهدوا تغيراً جوهريًا في مستوى وعيهم عبر فترة التطبيق،. وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض الفرعي الثالث الذي ينص علي أنه: لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

٤- أسفرت نتائج القياس البعدى للمجموعتين التجريبية والضابطة عن حدوث فروق معنوية ذات دلالة احصائية وذلك بعد إدخال المتغير التجريبى على المجموعة التجريبية دون الضابطة لصالح المجموعة التجريبية وهذا يؤكد صحة الفرض الرابع المتمثل فى توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على مقياس تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية .

٥- أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق جوهرية لصالح المجموعة التجريبية في كافة أبعاد مقياس وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية. ومن ثم يمكن القول إن الفرض الرئيسي للدراسة قد تحقق، إذ ثبتت فاعلية برنامج التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في تنمية وعي المتزوجات حديثاً بحقوقهن الإنجابية.

قائمة المراجع :

أولاً المراجع العربية :

- –**أبو الحمائل ، أحمد بن عبد المجيد (٢٠١٠)** : فاعلية برنامج مقترح لتنمة الوعى بالصحة الانجابية لدى طلاب جامعة الملك عبد العزيز ،مجلة مستقبل التربية العربية ، المركز العربى للتعليم والتنمية ، السعودية ،ج١٧ ، ع٦٧ .
- **أبو زيد ، سها حلمى (٢٠٠٦)** : استخدام أساليب الارشاد الجماعى فى خدمة الجماعة وتنمية وعى المرأة بمخاطر الممارسات الضارة ، رسالة دكتولراة غير منشورة ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية
- **الأمم المتحدة (١٩٤٨)** : الإعلان العالمى لحقوق الإنسان ، مادة (٢٥) .
- **بدوى ، أحمد ذكى (١٩٨٧)** : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت ، مكتبة لبنان .
- **بكر ،أسماء ناصر خيرى (٢٠٢١)** : تقدير جهود مراكز المشورة فى تنمية وعى الفتيات المقبلات على الزواج بالصحة الإنجابية ، المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية ، ج ٢ ، ع١٦ .
- **بن نور ، صابرة (٢٠١٧)** : الصحة الإنجابية عند الأم ، رسالة ماجستير ، جامعة قاصدى مرباح ، ورقلة ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية .
- **الجالى ، أمينة سعد (٢٠٢٤)** : التدخل المهنى بإستخدام النموذج المعرفى من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المقبلات على الزواج بترشيد الإستهلاك ، مجلة بحوث فى الخدمة الاجتماعية التنموية ، جامعة بنى سويف ،مج ٦ ، ع٢ .
- **الحلبى ، انتصار صالح (٢٠١٥)** : وعى المرأة السعودية بحقوق–ها الاجتماعية والاقتصادية وانعكاسه على مسؤوليتها الاجتماعية ، رسالة دكتوراة ، جامعة أم القرى .
- **الرازى ، محمد بن أبى بكر (١٩٩٤)** : مختار الصحاح ، بيروت ، لبنان
- **السنهوري ، أحمد (٢٠٠٣)** : الممارسة العامة للخدمة الإجتماعية المتقدمة وتحديات القرن الحادي والعشرون ، القاهرة ، دار النهضة العربية
- **الشاهد ، صباح جمال امام (٢٠٢٢)** : المشكلات المترتبة على زواج القصر فى المجتمع وتصور مقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للتعامل معها ، الاسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث .
- **الشرقاوى ، منى السيد (٢٠١٠)** : التدخل المهنى لطريقة خدمة الفرد من خلال برنامج إرشادى معرفى لتنمية وعى الطالبات الجامعيات بالفحص الطبى قبل الزواج ، المؤتمر العلمى الثالث والعشرون ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ج ٢.

