

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم الاجتماع الديموغرافيا والصحة

بعنوان:

الثقافة الصحية وعلاقتها بصحة المرأة

إشراف الأستاذة:

أ.د. عميرة جويذة

إعداد الطالبة:

حمان أسماء

السنة الجامعية 2022/2021

الفهرس

أ

مقدمة

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: المقاربة المنهجية للدراسة

- 08 أولًا: أسباب وأهداف إختيار الموضوع.
- 10 ثانيًا: إشكالية وفرضيات الدراسة.
- 14 ثالثًا: تحديد المفاهيم.
- 20 رابعًا: عينة الدراسة.
- 22 خامسًا: منهج الدراسة.
- 26 سادسًا: تقنيات جمع البيانات وتحليلها.
- 28 سابعًا: صعوبات البحث.
- 28 ثامنًا: الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: الثقافة الصحية

- 42 تمهيد
- 43 المبحث الأول: الثقافة وعلاقتها بالصحة والمرض.
- 43 أولًا: الأنثروبولوجيا الطبية والثقافة.
- 43 1- الأنثروبولوجيا الطبية.
- 46 2- الثقافة.
- 47 ثانيًا: تأثير الثقافة على الصحة والمرض.
- 49 1- العادات والتقاليد.
- 51 2- المعتقدات.
- 53 المبحث الثاني: العادات الغذائية وارتباطها بقضيتي الصحة والمرض.
- 53 أولًا: العناصر الغذائية الرئيسية.
- 53 1- البروتينات.
- 53 2- الدهون.

53	.....3-الكربوهيدرات
56	.....ثانيا: نموذج الغذاء في الجزائر
58	.....ثالثا: تأثير العادات الغذائية على الصحة
59	.....1-العادات الغذائية
59	.....2-العوامل المؤثرة في العادات الغذائية
62	.....3-تأثير العادات الغذائية في الصحة
66	.....المبحث الثالث: الطب الشعبي جزء من الثقافة
66	.....أولا: الطب الشعبي، نشأته وفروعه
66	.....1-نشأة الطب الشعبي
68	.....2-فروع الطب الشعبي
69	.....ثانيا: الطب الشعبي في المجتمع الجزائري
71	.....ثالثا: الممارسات الطبية الشعبية التي تلجأ إليها النساء لمعالجة المرض
71	.....1-الأعشاب الطبية
73	.....2-الحجامة
77	.....3-التدليك
79	.....خلاصة الفصل

الفصل الثالث: المرأة والصحة

81	.....تمهيد
82	.....المبحث الأول: الأمراض المزمنة التي تصيب النساء في العالم
82	.....أولا: داء السكري وأنواعه
82	.....1-لمحة تاريخية عن داء السكري
83	.....2-تعريف داء السكري
85	.....ثانيا: مرض ضغط الدم المرتفع
87	.....ثالثا: أمراض القلب والأوعية
91	.....المبحث الثاني: معدلات الإصابة بأمراض القلب، السكري وضغط الدم في العالم

91	أولاً: معدلات الإصابة بأمراض القلب، ضغط الدم والسكري في دول العالم.....
92	1-معدلات الإصابة بأمراض القلب.....
97	2-معدلات الإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع.....
100	3-معدلات الإصابة بمرض السكري.....
102	ثانياً: واقع الأمراض المزمنة عند النساء في المجتمع الجزائري.....
114	ثالثاً: العوامل المرتبطة بالأمراض المزمنة.....
114	1-العوامل المؤثرة في ارتفاع ضغط الدم.....
116	2-العوامل المرتبطة بالإصابة بمرض السكري.....
117	3-العوامل المرتبطة بالإصابة بأمراض القلب.....
119	المبحث الثالث: تطور السمنة وزيادة الوزن والمحددات المتداخلة.....
119	أولاً: نسب انتشار السمنة وزيادة الوزن في العالم.....
128	ثانياً: مستويات الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن في الجزائر.....
135	ثالثاً: العوامل، الممارسات والإعتقادات المرتبطة بالسمنة.....
135	1-العوامل المرتبطة بزيادة الوزن والسمنة.....
137	2-الممارسات والإعتقادات المرتبطة بالسمنة.....
139	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: الصحة الإنجابية

141	تمهيد.....
142	المبحث الأول: ماهية الصحة الإنجابية.....
142	أولاً: تطور مفهوم الصحة الإنجابية.....
145	ثانياً: مكونات الصحة الإنجابية.....
145	1-الفحص الطبي قبل الزواج.....
146	2-الأمومة الآمنة.....
149	3-تنظيم الأسرة.....
151	4-الأمراض المنقولة جنسياً.....
154	المبحث الثاني: الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات

155	.....أولاً: الخصوبة.....
156	.....ثانياً: تنظيم الأسرة.....
159	.....ثالثاً: الرعاية الصحية قبل، أثناء وبعد الولادة.....
159	.....1-الرعاية الصحية قبل الولادة.....
162	.....2-ظروف الولادة.....
163	.....المبحث الثالث: الممارسات والمعتقدات الشعبية المتعلقة بالإنجاب.....
164	.....أولاً: الممارسات والمعتقدات الشعبية المتعلقة بالخصوبة.....
169	.....ثانياً: الممارسات والمعتقدات الشعبية المتعلقة بالحمل.....
172	.....ثالثاً: الممارسات والمعتقدات الشعبية المتعلقة بالولادة.....
176	.....خلاصة الفصل.....

الباب الثاني: الجانب الميداني

179	.....الفصل الأول: خصائص عينة الدراسة.....
189	.....الفصل الثاني: تحليل وتفسير نتائج الفرضية الأولى.....
224	.....الفصل الثالث: تحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية.....
264	.....الفصل الرابع: تحليل وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.....
297	.....الخاتمة.....
300	.....قائمة المراجع.....

الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	عبء مرض القلب بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدة التعوق تقديرات عام 1999	94
02	معدلات انتشار ضغط الدم عند النساء في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط لسنة 2019	99
03	نسبة انتشار داء السكري بين السيدات في بعض الدول العربية ودول الخليج العربي	101
04	توزيع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب السن والجنس في الجزائر سنة 2002	104
05	توزيع نسب النساء المصابات أو اللواتي أصبن بأمراض مزمنة مؤكدة من طرف الطبيب حسب نوع المرض ومكان الإقامة سنة 2002	105
06	توزيع نسب الأشخاص المصابين حسب نوع المرض المزمن سنة 2006	106
07	توزيع انتشار أمراض ضغط الدم والسكري حسب الجنس والسن	107
08	توزيع نسبة النساء المصابات بالأمراض المزمنة حسب نوع الأمراض لسنة 2012-2013	109
09	توزيع نسبة انتشار مرض ضغط الدم لدى النساء حسب السن لسنة 2016-2017	110
10	نسب الإصابة بالأمراض المزمنة لدى النساء سنة 2019	112

119	انتشار السمنة لدى النساء في العالم	11
125	انتشار زيادة الوزن والسمنة في الأردن للفئة العمرية 25 سنة فما فوق	12
126	نسب انتشار زيادة الوزن والسمنة في بعض الدول العربية البالغين 15 سنة فما فوق حسب الجنس سنة 2005	13
130	توزيع نسب زيادة الوزن والسمنة حسب الجنس عند البالغين 35-70 سنة	14
131	توزيع نسب السمنة حسب الخصائص السوسيو-ديموغرافية عند البالغين 35-70 سنة	15
150	نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج واللاتي استخدمن أي وسيلة تنظيم الأسرة	16
155	معدل الخصوبة حسب السن والمؤشر التركيبي للخصوبة من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات	17
156	تطور استعمال وسائل تنظيم الأسرة من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات	18
157	تطور نسبة استعمال مختلف وسائل منع الحمل في الجزائر	19
159	توزيع النساء البالغات 15-49 سنة اللواتي تلقين رعاية أثناء الحمل حسب الإشراف الطبي	20
161	نسبة النساء الحوامل اللواتي قمن بزيارة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل حسب نوع الرعاية المقدمة	21
163	توزيع النساء البالغات 15-49 سنة حسب نوع العاملين المساعدین في عملية الولادة	22
179	توزيع أفراد العينة حسب السن	23
180	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	24
180	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	25

181	توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال	26
181	توزيع أفراد العينة حسب وزن المبحوثات	27
182	توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالمرض المزمن	28
182	توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض المزمن	29
183	توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض أثناء فترة الحمل	30
183	توزيع افراد العينة حسب الاعتقاد بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية	31
184	توزيع أفراد العينة حسب الاعتقاد بأن العين الشريرة تسبب المرض	32
184	توزيع أفراد العينة حسب النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات من ممارسة الطقوس	33
185	توزيع أفراد العينة حسب تفضيل تناول الوجبات السريعة	34
185	توزيع أفراد العينة حسب الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها	35
186	توزيع أفراد العينة حسب نوع تغذية المبحوثات أثناء الحمل	36
186	توزيع أفراد العينة حسب الطرق التي اتبعتها المبحوثات لعلاج المرض المزمن	37
187	توزيع أفراد العينة حسب أنماط الطب الشعبي التي اعتمدت عليها المبحوثات في معالجة المرض المزمن	38
187	توزيع أفراد العينة حسب استعمال المبحوثات للوصفات الشعبية التي تساعد على تخفيض الوزن	39
190	يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن التدليك يساعد على خفض الوزن وبين الإصابة بالسمنة	40
192	يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن الخبز الجاف يحتوي على سعرات حرارية أقل من الخبز العادي والإصابة بالسمنة	41

193	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن الامتناع عن وجبة العشاء يساعد على خفض الوزن وبين الإصابة بالسمنة	42
195	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن حمامات البخار تساعد على تخفيض الوزن وبين الإصابة بالسمنة	43
196	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن استعمال الأدوية المقللة للشهية يساعد على التخلص من الوزن والإصابة بالسمنة	44
198	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن العين الشريرة سبب للمرض وبين المعاناة من الأمراض المزمنة	45
200	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن العين الشريرة سبب في المرض وبين التعرض لمضاعفات المرض المزمن	46
201	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن السحر يؤدي للإصابة بالمرض وبين معاناة المبحوثات من الأمراض المزمنة	47
203	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن السحر يسبب المرض وبين معاناة المبحوثات من مضاعفات المرض المزمن	48
204	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن انجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية وبين عدد الأطفال في الأسرة	49
206	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن إنجاب الطفل يمثل قوة اقتصادية وبين الفارق بين الولادات	50
208	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وبين عدد الأطفال	51
212	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن إنجاب الذكور يحافظ على الثروة وعدد الأطفال في الأسرة	52
214	يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن إنجاب الذكور يضمن الحفاظ على الثروة وبين الفارق بين الولادات	53
215	يبين العلاقة بين استعمال دم وملابس النفساء لأجل الحمل	54

	ويبين معاناة المبحوثات من الأمراض التناسلية	
216	يبين العلاقة بين عادة عدم استحمام النساء إلا بعد مرور الأربعة عشر ونتيجة ممارسة هذه العادة	55
219	يبين العلاقة بين قيام المبحوثات بعملية المسد بغرض الحمل وبين نتيجة هذه الممارسة	56
225	يبين العلاقة بين نوع الوجبات التي تفضلها المبحوثات والإصابة بالسمنة	57
227	يبين العلاقة بين تفضيل المبحوثات للوجبات السريعة وإصابتهن بالسمنة	58
229	يبين العلاقة بين عدد مرات تناول المبحوثات للأطعمة السريعة وإصابتهن بالسمنة	59
230	يبين العلاقة بين عدد الوجبات الرئيسية التي تتناولها المبحوثات والإصابة بالسمنة	60
233	يبين العلاقة بين تناول الأطعمة أثناء مشاهدة التلفزيون وبين إصابة المبحوثات بالسمنة	61
235	يبين العلاقة بين نوع الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها وبين الإصابة بالسمنة	62
237	يبين العلاقة بين نزع الدجاج عند طهيهِ وبين الإصابة بالسمنة	63
239	يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للخضار وبين الإصابة بالسمنة	64
241	يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للحوم وبين الإصابة بالسمنة	65
242	يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للسكريات والإصابة بالسمنة	66
243	يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للعصائر والمشروبات	67

	الغازية والإصابة بالسمنة	
245	يبين العلاقة بين مراعاة المبحوثات للقيم الغذائية أثناء تحضير الطعام وبين الإصابة بالسمنة	68
246	يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للأطعمة السريعة وبين الإصابة بالأمراض المزمنة	69
248	يبين العلاقة بين الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها والإصابة بالأمراض المزمنة	70
250	يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للحوم وبين الإصابة بمرض مزمن	71
252	يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للسكريات وبين الإصابة بالأمراض المزمنة	72
254	يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للعصائر والمشروبات الغازية وبين الإصابة بالمرض المزمن	73
257	يبين العلاقة بين مراعاة القيم الغذائية في تحضير الطعام والإصابة بالأمراض المزمنة	74
258	يبين العلاقة بين التغذية أثناء الحمل ومعاناة المبحوثات من أمراض في فترة الحمل	75
260	يبين العلاقة بين التغذية أثناء الحمل وبين نوع الأمراض التي أصيبت بها المبحوثات في فترة الحمل	76
265	يبين العلاقة بين طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض المزمن وبين التعرض لمضاعفات المرض	77
267	يبين العلاقة بين طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات عند الشعور بأعراض المرض المزمن للمرة الأولى وبين المتابعة الدورية	78
269	يبين العلاقة بين النتيجة من استعمال الأعشاب لمعالجة	79

	المرض المزمن وبين المتابعة الدورية لدى الطبيب	
270	يبين العلاقة بين نتيجة استعمال الأعشاب لمعالجة المرض المزمن وبين استغناء المبحوثات عن أخذ العلاج	80
272	يبين العلاقة بين طريقة حصول المبحوثات على وصفات الطب الشعبي المستعملة في علاج المرض المزمن وبين تعرضهن لمضاعفات المرض المزمن	81
275	يبين العلاقة بين نوع العلاج الذي تستعمله المبحوثات حالياً وبين استغناءها عن أخذ الدواء الذي وصفه الطبيب	82
277	يبين العلاقة بين نوع العلاج الذي تستعمله المبحوثات حالياً في معالجة المرض المزمن وبين تعرضها لمضاعفات	83
279	يبين طرق الطب الشعبي التي تستعملها المبحوثات لعلاج المرض المزمن وبين إستغناءها عن أخذ العلاج الذي وصفه الطبيب	84
281	يبين العلاقة بين استعمال المبحوثات للوصفات الشعبية للقضاء على السمنة وبين إصابتها بالسمنة	85
283	يبين النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات من استعمال الوصفات الشعبية وبين إصابتها بالسمنة	86
285	يبين العلاقة بين المعرفة المسبقة بالأعشاب التي تساعد على الحمل وبين نتيجة استعمال هذه الأعشاب	87
288	يبين العلاقة بين مصدر الحصول على المعلومات الخاصة بنوع الأعشاب التي تساعد على الحمل وبين النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات	88
290	يبين العلاقة بين المعرفة المسبقة بالأعشاب التي تستعمل للقضاء على الإلتهابات التناسلية وبين النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات	89

292	يبين العلاقة بين مصدر الحصول على المعلومات الخاصة بنوع الأعشاب التي تساعد على علاج الالتهابات التناسلية وبين النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات	90
-----	---	----

فهرس الأشكال البيانية

108	توزيع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب فئات السن	01
123	نسب انتشار السمنة حسب السن والجنس في فرنسا سنة 2012	02

مقدمة

يعرف إعلان وبرنامج عمل بكين الذي تم تبنيه في عام 1995 من قبل 189 دولة عضو في الأمم المتحدة، الصحة على أنها حالة من الرفاهية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو العجز، وتنص هذه الوثيقة على أن للمرأة الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية، لما له من أهمية حاسمة لحياتها ورفاهيتها وقدرتها على المشاركة في جميع الأنشطة بالإضافة لتمكنها من القيام بأدوارها في المجتمع، فهي تشغل دور أساسي في بناء الأسرة من خلال ما يقع على عاتقها كأم من مسؤولية تربية الأجيال، وما تتحمله كزوجة من أمر إدارة الأسرة.

ورغم التقدم الذي أحرزته الحكومات والهيئات في مجال صحة المرأة والذي اتضح من خلال انخفاض معدل وفيات الأمهات وارتفاع العمر المتوقع للنساء في العالم إلا أن متوسط العمر الصحي المتوقع يبقى منخفضا (أي عدد السنوات التي تعيش فيها المرأة بصحة كاملة)، نتيجة تعرض المرأة لعوامل خطر عديدة تؤدي بها للإصابة بمختلف الأمراض منها الأمراض غير السارية التي ما زالت تمثل السبب الرئيسي لوفيات النساء في العالم خاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مثل الجزائر وفي مقدمة هذه الأمراض نجد أمراض القلب والأوعية، ضغط الدم والسكري، أضف إلى ذلك السمنة التي انتشرت في السنوات الأخيرة بشكل مخيف وصنفتها منظمة الصحة العالمية كمرض وكأحد أهم عوامل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة.

ومن المجالات الفريدة التي تم التطرق لها في عدة مؤتمرات مقارنة بسائر مجالات الصحة والتي تم الإعلان عنها وإعطاء مفهوم لها لأول مرة في المؤتمر

الدولي للسكان والتنمية سنة 1994 هي الصحة الإنجابية، والتي تعني حق الزوجين في التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة وقدرتهم على الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره بهدف تنظيم الأسرة والحفاظ على الصحة الجنسية، ويتسع نطاقها ليشمل فترة ما قبل سن الإنجاب وفترة ما بعد الإنجاب بهدف حماية صحة المرأة خلال سنوات حياتها من الولادة إلى المراهقة لغاية الشيخوخة.

إن أي اعتلال يصيب صحة المرأة هو نتاج تفاعل العوامل البيولوجية القائمة على أساس الجنس والعوامل الثقافية، لذلك عند الحديث عن المرض يجب أن ننظر إليه من منطلق بيولوجي ثقافي، فظهور المرض من منطلق بيولوجي قد يكون له مسببات ثقافية أدت إلى حدوثه وظهوره على جسم الإنسان، "الثقافة تلعب دورا لا يمكن إغفاله في تحديد الحالة الصحية والمرضية فهي المسؤولة في المقام الأول عن تشكيل تصورات الأفراد عما يمكن اعتباره مرضا وما لا يمكن اعتباره كذلك، كما أنها هي التي تحدد تفسير الأفراد لمسببات المرض والطرق التي يلتمسونها لعلاج أعراض مرضهم في ضوء تصورهم لمسبباته"¹.

لم يقتصر دور الثقافة على تشكيل تصورات الأفراد للصحة والمرض واختيار طرق العلاج المناسبة سواء بالتوجه للطب الحديث أو الطب الشعبي، بل تتضمن الثقافة كذلك العادات والتقاليد والمعتقدات المعترف بها في المجتمع والتي تؤثر على الحالة الصحية للأفراد وخاصة النساء لما لهن من نصيب وافر من هذه الطقوس والمعتقدات والعادات التي رسمت تفاصيل حياتهن منذ الولادة، الزواج، الإنجاب وغيرها والتي عرضتها لعدة أمراض منها المزمنة وتلك المتعلقة

¹ محمد جلال حسين، الثقافة وانعكاساتها الصحية في أوغندا: دراسة ميدانية في الأنثروبولوجيا الطبية، بمجلة متون، المجلد 11، العدد 2، 2019، ص 115.

بالصحة الإيجابية فقط من أجل الظفر بمكانة اجتماعية داخل الأسرة والمجتمع الذي تعيش فيه.

ومن بين القضايا الثقافية البحتة التي تؤثر على الصحة هي العادات الغذائية التي يتبعها الأفراد، فالأمراض يمكن أن تتأثر بكمية ونوعية الغذاء، التي ترتبط هي الأخرى بالتغير الذي يحدث في المجتمع، بحيث شهد العالم العربي ومنه الجزائر ازديادا في كمية الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات والدهون والفقيرة من حيث الألياف التي ترفع من نسبة الكوليسترول في الدم وتؤدي إلى الإصابة بمختلف الأمراض المزمنة منها أمراض القلب، ضغط الدم والسكري بالإضافة إلى السمنة التي تعد هي الأخرى أحد إفرازات التغير في الغذاء.

إن للثقافة بمكوناتها من عادات، تقاليد، معتقدات وعادات غذائية دور مهم في قضايا الصحة والمرض، فهناك ثقافة تترك أثرا إيجابيا وأخرى سلبيا على صحة النساء، لذلك حاولنا في هذه الدراسة إبراز الدور الذي تلعبه الثقافة بمكوناتها في صناعة تصورات الصحة والمرض عند النساء وكيف لهذه التصورات أن تعرض المرأة لخطر الإصابة بمختلف الأمراض وتقوم بتوجيهها لاختيار طرق العلاج التي تعتقد في نجاعتها، لذلك تم تقسيم البحث إلى بابين، الباب الأول تمثل في الدراسة الميدانية والذي ضم أربعة فصول والباب الثاني تمثل في الدراسة الميدانية وضم أربعة فصول أيضا وجاءت كما يلي:

الفصل الأول من الباب الأول تمثل في الإقتراب المنهجي للدراسة، تطرقنا فيه إلى الأسباب والأهداف التي تم على أساسها اختيار الموضوع، إشكالية وفرضيات الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية في البحث، كما أشرنا إلى المنهج المتبع، عينة الدراسة ومجالاتها الزمنية والمكانية، التقنيات التي استعملت في

جمع البيانات وتحليلها وأخيرا الدراسات السابقة وكيفية الإستفادة منها في الدراسة.

الفصل الثاني تناولنا فيه الثقافة الصحية، حيث تطرقنا في المبحث الأول للعلاقة بين الثقافة والصحة والمرض من خلال ثلاث مطالب الأول تكلمنا فيه عن الأنثروبولوجيا الطبية ودورها في فهم ودراسة الثقافة، المطلب الثاني كان حول تأثير الثقافة في الصحة والمرض من خلال العادات والتقاليد والمعتقدات المتأصلة في المجتمع، أما المبحث الثاني المعنون بالعادات الغذائية وارتباطها بالصحة والمرض قسم إلى ثلاث مطالب أيضا أولها تطرقنا فيه للعناصر الغذائية الرئيسية، الثاني كان حول نموذج الغذاء المعتمد عليه في الجزائر وفي الأخير تطرقنا إلى تأثير العادات الغذائية في الصحة، أما المبحث الثالث فتكلمنا فيه عن الطب الشعبي باعتباره جزء من الثقافة من خلال عرض نشأة الطب الشعبي وفروعه، الطب الشعبي في المجتمع الجزائري والممارسات الطبية الشعبية التي تلجأ إليها النساء في حالة الإصابة بالمرض.

الفصل الثالث خصص لموضوع المرأة والصحة بحيث شمل ثلاث مباحث في المبحث الأول تطرقنا إلى الأمراض التي تصيب النساء في العالم والتي احتلت نسب عالية وتمثلت في داء السكري، ضغط الدم، القلب والشرابين، المبحث الثاني خصص لعرض معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة في العالم بما فيها الوطن العربي والجزائر، والعوامل المرتبطة بالإصابة بهذه الأمراض، أما المبحث الثالث تطرقنا فيه لتطور السمنة وزيادة الوزن والمحددات المتداخلة بما فيها الممارسات والمعتقدات.

أما الفصل الرابع والأخير فعرضنا فيه الصحة الإنجابية، وضم ثلاث مباحث خصص المبحث الأول لماهية الصحة الإنجابية تكلمنا فيه عن تطور مفهوم الصحة الإنجابية ومكوناتها، المبحث الثاني عرضنا فيه الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات، أما المبحث الثاني فخصصناه للممارسات والمعتقدات الشعبية المتعلقة بالإنجاب بما فيها الخصوبة، الحمل والولادة.

بخصوص الباب الثاني الذي ضم أربعة فصول، الفصل الأول حددنا فيه خصائص عينة الدراسة من خلال عرض الجداول البسيطة، أما الفصول الثلاث المتبقية فقد تناولت تحليل نتائج الفرضيات وأنهينا كل فصل باستنتاج الفرضية، وفي الأخير خاتمة عامة.

أولاً: أسباب وأهداف إختيار الموضوع

هناك عدة أسباب ومعايير تجعل الباحث يختار دراسة موضوع معين دون آخر، من بينها معايير شخصية بحيث أن اختياري لموضوع الدراسة المعنون " الثقافة الصحية وعلاقتها بصحة المرأة" جاء نتيجة لملاحظات شخصية حول المشاكل الصحية المختلفة التي تعاني منها النساء في المحيط الأسري، بحيث لا تكاد أي أسرة تخلو من فرد مصاب بالأمراض سواء أم أو جدة أم بنت، ضف إلى ذلك النتائج التي توصلت إليها من خلال الدراسة التي قمت بها في الماستر حول "العوامل المسببة لظاهرة السمنة عند النساء في المجتمع الجزائري" والتي بينت أنه بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية والإقتصادية التي تحدد الإصابة بمرض السمنة، هناك أيضا غياب الثقافة الصحية التي تحدد سلوك النساء اتجاه صحتهن، ما جعلهن يلجأن إلى أخصائية التغذية للتزود بالمعلومات الأزمة حول العادات الغذائية السليمة الواجب اتباعها للقضاء على هذا المرض أو التقليل من حدته، فالثقافة الصحية لا تنحصر في اكتساب المعلومات والمعارف فقط بل تطبيقها وترجمتها إلى سلوكيات وممارسات صحية في الحياة اليومية، كذلك لاحظنا إصابة أغلبية النساء بعدة أمراض مزمنة في نفس الوقت منها السكري وضغط الدم والتي يمكن أن تكون من بين مسبباتها عدم معالجة مرض السمنة في بدايته.

كما أنه وخلال تواجدنا في عيادة الطبيب لإجراء الدراسة الميدانية شد انتباهنا إصابة النساء بعدة مشاكل تخص صحتهن الإنجابية وعدم حصولهن على معارف ومعلومات كافية بما فيها تنظيم الأسرة، الأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي والطريقة المناسبة التي تختارها النساء لمعالجة مثل هذه الأمراض.

أما عن الأهداف التي جاءت وراء اختيارنا لهذا الموضوع فتمثلت أساسا في معرفة تأثير الثقافة التي اكتسبتها النساء من المجتمع على صحتهن، وينبثق من هذا الهدف بعض الأهداف الفرعية تمثلت فيما يلي:

-عرض أهم المشكلات الصحية التي تتعرض لها النساء في مختلف مراحل حياتهن، بما فيها الأمراض المزمنة والسمنة ومدى انتشارها في المجتمع.

-التعرف على العادات المرتبطة بالتغذية وأثرها في ظهور مختلف الأمراض عند النساء.

-إبراز دور العادات والتقاليد السائدة في المجتمع في حدوث الأمراض.

-التعرف على أهم المعتقدات والممارسات التقليدية المرتبطة بالمرض وطرق العلاج.

ثانيا: إشكالية وفرضيات الدراسة

تعتبر المرأة نصف المجتمع لما لها من دور فعال لا يمكن الإستغناء عنه في كافة مجالات الحياة، لذلك فإن صحتها تستحق انتباها خاصا لتمتكن من القيام بأدوارها داخل الأسرة من تربية الأبناء والمحافظة على صحتهم، فصحّة الأطفال من صحّة الأم، وكذا القيام بأدوارها خارج البيت، ما يعود بالنفع على الأسرة والمجتمع ، كما أن العمر المتوقع عند الولادة أعلى بين النساء نظرا لتمتعهن بمزايا بيولوجية وسلوكية، لكن طول هذا العمر لا يعني بالضرورة أن تعيشه النساء بصحة جيدة وخالية من المرض والوهن، فهن يعشن تجارب خاصة قد تؤدي إلى انعكاسات سلبية على صحتهن، والنساء باختلاف أعمارهن يتعرضن لعدة أمراض مماثلة لتلك التي يتعرض لها الرجال إلا أن وقعها على النساء يكون مختلفا وأكثر حدة مقارنة بالرجال منها الأمراض المزمنة أو ما يسمى بالأمراض غير السارية التي تعد من بين الأسباب الرئيسية لارتفاع نسب الوفيات والإعاقة في العالم، "فلقت تسببت الأمراض غير السارية في وفاة مبكرة لـ 17 مليون لدى الأشخاص ما بين 30-70 سنة، عام 2019¹، وتمثلت بشكل أساسي في الأمراض القلبية الوعائية بنسبة 38% وداء السكري ومرض ضغط الدم الذي يعاني منه أكثر من 720 مليون شخص دون تلقي العلاج منهم 53% نساء²، السرطانات التي قدر عدد الحالات الجديدة لإصابة النساء بها عام 2020 بـ 9.227.484 امرأة³ وأمراض الجهاز التنفسي، كما انتشر مرض السمنة على المستوى العالمي إلى درجة أثارت

¹https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 13/10/2020, 18 :30

² <https://www.who.int/ar/news/item/17-01-1443-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension> 14/10/2020, 11 :45.

³<https://gco.iarc.fr/today/pie?v=2020> 14/10/2020, 13 :25.

مخاوف المجتمعات وخاصة السمنة عند النساء فوفقا للتقديرات العالمية لمنظمة الصحة العالمية لعام 2016 "تجاوز عدد البالغين الزائدي الوزن في سن 18 عاما فأكثر 1.9 مليار شخص أي ما يعادل 39% من البالغين في العالم منهم 40% نساء ، أما فيما يخص السمنة فكان عدد المصابين حول العالم أكثر من 650 مليون شخص ما يعادل 13% من البالغين في العالم 15% منهم نساء.¹

أما في العالم العربي فوصل حجم الإصابة بهذه الأمراض إلى مرحلة متقدمة ففي المملكة العربية السعودية أشار مسح صحة الأسرة لسنة 2017 إلى أن معدل انتشار الأمراض المزمنة بين النساء قدر بـ 20%²، وفي دولة الكويت 34%، و تشير إحصائيات وزارة الصحة بدولة الإمارات العربية المتحدة أن حوالي 12% من الوفيات الناتجة عن أمراض الجهاز الدوري هي بسبب ارتفاع ضغط الدم.³

في الجزائر، أدت التطورات في الحياة الاجتماعية والاقتصادية بصورة سريعة وغير تدريجية وكذا القضاء على العديد من الأمراض المعدية إلى التحسن في المستوى المعيشي قابله عادات غذائية سيئة عند الأفراد التي لم تتبع بتوعية صحية وغذائية نتج عنها ظهور الأمراض المزمنة "حيث بينت المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات حول وضعية صحة الأم والطفل أن نسبة الإصابة بهذه الأمراض تزداد من سنة إلى أخرى وانتقلت من 10.5% سنة 2006 إلى 14.2% سنة 2013 ثم 20% سنة 2019، وهي أكثر انتشارا عند

¹<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ar/>

² الهيئة العامة للإحصاء، تقرير نتائج مسح صحة الأسرة 2017، المملكة العربية السعودية، 2017، ص34.
³ نوف بنت علي آل سليمان، العوامل الغذائية والصحية المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى السيدات السعوديات بمدينة جدة، رسالة ماجستير في التغذية التطبيقية، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، نوفمبر 2007، ص ص 12-19.

النساء بنسبة 24.2% ، وبينت الدراسة أيضا أن نسب انتشار المرض تزداد مع التقدم في العمر فهي تنتقل من 3.9% عند الفئة العمرية 15-19 سنة إلى 18.6% في الفئة العمرية 40-49 سنة لتصل إلى 69.5% عند البالغين 80 سنة فما فوق، وتعتبر كل من أمراض القلب والأوعية، السكري، أمراض التنفس والسرطانات من أهم الأمراض التي تشكل عبء على النفقات الصحية¹، كما تبين من خلال المسح الذي قام به المعهد الوطني للصحة والسكان حول السمنة سنة 2010 أن "أكثر من نصف السكان (55.9%) الذين تتراوح أعمارهم ما بين 35 و 70 سنة يعانون من زيادة الوزن حيث تمثل نسبة النساء 66.52% و 30.08% تعانين من السمنة"² كما بينت نتائج التحقيق الوطني حول قياس ثقل عوامل خطر الأمراض غير السارية (اقتراب STEP WISE2016) أن 33.2% من نساء العينة تعانين من السمنة³، ويرجع سبب إصابة السيدات بالسمنة والأمراض المزمنة في الدول النامية إلى التغير السريع في النظم الغذائية وأساليب الحياة التي حدثت مع التصنيع والتحضر وعولمة الأسواق وأثرت على صحة السكان وحالتهم التغذوية، فبينما تحسنت مستويات المعيشة وتوفرت الأغذية وأصبحت أكثر تنوعا وزادت إمكانية الحصول على الخدمات قابلها تناقص الأنشطة البدنية وعدم سلامة النظام الغذائي وزيادة نسب الإصابة بالأمراض.

¹Ministere de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, **suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples, MICS 6, Algérie, 2019**, Alger, 2020, P99.

²Voir institut national de santé publique, l'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en algérie, Alger, setembre 2010.

³ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Enquête Nationale sur la mesure du Poids des Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles selon l'approche STEPwise de l'OMS**, Principaux résultats, Algérie, 2016-2017, p23.

وبالحديث عن صحة المرأة لابد من التركيز على الصحة الإيجابية التي تشكل محورا أساسيا من صحة النساء على امتداد أعمارهن، حيث يعد موضوع الصحة الإيجابية من أهم انشغالات المفكرين والباحثين في مختلف التخصصات الطبية، الاجتماعية، الديموغرافية والانتروبولوجية، وتتواجد في جداول أعمال أغلبية المؤتمرات الدولية ويأتي على رأسها مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية الذي انعقد سنة 1994، الذي وسع مفهوم السياسات والبرامج السكانية لتشمل الصحة الإيجابية الأمومة الآمنة بما في ذلك رعاية الحوامل، رعاية الأمهات والرضع، الوقاية من الإجهاض، التثقيف الصحي.

وتعتبر كل من الصحة والمرض من أبرز المقاييس التي تحدد مدى كفاءة المجتمعات اجتماعيا وحضاريا، وأضحى الثقافة أهم العوامل التي تحدد هذه الثنائية فالثقافة الصحية عملية تتيح للأفراد زيادة مقاومتهم للأمراض وتحسين صحتهم وهذه العملية حسب منظمة الصحة العالمية موجهة نحو العمل المتعلق بأسباب الصحة أو محدداتها منها الفيزيائية والتغذوية والبيئية والنفسية والسلوكية والاجتماعية وغيرها، كما تتضمن الثقافة مجموعة من العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض وتحكم تصرفات الإنسان من خلال الموجات السلوكية التي تتضمنها فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني من العادات الاجتماعية وعادات النظافة والمعتقدات، المعارف، المفاهيم والتصورات الشعبية وممارسات معترف بها ومقبولة من طرف أفراد المجتمع والتي تترك أثرا سلبيا أو إيجابيا على حالتهم الصحية، كما تحدد الطرق المفضلة للعلاج، فالمريض بالمرض المزمن قد يلجأ إلى الأساليب العلاجية الطبية المعروفة أو قد يذهب إلى الطب الشعبي كبديل، ولمعرفة تأثير الثقافة الصحية على صحة المرأة ارتأينا طرح التساؤل الرئيسي

إلى أي مدى تؤثر الثقافة بمكوناتها من عادات، تقاليد ومعتقدات الموروثة جيلا عن جيل والراسخة في المجتمع بالإضافة إلى طرق الطب الشعبي في تبني المرأة سلوكيات تؤثر على صحتها؟

وللإجابة على هذا التساؤل حاولنا صياغة الفرضيات التالية:

- 1- تساهم العادات، التقاليد والمعتقدات السائدة في المجتمع في إصابة النساء بالأمراض.
- 2- العادات الغذائية الغير صحية تساهم في زيادة إصابة النساء بالأمراض.
- 3- الاقبال على الطب الشعبي يساهم في زيادة إصابة النساء بالأمراض.

ثالثا: تحديد المفاهيم

لا شك في أن تحديد المصطلحات المستخدمة في أي دراسة علمية تحديدا دقيقا وواضحا من الأساسيات الضرورية التي يتطلبها البحث العلمي، بغرض أن يفهم القارئ المقصود من المفهوم وفقا للدراسة التي يقوم بها الباحث، وفيما يلي عرض لأهم المفاهيم الرئيسية التي ستأتي في سياق دراستنا:

- 1- **الصحة:** تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها " حالة اكتمال جسديا وعقليا واجتماعيا وليس مجرد الخلو من الأمراض أو الإعاقة"¹

¹ www.who.int

وهي عبارة عن حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، كما أن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوة الجسم للمحافظة على توازنه¹.

كما تعرف الصحة على أنها مركب من القرائن الاجتماعية والبيئية تقضي إلى الصحة والسلوك الفردي والاختيار المتوافق مع تلك القرائن²

نستنتج من التعريفين الاخيرين أن الصحة عبارة عن خلو الجسم من المرض فيركز على الجانب العضوي فقط الذي يعتمد على قوة وظائف أعضاء الجسم للمحافظة على الصحة، أما التعريف الثاني فيركز على الجوانب الاجتماعية والبيئية وتأثيرها على سلوك الفرد الذي ينعكس بالإيجاب أو السلب على صحته، إلا أن منظمة الصحة العالمية قامت بشمل جميع الجوانب الاجتماعية، النفسية، البدنية والعضوية في تعريف واحد.

من خلال التعاريف السابقة فإن مفهوم الصحة في دراستنا هو حالة الصحة الكاملة التي تتمتع بها النساء المصابات بالأمراض المزمنة، السمنة، أمراض الصحة الإنجابية من الناحية الجسمية أي يتمتعون بجسم وعقل سليمين بالإضافة إلى قدرتهن على إقامة واستمرار العلاقات الاجتماعية مع الاخرين.

2- المرض: يعرف المرض طبيا بأنه اختلال في الحالة الصحية، له علاقة بإصابة بناء أو وظيفة عضو أو عدة أعضاء، وأصل الكلمة باللغة اللاتينية هو Malhabitus ويعني حرفيا من هو في حالة سيئة.

¹ نجلاء عاطف خليل ، في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ، 2006، ص27.

² يوسف أبو الرب وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار البازوردي العلمية، عمان الأردن، ط، 1، 2003، ص62.

أما في اللغة الانجليزية فالأمر أو المفهوم أكثر وضوحا، إذ توجد ثلاثة مصطلحات تشير إلى المرض هي:

Desease: تشير إلى اضطرابات عضوية أو موضوعية لها سبب أو عدة أسباب ولها أعراض أو علامات يمكن التعرف عليها.

Illness: يستعمل للإشارة إلى الخبرة الذاتية للمريض والتي قد لا يقابلها بالضرورة إصابة قابلة للملاحظة والتأكيد.

Sickness: والتي تعبر عن الواقع الاجتماعي الثقافي للمرض، فهي تمثل عجز في الأداء.¹

كما يعرف المرض على أنه حالة من حالات التغير غير السوي أو الطبيعي في بناء أو وظيفة أي جزء من أجزاء الإنسان ويمكن الاستدلال على وجود المرض بواسطة ظهور علامات وإشارات خاصة تدل على الإصابة، ومن الممكن الكشف عنه بواسطة بعض التحليلات الطبية². وهو الحالة التي يحدث فيها خلل من الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شأنه إعاقة الفرد على مواجهة أقل الحاجات الأزمة لأداء وظيفة مناسبة.³

من خلال هذه التعاريف يظهر لنا أن المرض هو حالة الخلل التي تحدث إما في الجانب العضوي أو الاجتماعي أو العقلي للفرد وهي عكس الصحة التي هي حالة تكامل بين هذه الجوانب.

¹ ليقع زينب، المداخل السوسولوجية للطب، ديوان المطبوعات الجامعية، دون سنة، ص6.
² يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت، 2003، ص36
³ نادبة عمر السيد، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعارف الجامعية، مصر، 1996، ص263.

كما يعتقد بارسونز أن المرض هو أحد أشكال السلوك الذي يجب أن يتميز عن غيره مثل الجريمة والانحراف¹، فالمرض إذا هو انحراف عن المعايير الاجتماعية المتفق عليها داخل أي نسق اجتماعي.

3- الأمراض المزمنة: تعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها تلك الأمراض التي تدوم لفترات طويلة وتنجم عن مزيج من العوامل الوراثية والبيئية والسلوكية². ويعرفها احسان محمد الحسن على أنها تلك الأمراض الملازمة للإنسان فترة طويلة من حياته تفوق ثلاثة أشهر عادة والتي تحدث تأثيرات مباشرة وسيئة على صحته العامة، وتسبب له مشاكل صحية واجتماعية واقتصادية، وذلك لأن المصاب بها لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة كما يجب، وعلى هذا ينظر إلى المصاب بالمرض المزمن على أنه ليس مريضاً بالمفهوم العادي ولكنه مريض يعيش مشكلة دائمة تقريباً³ وتشمل الأمراض المزمنة في هذا البحث مرض السكري، ضغط الدم وأمراض القلب، لأنها تحتل المراتب الأولى حسب الإحصاءات الوطنية.

4- الثقافة الصحية: يتكون هذا المفهوم من مفهومين أساسيين مترابطين وهما الصحة التي سبق تعريفها فحسب منظمة الصحة العالمية هي حالة اكتمال جسدياً وعقلياً واجتماعياً وليس مجرد الخلو من الأمراض أو الإعاقة، أما المفهوم الثاني فهو الثقافة و من أهم وأبرز التعاريف الخاصة بها هو تعريف إدوارد تايلور الذي حددها بأنها " ذلك الكل المركب الذي يشتمل على المعرفة والمعتقدات والفن والأخلاق والقانون والعادات وأي قدرات أخرى أو عادات

¹ عايد الوريكات، علم الاجتماع الطبي، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2011، ص77.

² <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> , 10/10/2021, 18 :34.

³ احسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، دار وائل للنشر، ط1، عمان، الأردن، 2008، ص225.

يكتسبها الإنسان بصفته عضواً في المجتمع.¹ وتتضمن الثقافة في مكوناتها كل العادات والتقاليد والقيم والقوانين والفنون والآداب ذات العلاقة بصحة المجتمع سواء من حيث أساليب الغذاء والكساء والسكن أو من حيث مفهوم الصحة والعلاج.² وهي مجمل معقد يضم العلوم والمعتقدات والفن والطبائع والقانون والتقاليد وهي كل تصرف أو ممارسة يكتسبها الإنسان الذي يعيش في المجتمع³

وتعرف الثقافة الصحية على أنها عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة.⁴

مما سبق نقصد في هذه الدراسة بالثقافة الصحية هي مجمل العادات والتقاليد والمعتقدات التي اكتسبتها النساء وتمارسها والتي لها علاقة بالصحة والمرض ونمط الغذاء وأساليب العلاج المتبعة، ضف إلى ذلك الإستعداد والقدرة على تغيير العادات والسلوكيات غير السوية إلى ممارسات وسلوكيات صحية صحيحة تتماشى ووضعتهن.

5- الطب الشعبي: حسب منظمة الصحة العالمية فإن الطب الشعبي هو مجموعة المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الأصلية التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تستخدم سواء أمكن

¹ ايكه هولنكرانس، قاموس مصطلحات الانتولوجيا والفلكلور، ترجمة: محمد الجوهري وحسن الشامي، دار المعارف، ط1، القاهرة، 1972، ص144.

² عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2006، ص38.

³ محمد الخطيب، الانتروبولوجيا الثقافية، دار علاء الدين للنشر، عمان، الأردن، ط1، 2008، ص76.

⁴ أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، 2009، ص14.

تفسيرها أو لا، للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين أحوال المصابين بها¹. ويعرفه محمد الجوهري بأنه عنصر من عناصر المعتقدات الشعبية وله أهمية كبيرة خاصة في المجتمعات القروية، وهو يمارس من قبل أشخاص لديهم خبرة واسعة غالباً ما يكونون كبار السن لديهم وصفات علاجية لكل الأمراض تقريباً، وهو وثيق الصلة بعناصر المعتقدات السحرية من حيث أسباب المرض وطرق علاجه، ويرتبط بمصادر البيئة المحلية من حشائش وأحجار². ويرى جيمس كيركيلاند إلى أن الطب الشعبي التقليدي هو تلك المعتقدات والممارسات المرتبطة بالمرضى والتي تنتج عن تطور التشخيص الثقافي البعيد عن الإطار التصوري للطب الحديث³.

نقصد في دراستنا بالطب الشعبي هو مجموعة المعارف والمعتقدات الشعبية، الخبرات المكتسبة والمتوارثة والممارسات الطبية البعيدة عن إطار الطب الحديث والتي تعتمد عليها النساء لمعالجة الأمراض وتحسين أوضاعهن.

6- السمنة: تعرف منظمة الصحة العالمية حالات السمنة وفرط الوزن على أنها "تراكم الدهون بشكل شاذ ومفرط قد تؤدي إلى الإصابة بالأمراض، ويعتبر منسب كتلة الجسم (IMC) مؤشراً بسيطاً للوزن مقابل الطول، يستخدم عادة لتصنيف فرط الوزن والسمنة بين البالغين ويحسب بتقسيم الوزن (بالكيلوغرامات) على مربع الطول (بالمتر) حيث:

¹ https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/ar/

² محمد الجوهري، الأنثروبولوجيا أسس نظرية وتطبيقات علمية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990، ص 520.

³ فاروق العادلي، سعد جمعة، الأنثروبولوجيا مدخل اجتماعي وثقافي، بل برنت للطباعة والتصوير، القاهرة، 2000، ص 374.

- منسب كتلة الجسم الذي يساوي 25 أو أكثر يعني زيادة الوزن.
 - يدل منسب كتلة الجسم الذي يساوي 30 أو أكثر على السمنة¹.
- كما تعرف على أنها تراكم السرعات الحرارية الزائدة عن احتياج الإنسان، وخبزها على هيئة دهون، حيث تترسب في أماكن مختلفة تحت الجلد مما يؤدي إلى زيادة الوزن الطبيعي.²
- وهناك عدة مقاييس مختلفة لقياس السمنة وزيادة الوزن إلا أن دراستنا تعتمد على مقياس كتلة الجسم المعمول به من طرف منظمة الصحة العالمية كمعيار لقياس السمنة.

رابعاً: عينة الدراسة

تعتبر العينة من أهم عناصر البحث ومن بين أهم مراحلها حيث أن الباحث وعند تحديد إشكالية وفرضيات بحثه فإنه يفكر في العينة التي سوف يعتمد عليها لتوفير معلومات حول مجتمع بحثه والتي يختارها حسب طبيعة الموضوع والهدف منه والعينات لا تدرس جميع وحدات مجتمع البحث، بل جزء صغير منه وتكون إما عشوائية أو غير عشوائية.

¹ www. Who. It/ mediacentre ,

² خالد علي المدني، التغذية خلال مراحل الحياة، دار المدني، ط1، المملكة العربية السعودية، 2005، ص285.

في هذه الدراسة سنعتمد على العينة الغير عشوائية وهي العينة غير العشوائية القصدية "التي تواجه صعوبات أقل أثناء انتقاء العناصر، ولا توجد أية وسيلة لتقييم الأخطاء، لأننا لا نعرف الأشخاص المبعدين من العينة"¹، ومن عيوبها أنها لا تعطي كل وحدات مجتمع البحث فرص متساوية للظهور في العينة.

في هذه الدراسة، تم انتقاء العينة عمدا حسب عدة شروط، حيث تكونت عينة بحثنا من النساء اللواتي يعانين من الأمراض سواء المزمنة، السمنة أو الصحة الإيجابية، حيث كان مقررا التوجه لأحد المستشفيات أو المراكز الصحية للقيام بالدراسة الميدانية إلا أن الظروف الصحية التي مر بها العالم والجزائر بسبب وباء الكوفيد 19 لم تسمح لنا بذلك، فقمنا باستجواب 200 امرأة مصابة بأحد الأمراض بمساعدة العاملات في القطاع الصحي (بمستشفى مصطفى باشا وعيادة متعددة الخدمات بمنطقة باب الزوار) وأفراد الأسرة والأقارب المصابين.

المجال المكاني: لقد حددت الجزائر العاصمة كمجال مكاني للبحث باعتبارها منطقة استراتيجية تحتوي على العديد من المستشفيات، العيادات متعددة

¹ موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات علمية، ترجمة سعيد سبعون وآخرون، دار القصة للنشر، ط2، الجزائر، 2004، ص311.

الخدمات ومراكز لحماية الأمومة والطفولة والتي تتردد عليها النهاء المصابات بمشاكل صحية بغية العلاج أو لاستشارة طبية.

المجال الزمني: بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية التي جرت خلال عدة أيام من 20 جويلية 2021 إلى 30 جويلية 2021، بدأ التحقيق النهائي من 8 أوت إلى 10 أكتوبر 2021، أي لمدة شهرين تم فيها جمع البيانات من خلال استجواب 200 امرأة تعاني مشكلة صحية.

خامسا: منهج الدراسة

المنهج العلمي هو أسلوب للتفكير والعمل يعتمد الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة، ويمتاز هذا الأسلوب بالمرحلية بمعنى أنه يتكون من مجموعة من المراحل المتسلسلة والمتراصة التي يؤدي كل منها إلى المرحلة التالية.¹ ويعرفه عبد الرحمان بدوي بأنه الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة ومعلومة²، فالباحث موريس أنجريس يرى بأن

¹ ربحي مصطفى عليان، البحث العلمي، أسسه مناهجه وأساليبه إجراءاته، بيت الأفكار الدولية، الأردن، دون سنة، ص35.

² مروان عبد المجيد مروان ابراهيم، أسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الورق، ط1، عمان الأردن، 2000، ص68

المنهج هو مجموعة منظمة من العمليات تسعى لبلوغ هدف¹ وهو عبارة عن مجموعة من الأسس والقواعد والخطوات المنهجية التي يستعين بها الباحث في تنظيم النشاط الإنساني الذي يقوم به من أجل التقصي عن الحقائق العلمية أو الفحص الدقيق لها²، إذا فالمنهج يركز على مجموعة من الأسس، الخطوات والقواعد المنهجية التي يتبعها الباحث في دراسته بغرض الوصول إلى الأهداف والحقائق، ويمكن أن نميز في المنهج بين عدد من الأنواع حسب كل مجال وتخصص، فكل منهج وظائف وخصائص يستخدمها كل باحث في ميدان تخصصه وحسب مشكلة البحث والأهداف المرجوة منه، ونظرا لأهمية الدراسة المعنونة بالثقافة الصحية وعلاقتها بصحة المرأة وتنوع متغيراتها ارتأينا الجمع بين المنهجين الكمي والكيفي.

المنهج الكمي: الذي يهدف "لقياس الظاهرة موضوع الدراسة، وقد تكون هذه القياسات من الطراز الترتيبي مثل "أكثر من أو أقل من" أو عددية وذلك باستعمال الحساب وأن أغلبية البحوث في العلوم الإنسانية تستعمل القياس وكذلك الأمر حينما يتم استعمال المؤشرات، النسب، المتوسطات أو الأدوات التي يوفرها الإحصاء بصفة عامة"³، ولذلك استعملنا في دراستنا أحد المناهج

¹ موريس أنجرس، المرجع السابق، ص98.

² علي عبد الرازق جلي، المناهج الكمية والكيفية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2012، ص19.

³ موريس انجرس، المرجع السابق، ص100.

الكمية وهو المنهج الإحصائي الذي يعتمد على الأساليب الرياضية، "فهو فرع من الدراسات الرياضية الذي يعتمد على جمع المعلومات والبيانات لظواهر معينة وتنظيمها وتبويبها وعرضها جدوليا أو بيانيا ثم تحليلها رياضيا واستخلاص النتائج بشأنها والعمل على تفسيرها"¹، وقد اتبعنا في دراستنا خطوات المنهج الإحصائي فبعد عملية جمع البيانات والمعطيات الإحصائية المتعلقة بالأمراض المزمنة من مختلف الهيئات الرسمية كمنظمة الصحة العالمية ووزارات الصحة لبلدان مختلفة بالإضافة إلى الديوان الوطني للإحصائيات قمنا بتلخيصها في جداول إحصائية وأشكال بيانية ليسهل علينا قراءتها، كذلك استعملنا تقنية إستمارة استبائية التي تم تطبيقها على عينة النساء لجمع المعلومات الخاصة بصحتهن وسلوكاتهن اتجاه الصحة ثم تبويب هذه البيانات وعرضها في جداول وأشكال بيانية مناسبة بعدها وصف خصائص العينة المدروسة إحصائيا بالاستعانة بالنسب المئوية ومقاييس النزعة المركزية كالمتوسطات والمنوال وغيرها، وكمرحلة أخيرة قياس مدى الترابط بين متغيرات الدراسة باستعمال اختبار كا².

¹ عبد الناصر جندلي، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005، ص212.

المنهج الوصفي: ينصب اهتمامنا في هذه الدراسة حول صحة النساء في المجتمع الجزائري ومدى تأثير ثقافة هذا المجتمع من عادات وتقاليد، معتقدات على الصحة، فخطوة أولى تم صياغة الإشكالية ووضع الفروض المناسبة بعدها تم جمع البيانات والمعلومات عن طريق الملاحظة وكذلك إستمارة الاستبانة التي احتوت على مؤشرات الدراسة، لتأتي مرحلة تحليل هذه المعلومات وتفسيرها وكشف العلاقة بين المتغيرات وفي الأخير الوصول إلى النتائج، وتعتبر هذه الخطوات أساسية في المنهج الوصفي فهو يعتبر كطريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة البحث وتحليلها وتحديد نطاق ومجال المسح وفحص جميع الوثائق المتعلقة بالمشكلة وتفسير النتائج وأخيرا الوصول إلى الاستنتاجات واستخدامها للأغراض المحلية والقومية¹. ويشمل البحوث التي تركز على ما هو كائن الآن في حياة الإنسان والمجتمع، وهو استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر أخرى²

¹ عمار بوحوش، محمد محمود الذنبيات، *مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث*، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007، ص139.

² رحيم يونس كرو العزاوي، *مقدمة في منهج البحث العلمي*، دار دجلة، ط1، الأردن، 2008، ص97.

سادسا: تقنيات جمع البيانات وتحليلها

تقنيات جمع البيانات: يتطلب فهم أي ظاهرة محل الدراسة استخدام تقنية أو مجموعة من التقنيات المناسبة لموضوع البحث تتماشى مع التساؤلات والفرضيات التي يطرحها الباحث والبيانات المراد الحصول عليها، "والحديث عن التقنية يحينا على أداة وظيفتها شبيهة بالعمل التقني، كما هو الشأن لتقنية الهاتف وتقنية البرمجة في الحاسوب وعلى مستوى العلوم الإنسانية يمكن الحديث عن تقنية الإستمارة، وتقنية الإحصاء، فهي تشير إلى الوسيلة التي تم توظيفها في مرحلة معينة من الطريقة أو المنهج، كما أنها تسمح بتنفيذ الطريقة أو المنهج بالشكل الملائم ويمكن أن نشير على مستوى البحث إلى مجموعة التقنيات أو الوسائل مثل تقنية الإستمارة وتقنية الإحصاء". ومنه فإن اختيار أي تقنية يعتمد على المنهج الذي استعمله الباحث وأهداف دراسته لذلك تم استعمال تقنيتين في هذه الدراسة وهما الملاحظة واستمارة استبائية.

1-الملاحظة: وهي ملاحظة علمية تعرف بأنها "المشاهدة الدقيقة والمنظمة للظاهرة موضوع البحث"¹. كما تعرف على أنها "تلك التي يقوم فيها العقل بدور كبير من خلال ملاحظة الظواهر وتفسيرها وإيجاد ما بينها من علاقات ولهذا فهي وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات"².

2-الاستمارة: تعرف بأنها "عبارة عن مجموعة من الأسئلة مكتوبة تعطى للمبحوث أو ترسل إليه بأي وسيلة من وسائل المواصلات، ويقوم المبحوث بتسجيل الاجابات عليها بنفسه، ويجب أن تحظى الاستمارة باهتمام الباحث

¹ المشروع العربي لصحة الأسرة، خطوات البحث العلمي ومناهجه، جامعة الدول العربية، 2010، ص4.
² فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة، أسس ومبادئ البحث العلمي، كلية التربية الرياضية، جامعة الاسكندرية، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية، ط1، 2000، ص143.

بشكلها وتنسيقها ومضمون أسئلتها وعباراتها حسب البيانات المطلوبة فيها، ورغم أن تصميم الاستمارة يختلف حسب موضوع البحث محل الدراسة إلا أن هناك بعض الأسس التي يجب الالتزام بها لتلخص فيما يلي:

-تحديد نوع المعلومات المطلوب الحصول عليها.

-تحديد شكل الأسئلة وصياغتها وتسلسلها وكيفية الإجابة عليها.

-تجريب الاستمارة قبل تعميم تطبيقها.

-تنسيق وإعداد الاستمارة في صورتها النهائية".¹

تمت ترجمة متغيرات الدراسة إلى مؤشرات تمت من خلالها صياغة أسئلة الإستمارة التي تكونت من ستة محاور ذات 97 سؤالاً، يغلب عليها طابع الأسئلة المغلقة بهدف تسهيل عملية إجابة المبحوثات وأسئلة مفتوحة لإعطاء الحرية للمبحوثات للتعبير عن آرائهن، وأهم المحاور هذه المحاور:

المحور الأول: يتضمن بيانات شخصية تمثل خصائص العينة من السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية والوضعية المهنية.

المحور الثاني: يتضمن بيانات خاصة بالأمراض المزمنة والسمنة.

المحور الثالث: يتضمن بيانات حول مشاكل الصحة الإنجابية التي تعاني منها المرأة.

المحور الرابع: بيانات خاصة بالعادات الغذائية التي تتبعها المبحوثات.

¹ ثريا التيجاني، دروس في منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والبيداغوجيا، نماذج ميدانية في تطبيق المنهجية، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2015، ص14.

المحور الخامس: بيانات خاصة بالعادات والتقاليد والمعتقدات.

المحور السادس: بيانات خاصة بالطب الشعبي.

سابعاً: صعوبات البحث: في إطار سعينا لإعداد هذه الدراسات اعترضتنا

جملة من الصعوبات والمعوقات أبرزها

-صعوبة الحصول على الإحصاءات الخاصة بالسنوات الأخيرة خاصة تلك المتعلقة بمرض السمنة لقلة الدراسات المتعلقة بالموضوع.

-صعوبة الوصول لميدان البحث بسبب جائحة كوفيد 19 حيث لم نتمكن من إجراء استمارة مقابلة مع النساء المصابات بأحد الأمراض المزمنة داخل المؤسسات الاستشفائية وتعويضها باستمارة استبائية.

-غلت الجامعات والمكتبات أبوابها لمدة طويلة بسبب الجائحة مما صعب جمع المراجع الكافية لتدعيم الجانب النظري من الدراسة.

ثامناً: الدراسات السابقة

هي مجموعة الدراسات والرسائل والأطروحات الجامعية التي يطلع عليها الباحث لإستفادة من نتائجها في بناء إشكالية موضوع بحثه كما تساعده على دراسة الجوانب الغامض لنفس الموضوع.

الدراسة الأولى: رسالة دكتوراه تحت عنوان "الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر" للدكتورة مساني فاطمة سنة 2008¹.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى أهمية الثقافة الصحية في تحقيق تنمية صحية لدى المريض المصاب بأحد الأمراض المزمنة (داء السكري، ضغط الدم، مرض القلب)، ومحاولة فهم الواقع الاجتماعي الجزائري من خلال الفاعلين الاجتماعيين والمتمثلين في المرضى والعاملين في النسق الطبي، ولتحقيق هذه الأهداف طرحت الباحثة التساؤل الرئيسي ألا وهو: كيف يساهم العاملون في النسق الطبي من أطباء وشبه طبي في توعية المرضى وتثقيفهم صحيا قصد التأثير في معلوماتهم تأثيرا ايجابيا وإقناعهم بتغيير عاداتهم وسلوكياتهم غير الصحية إلى أنماط مستحبة من السلوك؟ وما هي العوامل التي تقف كعائق أمام الثقافة الصحية للمريض؟ وهل أن الثقافة السائدة في المجتمع من قيم، عادات، تقاليد، تصرفات، مفاهيم، أمثال شعبية حول الصحة تلعب دور في إقناع المرضى بتغيير أفكارهم وتصرفاتهم غير الصحية إلى تصرفات صحية والتأثير في نشر التوعية الصحية في أوساطهم؟

ولتحقيق الأهداف المسطرة والإجابة على التساؤلات المطروحة مزجت الباحثة بين المنهجين الكمي والوصفي كما اختارت تقنيات متعددة لجمع البيانات من الميدان منها استمارة المقابلة التي تم تطبيقها على عينة شملت 300 مريض مصاب بداء السكري، الضغط الدموي والقلب تم اختيارهم حسب طريقة العينة القصدية، ودامت فترة التحقيق 4 أشهر من 27 فيفري إلى 18 جوان 2006،

¹ فاطمة مساني، الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في الديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2008.

كما تم تطبيق تقنية المقابلة على 19 طبيب وطبيبة بمستشفى بني مسوس واستعانت الباحثة بأداة ثانوية تدمجية تمثلت في الملاحظة، لأن موضوع البحث يحتاج إلى الدقة والتفسير الجيد لبعض المواقف والسلوكيات المتعلقة بالصحة.

أثبتت نتائج الدراسة أن الأمراض المزمنة تنتشر بين الإناث أكثر من الذكور، حيث أن الإصابة قدرت بنسبة 64.67% عند الإناث مقابل 35.33% عند الذكور، وأن فئات السن المتوسطة والمسننة ما بين 45-60 و60-75 سنة هي الفئتين الأكثر تعرضاً لهذه الأمراض، وتنتشر بين المتزوجين أكثر بنسبة 74% كما يعتبر الوسط الحضري منبع للأمراض والمشاكل بكل أنواعها حيث تبين أن 68% من المبحوثين منطقتهم السكنية هي المناطق الحضرية وأن 46.67% من أفراد العينة مستواهم التعليمي متدني أي أمي.

فيما يخص نتائج الفرضيات بالنسبة للفرضية الأولى القائلة بأن التفاعل بين الطبيب والمريض في النسق الطبي ينمي الوعي الصحي، وجدت الباحثة أن الطبيب يقوم بدور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى المريض لكن المرضى لا ينفذون تعليمات الأطباء لعدة عوامل منها الظروف المعيشية الصحية، العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة بالإضافة إلى عدة عوامل تعيق الطبيب على أدائه لدوره منها قلة الوقت المخصص لكل مريض، كثرة المرضى وانشغال الأطباء في أعمال متعددة.

فيما يخص الفرضية الثانية القائلة بأن المستوى التعليمي للمريض له علاقة باكتسابه للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في نظام حياته، توصلت الباحثة إلى أن النقص الإعلامي يساهم في نقص الثقافة الصحية

لدى المرضى خاصة ذوي المستويات التعليمية المنخفضة، حيث تكون معلوماتهم حول المرض سطحية مع قلة المعلومات الوقائية، بالإضافة إلى أن الأميين أكثر تمسكا بالعادات غير الصحية حيث يلجئون إلى شراء الأدوية دون وصفة طبية وحتى عند ذهابهم للطبيب فهم لا ينفذون تعليماته ونصائحه.

رغبة المريض في الإمتثال للشفاء الطبيعي لها علاقة وطيدة بمستواه التعليمي حيث أن ذوي المستويات التعليمية المنخفضة أقل رغبة وإرادة في البحث عن شفاء لحالتهم المرضية خاصة المسنين كما يلجؤون بكثرة إلى وصفات الطب الشعبي البسيطة ويؤمنون بها.

وجدت الباحثة أيضا أن الدخل الشهري الأسري للمريض يؤثر على ثقافته الصحية من خلال رغبته، إرادته وقدرته على تغيير نمط حياته فالمرضى ذوي المستويات الاقتصادية المنخفضة أقل إتباعا لتعليمات طبيبهم، فمثلا توفير التغذية الجيدة واستعمال الريجيم بصفة منتظمة يتوقف على الدخل الشهري الأسري، لأن التغذية الجيدة والمأكولات المسموحة للذين يعانون من الأمراض المزمنة عالية الثمن في بلادنا خاصة في موسم غير موسمها، لهذا نجد أنهم لا يغيرون من نمط حياتهم وإنما يتمسكون بالعادات السيئة التي اعتادوا عليها من قبل، كما أنهم يلجئون إلى استخدام العلاج التقليدي كوسيلة لعلاج مشاكلهم الصحية التي يتعرضون إليها بسبب انخفاض دخلهم الشهري.

اتضح من خلال الدراسة أيضا، أن المكونات الثقافية المرتبطة بالصحة لها تأثير على اكتساب معرفة صحية وترجمتها إلى ممارسات صحية، حيث تبين من خلال الدراسة مدى تمسك المرضى بالأعشاب الطبية واستعمالهم لها في

حياتهم اليومية مما أثر على ممارساتهم الصحية ومدى تغييرهم لنمط حياتهم، كما تعتمد نسبة كبيرة من المرضى على الطرق الطبية في علاج مرضها المزمن مع غياب كلي للتعاون مع الطبيب.

كما تبين أنه توجد علاقة بين دور الأسرة والتكفل المعرفي بمريضها وزيادة وعيه الصحي، وأن أغلبية المرضى لا يملكون معلومات صحية ولم يتلقوا معلومات صحية في وسطهم الأسري، كما اتضح أن للعامل النفسي دور كبير في التعاون مع الطبيب حيث أن المريض إذا أحس أن عائلته تقدم له الدعم النفسي فإن ذلك يحفزه على طاعة الطبيب، ونسبة كبيرة من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب وهم يتلقون معاملة سيئة في وسطهم الأسري وهذا يقودهم إلى ممارسة سلوكيات غير صحية.

التعليق على الدراسة : في هذه الدراسة قامت الباحثة بدراسة العوامل التي تؤثر في إكتساب المريض المصاب بالأمراض المزمنة لمعلومات صحية تسمح له بترجمتها إلى ممارسات وسلوكيات صحية تساعده على التعايش مع وضعه الحالي وتجنب مضاعفات المرض، من بين هذه العوامل المستوى التعليمي والدخل الشهري للمريض، التفاعل الموجود بين الطبيب والمريض، المكونات الثقافية المرتبطة بالصحة ودور الأسرة اتجاه مريضها، كلها تؤثر في الثقافة الصحية للمريض، من هنا فإن هذه الدراسة أخذت الثقافة الصحية كموضوع عكس دراستنا التي اعتبرنا فيها الثقافة الصحية كمتغير يؤثر بمؤثراته في إصابة النساء بمختلف الأمراض، كما تم تطبيق تقنيتين لجمع المعطيات وهي استمارة المقابلة التي خصصت للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة والمقابلة التي أجريت مع الأطباء أما في دراستنا فاعتمدنا على

استمارة المقابلة التي طبقت على عينة النساء المصابات بالأمراض المزمنة، السمنة وأمراض الصحة الإنجابية.

وساعدنا النتائج التي تحصلت عليها الباحثة في اختيار مؤشرات الثقافة الصحية خاصة المتعلقة بالمكونات الثقافية للصحة من عادات وتقاليد ومعتقدات مرتبطة بالصحة وكذلك إختيار نوع العلاج الذي يلجأ إليه المريض، ومن بين النتائج التي أشارت انتباهنا هي أن الأمراض المزمنة تنتشر بين الإناث أكثر من الذكور حيث قدرت النسبة بـ 64.67% هذا ما شجعنا على الإهتمام والتركيز على صحة المرأة لكونها عنصر مهم في المجتمع وصحتها من صحة هذا المجتمع.

الدراسة الثانية: تحقيق قام به مجموعة من الباحثين سميرة أومغار، حكيمة عمور، عبد اللطيف باعلي تحت عنوان "تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لدى عينة من نساء مدينة مراكش" سنة 2010¹.

تمثلت أهداف هذه الدراسة في تقييم الحالة التغذوية لعينة من النساء في مدينة مراكش، كشف مختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المؤثرة في الحالة التغذوية للنساء، دراسة تصور صورة الجسم وتأثيره على انتشار الزيادة في الوزن والسمنة، ابراز العلاقة بين تصور صورة الجسم ومختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وللوصول إلى هذه الأهداف تم إجراء مسح في 4 مراكز حضرية صحية بمدينة مراكش على عينة تتكون من 436 امرأة تم اختيارهن بطريقة عشوائية شريطة أن يبلغن من العمر 18 سنة فما فوق وأن يكن غير حوامل وغير مرضعات وأجريت الدراسة في الفترة ما بين مارس

¹ سميرة أومغار وآخرون، تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لدى عينة من نساء مدينة مراكش، بمجلة الغذاء والتغذية، البحرين، 2010.

ويونيو 2010، وقد تم لذلك تحضير استبانة تحتوي على معلومات خاصة بكل سيدة و برب الأسرة، كذلك معلومات عن اهتمام السيدة بوزنها وعاداتها المتعلقة بوزنها وتصورها لجسمها الذي تم دراسته بواسطة 9 نماذج من الصور الظلية، تمثلت في جميع فئات الحالة التغذوية المحددة من طرف منظمة الصحة العالمية من النحافة إلى السمنة وتم ترميز البيانات وادخالها ثم تحليلها إحصائياً بواسطة برنامج SPSS.

بينت نتائج الدراسة أنه من بين 436 سيدة مستجوبة وجد أن 29.8% لديهن وزن طبيعي، 37.4% لديهن زيادة في الوزن بينما 32.8% يعانون من السمنة، كما توجد علاقة طردية بين العمر وزيادة الوزن والسمنة بحيث وجد أن 15% ممن يبلغن 18 سنة و 29 سنة يعانون من السمنة مقابل 30% ممن يبلغن السن ما بين 30-39 سنة و 52% ممن يعانون من السمنة في صفوف النساء البالغات 40 سنة فما فوق، وتؤثر الحالة العائلية للمرأة بشكل كبير على حالتها التغذوية فنساء العينة المتزوجات هن الأكثر عرضة للزيادة في الوزن بنسبة 39.7% وكذلك السمنة 37.3%، هناك علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي وانتشار السمنة، حيث وجد أن 44% من النساء غير المتعلقات يعانون من السمنة وفيما يخص العلاقة بين النشاط المهني للنساء وحالتهم التغذوية وجدت علاقة جد دالة فالنساء ربات البيوت هن الأكثر عرضة للزيادة في الوزن والسمنة.

وقد أظهرت النتائج أيضاً أن 30% من النساء ممن لديهن وزن طبيعي قد حاولن من قبل على الأقل مرة كسب مزيد من الوزن، مقابل 4.2% ممن حاولن كسب الوزن من بين النساء السمينات.

كما وجدت علاقة جد دالة بين الحالة التغذوية ورغبة المرأة تجاه وزنها، أي هل تريد أن تكسب مزيداً من الوزن أو تفقد بعضاً من وزنها الحالي وقد وجد الباحثون أن 55.4% ممن لديهم وزن طبيعي يردن كسب مزيد من الوزن و44.2% ممن لديهم زيادة في الوزن يردن الحفاظ عليه كما هو بينما 72% من النساء السمينات يردن فقدان بعض من وزنهن مما يدل على أن نساء العينة يفضلن الجسم الممتلئ، واتضح أيضاً أن 66.9% ممن لديهم وزن طبيعي و63.6% من النساء السمينات لديهن تصور صحيح لصورة جسدهن ووزنهن الحالي.

وقام الباحثون بتحليل الانحدار اللوجستي الثنائي للحالة التغذوية باستعمال الزيادة في الوزن والسمنة كمتغير تابع وكذلك معرفة تصور صورة الجسم وتأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية حيث كشفت النتائج، أن 51.1% من نساء البحث لديهن تصور صحيح لصورة جسدهن بينما 48.9% من نساء العينة لديهن تصور خاطئ بحيث أن 39% من النساء يقللن من حالتهم التغذوية الحقيقية، بينما 9.9% يعتقدن أن لديهن مؤشر كتلة أكبر من مؤشرهن الحقيقي، والتصور الخاطئ لصورة الجسم يؤثر بشكل قوي في رغبة المرأة اتجاه وزنها (كسب الوزن، فقدان الوزن، الحفاظ عليه كما هو)، فتصور النساء لصورة جسدهن ووزنهن هو الذي يحدد رغبتهم تجاه وزنهن، فإذا كانت المرأة تتصور نفسها نحيفة فستحاول كسب مزيد من الوزن، مما يفسر التأثير المهم لصورة الجسم في انتشار الزيادة في الوزن والسمنة.

وعند دراسة تأثير مختلف العوامل الاجتماعية، الاقتصادية موضوع الدراسة على تصور صورة الجسم، وجد هناك علاقة دالة بين السن وتصور الجسم،

فكلما تقدمت النساء في السن زاد تصورهن بأن لديهن مؤشر كتلة أصغر من مؤشرهن الحقيقي، كذلك أن السيدات المتزوجات وربات البيوت هن الأكثر عرضة لتصوير صورة جسم أقل من صورتهم الحقيقية.

التعليق على الدراسة: اهتمت هذه الدراسة بالحالة التغذوية لعينة من النساء في مدينة مراكش المغربية، هذه الحالة تتأثر بمجموعة من العوامل الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية تمثلت في السن، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، المستوى الاقتصادي وكذا تصور صورة الجسم الذي اعتبر من بين أكثر العوامل تأثيراً في الحالة التغذوية، فهو يحدد سلوك النساء تجاه وزنهن وبالتالي التحكم في انتشار الزيادة في الوزن والسمنة، بحيث إذا كانت المرأة تتصور نفسها نحيفة فستحاول كسب المزيد من الوزن، وجاءت هذه النتائج مطابقة نوعاً ما لنتائج الدراسة التي قمنا بها في الماستر لذلك قررنا في دراستنا اختيار متغيرات جديدة لها تأثير كبير ومباشر في زيادة الوزن والسمنة لدى النساء، منها العادات الغذائية السيئة حيث استفدنا من نتائج دراسة تأثير العوامل الاقتصادية المتمثلة في الوضعية المهنية والدخل الشهري للنساء على حالتهم التغذوية فمكوث المرأة في البيت يجعلها تتناول الأغذية أكثر من مرة في اليوم كما أن انخفاض دخلها الشهري يؤدي بها إلى اقتناء مواد غذائية غالباً ما تكون فيها نسبة السكريات والدهون مع عدم تمكنها من إتباع حمية غذائية للإنقاص من الوزن الزائد أو السمنة.

الدراسة الثالثة: تحت عنوان: الممارسات الشعبية وخصوبة المرأة دراسة أنثروبولوجية لإحدى القرى بمحافظة الدهلية قامت بها الباحثة فاتن شريف سنة 1997¹

حاولت الدراسة إلقاء الضوء على الممارسات الشعبية لخصوبة المرأة من كافة جوانبها بدءاً بمفهوم الخصوبة والإنجاب من الناحية البيولوجية، إبراز أهمية الإنجاب والنظرة للمرأة المنجبة والمرأة العقيم، عرض الممارسات المرتبطة بالزواج بداية من عقد القران والزفاف، ثم الحمل وما يتبعه من حالات تأخر الحمل وكذلك الولادة والممارسات المرتبطة بها، كما تطرقت الدراسة لموضوع تنظيم الأسرة.

شملت الدراسة المبحوثات المتزوجات لقدرتهن على تناول الممارسات المرتبطة بالخصوبة ومعالجة العقم، بالإضافة إلى الإستعانة بالإخباريات من كبار السن لخبرتهن في القيام بتلك الممارسات ودورهن في تقديم النصح والمشورة للنساء الصغيرات، وتم تطبيق تقنية المقابلة في هذه الدراسة التي استغرقت حوالي ستة أشهر من منتصف يناير 1997 حتى نهاية شهر يوليو 1997.

لقد كشفت الدراسة على: أن القرية المصرية لازالت غنية بعناصر التراث الشعبي وخاصة تلك المتعلقة بالقيم الاجتماعية والروحية، أو التي تؤدي وظيفة في المجتمع، وفيما يتعلق بالممارسات الشعبية المرتبطة بخصوبة المرأة، فإن استمراريتها يرجع إلى ارتباطها بقيم الإنجاب، وخصوبة المرأة

¹ فاتن محمد شريف، الممارسات الشعبية وخصوبة المرأة دراسة أنثروبولوجية لاحدى القرى بمحافظة الدهلية، مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية 1998.

وارتباطها بارتفاع مكانة المرأة المنجبة في المجتمع الريفي عن المرأة العقيم، كما أنها وسيلة لتحقيق رغبة المرأة العقيم والمحيطين بها في الإنجاب.

وأن المادة الإثنوغرافية لمجتمع البحث غنية بالممارسات الشعبية والتي تنتشر أكثر بين النساء الأميات ويرجع ذلك إلى قلة الوعي الصحي والمعتقدات المرتبطة بها، أيضا هي متاحة لهن في أي وقت بالقرية سواء عن طريق المشايخ أو القابلة أو النساء كبار في السن أو حتى حالات الولادة التي يستخدم الخلاص في بعض الممارسات الشعبية. ضف إلى ذلك رخص تكاليف تلك الممارسات عن الذهاب إلى المستشفى أو الطبيب وقد يحتاج إلى تحاليل وأشعة تتطلب مصاريف ومبالغ لا تقدر عليها.

إن القيود والمحرمات التي تفرض على العروس أو السيدة حديثة الولادة قبل مرور شهر عربي يعكس خوف من تعرض أي منهما للكبسة، وهي تعني في مجتمع البحث تعرض المرأة لبعض الأشخاص أو الأشياء التي من شأنها تعوق حملها وتفقدتها خصوبتها، ولذا فهناك الكثير من الممارسات الشعبية التي تمارس لفك ما يسمى بالكبسة.

كما أوضحت الدراسة تزايد الاتجاه نحو اللجوء إلى الطبيب أو المستشفى لعلاج حالات العقم وتكرار الإجهاض ومتابعة الحمل والولادة، وقد ساعد هذا على ارتفاع نسبة التعليم في القرية بصفة عامة والمرأة بصفة خاصة، كما ساعد انتشار وسائل الإعلام والاتصال على نشر الوعي الصحي بين النساء.

وتبين من الدراسة أن هناك ارتباط كثير من الممارسات والايحاءات النفسية وقدرتها على منح الخصوبة، كما أن بعض الممارسات تصيب المرأة بحالات نفسية سيئة خاصة المتعلقة بالموتى كالغسل والتخيطية وفتح القبور، كما تؤدي

البعض منها إلى الإصابة بالمرض أو الغثيان وخاصة تلك المرتبطة بالخلاص واضطرار المرأة العقيم الجلوس عليه، وكذلك فشل الشيخ أو الشخة في علاج كثير من الحالات.

ولقد كشفت الدراسة أن هناك بعض الاختلافات بين المبحوثات الأميات والمتعلمات فيما يتعلق بالممارسات الشعبية والعلاج الطبي فبينما تلجأ الفئة الأولى إلى الممارسات الشعبية وبعد فشلها تلجأ إلى الطبيب، فإن الفئة الثانية تلجأ إلى الطبيب وإذا لم يقدم لها أسباب عدم الإنجاب أو لم تجد جدوى من العلاج الطبي فقد تتجه إلى بعض الممارسات والتي تلعب الم أو الحماة دورا هاما في إقناعها بجدواها.

وأوضحت الدراسة أنه على الرغم من ارتفاع نسبة الخصوبة بين المبحوثات الأميات عنها بين المتعلمات إلا أن القرية تشهد إقبالا متزايدا نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة وإن كان الإختلاف بينهما في الفترة التي يتخذ فيها القرار وكذلك عدد الأطفال المناسب حيث نجد المتعلمات يفضلن تنظيم الأسرة بعد الطفل الثاني أو الثالث، بينما اغلب الأميات يفضلن تنظيم الأسرة بعد الطفل الرابع أو الخامس وقد يلعب تفضيل إنجاب الذكور دورا في زيادة النسل نظرا لتكرار الحمل والإنجاب في حالة إنجاب المرأة للإناث، وحتى إذا أنجبت ولد فإنها تكرر الحمل حتى لا ينشأ وحيدا.

التعليق على الدراسة: تم في هذه الدراسة عرض الممارسات والمعتقدات الشعبية التي تمارسها المرأة المصرية الريفية، والمرتبطة بالخصوبة من كافة جوانبها ابتداء من الزواج إلى غاية الإنجاب، وهي دراسة أنثروبولوجية تم الإعتماد فيها على تقنية المقابلة التي أجريت مع النساء خاصة الكبيرات في

السن لما لهن من تجارب وخبرات، وقد استقدنا من هذه الدراسة في تحديد بعض المؤشرات التي تمثلت في الممارسات والمعتقدات الشعبية التي تمارسها المرأة الجزائرية اتجاه خصوبتها والتي تؤثر في صحتها الإنجابية ففي الدراسة التي قمنا بها لم نكتفي بعرض الممارسات والمعتقدات فقط بل نبين أيضا تأثيرها على صحة المرأة في كافة مراحل حياتها.

تمهيد

الثقافة هي مجموعة من المعلومات والمعتقدات والعادات وغيرها التي يكتسبها الإنسان كفرد من المجتمع، وكثيرا ما نسمع في حياتنا تعبيرات مثل الثقافة الإسلامية، الثقافة الغربية، الثقافة العربية.... الخ، مما يعني أنها تختلف من مجتمع لآخر ومن جماعة لأخرى، وترتبط بجميع جوانب حياة الإنسان منها التي تتعلق بالصحة والمرض.

ودراسة الثقافة تعتبر مبحث رئيسي لعلم الأنثروبولوجيا، الذي أصبح في الآونة الأخيرة يهتم بمعالجة القضايا المتعلقة بالصحة خاصة الأنثروبولوجيا الطبية، بعدما أدرك الأطباء أن للثقافة دور فعال في تحديد الحالة الصحية والمرضية للأفراد، والطرق والأساليب التي يستخدمونها في علاج هذه الأمراض.

"لم يقتصر دور الثقافة على تشكيل تصورات الأفراد وتحديد الطرق المفضلة للعلاج، بل قد تتضمن بعض الممارسات المعترف بها والمقبولة من قبل أفرادها والتي تترك الأثر السلبي على حالتهم الصحية"¹، كتلك التي تتعلق بالتغذية أو المرتبطة بالزواج والإنجاب وغيرها والتي قد تكون أحد العوائق التي تحول دون النهوض بالحالة الصحية والعمل على تحسينها.

سنحاول في هذا الفصل تبيان العلاقة التي تربط الثقافة بالصحة والمرض، من خلال التطرق إلى الأنثروبولوجيا الطبية ومن ثم تسليط الضوء على العادات الغذائية، المعتقدات السائدة في المجتمع الجزائري وطرق العلاج الشعبي المتداولة بين النساء لمعالجة الأمراض.

¹ محمد جلال حسين، المرجع السابق، ص115.

المبحث الأول: الثقافة وعلاقتها بالصحة والمرض

أولاً: الأنثروبولوجيا الطبية والثقافة

1- الأنثروبولوجيا الطبية: قبل البدء في الحديث عن الثقافة، يجب أن نسلط الضوء على الأنثروبولوجيا كعلم تتدرج تحت مظلته العديد من الفروع، فالأنثروبولوجيا كلمة إغريقية مركبة من كلمتين anthropos وتعني إنسان، وlogia وتعني دراسة، أي علم دراسة الإنسان من جميع جوانبه ثقافية، اجتماعية، تاريخية، نفسية... الخ، فهو علم شامل عكس العلوم الأخرى كعلم الاجتماع، علم النفس، التاريخ، الإقتصاد التي تعنى بدراسة الإنسان في إطار علمي محدد وفقاً لأسس منهجية ونظرية معينة.

وللأنثروبولوجيا فروع متعددة نذكر منها الأنثروبولوجيا الاجتماعية الثقافية والأنثروبولوجيا الطبية، فالأنثروبولوجيا الاجتماعية الثقافية التي تعتبر بحد ذاتها واسعة نظراً لاندراج مفهوم الثقافة فيها والذي يعتبر مفهوم واسع جداً، وهي تهتم بوصف وتحليل السلوك الإنساني ضمن إطار الثقافة التي ينتمي إليه، ويحتفظ بأطر نظرية ومنهجية مولدة من العلوم الاجتماعية¹

أما الأنثروبولوجيا الطبية فقد عرفها فوستر بأنها علم الثقافة الحيوية الذي يعنى بكل الجوانب البيولوجية والاجتماعية-الثقافية في السلوك البشري والذي يهتم بصفة خاصة بالطرائق والأساليب التي تفاعلت بها هذه الجوانب خلال التاريخ الإنساني للتأثير في الصحة والمرض²

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 27.

² نجلاء عاطف خليل، المرجع السابق، ص 144.

ويمكن أن تعرف أيضا بأنها دراسة التقاليد المتنوعة للعلاج والتداوي بما في ذلك المعالجون الطبيون وكذلك منهج وأيديولوجية وفلسفة الأسباب والنتائج، بالإضافة لدراسة التقاليد والموروثات أو السلوكيات الثقافية التي تؤدي إلى أو تنتقص من صحة الفرد والمجتمع، كما يندرج داخل هذا التعريف معرفتنا ورؤيتنا للعادات الغذائية والأعشاب الطبية بالنسبة لأسلافنا القدماء وتمثل الأنثروبولوجيا الإكلينيكية التطبيق لهذه المعرفة المقارنة.¹

والأنثروبولوجية الطبية تركز على الأفراد والمجموعات السكانية المتعددة في ثقافات مختلفة وكيفية تعرضهم وتفاعلهم مع الصحة والمرض، وكذلك تهتم بطرق المعالجة التي يعتقدون جدواها ويمارسونها، ولمن يرجعون ويلجأون إذا ما أصابهم المرض. وترتكز أيضا على دراسة كيفية ارتباط المعتقدات والممارسات للكائن البشري مع التغيرات الاجتماعية والبيولوجية، والنفسية فيما يخص الصحة والمرض، وذلك ضمن محيط الثقافة.

فالأنثروبولوجيا الطبية تحاول تسليط الضوء على ما تقوم به الأنثروبولوجيا الثقافية، وذلك من خلال وصف وتحليل السلوك الإنساني المرتبط بالصحة والمرض من جهة، واستمدادها المعرفة في مجال العلوم الطبية من جهة أخرى، إضافة إلى اهتمامها بقضايا الصحة والمرض في الثقافات الإنسانية المختلفة.²

وقد تزايد الإهتمام بالأنثروبولوجيا الطبية بتزايد الوعي بدور الثقافة في قضايا الصحة، فقد أشار الأنثروبولوجيون الذين درسوا الهدف الاجتماعي الثقافي لهذا الجانب إلى أن المعتقدات والممارسات المتعلقة بالصحة والمرض في كل المجتمعات تعد ملمحا رئيسيا لثقافة هذه المجتمعات وغالبا ما ترتبط بمعتقدات

¹ نفس المرجع، ص 145

² يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 29.

تتصل بمصدر وسبب سلسلة كبيرة من الحوادث السيئة التي تشمل على المصائب والصراعات الشخصية بين الأفراد، الكوارث الطبيعية وتلف المحاصيل أو سرقتها أو فقدها والتي يعتبر المرض هو الشكل الوحيد لها، وقد يلقي بمسؤولية كل هذه المصائب في بعض المجتمعات على القوى فوق الطبيعية أو العقاب الإلهي أو على أحقاد السحرة والمشعوذين، كما تعد القيم والعادات المرتبطة بالمرض جزءا من ثقافة أوسع ولا يمكن دراستها في الواقع بمعزل عن هذه الثقافة، كما لا يمكن فهم الطريقة التي يتفاعل بها الناس مع المرض أو الموت أو أشكال المصائب الأخرى دون أن يفهموا نمط الثقافة التي ينشأ فيها أو الثقافة التي اكتسبوها، بمعنى أنها عدسة العين التي يدركون ويفسرون العلم بواسطتها.¹

نستخلص مما سبق أن الأنثروبولوجيا الطبية علم يهتم بالمواضيع المتعلقة بالمعتقدات الشعبية، التقاليد، الموروثات والسلوكيات الثقافية المختلفة منها المعرفة بالعادات الغذائية والتي تؤثر في صحة الفرد والمجتمع، وكذا الرؤى والتصورات المرتبطة بالجسم، كما تتضمن أيضا النظم الرسمية للرعاية الصحية وفهم نماذج الطب الحديث وأنماط الطب الشعبي السائدة في مجتمع ما ضمن محيط الثقافة السائدة فيه، لذلك فالأنثروبولوجيا الطبية تدرس مناصفة الصحة والمرض من جهة ومن جهة أخرى الثقافة لأن الفرد ليس فقط كائن بيولوجي فيزيقي وإنما هو أيضا كائن ثقافي.

¹ نجلاء عاطف خليل، المرجع السابق، ص139.

وللثقافة أهمية كبيرة في حياة الإنسان لما لها من تأثير في طريقة تفكيره، أساليب عيشه، وقراراته خاصة تلك المتعلقة بالصحة والمرض، لذلك سنتطرق فيما يلي إلى مفهوم الثقافة.

2-الثقافة: أنواع وكيفية وطبيعة السلوك الفردي والجماعي للفرد والمجتمع وطريقة العيش والتعلم وقواعد ثقافة المجتمع التي تتمثل بالعادات والتقاليد والقيم والأعراف والموضات، إلى جانب الإرث الحضاري المادي مثل العمارة والمباني والأدوات، والمعنوي مثل الشعر والفنون وقواعد الدين واللغة والفنون والقانون والسياسة والإجماع والأخلاق، والتي تنتقل من جيل إلى جيل ومن السلف إلى الخلف أو تكون قد أخذت من ثقافات أخرى غير ثقافة المجتمع من الموضات والتي تحدد بموجبها نمط وميزة كل مجتمع من الآخر.¹

وكلمة ثقافة تشمل كل انجازات العقل البشري، وكل ما يصدر عن الإنسان من قول أو فعل أو فكر وكذلك ما اكتسبه الإنسان من عادات وتقاليد وأساليب للسلوك وقيم تسود في المجتمع الذي يعيش فيه

وتعتبر أيضا جملة من النشاطات والمشروعات والقيم المشتركة لدى أمة من الأمم التي يشق منها تراث مشترك من الصلات المادية والروحية، تثرى عبر الزمان وتصبح جزءا من الذاكرة الفردية والجماعية وإرثا ثقافيا بالمعنى الواسع، وهو الذي تبنى على أساسه مشاعر الإلتزام والتضامن والمصير والوحدة² كما تحدد الثقافة للأفراد كيف يتصرفون مع غيرهم من الأشخاص، وكيف يتصرفون مع القوى الفوقية العظمى الإلهية، وتحدد لهم أيضا طريقة التعامل والتفاعل مع

¹ قدرى الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2008، ص128.

² نعيم حبيب جغيني، علم اجتماع التربية المعاصر بين النظرية والتطبيق، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2009، ص141.

البيئة الطبيعية التي تحيط بهم، وهي تزودهم بالطريقة التي من خلالها ينقلون الخطوط الإرشادية إلى الأجيال القادمة، وذلك باستخدام الرموز، اللغة، الفن والطقوس، وبهذا ينشأ الفرد داخل إطار الثقافة، ويغرس القيم الثقافية للمحيط الذي ينتمي إليه، فتنقل إليه الخبرات من خلال جيل الآباء.¹

يتضح مما سبق أن الثقافة عبارة عن تراث إجتماعي يكتسبه الأفراد من الأجيال السابقة عن طريق الاتصال والتفاعل، وتحتوي على مجموعة من العناصر التي تؤثر في كافة جوانب الحياة منها الجانب الصحي، فهي تتضمن معظم صور السلوك الإنساني من عادات وتقاليد ومعتقدات ومفاهيم متعلقة بالصحة والمرض، كما تؤثر بطريقة واضحة على الخدمات الصحية فهي تعمل على ترسيخ قناعات لدى الأفراد المصابين بالأمراض حول جدوى الأساليب العلاجية الطبية الحديثة أو اختيار الطب الشعبي كبديل. وبالتالي فإن الثقافة تمثل نصف مجال إهتمام الأنثروبولوجيا الطبية و النصف الآخر ترتبط مفاهيمه ومجالاته بالظواهر البيولوجية وخاصة تلك المتعلقة بالصحة والمرض.

ثانياً: تأثير الثقافة على الصحة والمرض

تعتبر كل من الصحة والمرض مفهومين يجاوزان في معنهما البعد الطبي إلى ما هو أكثر عمقا ليشملا البعد الثقافي والإجتماعي، فالشعور بالصحة أو المرض هي قضية ثقافية تحكمها عدة محددات مستمدة من المنطلقات الفكرية والتاريخية للمجتمع.

"فظهر المرض من منطلق بيولوجي قد يكون له مسببات ثقافية أدت إلى حدوثه وظهوره على جسم الإنسان، فقد تلعب ثقافة معينة من الثقافات في ظهور أحد

¹¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص30.

الأمراض التي تعزز من وجوده نتيجة لممارسة ظاهرة أو عادة اجتماعية معينة كالزواج بين الأقارب أو ممارسة طقوس أو شعائر محددة كإحراق الجثث وما يترتب عليه من مشكلات وبائية وصحية مصاحبة¹.

كما تشكل الأمراض مرآة للمجتمعات والثقافات التي ترافق مصير الإنسان أينما حل وترتبط بتمثلات وتصورات للحياة والموت، أحيانا يظهر المرض وتحدث عنه، وأحيانا نخفيه ونغيبه ونتجنب الحديث عنه، تارة نشير إليه باستعمال مترادفات من نوع خطيرة أو قاتلة أو مزمنة أو ضارة أو معدية، أو لها قابلية الإنتشار وجميع الثقافات تضع حدا بين السوي وغير السوي وبين العافية والمرض، وهذه الحدود هي حواجز هشة مرنة لينة تتغير بتغير المكان والزمان والمجموعة الاجتماعية الحاملة لهذه التصورات، وكل هذه العوامل تجبرنا على اعتبار الصحة والمرض هما إفراز معقد لتفاعلات بين المكونات البيولوجية وبين المعطيات الثقافية والاجتماعية.²

تعتبر الثقافة المصدر الذي يزود الفرد بالمعلومات الخاصة بالحالة الصحية والمرضية، فبعض الثقافات تعزوا المرض على أساس المعتقدات على سبيل المثال الحسد أو العين أو الخوف والشر، كما تؤثر في أنماط انتشار المرض والسلوك الذي يجب على الفرد أن يتبناه عند الإصابة، فالبعض يتوجه إلى الطب الحديث بينما ثقافة أخرى تفضل الطب البديل، كما تتضمن الثقافة بعض الممارسات المقبولة لدى أفراد المجتمع والتي لها وقع سلبي على الصحة مثل ذلك زواج الأقارب، وتعتبر العادات والتقاليد والمعتقدات السائدة في المجتمع أحد

¹ نفس المرجع، ص37.

² أحمد خواجة، ممارسات وتصورات للمرض في المجتمع التونسي المعاصر، مجلة الثقافة الشعبية، السنة الثالثة، العدد 11، خريف 2010، ص92.

العوائق التي تحول دون النهوض بالحالة الصحية لأنها تتعارض والبرامج الصحية التي تضعها الدولة.

وكما ذكرنا سابقا فإن الثقافة تساهم في صناعة التصورات الخاصة بالصحة والمرض والتي تتحدد من خلال جملة من المكونات منها العادات والتقاليد والمعتقدات التي ينصب إهتمامنا بها في هذه الدراسة.

1-العادات والتقاليد:

العادات لغة هي ما يكرر الإنسان ويعود إليه مرارا، واصطلاحا، هي سلوك اجتماعي متكرر يتم توارثه، ويمكن أن تكون العادة فردية، كما تعتبر سلوك اجتماعي جبري ملزم وتتكون انطلاقا من قيم دينية وعرقية تجعل الأفراد تبعا كعادات الزواج، يجسدها الأفراد في مختلف طبقات المجتمع ومستوياته وأنماطه الحضري والريفي.¹

وتكمن أهمية العادات في كونها الدعائم الأساسية التي ينبني عليها التراث الثقافي في كل بيئة، وتتفرع كثيرا لتشمل ما تواضع عليه المجتمع من عادات وأعراف ومحرمات وسنن وتقاليد وشعائر وطقوس ومراسيم.²

وتعتبر العادات أنماط سلوكية وجهود فردية تتميز بالتزام الأفراد بها وتسلم الجماعة على أنها صحيحة لتطابقها مع التراث الثقافي السائد في المجتمع.

"أما التقاليد فهي الممارسة العملية لقوانين القيم، وتعتبر التقاليد عنوان من عناوين المجتمع، تحكي قصته وتنظم تعاملاته وتلاقي الأفكار والمعتقدات في

¹ لزه مصادية، في مفهوم الثقافة وبعض مكوناتها، مجلة الذاكرة التي تصدر عن مخبر التراث اللغوي والأدبي في الجنوب الشرقي الجزائري، العدد التاسع، الجزائر، جوان 2017، ص36.
² نفس المرجع، ص36

نفس خط سير المجتمع، وهي ممارسة دائمة ومستمرة في كل مكان وزمان مثل الشعائر والطقوس الدينية والعبادات والاحتفالات".¹

وهي سلوكيات تتبناها وتتناقلها الجماعة جيلا عن جيل سواء فيما يتعلق بالملبس أو الطعام أو استخدام الرموز والشعائر الدينية وتطبق في بيئة محدودة عكس العادات التي يطبقها كافة أفراد المجتمع.

وللعادات والتقاليد علاقة بالصحة والمرض من خلال تحديدها للمعاني المتعددة لكليهما والسلوكيات التي تسبب في انتشار المرض أو الشفاء منه، وهي تختلف من منطقة إلى أخرى فنجد العادات والتقاليد في الشمال غيرها في الجنوب وفي الشرق تختلف عن الغرب، كما تختلف في الريف عن الحضر، فنجد مثلا في الريف يقوم الأطفال بالسباحة في المياه الراكدة التي تسبب الكثير من الأمراض، وتقوم النساء بغسل الملابس في المجاري التي تكون مياهها مليئة بالجراثيم وهناك بعض الآبار التي اعتاد الناس على الشرب من مياهها لاعتقادهم بأن تلك المياه طبيعية وتشفي من بعض الأمراض، كما تحدد العادات والتقاليد نوع الأطعمة التي يجب على الأفراد تناولها حسب المنطقة والمناسبات، فمثلا تتناول المرأة الجزائرية في فترة النفاس أطعمة تحتوي على الكثير من البروتينات فيقدم لها إلى جانب الحليب بيض ودقيق يخلط معه التمر والزبدة والعسل لتستعيد طاقتها وقوتها، وسنتطرق للعادات الغذائية في المبحث الثاني.

والوظيفة الأخرى للعادات والتقاليد، هي تحديد نوعية الأمراض ومدى خطورتها وبالتالي طريقة الإستجابة، فهناك من يرى أن المرض مؤقت سرعان ما يزول

¹ قدرني الشيخ علي وآخرون، المرجع السابق، ص194.

وبالتالي لا يستدعي العلاج، ومرض آخر يجب علاجه إما عن طريق إجراء فحوصات طبية رسمية أو اللجوء إلى الطب الشعبي.

وفي هذا الصدد "بين كل من ميكانيك Mechanic وفولكارت Volkart مدى تدخل العادات الفردية والجماعية في تقييم درجة المرض وخطورته وبالتالي تحديد طريقة العلاج وهل يستوجب المر الإستعانة بالخدمات الصحية العصرية، وهذا ما يكشف لنا دور العوامل الثقافية والاجتماعية وكمثال على ذلك في افريقيا الاستوائية كان الناس يتطبون بالطب التقليدي وهم على ثقة بذلك، فأراد فريق من الخدمات الصحية هز تلك الثقة وجلبهم إلى العلاج الحديث فباءت المحاولة بالفشل والسبب في ذلك هو ارتباط نسق الطب التقليدي بسلسلة من العادات الاجتماعية والمعتقدات الشعبية، وبذلك تغلب أسلوب العلاج التقليدي لارتباطه بالعادات التي لعبت دورا في توجيه سلوك الأفراد"¹

2-المعتقدات: ويقصد بها مجموعة الموروثات المتعلقة بالعالم الخارجي وفوق الطبيعي والتي احتلت عقول الناس وشغلت حياتهم وملك قلوبهم، وأصبحت مسلم بها لديهم وغالبا ما تحاط هذه المعتقدات بقدر من السرية وتظل خبيئة في صدور أفرادها وبالتالي لا مجال للمناقشة أو المحاكمة العقلية بها.² لذلك فهي أصعب العناصر الشعبية في التناول في الدراسة والبحث، وهي لا تلتقن من الآخرين ولكنها تختمر وتتشكل بصعوبة -مبالغ فيها أو مخففة- يلعب فيها الخيال الفردي دوره ليعطيها طابعا خاصا، وهي مع تمكنها في أعماق النفس الإنسانية موجودة في كل مكان سواء عند الريفيين أو الحضر، عند غير المثقفين

¹ علي محمد المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار النصر للتوزيع والنشر، القاهرة، دون سنة، ص56.

² نجلاء عاطف خليل، المرجع السابق، ص199.

كما عند الذين بلغوا مرتبة عالية من العلم والثقافة وصاروا يخضعون في حياتهم وفكرهم للأسلوب العلمي.¹

وتعد المعتقدات بمثابة السلطة الآمرة قوية التأثير في حياة الأفراد في شتى جوانب الحياة وخاصة فيما يتعلق بالصحة والمرض، فالمعتقدات تؤثر بوضوح في تمثيلات الأفراد للصحة والمرض، كما تؤثر في تشخيصهم للمرض وتفسيرهم لأسبابه وفي اختيار طرق العلاج المناسبة فهناك بعض المعتقدات تعزو حدوث المرض للعين الشريرة وأخرى تعزوه إلى تأثير الجن وغيرها من السحر.² ومن أمثلة المعتقدات تلك التي كانت منتشرة في الجزائر في عهد الرومان وهي الشلل وبعض أمراض الجهاز العصبي كالصرع، حيث كان التفسير الاجتماعي لهذه الأمراض ينسب إلى جن شرير، كذلك وفيات الأطفال كانت مرتفعة وهذا بسبب الرضاعة المبكرة التي كانت تمارس آنذاك، زيادة على نوعية المياه المستعملة حيث كان الأطباء الذين عاشوا في تلك المرحلة ينصحون بالإبتعاد عن هذا النوع من الرضاعة، وكانت وفيات الأمهات الصغيرات في السن جد مرتفعة وكانت لها علاقة بالحمل أي الموت بعد الوضع أو من خلاله الأمر الذي أدى إلى استعمال بعض السموم من أجل الإجهاض أو في حالة عدم نجاح هذه العملية استعملت وسائل ميكانيكية، كما نسبت التشوهات الخلقية لإنسان تلك المرحلة إلى قوى شريرة.³

¹ محمد الجوهري، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية، دار الكتاب للتوزيع، ط1، القاهرة، 1978، ص43.

² محمد جلال حسين، الثقافة وانعكاساتها الصحية في أوغندا، مجلة متون، المجلد 11، العدد 2، الجزائر، سبتمبر 2019، ص119.

³ جمال حمودي، تمثيلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا الطبية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة تلمسان، الجزائر، السنة الجامعية 2006-2007، ص70.

المبحث الثاني: العادات الغذائية وارتباطها بقضيتي الصحة والمرض

أولاً: العناصر الغذائية الرئيسية

تعتبر العناصر الغذائية الرئيسية مهمة لنمو الجسم وصيانة أنسجته، وهي بمثابة المحرك الأساسي له لأنها تزوده بالطاقة والحرارة، وهي مهمة كذلك للعمليات الحيوية في الجسم كالتنفس والهضم، ونجد هذه العناصر الأساسية في المواد الغذائية التي يتناولها الإنسان يومياً، فعندما يقوم الشخص بهضم الطعام يحولها الجسم إلى عناصرها الأساسية قبل أن يتم امتصاصها، وتتمثل هذه العناصر في:

1- البروتينات: هي العناصر التي تبني الخلايا والأعضاء حيث تعمل البروتينات على بناء وترميم أعضاء الجسم والمحافظة عليه، ويحتوي الغرام منها على أربع سعرات حرارية¹. ويمكن أن نتحصل على البروتينات من مصدرين المصدر الحيواني كاللحوم، الأسماك، الدواجن، البيض والحليب ومنتجاته، ومصدر نباتي كالحبوب، البذور والبقوليات والمكسرات.

2- الدهون: تزود الجسم بالطاقة وبالفيتامينات المنحلة بالدهن (A,D,E ;K) وبالأحماض الدسمة، ويتم تخزينها بالجسم على شكل نسيج شحمي، وهي العنصر الأكثر غنا بالطاقة حيث يحتوي الغرام منها على تسعة سعرات حرارية².

3- الكربوهيدرات: التي تتحطم لتصبح إما:

¹ سمير أو حامد، البدانة مرض العصر من اللف إلى الياء، خطوات للنشر والتوزيع، ط1، دمشق، سوريا، 2009، ص35.
² نفس المرجع، ص36.

سكريات بسيطة: وتتواجد بشكل طبيعي في الفواكه والعسل وبشكل صناعي في السكر العادي والحلويات والمربيات، وتدعى سريعة الإمتصاص لأنها لا تحتاج إلى عملية هضم في الأمعاء، لذلك تصل للدم بعد عدة دقائق من تناولها وهذا يؤدي إلى ارتفاع سريع في تركيز السكر بالدم.

السكريات المركبة: كالحبوب والبقول والخبز والمعجنات والرز والبطاطا وتدعى بطيئة الإمتصاص لأنها تحتاج إلى عملية هضم في الأمعاء قبل أن تتفكك إلى سكريات بسيطة تستطيع الأمعاء امتصاصها، لذلك لا ترفع بشكل سريع مستوى سكر الدم، وتعتبر السكريات بنوعها مصدر للطاقة الرئيس في الجسم، ويجب أن تكون موجودة بشكل إلزامي في كل الوجبات، ويحتوي الغرام الواحد من السكريات على أربع سعرات حرارية.¹

يتكون جسم الإنسان أساساً من العناصر السابقة الذكر وتسمى بالعناصر الأساسية المولدة للطاقة، لكن توجد عناصر أخرى يحتاجها الجسم لأنه لا يستطيع تصنيعها بنفسه، وتسمى بالعناصر الأساسية غير المولدة للطاقة، وتتمثل في الفيتامينات بمختلف أنواعها، الأملاح والعناصر المعدنية كالحديد والزنك، الماء والألياف الغذائية، وتتواجد هذه العناصر في مختلف أنواع الغذاء الذي يتناوله الفرد والذي يشكل الهرم الغذائي التالي:

¹ نفس المرجع، ص 37.



و المغزى من تمثيل المواد الغذائية على شكل هرم، هو أن الفرد يجب أن يكثر من تناول المواد المتواجدة في قاعدة الهرم وينقص من المواد التي في قمة الهرم، نلاحظ من الشكل البياني أن الماء يمثل قاعدة الهرم نظرا لأهميته لجميع وظائف الجسم الهضمية، الدورية، الإمتصاصية والإخراجية، وهو ضروري أيضا للمحافظة على درجة حرارة الجسم الطبيعية لذلك ينصح بتناول على الأقل لتر ونصف من السوائل في اليوم الواحد، ثم تأتي المجموعة الثانية المتمثلة في الحبوب والنشويات مثل الخبز والعجائن والبقوليات والتي تزود الجسم بالطاقة وتوفر الفيتامينات والألياف الغذائية، إلا أن الكمية المتناولة يجب أن تكون متوازنة وإلا تحولت إلى مخزون في شكل دهون، مجموعة الخضراوات والفواكه التي توفر للإنسان الألياف الغذائية والأملاح المعدنية والفيتامينات، حيث تناول كمية كبيرة منها يقلص من احتمال الإصابة ببعض الأمراض المزمنة، المجموعة

الرابعة المتمثلة في الحليب ومشتقاته، اللحوم والبيض المشبعة بالبروتينات، مجموعة المواد الدسمة التي تؤمن الأحماض الدهنية الأساسية للجسم لكن يجيب أن يكون استهلاكها بنسبة قليلة في اليوم، أما المجموعة الأخيرة والمتمثلة في الحلويات والسكريات فهي تعتبر كأغذية ثانوية لا يجب تناولها بصفة دائمة وإلا سببت في حدوث عدة أمراض كالسمنة وأمراض القلب.

ثانيا: نموذج الغذاء في الجزائر

في الجزائر، وجد أن الوجبة البسيطة لإنسان يسكن في المناطق الريفية تختلف عن وجبة غيره من ساكني الساحل أو الصحراء، غير أننا نجد في كل مكان في رحابها تأثير الثقافة الإسلامية المتميزة ببعض سلوكياتها مثل غياب الخنزير والكحول عن الوجبات الغذائية¹.

"فالإنسان الجزائري كان يعيش، قبل الإحتلال الفرنسي، من إيرادات الزراعة وتربية المواشي، وكان يتغذى أساسا بالقمح والشعير (على شكل الخبز والكسكسي) وبالخضر والفواكه. فجاء الإحتلال فأعاق سياق هذا النظام الغذائي إذ أخذ منه الأراضي ومنعه من الرعي فيها ثم فرض الضرائب على القوربي وحظر امتلاك المواشي، فدفق الفقر بالجزائريين إلى البحث عن عمل عند المحتلين في البادية أو المدينة وتعلمت النساء الطبخ بخضر كانت تجهلها (مثل الباذنجان والقرنبيط وغيرها)، وأما اللائي رحلن إلى الساحل فتعلمن طهي السمك.

¹ شهرزاد بسنوسي، مدخل إلى أنثروبولوجيا التغذية، مكتبة الرشاد للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، الجزائر، 2013، ص58

وانتشر القحط ورافقت المجاعات حياة الجزائريين طوال فترة الإستعمار فدفعت بالسكان إلى زراعة آخر رقعة أرض بقيت بحوزتهم، رجعوا في إثرها إلى الطبيعة فوجدوا السلق والفطر والكراث وكان ذلك بداية لتطور جديد لمذاق الجزائريين بالرجوع إلى استخدام هذه الأنواع من النباتات البرية.¹

مما سبق يظهر لنا أن نمط الغذاء في الجزائر كان ولا يزال متنوعا ومختلفا باختلاف وتنوع ثقافة وعادات وتقاليد كل منطقة من مناطقه، لكن طرأت عليه تغيرات حسب الفترات التي عاشتها الجزائر، فقبل الإستعمار كان الإنسان الجزائري يتغذى مما تنتجه الأراضي الزراعية التي كان يعمل فيها فكان يعتمد نظامه الغذائي على الخضر والفواكه والحبوب كالقمح والشعير، حيث كانت النساء تصنع منها الخبز والكسكي بالإضافة إلى الحليب والألبان واللحوم التي يتحصلون عليها من تربية المواشي، إلى أن جاء الإستعمار الفرنسي الذي قام بنهب هذه الأراضي الزراعية ومنع أصحابها من الزراعة والرعي فتغير نمط غذاء الفرد الجزائري بحيث اكتشفت النساء خلال عملها في منازل المحتل أنواع جديدة من الخضار كالبادنجان والقرنبيط والأسماك وتعلمت طرق جديدة للطبخ لم تكن تعرفها من قبل، كما كان لهذه الفترة التي عاشتها الجزائر من فقر ومجاعات تأثير على اكتشاف أنواع جديدة من النباتات البرية مثل السلق واستعمالها في الغذاء، فأصبحت النساء تطهو الكسكي بمكونات جديدة مثل القرنينة وزهرة القرع.... الخ

" وتميز الإستقلال بالنزوح إلى المدينة، وفيها كان التأثير أكثر عمقا بالحياة الغربية فأدى إلى تغيير في الممارسات الغذائية، ففي المدينة عرف طبخ البيفتاك

¹ نفس المرجع، ص 59

والسردين والنقانق والشورية والبطاطا المقلية، ومع مرور الزمن وتزايد عدد السكان والنزوح الريفي نحو المدن، ومع ما أحدثته سياسة التصنيع والمكننة من تغيير في الأعراف والعادات وما وفرته من تسهيلات معيشية من حيث اقتصاد الطاقة والوقت ووسائل تحضير الغذاء، تغيرت طريقة حياة الإنسان الجزائري أكثر فأكثر.¹ فلقد احتفظت المدن بنفس مكونات الطبخ من خضر ولحوم وأسماك لكن أصبحت تطبخ بطرق جديدة وعصرية حيث تم إدخال مكون الجبن في الأكلات اليومية كما لا ننسى تأثير الأنترنت الذي أدخل أسلوب العصرية على النظام الغذائي فأصبحت النساء تتقنن في طريقة طبخ وتقديم المأكولات باستعمال العديد من المكونات في طبق واحد، فمثلا أصبح الكسكسي يقدم بالمرق والخضار المختلفة واللحوم وفي بعض الأحيان بالمكسرات والعنب الجاف، وقد تبنى الجزائريون النظام الغذائي الفرنسي الذي يعتمد على ثلاثة وجبات في اليوم غذاء، فطور وعشاء إلا أن هذا الأخير كذلك طرأت عليه تغييرات بسبب ظهور ما يسمى بالوجبات السريعة في الفترة الأخيرة فتغيرت عادات الجزائريين الغذائية أكثر فأكثر مما سبب العديد من المشاكل الصحية منها زيادة احتمال الإصابة بالسمنة والأمراض المزمنة، هذا ما سنتطرق له في المطلب التالي.

ثالثا: تأثير العادات الغذائية على الصحة

يعتبر الغذاء عنصرا رئيسيا لحياة الإنسان، فالغذاء الكامل يزود الجسم بالطاقة اللازمة للنشاط والحركة، ويقوم بترميم الأنسجة، كما يساعد على حماية الجسم من الأمراض، لذلك يعتبر موضوع الغذاء ومدى ارتباطه بالصحة من أهم

¹ شهرزاد بننوسي، المرجع السابق، ص60.

المواضيع التي تركز عليها الدراسات في مختلف المجالات البيولوجية والأنثروبولوجية وغيرها، فالأمراض يمكن أن تتأثر وتنتشر بواسطة الغذاء من حيث كميته ونوعيته، وقبل الخوض في هذا الموضوع سوف نقوم أولاً بالتطرق إلى العادات الغذائية والعوامل التي تؤثر في هذه العادات.

1-العادات الغذائية: عرف بورجس ولين العادات الغذائية بأنها الطرق المتبعة في اختيار وتناول واستعمال الأغذية المتوفرة، وهي تشمل جميع عمليات إنتاج الغذاء وتخزينه وتصنيعه وتوزيعه وتناوله¹ كما تعتبر العادات الغذائية قاعدة السلوك الجمعي ومعياره، فهي تفيد في معرفة أفعال الناس التي تعودوا عليها على نحو شبه آلي، بفضل التكرار المستمر والتعلم والتدريب، كما أنها تخبر عن الأنماط السلوكية المشتركة بين أفراد جماعة معينة.² والعادات الغذائية جزء من سلوك الإنسان نشأت وتطورت معه وتأثرت بعدة عوامل نذكر منها:

2-العوامل المؤثرة في العادات الغذائية:

*العوامل الفيزيولوجية: أهم التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث للفرد وتؤثر في عاداته هي السن والجنس

فلكل مرحلة من مراحل نمو الإنسان عواملها وظروفها التي تؤثر على احتياجات وسلوك الأشخاص وتنمو هذه العادات الغذائية مع الفرد منذ طفولته بحيث يكون الطفل في مرحلة الرضاعة مرتبط بمصدر غذائه الأول الذي توفره الأم، وتقوم الأسرة خلال أول سنتين بتعليم الطفل عادات معينة في الأكل والنوم أما المرحلة الثانية وهي قبل سن المدرسة فالأطفال هنا غالباً ما يأكلون أي طعام بدون سؤال

¹ عبد الرحمن مصيقر، العادات الغذائية في البحرين، قسم التغذية، وزارة الصحة، البحرين، 1981، ص2.
² حسين عبد الحميد أحمد رشوان، الثقافة، دراسة في علم الاجتماع الثقافي، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة، 2006، ص155.

أو استفسار عن ذلك الطعام فيتعودون على تناول جميع أصناف الأطعمة وبكميات مناسبة تفي احتياجاتهم الغذائية اليومية أما المرحلة الثالثة وهي مرحلة الدخول المدرسي فإن المدرسة تلعب دورا كبيرا في تغيير السلوك الغذائي لمعظم الأطفال بسبب التغذية المدرسية والاختلاط مع الجماعات المختلفة حيث يكتسب الطفل خبرات جديدة ينقلها إلى المنزل، المرحلة الرابعة هي سن المراهقة وسن البلوغ حيث يحدث تغير ملموس في السلوك الغذائي للمراهق والبالغ نتيجة للتغيرات الفيزيولوجية التي تحدث له، إذ يزداد نمو وتوسع المعدة وهذا ما يؤدي إلى زيادة الشهية والإقبال على الأكل بحيث يحتاج المراهق إلى كميات مضاعفة من العناصر الغذائية¹.

الجنس: تختلف الحاجة إلى الطاقة باختلاف الجنس بحيث أن الرجال يمارسون النشاط الفيزيائي أكثر من النساء لذلك فسلوكياتهم الغذائية تختلف، حيث نلاحظ أن الرجل يبدأ بالإهتمام بممارسة النشاطات الرياضية لتقوية عضلات جسمه لذلك فهو يلجأ إلى تناول الأغذية التي تحتوي على البروتينات بكثرة أما البنات فتبدأ بالاهتمام بقوام جسمها وإتباع الرجيم مما يؤدي إلى قلة تناولها لكثير من الأطعمة التي تسبب أو تعتقد أنها تسبب السمنة.

* العوامل النفسية: تؤثر الحالات النفسية على العادات الغذائية فالتوتر والقلق غالباً ما يؤديان إلى كثرة تناول القهوة أو الشاي أو المشروبات الكحولية والسجائر لتخفيف شدة التوتر أو الهروب منه، وقد يشعر الشخص بالأمن والاستقرار عند تناوله لأطعمة معينة ، وقد وجد أن المرأة تميل إلى الابتكار

¹ أنظر عبد الرحمن مصيقر، العادات الغذائية في البحرين، المرجع السابق، ص 2-3.

والإبداع في إعداد وتحضير الطعام وهذا يعكس رغبتها في الحصول على التقدير والرضا من طرف أفراد العائلة وخاصة زوجها.

*العوامل الاقتصادية: تلعب العوامل الاقتصادية دورا في تحديد العادات الغذائية بحيث يؤثر الدخل تأثيرا مباشرا في القوة الشرائية للأسرة ونجد من تناول كثير من الأغذية القيمة الغذائية العالية كالمنتجات الحيوانية بالفقراء وبالخاصة في المناطق الريفية عادة ما يميلون إلى بيع بعض الأغذية العالية القيمة الغذائية لزيادة موردتهم المالي ويتناولون الحبوب والأغذية النشوية ذات قيمة غذائية أقل.

*العوامل الاجتماعية: هناك عدة عوامل اجتماعية ساعدت على تغيير العادات الغذائية أهمها:

المستوى التعليمي: إن ارتفاع المستوى التعليمي للأفراد يساعدهم على معرفة الأسس السليمة للتغذية وبالتالي اختيار وتحضير أغذية غنية القيمة الغذائية وهذا يرتبط ارتباطا قويا بمستوى تعليم ربات الأسر.

الموقع الجغرافي: يحدد الموقع الجغرافي نمط استهلاك الغذاء حيث نجد كثيرا دول جنوب شرق آسيا تعتمد على الأرز كطعام أساسي، كما يختلف نمط استهلاك الغذاء في المناطق الحضرية عنه في الريف لعدة عوامل كاختلاف المستوى الاقتصادي والتعليم ونوعية الأغذية المتوافرة بالإضافة إلى اعتماد المجتمعات الريفية على الزراعة موردا أساسيا للدخل.

المعتقدات: تأثر عديد المعتقدات الشعبية في عادات الأشخاص الغذائية، فمثلا في مالواي "لا يقدم السمك للصغار للاعتقاد بأنه يولد الديدان، وفي غانا

ونيجيريا يجري الاعتقاد بأن الفتیان الذين يأكلون البيض يصبحون لصوصا عند الكبر في حين أن ذلك يكسب الفتیان ليونة خلقية متميزة".¹

3-تأثير العادات الغذائية في الصحة

مرت المجتمعات في العقود الأخيرة بمراحل مختلفة، تطورت فيها الحياة الاجتماعية والاقتصادية بصورة سريعة نتج عنها تحسن في الأوضاع المعيشية وتغير في المداخل الشهرية للأفراد والأسر، صاحبه تغير في مجال التغذية، فأصبحت المواد الغذائية متوفرة بصورة كبيرة وبنوعيات مختلفة فكانت نقطة الانتقال من الغذاء الصحي إلى غذاء أقل كفاءة وفائدة أثر بشكل كبير على صحة الإنسان، فمن المعروف أن الغذاء التقليدي كان مليء بالألياف والفيتامينات مثل الخضر والفواكه التي تحمي الإنسان من التعرض لكثير من الأمراض مثل مرض السكري وأمراض القلب والشرابين، ووفقا للبيانات التي تحصلت عليها منظمة الصحة العالمية من مصادر مختلفة تشير إلى أن الأطعمة ذات كثافة عالية للطاقة أي غنية بالدهون أو السكريات وفقيرة الألياف مثل المشروبات السكرية وبأحجام كبيرة تزيد من خطر تناول الطاقة المفرطة التي تؤدي إلى السمنة²، كما أثبتت الدراسات الخاصة في شؤون الغذاء والتغذية وجود كميات كبيرة من الألياف في الخضروات والفواكه، وينصح الأطباء والمختصون في شؤون التغذية الإكثار من تناول هذه المواد نظرا للفائدة الموجودة من الألياف فيها إلى درجة أنهم فرضوا أن تحتوي الوجبة اليومية على 33%

¹ مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، الأنثروبولوجية الطبية، المرجع السابق، ص169.

² Haute Autorité de Santé, **Surpoids et Obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier secours**, France , septembre 2011, P26 .

تقريبا من هذه المواد الغذائية، أي بمعدل ثلث الغذاء أو الوجبة اليومية للإنسان¹.

كما أدى التغير في نمط الحياة إلى ظهور عادات غذائية جديدة تمثلت في تناول الوجبات السريعة، كتناول قطع الدجاج المقلي وشوارما اللحم والمعجنات والمشروبات الغازية والبطاطس، التي تحتوي على كميات كبيرة من السعرات الحرارية وقيمة غذائية منخفضة، ويقبل على هذا النوع من الوجبات كافة أفراد المجتمع، وتعد فئة العمال والطلبة الذين يقضون معظم أوقاتهم خارج المنزل هم الأكثر إقبالا على هذا النوع من الوجبات لما تحققه من متعة ولذة كونها مليئة بالدهون، فيركزون على المذاق ويهملون فكرة أن تناول كميات كبيرة من الطاقة والدهون لها علاقة بالإصابة بزيادة الوزن والسمنة التي تعتبر كعامل خطر للإصابة بأمراض أخرى كالسكري وأمراض القلب.

وفي هذا الصدد أوضحت الدراسات الاكلينيكية " أن العوامل الغذائية وخصوصا كمية الطاقة والدهون المتناولة لها علاقة ايجابية مع زيادة الوزن، فإن تركيب الغذاء من العناصر الغذائية يؤثر في تخزين الطاقة في الجسم، فأماكن تخزين البروتين في الجسم محدودة وأماكن تخزين الكربوهيدرات قليلة وتخزن على هيئة جلايكوجين والزيادة في الكربوهيدرات يتحول إلى دهون، وهذه العملية لا تحدث في الجسم إلا إذا كان الطعام قليل الدهون وغني جدا بالكربوهيدرات، أما الدهون فإن أماكن تخزينها في الجسم غير محدودة"². وبالتالي فإن تناول أطعمة غنية بالدهنيات تزيد من تراكم الطبقات الدهنية في الجسم وبالتالي يزيد حجمه وتزيد

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص130.
² عبد الرحمن عبيد مصيقر، العوامل المؤثرة في السمنة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الثامن، البحرين، يونيو 2003، ص17.

معه الحاجة إلى الدم لتزويده بالأكسجين والأغذية، والذي يعني زيادة في كمية الدم المتدفق في الأوعية الدموية أي الإصابة بارتفاع ضغط الدم.