- **الطنبولى ، عزة محمد (٢٠١٠)** : برنامج مقترح للممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لتنمية وعى المسنين بحقوقهم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية .
- **القزاز ، هديل (٢٠٠٦)** : قضايا الصحة الإنجابية ، القدس ، ط٢ ، ناديا للتوزيع والنشر .
- **المجلس القومى للسكان** : الخطة الإستراتيجية القومية للسكان (٢٠٠٧ – ٢٠١٧) .
- **المجلس القومى للسكان والمركز الديموجرافى (١٩٩٨)** : الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لصيادى السمك وأثارها على الصحة الإنجابية فى محافظة كفر الشيخ ، وحدة إدارة البحوث ، مشروع التنمية المؤسسية ، القاهرة .
- **المركز الديموجرافى (٢٠٢٣)**: سلسلة أوراق ديموجرافية ، محور الصحة الإنجابية ، القاهرة ، السنة الثالثة ، ع٢٤.
- **النوحى ،عبد العزيز فهمى (٢٠٠١)** : الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقى إيكولوجى ، القاهرة ، دار الأقصى للطباعة .
- **الهاجرى ، عبد الرحمن فيحان (٢٠٢٥)** : مدى اعتبار الحق فى الإجهاض حقاً دستورياً دراسة مقارنة بين الدستوريين الأمريكى والفرنسى ، مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية .
- **جيلانى ، عبد المنعم سلطان (٢٠٢٢)** : التدخل المهنى باستخدام نموذج الحياة . للتخفيف من مشكلات الفتيات المقبلات على الزواج ، مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية ، مج٨ ،ع ٢ .
- **حامد ، فضل محمد** : فعالية برنامج للتدخل المهنى من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتنمية الأمن الاجتماعى للشباب الجامعى ، مجلة الخدمة الاجتماعية ، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين ، مج ٣ ، ع ٦٢ .
- **حبيب ، جمال شحاته (٢٠٠٩)** : الممارسة العامة منظور حديث فى الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، المكتب الجامعى الحديث
- **حبيب ، رباب السيد (٢٠٢٢)** : دور الرائدات الريفيات فى تفعيل خدمات الصحة الإنجابية كمؤشر تخطيطى للرعاية الصحية للمرأة الريفية ،رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة الاسكندرية ، كلية الأداب .
- **حبيب ،جمال ، حنا ،مريم (٢٠١٦)** : نظريات ونماذج التدخل المهنى على مختلف أنساق العملاء ومسئوليات الحماية المهنية للخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث .

- **حسن ، انتصار على (٢٠١٦)** : دراسة اجتماعية لقياس وعى السيدات بأبعاد الصحة الإنجابية لبعض قرى محافظة الوادى الجديد ، مجلة الإقتصاد الزراعى والعلوم الاجتماعية ، جامعة المنصورة ، مركز بحوث الصحراء ، قسم الدراسات الاجتماعية ، مج ٧، ع١٢ .
- **دريدش ، أحمد أحمد (٢٠١٥)** : الحقوق الإنجابية للمرأة ، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية ، الجزائر، ج٥ ،ع ١ .
- **سالم ، عبد المعين سعد (٢٠٠٥)** : دور التعليم فى تنمية الوعى بالصحة الإنجابيةلدى المرأة بصعيد مصر ، المجلة التربوية جامعة سوهاج ، كلية التربية .
- **سعد ، على عبد الله (٢٠١٦)** : فعالية برنامج التدخل المهنى من منظور الممارسة فى الخدمة الاجتماعية لتنمية الحوار الأسرى لدى الأسر حديثة التكوين ، مجلة الخدمةالاجتماعية ، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعين ، ج ٧ ، ع٥٦ .
- **سليمان ، أمل رمزى (٢٠٠٤)** : دراسة لإتجاهات الفتيات نحو بعض موضوعات الصحة الإنجابية ، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، معهد الدراسات العليا للطفولة .
- **سواكرى ، خديجة (٢٠١٧)** : واقع الصحة الإنجابية للنسوة الفئة (١٥ –٤٩) سنة بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودى متعدد المؤشرات ، جامعة قاصدى مرباح – ورقلة ، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، ع٢٩ .
- **شعراوى ، مشيرة ، إبراهيم ،على (٢٠٠٢)** : وعى المرأة الريفية لبعض القضايا المتعلقة بالصحة الإنجابية ، المؤتمر السادس للتوجيه الإسلامى للخدمة الاجتماعية ، جامعة الأزهر ، كلية التربية .
- **صادق ، ميرفت محى الدين (٢٠١٣)** : الصحة الإنجابية وأثرها فى وفيات الأمهات والأطفال حديثى الولادة ، رسالة دكتوراة الفلسفة فى الجغرافيا ، جامعة الخرطوم ، كلية الدراسات العليا .
- **عاطف ، نجلاء محمد (٢٠٠٩)** : تأثير الأبعاد الاجتماعية والثقافية على الصحة الانجابية للمرأة المصرية ، المؤتمر الإقليمى الأول لعلم النفس ، جامعة القاهرة ، كلية الأداب .
- **عبد الجواد ، سلوى عبدالله (٢٠٠٩)** : إستخدام استراتيجية التمكين لمساعدة المرأة المعيلة على مواجهة مشكلاتها ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، جامعة حلوان ،كلية الخدمة الاجتماعية ، ج ٤ ، ع٢٦ .
- **عبد الحكيم ، نفين صابر (٢٠٠٨)** : المشكلات الاجتماعية الناتجة عن الاجهاض المتكرر للسيدات كمؤشرات لوضع برنامج للتدخل المهنى من منظور خدمة الفرد للتخفيف من هذه المشكلات ، المؤتمر الحادى والعشرون للخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، مج ١