"كما يلعب الغذاء دورا مهما وأساسيا في إصابة الأفراد بمرض ضغط الدم فهناك علاقة بين عوامل التحديث وبين التغيير في التغذية التي فرضت زيادة في استخدام واستهلاك الصوديوم في الغذاء، فلقد أكد قسم الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة حقيقة مفادها أن استهلاك نسبة عالية من الصوديوم دون أن تقابلها عملية موازنة في أخذ كميات كافية من البوتاسيوم والكالسيوم يكون نتيجتها انتشار واسع ومحتمل لمرض ارتفاع ضغط الدم."¹

وتؤثر العادات الغذائية المتأصلة في ثقافة المجتمعات في الإصابة بأمراض القلب والشرابين، حيث تتميز مجتمعاتنا العربية بما فيها المجتمع الجزائري بكثرة المناسبات الاجتماعية التي غالبا ما يحضر فيها كل ما لذ وطاب من أطعمة غنية بالسعرات الحرارية، فمثلا في شهر رمضان عوض أن تجتهد النساء في العبادات، تجتهد في تحضير أطباق متنوعة ومتعددة يكون فيها المكون الرئيسي اللحوم بشتى أنواعها، ضف إلى ذلك مختلف المشروبات والتحلية، ويختم الشهر الكريم ليأتي العيد الذي تحضر فيه مختلف أنواع الحلويات التقليدية بالمكسرات والشكولاتة، وهذا يعني كميات كبيرة من السكريات والكولسترول والبروتينات الحيوانية وقلّة تناول الحبوب الكاملة والخضر والفواكه طيلة شهر كامل، والنتيجة تكون السمنة وارتفاع ضغط الدم وسكري ومن ثم القلب. مما سبق يمكن القول بأن العادات الغذائية الخاطئة كتناول الوجبات السريعة التي تكون أغلب مكوناتها لحوم تحتوي على كميات كبيرة من البروتينات الحيوانية والدهون، قلّة تناول

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 325.

الخضار والفواكه التي تحتوي على الألياف واستهلاك كمية كبيرة من المشروبات والحلويات ضف إلى ذلك قلة النشاط البدني كلها عوامل خطر تزيد من احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة والسمنة، لذلك يجب على الفرد إتباع نظام غذائي صحي متوازن للتقليل من خطر الإصابة بهذه الأمراض التي تعد السبب الرئيسي للوفيات في العالم.

المبحث الثالث: الطب الشعبي جزء من الثقافة

أولاً: الطب الشعبي، نشأته وفروعه

1- نشأة الطب الشعبي: يعتبر الطب الشعبي في الدراسات الأنثروبولوجية أنه جزء من المعارف الشعبية التي تكونت عبر أزمنة طويلة، والسبب الأساسي لاستمرارها هو ارتباطها بالطبيعة والظروف الاجتماعية¹، وترتكز المعتقدات والممارسات الطبية والشعبية عند جميع الشعوب وفي كل العصور على معتقد أساسي يرى أن الله خلق لكل داء دواء وعلى الإنسان أن يسلك الطريق السليم للبحث عن هذا الدواء ويتباين الناس في مدى ما يصيبهم من حظ في الوصول إلى الدواء المناسب، ولا تختلف أقدم الشعوب البدائية مع الطبقات الشعبية في أي مجتمع حديث في هذا الأمر، ولأن الممارسة الطبية الشعبية كانت تركز في جانب كبير منها على المحاولة والخطأ، فقد كان من الطبيعي أن تتزايد درجة إتقان الشعب لطرق العلاج الشعبي على مدار العصور²، ومن هنا نلاحظ أن نشأة المداواة نشأت مع الألم، والألم قدر الإنسان من مهده، ونفعت الناس في المعالجة منذ بداية الأهم في الغابات، ولذلك لا بد أن يكون أول من مارس الطب هو سيدنا آدم عليه السلام عندما ساعد حواء وهي تصنع مولودها الأول ولقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان وخلق معه الداء والدواء، فالدواء إذن موجود على وجه البسيطة منذ الأزل، ويعتبر الدواء نعمة من نعم الله سبحانه

¹ ميرنا أحمد دلالة، الاتجاه نحو الطب الشعبي لدى عينة من طلاب كلية التمريض بجامعة تشرين، دراسة وصفية تحليلية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 37، العدد 2، الأذقية، سوريا، 2015، ص 14.

² محمد الجوهري، علم الفلكلور-دراسة المعتقدات الشعبية، ج 2، ص 471.

وتعالى إذا ما أحسن استعماله، ولكنه يقدر نقمة إذا ما أسىء استعماله فهو إذن سلاح ذو حدين¹.

وفي عصر ما قبل الإسلام لم يكن في شبه الجزيرة العربية سوى طب بدائي ولذلك كانت المعارف والممارسات الطبية نتيجة الاكتشافات العرضية والملاحظة وفي كثير من الأحيان كانت هذه المعارف تمتزج بالسحر والمعتقدات الخرافية إلى أن اكتشف العرب الطب الإغريقي والطب الفارسي من خلال الفتوحات الإسلامية لمصر وبلاد ما بين النهرين وبلاد فارس، ثم تأسست المدرسة الطبية افسلامية في بلاد المشرق في أواخر القرن التاسع وحتى منتصف القرن الثالث عشر والمشهورة بأسماء شخصياتهم العظيمة من أمثال الرازي². كما تميز الطب العربي في الإسلام بجزء مهم وهو الطب النبوي الذي كان من أهدافه تصحيح الخطاء الشائعة في المعالجات الشعبية والنص على مشروعية الحماية ومشروعية التداوي بالأدوية المادية وعدم تنافئها مع التوكل على الله تعالى والإيمان بقدرة، وبيان بعض المعالجات الروحية الإسلامية لتحل محل رقى الجاهلية، كما صحح الرسول عليه الصلاة والسلام الكثير من الأخطاء الشائعة في المداواة الشعبية كالمبالغة في المعالجة بالعسل والحجامة والكي³.

مما سبق نستنتج أن الطب الشعبي ظهر مع ظهور الإنسان على وجه الأرض، حيث كان يعتمد على النباتات في معالجة الآلام التي كان يحس بها وتطور بعد ذلك إلى ممارسات سحرية تعتمد على القوى فوق الطبيعية لممارسة العلاج إلى

¹ رياض رمضان العلمي، الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم، سلسلة عالم المعرفة، رقم 121، الكويت، 1998، ص9.

² نجلاء عاطف خليل، المرجع السابق، ص268.

³ نفس المرجع، ص270.

غاية بروز عصر الإسلام الذي صحح أخطاء المعالجات الشعبية الشائعة في عصر الجاهلية.

2- فروع الطب الشعبي: يميز دون يودر Don Yoder فرعين من فروع الطب الشعبي وهما الطب الشعبي الطبيعي والطب الشعبي السحري.

فالطب الشعبي الطبيعي يتخذ مسميات متعددة كالطب النباتي أو العشبي ويذهب Goder إلى أن هذا النوع يعكس رد فعل الإنسان أو استجابته لبيئته الطبيعية، والتي يلجأ فيها لاستخدام الأعشاب والنباتات والمعادن في علاج أمراضه¹، فنجد على سبيل المثال الأعشاب الطبيعية وهي الأعشاب التي تحتوي في جزء أو أكثر من أجزائها على مادة فعالة واحدة أو أكثر ويمكن أن نعالج بها مرضاً معيناً.²

وتتنوع العناصر النباتية بين الخضروات وفاكهة ونباتات عطرية وأعشاب تستعمل بعض أجزائها كالثمار والأزهار والأوراق والجذور وغيرها، وفي الواقع أنه لأمر مثير للإهتمام، وملفت للإنتباه أن تكون كل الحضارات في كل القارات قد مالت إلى البحث في الخصائص العلاجية للنباتات، حيث انتقلت تلك المعارف عن القدرات العلاجية لتلك النباتات عبر آلاف السنين بل وتعمقت وتتنوعت دون أن تتعرض للزوال وحتى في أيامنا هذه والتي لا تزال مستخدمة على نطاق واسع.³

¹ محمد الجوهري وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص81.

² سعاد عثمان وآخرون، الطب الشعبي، مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة، دون تاريخ، ص116.

³ مليكة بن منصور، عبد القادر معازيز، الطب الشعبي في المجتمع الجزائري، التطور والأبعاد، مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، العام الرابع، العدد 32، جوان 2017، ص19.

أما الطب الشعبي السحري، أو كما يعرف أيضا بالطب الروحاني أو الغيبي والذي تعتمد طرقه وأساليبه العلاجية على ممارسات السحر والشعوذة والدين أي على القوى غير المرئية¹، وكان لاستخدام هذا النوع من الطب للسحر والرقية والتعاويذ وغير ذلك أن أدى إلى ظهور ممارسين بمسميات محلية مثل الشامان أو الطبيب الساحر والمعالجين الروحانيين وقارئ البخت والكف وغيرهم من المعالجين وأصحاب المعرفة الطبية الشعبية.²

ثانيا: الطب الشعبي في المجتمع الجزائري

الطب الشعبي هو عبارة عن معتقدات، تمثلات وسلوكات الأفراد المتعلقة بالصحة والمرض سواءا بالنسبة للأسباب أو طرق العلاج فمنهم من يرجع المرض لأسباب طبيعية ومنهم من يعزو المرض لأسباب فوق طبيعية كالأرواح الشريرة والجن وغيرها.

ويزخر المجتمع الجزائري كغيره من الشعوب العربية بمجموعة من الوصفات المجربة التي لازال عليها إقبال واسع من مختلف شرائح المجتمع، ويمارسها كبار السن الذين توارثوا الوصفات من آباءهم وأجدادهم، حيث نجد في الريف وفي الصحراء الجزائرية بعض الأساليب العلاجية التي تصف لكل مرض دواء، "قالمداوون التقليديون في الجنوب الجزائري لهم أساليبهم الخاصة التي صادفت الكثير من النجاح في المجتمعات المحلية من ذلك استعمال البدو للحم الذئب لعلاج بعض الأمراض ومنها "الزهري" كما يعالجون الحصبة بأكل لحم الأرناب أو لحم الغزال أو الضأن (البادمان).

¹ فاروق العادلي، سعد جمعة، الأنثروبولوجيا، مدخل اجتماعي وثقافي، بل برنت للطباعة والتصوير، القاهرة، 2000، ص376.

² محمد عباس ابراهيم، المرجع السابق، ص182.

كما يعالجون " الجذري " بواسطة (الملة) وذلك بعمل حفرة في الرمال الساخنة أو تسخينها بالنار والتي يتمدد فيها المريض ثم يغطى بها لمدة من الوقت، كما يعالجون من مرض الروماتزم، حيث يقومون بعمل حفرة في الأرض عمقها واحد متر ونصف، ويدخل فيها المريض ويعطى مشروباً من نقيع (الأويك) لكي ينام، كما يعتمد البدو على الأعشاب البرية الموجودة في الصحراء في علاج أمراض الأسنان باستعمال عدة أعشاب وبطرق مختلفة.¹

أما المرأة الطارقية، التي تريد البدانة أو أن تكون سميكة فبإمكانها أن تبتلع نباتاً يسمى (بوزريج) ولكن إذا زادت من كميته المحددة فإنها تصاب بنوع من الجنون وفقدان الذاكرة مؤقتاً.²

وترجع أسباب لجوء المرضى في الجزائر للطب الشعبي إلى تنوع الغطاء النباتي الذي تزخر به المناطق الجبلية والصحراء، ضف إلى ذلك عدم وصول الخدمات الصحية لبعض المناطق في أعالي الجبال والسهول والمناطق الصحراوية، فإلجأ سكان تلك المناطق للممارسات الشعبية العلاجية لمعالجة بعض الأمراض كالروماتزم والصرع والعقم والسحر والعين وغيرها الذي أثبت الطب الشعبي نجاعته فيها حيث يعالج الطب الشعبي كل ما يتعلق بالغيبيات، أما الأمراض العضوية والأمراض المزمنة فتعالج بالطب الحديث.

مما سبق يظهر لنا أن المجتمع الجزائري يعيش ضمن ثنائية تقليدي-حديث بحيث يلجأ إلى العلاج بالطب الشعبي الذي يعكس ثقافة المجتمع من حيث مفهومي الصحة والمرض والمعتقدات السائدة وأسلوب الحياة التقليدي المتوارث

¹ محمد السويدي، بدو الطوارق بين الثبات والتغير، دراسة سوسيوأنثروبولوجية في التغير الاجتماعي، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1986، ص228.

² نفس المرجع، ص229.

جيلا عن جيل، وفي نفس الوقت لا يستغني عن الطب الحديث من خلال مطالبته بتحسين الخدمات الصحية المقدمة من طرف المراكز، فنرى وجود عالمين كما يقول مصطفى بوتفنوشت "عالم للحياة الرسمية الاجتماعية وتسييره الدولة وعالم آخر يخص الحياة الخاصة للناس والذي تحكمه العادات والتقاليد العائلية والاجتماعية".¹

ثالثا: الممارسات الطبية الشعبية التي تلجأ إليها النساء في حالة الإصابة بالمرض

تلجأ العديد من النساء في الجزائر إلى عدة ممارسات طبية شعبية تعتقد في جدواها للتخفيف من الأمراض منها التداوي بالأعشاب الطبية، الكي، التدليك الحجامه وغيرها.

1-الأعشاب الطبية:

بلاد الجزائر غنية جدا بأعشابها الطبيعية المتنوعة بحرية، قارية، صحراوية، ولما تتمتع به من دفء و سطوع شمسي وطقس جميل وتربة مختلفة وخصبة للغاية في معظمها، ولا شك أن لهذه المناخات والتربة من أثر بالغ ليس فقط على شدة التنوع النباتي ولكن أيضا على تركيب النباتات وإعطائها الميزات الخاصة، وقد دلت التجارب أن نباتات المناطق المعتدلة أكثر فعالية وأغنى في العناصر المفيدة من نباتات المناطق الباردة، كما أثبتت الدراسات العديدة بأن بالجزائر ما لا يقل عن 3500 نوع من النباتات، منها ما تعود إلى المناخات الحارة ومنها ما تعود إلى المناخات المعتدلة، وأن من بين هذه الثروة النباتية ما لا يقل عن 500

¹ Mustapha Boutefnouchet, *Système Sociale et changement Sociale en Algérie*, O.P.U, Alger , 1984,P12 .

عشبة متداولة بين الأهالي في الطبابة ومعروفة لدى السكان منها ما يقارب 100 عشبة طبية نجدها تباع لدى العشابين في الأسواق، خاصة الأسواق الأسبوعية في الأرياف أو دكاكين العشابين في المدن.¹

وهناك عدة مؤلفات جزائرية قديمة تحدثت عن الأعشاب الطبية، منها كتاب **كشف الرموز في بيان الأعشاب** للشيخ عبد الرزاق بن حمدوش الجزائري تحدث فيه عن الأعشاب الطبية وفوائدها والمعالجة بها وأهم هذه الأعشاب: إكليل الجبل، أيسون (حبة حلاوة)، جعدة، حلتيت، فجل، كركم، هندبا (تلفاف) وغيرها، وتكلم عن أفعال هذه الأعشاب (التبريد والتسخين والترطيب والتجفيف) وصفاتها (اللطافة، الكثافة، اللزوجة، الهشاشة، الجمود، السيلان)، وأطروحة **الطب العربي في ولاية الجزائر** لمحمد بن العربي أول جزائري يحصل على الدكتوراه في الطب في العهد الفرنسي 1884، حيث خصص الفصل الثالث من أطروحته للنظافة، مقدما على ذلك سبع وصفات لتكوين الكحل، وتسع وصفات للحنا، كما وصف فوائد الإستحمام، التطيب بالأعشاب ومختلف النباتات لأنها مفيدة، وأدوية تستخرج من البلاد نفسها فلها عندئذ جانب اقتصادي مهم، فهي صناعة محلية ومن النباتات التي ذكرها: الخروب، الرمان، بونافع، كرموس النصارى والنخيل الذي عزاله وحده اثني عشر وصفا علاجية من الإسهال إلى الضعف الجنسي.²

ويعتبر الجزائريون العلاج بالأعشاب الطبية موروث ثقافي لا بد من الحفاظ عليه، لذلك نجد أن البيوت الجزائرية كلها تحتوي على أنواع متعددة من الأعشاب نذكر

¹ عبد القادر الحليمي، **النباتات الطبية في الجزائر**، منشورات برتي، ط1، الجزائر، 2004، ص4.
² أمينة لطرش، **الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقاربة أنثروبولوجية**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، 2011-2012، ص118.

منها الزعتر، السانوج، الحلبة.... الخ، هذه الأخيرة أثبت الطب الحديث من خلال بحوث عديدة نجاعتها لعلاج مرض السكري، حيث أثبتت دراسة أجريت في الهند، أن 2 غرام من الحلبة المطحونة تعادل وحدة أنسولين لذلك تستخدمها الهند حالياً في علاج مرض السكر من النوع الأول، أي المعتمدين على الأنسولين من الخارج، وكذلك النوع الثاني لاحتوائها على سلاسل البيبتيدات المرتبطة بالزنك والتي يغزى إليها التأثير على سكر الدم"¹

ومع التغير الذي عرفه المجتمع الجزائري، الذي نتج عنه انتشار الأمراض المزمنة، منها ضغط الدم والسكري وغيرها من الأمراض، عاد التدوي بالأعشاب الطبية للواجهة في الآونة الأخيرة نظراً لعدة أسباب منها فشل الأدوية الحديثة في التقليل من حدة الأمراض، وفي بعض الأحيان كثرتها دون جدوى، ضف إلى ذلك غلاءها خاصة التي للواتي لا ينتسبن لصندوق الضمان الاجتماعي، الفقر والبطالة وتدني القدرة الشرائية للفرد الجزائري.

2-الحجامة: تعتبر الحجامة من أبرز العلاجات الشعبية المتداولة في المجتمع الجزائري، لكونها من التراث النبوي وحثت عليها السنة النبوية، فقد ورد عن النبي صلى الله عليه وسلم عدة أحاديث توصي بالحجامة مثل:

عن جابر بن عبد الله رضي الله عنه قال، سمعت رسول الله يقول: "إن كان في شيء من أدويتكم خير ففي شرطة محجم، أو شربة عسل، أو لذعة بنار، ولا أحب أن أكتوي"².

¹ يحي محمودي، الأعشاب الطبية من الحديقة النبوية، دار الإمام مالك، الجزائر، 2007، ص187.
² أخرجه البخاري 130/10 في كتاب الطب: باب من اكتوى أو كوى غيره 5702.6583/10، ومسلم 2205/4 باب لكل داء دواء.

عن أنس بن مالك رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "خير ما تداويتم به الحجامه والقسط البحري"¹

وعن سعيد بن جبير رضي الله عنه، عن ابن عباس رضي الله عنهما، عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "الشفاء في ثلاث: شربة عسل، وشرطة محجم، وكية نار وأنا أنهى أمتي عن الكي".²

تعريف الحجامه

الحجم لغة: المصّ، وسمي به فعل الحاجم، لما فيه من مص للدم في موضع الشرط، والفعل منه حجم (بفتح الجيم) يحجم (بالكسر) ويحجم (بالضم)، واحتجم: طلب الحجامه، يقال: احتجم من الدم، الحجام: المصاص، والحجامه: فعل الحاجم وحرفته والمحجم والمحممة (بكسر الميم فيهما): الآلة التي يحجم بها أي يمصّ الدم بها، وكذلك الآلة التي يجمع فيها دم الحجامه عند المصّ (قارورته مثلا)، والمحجم أيضا: مشرط الحجام، والمحممة (بفتح الميم) موضه المحممة (بكسر الميم)³.

أنواع الحجامه:

1- الحجامه الجافة المتحركة (المتزحقة، وهي المساج بالحجامه)

الطريقة:

¹ رواه البخاري والطبراني بسند حسن، وكما رواه ابن جدير في تهذيب الآثار 495/1.
² أخرجه البخاري 116/10 في كتاب الطب: "باب الشفاء من ثلاث"
³ ابراهيم عبد الله الحازمي، الحجامه أحكامها وفوائدها كما جاء في الأحاديث والآثار الصحيحة، دار الشريف للنشر والتوزيع، الرياض، ط1، 1992، ص16.

- وضع قليل من زيت النعناع (أبو فأس) مع زيت الزيتون الجيد على مكان الألم.
- وضع كأس الحمامة على مكان الألم وسحب الهواء سحباً متوسطاً ثم تحريك الكأس حركة دائرية على أماكن الروماتزم والألم لمدة خمس دقائق يومياً.

2- الحمامة الجافة الثابتة (كؤوس الهواء)

الطريقة:

- وضع كأس الحمامة على موضع الألم مع الشفط الجيد مدة خمس دقائق يومياً وبدون تشريط وعادة تكون بعد الحمامة المتحركة مدة أسبوع أو أسبوعين.

3- الحمامة الرطبة (المبزغة) ويجب أن يقوم بها أطباء أو متخصصون في الحمامة

الطريقة:

- اختيار النقاط والمكان المناسب بعد تشخيص المرض.
- تطهير المكان بالمطهرات الطبية.
- وضع المحجم على النقطة الموضحة وعمل حمامة جافة لمدة ثلاث دقائق لتجميع الأخلاط الرديئة.
- ينزع المحجم ويتم عمل خدوش بسيطة جداً بمشرط معقم
- ✓ في حالة مرض سيولة الدم والسكر يتم وخز المكان بسن المشرط.
- ✓ يجب أن تكون الخدوش بطول الجسم (ممنوع التشريط بالعرض)

✓ يجب إبعاد التشريط عن الأوردة البارزة وخاصة في القدم واليد.
 ✓ الخدوش البسيطة تضمن لنا سحب الأخلاط من السائل البيئي وفي حالة التشريط العميق تخرج الدماء من الأوردة المتوسطة وهذا غير مرغوب فيه.

- يوضع المحجم على الموضع نفسه ويتم سحب الهواء فتخرج كمية من الدماء ويكرر رفع المحجم ووضعه وسحب الهواء حتى يتم التخلص من التجمع الدموي.
- يطهر المكان بالمطهرات الطبية وينصح المريض بالراحة.¹

تلجأ العديد من النساء للتداوي بالحجامة التي أصبحت من أنجح الأدوية وأكثرها فعالية لعلاج مختلف الأمراض، فقد أثبتت عدّة أبحاث تحسن الحالة السريرية والمخبرية للمرضى بعد قيامهم بالتداوي بالحجامة بصفة منتظمة، ومن بين هذه الأمراض، فقر الدم، الدوالي، تصلب الشرايين، مرض سكر الدم، زيادة الشحوم الثلاثية والكوليسترول بالإضافة إلى ضغط الدم الذي يعتبر من الأمراض المزمنة الأكثر انتشاراً، والذي يسبب الوفاة.

وقد حث النبي صلى الله عليه وسلم على استخدام الحجامة إذا ارتفع ضغط الدم لأنها تساعد على اعتداله.

فعن أنس بن مالك رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " إذا هاج بأحدكم الدم فليحتجم، فإن الدم إذا تبغ بصاحبه يقتله"².

² الطبري في تهذيب الآثار 494/2 رقم 779.

وقال الدكتور البار: "وتبيغ الدم: هاج وثار، والتبيغ غلبة الدم على الإنسان وهو ما نعرفه اليوم بضغط الدم (فرط التوتر الشرياني) فإذا هاج الدم وارتفع الضغط فإنه قد يسبب انفجار أحد الشرايين في الدماغ فيقتل المصاب أو يصاب بالشلل (الفلج) وضغط الدم يؤدي إلى هبوط القلب وإلى الفشل الكلوي وكلاهما قاتل".

3-التدليك (المساج):

من خلال الدراسة الميدانية التي قام بها الباحث علي عمار حول "ملامح العلاج الشعبي في منطقة حوض تافنة" تبين أن:

"هذا النوع من الممارسات العلاجية الشعبية يشترك فيه الرجال والنساء. فبالنسبة للممارسة الرجالية ينحصر دور المساج في إعادة الفلتات المفصلية بمختلف أنواعها إلى أمكنتها الأصلية، أما بالنسبة للممارسة النسائية فتتخصص أساسا في معالجة العقم وآلام الظهر والفتلات المفصلية.

والملاحظ أن " المساج " كانت تجمع فيما قبل التحديث بين التمسيد والتوليد، ثم صارت تقتصر على التمسيد الآن، وإن كان هو الآخر يتعرض للانقراض. من ناحية أخرى نلاحظ أن هذا النوع من الممارسة العلاجية قد وافد المجتمع الجزائري بفعل عملية - الاتصال الثقافي بين المجتمعات العربية، وتغلب العملية الوراثية مكانتها بالنسبة للخبرة بالتمسيد، فهناك (03) سيدات يمارسن التمسيد بالوراثة عن الأم والجدة منهن اثنتان أميتان، والثالثة حاصلة على المستوى الثانوي، كما يغلب عليهن كبر السن، ولا توجد عملية تواصل أو استمرارية للممارسة العلاجية الشعبية مستقبلا بين البنات أو الحفيدات وذلك بفعل التعليم والتحديث بشكل عام¹.

¹ علي عمار، ملامح العلاج الشعبي في منطقة حوض تافنة دراسة ميدانية في غرب الجزائر، www.arsco.org، 2019/10/21، 18:36د.

ويعتمد هذا النوع من العلاج على ذلك زيت الزيتون على الظهر والبطن والأرجل لمدة ساعة يوميا وعلى مدى ثلاثة أيام. كما تعالج المرأة المسادة المرأة المنفوسة (المكبوسة)، وهذه عادة ما تجمع بين التدليك والتوليد قبل التحديث.

أما بعد حدوث التطور الصحي فقد انحسرت الممارسة الشعبية للتوليد، في حين تقلص دور التدليك أو التمسيد. ونظرا لأهمية وقيمة الإنجاب في حياة المجتمع البدوي الجزائري، فإن مجتمع المسادة (ة) ازداد اتساعا حيث أصبح يضم النساء المتعلمات وغير المتعلمات، الموظفات وربات البيوت، المتزوجات والعازبات. بينما انحسرت ممارسة المساد عند الذكور في إعادة الفلتات المفصلية التي تحدث في الأيدي والأرجل والمفاصل والسيقان، مع التأكيد على تزايد هذه الممارسة واتساعها ورسوخها وتنوعها واستمرارها ومواصلة الاعتماد عليها¹.

¹ نفس المرجع.

خلاصة الفصل

للثقافة أهمية كبيرة في حياة الإنسان لما لها من تأثير في شتى جوانب حياته، قراراته وطريقة تفكيره وسلوكاته، فالإنسان ليس كائن بيولوجي فقط وإنما هو كائن ثقافي أيضاً، وقد أوضحت الثقافة من أهم العوامل التي تحدد ثنائية الصحة والمرض فهي تعكس لنا الأساليب والطرق المختلفة في التعامل مع الصحة والمرض هذا باختلاف المجتمعات.

وتساهم الثقافة في صناعة التصورات حول الصحة والمرض، من خلال مكوناتها التي تتمثل في دراستنا هذه في العادات والتقاليد والمعتقدات التي لا تكون صحيحة بالضرورة وينتج عنها سلوكيات تكون مضرّة بصحة الإنسان، ففي بعض الثقافات منها الجزائرية تعزو حدوث الأمراض للعين الشريرة والجن، مثل مرض الصرع الذي يعتقد أن سببه الإصابة بالجن فيلجأ الفرد إلى الممارسات العلاجية الشعبية أو الطب الشعبي حيث يزخر المجتمع الجزائري بمجموعة من الوصفات المجربة التي توارثها الأفراد من آبائهم وأجدادهم لمعالجة الأمراض.

كما تؤثر العادات الغذائية المتأصلة في ثقافة أي مجتمع في الإصابة بمختلف الأمراض (ضغط الدم، السكري، أمراض القلب والشرابيين)، فنجد مثلاً الأطباق في المجتمع الجزائري خاصة في المناسبات الدينية تحتوي على كميات كبيرة من الدهون والبروتينات الحيوانية، ضف إلى ذلك تناول المشروبات والحلويات بكثرة يساهم في الإصابة بالأمراض المزمنة والسمنة.

هنا يكمن دور الأنثروبولوجيا الطبية في مدى فهم الصحة في إطار الثقافة ودراسة الإثنين معا باعتبارهما نسقا متكاملًا من الفكر والممارسة.

تمهيد

لقد مرّت الدول الغربية وغيرها من الدول بمراحل تاريخية حملت معها تغيّرات في مختلف مجالات الحياة الاجتماعية والاقتصادية والدينية والسياسية وغيرها، وأهم انتقال مرّت به هو الانتقال الإقتصادي من مجتمعات فقيرة إلى مجتمعات غنية، حيث ارتبط الفقر في تلك المجتمعات بأوضاع صحية مزرية ساعدتها طبيعة البيئة التي عاشوا فيها خاصة دول العالم الثالث، أدّت إلى انتشار الكثير من الأمراض كالمالريا والكوليرا وغيرها من الأمراض المعدية، ومع تحسّن الأوضاع الاقتصادية حدث تغير أنماط الغذاء وزادت الضغوطات الاجتماعية والنفسية أدى هذا إلى تغير في الخريطة الصحية حيث انخفضت الوفيات التي ارتبطت بالأمراض المعدية لتظهر مكانها الأمراض المزمنة أو أمراض العصر التي أصبحت السبب الرئيسي للوفاة في العالم، كمرض السكري، ضغط الدم وأمراض القلب.

وتعاني المرأة مثلها مثل الرجل من هذه الأمراض غير أن هناك تفاوت ملحوظ في الأوضاع الصحية بين الجنسين، فالمرأة أطول عمرا من الرجل على العموم غير أنها تتعرض أكثر للمرض والعجز في مختلف مراحل عمرها خاصة بعد سن اليأس حيث يزداد احتمال إصابتها بالأمراض المزمنة.

سنحاول في هذا الفصل إعطاء صورة حول انتشار الأمراض المزمنة (السكري، ضغط الدم ومرض القلب) في العالم، ثم في المجتمع الجزائري في المبحثين الأول والثاني أما المبحث الثالث فقد خصصناه لإبراز أهم عوامل الخطر المسببة لهذه الأمراض.

المبحث الأول: الأمراض المزمنة التي تصيب النساء في العالم

أولاً: داء السكري وأنواعه

1-لمحة تاريخية عن داء السكري: عرف داء السكري منذ أقدم العصور، فقد ذكرت الكتابات الصينية الطبية عوارض مرض السكري مثل النهم والعطش، ووصف "أرتيس" داء السكري في العام 70 قبل الميلاد، ولدى إشارته إلى البوال أطلق عليه اسم DIABETE والذي يعني في اللغة اليونانية " يمر ما بين"، وفي القرن السابع عشر وصف "توماس ويلس" حلاوة بوال المصاب بالمرض بقوله أن له طعم العسل.

ويشار إلى أن "أبقراط" نوّه إلى وجود السكر في البول عند ذكره بأن النحل يغط بإلحاح وبكثرة على منطقة ما بين الفخذين لسراويل بعض اليونانيين الذين يتبولون بكثرة والذين يعانون من مرض السكري¹.

في عام 1859 بيّن "كلود برنارد" أن دم المصاب بالسكري يحتوي على كمية زائدة من السكر، كما أوضح أن زيادة سكر الدم تعتبر علامة هامة في الداء.

وفي سنة 1886 لاحظوا "مورثون" الصفة الوراثية لداء السكري، وفي العام 1889 بيّن "فون ميرنك" و"منكوميك" أن الكلاب تصاب بمرض السكري بعد استئصال البنكرياس وبعد ثلاثين عاماً على ذلك استطاع "باتنك وبست" تحضير خلاصة معدّة من بنكرياس الكلب قادرة على إنقاص مستوى سكر الدم المرتفع².

¹ أنور نعمه، بسام خالد الطياره، السكري مرض العصر أسبابه ومسبباته برامج الوقاية والمداواة، مؤسسة المعارف للطباعة والنشر، ط1، بيروت، لبنان، 1998، ص6.

² نفس المرجع، ص7.

وفي أواخر القرن التاسع عشر، اكتشف طبيبان ألمانيان أنه ينبغي أن يكون البنكرياس-وهو غدة كبيرة خلف المعدة- مصدر المادة ما يفرزها من أجل وقف ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم.

وفي عام 1921، اكتشف ثلاثة علماء كنديين المادة اللغز التي أطلقوا عليها "أنسولين" داخل مجموعة صغيرة من الخلايا الموجودة في البنكرياس تعرف بـ"جزر لانغرهانس"، وعندما أصبح الأنسولين متوفرا كعلاج للسكري بعد عام 1922، اعتبر معجزة طبية غيّرت الآمال المستقبلية للذين يعانون من هذا المرض وأنقذ حياة كثير من الشباب الذين كانوا ليموتوا من دونها بعد مرض مؤلم وموهن.

وبعد 30 عاما، اكتشفت إمكانية معالجة نوع من السكري بتناول أقراص دواء تخفض مستويات الغلوكوز في الدم¹.

2-تعريف: الداء السكري متلازمة سريرية تتميز بفرط سكر الدم الناجم عن عوز الأنسولين النسبي أو المطلق، ويمكن لذلك أن يحدث بطرق عديدة، يؤثر نقص الأنسولين على استقلاب السكريات والبروتينات والدهن ويسبب اضطرابا هاما في استتباب homeostasis الكهارل والماء، وقد يحدث الموت نتيجة الانهيار الحاد للمعاوضة الاستقلابية بينما يترافق الخلل الاستقلابي طويل الأمد مع تبدلات بنوية ووظيفية دائمة وغير عكوسة في خلايا الجسم خاصة خلايا الجهاز الوعائي التي تكون أكثر حساسية تؤدي هذه التبدلات إلى تطور كيانات

¹ رودى بيلوس، مرض السكري، ترجمة: هنادى مزبودى، دار المؤلف للنشر والتوزيع، ط1، الرياض، 2013، ص2.

سريرية واضحة تدعى اختلاطات الداء السكري التي تؤثر بشكل وصفي على العين والكلية والجهاز العصبي¹.

وتعرفه منظمة الصحة العالمية على أنه مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، والأنسولين هو هرمون ينظم مستوى السكر في الدم، ويعد فرط سكر الدم أو ارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جرّاء عدم السيطرة على داء السكري، ويؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم، ولاسيما الأعصاب والأوعية الدموية².

ونميز نوعين من داء السكري، **النوع الأول**: الشخص المصاب بهذا النوع من السكري لا ينتج أي كميات من الأنسولين البتة، فإن الأعراض يمكن أن تظهر بسرعة كبيرة عنده بسبب فقدان التحكم الداخلي بمعدل الجلوكوز في الدم³.

النوع الثاني: يظهر هذا النوع نتيجة نقص جزئي في هرمون الأنسولين فيصبح غير كاف للسيطرة على مستوى الدم في حدوده الطبيعية، يمثل هذا النوع ما يقارب الـ 90% من حالات الإصابة بداء السكري وهو يطاول البالغين وأحياناً اليافعين، يطلق على هذا النوع تسمية داء السكري غير المعتمد على الأنسولين لأن علاجه يعتمد على الأدوية الخافضة لسكر الدم أو على المواد التي تحسن من إنتاج هرمون الأنسولين واستعمال السكر في البدن⁴.

¹ديفيدسون، الداء السكري وأمراض الغدد الصم، ترجمة: عماد محمد زوكار، دار القدس للعلوم للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، دمشق، 2005، ص13.

² www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes 16:10، 2020/01/04،

³ رودى بيلوس، المرجع السابق، ص ص 7-8.

⁴ أنور نعمه، بسام خالد الطياره، المرجع السابق، ص21.

ويعرف هذا المرض انتشارا متزايدا بين مختلف الفئات العمرية وكذا عند كلا الجنسين، وهو من أكثر الأمراض التي يصعب الشفاء منها، ويمثل مشكلة صحية رئيسية بسبب المضاعفات التي يمكن أن تنجم عنه بما فيها تصلب الشرايين وانسدادهما، ضعف البصر، الفشل الكلوي... الخ، عدا ذلك فهو يشكل عبئا صحيا واجتماعيا واقتصاديا على الفرد والدولة أيضا بسبب التكاليف التي يتطلبها للتكفل به.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن السبب الرئيسي وراء حدوث هذا المرض هو السلوكات الصحية السيئة التي يمارسها الفرد من عادات غذائية وقلة النشاط البدني، مما يترتب عن ذلك آثار جسمية واجتماعية خطيرة، ترهق الفرد المصاب وتجعله يتخلى عن بعض أدواره الاجتماعية منها العمل والنشاطات اليومية التي كان متعودا على القيام بها، مثالا على ذلك نجد أن المرأة المصابة بمرض السكري تتجنب القيام بالأعمال المنزلية الشاقة التي قد تعرضها للإصابة خوفا من عدم الشفاء وتفاقم المشكلة.

ثانيا: مرض ضغط الدم المرتفع

قبل إعطاء تعريف لمرض ارتفاع ضغط الدم، يجب أن نعرف أولا ما ضغط الدم؟

فمن أجل أن تعمل جميع الأنسجة والأعضاء في الجسم، يحتاج هذا الأخير إلى إمدادات ثابتة من الأكسجين والمواد المغذية، يتم توفير هذا عن طريق الدم، الذي يقوم القلب بضخه من خلال شبكة معقدة من الشرايين والأوردة، بحيث يعتبر الضغط الذي ينتقل به الدم من خلال الشرايين مهم جدا، إذا كان مرتفعا أكثر من الآزم يمكن أن يتلف أو يمزق أحد الأوعية الدموية، أو يؤدي إلى نزيف

في الدماغ، وعلى المدى الطويل يمكن أن يلحق الضرر بالأعضاء، أما إذا كان الضغط منخفضاً أكثر من الآزم، فلن يصل ما يكفي من الدم وبالتالي ما يكفي من الأكسجين والمواد الغذائية- إلى أنسجة الجسم والأعضاء، وبالتالي يشعر الفرد بالإغماء وذلك لأن ضغط الدم في الشرايين أكثر انخفاضاً بشكل مؤقت من أن يحمل ما يكفي من الأكسجين إلى الدماغ.1

إذا فإن ضغط الدم يعتبر معياراً يشير إلى صلاحية القلب للعمل على أنه مضخة صالحة تقوم بضخ الدم في الدورة الدموية لسد متطلبات الأجهزة والأنسجة المختلفة وفي نفس الوقت تعطينا إشارة إلى مدى صلاحية الشرايين التي يسري فيها الدم، فهي تعطينا إشارة عما إذا كانت هذه الشرايين ضيقة أو متصلبة أو هي مرنة وتضيق بحسب ما يتطلبه الجسم، فضغط الدم يعقد على عاملين أساسيين، هما كمية الدم الذي يضخه الدم في الدقيقة، ومدى مقاومة الشرايين لسير هذه الكمية التي يجري فيها.2

ويعرف ضغط الدم المرتفع على أنه حالة يظل فيها الضغط داخل الأوعية الدموية مرتفعاً باستمرار، وكلما ارتفع الضغط داخل الأوعية الدموية، زاد العبء الواقع على القلب في ضخ الدم.

ويقاس ضغط الدم بوحدة تسمى المليمتر زئبقي ويسجل كرقمين يكتب أحدهما فوق الآخر عادة، ويشير الرقم الأعلى إلى ضغط الدم الانقباضي - وهو الضغط الأعلى في الأوعية الدموية ويحدث مع انقباض القلب أو خفقانه، ويشير الرقم الأقل إلى ضغط الدم الانبساطي وهو الضغط الأقل في الأوعية الدموية في الفترات التي تفصل بين ضربات القلب مع استرخاء عضلة القلب، ويعرف

1 سارا بروير، التغلب على ارتفاع ضغط الدم، مكتبة جرير، ط1، المملكة العربية السعودية، 2015، ص12.
2 يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص311.

ضغط الدم الطبيعي لدى البالغين عندما يكون ضغط الدم الانقباضي 120 ملليمتر زئبقي وضغط الدم الانبساطي 80 ملليمتر زئبقي، ويعرّف ارتفاع ضغط الدم عندما يساوي ضغط الدم الانقباضي أو يزيد على 140 ملليمتر زئبقي أو عندما يساوي ضغط الدم الانبساطي أو يزيد عن 90 ملليمتر زئبقي¹.

يعتبر ارتفاع ضغط الدم من الأمراض الشائعة التي تشهد نسبة مرتفعة في جميع دول العالم، ويدعى بالقاتل الصامت لأنه نادرا ما يسبب أعراضا ويتسلل للفرد دون إنذار واضح، كما يعدّ أحد عوامل الخطر الرئيسية التي تزيد من احتمال الإصابة بالنوبات القلبية والسكتة الدماغية والفشل الكلوي التي تؤدي إلى الوفاة.

ونميز نوعين من أمراض ضغط الدم، ضغط الدم الثانوي الذي ينتج عن سبب محدد إما تناول حبوب منع الحمل أو مرض الغدة الدرقية، أمراض الكلى وبعض الأدوية، وهو من الأمراض القابلة للعلاج والشفاء، عكس مرض ضغط الدم الأولي أو الأساسي الغير قابل للشفاء وله مسببات مغايرة وعديدة، لذا يجب على الأفراد معرفة أسباب خطورة المرض ومحاولة تجنبها من خلال تغيير أنماط الحياة بإتباع نظام غذائي صحي ومتوازن وتقليل الملح في الأطعمة.

ثالثا: أمراض القلب والأوعية:

لا نستطيع التكلم عن أمراض القلب قبل معرفة ما هو القلب وما هي وظائفه؟

يقع القلب في منتصف القفص الصدري وليس في الجانب الأيسر من الصدر كما يعتقد الكثير من الناس، وهو في حجم قبضة اليد ويزن حوالي 320 جرام، وهو عبارة عن عضلة تتولى ضخ الدم الذي يحمل الغذاء والأكسجين إلى جميع أجزاء الجسم، وبذلك يصل هذا الغذاء إلى المخ والكبد والكلى والذراعين

¹ منظمة الصحة العالمية، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم، 2013، ص17.

والساقين مما يجعلها جميعا قادرة على أن تؤدي أدوارها بكفاءة تامة وبالطبع تختلف كمية الدم التي تصل إلى كل جزء حسب احتياجه¹. ويتعرض القلب لعدة أمراض تعيق أداءه لوظائفه منها أمراض القلب الوعائية التي تتسبب في تضيق الأوعية الدموية أو انسدادها، حيث تمنع وصول الدم إلى القلب، أو الدماغ، أو الأجزاء الأخرى بالجسم، والحصول على ما يكفي من الدم، ويمكن أن تشمل أعراض مرض القلب والأوعية الدموية الآتي:

- **أمراض القلب التاجية** : أمراض تصيب أوعية الدم التي تغذي عضلة القلب.

- **الأمراض الدماغية الوعائية** : أمراض تصيب الأوعية التي تغذي الدماغ.

- **الأمراض الشريانية المحيطية**: أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الذراعين والساقين.

- **أمراض القلب الروماتزمية**: أضرار تصيب العضلة القلبية وصمامات القلب؛ جزاء حمى روماتزمية ناجمة عن البكتيريا العقدية.

- **أمراض القلب الخلقية**: تشوهات تُلاحظ عند الولادة في القلب.

- **الانسداد الرئوي**: الجلطات الدموية التي تظهر في أوردة الساقين والتي يمكنها الانتقال إلى القلب والرئتين².

يتضح لنا مما سبق أن كافة أعضاء وأجهزة جسم الانسان من كلى، الجهاز التنفسي، الجهاز العصبي وغيرها تؤثر على عضلة القلب، كذلك فإن مختلف

¹ أيمن أبو المجد، دليل الأسرة الذكية إلى أمراض القلب وشرايينه التاجية، دار الشروق، ط1، القاهرة، 1999، ص9.
²<https://www.moh.gov.sa/>

الأمراض التي تصيب الإنسان كالروماتيزم والأمراض المعدية وارتفاع ضغط الدم لها تأثير على القلب، كما أن مرض القلب يمكن أن يولد مع الفرد في شكل تشوهات تظهر فيه ويرجح سبب الإصابة به إلى عامل الوراثة، ويمكن تقسيم أمراض القلب إلى عدة أقسام أهمها:

1-أمراض الشريان التاجي: "القلب عبارة عن مضخة تقوم بدفع الدم الذي يحمل الغذاء والأكسجين إلى جميع أجزاء الجسم، وبذلك يستطيع كل عضو أن يقوم بمهامه على أكمل وجه، وحتى يستطيع القلب أن يقوم بمهمته تلك لا بد أن يحصل هو أيضا على دم يحمل الغذاء والأكسجين، وهو ما يتم عن طريق ثلاثة شرايين رئيسية تسمى بالشرايين التاجية، الشريان التاجي الأيمن والأيسر والدائري، وهي تسمى بالشرايين التاجية لأنها تدور حول القلب مثلما يدور التاج حول الرأس، ويقوم الشريان الأيسر بتغذية الجدار الأمامي من عضلة القلب بينما يقوم الشريان الأيمن بإمداد الجدار الخلفي بالغذاء، ويقوم الشريان التاجي الدائري بتغذية الجدار الجانبي لعضلة القلب وبما أن الشريان الأيسر يغذي حوالي 50% من القلب فإنه يعتبر من أهم الشرايين التاجية، بينما يقوم كل من الشريانيين الآخرين بتغذية 25% من القلب"¹، ويعتبر مرض القلب التاجي، مرض تتراكم فيه الرواسب الدهنية المكونة من الكوليسترول وغيره من المواد الخلوية داخل جدران شرايين القلب التاجية على سطح القلب، مما يسفر عن تضيقها الذي يقلل معدل تدفق الدم الغني بالأكسجين عبرها إلى القلب والذي قد يؤدي إلى التعرض لنوبة قلبية، وقد يسبب تلفا جسيما في أنسجة القلب أو الموت المفاجئ، وغالبا ما يكون تطوّر هذه العملية بطيء الوقع ويستغرق فترة طويلة من الزمن ولا يدرك الكثيرون من الأفراد المتضررين بها حالتهم هذه إلا

¹ أيمن أبو المجد، المرجع السابق، ص18.

عقب تعرضهم لنوبة قلبية خطيرة.¹ لوجدت بالذکر أن درجة الضيق في الشريان التاجي لا تعتبر مؤثرة حتى يصل الضيق في الشريان التاجي إلى أكثر من 50%، عندئذ فقط يبدأ حدوث قصور في أداء هذا الشريان حيث تصبح كمية الدم المتدفقة عبره غير كافية لتلبية احتياجات عضلة القلب وحينئذ يبدأ المريض في المعاناة من أعراض قصور في تغذية القلب ما يسمى بالذبحة الصدرية²

2-مرض تصلب الشرايين:

إن إصابة شرايين القلب التاجية تبدأ بما يسمى بظاهرة تصلب الشرايين، بمعنى أن الشرايين تفقد مرونتها وليونتها وتصبح نسبياً أكثر صلابة، يحدث هذا نتيجة ترسب الدهون (الكوليسترول) في جدار الأوعية الدموية، وهذه العملية (ترسب الكوليسترول في جدران الشرايين) تحدث بصورة بطيئة مع تقدم العمر، وهناك حالات تسبب التسريع في حدوث تصلب الشرايين وبصورة أكبر، ومنها التدخين (بمختلف أنواعه)، وزيادة نسبة الكوليسترول الضار بالدم والإصابة بداء السكري وارتفاع ضغط الدم، ويجب ألا ننسى دور قلة الحركة وعدم ممارسة الرياضة بصور منظمة في التعجيل من ظاهرة تصلب الشرايين³.

3-مرض صمامات القلب:

توجد الصمامات في القلب لتفصل بين أجزاء القلب، حيث نجد صماماً في مخرج كل جزء من أجزاء القلب، تعمل الصمامات للحفاظ على جريان الدم

¹<https://apps.who.int/iris/bitstream>

² أيمن أبو المجد، المرجع السابق، ص 19.

³<https://www.alkhaleej.ae/> تحقيق قامت به راندا جرجس مع الدكتور قيس خاشع العاني استشاري أمراض القلب والأوعية يوم 7 أوت 2016.

باتجاه واحد ومنع تسرب الدم بالاتجاه العكسي، عند فتح الصمام يمر الدم من خلاله، وعند انغلاقه لا يسمح بمرور الدم.

المبحث الثاني: معدلات الإصابة بأمراض القلب، السكري وضغط الدم في العالم

أولاً: معدلات الإصابة بأمراض القلب، ضغط الدم والسكري في دول العالم

بعد ما كانت الأمراض السارية هي العدو الأول للحياة في كل من الدول المتقدمة والنامية على وجه خاص، ظهرت في القرن العشرين الكثير من الأمراض المزمنة والتي تصدرت الأسباب الرئيسية للوفاة، "فحسب منظمة الصحة العالمية سببت الأمراض غير السارية بـ41 مليون حالة وفاة (71%) من إجمالي الوفيات خلال عام 2018، وكان أكثر من 40% من هذه الحالات (15 مليون حالة) عبارة عن وفيات مبكرة لدى الأشخاص دون سن 70 سنة وتقع أغلب الوفيات المبكرة (85%) في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط¹، وتمثلت هذه الأمراض بشكل أساسي في الأمراض القلبية الوعائية (17.9 مليون حالة وفاة سنوياً) وداء السكري (1.6 مليون حالة) والسرطان (9 مليون حالة وفاة) وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة (3.8 مليون حالة وفاة)²، وسنعرض فيما يلي بعض الإحصاءات الخاصة بالأمراض المزمنة التي شملتها دراستنا والمتمثلة في أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم وداء السكري.

¹ منظمة الصحة العالمية، تقرير الوضع العالمي الخاص بالأمراض غير السارية 2018، 2018، ص9.

² www.who.it

1-معدلات الإصابة بأمراض القلب: يعتبر مرض القلب من الأمراض المزمنة الخطيرة التي تؤدي بحياة الأفراد في جميع دول العالم، فالبلدان المتقدمة عرفت أعلى مستويات من الإصابة بأمراض القلب خلا سنوات السبعينات نتيجة للزيادة في معدلات التغذية والسمنة إلا أن النسبة انخفضت تدريجيا في السنوات الأخيرة، " ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال، النسبة الخاصة بأمراض القلب قد انخفضت من 470 حالة لكل ألف حالة عام 1975 إلى أن وصلت إلى 312.4 حالة لكل 100 ألف حالة عام 1987¹، وفي عام 2013 في الولايات المتحدة ، أظهرت بيانات التحقيق الوطني حول اختبار الصحة والتغذية (NHANES) معدل وفيات سنوي قدره 222.9 لكل 100.000 شخص ، وتراجعت معدلات الوفيات بشكل كبير حسب العرق والجنس والعمر ، وشوهدت أدنى نسبة وفيات بين النساء من أصل إسباني ، بمعدل 136.4 لكل 100.000 شخص ، بينما كانت معدلات الوفيات للنساء السود غير اللاتينيين 183.8 و 246.6 لكل 100.000 شخص.

بشكل عام ، كان معدل الوفيات بين النساء 184.8 لكل 100.000 ، وحدث ما يقدر بـ 65% من جميع الوفيات الناجمة عن أمراض القلب خلال ذلك العام لدى الأفراد الذين يبلغون من العمر 75 عامًا فما فوق.

وأمراض القلب والأوعية الدموية هي تصنيف شامل يشمل السكتة الدماغية، وأمراض القلب التاجية، وأمراض الأوعية الدموية الطرفية، وأمراض القلب الخلقية، وأمراض صمامات القلب، وعدم انتظام ضربات القلب، وفشل القلب، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وتعد أمراض القلب التاجية السبب الرئيسي في عبء المرض والعجز والوفيات، ووفقًا لبيانات 2013 NHANES ، فإن

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص297.

أمراض القلب التاجية موجودة في حوالي 6.2 % من سكان الولايات المتحدة الذين تبلغ أعمارهم 20 عامًا أو أكثر، وتعزى حالة واحدة من كل 7 وفيات إلى أمراض القلب التاجية ويقدر حدوث إحتشاء عضلة القلب مرة واحدة كل 42 ثانية.¹

كما بينت إحصاءات سنة 2017، أن 17.8% من سكان سويسرا يعانون من مرض القلب والأوعية منهم 16.7% نساء، كما قدر معدل المصابين في الفئة العمرية 75 سنة فما فوق 62.2% وهو أعلى بكثير من الفئات الصغرى.²

ولقد انتقلت معدلات انتشار أمراض القلب من الدول المتقدمة إلى الدول النامية التي أصبحت تعاني من معدلات عالية نذكر منها البلدان الخليجية على وجه الخصوص، خاصة في السنوات الأخيرة نتيجة لارتفاع نسب الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن، فحسب نتائج مسح صحة الأسرة السعودي لسنة 2017، فإن معدل انتشار أمراض القلب والشرابين بين سكان المملكة الذين يبلغون 15 سنة فأكثر قد بلغ 1137 حالة لكل مائة ألف من السكان أي نسبة 1.14%، من بينهم 1151 حالة لكل مائة ألف للإناث، أما معدل إصابة النساء السعوديات فقد وصل إلى 1453 حالة لكل مائة ألف.³

وغالبًا ما يعتقد أن معدلات الإصابة مرتفعة عند الرجال أكثر من النساء، إلا أن المشكلة تمس كلا الجنسين، بل وترتفع نسب الإصابة عند النساء أكثر بالنسبة لبعض أمراض القلب ويعود السبب إلى انتشار عوامل الخطر بكثرة عند النساء

¹ Tsion Aberra, **Burdens Beget Burden : Examining the Physiological Links Between Psychological Stress and Cardiovascular Disease**, a thesis submitted in Partial fulfillment of the Requirements for the degree of doctor of Medicine, Yale University School of Medicine, class of 2017, P1.

² www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/maladies-cardiovasculaires-prevalence-age-15 , 17/07/2020, 12 :28.

³ الهيئة العامة للإحصاء، تقرير مسح صحة الأسرة 2017، المرجع السابق، ص46.

مثل انتشار السمنة وزيادة الوزن وقلة ممارسة النشاط البدني وغيرها، والجدول الآتي يبين لنا نسب انتشار أمراض القلب حسب الجنس:

جدول رقم 1 يبين عبء مرض القلب بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدة التعوق تقديرات عام 1999

المجموع		إناث		المرض
%	العدد	%	العدد	
10.9	157185	11.0	75337	الأمراض القلبية الوعائية
0.5	7755	0.6	4444	الأمراض القلبية الروماتيزية
4.1	58981	3.8	26189	المرض القلبي الإقفاري
3.5	49856	3.7	25118	الأمراض المخية الوعائية
0.6	8894	0.6	3979	الأمراض القلبية الإنتهابية

المصدر: منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، جنيف، 2000، ص 191.

يتبين من خلال الجدول أن أعلى نسبة سجلتها النساء هي 11% للأمراض القلبية الوعائية تليها 3.8% و 3.7% بالنسبة لأمراض القلب الإقفارية والأمراض المخية الوعائية على التوالي.

"أما بالنسبة للوفيات بأمراض القلب فإنه حسب تقديرات المنظمة، سجلت الوفيات بالأمراض القلبية الوعائية أعلى نسبة 30.3%، مثلت فيها النساء نسبة 33.2% أما بالنسبة للمرض القلبي الإقفاري فمن بين 7089 حالة وفاة مثلت النساء نسبة

13.2%، وسجل أقل عدد حالات وفاة للأمراض القلبية الروماتيزمية مثلت فيها النساء نسبة 0.7%¹.

وفي فرنسا مثلت أمراض القلب والأوعية ثاني سبب للوفاة بحوالي 150000 وفاة في السنة (27.5% من الوفيات)، تأتي بعد السرطان مباشرة (29.6%)، بالنسبة للنساء الفرنسيات فتمثل أمراض القلب والأوعية السبب الرئيسي للوفيات بنسبة 30.1% من إجمالي الوفيات²، وحسب المعهد الوطني للصحة العمومية بكيبك فإن الأمراض الوعائية القلبية تمثل عبء على نظام الصحة الكندي، حيث تعتبر من بين الأسباب الرئيسية لوفاة عدد كبير من السكان كل سنة وتعد أيضا سببا لاكتظاظ حالات الطوارئ في البلد، فالتحقيق الذي قام به إحصاء كندا سنة 2003، بيّن أن معدل انتشار أمراض القلب والأوعية وصل إلى 6.4% من إجمالي السكان الذين تتراوح أعمارهم 25 سنة فأكثر ونسبة 19.4% بالنسبة للفئة العمرية 65 سنة فأكثر، وبالنسبة للوفيات فإن أمراض القلب والأوعية كانت السبب في وفاة 15948 شخص سنة 2003 بنسبة 29.1% من إجمالي الوفيات، مثلت فيها الوفيات بمرض القلب الإفقاري 16.5%، بالنسبة لتوزيع الوفيات حسب الجنس فقد توفيت 8012 امرأة سنة 2003 بسبب مرض القلب مقابل 7936 رجل، فالنساء يتوفين بسبب مرض سرطان الثدي (1265 وفاة) و سرطان الرئة (2041 وفاة)³، كما أنه وخلال الفترة ما بين

¹ منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، المرجع السابق، ص198.

² Leila Mansouri, **Connaissances et perception de la notion de facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale**, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université Paris Didrot , Faculté de Médecine, paris, 2012, P06.

³ Institut de Santé Public du Québec, **Les Maladies du Cœur et les Maladies Vasculaires Cérébrales, prévalence, morbidité et mortalité au Québec**, Québec, octobre 2006, P P 3-4.

2013-2015 قدر المعدل الخام لوفيات النساء في الكيبك 102.5
لـ100.000.

أما بالنسبة للوفيات في الدول العربية، فحسب الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية فإن أمراض القلب تعدّ السبب في 42% من حالات الوفاة من الأمراض غير المعدية بالمملكة العربية السعودية للعام 2010، أما بالنسبة لحالات الوفاة المسجلة بمستشفيات وزارة الصحة فقط، فهناك تحسن طفيف في نسبة الوفيات التي تغزى لأمراض الجهاز الدوري 2008-2010، وحسب آخر كتاب إحصاء سنوي للوزارة لعام 1431هـ فقد انخفضت نسبة الوفيات من 17.29% إلى 16.39% ثم 16.74% تباعاً للأعوام 2008 و 2009، 2010، كما بلغ عدد مراجعي المراكز الصحية الأولية لأمراض القلب 50213 من الرجال و42790 من النساء السعوديين، ومجموع زائري المستشفيات بلغ 167499 شخصاً لأمراض القلب، نقص التروية القلبية و140322 شخصاً لروماتيزم القلب لنفس العام، ورغم أن الأمراض القلبية الوعائية تشيع بين الرجال وكبار السن إلا أن عدد الوفيات بين النساء يتخطى نصف الوفيات السنوية¹.

من الملاحظ أنّ معدلات الإصابة والوفاة بسبب أمراض القلب انخفضت في السنوات الأخيرة في الدول المتقدمة نتيجة لانتشار الوعي، وزيادة المستويات التعليمية والثقافية التي لعبت دوراً هاماً في قدرة استيعاب الأفراد وفهمهم للمفاهيم الخاصة والمرتبطة بالتغذية الجيدة والسليمة.

د.محمد فخري وآخرون، الوقاية من أمراض القلب الوعائية، مستشفى الملك فهد www.iau.edu.sa¹
الجامعي-الخبر، جامعة الدمام، المملكة العربية السعودية، ص 2-3.

2- معدلات الإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع: يقصد بضغط الدم، ذلك الضغط الموجود داخل الأوعية الدموية الكبيرة عندما يقوم القلب بضخ الدم لجميع أنحاء الجسم، ويعتبر الشخص مصابا بارتفاع ضغط الدم عندما يكون ضغط الدم الانقباضي فوق 140 أو عندما يكون ضغط الدم الانبساطي فوق 90 وهو المقياس الذي حددته منظمة الصحة العالمية، "وحسب المنظمة فإن ارتفاع ضغط الدم يعتبر مشكلة صحية عالمية لأنه أحد الأسباب الرئيسية للوفاة المبكرة في جميع أنحاء العالم، حيث يتسبب في وفاة ما يقارب 8 ملايين شخص سنويا.

في عام 2008 على مستوى العالم، بلغ معدّل الانتشار الإجمالي لارتفاع ضغط الدم لدى البالغين الذين تبلغ أعمارهم 25 عاما أو أكثر 40% (بما في ذلك أولئك الذين عولجوا من هذه المشكلة)، وفي نفس السنة من بين الأقاليم التابعة لمنظمة الصحة العالمية، سجل أعلى انتشار ضغط الدم في الإقليم الإفريقي بنسبة 46%، أما أدنى نسبة 35% فقد سجلت في إقليم الأمريكيتين، وفي إقليم شرق المتوسط يعاني اثنان من كل خمسة بالغين من ارتفاع ضغط الدم، ويكون معدّل الانتشار أعلى قليلا بين الرجال منه بين النساء في جميع بلدان الإقليم تقريبا¹، وغالبا ما يكون ضغط الدم عند النساء قبل سن اليأس (أثناء السنوات التي توجد بها الدورة الشهرية) أقل من ضغط الدم عند الرجال في العمر نفسه على الرغم من أنّ الفارق بين الجنسين يصبح أقل وضوحا فوق سن الخمسين عام، ويرجع ذلك إلى أنه قبل سن اليأس (قبل انقطاع الطمث)، يمكن أن تكون النساء محمية نسبيا من الإصابة بأمراض القلب بفضل الهرمون الأنثوي الذي يطلق عليه الاستروجين، لكن مستويات الاستروجين تنخفض بعد سن اليأس،

¹ www.emro.who.int

وتتساوى النساء مع الرجال من حيث احتمالات الإصابة بأمراض القلب¹. وأهم ما في هذا المرض أن 50% من المصابين بفرط التوتر يجهلون ذلك لأن المرض صامت لا يسبب أعراض وهنا تكمن المعضلة الكبرى إذ أن المرض شائع وقد يساهم بصورة مباشرة بموت 60 ألف شخص كل سنة.²

و لتقصي معدلات انتشار ارتفاع ضغط الدم بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18-74 سنة من الأمريكيين ذو أصول مكسيكية والأمريكيين من أصل كوبي، استخدمت دراسة ميدانية في الولايات المتحدة الأمريكية، تبين من خلالها أن 14.1% من السيدات الأمريكيات ذوات الأصول المكسيكية مصابات بارتفاع ضغط الدم أما الأمريكيات من أصل كوبي، فإن 15.5% منهن مصابات بارتفاع ضغط الدم.³

وحسب آخر الإحصاءات التي نشرتها منظمة الصحة العالمية في أوت 2021 فإن عدد الأشخاص المصابين بفرط ضغط الدم تضاعف إلى 1.28 مليار شخص منذ التسعينات، وهذا راجع بشكل أساسي للنمو السكاني وشيخوخة السكان، وقد انتقلت معدلات انتشار فرط ضغط الدم من البلدان الغنية إلى البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط لذلك سجلت هذه الدول معدلات انتشار عالية عند النساء سنة 2019، هذا ما يوضحه الجدول التالي:⁴

¹ دي جي بيقرز، ضغط الدم، ترجمة: مارك عبود، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، ط1، الرياض، 2013، ص59.

² شامل ابراهيم معكرون، احترس من ضغط الدم، مؤسسة نوفل، بيروت، ط1، 1983، ص32.

³ نوف بنت علي آل سليمان، المرجع السابق، ص29.

⁴ www.who.int/ar/news/item/17-01-1443 2021/10/17

جدول رقم 2 يبين معدلات انتشار ضغط الدم عند النساء في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط لسنة 2019

البلدان	معدل انتشار ضغط الدم %	البلدان	معدل انتشار ضغط الدم %	البلدان	معدل انتشار ضغط الدم %
باراغواي	51	الجمهورية الدومنيكية	49	هايتي	48
توفالو	51	سان تومي وبرينسيبي	48	اسواتيني	47
دومينيكا	50	جامايكا	48	بوتسوانا	47

Source : www.who.it

أما في الدول العربية فقد أشارت دراسة أجريت سنة 2004 في تونس أن نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم لدى السيدات التونسيات هي 23%¹، وارتفعت النسبة حسب منظمة الصحة العالمية إلى 38.1% سنة 2017²

وبلغت نسبة المصابين بضغط الدم المشخص بين سكان المملكة العربية السعودية 7.4% وكانت النسبة عالية بين النساء 8.3%، كما أن نسبة النساء السعوديات بلغت 9.8% سنة 2017³. بينما بلغ معدل انتشار ضغط الدم عند النساء في العراق 48% سنة 2019.

¹ جليلية العاتي، أسباب البدانة لدى الكهول وانعكاساتها على الصحة والبرنامج الوطني لمكافحةها في تونس، بالمجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 8، مركز البحرين للدراسات والبحوث، البحرين، ص ص 222-232.

² منظمة الصحة العالمية، المرئسمات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية، 2011.

³ الهيئة العامة للإحصاء، تقرير مسح صحة الأسرة 2017، المرجع السابق، ص 50.

3- معدلات الإصابة بمرض السكري: يعد مرض السكري دون شك أحد أكثر المشكلات الصحية تحدياً في القرن الحادي والعشرين، وهو يزداد سوءاً بسرعة، مما يترك الأثر الكبير على البالغين في سن العمل في البلدان النامية، في عام 2011 وفقاً لتقديرات الإتحاد الدولي لمرض السكري من المتوقع أن يرتفع عدد المصابين بمرض السكري إلى 552 مليون شخص بحلول عام 2030، ويعيش 80% منهم في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل¹.

وكل الأمراض المزمنة تعاني السيدات مثلها مثل الرجل من داء السكري، ويرتفع احتمال الإصابة بارتفاع السن، "فمن خلال دراسة شاملة أجريت على 75521 سيدة في الولايات المتحدة الأمريكية تبلغ أعمارهن ما بين 38-63 سنة، ولم يسبق لهن تشخيص السكر أو الإصابة به، تم التأكد من إصابة 1879 سيدة بداء السكري من النوع الثاني، وذلك بعد متابعة لهؤلاء السيدات استغرقت نحو 10 سنوات، حيث بلغت نسبة الزيادة في عدد المصابين 2.5% كل عشر سنوات"².

وفي البيئة العربية، أجريت عدّة دراسات لمعرفة مدى انتشار داء السكري في الدول العربية، "منها آخر دراسة مسحية أجريت في الأردن عام 2017 شملت 3594 مشاركا ومشاركة يمثلون كافة محافظات المملكة، تبين من خلالها أنّ نسبة شيوع السكري من النوع الثاني عند الأردنيين كانت 23.7% مقارنة بـ 13% عام 1994، 17.1% عام 2004 و 22.2% عام 2008، وكانت

¹ Osama Abdulkareem Abdurrahman Rashed, **Effect of Diabetes Education Program on type 2, Diabetic Patients in Tulkarm Directorate of Health**, thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master in public health, Faculty of graduate studies, An Najah National University, Nablus, 2012, P4.

² نوف بنت علي آل سليمان، المرجع السابق، ص 25.

نسبة شيوع السكري من النوع الثاني عند الإناث 18.1%، وأظهرت هذه الدراسة التي نشرت في مجلة Diabetic Medicin أن نسبة شيوع السكري في الأردن خلال عشرين عاما ازدادت بمعدل 83% وتعزى هذه الزيادة إلى عدّة عوامل منها انخفاض معدل الوفيات، شيوع السمنة وقلّة النشاط الحركي والبدني عند الأردنيين¹.

كما أجريت دراسات في وقت مضى في مختلف الدول العربية ودول الخليج حول مدى انتشار نسب السكري لدى السيدات فجاءت النتائج مبيّنة في الجدول التالي، حيث يظهر من خلال الجدول أن داء السكري منتشر في دول الخليج بنسب عالية تتقدمها دولة الكويت بـ34% سنة 2000، تليها المملكة العربية السعودية بنسبة 21.5% هذا راجع لانتشار السمنة في هذه البلدان وتغيير نمط الغذاء مع قلة النشاط البدني.

جدول رقم 3 يبيّن نسبة انتشار داء السكري بين السيدات في بعض الدول العربية ودول الخليج العربي

السنة	نسبة السكري	البلد
1995	10%	سلطنة عمان
1998	13.4%	الأردن
2000	14.2%	الإمارات العربية المتحدة

¹ كامل العجلوني وآخرون، 'جولة في عالم السكري'، بمجلة الصحة والسكري، المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، عمان، 2018، ص11.

2000	%34	دولة الكويت
2002	%15	تونس
2004	%21.5	المملكة العربية السعودية
2005	%9.8	دولة البحرين

المصدر: نوف بنت علي آل سلمان، العوامل الغذائية والصحية المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى السيدات السعوديات بمدينة جدة، رسالة ماجستير في التغذية التطبيقية، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، نوفمبر 2007، ص 28

بالنسبة للوفيات فحوالي 4.6 مليون من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 20-79 عاما ماتوا بسبب مرض السكري في عام 2011، وهو ما يمثل 8.2% من جميع أسباب الوفيات في العالم للأشخاص في هذه الفئة العمرية، هذا العدد التقديري للوفيات يعادل وفاة واحدة كل سبع ثوان، و48% من الوفيات بسبب مرض السكري تحدث للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 60 عاما¹.

ثانيا: واقع الأمراض المزمنة عند النساء في المجتمع الجزائري

لقد شهدت الجزائر كغيرها من دول العالم الانتقال الوبائي، أي الانتقال من الأمراض المعدية التي كانت تشكل في سنوات الستينات والسبعينات منبعا للموت إلى الأمراض المزمنة بفضل سياستها الصحية، إلا أن الأمراض غير السارية كأمراض القلب والشرابين وارتفاع ضغط الدم والسكري أصبحت مشكلة صحية تسببت في وفاة 63% حسب تعداد 2008، وقد ساعد في انتشار هذه الأمراض التغير الملحوظ في الأنماط السلوكية لدى الفرد الجزائري بزيادة استهلاك الأغذية

¹ Osama Abdulkareem Abdurrahman Rashed, Opcit, P6.

المشبعة بالدهون والسكريات، عدم ممارسة أي نشاط بدني وبالتالي التعرض لخطر الإصابة بزيادة الوزن والسمنة، قلة تناول الخضر والفواكه وغيرها، سنحاول من خلال هذا المطلب إبراز مدى انتشار الأمراض المزمنة خاصة عند النساء من بينها أمراض القلب والشرابين، مرض ضغط الدم المرتفع والسكري باعتبارها في المراتب الأولى من حيث ترتيب الأمراض.

لقد قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بعدة دراسات لمعرفة مدى انتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري بغرض تسطير سياسات صحية ناجعة تساعد على خفض نسب الانتشار وبالتالي خفض معدلات الوفاة الناتجة عن هذه الأمراض، فأجري المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002 على عينة مكوّنة من 21152 فردا، صرّح خلالها 11.4% منهم أنهم يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل، منهم 13.1% إناث¹، وبالنسبة لتوزيع هذه النسب حسب السن والجنس جاءت النتائج مبيّنة حسب الجدول التالي:

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, **Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002**, Rapport préliminaire, Alger, juin 2003, P17.

جدول رقم 4 يبين توزيع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب السن والجنس في الجزائر سنة 2002

فئات السن	ذكور	إناث	المجموع
4-0	1.8	1.5	1.6
14-5	3.3	2.7	3
59-15	8.8	12.8	10.8
60 سنة فما فوق	45.3	60	52.5
المجموع	9.7	13.1	11.4

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002, Rapport préliminaire, juin 2003, P18.

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن خطر الإصابة بالأمراض المزمنة يزداد مع التقدم في السن فنجد أعلى نسبة 52.5% في الفئة العمرية 60 سنة فما فوق للذين صرحوا بأنهم مصابون بمرض مزمن واحد على الأقل، كما نسجل أعلى نسبة 60% أي أكثر من نصف النساء المصابات بمرض مزمن على الأقل عمرهن 60 سنة فما فوق، فمع دخول المرأة سن اليأس يزداد خطر إصابتها بمختلف الأمراض المزمنة، بسبب نقص هرمون الأستروجين لديها إضافة إلى تلف بعض الخلايا والأنسجة في الجسم مع التقدم في السن فتصبح الأعضاء غير قابلة لتأدية وظائفها، ومن بين نتائج هذا المسح أن مرض ارتفاع ضغط الدم يحتل المرتبة الأولى حيث أصيبت به 4.9% من النساء في سن 15-49

سنة، تليها أمراض المفاصل والتهاب المعدة بنسب 3.1% و3% على التوالي، وتعاني 1.6% من النساء في سن الإنجاب من مرض السكري.

جدول رقم 5 يبين توزيع نسب النساء المصابات أو اللواتي أصبن بأمراض مزمنة مؤكدة من طرف الطبيب حسب نوع المرض ومكان الإقامة سنة 2002

نوع المرض	حضري	ريفي	المجموع
السكري	1.7	1.3	1.6
ارتفاع ضغط الدم	5.5	4.4	4.9
أمراض التنفس	2.0	1.9	1.9
أمراض المفاصل	3.2	2.5	3.1
التهاب المعدة	3.1	2.9	3.0

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002, Rapport préliminaire, juin 2003, P 38

ونظرا لنقص الإحصاءات حول الأمراض المزمنة في الجزائر، تقوم وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع هيئات دولية بتحقيقات لمعرفة مدى انتشار هذه الأمراض منها التحقيق الذي أجرى سنة 2006 "التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS3"، بيّنت النتائج أن من بين إجمالي السكان المستجوبين صرّح 10.5% أنهم مصابون بمرض مزمن معروف، منهم 95.2% تم تأكيد إصابتهم من قبل شخص مؤهل، بالنسبة لتوزيع المصابين حسب نوع المرض جاءت النتائج مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم 6 يبين توزيع نسب الأشخاص المصابين حسب نوع المرض المزمن سنة 2006

النسبة %	نوع المرض
4.4	ضغط الدم
2.1	السكري
1.7	أمراض المفاصل
1.2	أمراض التنفس
1.1	أمراض القلب
2.4	أمراض أخرى
10.5	المجموع

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Enquête Nationale à Indicateurs Multiples ; Rapport Principal, Alger , Décembre 2008, P51.

يتبين من خلال الجدول أن مرض ضغط الدم المرتفع يحتل المرتبة الأولى في ترتيب الأمراض المزمنة بنسبة 4.4% يليها مرض السكري بنسبة 2.1% ثم أمراض المفاصل وأمراض التنفس بنسبة 1.7% و 1.2% على التوالي ليأتي مرض القلب في المرتبة الأخيرة بنسبة 1.1%، ويعتبر مرض القلب في غالب الأحيان نتيجة لمرض ضغط الدم والسكري، وترتفع نسب انتشار مختلف الأمراض مع التقدم في السن، من 2.6% عند الأطفال أقل من 19 سنة إلى

4.3% عند الأفراد البالغين 25-34 سنة ثم 18.5% للفئة العمرية 35-59 سنة لتصل إلى 51% عند الأشخاص المسنين البالغين 60 سنة فما فوق¹، كما أن نتائج التحقيق تؤكد أن نسبة انتشار الأمراض المزمنة في أوساط النساء أكثر منها عند الرجال (12.6% مقابل 8.4%)، وهذا بالنسبة تقريبا لمختلف أنواع الأمراض وعند مختلف الفئات العمرية كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم 07 يبين توزيع انتشار أمراض ضغط الدم والسكري حسب الجنس والسن

مرض السكري		مرض ضغط الدم		السن / الجنس
إناث	ذكور	إناث	ذكور	
0.2	0.2	0.1	0.1	24-0
0.4	0.4	0.8	0.3	34-25
4.6	3.6	11.8	3.8	59-35
14.1	11	39.1	23.6	60 سنة فما فوق

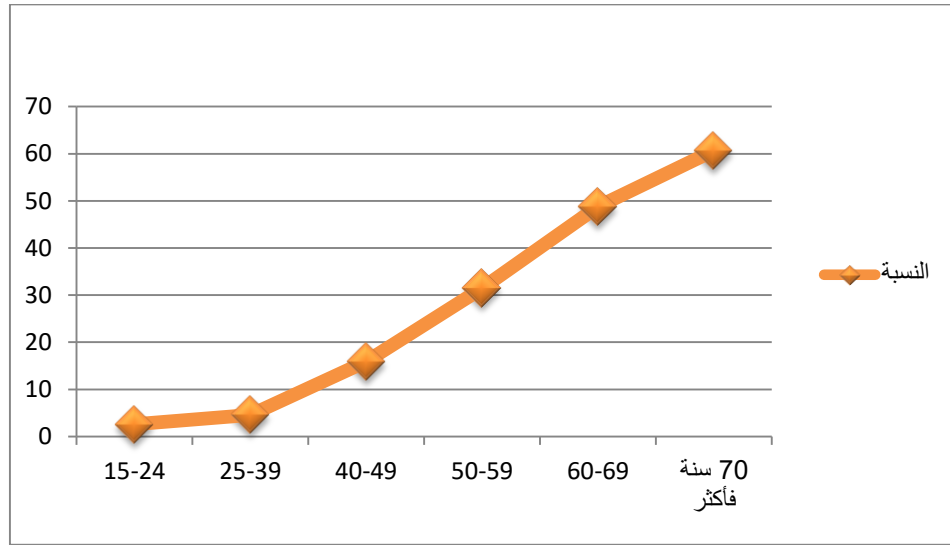
المصدر: تركيب الباحثة انطلاقا من نتائج التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS3، ص 52

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, **Enquête Nationale à Indicateurs Multiples ; Rapport Principal**, Alger , Décembre 2008, P51.

أما بالنسبة لمرض القلب فقد سجلت أعلى نسبة لدى الذكور 1.3% مقابل 0.9% لدى الإناث¹.

استمرت نسب انتشار الأمراض المزمنة في الارتفاع حسب ما سجله التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات سنة 2012-2013 MICS4، حيث صرّح 14% من الأفراد البالغين 15 سنة فما فوق أنهم يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل، بالنسبة للتوزيع حسب الجنس فإن النساء هن أكثر عرضة للإصابة فقد قدرت نسبتهن 17%، وترتفع نسب الانتشار مع التقدّم في السنّ مهما كان نوع المرض كما هو موضّح في الشكل التالي²:

شكل بياني رقم 1 يبين توزيع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب فئات السن



Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Suivi de la situation des Enfants et des Femmes, Enquête à Indicateurs Multiples, Rapport Par Grappes 2012-2013, Algérie , 2015, P234.

¹ Ibid, P53.

² Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Suivi de la situation des Enfants et des Femmes, Enquête à Indicateurs Multiples, Rapport Par Grappes 2012-2013, Algérie , 2015, P234.

بالنسبة لتوزيع نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة حسب نوع المرض، جاءت النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 8 يبين توزيع نسبة النساء المصابات بالأمراض المزمنة حسب نوع الأمراض لسنة 2012-2013

نساء	نوع المرض
7.5	ضغط الدم
3.0	السكري
1.0	أمراض القلب والشرايين
1.4	أمراض التنفس
1.7	أمراض المفاصل
0.3	إلتهاب الشعب المزمن
0.2	السرطان
0.2	الفشل الكلوي
2.0	أخرى
17.3	المجموع

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Suivi de la situation des Enfants et des Femmes, Enquête à Indicateurs Multiples, Rapport Par Grappes 2012-2013, Algérie , 2015, P235

نلاحظ من خلال الجدول أن أعلى نسبة سجلت لمرض ضغط الدم بنسبة 7.5% يليها مرض السكري بنسبة 3% ، كما نلاحظ أيضا أن في هذا التحقيق تم إحصاء كل مرض على حدا عكس التحقيقات السابقة التي كانت تدرج عدة أمراض تحت مظلة الأمراض الأخرى أي يتم إعطاء النسب مجموعة، نذكر منها أمراض السرطان، التهاب الشعب المزمن، الفشل الكلوي التي لم تكن تذكر في الإحصاءات السابقة هذا ناتج عن الانتشار الواسع لهذه الأمراض في السنوات الأخيرة مقارنة بالسنوات الماضية، فنسجل نسبة 0.2% لمرض السرطان ونفس النسبة للفشل الكلوي.

وجاءت نتائج التحقيق الوطني حول قياس ثقل عوامل خطر الأمراض غير المعدية حسب اقتراب STEPwise الذي يستعمل كأداة موحدة ومتطورة موسى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، لتأكد على أن مرض ضغط الدم سريع الانتشار في الجزائر حيث وصلت النسبة إلى 23.6% موزعة كما يلي:

جدول رقم 09 يبين توزيع نسبة انتشار مرض ضغط الدم لدى النساء حسب السن لسنة 2016-2017

السن	إناث	المجموع
29-18	6.9	8.5
44-30	16.2	17.7
59-45	45	40.8
69-60	68.8	62
المجموع	24.1	23.6

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Enquête Nationale sur la mesure du Poids des Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles selon l'approche STEPwise de l'OMS, Principaux résultats, Algérie, 2016-2017, P11.

يتبين لنا أن نسبة انتشار مرض ضغط الدم عند النساء قدرت بـ 24.1%، وترتفع النسبة بالتقدم في السن.

"أما بالنسبة لمرض القلب فقد صرّح 5.6% من المبحوثين أنهم أصيبوا بنوبة قلبية أو ألم على مستوى الصدر ناتج عن أحد أمراض القلب أو سكتة دماغية، 5% منهم رجال و6.1% نساء، وترتفع النسبة بالتقدم في السن ابتداء من 4.4% للفئة العمرية 18-29 سنة إلى 10.7% للفئة العمرية 60-69 سنة¹.

ونسبة إجابة المبحوثين حول قياس السكر في الدم وتشخيص السكري، جاءت كما يلي:

"53.5% من المبحوثين صرحوا بعدم قياس مستوى السكر في الدم نهائياً، 39.4% قاموا بقياس مستوى السكر في الدم وكانت النتيجة سلبية أي أنهم غير مصابين بمرض السكري، 4.9% صرحوا أنهم اكتشفوا إصابتهم بداء السكري منذ سنة على الأقل، 2.2% عرفوا بإصابتهم منذ أكثر من سنة، 29.7% من المصابين بداء السكري يأخذون الأنسولين كعلاج و 78.2% يتناولون الأدوية المضادة لمرض السكري عن طريق الفم"².

قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتحقيق العنقودي متعدد المؤشرات الأخير سنة 2019، تؤكد من خلاله أن مرض ضغط الدم الشرياني لا يزال يحتل المرتبة الأولى من حيث نسب الإصابة تليها بنسب متقاربة أمراض القلب والسرطان بأنواعها، عكس ما سجلنا في التحقيقات السابقة أن مرض السكري كان يحتل المرتبة الثانية بعد ضغط الدم، كما نلاحظ أيضاً أن العمر

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Enquête Nationale sur la mesure du Poids des Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles selon l'approche STEPwise de l'OMS, Principaux résultats**, Algérie, 2016-2017, P14

² Ibid, P9.

المتوسط لتشخيص الإصابة بأول مرض مزمن هو 45.4 سنة عند النساء، حيث يعتبر العمر الذي يبدأ فيه انقطاع الطمث، وتصاحب هذه المرحلة عند المرأة اضطرابات هرمونية تؤثر على صحتها وتجعلها أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.

جدول رقم 10 يبين توزيع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة لدى النساء سنة 2019

نوع المرض	إناث	المجموع
ضغط الدم الشرياني	50.7	52.7
السكري	47.4	47.9
أمراض القلب والشرايين	49.1	50.2
أمراض التنفس	30.7	30.8
أمراض المفاصل	44.5	43
مرض السرطان (كل الأنواع)	46.6	48.3
اضطرابات عصبية ونفسية	30	27.4
الفشل الكلوي	39.9	41.9
أمراض وراثية	28.2	28.2
أمراض أخرى	34.9	35.1
العمر المتوسط لتشخيص الإصابة بأول مرض مزمن	45.4	45.6

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, Rapport Final des Résultats(MICS6) 2019, Algérie , Décembre 2020, P103

يتبين من خلال المعطيات السابقة، أنّ الأمراض المزمنة تشهد ارتفاعا محسوسا من سنة إلى أخرى، رغم الإستراتيجية الوطنية التي اتخذتها الدولة للتقليل من انتشارها ويتقدم هذه الأمراض مرض ضغط الدم الشرياني، يليه مرض السكري، "حيث كشف نور الدين بوسته، رئيس الفيدرالية الجزائرية لجمعيات مرضى السكري في الحوار الذي خص به الحراك الإخباري أنّ الارتفاع المقلق لنسبة الإصابة بهذا الداء يدعو إلى دق ناقوس الخطر، حيث بات يعاني منه أكثر من 5 ملايين جزائري بمعدّل 40 ألف حالة جديدة،"¹ أما أمراض القلب والشرايين فقد ارتفع معدل انتشارها في السنوات الأخيرة مقارنة بالسنوات الماضية، كما أنّ الإحصاءات المختلفة بيّنت لنا أنّ في الجزائر النساء هن أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة في مختلف الفئات العمرية، "عكس ما تشير إليه بعض الدراسات إلى أنّ الرجال أكثر عرضة للإصابة بمرض ضغط الدم من النساء، ولكن مع التقدم في السن فإن المسألة تصبح معكوسة، حيث يلاحظ ارتفاع الإصابة عند النساء اللاتي تجاوزن الخمسين ويعانين من انقطاع الطمث"²، فبالإضافة إلى العوامل الفيزيولوجية التي تجعل المرأة عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة هناك العوامل الاجتماعية والنفسية أيضا، فالمرأة الجزائرية تتعرض لضغوطات نفسية واجتماعية في حياتها اليومية بسبب الأدوار التي تقوم بها من العمل داخل وخارج البيت ورعاية الأطفال والوالدين في حالة مرضهما... الخ، كما نجد أنّ فئة المسنين تعاني من الأمراض المزمنة أكثر من بقية الفئات العمرية طبعاً كما ذكرنا سابقاً بسبب تلف بعض الخلايا التي تمنع الجسم من القيام بوظائفه كاملة، كذلك هناك عدّة عوامل ساعدت على انتشار الأمراض المزمنة سنعرضها في ما يلي:

¹ www.alhirak.com 14/11/2019

² يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 322.

ثالثاً: العوامل المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة

1-العوامل المؤثرة في ارتفاع ضغط الدم: هناك عدّة عوامل لها علاقة مباشرة بارتفاع ضغط الدم منها التغيّر الاجتماعي والثقافي والتحديث التي تعتبر عوامل خطر قابلة للتغيير، والتي يستطيع الأفراد التحكّم بها، منها التدخين، السمنة، قلة النشاط البدني، النظام الغذائي (تناول الأغذية المشبعة بالدهون والسكريات والتي تحتوي على نسبة عالية من الملح)..¹، وهناك عوامل أخرى تسمى بعوامل خطر غير قابلة للتغيير مثل الوراثة، العمر، العرق والجنس.

1-1-عوامل غير قابلة للتغيير: يلعب العنصر الوراثي دورا كبيرا في حدوث المرض، فهو يتحكم في جوانب عديدة من الجسم البشري، فهو يتحكم ببنيته النفسية والعصبية، وتركيب الشرايين، القابلية للسمنة، والتوازن الهرموني، وكل هذه تعتبر عوامل مرتبطة بضغط الدم¹، وأشارت الدراسات أنّه إذا كان أحد الوالدين يعاني من ارتفاع ضغط الدم، فإن احتمالية إصابة الابن هي 25% طيلة حياته، أما إذا كان كلا الوالدين يعاني من هذا المرض فإن نسبة احتمال الإصابة يرتفع إلى أن يصل 60%، إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أن الابن سوف يصاب بهذا المرض.²

"ويتجه ضغط الدم نحو الارتفاع مع التقدّم في السن، ويرجع ذلك جزئياً إلى التغيرات في نمط الحياة، بالإضافة إلى أن كثيرا من الناس يزيد وزنهم وبالتالي يصبحون أقل نشاطا مع التقدم في السن، والأهم من ذلك أنه يزداد ارتفاع ضغط

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص318.

² نفس المرجع، ص318.

الدم مع التقدم في السن لدى الأشخاص الذين يتناولون الكثير من الأطعمة المالحة¹.

كما تلعب الأصول العرقية دورا في الإصابة بفرط ضغط الدم، حيث يعتبر معدل انتشار فرط ضغط الدم بين سكان منطقة الكاريبي ذوي الأصول الأفريقية الذين يعيشون في المجتمعات الغربية، أعلى من السكان البيض، وربما يكون السبب هو أن سكان منطقة الكاريبي ذوي الأصول الأفريقية يتعاملون مع الملح بطريقة مختلفة عن غيرهم من الجماعات².

1-2- عوامل قابلة للتغيير: وهي العوامل التي يمكن للإنسان أن يغير فيها أو يتجنبها لأنه السبب في حدوثها بمحض إرادته أو تكون نتيجة لتأثيرات خارجية لها علاقة بالتغير الاجتماعي والتحديث، أبرزها العامل المرتبط بالتغذية، فالتغير الذي حصل في نمط الغذاء بالإتجاه نحو تناول الأطعمة الغنية بالدهنيات يؤدي إلى تراكم الطبقات الدهنية في الجدار الداخلي للأوعية الدموية مما يسبب ضيقها، كما أن تناول كميات كبيرة من المواد المشبعة بالدهون والسكريات يؤدي إلى الإصابة بزيادة الوزن والسمنة اللذان يعتبران من عوامل خطر الإصابة بفرط ضغط الدم، فزيادة حجم جسم الإنسان يؤدي إلى زيادة حاجته إلى الدم الذي يزودها بالأكسجين والغذاء وبالتالي زيادة تدفق الدم في الأوعية ومنه زيادة ضغط الدم في الأوعية، كما وأن استهلاك نسب عالية من الصوديوم مقارنة بالبوتاسيوم والكالسيوم تكون نتيجته الإرتفاع في ضغط الدم.

¹ دي جي بيقرز، المرجع السابق، ص39.

² نفس المرجع، ص40.

والعامل الآخر المرتبط بالإصابة بفرط ضغط الدم، هو التدخين وتناول المشروبات الكحولية، فالنيكوتين الموجود في السجائر يجعل القلب ينبض بسرعة مما يزيد من ضغط الدم.

2-العوامل المرتبطة بالإصابة بمرض السكري: هناك عدة عوامل كامنة وراء الإصابة بداء السكري سواء من النمط الأول أو الثانوي منها:

2-1-الوراثة: وجد العلماء بدراساتهم للتوائم المتشابهة وأشجار عائلات مرضى السكري أن الوراثة عامل مهم في الإصابة بنوعه الأول والثاني وثمة احتمال نسبة 50% لإصابة الفرد الثاني من التوأم بالنوع الأول من السكري إن كان الأول مصابا به، كما هناك فرصة بنسبة 5% لإصابة الطفل بالمرض إن كان أحد الوالدين يعاني منه، أما بالنسبة للنوع الثاني فمن المؤكد إصابة الفرد الثاني من التوأم بالمرض إن كان الأول مصابا به¹.

2-2-الفيروسات: تم استخلاص الدليل على أن الخمج الفيروسي قد يسبب بعض أشكال النمط الأول من الداء السكري من دراسات عزل فيها من البنكرياس جزيئات فيروسية يعرف عنها أنها تسبب اعتلالا خلويا أو أذية مناعية ذاتية لخلايا بيتا، وهناك عدة فيروسات متورطة تشمل النكاف وفيروس كوكساكي B4 والفيروسات القهقرية والحصبة الألمانية (في الرحم) والفيروس المضخم الخلايا وفيروس ايشتاين².

2-3-البيئة: غالبا ما يكون الأشخاص الذين يصابون بالنوع الثاني من السكري من أصحاب الوزن الزائد أو يكون نظامهم الغذائي غير متوازن، كما توجد روابط

¹ رودى بيلوس، المرجع السابق، ص9.
² ديفيتسون، المرجع السابق، ص33.

مهمة بين النظام الغذائي والبيئة والسكري لكن لا يوجد أي رابط محدد بين الإصابة بالسكري واستهلاك الشخص للسكر والحلويات¹.

3-العوامل المرتبطة بالإصابة بأمراض القلب: هناك العديد من عوامل الخطر لمرض القلب الذي يعتبر السبب الرئيسي للوفيات في العالم منها:

3-1-العوامل الشخصية: كالعمر فكلما تقدم العمر كلما ازدادت الخطورة، كذلك يصيب المرض الذكور أكثر من النساء، ويزول الاختلاف بعد سن اليأس².

3-2-العوامل الوراثية: تعتبر من أهم العوامل التي تساعد على حدوث قصور مبكر في الشرايين التاجية، حيث تكون هناك قابلية لدى الجسم لترسيب الكوليسترول بشراسة على جدار الشريان، وبدرجة كبيرة عن المعتاد مما يؤدي إلى ظهور أعراض قصور بالشرايين التاجية في سن مبكرة³.

3-3-التدخين: يؤدي التدخين إلى التأثير على كفاءة الشرايين التاجية مما يؤدي إلى حدوث انقباض في الشريان وبالتالي إلى قصور في تدفق الدم إلى عضلة القلب، كذلك فإن التدخين يصيب جدار الشريان ويؤثر على قدرته على إفراز بعض المواد التي تعمل على توسعته، كما أن إصابة جدار الشريان يؤدي إلى خلل في أدائه وتزيد من احتمال ترسيب الكوليسترول والدهنيات وتزيد احتمالات الإصابة بجلطة في القلب⁴، وترى بعض الأبحاث أن 30-40% من مجمل الوفيات الناجمة عن داء القلب سببها التدخين⁵.

¹ رودي بيلوس، المرجع السابق، ص 10 11.

² عايد الوريكات، المرجع السابق، ص 122.

³ أيمن أبو المجد، المرجع السابق، ص 21.

⁴ نفس المرجع، ص 29.

⁵ عايد الوريكات، المرجع السابق، ص 123.

3-4-العادات الغذائية: يعتبر الغذاء والتغذية أحد أبرز مسببات حدوث الإصابة بأمراض القلب، وأن التغيير الذي طرأ على الغذاء نتيجة لعوامل التغيير الاجتماعي والثقافي كان من أبرز أسباب حدوث كثير من الأمراض، فلقد شهد العالم المتحضر اليوم ازديادا في كمية الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات والدهون التي ترفع من نسبة الكوليسترول بالدم وتؤدي إلى الإصابة بانسداد الشرايين، فارتبط العالم اليوم بظاهرة السمنة على أنه أحد إفرازات التغيير في الغذاء، وأصبحت السمنة ترتبط بشكل مباشر مع أمراض القلب¹.

مما سبق يظهر أن هناك عوامل خطر مشتركة بين الأمراض المزمنة محل الدراسة كالسن والجنس فكلما تقدم الفرد في العمر كلما زاد احتمال إصابته بمرض ضغط الدم، السكري، وأمراض القلب، كما أن هذه الأمراض تصيب الرجال أكثر من النساء في أغلب دول العالم وهذا قبل سن الخمسين ويحدث العكس بعده، وللعامل الوراثي دور مهم في الإصابة بالأمراض المزمنة حيث يرتفع احتمال الإصابة عند الأفراد الذين سبق وأن أصيب والديه بنفس المرض.

ويعتبر التغيير الذي طرأ على الغذاء من أهم مسببات أمراض العصر، حيث يؤدي استهلاك كميات كبيرة من الدهون والسكريات إلى الإصابة بزيادة الوزن والسمنة التي بينت عدة دراسات أن لها علاقة مباشرة بأمراض ضغط الدم، السكري وأمراض القلب.

أضف إلى ذلك تأثير العوامل النفسية والاجتماعية كمكان السكن والوضعية الزوجية، المشكلات داخل الأسرة وفي أماكن العمل وغيرها.

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص301.

المبحث الثالث: تطوّر السمنة وزيادة الوزن والمحددات المتداخلة

أولاً: نسب انتشار السمنة وزيادة الوزن في العالم

اعتبرت السمنة من الأمراض النادرة قبل القرن العشرين، ومع بداية الثورة الصناعية أدركت الدول أن حجم الجسم وقوته تؤثر في القوة الاقتصادية والعسكرية للبلد، لذلك كان الاهتمام في القرن التاسع عشر منصبا حول زيادة الطول والوزن، إلا أنه خلال القرن العشرين وصل الطول إلى أقصى حد له بينما استمر الوزن في الزيادة أدى هذا إلى ظهور مشكلة السمنة، حيث أعلنت منظمة الصحة العالمية عام 2000 أنّ السمنة أصبحت وباء عالمي تعاني منه الدول ذات الدخل المرتفع والدول النامية على حد سواء. هذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 11 يبين انتشار السمنة لدى النساء في العالم

نساء		الفئة العمرية	سنة جمع البيانات	الدولة
السمنة	زيادة الوزن			
35.6	42.2	25+	2001	ألبانيا
7.3	23.3	49-15	2000	أرمينيا
22.2	29.9	25+	2000	استراليا
34.1	28.3	19+	1999-1998	البحرين
0.7	3.7	49-15	2000-1999	بنغلادش

13	28	59-35	1997-1994	بلجيكا
4.8	11.2	49-15	2001	البنين
12.5	26.5	20+	1997	البرازيل
0.9	4.8	49-15	1999-1998	بوركينافاسو
13.8	/	15+	2000	الكامرون
23.2	30.2	18+	2004	كندا
1.1	5.5	49-15	1995-1994	جمهورية إفريقيا الوسطى
3.4	15.4	18+	2002	الصين
12.5	26.9	16+	2001	الدانمارك
32.4	38.8	49-15	2000	مصر
24.3	32.1	16+	2005	إنجلترا
13	23.3	15+	2006	فرنسا
23.3	35.6	25+	2003-2002	ألمانيا
8.7	25.8	18+	2003	إيطاليا
29.9	32.8	/	2000-1998	الكويت
7.1	15.8	49-15	1999	نيجيريا

15.8	32.2	60-25	2000-1990	اسبانيا
------	------	-------	-----------	---------

Source :jean pierre poulain, sociologie de l'obésité, édition PUF, France, 2009, P357-358.

يتضح لنا من الجدول أن نسب السمنة مرتفعة في الدول النامية أكثر منها في الدول المتقدمة، ففي البحرين مثلاً سجلت نسبة السمنة لدى النساء 34.1% ، بينما سجلت نسبة 13% في بلجيكا و23.2% في كندا)، ويتبين لنا أيضاً أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالسمنة في أغلب دول العالم فنجد في ألبانيا نسبة السمنة عند النساء قدرت بـ35.6% كذلك في فرنسا سجلت النساء نسبة 13% من العينة ، ويرجع سبب إصابة النساء بالسمنة إلى تركيب أجسامهن الذي يتميز بالنقص النسبي في محتوى العضلات، ضف إلى ذلك قلة النشاط البدني وعدم ممارسة الرياضة وتأثير هرمون الأستروجين في مرحلتي البلوغ والولادات المتكررة، كما أن المرأة في سن العشرين تخزن حوالي 19% من وزنها على شكل دهون وتزداد هذه النسبة مع التقدّم في السن.

ووفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية فإنّ معدّل انتشار السمنة في العالم زاد بأكثر من الضعف بين عامي 1980 و2014¹، ووصل سنة 2016 إلى 1.9 مليار من البالغين 18 سنة فما فوق من الذين يعانون من فرط في الوزن 40% منهم نساء، و15% من النساء يعانين من السمنة²، وفي الولايات المتحدة الأمريكية تشير الإحصائيات سنة 2009-2010 أنّ 32.2% من البالغين 20 سنة فأكثر لديهم مؤشر كتلة الجسم أقل من 24.9 وبالتالي يعتبر وزنهم عادي مقارنة بـ 33.1% ممن لديهم مؤشر كتلة الجسم من 25-29.9 يعتبرون زائدي

¹ www.who.int

² www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight 8/12/2020, 23 :06.

الوزن، أما نسبة الذين يعانون من السمنة فقد قدرت بـ35.7%، وفيما يخص توزيع هذه النسب حسب الجنس فנסجل 64% من النساء زائدات الوزن بينما كانت النسبة متساوية لكلا الجنسين فيما يخص السمنة 36.1%.¹ كما أجريت في نفس البلد دراسة مقارنة بين الأمريكيات الأصليات والأمريكيات من أصول مكسيكية حول انتشار السمنة وزيادة الوزن بينهن، كشفت النتائج أن 39.2% و22.2% على التوالي هي نسبة السمنة وزيادة الوزن عند الأمريكيات الأصليات وأن 36.7% و26.2% على التوالي هي نسبة السمنة وزيادة الوزن بين الأمريكيات من نوات الأصل المكسيكي².

وأشار المعهد الفرنسي ROCHE (Obépi Roche) في الدراسة التي أجراها سنة 2009، والتي هي عبارة عن تحقيق أجري عن طريق استبيانات أرسلت عبر البريد الإلكتروني، أن معدّل انتشار السمنة وزيادة الوزن عند الفرنسيين البالغين 18 سنة فما فوق بلغ 14.5% و 31.9% على التوالي، هذه النسبة ارتفعت بـ10.7% مقارنة بالتحقيق الذي أجراه نفس المعهد سنة 2006، فيما يخص توزيع النسبة حسب الجنس فكانت مرتفعة عند النساء مقارنة بالرجال (15.1% و13.9%)³، وفي التحقيق الذي أجراه نفس المعهد بعد ثلاث سنوات أي سنة 2012، انتقلت نسبة السمنة وسط الفرنسيين إلى 15% أي بزيادة 0.5% وتعد أقل نسبة مقارنة بالتحقيقات السابقة، كما أكّدت النتائج أنّ النساء أكثر عرضة للإصابة بالسمنة مقارنة بالرجال (15.7% مقابل 14.3%)، وأنّ هناك علاقة

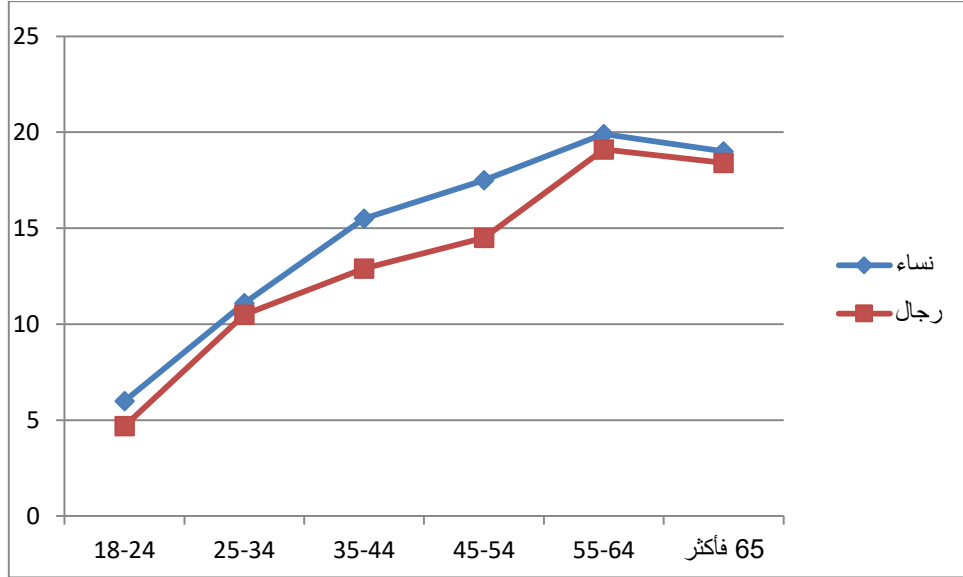
¹ www.niddk.nih.gov

² نوف بنت على آل سليمان، المرجع السابق، ص21.

³ Christine moisan et autres : **Enquete épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité**, institut roche, Paris, 2012, P6.

طردية بين الإصابة بالسمنة والسّن فكلما زاد السن ارتفع احتمال الإصابة بالمرض لكلا الجنسين هذا ما يوضّحه الشكل التالي¹:

شكل بياني رقم 2 يبيّن نسب انتشار السمنة حسب السن والجنس في فرنسا سنة 2012



Source : Christine moisan et autres : Enquete épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, institut roche, Paris, 2012, P27.

يظهر لنا من الشكل أنّ نسب انتشار السمنة تزداد حدّة مع التقدّم في العمر لدى الجنسين، فنسجّل نسبة 6% بالنسبة للنساء المصابات بالسمنة في الفئة العمرية 18-24 سنة وترتفع هذه النسبة لتصل إلى 19% لدى الفئة العمرية 65 سنة فما فوق، ويرجع السبب بالإضافة إلى ما ذكرنا سابقاً بأنّ جسم المرأة يزداد مخزونه من الدهون كلما تقدّمت المرأة في السن، كذلك "فإن معدّل الإستقلاب الأساسي يتناقص مع التقدّم في العمر حيث أنّ تناول السيّدات لنفس الوجبات الطعمية التي كانوا يتناولونها في العشرين من أعمارهم تؤدي إلى الإصابة بالسمنة."²

¹ Ibid, P27.

² سمير أبو حامد، البدانة مرض العصر من الألف إلى الياء، خطوات للنشر والتوزيع، دمشق، ط1، 2009، ص21.

وبالنسبة للدراسات في الدول الأفريقية، فتشير دراسة نيجيرية أجريت على 232 سيدة تتراوح أعمارهن بين 19 و65 سنة أنّ 58.6% من السيدات لديهن زيادة وزن وسمنة وتتوافق السمنة إيجابيا مع تناول الأطعمة الغنية بالطاقة وقلّة النشاط البدني¹.

أمّا عن حجم انتشار السمنة عند النساء في الدول العربية فتشير الدراسات العديدة التي أجريت أنّ السمنة منتشرة بشكل ملحوظ في معظم هذه الدول، حيث أظهرت الدراسة التي أجريت سنة 2003 في تونس لمعرفة أهم العوامل المسببة للسمنة ومدى علاقة زيادة الوزن بالأمراض المزمنة، أنّ نسبة الإصابة بزيادة الوزن عند السيدات قدر بـ 29.3% والسمنة بـ 22.5% مقابل 23.9% زيادة وزن عند الرجال و 6.8% سمنة، بحيث نجد أنّ معدلات انتشار السمنة زادت وأصبحت تفوق 3 أضعاف معدلات الرجال².

كما كشفت الإحصاءات الرسمية الأردنية أن معدلات السمنة وزيادة الوزن في الأردن تعدّ من أعلى المعدلات في العالم، إذ يعاني منها 81% من الذكور و 84% من الإناث حسب ما أظهرت الدراسة الوطنية لنقص فيتامين "د" عام 2008 التي أجراها المركز الوطني للغدد الصم والسكري، فقد أظهرت النتائج أنّ نسبة الإصابة بزيادة الوزن تزداد مع تقدّم العمر وتختلف باختلاف الجنس، كما أنّ العديد من الدراسات الحديثة ترى أنّ نسبة السمنة في المجتمع الأردني قد ازدادت بصورة مقلقة كما هو مبين في الجدول الآتي:

¹ نوف بنت على آل سليمان، المرجع السابق، ص 21.
² جلييلة العاتي وآخرون، السلوك الغذائي في المجتمع التونسي، بالمجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الحادي عشر، مركز البحرين للدراسات والبحوث، 2003، ص 10-30.

جدول رقم 12 يبيّن انتشار زيادة الوزن والسمنة في الأردن للفئة العمرية 25 سنة فما فوق

السنة	%	الجهة الباحثة
1995	65	وزارة الصحة
2004	76.8	CDC + وزارة الصحة
2006	79.8	جامعة العلوم والتكنولوجيا
2009	83.2	المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة

المصدر: كامل العجلوني وآخرون: كتاب السمنة، المركز الوطني للغدد الصم والسكري والوراثة، الأردن، دون سنة، ص ص 46-47.

من جهة أخرى أظهرت الإحصاءات المحلية السعودية تفشي هذا الداء وانتشاره لدى المواطنين السعوديين فقد وصلت النسبة إلى مؤشرات خطيرة بين النساء، حيث تفاوتت نسبة السمنة بين 43%-70% (24-29% لزيادة الوزن و19-41% للسمنة).¹

وحسب منظمة الصحة العالمية لعام 2005 فإن نسب انتشار كل من زيادة الوزن والسمنة في الدول العربية عند الأشخاص فوق عمر 15 سنة تبقى مرتفعة وتحتل دولة الكويت المركز الأول عالمياً وتتأفص مصر بشدة، كما يوضحه الجدول التالي:

¹ Alnuaim A, Population based epidemiological study of the prevalence of overweight and obesity in saudi arabia, regional variation, 1997, P195-199.

جدول رقم 13 يبيّن نسب انتشار زيادة الوزن والسمنة في بعض الدول العربية البالغين 15 سنة فما فوق حسب الجنس سنة 2005

السمنة		زيادة الوزن		البلد
إناث	ذكور	إناث	ذكور	
45.5	22	74.2	64.5	مصر
33.8	23	63.8	63.1	السعودية
52.9	29.6	79	69.5	الكويت
22.2	11.2	57.2	48.4	سوريا
20.5	3.7	54.7	31.1	المغرب
30.2	7.7	59.2	42.8	تونس

المصدر: سمير أبو حامد، البدانة مرض العصر من الألف إلى الياء، خطوات للنشر والتوزيع، دمشق، ط1، 2009، ص ص 11-12.

نستنتج من الجدول أنّ حوالي نصف الرجال في الدول العربية زائدي الوزن بينما تكون نسبة المصابين بالسمنة منخفضة تتراوح بين 7.7% و 29.6% ، أما بالنسبة للنساء فتعاني أكثر من النصف زيادة في الوزن في أغلب الدول العربية وبين كل 5 نساء اثنتان بدينتان.

وتؤدي حالات فرط الوزن والسمنة عند النساء والرجال إلى آثار صحية وخيمة، وتجدر الإشارة إلى أنّ المخاطر تزيد تدريجياً مع تزايد منسوب كتلة الجسم،

وارتفاع ذلك المنسب من عوامل الاختطار الرئيسية المؤدية إلى الإصابة بأمراض مزمنة مثل الأمراض القلبية الوعائية والسكري والاضطرابات العضلية الهيكلية وبعض أنواع السرطان وقد تبين أيضاً أنّ ثمة علاقة بين سمنة الطفولة وزيادة احتمال الوفاة المبكرة واحتمال الإصابة بحالات العجز في مرحلة الكهولة¹. وثمة صلة بين الوزن الزائد والسمنة وبين الوفيات في العالم أكبر من الصلة بين نقص الوزن وبين الوفيات، ويزيد عدد المصابين بالسمنة في العالم على عدد الناقصي الوزن، ويحدث ذلك في كل مكان باستثناء منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا.

ولقد استجابت منظمة الصحة العالمية للوضعية عن طريق وضع "الاستراتيجية العالمية للمنظمة بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة"، التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في عام 2004، واتخذت الإجراءات اللازمة لدعم النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني المنتظم، وتدعو الاستراتيجية أصحاب المصلحة كافة إلى اتخاذ إجراءات على المستوى العالمي والإقليمي والمحلي لتحسين النظم الغذائية وأنماط النشاط البدني على المستوى السكاني، ويقر الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها في أيلول/سبتمبر 2011 بالأهمية الحاسمة للحد من النظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني، ويلتزم الإعلان السياسي بالعمل على تنفيذ "الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة" "بوسائل منها، حسب الاقتضاء، إرساء سياسات واتخاذ إجراءات ترمي إلى تشجيع السكان كافة على اتباع نظام غذائية صحية وزيادة النشاط البدني.

¹ <https://www.who.int/topics/obesity/ar>

كما وضعت المنظمة "خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها 2013-2020" التي تستهدف تحقيق الالتزامات الواردة في الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الأمراض غير المعدية (السارية) الذي أيده رؤساء الدول والحكومات في أيلول/سبتمبر 2011. وستساهم "خطة العمل العالمية" في التقدم في تحقيق الغايات العالمية التسع المتعلقة بالأمراض غير السارية بحلول عام 2025، بما في ذلك تحقيق خفض نسبي في معدل الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بنسبة 25% بحلول عام 2025، ووقف الزيادة في معدلات السمنة العالمية كي تتناسب مع المعدلات المسجلة في عام 2010¹.

ثانياً: مستويات الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن في الجزائر

إلى وقت قريب لم تكن السمنة هاجسا لدى الجزائريين كغيرهم من المجتمعات " فنظرة المجتمعات وإدراك النساء فيها للسمنة وأسبابها تختلف باختلافها الاجتماعي والثقافي، ففي المجتمعات الأفريقية التقليدية تعتبر السمنة من علامات الرفاهية والصحة الجيدة وأن المرأة السمنة جذابة أكثر من غيرها، وفي أمريكا اللاتينية تعتبر الزيادة في الوزن مباشرة بعد الزواج علامة السعادة، وعند الشعوب الغربية يعتبر الجسم النحيل عند النساء علامة نجاح وكفاءة وجاذبية جنسية"²، لكن ومع انتشار الأمراض المزمنة كأمراض القلب والأوعية والسكري واكتشاف الطب الحديث أن منبعها واحد ألا وهو السمنة، بات من الضروري معالجتها والوقاية منها خاصة وأن معدلاتها تشهد ارتفاعا مستمرا.

حيث "أوضح البروفيسور "بوعافية محمد" رئيس الجمعية الجزائرية لطب القلب للصحافة على هامش أشغال الملتقى الدولي حول أمراض القلب خلال طبعته

¹ WWW.WHO.INT.

² فاطمة عمر نبق، بعض خصائص المرأة وأثرها على الإصابة بالسمنة، ولاية الخرطوم، بمجلة العلوم والتقانة، المجلد 10، السودان، 2009، ص72.

2014، أنّ أمراض القلب والشرابين أول سبب للوفيات في العالم وكذا في الجزائر، حيث بلغت النسبة 45%، في حين تقدر نسبة الإصابة بالسمنة عند النساء الجزائريات 58%¹.

كما قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية سنة 2003 بدراسة تحت عنوان " Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes en Algérie"، أجريت بمنطقتي سطيف ومستغانم على عينة تتكون من 4000 شخص، بينت هذه الدراسة أن كل من التحضر وقلّة النشاط البدني، التغذية المتمثلة في مدى استهلاك الخضر والفواكه، استهلاك التبغ والكحول، السكري، ضغط الدم والكوليسترول عوامل خطر الإصابة بالسمنة لدى الجنسين، فبالنسبة للنساء المصابات بالسمنة توزعت عوامل الخطر لديهن على النحو التالي:

48.1% من الإناث يستهلكن أقل من 5 خضر وفواكه، 47.9% مصابات بضغط الدم، 29.5% يعشن التحضر وانعدام النشاط البدني، 6.4% مصابات بالكوليسترول، 12.1% مصابات بداء السكري، 0.7% يستهلكن التبغ و0.2% يتعاطين الكحول، هذا بالنسبة للسمنة الكلية، أما بالنسبة للسمنة الجزئية فتم تسجيل 51.1% من النساء يتناولن أقل من 5 خضر وفواكه، 51.5% مصابات بضغط الدم، 32.5% يعشن التحضر وقلّة النشاط البدني، 12.3% مصابات بالسكري، 6.3% يعانين من الكوليسترول، 1.1% يستهلكن التبغ و0.4% يتعاطين الكحول.²

¹ WWW.radioalgerie.dz , 02/04/2018, 17 :18

² Ministère de la santé ; de la population et de la Réforme Hospitalière, Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes en Algérie (Approche « Wise » de l'OMS, Rapport Final, Alger, 2005, P108-110.

وكشفت دراسة تحليلية للمعهد الوطني للصحة العمومية سنة 2002 حول أسباب الوفيات في كافة البلاد، أنّ الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم والأوعية، داء السكري، أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، أمراض الجهاز الهضمي، السرطان وغيرها تحتل مكانة مهمة في العبء الحالي للمرض وأن محددات هذه الأمراض اغلبها أصبح معروفا منها السمنة والعوامل المتعلقة بنمط الحياة وسلوك الأفراد كتغيير عادات الأكل والتدخين والتي ينبغي تحديد أهميتها وتأثيرها على صحة الجزائريين، هذا ما أدى بالمعهد للقيام بتحقيق وطني سنة 2005 في إطار مشروع حول التحوّل الوبائي وتأثيره على الصحة في بلدان شمال إفريقيا "TAHINA"¹، من اجل تقدير عوامل الخطر عند البالغين ما بين 35-70 سنة، وعلى ضوء نتائج هذا التحقيق تم إنجاز دراسة تكميلية خاصة بدراسة المحددات الوبائية لزيادة الوزن والسمنة للجزائريين البالغين بين 35 و 70 سنة، تم أخذ عينة متكونة من 4818 مثلت نسبة الرجال فيها 41.55% بينما النساء 58.45%، كانت نسبة انتشار زيادة الوزن والسمنة عند أفراد العينة مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم 14 يبين توزيع نسب زيادة الوزن والسمنة حسب الجنس عند البالغين 35-70 سنة

الجنس	زيادة الوزن %	سمنة %
رجال	41.29	9.07
نساء	66.52	30.08
المجموع	55.90	21.24

Source : Institut National de santé Publique :l'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Alger, septembre 2010, P34.

¹ TAHINA. Transition And Health Impact in North Africa

حسب الجدول فإن معدل انتشار زيادة الوزن عند أفراد العينة بلغ 55.9% وكانت النسبة مرتفعة أكثر عند النساء مقارنة بالرجال 66.52% و 41.29%، أما فيما يخص السمنة فנסجل نسبة 21.24% مثلت النساء فيها 30.08%، ما يعادل أكثر من ثلاث مرات نسبة الرجال التي قدرت بـ 9.07%.

كما تطرقت الدراسة إلى الخصائص السوسيو-ديموغرافية للمصابين بالسمنة في الجزائر، فكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم 15 يبين توزيع نسب السمنة حسب الخصائص السوسيو-ديموغرافية عند البالغين 35-70 سنة

المجموع	نساء	رجال	الخصائص السوسيو-ديموغرافية	
18.64	24.13	9.58	39-35	السن
22.93	31.44	9.30	49-40	
23.22	38.89	9.10	59-50	
18.72	28.55	8.51	70-60	
22.93	32.49	9.14	حضري	الوسط
19.82	27.80	10.27	ريفي	
12	25.60	9.48	ناشط	النشاط المهني
25.54	30.81	8.40	غير ناشط	
22.55	29.29	7.26	أمي	المستوى التعليمي
22.54	34.58	9.44	ابتدائي	
17.81	26.74	10.44	مستوى آخر	
21.46	32.06	9.29	متزوج	الحالة الزوجية
20.04	23.21	8.07	غير متزوج	
6.58	-	6.55	يدخن حاليا	التبغ
10	-	9.73	كان يدخن	
24.88	-	9.82	لا يدخن	

16.62	24.48	7.69	45-0	مشاهدة التلفاز
22.53	31.34	9.17	90-45	(الدقائق/في اليوم)
24.91	34.18	10.81	120-90	
16.65	24.74	7.63	منخفض	المستوى السوسيو
22.15	30.49	10.03	متوسط	اقتصادي
25.09	36.74	9.90	مرتفع	
19.86	36.74	7.10	أقل من 4 وجبات	عدد الوجبات
23.14	30.62	11.11	4 وجبات	المستهلكة في اليوم
17.65	26.68	7.47	أكثر من 4 وجبات	
21.86	29.93	9.24	منخفض	النشاط البدني
21.72	30.43	9.81	متوسط	
17.71	29.86	7.25	مرتفع	

المصدر: تركيب الباحثة انطلاقاً من معطيات التحقيق الذي أجراه المعهد الوطني للصحة العمومية، السمنة لدى البالغين 35-70 سنة، ص ص 34-37.

يتضح لنا من الجدول أن السمنة منتشرة في الفئتين العمريتين 50-59 سنة و40-49 سنة بنسب قدرت بـ 23.22% و 22.93% على التوالي وهذا ناتج لقلّة النشاط البدني عند هذه الفئة إضافة إلى أنّ الجسم في الخمسينات يخزّن نسبة كبيرة من الوزن على شكل دهون، بالنسبة لتوزيع المصابين بالسمنة حسب الوسط الذي يعيش في أفراد العينة، فنلاحظ أنّ أكبر نسبة قدرت بـ 22.93% للوسط الحضري مقارنة بـ 19.82% للوسط الريفي، وهذا راجع لما يتميز به الوسط الحضري من انتشار محلات الأكل الخفيف والسريع التي يفضل الفرد تناولها خلال اليوم والمشبعة بالسكريات والدهن، إضافة إلى توفر وسائل النقل التي تساعد على الخمول، كما أوضحت النتائج أنّ 25.54% من المصابين بالسمنة لا يمارسون أي نشاط مهني، ويتضح لنا أيضاً من خلال معطيات الجدول أنّ السمنة منتشرة بنسب عالية 22.55% و 22.54% عند الأفراد ذوي

المستوى التعليمي المنخفض (أمي وابتدائي على التوالي) مقابل 17.81% للمستوى التعليمي المرتفع ثانوي فما فوق، حيث يعتبر المستوى التعليمي من أهم العوامل التي تساعد على اكتساب الوعي الصحي الذي يقي الفرد من الإصابة بالأمراض منها السمنة، بالنسبة للحالة الزوجية فوجد أن السمنة تصيب المتزوجين خاصة النساء حيث سجلن نسبة 32.06% مقارنة بـ 23.21% بالنسبة لغير المتزوجات، وهذا راجع للعوامل البيولوجية كالهرمونات التي لها علاقة بزيادة وزن الجسم.

كما كشفت المعطيات أن السمنة مرتفعة عند الأشخاص الذين لا يدخنون بنسبة 24.88% مقابل 10% بالنسبة للأفراد الذين كانوا يدخنون في الماضي، و6.58% للذين يدخنون، وبيّنت أيضا أن الأفراد الذين يقضون وقت طويل في مشاهدة التلفاز أكثر عرضة للإصابة بالسمنة بنسبة 24.91% مقابل 16.62% بالنسبة للذين يقضون أقل من ساعة في مشاهدة التلفزيون، حيث أصبح الفرد الجزائري خاصة النساء الماكثات بالبيت أو حتى العاملات يقضين وقتا طويلا في مشاهدة التلفزيون الذي يعرض برامج متنوعة من طبخ ومسلسلات تركية وغيرها، هذا يؤدي بهن إلى قلة النشاط البدني وبالتالي زيادة احتمال الإصابة بالسمنة فقد قدرت نسبتهن في هذه العينة 34.18% بالنسبة للواتي يقضين ما بين 90-120 دقيقة في اليوم، وبالحدّث عن النشاط البدني فإن 30.43% من النساء المصابات بالسمنة نشاطهن البدني متوسط، هذا راجع لقلّة الفضاءات المخصصة للرياضة في بلدنا، أضف إلى ذلك الاستعمال الكبير لوسائل الراحة من وسائل نقل وأدوات كهرومنزلية ساعدت المرأة على الخمول وقلّة الحركة، كما يتضح لنا من خلال الجدول أن السمنة منتشرة عند الأفراد ذوي المستوى المعيشي المرتفع بنسبة 25.09% نتيجة ارتفاع القدرة الشرائية وكثرة استهلاك

الغذاء خاصة اللحوم التي تحتوي على الدهون، ونلاحظ من خلال معطيات الجدول أن 23.14% من المصابين بالسمنة يتناولون 4 وجبات في اليوم، وتدعم هذا الاتجاه النساء بنسبة 30.64%.

وكشف تقرير صدر سنة 2013 عن منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة "الفاو" أن الجزائر احتلت المركز الأول ضمن دول المغرب العربي من حيث معدلات السمنة حيث أكدت الأرقام أن معدل انتشار السمنة المفرطة بلغ 17.5% لدى البالغين.¹

وحسب التحقيق الوطني الثاني حول قياس ثقل عوامل خطر الأمراض غير السارية حسب اقتراب STEP wise لسنة 2016، فإن النساء يعانين من السمنة بنسبة 30.1% أكثر من ضعف نسبة الرجال (14.1%)، بينما سجل نسبة 34.3% زيادة في الوزن لدى الرجال مقابل 33.2% لدى النساء.²

يتضح لنا مما سبق الانتشار الواسع لمرض السمنة في كافة أنحاء العالم سواء في الدول المتقدمة أو الدول النامية، كما أنها منتشرة في أوساط الرجال والنساء معا ولكن سجل نسبة عالية عند النساء وهذا يعود إلى عدة أسباب منها المتعلقة بتركيبتهن الجسمية المختلفة عن الرجل.

ومن الملاحظ أيضا أن حجم انتشار السمنة في المجتمعات العربية يتزايد من سنة إلى أخرى حيث سجلت أعلى النسب في دول الخليج وذلك راجع للنمط المعيشي ونوع التغذية، ولهذا ظهرت عدة دراسات في الميدان ونوهت الجهات الصحية في هذه البلدان على أهمية وضع برامج لمكافحة السمنة أو التقليل من الإصابة بها خاصة لدى فئة الشباب والطالبات الجامعيات، وهذا بخلق أماكن

¹ منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة: حالة الأغذية والزراعة، 2013، ص87.

² Ministère de la santé de la population et de la Réforme Hospitalière, Enquête nationale sur la mesure du poids des Facteurs de Risque des Maladies non Transmissibles selon l'approche STEP wise de l'OMS 2016-2017, Op cit, P23.

خاصة بالنساء لممارسة الرياضة بوجود مدربات وإلزامية حصص الرياضة البدنية للفتيات في المدارس.

أما في الجزائر فنلاحظ قلة الدراسات الوطنية حول هذا المرض بحيث يبقى حجمها مجهولاً ونكتفي ببعض التصريحات من الأطباء المختصون في الأمراض المزمنة ورؤساء جمعيات وكذا بعض الرسائل الجامعية.