- **عبد العليم ، فاطمة محمود (١٩٩٩)** : برنامج إرشادى مقترح لمواجهة العوامل لاجتماعية والثقافية التى تؤثر على الصحة الإنجابية للمرأة الريفية ، رسالة ماجستير ، الفيوم ، كلية الخدمة الاجتماعية
- **عبد الفتاح ، محمد ، الشيشينى ، عزت فهيم (٢٠٠١)** : أثر العوامل السكانية والاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية فى مصر ، القاهرة ، المجلس القومى للسكان .
- **عبد القادر ، ذكنية (٢٠١١)** : مدخل الممارسة العامة فى مجالات الخدمة الاجتماعية، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- **عبده ، أمل إبراهيم (٢٠١٨)** : وعى الشباب الجامعى بقضايا الصحة الإنجابية ، مجلة الخدمة الاجتماعية ، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين ، ج٧ ، ع ٦٠ .
- **علم الدين ، سامى (١٩٨٦)** : النظريات العامة فى القانون الالتزام ، دراسة مقارنة ، القاهرة .
- **على ، ماهر أبو المعاطى (١٩٩٩)** : مقدمة في الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية ، القاهرة ، المكتب الجامعي ، جامعة حلوان .
- **على ، ماهر أبو المعاطى (٢٠٠٣)** : الخدمة الاجتماعية نظرية نماذج تطبيقية ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- **عيد ، الديب محمودعلى** : فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تنمية مفهوم الذات لدى الطفل الكفيف ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ج٦ ، ع٤٠ .
- **غانم ،محمد فاروق (٢٠٢١)** : ممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى إكساب الوعى التنموى للمرأة غير العاملة ، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية ، جامعة الفيوم ،ع ٢٣ .
- **غزلان ، فليج (٢٠٢٠)** : الحقوق الصحية والإنجابية كألية لتحقيق تمكين المرأة ، جامعة تلمسان ، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية ، ج٧ ، ع ٢ .
- **قراع ، منى محمد (٢٠٠١)** : مستوى وتوجه الصحة الإنجابية للمرأة المصرية ، رسالة ماجستير ، جامعة القاهرة ، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية .
- **قنطار ، فايز (١٩٩٢)** : نمو العلاقة بين الطفل والأم ، سلسلة كتب ثقافية يصدرها المجلس الوطنى للثقافة والفنون والأداب الكويت .
- **كرم الله ، راوية موسى (٢٠١٩)** : أثر عمل المرأة على مستوى الصحة الإنجابية فى السودان ، جامعة النيلين ، كلية الدراسات العليا ، السودان ، الخرطوم .