ثالثاً: العوامل، الممارسات والاعتقادات المرتبطة بالسمنة

1-العوامل المرتبطة بزيادة الوزن والسمنة: هناك عدّة أسباب تؤدي لظهور السمنة وليس سبب واحد، فحسب منظمة الصحة العالمية السبب الأساسي لزيادة الوزن والسمنة هو اختلال توازن الطاقة بين السعرات الحرارية التي تدخل الجسم والسعرات الحرارية التي يحرقها، وعلى المستوى العالمي هناك:

- زيادة في مدخول الأغذية التي تولد طاقة كثيفة والغنية بالدهون؛
- زيادة في الخمول البدني بسبب طابع عدم الحركة الذي يتسم به كثير من أشكال العمل، وتغير وسائل النقل، وارتفاع نسبة العمران الحضري.

وغالباً ما تكون التغييرات في النظم الغذائية وأنماط النشاط البدني ناتجة عن التغييرات البيئية والمجتمعية المرتبطة بالتنمية وعدم إتباع سياسات داعمة في قطاعات مثل الصحة، والزراعة، والنقل، والتخطيط العمراني، والبيئة، وتجهيز الأغذية وتوزيعها وتسويقها، والتعليم¹.

كذلك تلعب الظروف الاجتماعية والاقتصادية دوراً في إصابة النساء بالسمنة، فالتغير الذي طرأ خاصة في البلدان العربية أدى إلى زيادة انتشار معدلات السمنة، وقد بيّنت الدراسات أنّ أهم العوامل الاجتماعية المرتبطة بالسمنة هي الدخل، المستوى التعليمي، المنطقة الجغرافية، الحالة الزوجية والعمر، من بين

¹ www.who.it

هذه الدراسات، دراسة أجريت في السعودية على عيّنة متكوّنة من 200 امرأة تراوحت أعمارهن بين 20 و60 سنة تم اختيارهن من 4 مستشفيات، وجد أن السمّنة أكثر انتشاراً عند النساء ذوات التعليم المنخفض (ثانوي فأقل) حيث كانت غالبيةهن 62% إما زائدات وزن أو سمينات، كما كانت النسبة عالية عند المتزوجات حيث بلغت 63.6%، ووجد أن 83% من اللواتي كانت أعمارهن 30 سنة فأكثر مصابات بالسمّنة مقارنة بـ29.3% عند اللواتي كانت أعمارهن 20-29 سنة، أما من ناحية عمل المرأة فتشير الدراسة أن نسبة السمّنة أعلى عند النساء العاملات بنسبة 53% مقارنة بغير العاملات (44%)¹.

أضف إلى ذلك أسباب أخرى مثل العامل الوراثي حيث "بيّنت عدّة دراسات أنّ بعض الأشخاص لديهم الاستعداد للسمّنة دون غيرهم بسبب المورثات، مثل الدراسة التي أجريت على طلاب المدارس الثانوية وجد أنّ 14% فقط من الطلاب الذين يعانون من السمّنة ينتمون لأباء نحفاء وبين العائلات التي يكون فيها أحد الوالدين سمينا وجد أنّ 70% من الأطفال يعانون من السمّنة، وبين العائلات التي تضم والدين يعانين من السمّنة كان 80% من أطفالهم يعانون من السمّنة"²، وتؤثر العوامل النفسية على الشخص فتسبب له زيادة في الوزن وسمّنة، "ففي دراسة في البحرين أجراها الدكتور مصيقر وزملاؤه وجدوا أنّ 12% من النساء تزداد شهيتهن عند القلق وفي حالة الحزن كانت النسبة 10%، أما

¹ اسمهان طاهر الأهدل، العوامل الاجتماعية والغذائية المرتبطة بالسمّنة عند النساء في جدة السعودية، في السمّنة في الوطن العربي الواقع والمؤمّل، وقائع المؤتمر العربي الثالث للسمّنة والنشاط البدني، مملكة البحرين، 19-21 يناير 2010، ص219.

² محمد بن عثمان الركبان، البدانة الداء والدواء، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، الرياض، 2009، ص64.

في حالة الفرح فقد كانت النسبة عالية حيث أفادت 29% من النساء بأن شهيتهن تزداد¹.

2- الممارسات والاعتقادات المرتبطة بالسمنة:

-التدليك: يعتقد بعض الأشخاص أنّ تدليك الجسم يساعد على تذويب الدهون في الجسم، وهذا غير صحيح إذ أن الدهون لا يمكن تصريفها إلا ببذل الطاقة اللازمة وفي عملية التدليك لا يتم ذلك بالنسبة للشخص السمين.

-حمامات البخار: ينتج عن استخدام حمامات البخار نقص كمية السوائل في الجسم نتيجة التعرق، ولكن سرعان ما يكتسب الشخص السمين وزنه بشربه للماء بعد الحمام².

-البنطلونات غير المسامية: هناك نوع من البنطلونات تم الترويج لها بزعم أنها تخفف الوزن وأحياناً يروج إلى ملابس خاصة بمناطق معينة من الجسم، وهذا غير صحيح فإن كل ما يتم هو تعرق تلك المنطقة في الجسم (فقد السوائل)، والتي يعوضها الشخص بشربه للماء.

-الأدوية المقلدة للشهية: وهي عبارة عن أدوية على شكل أقراص تؤثر على مركز الجوع والشبع في المخ، وبالتالي فإنها تقلل من شهية الشخص نحو الطعام وقد تسبب مضاعفات خطيرة مثل إدمان الشخص السمين على تناولها، كما أنّها تسبب بعض الاضطرابات الهضمية وارتفاع ضغط الدم.

¹ عبد الرحمن عبيد مصيقر، السمنة في الوطن العربي: انتشارها، أسبابها ومكافحتها، في السمنة في الوطن العربي الواقع والمؤمل، وقائع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني، مملكة البحرين، 19-21 يناير 2010، ص18.

² عبد الرحمن عبيد مصيقر، الاعتقادات الخاطئة المرتبطة بالسمنة، وقائع ندوة السمنة بين الواقع والحلول، البحرين، 28-29 مايو 1997، ص92.

-الإكثار من شرب الماء يؤدي إلى حدوث الكرش: هذا اعتقاد خاطئ، فالماء لا يتحول إلى دهون في الجسم وبالتالي لا يمكن أن يحدث السمنة¹.

-التوست أو الخبز الجاف يحتوي على سرعات حرارية أقل من التوست أو الخبز الطري: في الحقيقة فإن الإثنان (الخبز الجاف والطري) يحتويان على نفس السرعات الحرارية، وكل ما في الأمر أن كمية كبيرة من الماء قد تبخرت عند تحميص الخبز أو التوست ولكن المواد الأخرى ما زالت كما هي.

-الإمتناع عن وجبة الإفطار أو العشاء يساعد على تخفيف الوزن: ليس بالضرورة أن ينخفض الوزن عند تقليل عدد الوجبات في اليوم، وقد يحدث العكس أي أن الشخص يتناول كميات كبيرة من الطعام عند وجبة الغذاء تفوق ما كان يتناوله عند الفطور والغذاء².

¹ عبد الرحمن عبيد مصيقر، الإعتقادات الخاطئة المرتبطة بالسمنة، المرجع السابق، ص93.

² نفس المرجع، ص94.

خلاصة الفصل

لقد تم التركيز في هذا الفصل على أمراض مزمنة معينة هي مرض السكري، ضغط الدم وأمراض القلب بسبب النسب العالية التي سجلتها في أغلب دول العالم كما تحتل المراتب الأولى المسببة للوفيات، ولقد لاحظنا أن النسب عالية لدى الرجال مقارنة بالنساء في أغلب الدول، إلا أن الإحصاءات الوطنية بينت عكس ذلك في الجزائر حيث سجلنا أعلى نسب لأمراض القلب، ضغط الدم والسكري لدى النساء في جميع الفئات العمرية تقريبا.

ولقد ساعد على انتشار هذا النوع من الأمراض عدّة عوامل منها الغير قابلة للتغيير كالسن، فهذه الأمراض تنتشر أكثر مع التقدم في السن، والجنس الذي يعتبر محور دراستنا التي تنصب أساسا في دراسة صحة المرأة لأنها الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض خاصة مع التقدم في السن والوصول إلى سن اليأس الذي تصاحبه عدة أمراض وهناك عوامل أخرى منها الوراثية، وعوامل التحضر والتحديث التي أدت إلى تغير نمط الغذاء وبالتالي الإصابة بزيادة الوزن والسمنة خاصة لدى النساء والتي بينت العديد من الدراسات ارتباطها المباشر بالأمراض المزمنة.

تمهيد

يعد موضوع الصحة الانجابية من أهم انشغالات المفكرين والباحثين في مختلف التخصصات الطبية، الاجتماعية، الديموغرافية والانتروبولوجية، وتتواجد في جداول أعمال أغلبية المؤتمرات الدولية ويأتي على رأسها مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية الذي انعقد سنة 1994، وترتكز الصحة الإنجابية على كون الأفراد قادرين على التمتع بحياة جنسية مرضية والقدرة على الإنجاب وأن يكون للأزواج حق معرفة مختلف أساليب استخدام تنظيم الأسرة، خاصة المرأة التي تعايش تجربة الحمل والولادة والنفاس وما لهذه الفترات من تأثيرات على صحتها الجسمية والنفسية، فتحاط المرأة بمجموعة من الممارسات والمعتقدات الخاصة بالإنجاب التي تختلف باختلاف المجتمعات والمناطق بغية المحافظة على استمرار النسل.

انطلاقاً من هنا سوف نتطرق في هذا الفصل إلى تطور مفهوم الصحة الإنجابية ومكوناته ثم نعرض موضوع تنظيم النسل كعنصر من عناصر الصحة الإنجابية، أضف إلى ذلك الممارسات والمعتقدات الشعبية المتعلقة بالإنجاب التي تطبع بها المجتمعات العربية والمجتمع الجزائري.

المبحث الأول: ماهية الصحة الإنجابية

أولاً: تطوّر مفهوم الصحة الإنجابية

لم يكن مصطلح الصحة الإنجابية مفهوماً بارزاً قبل انعقاد مؤتمر السكان والتنمية سنة 1994، ولكنه كان متواجداً بصفة ضمنية في المؤتمرات الدولية التي سبقت مؤتمر القاهرة، حيث كانت البذرة الأولى لهذا المفهوم في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1948 الذي نص فيه على حق الأفراد في التمتع بمطلق الحرية في اختيار الحياة التي يريدونها ومن بين جوانبها تلك التي تتعلق بالأسرة والمرأة بصفة خاصة، بعدها عقدت الأمم المتحدة عام 1950 الدورة الأولى لمؤتمراتها التي تناولت فيها محور المرأة بصفة خاصة وكان تحت عنوان "تنظيم الأسرة" الذي دعت فيه إلى حرية الإجهاض والحرية الجنسية للمراهقين بالإضافة إلى تنظيم الأسرة¹، واعتبرت

منظمة الصحة العالمية سنة 1964 الصحة الإنجابية بأنها أحد أهم أركان الصحة العامة، وهي حالة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية وليس فقط غياب المرض ومن هذا المنطلق ارتبطت الصحة الإنجابية ارتباطاً وثيقاً بالمرأة وكيانها ودورها في المجتمع، مما يجعلها مؤثرة ومتأثرة بكل مراحل حياتها ابتداءً من الطفولة وصولاً إلى الشيخوخة، كما عرف المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان لسنة 1968 الصحة الإنجابية على أنها الحق في التخطيط لحجم الأسرة والمباعدة بين إنجاب الأطفال، اقتصر هذا التعريف على تخطيط الأسرة والمباعدة بين الولادات وأهم العناية المتعلقة بعملية الإنجاب وأجهزتها ووظائفها وعملياتها وأمراض النساء ومخاطرها².

¹ مرام بنت منصور: مفهوم الصحة الإنجابية في المواثيق الدولية، بحث تكميلي لنيل شهادة الماجستير، قسم الثقافة الإسلامية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 1430-1431هـ، 16-21.
² أحمد دريدش، الصحة الإنجابية في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة سعد دحلب البليدة، البليدة، جانفي 2011، ص46.

ثم عقد المؤتمر الأول للسكان في بخارست عام 1974 جاءت من خلاله الدعوة إلى تحديد النسل والمطالبة بالمساواة بين المرأة والرجل بعدها جاء شعار محاربة التمييز ضد المرأة من خلال مؤتمر المكسيك سنة 1975 الذي خرج بعدة توصيات منها حرية الإجهاض للمرأة والحرية الجنسية للمراهقين والأطفال وتنظيم الأسرة لضبط سكان العالم وفي هذا الصدد أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة في أواخر 1979 اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة المعروفة باسم السيداو حيث تم فيها الاعتراف بتساوي الرجل والمرأة في جميع الميادين والقضاء على الأدوار النمطية لكل منهما بالإضافة إلى حرية المرأة في اتخاذ القرار بشأن عدد الأطفال، ودعا المؤتمر الدولي للسكان المنعقد في المكسيك سنة 1984 إلى تأكيد المساواة في الحقوق بين المرأة والرجل بالإضافة إلى رفع سن الزواج والدعوة إلى التثقيف الجنسي للمراهقين والإقرار بالعلاقات الجنسية خارج نطاق الأسرة وغيرها¹، وفي لقاء المرأة والسكان المنعقد في (غابورنبوتسوانيا) في حزيران 1992م والذي ضم أعضاء مدافعين عن صحة المرأة وعن استخدام التعريف العملي لمنظمة الصحة العالمية كانت هناك البداية لتأكيد أهمية العلاقة بين صحة الأمومة وتنظيم الأسرة ووجود خدمات أخرى في مجالات الصحة الإنجابية، وقد لقي هذا التوجه تأييداً كبيراً في اجتماع الخبراء ووزراء الدول الذي عقد بنجالور في تشرين الأول من نفس العام حول تنظيم الأسرة وصحة ورفاه الأسرة².

¹مرام بنت منصور، المرجع السابق، 16-21.

² فهد محمود الصبري، أصول وتطور مفهوم الصحة الإنجابية، المجلس الوطني للسكان، الجمهورية اليمنية، 23 يوليو 2006.

وفي عام 1994 انعقد مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية الذي اعتبر النقطة الفاصلة في الإعلان عن مفهوم الصحة الإنجابية في وثيقة رسمية وتم تعريفها على أنها "حالة رفاة كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة" وهي تنطوي على قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة وأن تكون لديهم القدرة على الإنجاب وأن يكونوا أحرارا في تقرير موعد وتواتر ذلك ويشمل هذا الشرط الأخير على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسرة والمقبولة في نظريهما وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وتتهيأ للزوجين أفضل الفرص لمولود يتمتع بالصحة ونعني بخدمات الصحة مجموع الأساليب والطرق التي تسهم في الارتقاء بمستوى الصحة الإنجابية وهي تشمل أيضا الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي"¹.

من خلال هذا المؤتمر تم الانتقال بشكل واضح من منظومة السكان إلى تناول السكان والصحة ويعتبر هذا التحول نقطة ابتعاد عن البحث السكاني الكلاسيكي الذي يتعامل مع الخصوبة على أنها مرض يجب التحكم فيه، وتجاوزت الصحة الإنجابية التركيز الضيق على النساء في سنواتهن الإنجابية لتتناول الخبرات والعلاقات التي تشكل الإنجاب والحياة الجنسية والأمراض المرتبطة بها، واعتبرت فترة الشباب والمراهقة كفترات هامة ودرجة من حيث التجربة الجنسية وهي مرحلة تحمل الفرص

¹منظمة الصحة العالمية، السكان والصحة الإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية، ص14.

كما تحمل المخاطر كما تم الاعتراف بأهمية صحة النساء في فترة ما بعد انقطاع الطمث ودورهن في التأثير على قرارات الشباب من الرجال والنساء.

وبهذا فإن الصحة الإنجابية تهدف إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، وهي ليست مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي.

ثانياً: مكونات الصحة الإنجابية

1- الفحص الطبي قبل الزواج: لقد كان اهتمام الأسر قديماً عند تزويج أبناءها منصبا على اختيار الزوجة حسب النسب والجمال وفي أغلب الأحيان المرأة البدينة التي كانت في نظرهم تتمتع بصحة جيدة وقادرة على إنجاب الأطفال، كما كانت بعض الأسر تفضل اختيار الزوجة من العائلة، هذا دون مراعاة الجانب الصحي إلا أنه في الآونة الأخيرة بانتشار الأمراض الوراثية والأمراض المنقولة جنسياً أصبح من الضروري قيام الزوجين بفحوصات سريرية ومخبرية قبل الزواج بغرض تحقيق الأهداف التالية:

- "التشخيص المبكر لبعض الأمراض القابلة للعلاج ومعالجتها حتى لا تسبب متاعب صحية وأمراض تنغص حياة العروسين وتزيد من المضاعفات الصحية وخاصة للمرأة أثناء حملها، فهناك الكثير من الأمراض التي قد تكون موجودة دون أن يشعر بها الإنسان مثل مرض السكري والسل وبعض أمراض الغدد فيتم معالجتها قبل أن يشرع الرجل والمرأة في الزواج.
- التشخيص المبكر لبعض الأمراض الوراثية التي قد يكون الرجل أو المرأة أو الاثنين معا حاملين لها دون أن يعلموا مثل مرض فقر الدم المنجلي وفقر الدم

الثلاسيمي ومرض الهيموفيليا، هذه الأمراض تنتقل من الآباء والأمهات إلى الأبناء عن طريق الجينات الوراثية¹.

- تجنب إصابة المواليد الجدد بالإعاقة، خاصة في حالة زواج الأقارب.
- الحد من الأمراض المنتقلة جنسيا والتي تؤدي إلى إصابة الشريك وانتقال العدوى إلى الأطفال مثل مرض السيدا.

وبما أن موضوع دراستنا المرأة سنعرض فيما يلي الفحوصات التي يجب على المرأة إجراؤها قبل الزواج:

- "الكشف الطبي السريري، فحص فصيلة الدم، تحليل فيروس الحصبة الألمانية، تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب، تحليل جرثومة الحمل (تكسوبلازما) أي جرثومة القطط، تحليل فحص السكر بالدم، تحليل صورة دم كاملة وسرعة الترسيب بالدم، تحليل بول كامل، فحص الخلو من الأمراض الوراثية، فحص الرحلان الكهربائي لخضاب الدم للتأكد من خلو الدم من مرض الثلاسيما²."

2- الأمومة الآمنة:

"تعتبر الأمومة من أسمى آيات الإنسانية، فقد كرم الله والاسلام المرأة خاصة الأم تعظيما لها لما تقوم به من تربية الأبناء ورعايتهم، وخصها بالعناية والرعاية عندما أشاد بحقوقها، وقد خلق الله جسم المرأة ليتلاءم مع وظيفة الأمومة كما أنها هيئت نفسيا لتكون أم، فحباها الله بهيكل جسدي ملائم لأداء وظيفتها وهي الحمل والولادة

¹ أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، المرجع السابق، ص229.

² نفس المرجع، ص ص230-231.

وتربية الأطفال"¹، وللقيام بالأدوار المنوط لها على أكمل وجه وجب أن تتمتع بصحة جيدة وأن تتحصل على الرعاية الصحية خلال مراحل قبل الحمل أثناء الحمل وأثناء وبعد الولادة، لتجنب المشاكل الصحية الخطيرة التي تؤدي إلى وفاتها، " فقد أشارت التقديرات العالمية لسنة 2015 أن 303000 من النساء قاضين نحبهن أثناء الحمل والولادة"² ، وتعتبر كل من الأمراض المزمنة كالسكري والولادة العسيرة والنزيف والعدوى من أهم مسببات الوفاة.

لقد أولت المنظمات والهيئات الدولية اهتماما بالغا بصحة الأم، فوضعت سياسة الأمومة الآمنة من قبل اليونيسيف، تبدأ بالرعاية قبل وأثناء الحمل، وأثناء وبعد الولادة تمثلت في:

2-1- الرعاية قبل الحمل: تتمثل الرعاية قبل الحمل بالقيام بالتحقيق الصحي للفتاة، وتهيئتها للقيام بدورها كزوجة وأم، فيقدم لها معلومات ونصائح في مجال الإنجاب والأمراض المنتقلة جنسيا إضافة إلى التركيز على قيام المرأة بفحوصات قبل الزواج لتقادي الأمراض الوراثية التي ذكرناها سابقا إضافة إلى تشجيعها على إكمال دراستها وعدم الزواج في سن مبكر أو متأخر، لأن السن عند الحمل الأول يؤثر على صحتها.

2-2- الرعاية أثناء الحمل: يتطلب كل حمل رعاية ملائمة ويجب أن تكون النساء والأسر والمجتمعات على دراية باحتياجات الحامل والمستوى الملائم من الرعاية في المنزل والمؤسسات.

¹ إيمان أحمد سيد أحمد وآخرون، وعي المهات بالأمومة الآمنة وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للأسرة في محافظة الشرقية، مجلة الزقازيق للبحوث الزراعية، العدد 44، رقم 5، مصر، 2017، ص1759.

²WHO , UNICEF, The World Bank, United Nations Population Division, Trends in Maternal Mortality , 1990 to 2015, 2015.

"الرعاية أثناء الحمل من قبل المشرفين المدربين يمكن أن تساهم في ولادة آمنة وأطفال أصحاء عن طريق:

- مراجعة تقدم الحمل حتى إذا نشأت المشاكل يمكن للمرأة الذهاب إلى المرفق الصحي لمتابعة رعاية الحمل والولادة.
- اكتشاف المضاعفات بما فيها فرط ضغط الدم، فقر الدم والنزيف وسوء مجيء المولود، والحمل المتعدد وهذه المضاعفات قد تهدد بالخطر الأم.
- تقديم معززات الحديد وحمض الفوليك بانتظام في حالة اكتشاف فقر الدم، وإعطاء حقنيتين لحماية الم والطفل من التانوس.
- الفحص لاكتشاف العدوى أثناء الحمل ولاسيما عدوى السيل البولي والعدوى المنقولة جنسيا ومعالجتها بالمضادات الحيوية.

أما فيما يخص الرعاية الذاتية أثناء الحمل فتتم عن طريق تناول أطعمة صحية بما في ذلك الفاكهة والخضروات ذات الأوراق الخضراء، اللحم، السمك، البيض، الجبن واللبن، وتناول أقراص الحديد وحمض الفوليك كل يوم لمنع ومعالجة فقر الدم كما يجب على الحوامل الراحة لمدة أطول من المعتاد طوال فترة الحمل ويجب عليهن تجنب رفع الأشياء الثقيلة¹.

2-3- الرعاية أثناء وبعد الولادة: تتمثل الرعاية أثناء الولادة في قيام المستشفى بتوفير الظروف والمعدات المناسبة وتهيئة المرأة لعملية الوضع، والتدخل في حالة حدوث مضاعفات أو نزيف لذلك يستحسن اختيار المستشفى، أما بالنسبة لمرحلة ما بعد الولادة فهي تعتبر مهمة لتحقيق السلامة للأم والطفل، فيجب على الأم أن تكون واعية بأهمية هذه المرحلة وطرق الرعاية، منها حرص النساء على نظافتها

¹منظمة الصحة العالمية، دليل تدريبي لمجموعات ممثلي الأحياء والمتطوعين الصحيين، الجزء 1 صحة الأسرة، 2009، ص ص19-20

الشخصية باستمرار والاهتمام بتغذيتها واختيارها للوجبات التي تساعدها على استرجاع صحتها منها التي تحتوي على البروتينات والابتعاد عن الدهون، شرب السوائل من حليب ومستحلب البابونج، التأكد أيضا من عدم وجود نزيف في الرحم بعد الولادة، كما يجب تشجيع الم على الرضاعة الطبيعية لأنها ضرورية لصحة الطفل كما لصحة الأم فهي تساعد على التقليل من النزيف في الأسابيع الأولى للولادة.

3-تنظيم الأسرة: يعتبر موضوع تنظيم الأسرة من المواضيع القديمة التي كانت تدرج في السياسات السكانية والتي لها علاقة مباشرة بالصحة الإنجابية، بحيث تسمح للأفراد بأن يقرروا بحرية عدد الأطفال الذين يرغبون بإنجابهم وتوقيت ذلك وكذا الفترة الفاصلة بين كل طفل، وقد تقرر هذا الحق خلال مؤتمر الأمم المتحدة حول السكان سنة 1974 وتم تأكيده في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية سنة 1994 بمصر.

3-1-تعريف تنظيم الأسرة: "هو عبارة عن إجراء يهدف إلى التحكم في عدد المواليد وتوقيتها، كما يشير أيضا إلى جميع الوسائل والتقنيات المستعملة لتحقيق ذلك"¹.

3-2-وسائل تنظيم الأسرة: هناك عدة وسائل لتنظيم الأسرة منها:

***الوسائل التقليدية أو الطبيعية:** مثل حساب أيام التبويض، العزل والرضاعة الطبيعية.

***الوسائل الحديثة:** متمثلة في الطرق الهرمونية كحبوب منع الحمل والحقن والغرسات الهرمونية، وتعقيم الذكور (قطع القناة الدافقة) وتعقيم الإناث، اللولب وطرق الحاجز مثل الواقي الذكري أو الأنثوي، ومبيدات النطاف الكيميائية في شكل جيلي أو رغوة.

¹Armand Colin, *Dictionnaire de Démographie et des Sciences de la Population*, Edition INED, Paris, mars 2011, P334.

3-3- انتشار استعمال وسائل تنظيم الأسرة

ما يقارب 60% من الأزواج القادرين على الإنجاب على مستوى العالم حتى عام 2009 يستخدمون وسائل منع الحمل، وتتفاوت النسبة من دولة إلى أخرى، وتعتبر الوسيلة الأكثر استعمالاً في الدول المتقدمة الواقي الذكري وحبوب منع الحمل وتختلف نسب استخدام الوسائل المختلفة في الدول النامية بشكل عام حيث تصل إلى 35% لإجراء عمليات التعقيم للسيدات، 30% لاستخدام اللولب و 12% لتناول الحبوب و 11% لاستخدام الواقي الذكري.¹

وقد أحرزت البلدان العربية تقدماً في زيادة ارتفاع معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة كالمغرب، سوريا، تونس والجزائر حيث حافظت على معدلاتها المرتفعة التي تفوق 50% في الإقبال على تنظيم الأسرة، ومازالت هذه المعدلات منخفضة عموماً في بلدان عربية منها جيبوتي 15.3%، واليمن 40.9%.²

جدول رقم 16 يبين نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج واللاتي استخدمن أي وسيلة تنظيم الأسرة

النسبة %	البلد
80.4	تونس
60.0	سوريا
15.3	جيبوتي
40.9	اليمن
75.1	الجزائر
88.3	المغرب
59.9	ليبيا

المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

¹<https://ar.wikipedia.org/>

²آسيا شريف، واقع الصحة الانجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، صحة الأسرة العربية والسكان، المجلد الخامس، العدد 13، 2012، ص 59.

4- الأمراض المنقولة جنسياً:

كان التعريف السائد للأمراض المنقولة جنسياً في الماضي أنها مجموعة الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي غير أن ذلك التعريف كان فضفاضاً وبه الكثير من العمومية بحيث يمكن أن يشمل أمراضاً أخرى تنتقل عن طريق العملية الجنسية، وأي اقتراب حميم آخر كالأمراض التي تنتقل عن طريق الرذاذ واللعب كالانفلونزا والدرن وغيرها لذا اتفق العلماء على تعريف أكثر تحديداً وهو مجموعة الأمراض التي يلعب فيها الاتصال الجنسي الدور الأساسي في نقل العدوى وإن كان من الممكن أن ينتقل بعضها بطرق أخرى مثل انتقال فيروس الإيدز أو ميكروب الزهري عن طريق الدم¹.

تعد الأمراض المنقولة جنسياً من بين الأمراض التي خلفت أثراً اجتماعية واقتصادية حادة عند النساء والرجال لأنها تسبب اعتلال الصحة لفترات طويلة من الزمن، وتكون النساء أكثر عرضة للإصابة بها، "على المستوى العالمي تقع أكثر من مليون حالة عدوى منقولة جنسياً يومياً، وفي عام 2016، أشارت منظمة الصحة العالمية إلى حدوث ما يقدر بـ 376 مليون إصابة جديدة بواحد من أربعة أمراض منقولة جنسياً وهي: العدوى الناجمة عن المتدثرة (127 مليون حالة)، والسيلان (87 مليون حالة)، والزهري (6.3 مليون حالة)، وداء المشعرات (156 مليون حالة). ويتعايش أكثر من 500 مليون شخص مع العدوى بفيروس الحلا البسيط (الهربس) في الأعضاء التناسلية. ويوجد ما يقدر بـ 300 مليون امرأة مصابة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري، وهو السبب الرئيسي للإصابة بسرطان عنق الرحم. ويقدر عدد المتعايشين مع فيروس التهاب الكبد المزمن B عالمياً بـ 240 مليون شخص. ويمكن الوقاية من كلٍّ من فيروس الورم الحليمي البشري و التهاب الكبد B بالتطعيم"².

¹عبد الرحيم عبد الله، كل ما تحتاج معرفته عن الأمراض المنقولة جنسياً، دار الشروق، مصر، ط1، 2009، ص13.

²[https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

من خلال ما سبق سنذكر أهم الأمراض المنقولة جنسياً:
***السيلان:** هو مرض معدي بكتيري وحاد يصيب الأعضاء التناسلية والمسالك البولية عند النساء والرجال، تسببها بكتيريا من المكورات السالبة الجرام ينتقل عبر الاتصال الجنسي، استعمال أدوات وملابس المصابين، من الأم إلى الجنين وأثناء الولادة
وتتمثل أعراضه عند النساء في التهاب في مجرى البول مع عسر في التبول وافرازات مهبلية تتراوح ما بين بسيطة وشديدة.

التهاب عنق الرحم وقد يصل إلى الرحم والمبيضين أو فتحة الشرج والمستقيم
***الزهري:** مرض بكتيري مزمن ومعدي ويتميز بفترات خمول طويلة يتخللها فترات انعاش، تسببها بكتيريا اللولبيات الشاحبة
ينتقل عبر الاتصال الجنسي، استعمال أدوات وملابس المصابين أو التقبيل، من الأم إلى الجنين وأثناء الولادة ويمر بعدة مراحل:

المرحلة 1: التعرض لالتهاب جلدي، دخول بكتيريا، طفح جلدي ووجود زوائد جلدية حول فتحة الشرج، المرحلة 2: كامنة لمدة سنوات، المرحلة 3: تؤثر على الجلد والعظام ويحدث تآكل للأعضاء التناسلية والقلب والأعصاب، المرحلة 4: إصابة الجهاز العصبي مما يؤدي إلى اضطرابات عصبية شديدة وفقدان الحياة.¹

***الايذز:** هو اختصار لمتلازمة فقدان المناعة المكتسب، والمرض عبارة عن مجموعة من الأعراض المرضية والتي يدل ظهورها على أن المصاب يعاني من فقدان المناعة، وبما أن فقدان المناعة قد يكون وراثياً فقد أضيفت لفظة المكتسب للتدليل على الفرق بينهما، كما لا بد أن يكون فقدان المناعة قد حدث بدون سبب

¹ أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، المرجع السابق، ص ص 72-73.

طبي ويؤدي نقص المناعة المكتسب إلى انتشار الميكروبات من الفيروسات والبكتيريا بالإضافة إلى الطفيليات والفطريات في جسم المصاب والتي تعرف باسم الأخماج الانتهازية، كما يحدث أيضا انتشار لورم خبيث يدعى غرن (ساركوما) كابوسي¹.

ينتقل الفيروس عن طريق:

-الانتقال الجنسي مع مصاب بالمرض وهو أكثر الوسائل انتشارا ، فينتقل للمرأة مع السائل المنوي للرجل ومن المرأة المصابة للرجل مع افرازات المهبل، ويعتبر الجماع الشرجي أكثر خطورة في نقل العدوى.

-نقل دم ملوث بالفيروس يعتبر من أكفأ الطرق².

-استخدام الابرة الملوثة بالفيروس التي تنتشر بين مدمني المخدرات حيث يتبادلون التعاطي عن طريق نفس المحقن.

-ينتقل الفيروس أيضا من الأم للطفل بثلاثة طرق هي تسرب الفيروس أثناء الحمل من دم الأم المصابة إلى الطفل عن طريق المشيمة، وخلال عملية الولادة حين يختلط جلد المولود بدم الأم وافرازاتها أو عن طريق الرضاعة الطبيعية³.

ويعرف هذا المرض انتشارا واسعا في مختلف دول العالم، فحسب تقرير صدر من منظمة الأمم المتحدة (UNAIDS) لعام 2019، فإنه أصيب 1.7 مليون شخص في العالم بفيروس نقص المناعة البشرية، أي أكثر من ثلاثة أضعاف الهدف لعام 2020، ولقي 690000 شخص مصرعهم بسبب أمراض مرتبطة بالايديز في نفس السنة رغم توفر العلاجات الفعالة⁴.

¹ محمد علي البار، الأمراض الجنسية أسبابها وعلاجها، دار المنارة للنشر والتوزيع، ط1، جدة، 1986، ص133.

² عبد الرحيم عبد الله، المرجع السابق، ص112.

³ عبد الرحيم عبد الله، المرجع السابق، ص113.

⁴ www.unaids.org

أما في الجزائر، فيعيش 22000 من البالغين والأطفال بمرض نقص المناعة المكتسبة، بينما تعيش 9500 امرأة بالغة 15 سنة فما فوق بالفيروس.¹

*الالتهابات التناسلية: تفرز غدد الرحم عند المرأة إفرازات مهبلية تعتبر طبيعية وصحية، لكن عند حدوث أي إتهاب في الأعضاء التناسلية يتغير لونها وكميتها ورائحتها، في هذه الحالة لابد من الذهاب إلى طبيب مختص للكشف عن المشكلة ومعالجتها قبل أن تتفاقم فقد تسبب العقم وحتى الوفاة.

المبحث الثاني: الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات

المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات (MICS) هي عبارة عن تحقيقات، تم انجازها من طرف وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات مع الدعم التقني والمادي لليونيسيف (UNICEF) مع مساهمة مادية من طرف UNFPA و SNUDA بهدف جمع إحصائيات دقيقة حول وضعية الأطفال، الأمهات (النساء) و الأسر على المستوى الوطني، حسب مناطق السكن (حضر، ريف)، حسب فضاء البرمجة العمرانية (شمال وسط، شمال شرق، شمل غرب، الهضاب العليا الوسطى، الهضاب العليا شرق، الهضاب العليا غرب والجنوب)، وحسب الخصائص السوسيو ديموغرافية و السوسيو اقتصادية لأفراد الأسر في عدة مجالات خاصة بالصحة، التربية، الحماية، الأمراض المنتقلة جنسيا (فقد المناعة المكتسبة) وظروف المعيشة للسكان الهدف الرئيس لهذا المسح هو الإعلام و إعطاء صورة حول التقدم المسجل (المحقق) في برنامج (المديونية) للتنمية وكذا الأهداف الوطنية للتنمية وخاصة تلك التي تمس العيش الكريم و الصحة الجيدة للأسر، النساء و الأطفال في الجزائر، ولقد تم انجاز خمسة مسوحات هي المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، المسح الوطني متعدد المؤشرات

¹www.unaids.org

32006 (MICS)، المسح الوطني متعدد المؤشرات 2012-2013 (MICS4)، المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS6)، تطرقت هذه المسوحات إلى عدة مؤشرات خاصة بالصحة الإيجابية نذكر منها:

أولاً: الخصوبة

تعد الخصوبة المحرك الرئيسي للتحويل الديموغرافي في الجزائر، أمام معدل الوفيات خاصة الأطفال، كما أنها عنصر أساسي من عناصر الصحة الإيجابية، تتم معرفة مستويات الخصوبة عن طريق المؤشر التركيبي للخصوبة ومعدل الخصوبة العام هذا ما تبينه معطيات المسوحات المبينة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 17 يبين معدل الخصوبة حسب السن والمؤشر التركيبي للخصوبة من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات

السن	2002	2006	2012-2013	2019
19-15	5	4.4	10	12
24-20	51	51.3	80	81
29-25	111	111.1	138	161
34-30	126	129.2	144	150
39-35	102	108.9	114	107
44-40	40	47.7	44	43
49-45	8	2.3	7	5
ISF	2.2	2.27	2.7	2.8

المصدر: من إعداد الباحثة انطلاقاً من التقارير النهائية للمسوحات العنقودية متعددة المؤشرات

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع الخصوبة خلال مسحين 2012-2013 و2019 وهذا في كافة الفئات العمرية ما عدا الفئات العمرية الأخيرة، كما نسجل انتقال المؤشر التركيبي للخصوبة من 2.2 سنة 2002 إلى 2.7 سنة 2012-

2013 و 2.8 سنة 2019 أي بزيادة قدرت بـ0.5 طفل لكل امرأة، ولقد تركزت معظم الولادات في الفئتين العمريتين 25-29 سنة و30-34 سنة وبنسبة أقل في الفئة العمرية 35-39 سنة.

يرجع هذا التغيير في مستويات الخصوبة إلى عدة عوامل منها الزواج حيث يرتبط السن عند الزواج بمعدل الخصوبة، حيث سجل ارتفاع في مؤشر الزواج خاصة في الفئة العمرية 20-30 سنة نتيجة خروج الجزائر من العشرية السوداء التي عاشتها والتي أثرت عليها في كافة المجالات منها، أضف إلى ذلك تحسن الظروف الاقتصادية بارتفاع مداخيل النفط فانخفضت على إثرها البطالة وكان هناك عدة برامج للسكن، هذا من جهة ومن جهة أخرى لم يرتفع معدل استعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة الممتدة من 2002 إلى 2019 هذا ما سنعرضه في العنصر التالي.

ثانيا: تنظيم الأسرة

لقد أجريت عدة مسوحات ودراسات خاصة بتنظيم الأسرة كان أولها سنة 1968 والجدول التالي يبين تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر من خلال مختلف المسوحات

جدول رقم 18 يبين تطور استعمال وسائل تنظيم الأسرة من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات

النسبة	السنوات	نسب	السنوات
50.9	1992	7.6	1968
56.9	1995	8	1970
77.9	2002	25	1984
61.4	2006	35.5	1986
57.1	2013-2012	40.6	1990
53.6	2019		

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على التحقيقات والمسوحات متعددة المؤشرات

يظهر من خلال معطيات الجدول أن استعمال وسائل تنظيم الأسرة بدأت تعرف زيادة ملحوظة خلال فترة الثمانينات حيث انتقلت من 25% سنة 1984 إلى 50.9% سنة 1992 ثم إلى 77.9% سنة 2002، بحيث وحسب المسح الوطني حول صحة الأم والطفل لسنة 1992 أصبحت المعرفة بوسائل منع الحمل شبه عامة في أوساط النساء حيث سجل أن ما يقارب 74% من النساء المتزوجات يلجأن إلى طريقة واحدة على الأقل.

وقد يرجع سبب ارتفاع نسبة مستعملات وسائل منع الحمل في الجزائر الى ارتفاع نسبة استعمال الوسائل الحديثة حيث بلغ 76% سنة 2002، إلا أن النسبة بدأت في الانخفاض خلال السنوات الموالية فنجد أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل خلال التحقيق الذي أجري سنة 2006 كانت 61.4% لتنخفض سنة 2012 إلى 57.1% ثم 53.6% في التحقيق الوطني المتعدد المؤشرات لسنة 2019، وتبقى أهم الوسائل التي تستعملها المرأة الجزائرية هي حبوب منع الحمل كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 19 يبين تطور نسبة استعمال مختلف وسائل منع الحمل في الجزائر

السنة	1968	1986	1992	1995	2002	2006	-2012 2013	2019
لا تستعمل أية وسيلة	-	-	-	-	-	-	42.9	46.4
الحبوب	-	26.4	38.7	43.4	74.6	45.9	43.0	39
اللولب	-	2.0	2.4	4.1	9.2	2.3	2.2	2.4
الواقى الذكري	-	0.5	0.7	0.8	6.8	20.3	1.9	2.1
الحقن	-	0.6	0.2	0.04	-	-	0.1	-

0.5	0.5	-	-	9.6	-	-	-	التعقيم
0.3	0.2	-	-	-	-	-	-	وسائل مفروسة
0.1	0.1	1.4	-	0.3	1.1	1.5	-	وسائل أخرى حديثه
44.9	47.9	52	76.0	49.0	31.1	1.5	-	كل الوسائل الحديثه
0.7	1.6	1.9	10.1	4.4	4.0	-	-	الرضاعة الطبيعية
5.1	3.9	4.1	8.7	2.4	1.70	0.6	-	الرضاعة
2.8	3.7	3.3	7.0	0.6	1.80	3.10	-	العزل
8.1	9.2	9.4	-	7.5	6.0	4.4	6.5	كل الطرق التقليدية
53.6	57.1	61.4	77.9	56.9	50.80	35.50	6.5	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على المسوحات والتحقيقات متعددة المؤشرات

يتبين لنا من الجدول أن الوسيلة الأولى المعتمدة لدى النساء في كافة التحقيقات والمسوحات هي حبوب منع الحمل رغم الطرق المختلفة الحديثه ربما يرجع السبب إلى قلة تكلفتها ومجانيتها في مراكز الأمومة ، كما أنها تسجل في الوصفات الطبية مباشرة بعد الولادة، ونلاحظ أيضاً استمرار انتشار الطرق التقليدية والطبيعية لمنع الحمل في مختلف التحقيقات حيث انتقلت من 6.5% سنة 1968 إلى 7.5% سنة 1995، إلى 9.4% سنة 2006 ثم 8.1% سنة 2019، وهذا لانتشار الاعتقادات السلبية حول وسائل تنظيم النسل الحديثه كالحبوب واللولب مفادها أنها تسبب مشاكل صحية للمرأة وتفقدتها خصوصيتها لذلك نجد أن استخدام وسائل منع الحمل مباشرة بعد الزواج تكون نسبتها قليلة جداً.

ثالثاً: الرعاية الصحية قبل، أثناء وبعد الولادة

1-الرعاية الصحية قبل الولادة (أثناء الحمل)

لطالما كان تحسين صحة الأم جزءاً لا يتجزأ من الأولويات في مسائل الصحة الإنجابية، خاصة وأن الولادات لا تزال تسجل ارتفاعاً في البلد، حيث توفر فترة ما قبل الولادة فرصة مهمة للوصول للنساء الحوامل وتوفير التدخلات الضرورية لصحتهن وصحة أطفالهن، وقد أدى الفهم الأفضل لنمو الجنين وتطوره وارتباطه بصحة الأم إلى زيادة الإهتمام بالرعاية ما قبل الولادة.

وتوصي منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بأربع زيارات ما قبل الولادة على الأقل، وتمثل الإرشادات المقدمة من طرف المنظمة في:

- قياس ضغط الدم
- فحص الدم للكشف عن مرض الزهري وفقر الدم الشديد
- قياس الوزن والطول (اختياري)¹

جدول رقم 20 يبين توزيع النساء البالغات 15-49 سنة اللواتي تلقين رعاية

أثناء الحمل حسب الإشراف الطبي

عدد النساء	إطار طبي مؤهل	لم تتلقين الرعاية	أخرى	ممرضة أو قابلة	طبيب	الإشراف الطبي التحقيق
/	/	/	0.1	29.7	61.6	2002
5830	89.4	9.7	0.9	13	76.4	2006
5891	92.7	5.6	1.6	7.9	84.8	-2012 2013
5686	95.3	3.2	1.5	5.1	90.2	2019

¹ WWW.OMS.ORG

يتضح من خلال الجدول ارتفاع نسبة النساء اللواتي حضين بإشراف طبي أثناء فترة الحمل حيث انتقلت من 61.6% سنة 2002 إلى 90.2% سنة 2019 هذا بالنسبة للإشراف من قبل الطبيب، وانتقلت النسبة من 89.4% سنة 2006 إلى 95.3% سنة 2019 بالنسبة للواتي حضين بإشراف طبي من قبل إطار طبي مؤهل، بالمقابل سجل انخفاض في نسبة النساء اللواتي قمن بزيارة الممرضات أو القابلات إلى 5.1% سنة 2019 مقابل 29.7% سنة 2002، كما انخفضت نسبة النساء اللواتي لم يتلقين ولا رعاية أثناء فترة الحمل من 9.7% سنة 2006 إلى 3.2% سنة 2019، لقد ازداد الوعي في السنوات الأخيرة بأهمية المتابعة الطبية خلال فترة الحمل لما لها من نتائج في خفض وفيات الأمهات وحديثي الولادة والكشف المبكر لمضاعفات ومخاطر قد تحدث للأم والجنين أثناء فترة الحمل ومعالجتها، ويختلف وصول النساء لخدمات الرعاية حسب عدة عوامل منها المنطقة الجغرافية والمستوى التعليمي والإقتصادي وكذا الثقافي التي تعتبر من محددات سلوكيات النساء اتجاه صحتهن الإنجابية.

بالنسبة لعدد المرات التي تتردد فيها النساء على طبيب أثناء فترة الحمل للمتابعة فقد سجلت نسبة 67.3% بالنسب للواتي قمن بزيارة الطبيب 4 مرات فأكثر في تحقيق 2012-2013، و 5 زيارات في المتوسط بالنسبة لتحقيق 2019.

أما فيما يخص نوع الخدمات المقدمة للنساء اللواتي قمن بزيارة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل فهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 21 يبين نسبة النساء الحوامل اللواتي قمن بزيارة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل حسب نوع الرعاية المقدمة

2019	2013-2012	2006	نوع الرعاية المقدمة
88.8	82.9	70.9	تحليل الدم
92	90.5	85.9	قياس ضغط الدم
76.3	71.6	61.3	تحليل البول
74.9	/	65.2	الوزن
34.5	/	33.1	قياس القامة/الطول
58.7	/	63.6	قياس ارتفاع الرحم
95.4	/	85	الموجات فوق الصوتية
/	/	67.9	فحص أمراض النساء
92.6	/	79.2	وضع الجنين

المصدر: من إعداد الباحثة انطلاقاً من التقارير النهائية للتحقيقات

يتبين من خلال الجدول أنه من بين النساء الحوامل اللواتي أجرين فحص واحد على الأقل خلال فترة الحمل، صرحت 70.9% أنهن قمن بإعطاء عينة من الدم خلال فحص ما قبل الولادة، 85.9% استقدن من قياس ضغط الدم و61.3% قمن بتحليل البول هذا خلال تحقيق 2006، وارتفعت النسبة إلى 88.8% بالنسبة لتحليل الدم 92% بالنسبة لقياس ضغط الدم و76.3% لتحليل البول خلال تحقيق 2019، هذه التحاليل أوصت بها منظمة الصحة العالمية لضمان اجتياز المرأة لفترة الحمل بصحة جيدة وتفادي انتقال أي نوع من العدوى للجنين بالإضافة إلى تجنب أي مضاعفات تؤدي بحياتها وحياة الجنين.

2-ظروف الولادة:

يعتبر ولادة طفل حديث حدثا سعيدا في جميع أنحاء العالم، إلا أن عملية الولادة وفترة ما بعد الولادة مباشرة، محفوفتين بالمخاطر، حيث تبين الإحصاءات أن ثلاثة أرباع وفيات الأمهات تحدث خلال هذه الفترة، ولضمان أمومة آمنة وجب وجود عامل صحي يتمتع بمهارات التوليد عند الولادة مع توفر وسائل النقل في الحالات الطارئة.

ويتمثل أحد أهداف عالم صالح للأطفال في ضمان وصول النساء بسهولة وبأسعار معقولة للمساعدة أثناء الولادة من قبل موظفين مؤهلين (طبيب، ممرضة، قابلة)، هذا ما يجعل من الممكن رصد التقدم المحرز في تحقيق الهدف الإنمائي للألفية المتمثل في خفض معدل الوفيات النفاسية لثلاثة أرباع.

يبين الجدول الموالي أن 98.8% من الولادات تمت بمساعدة إطار طبي مؤهل خلال تحقيق 2019 مقارنة بـ 95.2% لتحقيق 2006 و 96.6% في تحقيق 2012-2013، وتفاوتت هذه النسب حسب مكان الإقامة، المستوى التعليمي والمستوى المعيشي للنساء، كما نلاحظ أن 64.4% من الولادات تمت بمساعدة قابلة أو ممرضة سنة 2019 بعدما كانت 78.1% سنة 2006، أما التدخلات أثناء الولادة من طرف طبيب فلم تمس إلا 34.4% من الولادات، ونسجل أيضا 0.7% من الولادات التقليدية أي الولادات التي تمت خارج مؤسسة استشفائية سواء مستشفى أو عيادات خاصة هذا رغم مجهودات الدولة في توفير المنشآت الصحية إلا أن الولادات في المنازل لا تزال حاضرة خاصة في المناطق الريفية.

جدول رقم 22 يبين توزيع النساء البالغات 15-49 سنة حسب نوع العاملين
المساعدين في عملية الولادة

الإشراف على الولادة	طبيب	قابلة أو ممرضة	ولادة تقليدية	قريب/صديق	أخرى	لا أحد	إطار طبي مؤهل
2006	17.2	78.1	2.4	1.0	1.2	0.1	95.2
2012- 2013	26.7	69.9	0.8	0.5	2.0	0.1	96.6
2019	34.4	64.4	0.7	0.3	0.0	0.2	98.8

المصدر: من إعداد الباحثة انطلاقاً من التقارير النهائية للتحقيقات

المبحث الثالث: الممارسات والمعتقدات الشعبية المتعلقة بالإنجاب

يعتبر الإنجاب أساس تكوين أسرة، فلا وجود لمشروع زواج دون مشروع إنجاب أطفال، " فقد أكد تولستوى في روايته (لحن كروتزر) ذلك بقوله: إن العلاقة الجنسية الطبيعية الوحيدة هي التي تهدف بالذات إلى إنجاب الأطفال وكل ممارسة جنسية أخرى تجرى بقصد المتعة حتى بين الرجل وزوجته هي عمل غير طبيعي"¹، إلا أن الإنجاب يخضع لإرادة الزوجين من حيث توقيت إنجاب الأطفال وعدد الأطفال المرغوب في إنجابهم.

"ورغم أن ظاهرة إنجاب الأطفال وتوقيت إنجابهم ظاهرة تبدو وكأنها فردية خاصة بالزوجين نفسيهما إلا أن هناك عوامل خارجية تؤثر عليها وتتحكم فيها كالعامل الديني والاجتماعي والثقافي، فأصبح قرار إنجاب الأطفال يدخل في

¹ رايح درواش، علم اجتماع العائلة، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2012، ص200.

سلسلة معقدة من التفاعل بين الظواهر الاجتماعية والاقتصادي التي أثرت على قرار الأزواج¹.

كما أن الثقافة بمكوناتها من عادات وتقاليد وممارسات ومعتقدات التي يقوم المجتمع بغرسها في أفرادها وأصبحت من المسلمات والبدهييات تؤثر على السلوك الإنجابي لديهم وعلى مستويات الخصوبة، "نلاحظ ذلك عند فريدمان عندما شرح العوامل الثقافية المؤثرة على السلوك الإنجابي في الريف المصري، قدّم إسهامات عديدة في محاولة لتقصي أثر العوامل الاجتماعية الثقافية على السلوك الإنجابي في المجتمعات المتخلفة، فحول ظاهرة ارتفاع معدلات الخصوبة في المجتمعات المتخلفة وأسباب انخفاضها مع تقدم المجتمع، أكد أن معدلات الخصوبة ترتبط بالتغيرات التي تطرأ على المعايير الثقافية المتوارثة الخاصة بالإنجاب، وأن هذه بدورها ترتبط بطبيعة المجتمع ونوع الأنظمة السائدة فيه"².

سنحاول فيما يلي عرض بعض الممارسات والمعتقدات الشعبية المتوارثة من جيل إلى جيل والخاصة بالإنجاب التي لا تزال مستمرة في مجتمعنا المعاصر منها المتعلقة بالخصوبة، الحمل والولادة:

أولاً: الممارسات والمعتقدات الشعبية الخاصة بالخصوبة

تنتشر وتتنوع الممارسات والمعتقدات الشعبية الخاصة بخصوبة المرأة في مختلف الثقافات منذ العصور القديمة، ولقد ترك الأجداد القدماء آثارا وسجلات تدل على معرفتهم بأمراض النساء، خصوبتهن، كيفية تشخيص الحمل ومعرفة نوع الجنين، فقد وجد عند الفراعنة نقوش على جدران المعابد وبرديات تدل على ذلك أشهرها

¹ جويذة عميرة، الخصوبة في مواقف الأزواج الجزائريين وتصرفاتهم، في مجلة الروابط الاجتماعية، فعاليات الملتقى الوطني الرابع لقسم علم الاجتماع، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص128.

² علياء شكري وآخرون، دراسات في علم السكان، زهراء الشرق للتوزيع، القاهرة، 2000، ص251.

"بردية كاهون التي تضم تشخيصات وممارسات تتعلق بأمراض النساء، وعلاج هذه الأمراض باستخدام الجعة واللبن والزيت والبلح، والعلاج بالغسيل والتبخير المهبلي والتعرف على مدى خصوبة المرأة، وذلك بأن تجلس المرأة فوق بقايا جعة فإذا تقيأت كانت خصبة، ودل عدد مرات القيء على عدد الأولاد اللذين سوف تلدهم، وإذا لم تتقيأ يعني أنها عقيم"¹، وكان بول الحامل يوضع على قمح وشعير، فإن نبت القمح كان الجنين ذكر، وإن نبت الشعير فأنثى، وإن لم ينبت أحدهما فلا حمل، كما عرفوا علاج سقوط الحمل والحقن المهبلية².

"كما وجد بين الأوراق البردية الطبية نصوص تختص بأمراض النساء كالإجهاض والسيلان المهبلي والقلق الحيضي وطرق معالجتها"³.

ولما كان للإنجاب من أهمية في حياة الزوجين، يسعى كل منهما منذ بداية الزواج للحصول على طفل لإشباع رغبة الأمومة والأبوة وتكوين أسرة، وتحقيق مكانة اجتماعية، فالممارسات والمعتقدات المتعلقة بالإنجاب تبدأ منذ ليلة الزفاف، فتنوع الممارسات الخاصة بهذه الليلة من منطقة إلى أخرى من بينها" يربط كل من العروسين قطعا من معدن الرصاص حول الوسط وأسفل الملابس إلى ما بعد ليلة الزفاف أو قد يستبدل بخيط من شباك الصيد أو ارتداء الملابس الداخلية بالمقلوب، اعتقادا منهم بأنها ترد الأعمال السحرية وتعكسها كذلك دخول الزوجين لمنزل الزوجية لأول مرة بالقدم اليمنى كنوع من التناول وتيمنا للحصول على البركة، وفي بعض المجتمعات يلزم العريس حمل العروس إلى داخل غرفة نومها حتى لا تخطو فوق عمل سحري قد أعد لهما اعتقادا منها بأن هذا الفعل يبطل مثل هذه الأعمال، كما تستخدم عناصر أخرى طبيعية في بعض

¹ محمد أحمد غنيم، العادات والتقاليد الشعبية في محافظة الدقهلية، دراسة أنثروبولوجية، دورة الحياة، دون سنة، ص275.

² نفس المرجع، ص275.

³ نفس المرجع، ص275.

الممارسات السحرية خاصة المياه، مثل رش ماء وملح أو التنظيف بماء مرقي، ونثر الحبوب على العروسين، أو وضع الفاكهة حول سريرهما، أو إقامة الصلوات ونحر الأضاحي والدعاء والابتهاال إلى الله أن يوفر لهما حياة زوجية سعيدة، وأن يرزقهما بالذرية الصالحة كذلك يتم نثر الأرز عليهم أثناء الزفة لأن الأرز عندهم يرمز إلى الخصوبة¹، هذه المعتقدات والممارسات تشترك فيها مجموعة كبيرة من المجتمعات إلا أنها تختلف في تفاصيلها من مجتمع لآخر حسب موقع وخصوصية وتاريخ كل مجتمع حتى أننا نلاحظ إختلافا في الممارسات والمعتقدات الشعبية داخل المجتمع الواحد، والمجتمع الجزائري واحد من هذه المجتمعات الذي يتميز بتنوع عاداته وتقاليده وممارساته الخاصة بالزواج، الحمل والولادة، وقد وصف "مصباح الهلي" في دراسة قام بها حول المعتقدات الشعبية حول الزواج، الحمل والولادة بمنطقة القصر العتيق بورقلة، "الزواج عند مجتمع القصر على أنه يعبر عن صورة جميلة من التكافل الاجتماعي والفرح والابتهاج الجماعي، ويتم هذا الزواج عبر عدّة أيام تصل إلى أسبوعين فيها أيام للعرس وأخرى لدار الحجة، بالنسبة لأيام العرس وهي سبعة أيام تتميز بممارسات خاصة بالعروس وأخرى بالعريس، بالنسبة للعروس فإنها تذهب تقريبا كل الأيام لزيارة الولي الصالح ففي اليوم الأول تذهب هي وصديقاتها إلى الولي الصالح سيدي عبد القادر واليوم الثالث الذي يصادف يوم الأربعاء تتوجه مع صديقاتها وهن يرقصن من البيت إلى الخوخة إلى الولي الصالح سيدي برجال الذي يوجد ضريحه في منطقة بامنديل، واليوم الرابع تذهب فيه كذلك مع صديقاتها وأقاربها لزيارة ولي آخر وهو الولي الصالح سيدي عبد القادر الذي يقع في حي الشرفة وفي اليوم الخامس ويسمى يوم أسنسر تذهب

¹ ميرفت العشماوي عثمان، دورة الحياة دراسة للعادات والتقاليد الشعبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2011، ص ص 212-213.

العروس لتمكث في البيت الذي ترعرعت فيه لمدة يومين وفي اليوم السادس تكون آخر زيارة للولي الصالح سيدي بلخير لطلب البركة والذرية قبل أن تذهب العروس لبيت زوجها¹، إن الزيارات المتكررة للأولياء الصالحين معتقد سائد في المجتمع الجزائري سواء عند أهل الشمال أو الجنوب الشرق أو الغرب، تلجأ إليهم النساء خاصة في كثير من المناسبات التي تتعلق بالزواج والحمل وطرد الشرور لاعتقادهن بأنهم وسطاء بينهم وبين الله وأن لهم القدرة على شفاء المرضى وتسهيل الأمور الخاصة بالزواج والحمل فيقمن بالتقرب منهم بالنذور لقضاء الحوائج.

أما بالنسبة لأيام دار الحجة وهي الأيام التي يمكث فيها العريس قبل الانتقال للعيش مع الأسرة الكبيرة، فتمتيز بممارسات أخرى أهمها في اليوم الثالث يقدم طبق تدوارت للحضور، ويقدم مشروب تكرويت وهو مشروب مقوي جنسيا يستخلص من التمر تضاف له بعض التوابل ويكون طعمه حلو، أما صبيحة اليوم الثامن فيختفي العريس مع أصدقائه في واحات النخيل إلى غاية غروب الشمس أين يكلف أحد العارفين بخبايا النخيل بقطع نخلة والإتيان بجمارها (لبها) لتقديمها للعريس لاعتقادهم بأنها تجلب له الرزق والسعادة والذرية الصالحة².

كما قلنا سابقا فإن العادات والمعتقدات الخاصة بالزواج تختلف من منطقة إلى أخرى في المجتمع الجزائري، إلا أن الغاية واحدة وهي إنجاب الأطفال وتكوين أسرة، ففي منطقة القبائل يتم الاحتفال بالزواج خلال ثلاثة أيام، يتميز اليوم الأول بإقامة ليلة الحناء للعريس والعروس، حيث يجتمع أهل والأقارب لتناول العشاء ثم تحنية العريس الذي يوضع أمامه الماء والبيض اللذان يرمزان للنقاء والصفاء، أما بالنسبة للعروس فتنزين باللباس التقليدي، وتقوم إحدى كبيرات

¹ مصباح الهلي، المعتقدات الشعبية حول الزواج، الحمل والولادة بمنطقة القصر العتيق بورقلة، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد الثامن، جوان 2012، ص ص339-340.

² مصباح الهلي، المرجع السابق، ص ص 341-342.

العائلة بوضع الحنة للعروس تحت رقابة صارمة لطبق الحنة التي يتم التخلص من بقاياها خوفاً من استعمالها لعمل سحر للتفرقة بين الزوجين أو عدم إنجاب الأطفال، وفي اليوم الثالث تذهب العروس لبيت زوجها إما فوق الحصان أو فوق كتف الخال الذي يوصلها إلى غاية بيت زوجها إذا كانت من نفس القبيلة اعتقاداً منهم بأن هذه الممارسة تقي العروس أو العروسين من خطر السحر المدفون تحت عتبة البيت، وعند وصول العروس لبيت الزوج تستقبلها الحماة بالحليب والتمر لتكون أيامها بيضاء، ثم يبدأ الإحتفال عن طريق عمل تصديرة وهي عبارة عن لبس العروس لألبسة تقليدية مختلفة أهمها اللباس التقليدي القبائلي، وفي ليلة الدخلة يختلي الزوج بزوجته ويعرض على أهل العروسين منديل فيه دم الإفتضاض، للإعلان عن شرف وعفة العروس، وفي يوم صباحية العروس تقوم حماتها بإجلاسها على قفة مصنوعة من الحلفاء مملوءة بالحبوب الجافة، قمح، شعير، فول، فاصولياء، لأنها ترمز للذرية والنسل، ويتم الإحتفاظ بها سبعة أيام ثم تطبخ ليتناول منها العروسين ثم أهل البيت، وفي المقابل تقوم أم العروس في اليوم الثالث بغسل المنديل ورمي الماء إلى شجرة تزهّر دائماً.

نلاحظ مما سبق أنه رغم اختلاف المناطق إلا أن المجتمع الجزائري يحتفظ بالممارسات والمعتقدات المتعلقة بالإنجاب، "فالمرأة المنجبة تحمل مكانة عالية في المعتقد الشعبي، حيث تحظى بتقدير واسع من جانب الجماعة القرابية، بل وإنها تلاقى اهتماماً ورعاية خاصة من كل المحيطين بها، فيتم إعفاؤها من معظم الأنشطة اليومية، وتمنع من رفع الأشياء الثقيلة، والوقوف في المطبخ لفترات طويلة، كما تغفى من زيارة الأقارب خاصة المعروفين بالعين الحاسدة، كما تمنع من مقابلة النساء العقيمات ومن زيارة المقابر، وحضور المآتم وتتصح الحامل بالنظر إلى الأشياء الجميلة وخاصة الأطفال حتى يأتي المولود جميلاً، وبعدم

النظر إلى الأشياء القبيحة والمفزعة كالقطة السوداء أو الكلب الأسود والأفراد المشوهين أو المعاقين من أجل المحافظة على الحمل وسلامته¹.