- **كيتاب ، موسى عمر (٢٠١٣)** : مصطلحات الجندر ، الصحة الإنجابية ، الحقوق الإنجابية ، الجنس الأمن ، مفهومها وأثارها على مقصد حفظ النسل ، جامعة المدينة العالمية ، ع٧ .
- **ليمونة ، صفاء صبرى (٢٠١٦)** : برنامج إرشادى لتنمية الوعى بالسلوك الصحى للمشكلات الاجتماعية والنفسية والصحة الإنجابية لدى الفتيات فى مرحلة المراهقة ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة المنصورة ، كلية التربية النوعية .
- **محمد ، أحمد زكى (٢٠١١)** : نحو تصور مقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتفعيل أدوار صديقات الأسرة فى تنمية وعى الشباب الجامعى بالصحة الإنجابية، المؤتمر العلمى الرابع والعشرون ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ج ٧
- **محمد ، محمود فتحى (٢٠١٠)** : التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية وتنمية وعى الفتيات المقبلات على الزواج بأساليب التوافق الزواجى ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، جامعة حلوان ،كلية الخدمة الاجتماعية ،ج٥ ،ع٢٩ .
- **محمود ، صفاء عزيز (٢٠١٤)** : التدخل المهنى للخدمة الاجتماعيةبالممارسة العامة لتنمية وعى الفتيات المقبلات على الزواج بمخاطر زواج الأقارب ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ج ٨ ، ع ٣٦ .
- **محمود ، منى حامد (٢٠٠٧)** : التنمية ودعم خدمات الصحة الإنجابية بمحافظة أسوان من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية .
- **مركز الحقوق الإنجابية (٢٠٠٣)** : الحقوق الإنجابية من حقوق الإنسان ، نيويورك .
- **مليكة ، لويس (١٩٩٠)** : العلاج السلوكى وتعديل السلوك ، الكويت ، دار القلم للنشر والتوزيع .
- **هلال ، رقية محمد (٢٠٢٤)** : دور مبادرة مودة فى تنمية وعى المتزوجات حديثاً لمواجهة الخلافات الزوجية ، مجلة كلية الأداب والعلوم الإنسانية ، جامعة قناة السويس ، ع٥٠ .
- **هندى ، عبد المجيد أحمد (٢٠١٤)** : حقوق الإنجاب كما تعكسها المناهج الدراسية لمحو الأمية وتعليم الكبار ، المؤتمر العلمى الرابع ، جامعة المنوفية ، كلية التربية .
- **<u>ثانياً : المراجع الأجنبية</u>**

- **Ahmed, J. et al (2016)**: Gender Based Violence in Rural Uttar Pradesh India, prevalence and Association with Reproductive health Behaviors, Journal of interpersonal Violence, vol (31), N (19) 2016.
- **Beazley, Richard, (2002)**; physicians as Providers of Re Productive health information to young women, the comedian Journal of human sexuality NY.

- **Berkowitz-Danial (2002)**: a reproductive health approach to family planning, toward strategic communication for development in Kenya, Kenya university.
- **Bhawan Sharma and et, al (2015)**: Awareness Among towards aspects of family planning in Kulluk, Journal of social sciences, India.
- **Cheng et al, (2010):** Effects of rural- urban return migration on women, family planning and reproductive health attitudes and behavior in rural China, studies in family planning, vol, (41), N (1).
- **Elizabeth Marchel, et al (2002)**: The general method of social work practice, Boston, Allyn and Bacon.
- **Estelle Freeman (1994)**: small group pedagogy consciousness raising in comparative times, Routledge.
- **Jamie L. trivet (2010)**: Female Reproductive Health in Russia Demographic and behavioral determinants of pregnancy outcomes, contraceptive usage, and repeat abortion, united states, Mary Land the Johns Hopkins University.
- **Lynn p. Freedman and Stephen (1993)**: Isaacs Human rights and reproductive choice. studies ill family planning. vol (24), N (1).
- **Malcom Payen (1991)**: modern social work theory, acritical introduction, London, Macmillan Education, ITD...
- **Robert L. Barker (1987)**: Social Work Dictionary (NASW), silver spring Maryland.
- **Sampath Kumar and Maruthakatti -R, (1015)**: Gender inequity in reproductive health decision making and management: A study of rural women of Coimbatore, Tamil Nadu, India, Studies on Ethnos medicine, vol (9), N (1).
- **Saeed, S., & Vija yen Pillai, A.G (2021)**: Reproductive Rights Knowledge, Health Care utilization, and contraceptive use in Pakistan: A Reproductive Rights Perspective open Access Journal of contraception, 12.
- **Sarah Kessler (2009)**: understanding fertility desires and intentions among women libivg with HIV, and implications for comprehensive Reproductive Health services in Baltimore, united, states Maryland, the Johns Hopkins, University.
- **Victors Neutelstt, Websters (1994)**: New world dictionary, prentice hall.
- **Wu, Z, et al, (2015):** community-Level effects on the use of reproductive health services in rural China. Low Fertility and Reproductive health in East Asia.