ثانياً: الممارسات والمعتقدات الشعبية المتعلقة بالحمل

ومن عادات وتقاليد مجتمع القصر العتيق أن المرأة الورقالية عندما تكون في فترة الحمل فإنها لا تخرج من بيت زوجها، اعتقاداً منهم أن المرأة الحاملة التي تخرج من البيت وترى الرجال الأجانب، من غير أهلها فإن هذا الطفل الذي يأتي بعد الولادة يكون ولد غير صالح، وفي أول حمل للمرأة، فإن الأهل و الأقارب يولونها عناية كبيرة وخاصة، فيصنعون لها أكلة مميزة وهي (مختومة الكبد البطاطا) ويأخذون الأكلات الى بيت المرأة الحاملة ويتداولون هكذا كل مرة تحضر جارة هذه الأكلات دعماً لها وتخفيف الضغط الذي ينتاب المرأة عند الحمل وخاصة التي تحمل للمرة الأولى².

وتحظى جل النساء في المجتمع الجزائري بعناية خاصة في هذه الفترة حيث تحضر للمرأة الحامل أطعمة مخصصة كالتمر والحليب وزيت الزيتون، بالإضافة إلى ذلك يتم تلبية رغباتها أثناء فترة الوحم لكي لا يظهر على جسد المولود ما يسمى بالوحمة، وترويفي هذا الصدد العديد من الحكايات الشعبية التي تكشف عن هذا المعتقد والتأثير السيء لعدم تلبية رغبات الحامل كظهور ثمرة من الخضروات أو الفاكهة أو قطعة لحم... الخ على جسد المولود³.

أما المرأة العقيم فهي تواجه صعوبات نفسية واجتماعية في حياتها الزوجية والأسرية، وهناك بعض المجتمعات التي نلاحظ فيها النساء لا يرتقين إلى مرتبة النضج الكامل إلى حين يلدن طفلهن الأول وفي تلك المجتمعات لا تعتبر المرأة

¹ عصام براهيم، معتقدات وطقوس الولادة في العائلة التقليدية الجزائرية، مقاربة أنثروبولوجية، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 16، الجزائر، ديسمبر 2018، ص153.

² مصباح الهلي، المرجع السابق، ص342.

³ عصام براهيم، المرجع السابق، ص154.

العاقر "أنثى" أو "بالغة"، وهي تتادى بتلك المصطلحات التي ينادى بها الصبية والمراهقون¹.

والعقم يهدد مكانة المرأة ويشعرها بعدم الاستقرار في حياتها الزوجية لاحتمال زواج زوجها مرة أخرى وهي بالنسبة للمحيطين بها تفتقد لأهم مقومات المرأة وهي الخصوبة، ولذا يجب أن تتخلى عن مكانها لزوجة أخرى تستطيع تحقيق الهدف من الزواج وهو الإنجاب، كما تخشى بعض النساء على أطفالها من المرأة العقيم خوفاً من أن تحسدهم، حيث الاعتقاد بأن المرأة المعوقة اجتماعياً وفيزيقياً تكون أكثر قدرة على الحسد²، وتوصف المرأة العاقرة بعدد الصفات التي تستحقها وتسيء لها نفسياً "كالعاقرة متجيبشدراري" و"متضناش"، "المرابلا ولاد كيما الخيمة بلا وتاد"، "الدار بلا صغار كي لجان بلا نوار" وغيرها من الصفات المحبطة، فهناك من ينظر للعقم على أنه حالة مرضية أو ابتلاء وقدّر من عند الله فيسعون إلى مساندة الزوجين معنوياً وهناك من "ينظر للرجال والنساء الغير قادرين على الإنجاب أنهم مصابون بلعنة من الله بما أن بذراتهم لا تثبت في الأرض"³. فيبتعدون عن المرأة العقيم خوفاً من العين ومن إصابتهم بالحنس أو لعنة عدم الإنجاب.

تلجأ النساء على إثر هذه النظرة والمعاملة إلى بعض الممارسات سعياً للحمل

لتحقيق نوع من الإنفراج النفسي والأمل الذي توفره هذه الممارسات منها:

- "قراءة أدعية دينية منها "اللهم جنبنا الشيطان وجنب الشيطان ما رزقتنا".
- عدم خروج العروس قبل السبوع أو الأربعين أو قبل أن يهل الشهر العربي، وإذا خرجت قبل مرور شهر لابد أن تحمل في يدها زهرة أو خوص من البلح.

¹ محمد عبده محجوب، أنثروبولوجيا الزواج والأسرة والقرابة، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1985، ص172.

² محمد أحمد غنيم، المرجع السابق، ص283.

³Dominique Champault, Journal de la Société des Africains XXIII, Paris, 1953, P89.

- مراعاة توقيت الإتصال الجنسي التي تكون فيها الزوجة مهياًة للحمل، أي بداية الأسبوع الثاني من الدورة الشهرية وحتى ما قبل الدورة الشهرية بأسبوع.
- ذبح ذبائح معينة.
- لا تزورها سيدة حائض (عليها الدورة الشهرية) حتى لا تكبس.
- عدم دخول الزوج على زوجته وهو حالق ذقنه بعد دخوله بها.
- عدم دخول لحوم عليها عبر أماكن خربة، عبور الزوجة على طير مذبوح بدمه، العبور من تحت ميت أو الاستحمام بغسل ماء ميت.
- العبور على قطعة كبيرة من الكبد وبعد يوم تطبخها وتأكفها لاحتوائها على دم.
- لبس خرزة زرقاء، إلقاء ديك أو سحلية أو أي شيء من الحيوانات مثل الثعبان على الزوجة لكي يحدث خضه لها فتحمل، استخدام الكي أو الحجامه أو العلاج بالزار¹.
- تعتقد بعض النساء أن إفراغ بول الكلب في عضوها التناسلي يسهل عملية الحمل².
- وتلجأ بعض النساء للعلاج بزيارة الأماكن المقدسة طلباً للإنجاب، كزيارة الزوايا وأضرحة الأولياء الصالحين الذين يتواجدون في كافة ولايات الجزائر، حيث تقوم المرأة العقيم بإشعال الشموع أو تقديم أضحية أو قطعة من اللباس بغرض طلب الشفاء، "كما تمارس النساء في هذه الأماكن المقدسة طقوس منافية للدين الإسلامي، كأن يطأهن رجال غرباء بدلاً من أزواجهن بهدف فك عقدة العقم"³.
- من خلال ما سبق تظهر لنا أهمية الإنجاب في المجتمع الجزائري منذ بداية الزواج لتعزيز غريزة البقاء المرتبطة خصوصاً بإنجاب الذكر الذي يحمل اسم

¹ كمال بوغديري، معتقدات وطقوس الخصوبة في التراث الشعبي الجزائري، مقاربة أنثروبولوجية، بمجلة الثقافة الشعبية، العدد 51، البحرين، خريف 2020، ص 113.

² ElMangli, De la Chasse, édition Sindibad, Paris, 1984, P113.

³ Malek Chebal, l'Imaginaire Arabo Musulman, édition PUF, Paris, 1993, P324.

العائلة ويكون سندا لوالديه عند الكبر، لذلك تلجأ النساء اللواتي يتأخر حملهن إلى العلاج الشعبي وإلى ممارسات شعبية لتحقيق الحمل خوفا من الطلاق وتفكير الزوج في إعادة الزواج من امرأة أخرى.

ثالثا: الممارسات والمعتقدات الشعبية الخاصة بالولادة

على الرغم من أن إنجاب الطفل الأول يدل على خصوبة المرأة إلا أن هناك ممارسات وطقوس تحاط بعملية الولادة لتسهيلها ولتجنب عدم الإنجاب مرة أخرى، "ففي مدينة سيدس بلعباس تنتظر المرأة الحامل دخول شهرها التاسع وتنتظر إلى الهلال في بداية الشر الهجري، تتضرع إلى الله بأن يأتيها الوضع سهلا ثم تسقط قليل من الماء الدافئ بين ثدييها أو تسقط مفتاحا، حتى يأتيها الوضع سهلا كالماء"¹.

"وعندما تبدأ آلام الولادة التي هي نذير للوضع وهي ما يعبر عنها في العامة بـ"الشداد" وتتأهب الحامل للذهاب للوضع، تقوم إحدى قريباتها المرافقة لها بتقديم إناء مملوء بالدقيق لعابر سبيل، وتفرق بعض النقود وتسمى في المنطقة بصدقة سيدي عبد القادر "سلاك الوحايل"، والواحدة في العامية هي المرأة التي ستلد وحتى تسهل عملية الولادة يغلى البصل مع القرفة ويقدم للحامل فتشربه فإن استمر الألم تبين أنه وجع ولادة بالفعل، وتبخر على الحناء والبصل "والنابطة" وهي عشبة تساعد المرأة على الولادة بسهولة، وتجعل عنق الرحم يلين بسرعة فيساعد على خروج الجنين من بطن أمه بسرعة وسهولة"².

وتظل هذه الممارسات موجودة لغاية يومنا هذا رغم أن الولادة أصبحت في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة إلا أن بعض النساء لا تزال متمسكة بها.

¹ وهيبه مهيدة، رعاية الطفل الرضيع قراءة في العادات والتقاليد المنتشرة في سيدي بلعباس مع مقارنة بالأساليب الطبية الحديثة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الأنثروبولوجيا، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2010-2011، ص147.

² نفس المرجع، ص147

"وبعدما تضع المرأة مولودها المنتظر يقوم أهل الزوج أو أهلها بالإعتناء بها من جميع الجوانب خاصة النفسية لما لها من أثر على صحتها وصحة المولود، فمن المعروف تعرض المرأة إلى الاكتئاب خلال فترة النفاس وتصبح حساسة جدا، فتسعى العائلة والأقارب والأصدقاء للوقوف بجانبها لتجاوز هذه الفترة في جو من الطمأنينة والسكينة والراحة النفسية، كذلك الإهتمام بجانب مهم وهو التغذية ، وكل منطقة من مناطق الجزائر ولها عاداتها ومعتقداتها التي تميزها ففي منطقة ورقلة مثلا "بعد قدوم المولود الجديد يبدأ الجيران من النساء بتحضير أكالات شعبية خاصة بمنطقة ورقلة، وأهل القصر جزء لا يتجزأ منه فمن الأطعمة التي يحضرونها تعزيزا لهذا المولود الجديد و أمه الكسكي، مرق تحلاوة، تكتيفت تзда، طعام السرير، وبعد مرور خمسة عشرة يوما (15يوما) على مكوث المرأة حديثة الولادة في بيت زوجها، في جو من الفرحه و البهجة تذهب الى بيت أبيها معززة ليعبروا بدورهم عن فرحتهم وابتهاجهم بقدوم فرد جديد الى كنف العائلة حيث تقوم الأم بإعداد الولائم للنساء اللاتي تعرفهن مثل الجارات و الأهل والأقارب و الأصدقاء، ففي كل يوم تعد هذه الأخيرة أكلة تقليدية إكراما لهم وتعبيرا منها على سعادتها وسعادة أفراد عائلتها بقدوم هذا المولود الجديد والاهم هو شكر المولى عز وجل على نعمه وخاصة نعمة الأبناء، بالصدقات و البذل فأحسن الصدقات إكرام الأهل والأقارب والأصدقاء".¹

وفي منطقة " توات" المتواجدة في ولاية أدرار، تأخذ الأم عناية خاصة، فبعد أن تضع المولود يقدمون لها وجبة تساعد على تخطي ألم المخاض، وهي

¹ مصباح الهلي، المرجع السابق، ص343.

الفياض (البيضة النيئة، الدمشي أو الجلبان والسفوف وهو تمر مكسر بشكل صغير والحليب).¹

وبعد ذلك يقدمون لها بيضة فائضة تكمد بها عينيها، ويذبحون دجاجة بمناسبة هذا المولود، وبعد ذبحها يطوفونها على الصبي حتى يكبر مثلها في اعتقادهم، ثم يطبخونها ويقسمونها بحيث تأخذ قطعة السرة النصف، وجزء للأم والباقي للحضور، ويجب أن لا يبقى منها شيء بعد ذلك اليوم، ولمدة أسبوع في كل يوم يذبحون دجاجة، وإذا كانت المرأة تلد للمرة الأولى فإنها تقيم عدة النفاس وهي أربعة أسابيع في بيت أمها وأبيها، وأما إذا كان الولد الثاني أو الثالث أو غير ذلك فتبقى في بيتها وأمها هي التي تحضر لمساعدتها.²

وفي منطقة القبائل يقدم للنساء الكسكي بمرق خاص والمشوشة وهي عبارة عن بيض والطحين وتقدم بالعدل، كذلك تشتهر منطقة القبائل المتواجدة في سطيف بطبق "تكنيفت المرقة"، وهي عبارة عن المشوشة المحضرة بالبيض والدقيق الخشن تطبخ في المقلاة ثم توضع في قدر يحتوي على عدس مطبوخ تساعد هذه الأكلة في در الحليب.

كما تحضر تقريبا في جميع مناطق الوطن طبق البركوكس والبغريير والكسرة والطمينة والعدل الطبيعي لتقوية مناعة الأم وتحافظ على خصوبتها بالإضافة إلى مساعدتها على در الحليب، وينصح بالإكثار من تناول المشروبات الساخنة كزريعة البسباس والقرفة والنعناع ومختلف أنواع "تيزانة" التي تساعد على إسترخاء الأم والرضيع والخلص من دم النفاس.

وتحاط هذه الفترة بعدة طقوس ومعتقدات تختلف أيضا من منطقة إلى أخرى منها عدم استحمام النساء خصوصا بعد المغرب إلى غاية إنقضاء الأربعين يوما

¹ عز الدين جعفري، أطلس العادات والتقاليد بمنطقة توات، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في التاريخ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2017-2018، ص54.
² نفس المرجع، ص54.

خوفا من إصابتها بمس أو إصابتها بمرض لن تشفى منه أبدا أو قد يؤدي بحياتها، فيقولون أن قبر النفساء يظل مفتوحا أربعين يوما أي أنها معرضة للموت في أي لحظة من فترة النفاس، كما تمنع النفساء في بعض المناطق من الخروج من البيت خلال هذه الفترة، ويمنع وجود نساء نافسات في بيت واحد خوفا من مرض الرضع بنحافة الجسم.

إن تعتبر فترة النفاس من الفترات الصعبة التي تمر بها النساء، حيث تحظى خلالها برعاية خاصة من جميع الجوانب النفسية والاجتماعية والغذائية للحفاظ على صحتها وصحة المولود الجديد، كما تحاط هذه الفترة بالعديد من الممارسات والمعتقدات المتوارثة جيلا عن جيل والتي لا تزال النساء تمارسها وتؤمن بها سواء الأميات أو حتى المتعلمات.

خلاصة الفصل

تطرقنا في المبحث الأول من هذا الفصل إلى ماهية الصحة الإنجابية من خلال التعرض لتطور المفهوم حيث أن الاهتمام بحق المرأة في الصحة الإنجابية ظهر منذ العقود الأخيرة من خلال تكاتف جهود مختلف الهيئات والمنظمات وتم الإعلان عنها والإعتراف بها عالميا عند انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة عام 1994.

ومفهوم الصحة الإنجابية ليس مرادفا لتنظيم الأسرة وإنما يشمل عدة مكونات تبدأ من فترة الشباب والمراهقة إلى فحص ما قبل الزواج أين يتم التأكد من خلو الطرفين من الأمراض التي يمكن أن تنتقل عن طريق الإتصال الجنسي إلى الأمومة الآمنة (الرعاية قبل الحمل، أثناء الحمل وأثناء وبعد الولادة) الهدف منها سلامة الأم والمولود بالإضافة إلى المعرفة بوسائل منع الحمل والأمراض المنقولة جنسيا.

كما تطرقنا في المبحث الثاني إلى الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات والتي أظهرت الإحصاءات تطور الخصوبة في المجتمع الجزائري، إضافة إلى انخفاض استعمال وسائل تنظيم الأسرة في التحقيق الأخير مقارنة بالسنوات السابقة، كما أثبتت الإحصاءات وجود تحسن في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرأة قبل، أثناء وبعد الولادة.

ولما للإنجاب من أهمية كبيرة في حياة الزوجين والأسرة ككل، تحاط بعادات ومعتقدات تمارسها الأسرة الجزائرية منذ اليوم الأول من الزواج وحتى الولادة، لإثبات فحولية الرجل وخصوبة المرأة التي تكسبها مكانة اجتماعية باعتبارها ضامنا لاستمرار العائلة، خصوصا إذا أنجبت الذكر هذا ما تم عرضه خلال المبحث الأخير.

تمهيد

بعدما قمنا باختيار عينة البحث التي تتماشى مع الدراسة والمكونة من 200 امرأة، تم اجراء الدراسة الميدانية عليها عن طريق الإستمارة التي شملت 97 سؤال بين مفتوح ومغلق بغرض جمع المعلومات حول صحتها، سنحاول من خلال هذا الفصل التعريف بالعينة عن طريق عرض خصائصها.

جدول رقم 23 يبين توزيع أفراد العينة حسب السن

النسبة	التكرار	السن
11.5	23	29-20
25	50	39-30
24	48	49-40
21.5	43	59-50
10	20	69-60
8	16	70 سنة فما فوق
100	200	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن اغلب أفراد عينتنا سنهم يتراوح ما بين 30-39 سنة بنسبة 25%، تليها نسبة من هن في سن 40-49 سنة بنسبة 24% فاللواتي سنهن 50-59 سنة بنسبة 21.5% ثم اللواتي سنهن ما بين 20-29 سنة بنسبة 11.5% وبأقل نسبة اللواتي سنهن ما بين 60-69 سنة و 70 سنة فما فوق بنسبة 10% و 8% على التوالي. ومنه فالعمر الشائع عند أفراد عينتنا او منوال السن فهو 30-39 سنة

جدول رقم 24 يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
6.5	13	أمي
11	22	ابتدائي
15.5	31	متوسط
34	68	ثانوي
33	66	جامعي
100	200	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية النساء المبحوثات لديهن مستوى ثانوي فما فوق (34% لديهن مستوى ثانوي و33% مستواهن التعليمي جامعي)، تليها نسبة 15.5% للواتي لديهن مستوى تعليمي متوسط و11% لديهن مستوى تعليمي ابتدائي بينما مثلت نسبة الأميات 6%، ومنه منوال هذا الجدول هو المستوى التعليمي الثانوي.

جدول رقم 25 يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة	التكرار	الحالة الاجتماعية
10	20	عازبة
70.5	141	متزوجة
7.5	15	مطلقة
12	24	أرملة
100	200	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول أن 70.5% من المبحوثات متزوجات تليها نسبة 12% من نساء العينة أرامل، و10% عازبات، أما نصيب المطلقات فكان 7.5%، ومنه منوال العينة هو المتزوجات.

جدول رقم 26 يبين توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال

عدد الأطفال	التكرار	النسبة
2-0	74	41.1
5-3	89	49.4
أكثر من 5 أطفال	17	9.4
المجموع	*180	100

يتبين من خلال الجدول أن 49.4% من المبحوثات أنجبت ما بين 3-5 أطفال، تليها بنسبة متقاربة تلك اللواتي أنجبن 2-0 طفل وقدرت بـ41.1% بينما أنجبت 9.4% من نساء العينة أكثر من خمسة أطفال.

جدول رقم 27 يبين توزيع أفراد العينة حسب وزن المبحوثات

السن	التكرار	النسبة
وزن طبيعي	51	25.5
زيادة في الوزن	57	28.5
السمنة	92	46
المجموع	200	100

* عدد النساء غير العازبات (141 امرأة متزوجة+15 مطلقة+24 امرأة أرملة)

يتبين لنا من خلال الجدول أن أغلبية نساء العينة تعاني من السمنة بنسبة 46% تليها 28.5% مصابات بزيادة في الوزن مقابل 25.5% يتمتعن بوزن طبيعي. ومنه منوال العينة هو السمنة.

جدول رقم 28 يبين توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالمرض المزمن

النسبة	التكرار	الإصابة بمرض مزمن
85	170	نعم
15	30	لا
100	200	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أكثر من نصف نساء العينة مصابات بمرض مزمن واحد على الأقل (85%)، بينما 15% غير مصابات بمرض مزمن.

جدول رقم 29 يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض المزمن

النسبة	التكرار	نوع المرض المزمن
41.2	70	مرض السكري
38.2	65	ضغط الدم
20.6	35	القلب والشرايين
100	170	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن أغلبية نساء العينة مصابات بمرض السكري وضغط الدم بنسب متقاربة (41.2% و 38.2%)، بينما تعاني 20.6% من مرض القلب والشرايين.

جدول رقم 30 يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض أثناء فترة الحمل

النسبة	التكرار	نوع المرض
40	40	فقر الدم
35.2	37	ضغط الدم
20	21	الالتهابات التناسلية
4.8	5	مرض السكري
100	105	المجموع

يوضح لنا الجدول أن أغلبية المبحوثات تعرضت لمختلف الأمراض المتعلقة بالتغذية أثناء فترة الحمل، 40% من المبحوثات أصيبت بفقر الدم، 35.2% أصيبت بضغط الدم و20% بالتهابات تناسلية، وأقل نسبة كانت 4.8% للواتي أصيبت بمرض السكري.

جدول رقم 31 يبين توزيع افراد العينة حسب الاعتقاد بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية

النسبة	التكرار	المعتقد
87.5	175	نعم
12.5	25	لا
100	200	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن أكثر من ثلاثة أرباع المبحوثات (87.5%) تعتقد بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية مقابل 12.5% للواتي لا يعتقدن به.

جدول رقم 32 يبين توزيع أفراد العينة حسب الاعتقاد بأن العين الشريرة تسبب المرض

النسبة	التكرار	المعتقد
84.5	169	نعم
15.5	31	لا
100	200	المجموع

نلاحظ من نتائج الجدول أن 84.5% من نساء العينة يعتقدن بأن المرض يعزو لأسباب فوق طبيعية تمثلت في العين الشريرة بينما 15.5% لا تعتقد بذلك.

جدول رقم 33 يبين توزيع أفراد العينة حسب النتيجة التي حصلت عليها المبحوثات من ممارسة الطقوس

النسبة	التكرار	النتيجة
33.7	55	إيجابية
66.3	108	سلبية
100	163*	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن 66.3% من النساء اللواتي مارست مختلف الطقوس المتعلقة بالإنجاب لم تحصل على نتيجة إيجابية مقابل 33.7%.

* عدد المبحوثات اللواتي مارسن فعليا الطقوس المتعلقة بالإنجاب

جدول رقم 34 يبين توزيع أفراد العينة حسب تفضيل تناول الوجبات السريعة

النسبة	التكرار	تناول الوجبات السريعة
86	172	نعم
14	28	لا
100	200	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن 86% من نساء العينة تفضل تناول الوجبات السريعة ما يفسر تعرضها لعدة أمراض متعلقة بالتغذية، مقابل 14% التي تفضل الوجبات المنزلية.

جدول رقم 35 يبين توزيع أفراد العينة حسب الأطعمة التي تكثر المبحوثات من

تناولها

النسبة	التكرار	نوع الأطعمة
23	46	البروتينات
55	110	الدهون
22	44	الفيتامينات
100	200	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن أكثر من نصف المبحوثات (55%) تكثر من تناول الأطعمة التي تحتوي على الدهون أكثر من البروتينات والفيتامينات (23% و22% على التوالي).

جدول رقم 36 يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع تغذية المبحوثات أثناء الحمل

النسبة	التكرار	التغذية أثناء الحمل
14.5	25	سيئة
76.2	131	جيدة نوعا ما
9.3	16	ممتازة
100	*172	المجموع

صرحت 76.2% من المبحوثات اللواتي أنجبت أطفالا أنها كانت تهتم بنوعية الغذاء أثناء الحمل حيث وصفتها بالجيدة نوعا ما بينما أكدت 14.5% أنها عانت من سوء التغذية، و9.3% كانت ممتازة.

جدول رقم 37 يبين توزيع أفراد العينة حسب الطرق التي اتبعتها المبحوثات لعلاج المرض المزمن

النسبة	التكرار	طرق العلاج
38.8	66	الطب الحديث
61.2	104	الطب الحديث والطب الشعبي معا
100	170	المجموع

نستنتج من الجدول أن أكثر من نصف نساء العينة 61.2% لم تكتفي بالطب الحديث فقط لمعالجة المرض المزمن بل اعتمدت على المزج بينهما مقابل 38.8% من اللواتي فضلت متابعة حالتها الصحية عند طبيب مختص.

* 172 يمثل عدد النساء المتزوجات او سبق لهن الزواج واللواتي اجتازت فترة الحمل.

جدول رقم 38 يبين توزيع أفراد العينة حسب أنماط الطب الشعبي التي اعتمدت عليها المبحوثات في معالجة المرض المزمن

النسبة	التكرار	أنماط الطب الشعبي
55.3	94	الحجامة
23.5	40	الرقية الشرعية
21.2	36	لا أستعمل أي نمط
100	170	المجموع

تعتبر الحجامة من أهم أنماط الطب الشعبي التي أوصى بها الرسول صلى الله عليه وسلم والتي أثبت العلم فعاليتها في معالجة بعض الأمراض لذلك نلاحظ أن أكثر من نصف المبحوثات 55.3% قامت بالاحتجام، تليها 23.5% من المبحوثات اللواتي فضلن الرقية الشرعية و 21.2% لم تمارس النمطين السابقين.

جدول رقم 39 يبين توزيع أفراد العينة حسب استعمال المبحوثات للوصفات الشعبية التي تساعد على تخفيض الوزن

النسبة	التكرار	استعمال الوصفات الشعبية
72.5	108	نعم
27.5	41	لا
100	*149	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ اهتمام نساء العينة بصورة أجسادهن، حيث قامت 72.5% منهن باستعمال الوصفات الشعبية للتخلص من الوزن الزائد والسمنة، بينما 27.5% لم تستعمل أية وصفة.

* عدد المبحوثات اللواتي تعاني من زيادة في الوزن والسمنة.

تمهيد

سنحاول في هذا الفصل تحليل وتفسير الفرضية الأولى القائلة بأن "العادات، التقاليد والمعتقدات السيئة السائدة في المجتمع تساهم في إصابة النساء بالأمراض"، ولهذا قمنا بتفكيك أبعاد المتغير المستقل إلى مؤشرات استعملناها لقياس ظاهرة الثقافة الصحية تمثلت في العادات، التقاليد والمعتقدات المتعلقة بالتخلص من السمنة كالإعتقاد في التدليك، حمامات البخار، استعمال الأدوية المقللة للشهية وغيرها، الإعتقاد بأن العين الشريرة والسحر يساهمان في الإصابة بالأمراض المزمنة والعديد من العادات والتقاليد والمعتقدات السائدة في المجتمع بخصوص إنجاب الأطفال، ثم قمنا بربط هذه المؤشرات مع المؤشرات المتعلقة بالمتغير التابع وهو صحة المرأة الذي تمثلت أبعاده في الإصابة بالسمنة والأمراض المزمنة وكذا الصحة الإنجابية التي فككناها إلى مؤشرات تمثلت في عدد الأطفال، والمباعدة بين الولادات.

جدول رقم 40 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن التدليك يساعد على خفض الوزن وبين الإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			إصابة المبحوثات بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	التدليك يساعد على خفض الوزن	
135	68	42	25	نعم	الإعتقاد بأن التدليك يساعد على خفض الوزن
100,0%	50,4%	31,1%	18,5%		
65	24	15	26	لا	
100,0%	36,9%	23,1%	40,0%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن التدليك يساعد على خفض الوزن وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من نساء العينة مصابات بمرض السمنة مقابل 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و25.5% وزنهن طبيعي، وعند ادخالنا للمتغير المتمثل في الاعتقاد بأن التدليك يساعد على خفض الوزن وجدنا 50.4% من النساء التي تعتقدن به فعلا مصابات بالسمنة، فحين اللواتي لا تعتقدن به 40% لهن وزن طبيعي.

ومنه نستنتج بأن النساء المصابات بالسمنة وزيادة في الوزن يعتقدن بأن التدليك يساعد على خفض الوزن وبالتالي يلجأن لممارسة التدليك اعتقادا منهن بأنه يأتي بنتيجة، فقد صرحت النساء أثناء المقابلة بأنهن قمن بتجريبه إلا أن النتيجة كانت سلبية.

وللتأكد من العلاقة قمنا باستخدام اختبار كا² عند درجة حرية 2 وجدنا بأن قيمة الدلالة 0.005 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين.

ان الاعتقاد بأن التدليك يساعد على خفض الوزن يدخل ضمن الموروثات الثقافية المنتشرة في المجتمع والتي لها علاقة مباشرة بالثقافة، و لكل ثقافة نسق قيمي " والقيم هي كل المبادئ والأحكام والاختيارات التي اكتسبتها معاني اجتماعية خاصة خلال التجربة الإنسانية"¹ كما أن نسق القيم يعطي للثقافة الاستقرار ويبرر لنا أفعالنا وسلوكياتنا إذا كانت تتماشى وما يتوقعه منا المجتمع و هي ان تكون المرأة جميلة الشكل، فالمرأة تبحث عن الجمال ويصبح الجمال محور حياتها، بل إذا أمعنا النظر يصبح مفتاحها للنجاح والسعادة²، لذلك تلجأ النساء إلى التدليك للتخلص من مشكل زيادة الوزن والسمنة والحصول على جسم مثالي يشعرها بالرضى والسعادة والراحة النفسية، إلا أن تدليك الجسم لا يساعد على تذويب الدهون المتراكمة في الجسم التي لا يمكن تصريفها إلا ببذل الطاقة اللازمة عن طريق النشاط البدني.

1- عدلي على أبو طاحون، حقوق المرأة، دراسات دينية وسوسيولوجية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص 260.

2- عبد الحكيم عفيفي، المرأة الحب و الزواج، الدار العربية للكتاب للطباعة و النشر و التوزيع، 1998، ص 38

جدول رقم 41 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن الخبز الجاف يحتوي على سعرات حرارية أقل من الخبز العادي والإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	المعتقد	
145	73	44	28	نعم	الإعتقاد بأن الخبز الجاف يحتوي على سعرات أقل من الخبز العادي
100,0%	50,3%	30,3%	19,3%		
55	19	13	23	لا	
100,0%	34,5%	23,6%	41,8%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال الجدول أن 50.3% من النساء المصابات بالسمنة صرحن بأنهن يعتقدن بأن الخبز الجاف يحتوي على سعرات حرارية أقل من الخبز العادي، في حين النساء اللواتي لا تعتقدن بذلك 41.8% منهن لهن وزن طبيعي.

وبالتالي نستنتج بأن اعتقاد النساء بأن الخبز الجاف يحتوي على سعرات حرارية أقل من الخبز العادي لا يساعد على خفض الوزن بالنسبة للنساء المصابات بزيادة الوزن والسمنة إنما يكسبهن وزن زائد في حالة اعتماده للقيام بحمية غذائية حيث لاحظنا من خلال تصريحات المبحوثات أنهن لجأن لاستعماله في الحمية بشرائه من المحلات (شراء الخبز الجاف الذي وجدن في غلاف العلبه

على أنه لا يحتوي على كولسترول وسكريات)، لكنه لم يساعدهن على خفض الوزن، ففي الحقيقة يحتوي الإثنان على نفس السرعات الحرارية إلا أنه عند تحميص الخبز تتبخر كمية كبيرة من الماء المتواجد في الخبز لكن المواد الأخرى تبقى كما هي.

وقد تم التأكد من العلاقة عن طريق اختبار كا² عند درجة حرية 2، فوجدنا بأن قيمة الدلالة قدر بـ 0.005 وهو أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين.

جدول رقم 42 يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن الامتناع عن وجبة العشاء يساعد على خفض الوزن وبين الإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة الإعتقاد	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	نعم	لا
159	82	51	26	نعم	الاعتقاد أن الامتناع عن وجبة العشاء يخفف الوزن
100,0%	51,6%	32,1%	16,4%		
41	10	6	25	لا	لا
100,0%	24,4%	14,6%	61,0%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن الامتناع عن وجبة العشاء يساعد على خفض الوزن وبين الإصابة بالسمنة. أن 51.6% من

النساء المستجوبات اللواتي يعتقدن بذلك مصابات بالسمنة فعلا، في حين اللواتي لا تعتقدن بذلك 61% منهن لهن وزن طبيعي.

ومنه نستنتج أن النساء اللواتي يعتقدن بأن الامتناع عن وجبة العشاء يخفف الوزن إما مصابات بزيادة في الوزن أو السمنة، حيث صرحت معظمهن أثناء المقابلة بأنهن جربن عدم تناول وجبة العشاء إلا أنهن لم يتحصن على نتيجة إيجابية وإنما ساعد ذلك على اكتساب وزن إضافي والتعرض لمشاكل صحية.

وللتأكد من وجود العلاقة قمنا باختبار كارتدرجة حرية 2 فوجدنا بأن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5%، وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بعدم وجود علاقة بين المتغيرين، فكلما اعتقدت النساء بأن الامتناع عن وجبة العشاء يساعد على تخفيف الوزن كلما ساعد ذلك على اكتسابهن وزن زائد أي وجود علاقة عكسية بين المتغيرين.

يساعد نقص أو انعدام الوعي الصحي والغذائي بلى انتشار وترسيخ المعتقدات الخاطئة منها المتعلقة بزيادة الوزن والسمنة فالاعتقاد بأن التقليل من عدد الوجبات أو الاستغناء عن وجبة العشاء يخفف الوزن خاطئ فقد يحدث العكس بحيث تلجأ النساء إلى تناول كميات كبيرة من الطعام عند وجبة الغذاء تفوق ما كانت تتناوله في قبل الاستغناء عن وجبة العشاء مما يجعلها تكتسب وزنا زائدا بدلا من خفضه فالعبرة ليست بعدد الوجبات و إنما بنوع وكمية الطعام الذي تتناوله في اليوم.

"كما نجد أنه وحتى الأطباء يجهلون بعض المعلومات المهمة المتعلقة بالتغذية، فقد أوضحت دراسة أجريت على 100 طبيب وطبيبة في إمارة أبو ظبي، أن

22% من الأطباء الإناث يعتقدون أن عدم تناول الإفطار يساعد على خفض الوزن¹

جدول رقم 43 يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن حمامات البخار تساعد على تخفيض الوزن وبين الإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة المعتقد	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	نعم	لا
126	69	40	17	نعم	الاعتقاد بأن حمامات البخار تخفض الوزن
100,0%	54,8%	31,7%	13,5%		
74	23	17	34	لا	المجموع
100,0%	31,1%	23,0%	45,9%		
200	92	57	51		
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن حمامات البخار تساعد على تخفيض الوزن والإصابة بالسمنة، أن 54.8% من النساء اللواتي يعتقدن بأن حمامات البخار تساعد على خفض الوزن مصابات بالسمنة، في حين اللواتي لا تعتقدن به 45.9% يتمتعن بوزن طبيعي.

ومنه نستنتج أن النساء اللواتي يعتقدن بأن حمامات البخار تساعد على تخفيض الوزن هن النساء المصابات بزيادة في الوزن والسمنة حيث صرحت هذه الفئة

¹ عبد الرحمن عبيد مصيقر، الاعتقادات الخاطئة المرتبطة بالسمنة، المرجع السابق، ص95.

بأنها قامت بتجريبها دون الحصول على نتيجة إيجابية، وباستعمال اختبار كاي² بدرجة حرية 2 وجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين.

تقوم حمامات البخار أو الصونا بإنقاص كمية السوائل في الجسم نتيجة التعرق فالشخص المصاب بالسمنة يستعيد وزنه مباشرة بعد شربه للماء، لأن السبب وراء الإصابة بزيادة الوزن والسمنة هو تراكم الدهون في الجسم وليس السوائل، وحمامات البخار لا تساعد على تذويب الدهون وإنما تقوم بالتخلص من السوائل في الجسم بتبخير الماء، وبالتالي فإن الاعتقاد بأن حمامات البخار تساعد على خفض الوزن يؤثر على وزن النساء بحيث لا يساعدهن على خفض وزنهن والتخلص من السمنة.

جدول رقم 44 يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن استعمال الأدوية المقللة للشهية يساعد على التخلص من الوزن والإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	المعتقد	
145	73	48	24	نعم	الاعتقاد بأن استعمال الأدوية المقللة للشهية يساعد على التخلص من السمنة
100,0%	50,3%	33,1%	16,6%		
55	19	9	27	لا	المعتقد
100,0%	34,5%	16,4%	49,1%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن الأدوية المقللة للشهية يساعد على خفض الوزن وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من نساء العينة مصابات بالسمنة مقابل 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و25.5% وزهن طبيعي وعندما أردنا معرفة تأثير الاعتقاد بأن استعمال الأدوية المقللة للشهية تساعد على خفض الوزن، وجدنا أن 50.3% من النساء التي تعتقدن به مصابات بالسمنة، وصرحت 33.1% من النساء التي تعتقدن بأن استعمال الأدوية المقللة للشهية أنهن مصابات بزيادة في الوزن في حين اللواتي لا تعتقدن به ونسبتهن 49.1% لهن وزن طبيعي.

ومنه نستنتج وجود علاقة بين الاعتقاد بأن الأدوية المقللة للشهية يساعد على خفض الوزن وبين وزن المبحوثات، وللتأكد من العلاقة قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة الحرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% ومنه نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، ومنه فاستعمال الأدوية المقللة للشهية لا تساعد على خفض الوزن بل وتؤثر على صحة المرأة من خلال تعرضها لمضاعفات، "فالأدوية المقللة للشهية نوعان النوع الأول مثبتات للشهية التي تؤثر على الجهاز العصبي في المخ بهدف الحد من الشهية، وتسريع الإحساس بالشبع والتي لها الكثير من الآثار الجانبية مثل الشعور بالكآبة، صعوبة التركيز وتزايد نبضات القلب، أما النوع الثاني فهو يعمل على إعاقة إمتصاص الدهون من الأمعاء وطردها خارج الجسم إلا أنه يتسبب في الإصابة بالإسهال الدهني اللاإرادي ولا يفيد في حالة تناول أغذية تحتوي على الدهون"¹.

¹ كامل العجلوني، المرجع السابق، ص 101.

كما أن هذا النوع من الأدوية يتسبب في مشكل إيمان النساء المصابات بزيادة في الوزن والسمنة على تناولها وعند عدم حصولهن على نتيجة يضاعفن الجرعات لكن دون جدوى لأنه عند التوقف من تناول الأدوية يزيد وزن المصابات بزيادة في الوزن والسمنة أكثر من ذي قبل.

جدول رقم 45 يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن العين الشريرة سبب للمرض وبين المعاناة من الأمراض المزمنة

المجموع	المعاناة من مرض مزمن		المعاناة من المرض المزمن	
	لا	نعم	المعتقد	
169	16	153	نعم	الإعتقاد بأن العين الشريرة سبب للمرض
100,0%	9,5%	90,5%		
31	14	17	لا	
100,0%	45,2%	54,8%		
200	30	170	المجموع	
100,0%	15,0%	85,0%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن العين الشريرة تسبب المرض وبين الإصابة بالمرض المزمن، أن 85% من نساء العينة مصابات بمرض مزمن تمثل في السكري أو ضغط الدم أو القلب، مقابل 15% من النساء غير مصابات بمرض مزمن.

وعندما أردنا معرفة تأثير الإعتقاد بأن العين الشريرة على الإصابة بالمرض تبين أن 90.5% من النساء التي تعتقدن به مصابات فعلا بمرض مزمن في حين 54.8% من النساء اللواتي لا تعتقدن به مصابات كذلك بمرض مزمن مقابل 45.2% من النساء اللواتي يرين بأن للمرض أسباب أخرى لا تتعلق بالأمر الغيبية غير مصابات بمرض مزمن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاس² بدرجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين الإعتقاد بأن العين الشريرة تساهم في الإصابة بالمرض المزمن.

إن أي مرض مزمن يحدث نتيجة قصور في أحد أعضاء الجسم في أداء وظائفه على أكمل وجه كمرض السكري الذي ينتج عن خلل في عمل عضو البنكرياس، وهو ما يؤدي إلى اعتلال الجسم، هذا من ناحية التفسير الطبي للمرض، إلا أن الناس وخاصة النساء يختلفون في تفسيرهم لأسباب المرض حسب المعتقدات والتصورات الثقافية والاجتماعية السائدة في المجتمع، فبعض النساء تعزو سبب حدوث المرض لتأثير الأرواح الخفية المتمثلة في العين الشريرة، ففي اعتقادهم أن العين تصيب الجسد فتمرضه بمختلف الأمراض منها الأمراض المزمنة، ويستدلون في معتقدتهم بأدلة من السنة النبوية، فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: (العين حق)، وعن جابر رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: (العين تدخل الرجل القبر وتدخل الجمل القدر)، بمعنى أن العين تصيب الرجل فتقتله فيموت ويدفن في القبر، وتصيب الجمل فيشرف على الموت فيذبح ويطبخ في القدر، ولإيمان النساء بهذا المعتقد لا تعطي أهمية بالغة للمرض فتؤكد بعض الدراسات أن

النساء أقل اهتماماً بزيارة الطبيب بصفة دورية والخضوع للعلاج بصفة ملتزمة عكس الرجل، فتتعرض لمخاطر مضاعفات المرض ، هذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 46 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن العين الشريرة سبب في المرض وبين التعرض لمضاعفات المرض المزمن

المجموع	تعرض النساء المصابات بالمرض المزمن لمضاعفات		التعرض لمضاعفات المرض	
	لا	نعم	المعتقد	
153	41	112	نعم	الإعتقاد بأن العين الشريرة سبب للمرض
100,0%	26,8%	73,2%		
17	8	9	لا	
100,0%	47,1%	52,9%		
170	49	121	المجموع	
100,0%	28,8%	71,2%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن العين الشريرة سبب للمرض وبين معاناة المبحوثات من مضاعفات المرض المزمن، أن 71.2% من النساء تعرضن لمضاعفات المرض، تبعت هذا الاتجاه النساء اللواتي يعتقدن بأن العين الشريرة كانت سبب في المرض بنسبة 73.2% في حين 52.9% من النساء اللواتي لا يؤمن بهذا المعتقد مصابات أيضاً بالمرض

المزمن، مقابل 47.1% من اللواتي لا يعتقدن به غير مصابات بالمرض المزمن.

ومنه نستنتج أنه كلما زاد اعتقاد النساء بأن أسباب المرض تعود للعين الشريرة كلما قل اهتمامها بصحتها وانتظام علاجها مما يؤدي إلى زيادة خطر تعرضها لمضاعفات المرض.

جدول رقم 47 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن السحر يؤدي للإصابة بالمرض وبين معاناة المبحوثات من الأمراض المزمنة

المجموع	المعاناة من مرض مزمن		المعاناة من المرض المزمن	
	لا	نعم	المعتقد	
174	18	156	نعم	الإعتقاد بأن السحر يؤدي للإصابة بالمرض
100,0%	10,3%	89,7%		
26	12	14	لا	
100,0%	46,2%	53,8%		
200	30	170	المجموع	
100,0%	15,0%	85,0%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن السحر يؤدي للإصابة بالمرض وبين الإصابة بالمرض المزمن، أن 85% من نساء العينة مصابات بمرض مزمن تمثل في السكري أو ضغط الدم أو القلب، مقابل 15% من النساء غير مصابات بمرض مزمن.

وعندما أردنا معرفة تأثير الإعتقاد بأن السحر يؤدي للإصابة بالمرض تبين أن 89.7% من النساء اللواتي يعتقدن به مصابات بمرض مزمن في حين اللواتي لا يعتقدن به ونسبتهن 46.2% غير مصابات بمرض مزمن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاس² بدرجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين الإعتقاد بأن السحر يؤدي للإصابة بالمرض المزمن.

فرغم التطور التكنولوجي الذي أدى إلى تغير التصور التقليدي للمرض حيث أصبح ينظر إليه على أنه اختلال وألم يصيب أعضاء الجسم ويتطلب نوعا معينا من الرعاية والعلاج، إلا أن النساء في المجتمع الجزائري باختلاف المناطق والمستويات التعليمية لا تزال تفسر المرض انطلاقا من المعتقدات السائدة والراسخة في المجتمع والتي تعزو المرض لتأثيرات فوق طبيعية كالسحر وغيرها والتي تستدعي إيجاد علاج يتناسب مع المسببات الغامضة للمرض والتي تتضمن أيضا السحر، فقد بين كليمنتس Clements أن علاج المرض الذي يعتقد أنه نتيجة لأعمال السحر يتضمن السحر أيضا أو شيئا يتصل بالسحر كالقوى التي تبطله¹، أن هذه البدائل المتعددة المعروضة لعلاج تلك الأمراض والتي تتطوي على خرافات كثيرة بعيدة عن منطق العقل والدين قد تعوق الإستفادة الكاملة من الخدمة الصحية في بعض الأحيان²، وبالتالي تبتعد النساء عن زيارة الطبيب بصفة دورية ولا تنتظم في أخذ العلاج فيحدث لها مضاعفات هذا ما يبينه الجدول التالي:

¹ نجلاء عاطف خليل، المرجع السابق، ص 170.

² نفس المرجع، ص 171.

جدول رقم 48 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن السحر يسبب المرض وبين معاناة المبحوثات من مضاعفات المرض المزمن.

المجموع	تعرض النساء المصابات بالمرض المزمن لمضاعفات		التعرض لمضاعفات المرض	
	لا	نعم	المعتقد	
156	42	114	نعم	الإعتقاد بأن السحر يؤدي للإصابة بالمرض
100,0%	26,9%	73,1%		
14	7	7	لا	
100,0%	50,0%	50,0%		
170	49	121	المجموع	
100,0%	28,8%	71,2%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن السحر يسبب الإصابة بالمرض وبين معاناة المبحوثات من مضاعفات المرض المزمن، أن 71.2% من النساء تعرضن لمضاعفات المرض، تبعت هذا الاتجاه النساء اللواتي يعتقدن بأن السحر كان سببا في الإصابة بالمرض بنسبة 73.1% مقابل 50.0% للنساء اللواتي لا يؤمن بهذا المعتقد.

بينما قدرت نسبة النساء اللواتي لم يتعرضن لمضاعفات المرض بـ 28.8%، تبعت هذا الاتجاه النساء اللواتي لا يعتقدن بأن السحر يسبب في حدوث المرض بنسبة 50.0% مقابل 26.9% لواتي تعزو حدوث المرض بسبب السحر.

ومنه نستنتج أنه كلما زاد اعتقاد النساء بأن أسباب المرض تعود للسحر كلما قل اهتمامها بصحتها وانتظام علاجها مما يؤدي إلى زيادة خطر تعرضها لمضاعفات المرض.

جدول رقم 49 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن انجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية وبين عدد الأطفال في الأسرة

المجموع	عدد الأطفال			المعتقد	
	أكثر من 5 أطفال	3-5	0-2		
160	16	84	60	نعم	الاعتقاد أن إنجاب الأطفال قوة اقتصادية
100,0%	10,0%	52,5%	37,5%		
20	1	5	14	لا	المجموع
100,0%	5,0%	25,0%	70,0%		
180	17	89	74		
100,0%	9,4%	49,4%	41,1%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن انجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية وبين عدد الأطفال في الأسرة، أن 49.4% من النساء أنجبن من 3 إلى 5 أطفال، مقابل 41.1% منهن أنجبن طفلين على الأكثر بينما 9.4% من نساء العينة أنجبت أكثر من خمسة أطفال.

وعندما أردنا معرفة تأثير الإعتقاد بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية وجدنا أن 52.5% من النساء اللواتي يرين في إنجاب الأطفال قوة اقتصادية أنجبن ما

بين 3 إلى 5 أطفال في حين 70% من اللواتي لا يعتقدن به أنجبن طفلين على الأكثر.

ولتبيان العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاي² عند درجة حرية 1 ومستوى الدلالة 5% فوجدنا أن قيمة الدلالة قدر بـ 0.021 وهو أقل من مستوى الدلالة وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، ومنه كلما ساد الاعتقاد بأن انجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية كلما اتجهت النساء لإنجاب عدد أكبر من الأطفال.

مما سبق يتبين لنا أن الاتجاهات التقليدية التي كانت موجودة والخاصة بإنجاب الأطفال لازالت منتشرة خاصة وأن الاعتقاد بأن إنجاب عدد أكبر من الأطفال يمثل قوة اقتصادية لازال راسخا، حيث مارست هذه المعتقدات والعادات والتقاليد المتوارثة تأثيرا إيجابيا على مستويات الخصوبة، ففي المجتمعات التقليدية اعتبرت الأسرة ذات العدد الكبير من دواعي الفخر، وأن إنجاب المزيد من الأطفال يعتبر قوة اقتصادية لكونهم جزء مهم من قوة العمل حيث كان الأطفال الصغار يساعدون آباءهم في العديد من المهام داخل البيت وخارجه خاصة في مجال الزراعة إضافة إلى أنهم يشكلون مصدر أمان وعنصر مهم في مرحلة الشيخوخة فيعمل عليهم في استلام مهام العمل والرعاية الصحية للوالدين لذلك كان التوجه لإنجاب عدد أكبر من الأبناء لتوزيع أعباء الإعالة عليهم مستقبلا وقد بقيت هذه الاتجاهات ليومنا هذا فقد أكدت العديد من الدراسات أن الأسرة الجزائرية كانت ولازالت تؤمن بأن الأطفال قوة اقتصادية بحيث يتحدد نمط الأسرة بواسطة وظائفها وثقافتها، من بينها الدراسة التي قام بها الأستاذ بومخلوف محمد حول الأسرة الجزائرية والتي أكدت أن الأسر التي لا يزيد عدد أفرادها على ستة أفراد تمثل الأغلبية الساحقة في الأسر الجزائرية بنسبة 59.15%.

جدول رقم 50 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الطفل يمثل قوة اقتصادية وبين الفارق بين الولادات

المجموع	الفارق بين الولادات		الفرق بين الولادات	
	متباعد	متقارب	المعتقد	
140	41	99	نعم	الاعتقاد بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية
100,0%	29,3%	70,7%		
16	11	5	لا	
100,0%	68,8%	31,3%		
156	52	104	المجموع	
100,0%	33,3%	66,7%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية وبين المباعدة بين الولادات، أن 66.7% من النساء كانت ولاداتهم متقاربة مقابل 33.3% من اللواتي صرحن بأن الولادات كانت متباعدة.

وعند ادخال متغير الإعتقاد بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية وجدنا بأن 70.7% من اللواتي يعتقدن بأن الأطفال يمثلون قوة اقتصادية كانت ولاداتهم متقاربة.

كما صرحت 68.8% من اللواتي لا يعتقدن بأن الأطفال يمثلون قوة اقتصادية أن ولاداتهن كانت متباعدة.

ولتبيان العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاي² عند درجة الحرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.002 وهي أصغر من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما ساد

الاعتقاد بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية كلما كانت الولادات متقاربة لإنجاب عدد أكبر من الأطفال خاصة بالنسبة للواتي تزوجن في سن متأخرة.

نلاحظ مما سبق أنه ورغم وجود وسائل تنظيم الأسرة وتشجيع الدولة لسياسة المباشرة بين الولادات لما لها من تأثير إيجابي على صحة النساء إلا أن المرأة لا تعطي أهمية للعوامل الصحية بقدر العوامل الاجتماعية والثقافية التي باتت تحدد عدد ووتيرة الولادات، فلازالت النساء مرتبطات بالمعتقدات التي ترى في إنجاب الأطفال قوة اقتصادية، فيعرضن أنفسهن لمخاطر الإصابة بمشكلات صحية التي تعترض النساء الكبيرات في السن ومخاطر الوفاة التي تنتج عن الحمل المبكر، فوقت الحمل وقدرة المرأة على الحمل والإنجاب يؤثر تأثيراً مباشراً على صحتها.

كما أن للمنافسة التي تحدث داخل الأسرة الواحدة بين الكنائن دور مهم في إنجاب عدد أكبر من الأطفال وبصفة متقاربة، فالأسرة الكبيرة دائماً ما تفكر في أن الأطفال يمثلون قوة اقتصادية، فتمارس الضغط على الزوجين اللذين يصبحان غير قادرين على تقرير وقت وتواتر إنجاب الأطفال وعددهم.

"كما أن قيمة الإنجاب عند بعض الأسر يؤدي بهم إلى عدم التباعد في الإنجاب، فالزواج هدفه إنجاب الذرية والمرأة في المجتمعات العربية "وعاء للإنجاب، وقيمة الأنثى في حملها ووضعها أكبر عدد من الأبناء (من الذكور طبعاً إذا أمكن)"¹

¹علياء شكري، قضايا المرأة المصرية بين التراث والواقع، دراسة للثبات والتغير الاجتماعي والثقافي، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية كلية الآداب جامعة القاهرة، ط1، 2003، ص173.

جدول رقم 51 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وبين عدد الأطفال

المجموع	عدد الطفل			عدد الأطفال	
	أكثر من 5 أطفال	3-5	0-2	المعتقد	
125	14	73	38	نعم	الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة
100,0%	11,2%	58,4%	30,4%		
55	3	16	36	لا	
100,0%	5,5%	29,1%	65,5%		
180	17	89	74	المجموع	
100,0%	9,4%	49,4%	41,1%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وبين عدد الأطفال، أن 49.4% من النساء أنجبن من 3 إلى 5 أطفال، مقابل 41.1% منهن أنجبن طفلين على الأكثر بينما 9.4% من نساء العينة أنجبت أكثر من خمسة أطفال.

وعندما أردنا معرفة تأثير الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وجدنا أن 58.4% من النساء اللواتي يعتقدن به فعلاً أنجبن ما بين 3 إلى 5 أطفال في حين 65.5% من اللواتي لا يعتقدن به أنجبن طفلين على الأكثر.

ولتبيان العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 1 وجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أصغر من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، ومنه فإنه كما ساد الاعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة كلما اتجهت النساء لإنجاب أكبر عدد من الأطفال للحصول على أكبر عدد من الذكور.

تؤكد في هذا الصدد الدكتورة سامية خضر صالح أن "هناك علاقة جدلية بين اتجاهات المجتمع نحو المرأة وبين الرؤى والتصورات لمكانة المرأة ودورها وارتباط تلك المكانة والدور بخصوبة المرأة وكثرة عدد إنجابها سواء لتدعيم وجودها داخل ذلك المجتمع الذي تعيش هي داخله أو لخوفها وقلقها من الضياع في نظام اجتماعي"¹

وذكر الدكتور تومي حسين في مقاله حول الخصوبة والأسرة، أن الخصوبة ترتبط بمتغيرات وسيطية ومحددات خصوبية تتعلق بوضعية المرأة ومكانتها وأدوارها في المجتمع والنظرة إلى قيمة الأطفال من حيث عددهم وجنسهم وما هو منتظر من إنجابهم، وما يترتب عن ذلك من انعكاسات وآثار على الأسرة وشكلها ونمط وأسلوب بناءها وحجمها ومكان تواجدها.²

إذن فعدد الأطفال يساعد المرأة على إثبات وتركيز وجودها داخل الأسرة والمجتمع، وخاصة إذا كان المولود ذكرا هذا ما نلاحظه من خلال الجدول في الملحق رقم 2

¹ سامية خضر صالح، دراسات سوسيولوجية معاصرة، كلية التربية عين شمس، القاهرة، دون سنة، ص 83.
² حسين تومي، الخصوبة والأسرة تحول الإخصاب وآثاره على بنية الأسرة في الجزائر، بمجلة الوصل، التغيرات الأسرية والتغيرات الاجتماعية فعاليات الملتقى الثالث، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2005-2006، ص 123.

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وبين تفضيل الإنجاب، أن 58.5% من نساء العينة يفضلن إنجاب الذكور تليها نسبة 26% للواتي ليس لديهن تفضيل و15.5% للواتي يفضلن إنجاب الإناث.

وعندما أردنا معرفة تأثير الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وجدنا أن 65.5% من النساء اللواتي يعتقدن به يفضلن إنجاب الذكور مقابل 29.5% من النساء اللواتي لا يعتقدن به بأنه ليس لديهن تفضيل في الإنجاب سواء أنجبن الذكور أم الإناث لا يهم لأنهن يرين بأن جنس المولود ليس بالعامل الوحيد الذي يعطي للمرأة مكانة داخل الأسرة، وتفضل 27.9% من النساء اللواتي لا يعتقدن بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة إنجاب الإناث.

ولتبيان العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاس² عند درجة حرية 2 وجدنا بأن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.002 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، ومنه كلما ساد الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة كلما اتجهت النساء لتفضيل إنجاب الذكور.

ومنهفان إنجاب الذكور لا يزال مستحبا في الأسرة الجزائرية، حتى إذا اضطرت المرأة لإنجاب 5 أو 6 أطفال إذا لم تتحصل على الذكر، لأن إنجاب الأنثى يضع المرأة تحت ضغط كبير لإنجاب الذكر حتى وإن كانت تعاني من مشاكل صحية، فقد بينت الدراسة التي قامت بها الباحثتين نورة قنيفة وهناء عاشور أنه رغم كل المخاطر الصحية التي تعرضت لها المبحوثات إلا أن هناك رغبة

جامعة في الإنجاب لدى 73.33% منهن دون مراعاة المباشرة بين الولادات رغم أن الحمل الذي يحدث بعد عام واحد من الحمل السابق يمكن أن يؤدي إلى وفاة الجنين أو ولادته ووفاته مباشرة¹

إن تفضيل إنجاب الذكور على الإناث في الأسرة يعود إلى القيمة الرمزية القوية للذكر، حيث يعتبر بمثابة التأمين الاجتماعي للمرأة داخل الأسرة فيحافظ على مكانتها ويعززها فلا تتعرض للطلاق أو الأذى من الغير، فنجد أن العائلات تحتفل بالمولود الذكر وتتحرر له الذبائح، وفي هذا الصدد تؤكد Camille lacostedujardin في دراستها حول أهمية الأطفال الذكور في الأسرة " أن إنجاب الأطفال الذكور محدد لمكانة المرأة داخل العائلة، ومجدها يكمن في عدد إنجاب الأطفال، وكلما زاد عدد أطفالها كلما تمكنت من التوسع داخل العائلة أكثر ولا تتزعزع مكانتها بفضل أبناءها الذكور".²

عكس الفتاة التي يتحول يوم ولادتها إلى حزن وحسرة، لأن إنجاب الإناث يقلل من مكانة المرأة داخل الأسرة ويشعرها بالضياع والإغتراب، "فالإنجاب هو العنصر الذي يحدث فيه الإنقاذ من الإغتراب والفشل والضياع والحيرة... وخاصة لو كان المولود ذكر كما أن إذا كان المولود أنثى فإن دوامة الوقوع فريسة الضياع يستمر مرة أخرى في حلقات لا تنتهي دوامتها"³.

¹نورة قنيفة، هناك عاشور، مقارنة تحليلية للثقافة الإيجابية الذكورية وانعكاسها على الوضع الصحي للمرأة في المجتمع الحضري الجزائري، وقائع الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الطارف، 21-22 أبريل 2014، ص13.

²Camille Lacoste Dujardin, *Les Mère contre les Femmes*, Edition la Découverte, Paris, 1985,P83.

³ سامية خضر صالح، المرجع السابق، ص83.

جدول رقم 52 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يحافظ على الثروة وعدد الأطفال في الأسرة

المجموع	عدد الأطفال في الأسرة			عدد الأطفال	
	أكثر من 5 أطفال	3-5	0-2	نعم	لا
118	12	67	39	نعم	الإعتقاد أن انجاب الذكور يحافظ على الثروة
100,0%	10,2%	56,8%	33,1%		
62	5	22	35	لا	الثروة
100,0%	8,1%	35,5%	56,5%		
180	17	89	74	المجموع	
100,0%	9,4%	49,4%	41,1%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وبين عدد الأطفال، أن 49.4% من النساء أنجبن من 3 إلى 5 أطفال، مقابل 41.1% منهن أنجبن طفلين على الأكثر بينما 9.4% من نساء العينة أنجبت أكثر من خمسة أطفال.

وعندما أردنا معرفة تأثير الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وجدنا أن 56.8% من النساء اللواتي يعتقدن به فعلا أنجبن ما بين 3 إلى 5 أطفال في حين 56.5% من اللواتي لا يعتقدن به أنجبن طفلين على الأكثر.

ولتبيان العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاسي عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.009 وهي أقل من مستوى الدلالة 5%

وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين أي أنه كلما ساد الاعتقاد بأنه للحفاظ على الثروة يجب إنجاب الذكور كلما اتجهت النساء إلى إنجاب أكبر عدد من الأطفال للحصول على الذكر.

فالكثير من الأسر في المجتمعات العربية عامة والمجتمع الجزائري خاصة يفضلون إنجاب الذكر على الأنثى لأسباب اقتصادية مثل أن الإبن الذكر يحمل اسم العائلة وينجب الأطفال الذين سيملون اسم العائلة في المستقبل، إضافة إلى أن الإبن الذكر يعتبرونه ضمان اقتصادي للأسرة عند شيخوخة الأبوين، وهذا ما يدعو العائلات إلى تكرار الإنجاب أكثر من مرة خاصة إذا كان المولود أنثى طمعا في إنجاب مولود ذكر، أو حتى الزواج بثانية من أجل هذا الغرض فقد كشفت دراسة في باكستان أنه بين النساء اللواتي عندهن ستة أطفال، خاصة إذا كانت إناثا، كان هناك احتمال بنسبة 46% بأن ترغب المرأة في إنجاب المزيد من الأطفال رغبة في إنجاب الذكر في حين إذا كانوا جميعهم ذكورا فإن نسبة 4% فقط يرغبون بإنجاب المزيد من الأطفال¹.

هذا الهوس في إنجاب الذكور جاء نتيجة الاعتقاد بأن الذكر يحافظ على الثروة داخل الأسرة، فالمال مرتبط بكسب الرجال مثلما يقول المثل الشعبي "بيت الرجال ولا بيت المال" ففي المخيال الاجتماعي يحمل الذكر اسم العائلة ويسهم في استمرار النسب ويثري العائلة ويحافظ على ثروتها عكس الأنثى التي تذهب ثروتها لبيت زوجها، لذلك لم تتمتع المرأة بحقها في الميراث في العائلة التقليدية القبائلية.

¹ جون ويكس، مقدمة في علم السكان، ترجمة: فوزي سهاونة، مطبعة الجامعة الأردنية، عمان، 1999، ص115.

جدول رقم 53 يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يضمن الحفاظ على الثروة وبين الفارق بين الولادات

المجموع	الفارق بين الولادات		الفارق بين الولادات	
	متباعد	متقارب	المعتقد	
108	30	78	نعم	الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يحافظ على الثروة
100,0%	27,8%	72,2%		
48	22	26	لا	
100,0%	45,8%	54,2%		
156	52	104	المجموع	
100,0%	33,3%	66,7%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يضمن الحفاظ على الثروة وبين المباعدة بين الولادات، أن 66.7% من النساء كانت ولاداتهم متقاربة مقابل 33.3% من اللواتي صرحن بأن الولادات كانت متباعدة.

وعند إدخال متغير الإعتقاد بأن إنجاب الذكور يضمن الحفاظ على الثروة وجدنا أن 72.2% من اللواتي يعتقدن به فعلا كانت ولاداتهن متقاربة في حين صرحت 54.2% من اللواتي لا يعتقدن بأنه من الضروري إنجاب الذكور للحفاظ على الثروة أن ولاداتهن كانت متقاربة أيضا مقابل 45.8% من اللواتي كانت ولاداتهن متباعدة.

ولتبيان العلاقة بين المتغيرين قمنا باختبار كاس² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدر ب 0.027 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية

العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين أي توجد علاقة بين المتغيرين لكنها علاقة ضعيفة.

جدول رقم 54 يبين العلاقة بين استعمال دم وملابس النساء لأجل الحمل وبين معاناة المبحوثات من الأمراض التناسلية

المجموع	معاناة المبحوثات من الأمراض التناسلية		المعاناة من الأمراض التناسلية	
	لا أعاني من أي مرض	الالتهابات التناسلية	الممارسة	
55	11	44	نعم	استعمال ملابس ودم النساء لأجل الحمل
100,0%	20,0%	80,0%		
125	57	68	لا	الحمل
100,0%	45,6%	54,4%		
180	68	112	المجموع	
100,0%	37,8%	62,2%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين استعمال دم وملابس النساء بغرض الحمل ومعاناة المبحوثات من الأمراض التناسلية، أن 62.2% من النساء أصبن بالأمراض التناسلية التي تمثلت في الإلتهابات التناسلية مقابل 37.8% ممن لم تعانين من أي مرض تناسلي.

ولمعرفة تأثير استعمال دم النساء وملابسها لجل الحمل وجدنا ان 80% من النساء اللواتي مارسن هذه العادة قد أصبن بالتهابات تناسلية في حين صرحت

54.4% ممن لم تمارسن هذه العادة أنهن أصبن بالتهابات تناسلية مقابل 45.6% لم يصبن بأي مرض تناسلي.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا بإختباركا² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدر بـ 0.001 وهو أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين أي توجد علاقة بين استعمال دم وملابس النساء وبين معاناة المبحوثات من الإلتهابات التناسلية.

جدول رقم 55 يبين العلاقة بين عادة عدم استحمام النساء إلا بعد مرور الأربعين ونتيجة ممارسة هذه العادة

المجموع	نتيجة ممارسة العادة		النتيجة	
	سلبية	إيجابية	العادة	
133	96	37	نعم	عدم استحمام النساء إلا بعد الأربعين
100,0%	72,2%	27,8%		
30	12	18	لا	
100,0%	40,0%	60,0%		
163	108	55	المجموع	
100,0%	66,3%	33,7%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين عادة عدم استحمام النساء إلا بعد مرور أربعين يوما ونتيجة ممارسة هذه العادة، أن 66.3% من النساء صرحن بأن نتيجة ممارسة هذه العادة كانت سلبية على صحتهن وحتى نفسيتهن ودعمت هذا الاتجاه النساء اللواتي مارسن فعليا هذه العادة بنسبة 72.2%.

بينما صرحت 33.7% من النساء أن عدم استحمام النفساء إلا بعد مرور الأربعين يوماً يساعد على حفاظ الأم على صحتها ودعمت هذا الإتجاه 60% من النساء اللواتي لم يمارسن هذه العادة.

وللتأكد من وجود العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال إختبار كاسي² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدر بـ 0.001 وهو أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين ومنه وجود علاقة بين ممارسة عادة عدم إستحمام النفساء إلا بعد مرور أربعين يوماً وبين نتيجة ممارسة هذه العادة، وهي علاقة عكسية أي كلما اتجهت النساء لممارسة هذه العادة كلما كانت النتيجة سلبية على صحتها وهذا ما يظهره الجدول الموالي.

لقد ساد في المجتمع الجزائري منذ القدم العديد من المعتقدات الشعبية المرتبطة بفترة النفاس توارثتها الأجيال والتي يجب على النفساء أن ترضخ لها كي لا تصاب بأي مكروه، منها عدم ارتداء الملابس الداكنة، لا تقوم النفساء بطهي الطعام للعائلة، يجب أن لا تدخل حائض على نفساء لأن ذلك قد يصيبها بالعقم وعدم الإنجاب مرة ثانية فقد صرحت 31% من نساء العينة أنهن يؤمن بهذا المعتقد، ورغم أنه في الوقت الحالي تم التخلي عن ممارسة بعض هذه المعتقدات إلا أن النساء على اختلاف مستوياتهن التعليمية والاقتصادية لازلن متمسكات بالمعتقد الخاص بعدم استحمام النفساء إلا بعد مرور أربعين يوماً، حيث تشدد العجائز في الأسرة على ضرورة خضوع المرأة لهذا المعتقد لأن النفساء في مرحلة ما بعد الولادة تكون منهكة القوى وفي حالة عياء جراء تأثير الحمل والولادة على بنية جسمها، حيث يقال أن جسمها يكون مفتوح وكذلك قبرها باعتبارها عرضة للإصابة بالمرض، فالنفساء في المخيال الاجتماعي تكون مرتبطة بعالمين العالم السماوي أي أنها معرضة لخطر الإصابة بالأمراض

والوفاة والعالم الدنيوي الذي تعود إليه بعد إتمام 40 يوما من النفاس والاستحمام حيث يعود الجسم والرحم إلى حالته الطبيعية، لذلك يجب على النساء في هذه الفترة عدم القيام بأي إتصال بالماء كالإستحمام أو غسل الشعر مع تغطية كافة أنحاء الجسم لكي لا تصاب بالبرد حتى لو كان ذلك في فصل الصيف، فقد صرحت إحدى المبحوثات أن خالتها استهانت بهذا المعتقد ما أدى إلى إصابتها ببرد على مستوى الرأس وبعدها الجنون.

إلا أن الأطباء المختصين في أمراض النساء والولادة يرون بأن هذا المعتقد لا أساس له علميا، حيث كان مرتبطا بفترة زمنية قديمة تميزت بمستوى معيشي مزر أين كان من الصعب على المرأة الحصول على الماء لأجل الإستحمام وانعدام وسائل الراحة والتدفئة والغذاء الصحي المناسب لفترة النفاس، على العكس حاليا نجد بأن بعض الدول الأوروبية أصبحت تعتمد على الولادة تحت الماء لتسهيل عملية المخاض، وأن عدم الاستحمام يؤدي إلى إصابة النساء بالتهابات تناسلية أثناء النفاس نتيجة عدم النظافة، "كما أكدت منظمة الصحة العالمية على أن النفاس يجب أن تهتم بنظافة جسمها من خلال غسل كافة الجسم يوميا"¹.

¹ منظمة الصحة العالمية، رعاية الحمل، الولادة، ما بعد الولادة والولدان، دليل الممارسات الأساسية، جنيف، 2003-ص116.

جدول رقم 56 يبين العلاقة بين قيام المبحوثات بعملية المسد بغرض الحمل وبين نتيجة هذه الممارسة

المجموع	نتيجة ممارسة المعتقد		النتيجة	
	سلبية	إيجابية	المعتقد	
117	88	29	نعم	اللبوء لعملية
100,0%	75,2%	24,8%		المسد من أجل
46	20	26	لا	الحمل
100,0%	43,5%	56,5%		
163	108	55	المجموع	
100,0%	66,3%	33,7%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين لبوء النساء إلى عملية المسد عند العجوز لأجل الحمل وبين النتيجة التي تحصلت عليها من هذه الممارسة، أن 66.3% من النساء صرحن بأن نتيجة ممارسة هذه العادة كانت سلبية على صحتهن ، في حين صرحت 33.7% من النساء أن ممارسة المسد عند العجوز في حال تأخر الحمل تكون نتيجته إيجابية وقد يؤدي إلى الحمل.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل اللبوء لعملية المسد من أجل الحمل، وجدنا أن 75.2% من النساء اللواتي مارسن فعلا هذه العادة صرحت بأن النتيجة جاءت سلبية، في حين 56.5% من النساء اللواتي لم يمارسن هذا الطقس كانت صحتهن جيدة.

وللتأكد من وجود العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاي² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5%

وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين ومنه وجود علاقة بين لجوء النساء لعملية المسد عند العجوز بغرض الحمل ونتيجة هذه الممارسة.

للإنجاب أهمية بالغة وقيمة إجتماعية داخل الأسرة، حيث يعتبر ثمرة اتحاد الرجل والمرأة في إطار شرعي وهو الزواج، الذي لا يكتمل إلا بإشباع رغبة الأمومة والأبوة، لذا نرى بأن الأسرة بأكملها تتقرب في الشهور الأولى من الزواج خبر الحمل من الزوجين فيضعهما تحت ضغط كبير، خاصة إذا تأخر الحمل فيبدأ التردد على الأطباء بالرغم من أن فترة الزواج لم تتجاوز شهرين، ثم تتجه في حالة عدم جدوى العلاج إلى خيار الممارسات الشعبية لتستجاب به الحمل من بينها الذهاب إلى العجائز طلباً للحل فتقوم العجوز بمسد أسفل بطن الزوجة أي القيام بنوع من ذلك لإخراج الغازات من الرحم وتنشيط الدورة الدموية والتي حسب اعتقادها تكون سبباً في تأخر الحمل، إلا أن النتيجة لا تكون إيجابية عند أغلب النساء فلا يحدث حمل بل وتعرض النساء لخطر حدوث النزيف ومشاكل في المبيضين خاصة إذا مارست هذا المعتقد عند عجوز غير متمرسات ولم تكن لها علاقة بمجال الحمل والتوليد لأن المسد يتم بطرق وأماكن معينة، كما أن إيمان المرأة بهذا المعتقد وبكلام العجوز لا تلجأ للبحث عن المشاكل الإنجابية الفعلية عند الأخصائيين لمعالجتها وتترك الأمور حتى تتفاقم وقد تتسبب في العقم.

استنتاج الفرضية الأولى

فيما يخص الفرضية الأولى التي تمثلت في معرفة تأثير العادات والتقاليد والمعتقدات السائدة في المجتمع في الإصابة بالأمراض، لاحظنا من خلال تحليل الجداول أن المعتقدات السائدة بين النساء فيما يتعلق بالسمنة أثرت بالسلب على صحتهن، حيث صرحت 50.4% من النساء اللواتي يعتقدن بأن التدليك يساعد على خفض الوزن أنهن مصابات بالسمنة أي أن التدليك لم يأتي بنتيجة، كما أن المعتقد السائد في أوساط النساء بأن الامتناع عن تناول وجبة العشاء وحمامات البخار يساعدان على خفض الوزن أثرت في إصابتهن بالسمنة، وأن 50.3% من اللواتي أخذن الحبوب المقللة للشهية زادت أوزانهن أكثر من ذي قبل.

كما لاحظنا من خلال النتائج أنه ورغم تقدم الطب والتفسيرات العلمية التي قدمها لكل مرض إلا أن المعتقدات التي كانت سائدة في الماضي التي تفسر المرض على أنه لعنة وعقاب ونتاج كائنات فوق طبيعية لا تزال راسخة في المجتمع الجزائري، حيث تعزو 90.5% من النساء إصابتهن بالمرض المزمن إلى العين الشريرة بينما تعتقد 89.7% منهن أن السحر كان سببا للإصابة بالمرض.

ولا تزال المعتقدات الخاصة بالإنجاب وتفضيل الذكور حاضرة وتمارس تأثيرها في الصحة الإنجابية للمرأة، حيث صرحت 52.5% من النساء اللواتي يعتقدن بأن إنجاب الأطفال يمثل قوة إقتصادية بأنهن أنجبن ما بين 3 إلى 5 أطفال و70.7% منهن يفضلن أن تكون ولاداتهن متقاربة ليتمكن من إنجاب أكبر عدد من الأطفال وخاصة الذكور بما أنهم يحافظون على الثروة ويعززون مكانة

المرأة داخل الأسرة حسب تصريح 56.8% و 58.4% على التوالي ممن أنجبين من 3 إلى 5 أطفال.

كما أن تعلق النساء وممارستهن للعادات والمعتقدات المرتبطة بالحمل تؤدي إلى عواقب غير مرغوب فيها على صحتهن حيث صرحت 80% من النساء اللواتي مارسن عادة استعمال دم النفساء وملابسها لأجل الحمل أنهن تعرضن لالتهابات تناسلية، كما صرحت 70.7% من المبحوثات اللواتي مارسن عادة عدم الإستحمام إلا بعد مرور الأربعين يوما من الولادة لأمراض تناسلية، وجاءت نتيجة لجوء المبحوثات لعملية المسد من أجل الحمل سلبية بنسبة 75.2%.

من خلال ما سبق نستنتج أن تمسك المبحوثات بالعادات والمعتقدات السائدة في المجتمع الجزائري أثرت سلبا على صحتهن بحيث أصبن بعدة أمراض كالسمنة، السكري، ضغط الدم والقلب وكذا مشاكل متعلقة بالصحة الإنجابية.

تمهيد

سنحاول من خلال هذا الفصل تحليل وتفسير الفرضية القائلة بأن العادات الغذائية الغير صحية تساهم في زيادة إصابة النساء بالأمراض، ولهذا الغرض حاولنا تحديد المؤشرات الخاصة بالمتغير المستقل المتمثل في العادات الغذائية منها الوجبات التي تفضل نساء العينة تناولها، عدد الوجبات الرئيسية، وتيرة تناول اللحوم، الخضار، السكريات والمشروبات الغازية، الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها ومراعاة القيم الغذائية في تحضير الطعام، وسنقوم بربط هذه المؤشرات بمؤشرات المتغير التابع المتمثلة في الإصابة بالأمراض المزمنة، السمنة والأمراض المتعلقة بالصحة الإنجابية.

جدول رقم 57 يبين العلاقة بين نوع الوجبات التي تفضلها المبحوثات والإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	نوع الوجبات المفضلة	
88	48	28	12	الوجبات الجاهزة	الوجبات المفضلة
100,0%	54,5%	31,8%	13,6%		
112	44	29	39	الوجبات المنزلية	
100,0%	39,3%	25,9%	34,8%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين الوجبات التي تفضل المبحوثات تناولها وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و 25.5% وزنهن طبيعي.

وعند ربطنا لمتغير نوع الوجبات المفضلة عند المرأة بما إذا كانت مصابة بالسمنة، نلاحظ ان اللواتي تتناولن الوجبات الجاهزة أغلبهن مصابات بالسمنة بنسبة 54.5% مقابل 31.8% مصابات بزيادة الوزن و 13.6% لهن وزن طبيعي. في حين اللواتي تفضلن الوجبات المنزلية 39.3% مصابات بالسمنة مقابل 34.8% لهن وزن طبيعي و 25.9% مصابات بزيادة الوزن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.003 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم الفائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة

بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد تفضيل المبحوثات للوجبات الجاهزة كلما زاد خطر تعرضها لزيادة في الوزن والسمنة.

لقد ساهمت الأطعمة المحفوظة والجاهزة المستوردة والتي أغرقت الأسواق في الابتعاد عن تحضير الأطعمة المنزلية، "حيث كانت المرأة المسؤولة الأولى عن تحضير الطعام في المنزل، ولكن مع ارتفاع عدد النساء اللواتي يضطعن بدور بارز في القوى العاملة، وتدني نسبة الوقت الذي تمضين في المنزل، تلاشى دورهن الأساسي كطاهيات، وعضواً عن مشاركة مسؤولية الطهي مع باقي أفراد العائلة، باتت الوجبات في العديد من الحالات مرتكزة على الأطباق المعدة خارج المنزل، وفي ظل نمط الحياة الحالي الحافل بالمشاغل، لم يعد أفراد العائلة يجتمعون إلا لماماً لتناول وجبات الطعام معاً، وتثير هذه النزعة القلق لأن الأبحاث تشير إلى أن أفراد العائلات الذين يحرصون على الاجتماع معاً لتناول وجبات الطعام يتمتعون بصحة أفضل من هؤلاء الذين يتناولون وجباتهم كل على حدا، وبدلاً من أن يتشارك الجميع وجبة صحية معدة في المنزل، أصبح كل واحد منهم يتناول طعامه عندما يتسنى له الوقت لذلك، مفضلاً في معظم الأحيان الوجبات الجاهزة، وفق ما تقتضيه ظروف عمله، وأظهرت الدراسات أن الأطباق المعدة خارج المنزل تحتوي على سرعات حرارية أكثر من تلك المعدة في المنزل"¹.

¹ علي عبد الله خاطر، السمنة تزداد سمنة، مجلة الصحة، مؤسسة حمد الطبية، العدد 3، قطر، 2013، ص27.

جدول 58 رقم يبين العلاقة بين تفضيل المبحوثات للوجبات السريعة وإصابتهم بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	تفضيل الوجبات السريعة	
172	85	51	36	نعم	تفضيل الأطعمة السريعة
100,0%	49,4%	29,7%	20,9%		
28	7	6	15	لا	
100,0%	25,0%	21,4%	53,6%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للوجبات السريعة وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و 25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير تفضيل المبحوثات لتناول الوجبات السريعة، وجدنا أن 49.4% من النساء اللواتي تفضلن تناول الوجبات السريعة مصابات بالسمنة مقابل 29.7% مصابات بزيادة في الوزن، و 20.9% لهن وزن طبيعي، في حين اللواتي لا تتناولن الوجبات السريعة 53.6% لهن وزن طبيعي مقابل 25% مصابات بالسمنة و 21.4% مصابات بزيادة في الوزن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.001 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم الفائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة

بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد تفضيل المبحوثات لتناول الوجبات السريعة كلما زاد خطر تعرضها لزيادة في الوزن والسمنة.

ومنه نستنتج أن النساء المصابات بالسمنة وزيادة في الوزن يتناولن بنسبة كبيرة الأطعمة السريعة، ويعد عامل خروج المرأة للعمل من بين العوامل التي حفزت زيادة استهلاك هذا النوع من الأطعمة، أضف إلى ذلك سهولة الحصول على الوجبات السريعة للانتشار الواسع للمطاعم ومحلات الأكل السريع أمام أماكن العمل والدراسة وداخل المراكز التجارية والأسواق، فطلت الأطعمة السريعة محل وجبات الطعام الرئيسية التقليدية المعدة في البيت، ولاحقاً على كميات كبيرة من الكربوهيدرات والدهون التي يقوم الجسم بتخزينها ومع الجمود الحركي التي أصبحت النساء تعاني منه ساعد على اكتساب أوزان زائدة وتفشي السمنة في أوساط النساء.

"وقد أثبتت دراسة أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية لتحديد مستوى استهلاك الوجبات السريعة والتي أجريت على 3031 شخصاً أعمارهم من 18 سنة فما فوق، أن الاستهلاك كان عالياً عند الأشخاص المصابين بالسمنة، وعند متابعة الوزن لوحظ أن الوزن في زيادة للأشخاص الذين يتناولون الأطعمة السريعة أكثر من مرتين في الأسبوع"¹. هذا ما يوضحه الجدول التالي:

¹ نوف بنت علي آل سليمان، المرجع السابق، ص36.

جدول رقم 59 يبين العلاقة بين عدد مرات تناول المبحوثات للأطعمة السريعة وإصابتهم بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			عدد مرات تناول الأطعمة السريعة	الإصابة بالسمنة
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي		
20	10	7	3	يومية	عدد مرات تناول الأطعمة السريعة
100,0%	%50.0	%35.0	%15.0		
36	24	7	5	مرة في الأسبوع	
100,0%	%66.7	%19.4	%13.9		
86	41	30	15	بضع مرات في الأسبوع	
100,0%	%47.7	%34.9	%17.4		
30	10	7	13	نادرا	
100,0%	%33.3	%23.3	%43.3		
28	7	6	15	أبدا	
100,0%	%25.0	%21.4	%53.6		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين عدد المرات التي تتناول فيها المبحوثات الوجبات السريعة وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير عدد الوجبات السريعة التي تتناولها المبحوثات، وجدنا أن 66.7% من النساء اللواتي يتناولن الوجبات السريعة مرة في الأسبوع

مصابات بالسمنة، 19.4% مصابات بزيادة في الوزن و 13.9% لهن وزن طبيعي.

بينما 50% من اللواتي يتناولن الوجبات السريعة يوميا مصابات بالسمنة،مقابل 35% منهن مصابات بزيادة في الوزن و 15% وزنهن طبيعي.

في حين 53.6% من النساء اللواتي لا يتناولن أبدا الوجبات السريعة لهن وزن طبيعي، 25% مصابات بالسمنة و 21.4% مصابات بزيادة في الوزن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاي² عند درجة حرية 8 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما زادت وتيرة وعدد مرات تناول الوجبات السريعة كلما زاد خطر تعرض المبحوثات لزيادة في الوزن والسمنة.

جدول رقم 60 يبين العلاقة بين عدد الوجبات الرئيسية التي تتناولها المبحوثات والإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	عدد الوجبات الرئيسية	
1	0	0	1	وجبة واحدة	عدد الوجبات الرئيسية
100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
85	35	22	28	وجبتين	
100,0%	41,2%	25,9%	32,9%		
114	57	35	22	ثلاث وجبات فأكثر	
100,0%	50,0%	30,7%	19,3%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين عدد الوجبات الرئيسية التي تتناولها المبحوثات تناولها وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير عدد الوجبات الرئيسية التي تتناولها المبحوثات في اليوم وجدنا أن نصف المبحوثات 50% من اللواتي يتناولن ثلاث وجبات رئيسية فأكثر في اليوم مصابات بالسمنة، 30.7% مصابات بزيادة في الوزن و19.3% لهن وزن طبيعي، في حين جل المبحوثات 100% اللواتي يتناولن وجبة رئيسية واحدة لهن وزن طبيعي.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 4 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.01 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد عدد الوجبات الرئيسية التي تتناولها المبحوثات في اليوم كلما زاد خطر تعرضها للزيادة في الوزن والسمنة.

مما سبق يتبين لنا أن أغلبية النساء المصابات بزيادة في الوزن والسمنة يتناولن ثلاث وجبات رئيسية فأكثر في اليوم، أي أنهن لا يستغنين عن أي واحدة من الوجبات الثلاث الرئيسية والتي لا تراعي فيها النساء القيم الغذائية في التحضير وتكون مكوناتها غير متوازنة وغير صحية، هذا النظام الغذائي السائد في المجتمع الجزائري والذي يعد مشابها للنظام الغذائي الفرنسي حيث يركز على 3 وجبات رئيسية إلى أربعة هي فطور الصباح الذي يتكون من الحليب والقهوة وتكون مصحوبة بخلويات، كرواصون أو خبز وزبدة ومربى التي تحتوي على الكثير من الدهون المشبعة ثم في منتصف النهار لدينا الوجبة الرئيسية المتكونة من المرق أو البقوليات في فصل الشتاء أو الكسكسي بالإضافة إلى السلطة

والمشروبات الغازية والعصائر، وفي المساء لدينا الوجبة الرئيسية الأخرى التي غالبا ما تكون هي نفسها وجبة الغذاء مع سلطة أيضا، وهناك قهوة المساء التي تكون مصحوبة بعجائن كالبغريز والمسمن أو الحلويات التي أصبح من السهل إعدادها سواء من قبل النساء الماكثات بالبيت أو العاملات لكثرة الوصفات التي أصبحت منتشرة على الانترنت، أضف إلى ذلك أنه ما يميز الأطباق الجزائرية التقليدية احتوائها على الدهون بكثرة لاستعمال شحوم الغنم بغية الحصول على مذاق مميز، كما لا ننسى مكون البطاطا المقلية التي لا تكاد تخلو منها المائدة الجزائرية خاصة في فصل الصيف، هذا بالنسبة للنساء الماكثات في البيت أما بالنسبة للعاملات فتتركز وجبات الغذاء لديهن على السندويشات والبيتزا المصحوبة بمختلف الصلصات التي يكون مكونها الرئيسي كمية معتبرة من الزيت النباتي الذي يحتوي على سعرات حرارية عالية، وبالتالي تتناول النساء كمية كبيرة من الأغذية التي تحتوي على الدهون على حساب الفيتامينات والألياف في اليوم الواحد مما يساعدها على اكتساب الوزن والسمنة.

جدول رقم 61 يبين العلاقة بين تناول الأطعمة أثناء مشاهدة التلفزيون وبين إصابة المبحوثات بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	تناول الأطعمة أثناء مشاهدة التلفاز	
86	49	25	12	نعم	تناول الأطعمة أثناء مشاهدة التلفزيون
100,0%	57,0%	29,1%	14,0%		
56	21	12	23	لا	
100,0%	37,5%	21,4%	41,1%		
58	22	20	16	أحيانا	
100,0%	37,9%	34,5%	27,6%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للأطعمة أثناء مشاهدة التلفاز وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و 25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير تناول المبحوثات للأطعمة أثناء مشاهدة التلفاز، وجدنا أن 57% من النساء اللواتي يتناولن الوجبات وهن يشاهدن التلفاز مصابات بالسمنة، 29.1% مصابات بزيادة في الوزن بينما 14% لهن وزن طبيعي.

في حين 41.1% من اللواتي لا يتناولن الوجبات أثناء مشاهدة التلفاز لهن وزن طبيعي، 37.5% مصابات بالسمنة و 21.4% مصابات بزيادة في الوزن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 4 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.004 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد تناول المبحوثات للوجبات وهن يشاهدن التلفاز كلما زاد خطر تعرضهن لزيادة في الوزن والسمنة.

هناك عدة جوانب لتأثير مشاهدة التلفاز على زيادة الوزن والسمنة منها أن الأطعمة المتناولة أثناء مشاهدة التلفاز والتي غالباً ما تكون غنية بالسعرات الحرارية مثل البطاطا المقلية والمقرمشة (الشيبس) والمشروبات الغازية المصحوبة بأنواع مختلفة من الحلويات، أضف إلى ذلك أن طول فترة مشاهدة التلفزيون تعني البقاء مدة طويلة دون حركة وتعوض وقت ممارسة النشاط البدني، ولقد بينت العديد من الدراسات أنه كلما طالت فترة مشاهدة التلفزيون ازداد احتمال الإصابة بالسمنة، "حيث أوضحت دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على 4771 شخص يبلغون 19 سنة فما فوق أن البالغين والأطفال اللذين يقضون أربع ساعات فأكثر في مشاهدة التلفاز في اليوم أكثر عرضة لخطر الإصابة بالسمنة مرتين أكثر من اللذين يقضون أقل من ساعة في اليوم في مشاهدة التلفاز"¹، وتعتبر النساء في الوطن العربي أكثر مشاهدة للتلفزيون من الرجال، وأوضحت إحدى الدراسات أن نسبة النساء اللواتي يشاهدن التلفزيون لأكثر من 3 ساعات قد بلغت 43% في سلطنة عمان وترتفع إلى 49% في البحرين وإلى 68% في قطر، كما تشير دراسة حديثة أجريت على طالبات الجامعة في الكويت أن أهم الأطعمة التي يتناولها هؤلاء الطالبات أثناء مشاهدة التلفاز هي الأطعمة السريعة (52%) والمشروبات الغازية (60%)

¹ Larry A, Tucker, Marilyn Bagwell, **Television Viewing and Obesity in adult Females** in American Journal of Public Health, Vol 81, N°7, July 1991, P909.

والبطاطا المقلية (65%) والمكسرات (55%) والحلويات والشوكولاتة (68%)¹.

جدول رقم 62 يبين العلاقة بين نوع الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها وبين الإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	نوع الأطعمة	
46	21	12	13	البروتينات	الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها
100,0%	45,7%	26,1%	28,3%		
110	57	33	20	الدهون	
100,0%	51,8%	30,0%	18,2%		
44	14	12	18	الفيتامينات	
100,0%	31,8%	27,3%	40,9%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين نوع الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها والإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و25.5% ووزنهن طبيعي.

¹ عبد الرحمن عبيد مصيقر، السمنة في الوطن العربي: انتشارها، أسبابها ومكافحتها، وقائع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني، مركز البحرين للدراسات والبحوث المركز العربي للتغذية، مملكة البحرين، 19-21 يناير 2010، ص ص 16-17.

وعندما أردنا معرفة تأثير نوع الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها، وجدنا أن 51.8% من نساء العينة اللواتي تكثر من تناول الأطعمة التي تحتوي على الدهون مصابات بالسمنة، 30% منهن مصابات بزيادة في الوزن و18.2% وزنهن طبيعي.

في حين 45.7% من اللواتي تكثر من تناول الأطعمة التي تحتوي على البروتينات خاصة الحيوانية مصابات بالسمنة، 26.1% مصابات بزيادة في الوزن و28.3% لهن وزن طبيعي.

بينما 40.9% من المبحوثات اللواتي تكثر من تناول الأطعمة التي تحتوي على الفيتامينات لهن وزن طبيعي مقابل 31.8% تعاني من السمنة و27.3% مصابات بزيادة في الوزن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 4 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.03 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما أكثر المبحوثات من تناول المأكولات التي تحتوي على الدهون كلما زاد خطر إصابتها بزيادة في الوزن والسمنة.

نستنتج مما سبق أن نساء العينة يكثرن من تناول الأطعمة التي تحتوي على كمية كبيرة من الدهون، مقابل الفيتامينات والبروتينات التي من المفروض أن تكون هي الغالبة في الأطباق خاصة اللواتي يعانين من السمنة وزيادة في الوزن لأنها تساعد على خفض الوزن وهذا ما بينته بعض الدراسات التي أظهرت أن التغذية العالية في البروتين 25% تقريبا تؤدي إلى إنقاص الوزن بدرجة أكبر مقارنة بالأغذية المنخفضة البروتين.

كما أوضحت الدراسات الإكلينيكية أن العوامل الغذائية وخصوصاً كمية الطاقة والدهون المتناولة لها علاقة إيجابية مع زيادة الوزن، فنوعية الغذاء يؤثر في تخزين الطاقة في الجسم، حيث أن أماكن تخزين البروتين في الجسم محدودة أما الدهون فأماكن تخزينها في الجسم غير محدودة".¹

" وبينت دراسة أخرى أجريت في تونس أن السمنة مرتبطة بالإفراط في الإستهلاك الغذائي الفردي، حيث سجل تطور الإستهلاك في تونس للدهون بنسبة 31.8% من مجموع السعرات الحرارية المتناولة سنة 1995 بعدما كان 26% سنة 1980، حيث تأثرت السمنة بالعوامل الخطرة التي تمس النمط الاستهلاكي كدعم المواد الأساسية العالية بالسعرات الحرارية كالزيت والسكر وزيادة المتناول من الدهون في الوجبة اليومية".²

جدول رقم 63 يبين العلاقة بين نزع الدجاج عند طهيه وبين الإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	نزع جلد الدجاج	
89	34	23	32	نعم	نزع جلد الدجاج
100,0%	38,2%	25,8%	36,0%		
111	58	34	19	لا	نزع جلد الدجاج
100,0%	52,3%	30,6%	17,1%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

¹ نوف بنت علي آل سليمان، المرجع السابق، ص42.

² لطيفة بلطيفة وآخرون، مستوى المعرفة وسلوكيات السيدات التونسيات حول الوقاية من السمنة عن طريق التغذية والنشاط البدني في الوسطين الريفي والحضري، بالمجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الحادي عشر، مركز البحرين للدراسات والبحوث، البحرين، 2004، ص310.

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين نزع جلد الدجاج قبل طهيته وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و 25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير نزع جلد الدجاج قبل طهيته، وجدنا أن 52.3% من النساء اللواتي لا يقمن بنزع جلد الدجاج قبل طهيته مصابات بالسمنة، في حين 38.2% من النساء اللواتي يفضلن طهي الدجاج بعد نزع جلده لتجنب كثرة الدهون في الطبق مصابات أيضا بالسمنة مقابل 36% لهن وزن طبيعي.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.009 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أن استعمال جلد الدجاج في الطهي يساعد على اكتساب وزن زائد وبالتالي الإصابة بالسمنة، لكن العلاقة تبقى ضعيفة.

نلاحظ مما سبق أن أغلب نساء العينة يستعملن الدجاج بجلده أثناء الطبخ لاعتقادهن بأنه يضيف للأكلة نكهة خاصة ويجعلها أذ خاصة في حالة وجود عزومة أو مناسبة معينة، بل ويضفن الزيت النباتي في عملية التقلية، هذا يجعل الأطباق مشبعة بكمية كبيرة من الدهون التي يخزنها الجسم ويصعب التخلص منها وبالتالي تساهم في إصابة النساء بزيادة في الوزن والسمنة.

جدول رقم 64 يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للخضار وبين الإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	وتيرة تناول الخضار	
100	37	26	37	دائما	تناول المبحوثات للخضار
100,0%	37,0%	26,0%	37,0%		
100	55	31	14	أحيانا	
100,0%	55,0%	31,0%	14,0%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للخضار وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و 25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير وتيرة تناول الخضار على الإصابة بالسمنة، وجدنا أن 55% من النساء اللواتي أحيانا ما يتناولن الخضار مصابات بالسمنة، في حين 37% من المبحوثات اللواتي تتناولن الخضار يوميا لهن وزن طبيعي.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.001 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أن وتيرة تناول الخضار يؤثر في إصابة النساء بالسمنة وزيادة في الوزن.

مما سبق نلاحظ أن أغلبية النساء لا يتناولن دائما الخضار ، رغم أن الخضروات تعتبر من الأطعمة الصحية التي لا تحتوي على سعرات حرارية عالية، وتمد الجسم بالفيتامينات مثل فيتامين أ وفيتامين ج، وتمده بالحديد

والماغنيزيوم، كما أنها تحوي كميات جيدة من الألياف الغذائية والماء مما يؤدي إلى سرعة الإحساس بالشبع وبالتالي قلة تناول الأطعمة الأخرى، إلا أن العديد من الدراسات العربية تشير إلى قلة تناول الخضروات، حيث تظهر نتائج دراسة أجريت في مصر أن حوالي 20% من السيدات تتناول أقل من 100 غ من الخضروات في اليوم، "وكشفت دراسات منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي في القاهرة) أن ما بين 79% إلى 96% من البالغين في ست دول عربية (مصر، الأردن، العراق، الكويت، السعودية وسوريا) يتناولون الخضروات والفواكه أقل من 5 مرات في الأسبوع"¹، أما في المجتمع الجزائري فقد صرح 85.3% من المبحوثين المشاركين في تحقيق STEP wise لسنة 2016-2017 أن استهلاكهم للخضر والفواكه كان أقل من 5 مرات في اليوم² وهي أقل من الكمية التي ينصح تناولها والمقدرة ما بين 3 إلى 5 مرات في اليوم.

في المقابل تكثر النساء من تناول اللحوم وهي أطعمة تحتوي على الدهون المشبعة والكوليسترول تساهم في إصابة النساء بزيادة في الوزن والسمنة، هذا ما يوضحه الجدول التالي:

¹ www.who.it

² Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière, **Enquête nationale sur la mesure du poids des Facteurs de risque des Maladies non Transmissibles selon l'Approche STEP wise de l'OMS, 2016-2017, P7.**

جدول رقم 65 يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للحوم وبين الإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	وتيرة تناول اللحوم	
28	20	5	3	يومية	تناول المبحوثات للحوم
100,0%	71,4%	17,9%	10,7%	مرة أو مرتين في الأسبوع	
111	49	35	27	بضع مرات في الشهر	
100,0%	44,1%	31,5%	24,3%	المجموع	
61	23	17	21		
100,0%	37,7%	27,9%	34,4%		
200	92	57	51		
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للحوم وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و 25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير وتيرة تناول المبحوثات للحوم على الإصابة بالسمنة، وجدنا أن أكثر من نصف نساء العينة 71.4% التي تتناول اللحوم يوميا مصابات بالسمنة في حين 44.1% من اللواتي تتناول اللحوم مرة أو مرتين في الأسبوع مصابات بالسمنة، و 37.7% من اللواتي يتناولن اللحوم بضع مرات في الشهر مصابات أيضا بالسمنة مقابل 34.4% لهن وزن طبيعي.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 4 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.029 وهي أقل من مستوى الدلالة 5%

وبالتالي نرفض فرضية عدم الفائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما كثر تناول المبحوثات للحوم كلما زاد خطر إصابتها بالسمنة وزيادة في الوزن.

جدول رقم 66 يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للسكريات والإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	وتيرة تناول السكريات	
56	32	16	8	يومية	تناول السكريات
100,0%	57,1%	28,6%	14,3%		
102	47	31	24	أحيانا	
100,0%	46,1%	30,4%	23,5%		
42	13	10	19	نادرا	
100,0%	31,0%	23,8%	45,2%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة وتيرة تناول المبحوثات للسكريات وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و 25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير عدد مرات تناول المبحوثات للسكريات، وجدنا أن 57.1% من النساء اللواتي يتناولن السكريات يوميا مصابات بالسمنة في حين 46.1% من اللواتي أحيانا ما يتناولن السكريات مصابات أيضا بالسمنة،

وصرحت 45.2% من المبحوثات اللواتي نادرا ما تتناول السكريات أن وزنهن طبيعي.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 4 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.01 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد استهلاك النساء للسكريات كلما زاد خطر تعرضها لزيادة في الوزن والسمنة.

جدول رقم 67 يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للعصائر والمشروبات الغازية والإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة		
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	تناول المشروبات الغازية والعصائر		
45	23	13	9	تناول المبحوثات للمشروبات الغازية والعصائر	يومية	
100,0%	51,1%	28,9%	20,0%			
45	19	10	16			مرة في الأسبوع
100,0%	42,2%	22,2%	35,6%			
92	48	29	15			بضع مرات في الأسبوع
100,0%	52,2%	31,5%	16,3%			
18	2	5	11			أبدا
100,0%	11,1%	27,8%	61,1%			
200	92	57	51	المجموع		
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%			

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للعصائر والمشروبات الغازية وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير وتيرة تناول المبحوثات للمشروبات الغازية والعصائر في إصابة النساء بالسمنة، وجدنا أن أكثر من نصف المبحوثات اللواتي يتناولن المشروبات الغازية والعصائر يوميا (51.1%) مصابات بالسمنة، 28.9% مصابات بزيادة في الوزن و20% لهن وزن طبيعي.

في حين 52.2% من المبحوثات اللواتي يتناولن المشروبات الغازية والعصائر بضع مرات في الأسبوع مصابات بالسمنة، مقابل 31.5% مصابات بزيادة في الوزن و16.3% لهن وزن طبيعي.

- 61.1% من اللواتي لا يتناولن أبدا المشروبات الغازية والعصائر لهن وزن طبيعي، مقابل 27.8% مصابات بزيادة في الوزن و11.1% أصبن بالسمنة.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 6 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.002 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد تناول المبحوثات للمشروبات الغازية والعصائر كلما زاد خطر تعرضها لزيادة في الوزن والسمنة.

جدول رقم 68 يبين العلاقة بين مراعاة المبحوثات للقيم الغذائية أثناء تحضير الطعام وبين الإصابة بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة			الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	وزن طبيعي	مراعاة القيم الغذائية	
83	31	21	31	نعم	مراعاة القيم الغذائية في تحضير الطعام
100,0%	37,3%	25,3%	37,3%		
117	61	36	20	لا	مراعاة القيم الغذائية في تحضير الطعام
100,0%	52,1%	30,8%	17,1%		
200	92	57	51	المجموع	
100,0%	46,0%	28,5%	25,5%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين مراعاة القيمة الغذائية أثناء تحضير الطعام وبين الإصابة بالسمنة، أن 46% من المبحوثات مصابات بالسمنة، 28.5% مصابات بزيادة في الوزن و25.5% وزنهن طبيعي.

وعندما أردنا معرفة تأثير مراعاة القيم الغذائية أثناء تحضير الطعام في الإصابة بالسمنة، وجدنا أن 52.1% من النساء اللواتي لا تراعي القيم الغذائية في تحضير الطعام مصابات بالسمنة مقابل 37.3% من اللواتي تأخذ بعين الاعتبار القيم الغذائية في تحضير الطعام لها وزن طبيعي.

وللتحقق من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاي² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.005 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة

بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد مراعاة النساء للقيم الغذائية في تحضير الطعام كلما قل خطر تعرضها لزيادة في الوزن والسمنة.

جدول رقم 69 يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للأطعمة السريعة وبين الإصابة بالأمراض المزمنة

المجموع	المعاناة من مرض مزمن		المعاناة من الأمراض المزمنة	
	لا	نعم	تناول الأطعمة السريعة	
172	17	155	نعم	تناول الأطعمة السريعة
100,0%	9,9%	90,1%		
28	13	15	لا	تناول الأطعمة السريعة
100,0%	46,4%	53,6%		
200	30	170	المجموع	
100,0%	15,0%	85,0%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للوجبات السريعة وبين الإصابة بالأمراض المزمنة، أن 85% من النساء مصابات بأمراض مزمنة مقابل 15% من النساء غير مصابات بمرض مزمن.

وعندما أردنا معرفة تأثير تفضيل تناول المبحوثات للوجبات السريعة في إصابتهم بالمرض المزمن، وجدنا أن 90.1% من النساء اللواتي تفضلن الوجبات السريعة مصابات بمرض مزمن مقابل 9.9% لم تصب بمرض مزمن

في حين 53.6% من اللواتي لا يتناولن الوجبات السريعة مصابات بمرض مزمن مقابل 46.4% لم يصبن بأي مرض.

وللتحقق من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد تفضيل المبحوثات لتناول الوجبات السريعة كلما زاد خطر إصابتهم بالأمراض المزمنة.

إن التغير الذي طرأ على النظام الغذائي في المجتمع الجزائري من النظام التقليدي الذي كان يعتمد على مشاركة وجبات الغذاء والعشاء المحضرة في البيت من قبل الأم إلى النظام الغربي الذي يعتمد على الوجبات الجاهزة والسريعة المتمثلة في البيتزا ومختلف السونديويتشات والهامبورغر التي اكتسحت المطاعم ومحلات الأكل السريع Fast Food و Pizzeria، ساعد على سرعة انتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري خاصة في أوساط النساء فبعدما كانت المرأة هي المسؤولة عن تحضير الطعام في البيت أصبحت هي الأخرى تفضل تناول الوجبات السريعة والخفيفة وجعلت منها إحدى الوجبات الأساسية خاصة المرأة العاملة، هذه الأنواع من الأطعمة تعد مصدرا قويا للسعرات الحرارية والطاقة التي يخزنها الجسم في شكل دهون تؤدي للإصابة بزيادة الوزن والسمنة والتي تعد أحد عوامل الخطر للإصابة بمرض القلب والسكري، أضف إلى ذلك أن كمية الملح الموجودة في هذه الأطعمة تساوي كمية الملح الموصى باستهلاكها في يوم كامل، وفي هذا الصدد "أجرى باحثون في معهد جورج للصحة العالمية التابع لجامعة سيدني دراسة امتدت على فترة ثلاث سنوات، تناولت مستويات الملح في المأكولات المدرجة في قوائم الطعام العائدة إلى ست من أبرز مجموعات مطاعم وجبات الطعام السريعة في العالم وهي: (بيتزا هت، هانغري جاكس، كي.أف.سي، ماك دونالدز، سابواي، ودومينوز بيتزا)، وأظهرت

البحوث أنه بالرغم من انخفاض مستويات الملح بمعدل 2 أو 3 بالمئة في السنة، ما زال عدد من الأطباق يحتوي على كمية الملح التي يوصى بأن يستهلكها الشخص البالغ خلال يوم كامل، وشدد الباحثون بصورة خاصة على أن التخفيف التدريجيً لنسبة الملح قد لا يأتي بأي منافع صحية نظراً لتزايد حجم الحصص الغذائية، ويرتبط ارتفاع الكميات المستهلكة من الملح ارتباطاً مباشراً بارتفاع ضغط الدم وتزايد خطر الإصابة بالنوبات أو السكتات القلبية¹

جدول رقم 70 يبين العلاقة بين الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها والإصابة بالأمراض المزمنة

المجموع	المعانة من مرض مزمن		المعانة من الأمراض المزمنة	
	لا	نعم	نوع الأطعمة	
46	4	42	البروتينات	الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها
100,0%	8,7%	91,3%		
110	11	99	الدهون	
100,0%	10,0%	90,0%		
44	15	29	الفيتامينات	
100,0%	34,1%	65,9%		
200	30	170	المجموع	
100,0%	15,0%	85,0%		

¹ علي عبد الله خاطر، آخر المستجدات الصحية في العالم، بمجلة الصحة، مؤسسة حمد الطبية، العدد 6، قطر، سبتمبر-نوفمبر 2014، ص3.

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها وبين الإصابة بالأمراض المزمنة، أن 85% من النساء مصابات بأمراض مزمنة مقابل 15% من النساء غير مصابات بمرض مزمن.

وعندما أردنا معرفة تأثير نوع الأطعمة التي تكثر المبحوثات من تناولها في إصابتها بالأمراض المزمنة، وجدنا أن أغلبية المبحوثات اللواتي يتناولن الأطعمة التي تحتوي على الدهون والبروتينات بكثرة والتي قدرت نسبتهم بـ 90% و 91.3% على التوالي أصبن بالمرض المزمن، في حين 34.1% من اللواتي تكثر من تناول الأطعمة التي تحتوي على الفيتامينات لم تصب بأي مرض مزمن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما أكثر المبحوثات من تناول المأكولات التي تحتوي على الدهون والبروتينات الحيوانية كلما زاد خطر إصابتها بالأمراض المزمنة.

يعد وجود الدهون في الأطباق التي تطبخ في البيت أو المأكولات الجاهزة وحتى الوجبات السريعة ليست بالضرورة شيئاً ضاراً للفرد لأن الجسم يحتاج للدهون للمحافظة على كيانه، وإنما الضرر الموجود هو في تعاطي الإنسان لهذه الوجبات بكمية تفوق إحتياجاته اليومية، فمن المهم التعامل مع دهون الطعام باحترام معادلة الاتزان والتنويع والاعتدال بين الدهون المشبعة وغير المشبعة، الكوليسترول والصوديوم هذا الذي لا نلمسه في المجتمع الجزائري لغياب ثقافة التغذية مما يؤدي إلى الإصابة بالأمراض المزمنة منها القلب لأنه من أضرار الدهون أنها تؤدي إلى زيادة الوزن مما يسبب عبئاً على جميع أجزاء الجسم بما

فيها القلب، كما تؤدي الدهون إلى ترسيب الكولسترول والدهنيات على جدار الشرايين التاجية مما يؤدي إلى ضيق الشرايين.

"إن إجمالي الدهون في الطعام يجب أن يكون أقل من 30% في اليوم من إجمالي السعرات الحرارية اليومية، أما بالنسبة لإجمالي الأحماض الدهنية المشبعة فيجب أن تكون أقل من 10% من إجمالي السعرات الحرارية اليومية، الأحماض الدهنية غير المشبعة يجب أن تكون حوالي 25% من إجمالي السعرات الحرارية اليومية، الكولسترول الموجود في الطعام يجب أن يكون أقل من 300 مع، إجمالي الصوديوم في الطعام يجب أن يكون أقل من 3000 مع في اليوم"¹.

جدول رقم 71 يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للحوم وبين الإصابة بمرض مزمن

المجموع	المعانة من المرض المزمن		وتيرة تناول الحوم	
	لا	نعم		
28	2	26	يومية	تناول المبحوثات للحوم
100,0%	7,1%	92,9%		
111	11	100	مرة أو مرتين في الأسبوع	
100,0%	9,9%	90,1%		
61	17	44	بضع مرات في الشهر	
100,0%	27,9%	72,1%		
200	30	170	المجموع	
100,0%	15,0%	85,0%		

¹ أيمن أبو المجد، المرجع السابق، ص136.

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين وتيرة تناول المبحوثات للحوم وبين الإصابة بالأمراض المزمنة، أن 85% من المبحوثات مصابات بالأمراض المزمنة، مقابل 15% من النساء غير مصابات بمرض مزمن.

وعندما أردنا معرفة تأثير وتيرة تناول المبحوثات للحوم، وجدنا أن 92.9% و 90.1% من النساء اللواتي تتناول اللحوم يوميا ومرة أو مرتين في الأسبوع على التوالي أصبن بالمرض المزمن، في حين 27.9% من النساء اللواتي تتناول اللحوم بضع مرات في الشهر لم تصب بأي مرض مزمن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.003 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما كثر تناول النساء للحوم كلما زاد خطر إصابتها بالأمراض المزمنة.

"ولقد أجريت في هذا الصدد دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية على أكثر من 200.000 شخص تم تتبع عاداتهم الغذائية خلال 10 سنوات بما فيها كمية استهلاكهم للحوم الحمراء، فتبين أن أكثر من شخص من 20 أصبح مصابا بالسكري من النمط الثاني، وعند تحليل عاداتهم الغذائية تبين أن الأشخاص الذين يتناولون 100 غ من اللحوم غير المصنعة يوميا أكثر عرضة للإصابة بالسكري بـ 19% مقارنة بالذين لا يستهلكون اللحوم، أما بالنسبة للذين يستهلكون في المتوسط 50 غ في اليوم من اللحوم المصنعة ترتفع نسبة الخطر بإصابتهم بالسكري بـ 51%، هذا الخطر المتزايد ناتج عن التأثير السلبي للدهن والحديد الموجودان في اللحوم الحمراء على جدار البنكرياس مما يحدث خلافا في إنتاج الأنسولين وبالتالي ارتفاع نسبة السكر في الدم، إضافة إلى مشكل التأكسد الذي

يحدث للبنكرياس نتيجة الملح والنتريت المتواجدان في اللحوم المصنعة¹. كما أن تناول الكثير من اللحوم التي تحتوي على الأدهان في اليوم تساعد على تراكم الكولسترول في الدم مما يؤدي إلى حدوث الذبحة القلبية.

جدول رقم 72 يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للسكريات وبين الإصابة بالأمراض المزمنة

المجموع	المعانة من المرض المزمن		وتيرة تناول السكريات	
	لا	نعم		
56	0	56	يومية	تناول السكريات
100,0%	0,0%	100,0%		
102	19	83	أحيانا	
100,0%	18,6%	81,4%		
42	11	31	نادرا	
100,0%	26,2%	73,8%		
200	30	170	المجموع	
100,0%	15,0%	85,0%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة وتيرة تناول المبحوثات للسكريات وبين الإصابة بالأمراض المزمنة، أن 85% من النساء مصابات بمرض مزمن مقابل 15% غير مصابات بمرض مزمن.

¹ An Pan, Qi Sun and all, **Read Meat Consumption and Risk of type 2 Diabetes : 3 cohorts US adults and an updated meta-analysis** in the American Journal of Clinical Nutrition, Vol94, Issue4, october 2011, P P1088-1096.

وعندما أردنا معرفة تأثير عدد مرات تناول المبحوثات للسكريات في إصابتها بمرض مزمن، وجدنا أن 100% من النساء اللواتي يتناولن السكريات يوميا أصبن بمرض مزمن.

-81.4% من النساء اللواتي أحيانا ما تتناول السكريات مصابات بمرض مزمن مقابل 18.6% غير مصابات بالمرض.

في حين 73.8% من النساء اللواتي نادرا ما تتناول السكريات مصابات بالمرض المزمن مقابل 26.2% لم تصب بأي مرض مزمن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.001 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد استهلاك النساء للسكريات كلما زاد خطر إصابتها بمرض مزمن.

مما سبق نلاحظ أن النساء تستهلك كمية معتبرة من السكريات، هذا السلوك الغير صحي أصبحنا نشاهده في الحياة اليومية للفرد الجزائري، فقد أصبحت النساء العاملات تقوم بما سمي بالتحلية صباحا عند الوصول إلى مكان العمل حيث تجلب معها قهوة أو شاي مرفوقا بنوع من الحلويات أو البسكويت، ونفس الشيء بعد وجبة الغذاء التي غالبا ما تتكون من الوجبات السريعة، أما بالنسبة للنساء الماكثات بالبيت فتقوم بصنع ما لذ وطاب من الحلويات في البيت تحضيرا لقهوة المساء، أضف إلى ذلك العزومات خارج البيت ما بين الصديقات التي أصبحت جديدة نوعا ما على المجتمع الجزائري، حيث تقوم النساء بالتجمع للإحتفال بمناسبة معينة (حفلات أعياد الميلاد، الحصول على منصب عمل.... الخ)، وتتناول فيها أنواع مختلفة من الحلويات كالكعك الذي يحتوي على كريمات وعجينة السكر، الشوكولاتة، المشروبات الغازية والعصائر وغيرها

المليئة بالسكر المكرر، ما يؤدي لتراكم مخزون السكريات في الجسم مع قلة النشاط البدني يسبب زيادة في الوزن، أضف إلى ذلك استهلاك المنتجات الغذائية التي تبدو ظاهرياً صحية كرقاقات القمح والحبوب المخصصة لوجبة الفطور والصلصات الجاهزة والتي تحتوي على كميات عالية من السكر الخفي والنشويات ترفع من نسبة السكر في الدم الذي يرفع بدوره مستوى الكوليسترول الضار في الدم (الجليسيريدات الثلاث) وبذلك تزيد خطورة الإصابة بمرض القلب والشرابين.

جدول رقم 73 يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للعصائر والمشروبات الغازية وبين الإصابة بالمرض المزمن

المجموع	المعاناة من مرض مزمن		المعاناة من الأمراض المزمنة	
	لا	نعم	وتيرة تناول العصائر والمشروبات الغازية	
45	2	43	يومية	تناول المبحوثات للمشروبات الغازية والعصائر
100,0%	4,4%	95,6%		
45	7	38		
100,0%	15,6%	84,4%	مرة في الأسبوع	
92	13	79	بضع مرات في الأسبوع	
100,0%	14,1%	85,9%		
18	8	10	أبداً	
100,0%	44,4%	55,6%		
200	30	170	المجموع	
100,0%	15,0%	85,0%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين تناول المبحوثات للعصائر والمشروبات الغازية وبين الإصابة بالأمراض المزمنة، أن 85% من النساء مصابات بمرض مزمن مقابل 15% من نساء العينة غير مصابات بمرض مزمن.

وعندما أردنا معرفة تأثير وتيرة تناول المبحوثات للمشروبات الغازية والعصائر في إصابتهم بالأمراض المزمنة، وجدنا أن أغلبية النساء اللواتي يتناولن المشروبات الغازية والعصائر يوميا قد أصبن بالمرض المزمن بنسبة 95.6% مقابل 4.4% لم تصب بأي مرض مزمن.

85.9% من النساء اللواتي تتناول المشروبات الغازية والعصائر بضع مرات في الأسبوع مصابات بمرض مزمن، مقابل 14.1% غير مصابات بالمرض المزمن

في حين 55.6% من النساء اللواتي لا تتناول المشروبات الغازية والعصائر مصابات بمرض مزمن، مقابل 44.4% من اللواتي لا تتناول بتاتا هذه الأنواع من المشروبات لم تصب بالمرض المزمن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 3 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.001 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما زاد تناول المبحوثات للمشروبات الغازية والعصائر كلما زاد خطر تعرضها للإصابة بمرض مزمن.

لقد أصبحت المشروبات الغازية جزءا لا يتجزأ من مائدة الغذاء عند العديد من الأسر، فلا يكون الطعام لذيذا إلا إذا كانت حاضرة معه، كما أنها أصبحت

مكملا مهما للوجبات السريعة بحيث نجد أن المحلات الكبرى للأطعمة السريعة تقدم عروضاً خاصة ومغرية شراء وجبة + مشروب غازي بسعر مغري.

إن هذه المشروبات الغازية عبارة عن محلول مكون من ماء وغاز ثاني أكسيد الكربون وسكر مع بعض النكهات الاصطناعية وبالتالي لا تحتوي على أي عنصر غذائي مهم ما عدا الطاقة الحرارية الناتجة من السكريات، وعليه فواحدة من المشروبات الغازية توفر ما بين 150 إلى 180 سعرة حرارية، أي أن صفيحة مشروب كوكا كولا سعة 330 سل يحتوي على 35 غ من السكر بمقدار 9 ملاعق سكر صغيرة، وبالتالي فتناول صفيحتين من مشروب كوكا كولا في اليوم يفوق المقدار الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية وهو 12 ملعقة صغيرة من السكر يوميا، وما يزيد الأمر خطورة تخلي معظم الأفراد عن العصائر الطبيعية والحليب وتم تعويضها بالمشروبات الغازية والعصائر التي تحتوي على كمية سكريات عالية تحفز غدة البنكرياس لتفرز هرمون الأنسولين مما يسبب تغير مفاجئ في نسبة سكر الدم ما يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بمرض السكري وأمراض أخرى مصاحبة له.

جدول رقم 74 يبين العلاقة بين مراعاة القيم الغذائية في تحضير الطعام والإصابة بالأمراض المزمنة

المجموع	المعاناة من مرض مزمن		المعاناة من مرض مزمن	
	لا	نعم	مراعاة القيم الغذائية	
83	3	80	نعم	مراعاة القيم الغذائية في تحضير الطعام
100,0%	3,6%	96,4%		
117	27	90	لا	
100,0%	23,1%	76,9%		
200	30	170	المجموع	
100,0%	15,0%	85,0%		

يظهر لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي يبين العلاقة بين مراعاة القيمة الغذائية أثناء تحضير الطعام وبين الإصابة بالأمراض المزمنة، أن 85% من النساء مصابات بمرض مزمن مقابل 15% من نساء العينة غير مصابات بمرض مزمن.

وعندما أردنا معرفة تأثير مراعاة القيم الغذائية أثناء تحضير الطعام في إصابة النساء بالأمراض المزمنة، وجدنا أن 96.4% من النساء اللواتي تراعي القيم الغذائية في تحضير الطعام قد أصيبت بمرض مزمن، في حين 76.9% من النساء اللواتي لا تراعي القيم الغذائية مصابات أيضا بمرض مزمن.

نستنتج مما سبق أن النساء المصابات بالأمراض المزمنة أصبح لديهن وعي بخطورة المرض الذي تعرضن له وخاصة تلك المصابات بالسكر وضغط الدم فأصبحت تراعي القيم الغذائية في تحضير الطعام تفاديا لحدوث مضاعفات المرض.

جدول رقم 75 يبين العلاقة بين التغذية أثناء الحمل ومعاناة المبحوثات من أمراض في فترة الحمل

المجموع	معاناة المبحوثات من أمراض أثناء فترة الحمل		المعاناة من الأمراض	
	لا	نعم	التغذية في فترة الحمل	
25	4	21	سيئة	التغذية أثناء الحمل
100,0%	16,0%	84,0%		
131	54	77	جيدة نوعا ما	
100,0%	41,2%	58,8%		
16	9	7	ممتازة	
100,0%	56,3%	43,8%		
172	67	105	المجموع	
100,0%	39,0%	61,0%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين نوعية التغذية التي تحصلت عليها النساء أثناء الحمل وبين معاناتها من الأمراض أثناء نفس الفترة، أن 61% من نساء العينة تعرضت لمشاكل صحية أثناء فترة الحمل مقابل 39% من اللواتي تمتعن بصحة جيدة.

وعندما أردنا معرفة تأثير نوعية التغذية التي تحصلت عليها المبحوثات خلال فترة الحمل في معاناتها من المرض أثناء الحمل، وجدنا أن 84% من نساء العينة كانت تغذيتهن سيئة مما أدى إلى معاناتهن من أمراض أثناء فترة الحمل في حين 56.3% من المبحوثات اللواتي كانت تغذيتهن ممتازة خلال فترة الحمل لم يتعرضن لأية أمراض.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.02 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي

نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين بحيث أنه كلما اهتمت النساء بجودة الغذاء الذي تتناوله أثناء الحمل كلما قل خطر إصابتها بالأمراض.

مما سبق يتضح لنا أن أغلب نساء العينة عانين من الأمراض أثناء فترة الحمل نتيجة للتغذية السيئة خلال هذه الفترة، وقد أوضحت عدة دراسات أن سوء التغذية خلال فترة الحمل يؤدي إلى عوارض صحية مباشرة وغير مباشرة تمس الأم والجنين معا كنقص وزن المولود أو تعرضه لتشوهات، أما بالنسبة للأم فتتعرض لعدة أمراض منها فقر الدم ومضاعفات مرض ضغط الدم والسكري إذا لم تلتزم بالغذاء الصحي المتوازن، لذا يجب على الأم الحامل أن تراعي نوعية الغذاء المتناول وليس كميته لكي تضمن استقرارا صحيا لها ولجنينها بالإضافة إلى تناول 5 إلى 6 وجبات صغيرة في اليوم بدلا من ثلاث وجبات كبيرة، وتلتزم بتناول المكملات الغذائية الموصى بها من طرف الأطباء مع مواكبة احتياجاتها التغذوية أثناء الحمل.

وتتداخل عدة عوامل صحية وغير صحية لتحديد الحالة التغذوية للمرأة بما فيها المباشرة بين الولادات وإنجاب عدد كبير من الأطفال الذي لمسناه عند نساء العينة بسبب المعتقدات الراسخة في المجتمع حول ضرورة إنجاب الأطفال وخاصة الذكور ما يؤدي إلى الاستنزاف الغذائي للأم، ومن بين العوامل الصحية أيضا عدم متابعة الحالة الصحية للمصابات بالأمراض غير السارية وعدم اتخاذ التدابير الوقائية بالنسبة للنساء غير المصابات.

أضف إلى ذلك أنه ورغم توصيات منظمة الصحة العالمية بضرورة إزالة كافة أشكال التمييز بين الجنسين إلا أننا لا زلنا نشهد في بعض العائلات هذا التمييز في شتى الجوانب منها المتعلقة بالإنفاق على التغذية والرعاية الصحية، بحيث يكون إنفاق الأسر على تغذية الفتيات ورعايتهن صحيا أقل من إنفاقها على

الصبيان مما يؤدي إلى ضعف صحتهم البدنية والنفسية التي تؤثر فيما بعد على الحمل والولادة، فعدم تلبية الاحتياجات الصحية والتغذية للمرأة في سن المراهقة وقبل الحمل لن تمكنها من مواكبة احتياجاتها التغذوية أثناء الحمل.

جدول رقم 76 يبين العلاقة بين التغذية أثناء الحمل وبين نوع الأمراض التي أصيبت بها المبحوثات في فترة الحمل

المجموع	نوع المرض أثناء الحمل				نوع المرض	
	السكري	ضغط الدم	فقر الدم	التهابات	التغذية في فترة الحمل	
21	1	6	13	1	سيئة	التغذية أثناء الحمل
100,0%	4,8%	28,6%	61,9%	4,8%		
77	4	29	29	15	جيدة نوعا ما	
100,0%	5,2%	37,7%	37,7%	19,5%		
7	0	2	0	5	ممتازة	
100,0%	0,0%	28,6%	0,0%	71,4%		
105	5	37	42	21	المجموع	
100,0%	4,8%	35,2%	40,0%	20,0%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين نوعية التغذية التي تحصلت عليها النساء أثناء الحمل وبين نوع المرض الذي عانت منه خلال فترة الحمل، أن 40% من نساء العينة تعرضت لمرض فقر الدم أثناء فترة الحمل مقابل 35.2% من النساء عانين من ضغط الدم و20% و4.8% عانت من التهابات تناسلية ومرض السكري على التوالي.

وعندما أردنا معرفة تأثير نوعية التغذية أثناء فترة الحمل على نوع المرض الذي أصيبت به المبحوثات، وجدنا أن 61.9% من النساء اللواتي عانين من سوء

التغذية أصبن بمرض فقر الدم ، تليها 37.7% كانت تغذيتهم جيدة نوعا ما إلا أنهن عانين من مرض فقر الدم وضغط الدم بنفس النسبة، في حين 71.4% من اللواتي حرصت على أن تكون تغذيتهم أثناء الحمل ممتازة تعرضت لالتهابات تناسلية.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 6 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.006 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، ومنه فهناك علاقة بين نوعية التغذية وبين نوع المرض الذي يصيب المرأة الحامل فكلما كانت تغذيتها ممتازة كلما قلت نسبة تعرضها للأمراض التي لها علاقة بالغذاء أثناء فترة الحمل.

كما ذكرنا سابقا فإن التغذية الجيدة خلال فترة الحمل من الركائز الأساسية لحماية الأم والجنين من التعرض لمشاكل صحية خلال هذه الفترة الشيء الذي لم نلمسه عند نساء العينة اللواتي عانين من الأمراض أثناء الحمل نتيجة لسوء التغذية منها فقر الدم الذي احتل المرتبة الأولى، ويعزو سبب إصابة النساء بفقر الدم إلى نقص الحديد وهو ما بينته منظمة الصحة العالمية، "فمن المعتقد أن نحو نساء العالم الحوامل كافة مصابات بفقر الدم، وأن نصفهن على الأقل أصبن به بسبب عوز الحديد"¹ الناتج عن سوء التغذية قبل وأثناء الحمل، ومن الضروري مكافحة كل من فقر الدم وعوز الحديد لأنهما يسببان ضعف القدرة البدنية والمناعة وزيادة الاستعداد للعدوى وربما كان هذا سبب إصابة نساء العينة بالالتهابات التناسلية.

¹ منظمة الصحة العالمية، تقرير من الأمانة حول تغذية المرأة في الفترة السابقة للحمل وأثناء الحمل والإرضاع، جنيف، ديسمبر 2011، ص3.

كما أن 46% من نساء العينة تعاني من السمنة التي تزيد من مخاطر الإصابة بمضاعفات أمراض ضغط الدم والسكري أثناء فترة الحمل والولادة.

استنتاج

بينت لنا نتائج الدراسة أن العادات الغذائية غير الصحية التي تبنتها المبحوثات أثرت في إصابتهن بمختلف الأمراض، تمثلت في الإصابة بالسمنة بنسبة 46%، حيث صرحت 54.5% من النساء اللواتي تفضل الوجبات الجاهزة أنهن مصابات بالسمنة، كما ساعد عمل المرأة خارج البيت وتوفير محلات الأطعمة السريعة في توجه النساء لتفضيل مثل هذه الوجبات بنسبة 49.4%، كما صرحت نصف نساء العينة المصابات بالسمنة أنهن يتناولن ثلاث وجبات رئيسية فأكثر في اليوم وغالبا ما تكون هذه الوجبات غنية بالدهون المشبعة، كما أن أغلبية المبحوثات يكثرن من تناول اللحوم والسكريات ونادرا ما يتناولن الخضار التي تحتوي على الألياف الضرورية والتي يوصى بتناول 5 مقادير منها يوميا، وذكرت 52.2% من المبحوثات أن الوجبات الغذائية التي يتناولنها تكون مصحوبة بالمشروبات الغازية والعصائر، كل هذه العادات ساعدت على انتشار الزيادة في الوزن والسمنة عند نساء العينة.

كما بينت لنا نتائج الجداول أن هذه العادات الغذائية السيئة التي أثرت في إصابة النساء بالسمنة ساهمت في إصابتهن أيضا بالأمراض المزمنة التي تمثلت في أمراض القلب، ضغط الدم والسكري.

وأدت التغذية السيئة التي اتبعتها المبحوثات أثناء الحمل إلى إصابتهن بمشاكل صحية تمثلت في الإصابة بالدرجة الأولى بمرض فقر الدم، كما تعرضت لمضاعفات مرض السكري وضغط الدم والتهابات تناسلية نتجت عن نقص المناعة في الجسم.

تمهيد

سنحاول من خلال هذا الفصل تحليل وتفسير الفرضية القائلة بأن الإقبال على الطب الشعبي يساهم في زيادة إصابة النساء بالأمراض، ولهذا الغرض حاولنا تحديد المؤشرات الخاصة بالمتغير المستقل الطب الشعبي والتي تتمثل في مختلف أنماط الطب الشعبي من التداوي بالأعشاب، الحجامه والرقيه الشرعية، مصادر الحصول على المعلومات المتعلقة بالأعشاب، وسنقوم بربط هذه المؤشرات بمؤشرات المتغير التابع المتمثلة في دورية العلاج، تخلي المبحوثات عن أخذ الدواء الصيدلاني، التعرض لمضاعفات المرض ونتيجة استعمال التداوي بالأعشاب.

جدول رقم 77 يبين العلاقة بين طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض المزمن وبين التعرض لمضاعفات المرض

المجموع	تعرض النساء المصابات بالمرض المزمن لمضاعفات		التعرض لمضاعفات المرض	
	لا	نعم	طريقة العلاج	
55	25	30	زيارة الطبيب مباشرة	طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات
100,0%	45,5%	54,5%		
115	24	91	استعمال الأعشاب	
100,0%	20,9%	79,1%		
170	49	121	المجموع	
100,0%	28,8%	71,2%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض المزمن وبين تعرضها لمضاعفات المرض، أن 71.2% من نساء العينة تعرضت للمضاعفات مقابل 28.8% حالتهم بقيت مستقرة.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في طريقة العلاج التي لجأت إليها المبحوثات المصابات بالمرض المزمن عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض تبين أن 79.1% من اللواتي استعملت الأعشاب تعرضت لمضاعفات المرض مقابل 20.9% لم تتعرض للمضاعفات.

في حين 54.5% ممن اختارت اللجوء إلى الطبيب مباشرة تعرضت لمضاعفات المرض مقابل 45.5% بقيت حالتها مستقرة ولم تتعرض لمضاعفات.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.010 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما اتجهت النساء لمعالجة المرض المزمن عن طريق الأعشاب كلما زاد خطر تعرضها لمضاعفات المرض.

تؤثر الثقافة بما تحمله من تصورات، أفكار ومعتقدات وما تتضمنه من تعريفات للصحة والمرض في تحديد السلوكيات التي تشكل حياة الفرد وطريقة استجابته عند الشعور بالتعب، الألم والمرض لذلك تلعب دورا هاما في اختيار الطرق العلاجية المناسبة لعلاج المرض من بينها العلاج بالأعشاب الذي يعتبر من الممارسات العلاجية الشعبية التي تحظى بإقبال كبير خاصة من طرف المرأة بما أنها أكثر حرصا على صحتها وصحة أسرته إضافة إلى أنها تسعى دائما للحفاظ على الإرث الثقافي، فتلجأ عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض إلى استعمال الأعشاب للتخفيف من الألم والمعاناة من الأمراض المزمنة التي تصيبها منها داء السكري وضغط الدم، عوض التوجه لطلب الاستشارة من الطبيب.

إلا أننا لاحظنا من خلال إجابات المبحوثات عند سؤالنا عن نوع الأعشاب المستعملة، أن أغلبها اعتمدت على عشبة النعناع والتيزانة وهذا دليل على أن معظم المبحوثات ليست لديهن المعلومات الكافية حول نوع الأعشاب التي تساعد على التخفيف من معاناة الأمراض المزمنة ونذكر منها المريوة التي تعتبر

من الأعشاب ذات الانتشار الواسع في الجزائر وتشتهر بطعمها المر، وتستعمل لعلاج ضغط الدم وداء البول السكري.

إن التداوي بالأعشاب والنباتات ليست بالعملية السهلة والبسيطة خصوصا فيما يتعلق بمعالجة الأمراض المزمنة، لذا يجب أخذ الحيطة والحذر واستشارة المتخصصين في مجال التداوي بالأعشاب لاسيما فيما يتعلق بنوع الأعشاب والمقادير المناسبة وإلا تعرض الشخص المصاب إلى مضاعفات المرض.

جدول رقم 78 يبين العلاقة بين طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات عند الشعور بأعراض المرض المزمن للمرة الأولى وبين المتابعة الدورية

المجموع	زيارة الطبيب بصفة دورية		المتابعة	
	لا	نعم	طريقة العلاج	
55	5	50	زيارة الطبيب مباشرة	طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات
100,0%	9,1%	90,9%		
115	14	101	استعمال الأعشاب	
100,0%	12,2%	87,8%		
170	19	151	المجموع	
100,0%	11,2%	88,8%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض المزمن وبين زيارتها للطبيب بشكل دوري، أن 88.8% من نساء العينة يتابعن عند الطبيب المختص بصفة دورية مقابل 11.2% ممن لا يتابعن حالتهم الصحية بشكل منتظم عند الطبيب.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في طريقة العلاج التي لجأت إليها المبحوثات المصابات بالمرض المزمن عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض تبين أن 90.9% ممن اختارت اللجوء إلى الطبيب مباشرة هن اللواتي يتابعن حالتهم الصحية بصفة دورية مقابل 9.1% للواتي لا يتابعن عند الطبيب بصورة دورية

في حين 87.8% من اللواتي فضلن استعمال الأعشاب الطبية يتابعن بصفة دورية مقابل 12.2% من المبحوثات لا يتابعن حالتهم الصحية بصورة دورية.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.551 وهي أعلى من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نقبل فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه مهما كانت طريقة العلاج التي تختارها المبحوثات المصابات بالمرض المزمن عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض فإن أغلبهن يلتزم بمتابعة حالتهم الصحية عند الطبيب المختص بصفة دورية.

جدول رقم 79 يبين العلاقة بين النتيجة من استعمال الأعشاب لمعالجة المرض المزمن وبين المتابعة الدورية لدى الطبيب

المجموع	زيارة الطبيب بصفة دورية		المتابعة الدورية	
	لا	نعم	نتيجة استعمال الأعشاب	
54	7	47	الشعور بتحسن	نتيجة استعمال الأعشاب
100,0%	13,0%	87,0%		
31	1	30	لم يحدث شيء	
100,0%	3,2%	96,8%		
30	6	24	حدوث مضاعفات	
100,0%	20,0%	80,0%		
115	14	101	المجموع	
100,0%	12,2%	87,8%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين طريقة العلاج التي اختارتها المبحوثات عند الشعور لأول مرة بأعراض المرض المزمن وبين زيارتها للطبيب بشكل دوري، أن 87.8% من نساء العينة يتابعن عند الطبيب المختص بصفة دورية مقابل 12.2% ممن لا يتابعن حالتهم الصحية بشكل منتظم عند الطبيب.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات من استعمالهن للأعشاب، تبين أن 96.8% ممن لم يحدث لهن أي تغير في حالتهم الصحية لا للأحسن ولا للأسوأ هن اللواتي يتابعن حالتهم الصحية بصفة دورية في حين صرحت 80% ممن تعرضن لمضاعفات المرض بعد استعمالهن للأعشاب أنهن يتابعن حالتهم الصحية بصورة دورية.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاي² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.131 وهي أعلى من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نقبل فرضية عدم الفائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه مهما كانت نتيجة استعمال المبحوثات للأعشاب في معالجة المرض المزمن لا يتخلين عن مراجعة الطبيب بصفة دورية.

جدول رقم 80 يبين العلاقة بين نتيجة استعمال الأعشاب لمعالجة المرض المزمن وبين استغناء المبحوثات عن أخذ العلاج

المجموع	استغناء المبحوثات عن أخذ الدواء		الاستغناء عن أخذ الدواء	
	لا	نعم	النتيجة من استعمال الأعشاب	
54	18	36	الشعور بتحسن	نتيجة استعمال الأعشاب
100,0%	33,3%	66,7%		
31	16	15	لم يحدث شيء	حدوث مضاعفات
100,0%	51,6%	48,4%		
30	19	11		المجموع
100,0%	63,3%	36,7%		
115	53	62		
100,0%	46,1%	53,9%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين نتيجة استعمال المبحوثات للأعشاب في معالجة المرض المزمن وبين استغنائها عن أخذ العلاج، أن 53.9% من نساء العينة استغنت عن أخذ العلاج مقابل 46.1% من اللواتي تابعن أخذ العلاج.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات من استعمالهن للأعشاب في معالجة المرض المزمن تبين أن 66.7% من اللواتي شعرت بتحسن استغنت عن أخذ العلاج الذي وصفه الطبيب في حين 63.3% ممن تعرضت لمضاعفات نتيجة استعمالها للأعشاب لم تستغني عن أخذ العلاج.

من خلال ما سبق نستنتج أن نسبة المبحوثات اللواتي تخلين عن أخذ العلاج الذي وصفه الطبيب أو ما يسمى بالعلاج الصيدلاني أعلى بقليل من المبحوثات اللواتي تابعن أخذ العلاج هذا راجع للنتيجة الإيجابية التي تحصلت عليها عند التداوي بالأعشاب، هذه الأخيرة أثبتت نجاعتها وفعاليتها من خلال عدة بحوث علمية، وتم الاعتماد عليها في الصناعة الصيدلانية، فأصبحت بدائل جوهريّة للأدوية من حيث احتوائها لبعض الأمراض المزمنة كمرض الضغط الدموي ومرض السكري الذي يتم خفضه بواسطة منقوع ورق الزيتون أو منقوع عشبة الشيح.

كما لا يخفى على أحد أن للأدوية الصيدلانية تأثيرات جانبية على الصحة مثلما لها محاسن، حيث تؤثر معظمها على الكلى، خاصة حين يتعلق الأمر بالأدوية التي تستخدم لعلاج الأمراض المزمنة، فمن المعروف أن هذا النوع من الأمراض يصعب معالجتها وتطول فترة أخذ العلاج مما يزيد من احتمال تعرض المريض لقصور كلوي أو كبدي في بعض الأحيان، ولوعي أغلبية المبحوثات بهذه الآثار الجانبية قررن التخلي عن الأدوية التي وصفها الطبيب بعدما تحصلت على نتيجة إيجابية من استعمال الأعشاب، عكس النساء اللواتي حدثت لهن مضاعفات ناتجة عن استعمال الأعشاب التي قررت استكمال أخذ العلاج الصيدلاني.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كاي² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.014 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما تحصلت المبحوثات على نتيجة إيجابية عند استعمال الأعشاب في معالجة المرض المزمن كلما اتجهت للتخلي عن أخذ الدواء الذي وصفه الطبيب.

جدول رقم 81 يبين العلاقة بين طريقة حصول المبحوثات على وصفات الطب الشعبي المستعملة في علاج المرض المزمن وبين تعرضهن لمضاعفات المرض المزمن

المجموع	تعرض النساء المصابات بالمرض المزمن لمضاعفات		التعرض لمضاعفات المرض المزمن		المصدر
	لا	نعم			
26	11	15	وصفة من طبيب الأعشاب	مصدر حصول المبحوثات على وصفة الطب الشعبي	
100,0%	42,3%	57,7%			
25	5	20	أعشاب نصحني بها البائع		
100,0%	20,0%	80,0%			
64	8	56	وصفة موروثه من الأجداد		
100,0%	12,5%	87,5%			
115	24	91	المجموع		
100,0%	20,9%	79,1%			

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين طريقة حصول المبحوثات على وصفات الطب الشعبي لمعالجة المرض المزمن وبين تعرضها لمضاعفات المرض، أن 79.1% من نساء العينة تعرضت لمضاعفات المرض المزمن مقابل 20.9% من اللواتي بقيت حالتهم مستقرة.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في طريقة حصول المبحوثات على وصفات الطب الشعبي لمعالجة المرض المزمن تبين أن 87.5% من اللواتي صرحن بأنها وصفات موروثية من الأجداد تعرضت لمضاعفات المرض مقابل 12.5% بقيت حالتهم مستقرة.

80% من اللواتي صرحن بأنها وصفات نصحتها بها البائع تعرضت لمضاعفات المرض مقابل 20% لم تتعرض للمضاعفات.

في حين 57.7% ممن تحصلت على الوصفة من طبيب الأعشاب تعرضت لمضاعفات المرض مقابل 42.3% لم تتعرض للمضاعفات.

مما سبق نستنتج بأن المرجح الأول الذي لجأت له المبحوثات عند الشعور بأعراض المرض هو التداوي بالأعشاب المتواجدة في البيت واستعانت في اختيارها لنوعية الأعشاب بالوصفات الموروثة من الأجداد التي تعتبر كنتاج لتراكم تجارب ومعارف الأجيال السابقة حول طرق العلاج إلا أنها تعرضت لمضاعفات المرض المزمن نتيجة للعشوائية التي لا يزال يتسم بها هذا النمط من أنماط العلاج الشعبي الذي لم يخرج من دائرة التجارب المتوارثة، فكما ذكرنا سابقا يجب الأخذ بعين الاعتبار نوع الأعشاب والمقادير الأزمنة عند تحضير الوصفات خاصة تلك التي تتعلق بعلاج المرض المزمن لتجنب الآثار غير المرغوب فيها.

كما تعرضت نسبة عالية من نساء العينة اللواتي اعتمدت في علاجها على الوصفة التي نصحتها بها البائع لمضاعفات المرض، لقد أصبح استخدام الأعشاب الطبية في الوقت الحالي منافسا للعلاج الصيدلاني، حتى أننا أصبحنا نلاحظ تواجد محلات بيع الأعشاب في كل مكان وأكثر حتى من الصيدليات نتيجة الاقبال الهائل على منتوجات الأعشاب الطبية، إلا أن العديد من الدراسات بينت أن أغلب بائعي الأعشاب في الجزائر اختاروا ممارسة هذه المهنة لغرض تجاري محض دون أدنى معرفة علمية بالأعشاب وكيفية استعمالها لعلاج الأمراض باستثناء بعض الوصفات التقليدية السطحية التي يعرفها عامة الناس، في حين أن مهنة بائع الأعشاب لا تختلف في أهميتها على مهنة الطبيب أو الصيدلي، فكل من الطبيب والصيدلي يصفان الدواء بناء على التشخيص الدقيق للمرض وعلى الرصيد العلمي، كذلك يجب على بائعي الأعشاب الحصول على رصيد معرفي كاف فيما يخص المنتوجات والوصفات التي يقدمونها للمريض لتفادي تعرضه لمشاكل صحية.

بينما لم تتعرض النساء اللواتي يعالجن عند طبيب مختص في الأعشاب لمضاعفات المرض، فالطبيب الذي تحصل على تكوين في الأعشاب الطبية لديه دراية كافية بالتركيبات الكيميائية للأعشاب الطبية وخواصها العلاجية وبالتالي يكون العلاج أكثر فعالية ونجاعة.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.007 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما تحصلت المبحوثات على وصفة الطب الشعبي من مصدر موثوق كلما حافظت على صحتها وعدم تعرضها لمضاعفات المرض.

جدول رقم 82 يبين العلاقة بين نوع العلاج الذي تستعمله المبحوثات حالياً وبين استغناءها عن أخذ الدواء الذي وصفه الطبيب

المجموع	استغناء المبحوثات عن أخذ الدواء		الاستغناء عن أخذ العلاج	
	لا	نعم	طرق العلاج الحالية	
66	43	23	الطب الحديث	نوع العلاج
100,0%	65,2%	34,8%		
104	39	65	الطب الحديث والطب الشعبي معا	
100,0%	37,5%	62,5%		
170	82	88	المجموع	
100,0%	48,2%	51,8%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين نوع العلاج الذي تستعمله المبحوثات حالياً لعلاج المرض المزمن وبين استغناءها عن أخذ الدواء، أن 51.8% من نساء العينة استغنت عن أخذ العلاج الصيدلاني مقابل 48.2% من اللواتي تابعن أخذ العلاج.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في نوع العلاج الذي تستعمله المبحوثات حالياً لعلاج المرض المزمن تبين أن 62.5% من اللواتي يستعملن الطب الحديث والطب الشعبي معا استغنت عن أخذ العلاج الذي وصفه الطبيب في حين 65.2% ممن يتبعن فقط العلاج بالطب الحديث لم تستغني عن أخذ العلاج.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.001 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما اتجهت المبحوثات لاستعمال الطب الحديث والطب الشعبي معا في علاج المرض المزمن كلما زاد احتمال عدم مواصلتها لأخذ الدواء الذي وصفه الطبيب.

مما سبق نستنتج أن الطب الشعبي لا يزال يحتل مكانة خاصة في المجتمع الجزائري، حيث تلجأ إليه النساء في كثير من الأحيان كأفضل الخيارات طلبا للعلاج، لكن ما نلاحظه أن أغلبية المبحوثات جمعن بين الطب الحديث والطب الشعبي، وهذا راجع لعدم ثقتهن في نجاعة وفعالية الأدوية مادامت هذه العلاجات لا تأتي بنتائج فورية، فالشخص المصاب بالمرض المزمن على دراية بطول فترة العلاج وأن الأدوية التي يتناولها تسبب أعراضا جانبية لذلك يسعى للبحث عن حلول سريعة وأقل ضررا فيختار اللجوء إلى الطب الشعبي بكافة انماطه، لأنه وحسب إعتقاده أن الأعشاب إن لم تنفع لا تضر فهي من الطبيعة، كما يفضل المريض في بعض الأحيان التخلي عن أخذ العلاج الصيدلاني فور حصوله على نتيجة إيجابية من استعمال الأنماط الاستشفائية الشعبية، هذا ما شهدناه عند نساء العينة.

أما اللواتي يستعملن الطب الحديث فقط فأغلبيتهن لم تتخلى عن أخذ الدواء الذي وصفه لهن الطبيب نظرا لإيمانهن بأن الطب الحديث بما يمتلكه من وسائل وتقنيات متطورة قادر على تشخيص وعلاج مختلف الأمراض.

جدول رقم 83 يبين العلاقة بين نوع العلاج الذي تستعمله المبحوثات حالياً في معالجة المرض المزمن وبين تعرضها لمضاعفات

المجموع	تعرض النساء المصابات بالمرض المزمن لمضاعفات		التعرض للمضاعفات		نوع العلاج
	لا	نعم			
66	27	39	الطب الحديث	نوع العلاج المستعمل حالياً	
100,0%	40,9%	59,1%			
104	22	82	الطب الحديث والطب الشعبي معا		
100,0%	21,2%	78,8%			
170	49	121	المجموع		
100,0%	28,8%	71,2%			

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين نوع العلاج الذي تستخدمه المبحوثات حالياً لمعالجة المرض المزمن وبين تعرضها لمضاعفات المرض، أن 71.2% من نساء العينة تعرضت لمضاعفات المرض المزمن مقابل 28.8% من اللواتي بقيت حالتهم مستقرة.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل نوع العلاج الذي تستخدمه المبحوثات لمعالجة المرض المزمن تبين أن 78.8% من اللواتي صرحن بأنهن يستعملن العلاج بالطب الحديث والطب الشعبي معا تعرضن لمضاعفات المرض في حين 40.9% ممن تستخدم فقط العلاج بالطب الحديث لم تتعرض للمضاعفات.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.006 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما اتجهت المبحوثات لاستعمال الطب الحديث والطب الشعبي معا في علاج المرض المزمن كلما زاد احتمال تعرضها لمضاعفات المرض.

لا شك في أن هناك علاقة قوية بين الطب الحديث والطب الشعبي، فمعظم الأعشاب والنباتات تدخل في تركيب الأدوية الحديثة، لذلك يمثل كلاهما في الوقت الحالي طرفين مهمين في مجال الصحة والعلاج، فكل منهما أهميته الاجتماعية وطرقه العلاجية التي يركز عليها في تشخيص وعلاج الأمراض، إلا أننا نلاحظ أنه ورغم توفر المراكز الاستشفائية وما تقدمه من خدمات إلا أن النساء تتجه للممارسات العلاجية الشعبية وتثق بفعاليتها أكثر وهذا لعدة أسباب منها الثقافة التي نشأت عليها بالإضافة إلى الإهمال والفوضى وقلة المعدات التي تعاني منها المراكز الصحية، كما صرحت لنا بعض المبحوثات أن الطبيب المعالج لا يقوم بمعاينة المريض جيدا ويقدم مباشرة وصفة علاجية تتضمن الأدوية النمطية التي اعتادت المبحوثات على أخذها، لذلك وجدنا أن أغليبتهن تتخلى عن أخذ الدواء الصيدلاني وتتجه إلى المداواة بالأعشاب هذا ما يؤدي لتعرضها في معظم الحالات لمضاعفات المرض.

جدول رقم 84 يبين طرق الطب الشعبي التي تستعملها المبحوثات لعلاج المرض المزمن وبين إستغناءها عن أخذ العلاج الذي وصفه الطبيب

المجموع	استغناء المبحوثات عن أخذ الدواء		الإستغناء عن أخذ الدواء	
	لا	نعم	الطريقة	
94	43	51	الحجامة	طرق الطب الشعبي المستعملة لعلاج المرض المزمن
100,0%	45,7%	54,3%		
40	10	30	الرقية الشرعية	
100,0%	25,0%	75,0%		
36	29	7	لا أستعمل أي طريقة	
100,0%	80,6%	19,4%		
170	82	88	المجموع	
100,0%	48,2%	51,8%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين طرق العلاج بالطب الشعبي التي تستعملها المبحوثات لعلاج المرض المزمن وبين استغناءها عن أخذ العلاج، أن 51.8% من نساء العينة استغنت عن أخذ العلاج مقابل 48.2% من اللواتي تابعن أخذ العلاج.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في طرق العلاج بالطب الشعبي التي تستعملها المبحوثات لعلاج المرض المزمن، تبين أن 75% من اللواتي يستعملن العلاج بالرقية الشرعية استغنت عن أخذ العلاج الذي وصفه الطبيب، تليها 54.3% من اللواتي يستعملن العلاج بالحجامة صرحن بأنهن

تخلين عن أخذ العلاج في حين 80.6% ممن لم يستعملن أية طريقة لم تستغن عن أخذ العلاج.

وللتحقق من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما اتجهت المبحوثات لاستعمال إحدى طرق العلاج بالطب الشعبي كلما شعرت بالتحسن وزاد احتمال عدم مواصلتها لأخذ العلاج الذي وصفه الطبيب.

من خلال ما سبق يتضح لنا أن النساء بإختلاف أعمارهن ومستوياتهن الثقافية لازالت متمسكات بأحد أهم المعتقدات والمعارف الشعبية للتخفيف من معاناتها ألا وهو الطب الشعبي بأنواعه وممارساته، نذكر منها الحجامة والرقية الشرعية.

الحجامة عبارة عن طريقة علاجية شعبية تتم باستخراج الدم الفاسد من الجسم وهي ذات أهمية علمية بالغة لذلك تبنتها منظمة الصحة العالمية وأصبح العديد من الأطباء يمارسونها في عياداتهم الخاصة، فقد ذكر "أحد الأطباء أنها طريقة تقليدية يعالج بها ارتفاع ضغط الدم سواء جرح الإنسان على مستوى الرأس أو الأرجل وهذا ما جعل بعض الناس يعتقدون بأنها شفاء لكل داء"¹، وهي في حد ذاتها لا تشكل خطورة إلا في حالات استثنائية كأن يقوم بها الشخص في غير وقتها أو أن تكون الجروح عميقة وبالتالي تؤدي إلى نزيف مستمر أو يكون الشخص مصابا بمرض السكري ما يؤدي إلى صعوبة إلتآم الجرح، لذلك وجب على المصابين بمرض السكري تجنب القيام بالحجامة.

¹ عثمان بلود، الطب الشعبي في منطقة تلمسان مقاربة أنثروبولوجية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الأنثروبولوجيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم التاريخ، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2014-2015، ص183.

أما النمط الثاني من أنماط الطب الشعبي وهي أقل انتشاراً وسط النساء المصابات بالأمراض المزمنة هي الرقية الشرعية، حيث تلجأ إليها النساء كحل للتخفيف من معاناة الإصابة بالمرض خاصة منهن اللواتي تعتقد بأن المرض يعزو إلى العين الشريرة والسحر والمصابات بداء السكري أيضاً، وهو فعلاً شفاء من الحسد والعين والسحر غير أن الرقية الشرعية لا تشفي الأمراض الجسدية والعضوية إلا في حالات نادرة جداً بفضل الله تعالى، لذلك كان الرسول صلى الله عليه وسلم يحجم عند الإصابة بالمرض.

إن النتيجة الإيجابية أو التحسن الذي أحست به المبحوثات عند ممارستها للحجامة والرقية الشرعية ترجمته بتخليها عن أخذ الدواء الذي وصفه الطبيب المعالج.

جدول رقم 85 يبين العلاقة بين استعمال المبحوثات للوصفات الشعبية للقضاء على السمعة وبين إصابتها بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة		الإصابة بالسمنة	
	سمنة	زيادة في الوزن	استعمال الوصفات الشعبية	
108	73	35	نعم	استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة
100,0%	67,6%	32,4%		
41	19	22	لا	
100,0%	46,3%	53,7%		
149	92	57	المجموع	
100,0%	61,7%	38,3%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين استعمال المبحوثات للوصفات الشعبية وبين إصابتها بالسمنة، أن 61.7% من المبحوثات مصابات بالسمنة مقابل 38.3% مصابات بزيادة في الوزن.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في استعمال المبحوثات لوصفات الشعبية للقضاء على السمنة، تبين أن 67.6% من اللواتي استعملن الوصفات الشعبية مصابات بالسمنة في حين 53.7% من اللواتي لم يلجأن لها مصابات بزيادة في الوزن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.017 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أن استعمال المبحوثات للوصفات الشعبية لا يساعدها على خفض الوزن.

جدول رقم 86 يبين النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات من استعمال الوصفات الشعبية وبين إصابتها بالسمنة

المجموع	إصابة المبحوثات بالسمنة		الإصابة بالسمنة		النتيجة
	سمنة	زيادة في الوزن	اجيابة	لم يحدث شيء	
14	5	9	اجيابة	نتيجة استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة	
100,0%	35,7%	64,3%	اجيابة	نتيجة استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة	
55	36	19	لم يحدث شيء	نتيجة استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة	
100,0%	65,5%	34,5%	لم يحدث شيء	نتيجة استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة	
39	32	7	تعرضت لمشاكل صحية	نتيجة استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة	
100,0%	82,1%	17,9%	تعرضت لمشاكل صحية	نتيجة استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة	
108	73	35	المجموع	نتيجة استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة	
100,0%	67,6%	32,4%	المجموع	نتيجة استعمال الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة	

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين نتيجة استعمال المبحوثات للوصفات الشعبية وبين إصابتها بالسمنة، أن 67.6% من المبحوثات مصابات بالسمنة مقابل 32.4% مصابات بزيادة في الوزن.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في نتيجة استعمال المبحوثات لوصفات الشعبية للقضاء على السمنة، تبين أن 82.1% من اللواتي تعرضن لمشاكل صحية مصابات بالسمنة، 65.5% من اللواتي لم يحدث لهن شيء من استعمال الوصفات الشعبية أي لم تكن هناك نتيجة لا إيجابية ولا سلبية مصابات

بالسمنة في حين 64.3% من اللواتي تحصلن على نتيجة ايجابية مصابات بزيادة في الوزن.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 1 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.006 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أن استعمال المبحوثات للوصفات الشعبية للتخلص من السمنة عرضت المبحوثات لمشاكل صحية.

لقد ارتبطت السمنة في الماضي بالنظرة النمطية للجسد الأنثوي، فكانت معيارا أساسيا لجمالها واختيارها للزواج، فالمرأة ذات الجسم الممتلئ أكثر خصوبة وصحة من المرأة النحيفة وتحتل مكانة بارزة في المجتمع كما تعكس مكانة أسرتها المادية والمعنوية، إلا أن هذه النظرة أصبحت جزءا من التراث وتغيرت معايير الجمال نتيجة الانفتاح على العالم وتطور وسائل الاتصال كالتلفزيون والانترنت التي أصبحت تروج للجسم النحيل على أنه أكثر رشاقة وصحة، وأصبحت السمنة مرض العصر وتسمية البدينات إشارة للخمول وقلّة الحركة، أدى هذا التغيير إلى توجه العديد من النساء إلى تجربة كل أنواع الأدوية، الخلطات والأعشاب التي تساعد على تخفيض وزن الجسم والحصول على الجسم الرشيق، هذا ما لاحظناه عند نساء العينة حيث صرحت 72.5% أنها استعملت الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة مثل منقوع القرفة، الزنجبيل والشاي الأخضر وأعشاب التحيف التي تباع في محلات الأعشاب، إلا أن سوء استخدام هذه الأعشاب والوصفات من حيث الكمية والكيفية والاستعجال في الحصول على النتيجة يلحق أضرارا صحية بالمرأة منها التعرض للإكتئاب والوهن وهبوط حاد في ضغط الدم والأمراض من ذلك العودة إلى ضعف الوزن في

وقت قياسي، لذلك يجب تجنب الإعتدال الكامل على الوصفات للتحفيز وإرفاقها بحمية غذائية ونشاط بدني للحصول على نتيجة إيجابية وتجنب الأعراض الجانبية لسوء الإستخدام.

جدول رقم 87 يبين العلاقة بين المعرفة المسبقة بالأعشاب التي تساعد على الحمل وبين نتيجة استعمال هذه الأعشاب

المجموع	نتيجة استعمال الأعشاب للحمل			النتيجة	
	تعرضت لمشاكل صحية	لم يحدث شيء	إيجابية	المعرفة المسبقة	
24	5	15	4	نعم	المعرفة المسبقة بالأعشاب التي تساعد على الحمل
100,0%	20,8%	62,5%	16,7%		
54	30	19	5	لا	
100,0%	55,6%	35,2%	9,3%		
78	35	34	9	المجموع	
100,0%	44,9%	43,6%	11,5%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين معرفة المبحوثات للأعشاب التي تساعد على الحمل وبين نتيجة استعمالها على الصحة، أن 44.9% من نساء العينة تعرضن لمشاكل صحية مقابل 43.6% لم يحدث لهن شيء في حين 11.5% منهن صرحت بأن استعمال الأعشاب أتى بنتيجة إيجابية.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في معرفة المبحوثات للأعشاب التي تساعد على الحمل، تبين أن 55.6% من اللواتي لم تكن لهن

معرفة مسبقة بنوعية الأعشاب التي تساعد على الحمل تعرضن لمشاكل صحية 62.5% من اللواتي كانت لهن معرفة مسبقة بنوع الأعشاب المستعملة لم يتحصلن على أية نتيجة في حين صرحت 16.7% من اللواتي كانت لهن معرفة مسبقة أنهن تحصلن على نتيجة إيجابية.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.017 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما كانت هناك معرفة مسبقة بنوعية الأعشاب المستعملة كلما تحصلت المبحوثات على نتيجة إيجابية.

لما كان للأومومة من أهمية بحيث تكسب المرأة احتراماً لدى الرجل والمجتمع ويرتبط استقرارها العائلي والاجتماعي والنفسي بقدرتها على الإنجاب، كان تأخر حملها قاسياً يشعرها بالحرمان من أهم خصائصها كإمرأة.

ف نجد بأن المرأة وبمجرد مرور بضعة أشهر من زواجها ولم تظهر عليها أعراض الحمل يمتلكها هاجس الخوف، فتلجأ إلى الأطباء وتخضع للفحوصات الآزمة بغية الكشف عن وجود أي مشكل عضوي لمعالجته، ولكن حتى وإن جاءت النتيجة سلبية بمعنى أنها لا تعني هي ولا زوجها من مشاكل إلا أنها تخضع بكل تلقائية بحكم طبيعتها ونظرة المجتمع إليها لممارسة بعض المعتقدات التي ترى فيها حلاً لمشاكلها، فتستخدم في علاج تأخر حملها الأعشاب والنباتات إما في شكل نقيع أو عن طريق التبخير والشائع في الإستعمال يكون بأخذها عن طريق المهبل، ومن بين هذه النباتات نبات الشيح المتوفر في كافة البيوت وله استعمالات عدة منها تخليص المرأة من الهواء المتجمع داخل الرحم، المردقوش وهو يساعد في تنشيط البويضات ويظهر العروق يتم استخدامه بالتبخير وذلك

بتعريض الأعضاء التناسلية للدخان، عشبة كف مريم وتوجد في كثير من صحاري الوطن العربي وتعد تلك الموجودة بمكة المكرمة أكثر بركة في اعتقاد النساء، تستعمل بنقع الجزء الجاف منها في الماء وتشرب منه المرأة التي تأخر حملها، كما تستعين بعض النساء لعلاج تأخر الحمل وكثرة الإجهاض بمختلف الحشرات والحيوانات منها بول الناقة الذي يتم تسخينه وخلطه مع التراب ثم تجلس عليه المرأة واستعمال شحم الخروف وصفوه في شكل تحاميل عن طريق المهبل.

ورغم استعمال نساء العينة لبعض الأعشاب بغية الحمل إلا أن 69.23% منهن صرحت بعدم معرفتها المسبقة بنوعية الأعشاب المستعملة لهذا الغرض، وبالتالي تعرضت لمشاكل صحية، فمن المهم معرفة كيفية استخدامها والجرعة المناسبة نذكر مثلا الشيخ الذي ينبغي ألا تستعمله المرأة المصابة بضغط الدم والقلب لكيلا تتعرض لمضاعفات، كذلك فالأعشاب التي تستعمل عن طريق التبخير أو عن طريق المهبل تؤدي لحدوث تشوهات والتهابات تناسلية في حالة لم يتم استعمالها بمساعدة معالجة أمراض النساء بالأعشاب، وبالتالي فمصدر الحصول على المعلومة الخاصة بنوعية الأعشاب وكيفية استخدامها يجنب المبحوثات الوقوع في مشاكل صحية هذا ما يبينه الجدول التالي.

جدول رقم 88 يبين العلاقة بين مصدر الحصول على المعلومات الخاصة بنوع الأعشاب التي تساعد على الحمل وبين النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات.

المجموع	نتيجة استعمال الأعشاب			النتيجة	
	تعرضت لمشاكل صحية	لم يحدث شيء	إيجابية	مصدر الحصول على المعلومة	
35	11	19	5	بائع الأعشاب	مصدر الحصول على
100,0%	31,4%	54,3%	14,3%		المعلومات الخاصة
19	14	5	0	الأنترنت	بالأعشاب التي تساعد
100,0%	73,7%	26,3%	0,0%		على الحمل
13	3	6	4	امرأة مسنة	
100,0%	23,1%	46,2%	30,8%		
11	7	4	0	إمرأة جربت الوصفة من قبل	
100,0%	63,6%	36,4%	0,0%		
78	35	34	9	المجموع	
100,0%	44,9%	43,6%	11,5%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين مصدر حصول المبحوثات على المعلومات الخاصة بنوع الأعشاب التي تساعد على الحمل وبين نتيجة استعمالها على الصحة، أن 44.9% من نساء العينة تعرضن لمشاكل صحية مقابل 43.6% لم يحدث لهن شيء و 11.5% منهن صرحت بأن استعمال الأعشاب أتى بنتيجة إيجابية.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في مصدر حصول المبحوثات على المعلومات الخاصة بنوع الأعشاب التي تساعد على الحمل، تبين أن 73.7% من اللواتي تحصلن على المعلومة من الأنترنت تعرضن لمشاكل صحية، 54.3% من اللواتي تحصلن على المعلومة من بائع الأعشاب لم تحصلن على أية نتيجة في حين صرحت 30.8% من المبحوثات اللواتي تحصلن على المعلومة من امرأة مسنة أن النتيجة كانت إيجابية.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 6 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.008 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما كان مصدر المعلومة التي تحصلت عليها المبحوثات موثوقا كلما تحصلت على نتيجة إيجابية.

نستنتج مما سبق أن الوسيلة التي اعتمدت عليها أغلب المبحوثات للحصول على المعلومات حول الأعشاب والنباتات التي تستعمل لغرض الحمل هي الأنترنت، هنا يتضح دور وسائل الإعلام والإتصال باعتبارها أحد العوامل الثقافية التي توجه سلوكيات الأفراد من خلال إبرازها لمختلف أنماط الطب الشعبي وفعاليتها منها الأعشاب والنباتات، والتي تظهر في شكل إعلانات وفيديوهات تبين نجاح تجارب بعض النساء اللواتي جربن هذه الوصفات، لكن في حقيقة الأمر هي عبارة عن إعلانات مروجية للمنتجات فقط، لذلك تعرضت أكثر من نصف نساء العينة اللواتي جربن الأعشاب والوصفات الموجودة على الأنترنت لمشاكل صحية.

في المقابل نجد أن الخبرة والتجربة التي تتمتع بها النساء المسنات ساعدت نساء العينة على الحمل، فالتجربة عبارة عن مجموعة من المعارف والممارسات

الاجتماعية التي فرضت وجودها ونجاعتها وأصبحت سلوك اجتماعي يتبعه الفرد لتحقيق إحتياجاته من بين هذه السلوكيات إختيار الأعشاب كأسلوب للعلاج والقضاء على مختلف المشاكل الصحية.

جدول رقم 89 يبين العلاقة بين المعرفة المسبقة بالأعشاب التي تستعمل للقضاء على الإلتهابات التناسلية وبين النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات

المجموع	استعمال الأعشاب للتخلص من الإلتهابات التناسلية			النتيجة	
	تعرضت لمضاعفات	لم يحدث شيء	إيجابية	المعرفة بالأعشاب	
41	11	20	10	نعم	معرفة المبحوثات بالأعشاب التي تستعمل للقضاء على الإلتهابات التناسلية
100,0%	26,8%	48,8%	24,4%		
47	27	13	7	لا	معرفة المبحوثات بالأعشاب التي تستعمل للقضاء على الإلتهابات التناسلية
100,0%	57,4%	27,7%	14,9%		
88	38	33	17	المجموع	
100,0%	43,2%	37,5%	19,3%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين معرفة المبحوثات للأعشاب التي تساعد في علاج الإلتهابات التناسلية وبين نتيجة استعمالها، أن 43.2% من نساء العينة تعرضن لمضاعفات مقابل 37.5% لم يحدث لهن شيء في حين 19.3% منهن صرحت بأن استعمال الأعشاب أتى بنتيجة إيجابية.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في معرفة المبحوثات للأعشاب التي تساعد في علاج الإلتهابات التناسلية، تبين أن 57.4% من اللواتي لم تكن لهن معرفة مسبقة بهذه الأعشاب تعرضت لمضاعفات صحية 48.8% من اللواتي كانت لهن معرفة مسبقة بنوع الأعشاب المستعملة لم يتحصلن على أية نتيجة، في حين صرحت 24.4% من اللواتي كانت لهن معرفة مسبقة بنوعية الأعشاب التي تساعد على التخلص من الإلتهابات التناسلية أنهن تحصلن على نتيجة إيجابية.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 2 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.015 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما كانت هناك معرفة مسبقة بنوعية الأعشاب المستعملة كلما تحسنت المبحوثات على نتيجة إيجابية

جدول رقم 90 يبين العلاقة بين مصدر الحصول على المعلومات الخاصة بنوع الأعشاب التي تساعد على علاج الالتهابات التناسلية وبين النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات.

المجموع	نتيجة استعمال الأعشاب			النتيجة	
	تعرضت لمضاعفات	لم يحدث شيء	إيجابية	مصدر الحصول على المعلومة	
18	0	5	13	طبيبة نساء	مصدر حصول المبحوثات على المعلومات حول الأعشاب التي تساعد في علاج الالتهابات التناسلية
100,0%	0,0%	27,8%	72,2%		
12	6	5	1	بائع الأعشاب	المعلومات حول الأعشاب التي تساعد في علاج الالتهابات التناسلية
100,0%	50,0%	41,7%	8,3%		
32	9	20	3	نصحتني بها امرأة	المعلومات حول الأعشاب التي تساعد في علاج الالتهابات التناسلية
100,0%	28,1%	62,5%	9,4%		
26	23	3	0	الأنترنت	المعلومات حول الأعشاب التي تساعد في علاج الالتهابات التناسلية
100,0%	88,5%	11,5%	0,0%		
88	38	33	17	المجموع	
100,0%	43,2%	37,5%	19,3%		

يظهر لنا من خلال الجدول الذي يبين العلاقة بين مصدر حصول المبحوثات على المعلومات الخاصة بنوع الأعشاب التي تساعد على علاج الالتهابات التناسلية وبين نتيجة استعمالها على الصحة، أن 43.2% من نساء العينة تعرضت لمضاعفات مقابل 37.5% لم يحدث لهن شيء في حين 19.3% منهن صرحت بأن استعمال الأعشاب أتى بنتيجة إيجابية.

وعندما أردنا معرفة تأثير المتغير المستقل المتمثل في مصدر حصول المبحوثات على المعلومات الخاصة بنوع الأعشاب التي تساعد على علاج الإلتهابات التناسلية، تبين أن 88.5% من اللواتي تحصلن على المعلومة من الأنترنت تعرضت لمضاعفات، 62.5% من اللواتي اعتمدت على التجربة السابقة كمصدر للمعلومة لم يتحصلن على أية نتيجة، في حين صرحت 72.2% من المبحوثات اللواتي تحصلن على المعلومة من طبيبة نساء أن النتيجة كانت إيجابية.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار كا² عند درجة حرية 6 فوجدنا أن قيمة الدلالة قدرت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه كلما كان مصدر المعلومة التي تحصلت عليها المبحوثات موثوقا كلما تحصلت على نتيجة إيجابية.

نستنتج مما سبق أن الأنترنت ليست مصدر موثوق فيه خاصة فيما يتعلق بالمعلومات المتعلقة بوصفات وطرق العلاج لأنها لا تخضع لأية مراقبة، كما نلاحظ أنه ورغم نجاعة الأدوية التي يوفرها الطب الحديث إلا أن هناك من الأطباء من يفضل العودة إلى طب الأعشاب في معالجة بعض الأمراض منها الإلتهابات التناسلية.

استنتاج الفرضية الثالثة

تبين من خلال الفرضية الثالثة التي ناقشت العلاقة بين الإقبال على الطب الشعبي بمختلف أنماطه وبين الإصابة بالأمراض، أنه ورغم تقدم وتطور وسائل الطب الحديث إلا أن النساء ما زلت تلجأ بقوة للطب الشعبي بأنواعه خاصة التداوي بالأعشاب.

بالنسبة لطريقة العلاج التي فضلتها المبحوثات، فنلاحظ من خلال تحليل الجداول أن أغلبية المبحوثات فضلت استعمال الأعشاب الطبية عند الشعور بأعراض المرض كحل أولي للتخفيف من معاناتها بدل زيارة الطبيب، وهذا لم يؤثر فيما بعد على متابعتها لحالتها الصحية عند الطبيب المختص والتي كانت بصفة دورية، إلا أن تفضيل المبحوثات للأعشاب الطبية لمعالجة المرض دون معرفة بنوعية وكيفية استخدامها، عرض 79.1% من نساء العينة المصابات بالمرض المزمن لمضاعفات المرض.

أما عن النتيجة التي تحصلت عليها المبحوثات من استعمال الأعشاب فهي الشعور بالتحسن الذي أدى بها للإستغناء عن أخذ الدواء بنسبة 66.7%، فبعض الوصفات لها تأثير على الفرد بمجرد اعتقاده بفائدتها دون أن تكون هناك فائدة فعلية.

ومعظم الوصفات الشعبية التي تحصلت عليها المبحوثات من الأجداد أو بائع الأعشاب أدت إلى تعرض أكثر من 80% من النساء لمضاعفات المرض نتيجة للعشوائية التي ما زال يتسم بها هذا النمط من أنماط الطب الشعبي في الجزائر، ورغم الإقبال المتزايد على الطب الشعبي إلا أن نساء العينة فضلن

المزج بين الطب الحديث والطب الشعبي بما أن الأدوية التي يوفرها الطب الحديث تؤدي إلى آثار جانبية.

كما نلاحظ من خلال تحليل الجداول أن نساء العينة لم تكتفي فقط بالتداوي بالأعشاب وإنما اتجهت لممارسات علاجية شعبية أخرى تمثلت في الحجامه والرقيه الشرعية، مما أدى لتعرض بعض المبحوثات لمضاعفات المرض نتيجة عدم استعمالها بطرق صحية صحيحة رغم أن العلم أثبت نجاعة هذه الأنماط خصوصا الحجامه في معالجة الأمراض المزمنة مثل ضغط الدم، غير أنها تؤدي لمضاعفات خطيرة لدى المصابين بمرض السكري.

وبينت النتائج أن 74.5% من نساء العينة مصابات بزيادة في الوزن والسمنة، ونظرا لتغير صورة جسد المرأة في وقتنا الحالي، سعت 72.5% إلى خسارة الوزن للحصول على الجسم الرشيق باستعمال الوصفات الشعبية إلا ان النتيجة لم تكن إيجابية عند أغلبية المبحوثات.

ولما كان للإنجاب من أهمية في حياة المرأة، زاد إقبالها لإستعمال الأعشاب الطبية عند تأخر الحمل والإصابة بالإلتهابات التناسلية، بالمقابل أثرت المصادر التي تلقت منها المبحوثات معلومات حول نوعية الأعشاب المستعملة في المداواة سلبا على حملها وشفاءها من الإلتهابات التناسلية، فالإنترنت ليس مصدرا موثوقا به للحصول على المعلومة مقارنة بتجارب وخبرات النساء المسنات.

خاتمة

تعتبر كل من الصحة والمرض ظاهرتان ثقافيتين اجتماعيتين، وليست ظواهر طبية بحتة، بحيث أظهرت الدراسات لفترة طويلة أن الحالات الفيزيولوجية للمرض كالألم، يتم تفسيرها وفقا للسياق الاجتماعي الذي تحدث فيه، لذلك جاءت الأنثروبولوجيا الطبية لتهتم بدراسة العلاقة بين الثقافة السائدة في المجتمع وبين قضايا الصحة والمرض، هذه الأخيرة توفر للفرد الإطار الذي من خلاله يتم تفسير الظواهر التي تحدث للجسد وعلى وجه الخصوص تلك المتعلقة بالمرض وأعراضه وطرق العلاج المناسبة له.

إن المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات العربية يفسر الأمراض بتفسيرات خاصة موجودة في تصورات الأفراد ومخيالهم الجمعي وبالتالي تصبح ثنائية الصحة والمرض وسيلة للتعبير عن العادات، التقاليد والمعتقدات التي يؤمنون بها، والتي تؤثر هي الأخرى في صناعة تمثلات الأفراد للصحة والمرض وكيفية التشخيص والعلاج، فبعض المعتقدات الراسخة في المجتمع تعزو حدوث المرض للعين الشريرة والسحر ما يؤدي بهم إلى معالجة المرض بطريقة تتناسب والمعتقد كمداواة السحر بالسحر أو الرقية الشرعية.

وتضع المرأة الجزائرية ثقة كبيرة في الثقافة بمكوناتها وتعتبرها إرثا ثقافيا يجب الحفاظ عليه، يظهر ذلك من خلال تمسكها بمجمل العادات والتقاليد والمعتقدات الشعبية التي اكتسبتها من أمها أو جدتها وتقوم بتطبيقها في أغلب ممارساتها اليومية وفي مناسبات عديدة منها تلك المتعلقة بالإنجاب كونها تلبي حاجاتها النفسية وتجعل لها مكانة اجتماعية حتى إذا كان ذلك على حساب صحتها، وتشمل مجموعة الممارسات والطقوس بالإضافة إلى طرق الشفاء من المرض.

ومن بين المعتقدات الشعبية التي تحتل مكانة خاصة في المجتمع والراسخة في ذاكرة النساء الشعبية والتي تلجأ إليها للتخفيف عن معاناتها من الأمراض سواء كانت المزمنة أو تلك المتعلقة بالصحة الإنجابية أو للقضاء على السمنة هي الطب الشعبي بمختلف أنماطه والتي تبدأ بالتداوي بالأعشاب كمرجع أولي عند معاناتها من الأعراض الأولى للمرض بما أن هذا النوع متوفر في كل بيت كما تلجأ للتداوي بالحجامة والرقيقة الشرعية لقناعتهم بجدواها، إلا أن عدم المعرفة الكافية بكيفية استعمالها والتخلي عن العلاج الصيدلاني الموصى به من طرف الطبيب، يؤدي لتعرض النساء لمضاعفات المرض.

قائمة المراجع

القواميس

1- هولتكرانس ايكه ، قاموس مصطلحات الانتولوجيا والفلكلور، ترجمة:محمد الجوهري وحسن الشامي، دار المعارف، ط1، القاهرة، 1972

الكتب

2- ابراهيم مروان عبد المجيد مروان ، أسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الورق، ط1، عمان الأردن، 2000.

3- أبو الرب يوسف وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار البازوردي العلمية، عمان الأردن، ط1، 2003

4- أبو المجد أيمن، دليل الأسرة الذكية إلى أمراض القلب وشرائينه التاجية، دار الشروق، ط1، القاهرة، 1999.

5- أبو حامد سمير، البدانة مرض العصر من اللف إلى الياء، خطوات للنشر والتوزيع، ط1، دمشق، سوريا، 2009.

6- أبو طاحون عدلي على، حقوق المرأة، دراسات دينية وسوسولوجية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2000.

7- أنجرس موريس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات علمية، ترجمة سعيد سبعون وآخرون، دار القصبية للنشر، ط2، الجزائر، 2004.

8- البار محمد علي، الأمراض الجنسية أسبابها وعلاجها، دار المنارة للنشر والتوزيع، ط1، جدة، 1986.

- 9-بدح أحمد محمد وآخرون، **الثقافة الصحية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، 2009.
- 10-بروير سارا، **التغلب على ارتفاع ضغط الدم**، مكتبة جرير، ط1، المملكة العربية السعودية، 2015.
- 11-بسنوسي شهرزاد، **مدخل إلى أنثروبولوجيا التغذية**، مكتبة الرشاد للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، الجزائر، 2013.
- 12-بوحوش عمار، **الذنبات محمد محمود ، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007.
- 13-بيقرز دي جي، **ضغط الدم**، ترجمة: مارك عبود، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، ط1، الرياض، 2013.
- 14-بيلوس رودي، **مرض السكري**، ترجمة: هنادي مزبودي، دار المؤلف للنشر والتوزيع، ط1، الرياض، 2013.
- 15-التيجاني ثريا، **دروس في منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والبيداغوجيا**، نماذج ميدانية في تطبيق المنهجية، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2015.
- 16-جغيني نعيم حبيب، **علم اجتماع التربية المعاصر بين النظرية والتطبيق**، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2009.
- 17-جابي علي عبد الرازق، **المناهج الكمية والكيفية في علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2012.

- 18-جندي عبد الناصر، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005.
- 19-الجوهري محمد، الأنثروبولوجيا أسس نظرية وتطبيقات علمية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1990.
- 20-الجوهري محمد، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية، دار الكتاب للتوزيع، ط1، القاهرة، 1978.
- 21-الجوهري محمد وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- 22-الحازمي ابراهيم عبد الله، الحجامه أحكامها وفوائدها كما جاء في الأحاديث والآثار الصحيحة، دار الشريف للنشر والتوزيع، الرياض، ط1، 1992.
- 23-الحسن احسان محمد، علم الاجتماع الطبي، دار وائل للنشر، ط1، عمان، الأردن، 2008.
- 24-الحليمي عبد القادر، النباتات الطبية في الجزائر، منشورات برتي، ط1، الجزائر، 2004.
- 25-الخطيب محمد، الانثروبولوجيا الثقافية، دار علاء الدين للنشر، عمان، الأردن، ط1، 2008.
- 26-خليل عاطف نجلاء، في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ، 2006.

- 27-الدويبي عبد السلام بشير، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2006.
- 28-ديفيدسون، الداء السكري وأمراض الغدد الصم، ترجمة: عماد محمد زوكار، دار القدس للعلوم للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، دمشق، 2005.
- 29-رشوان حسين عبد الحميد أحمد، الثقافة، دراسة في علم الاجتماع الثقافي، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة، 2006.
- 30-الركبان محمد بن عثمان، البدانة الداء والدواء، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، الرياض، 2009.
- 31-السويدي محمد، بدو الطوارق بين الثبات والتغير، دراسة سوسيوانثروبولوجية في التغير الاجتماعي، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1986.
- 32-السيد نادية عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعارف الجامعية، مصر، 1996.
- 33-شكري علياء وآخرون، دراسات في علم السكان، زهراء الشرق للتوزيع، القاهرة، 2000.
- 34-شكري علياء، قضايا المرأة المصرية بين التراث والواقع، دراسة للثبات والتغير الاجتماعي والثقافي، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية كلية الآداب جامعة القاهرة، ط1، 2003.

- 35- صابر فاطمة عوض، خفاجة ميرفت علي، أسس ومبادئ البحث العلمي، كلية التربية الرياضية، جامعة الاسكندرية، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية، ط1، 2000.
- 36- صالح سامية خضر، دراسات سوسولوجية معاصرة، كلية التربية عين شمس، القاهرة، دون سنة.
- 37- العادلي فاروق، جمعة سعد، الأنثروبولوجيا مدخل اجتماعي وثقافي، بل برنت للطباعة والتصوير، القاهرة، 2000.
- 38- العادلي فاروق، جمعة سعد، الأنثروبولوجيا، مدخل اجتماعي وثقافي، بل برنت للطباعة والتصوير، القاهرة، 2000.
- 39- عبد الله عبد الرحيم، كل ما تحتاج معرفته عن الأمراض المنقولة جنسيا، دار الشروق، مصر، ط1، 2009.
- 40- عثمان سعاد وآخرون، الطب الشعبي، مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة، دون سنة.
- 41- العجلوني كامل وآخرون، كتاب السمنة، المركز الوطني للغدد الصم والسكري والوراثة، الأردن، دون سنة.
- 42- العزاوي رحيم يونس كرو، مقدمة في منهج البحث العلمي، دار دجلة، ط1، الأردن، 2008.
- 43- العشماوي ميرفت عثمان، دورة الحياة دراسة للعادات والتقاليد الشعبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2011.

- 44-عفيفي عبد الحكيم، المرأة الحب و الزواج، الدار العربية للكتاب للطباعة و النشر و التوزيع،1998.
- 45-العلمي رياض رمضان ، الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم، سلسلة عالم المعرفة، رقم 121، الكويت، 1998.
- 46-علي قدرى الشيخ وآخرون، علم الإجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2008.
- 47-عليان ربحي مصطفى، البحث العلمي، أسسه مناهجه وأساليبه اجراءاته، بيت الأفكار الدولية، الأردن، دون سنة.
- 48-غنيم محمد أحمد، العادات والتقاليد الشعبية في محافظة الدقهلية، دراسة أنثروبولوجية، دورة الحياة، دون سنة.
- 49-الكندي يعقوب يوسف، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت، 2003.
- 50-لبق زينب، المداخل السوسولوجية للطب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، دون سنة.
- 51-محجوب محمد عبده، أنثروبولوجيا الزواج والأسرة والقرباة، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1985.
- 52-محمودي يحيى، الأعشاب الطبية من الحديقة النبوية، دار الإمام مالك، الجزائر، 2007.

53-المدني خالد علي، التغذية خلال مراحل الحياة، دار المدني، ط1، المملكة العربية السعودية، 2005.

54-مصيقر عبد الرحمن، العادات الغذائية في البحرين، قسم التغذية، وزارة الصحة،البحرين، 1981.

55-معكرون شامل ابراهيم، احترس من ضغط الدم، مؤسسة نوفل، بيروت، ط1، 1983.

56-المكاوي علي محمد، الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار النصر للتوزيع والنشر، القاهرة، دون سنة.

57-نعمه أنور، الطياره بسام خالد، السكري مرض العصر أسبابه ومسبباته برامج الوقاية وال مداواة، مؤسسة المعارف للطباعة والنشر، ط1، بيروت، لبنان، 1998.

59-الوريكات عايد، علم الاجتماع الطبي، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2011

60-ويكس جون، مقدمة في علم السكان، ترجمة: فوزي سهاونة، مطبعة الجامعة الأردنية، عمان، 1999.

المجلات الدوريات

61-أحمد إيمان أحمد سيد وآخرون، وعي المهات بالأمومة الآمنة وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للأسرة في محافظة الشرقية، مجلة الزقازيق للبحوث الزراعية، العدد 44، رقم 5، مصر، 2017.

62-الأهدل اسمهان طاهر، العوامل الاجتماعية والغذائية المرتبطة بالسمنة عند النساء في جدة السعودية، في السمنة في الوطن العربي الواقع والمؤمول، وقائع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني، مملكة البحرين، 19-21 يناير 2010.

63-أومغار سميرة وآخرون، تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لدى عينة من نساء مدينة مراكش، بمجلة الغذاء والتغذية، البحرين، 2010.

64-براهم عصام، معتقدات وطقوس الولادة في العائلة التقليدية الجزائرية، مقارنة أنثروبولوجية، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، العدد 16، الجزائر، ديسمبر 2018.

65-بلطيفة لطيفة وآخرون، مستوى المعرفة وسلوكيات السيدات التونسيات حول الوقاية من السمنة عن طريق التغذية والنشاط البدني في الوسطين الريفي والحضري، بالمجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الحادي عشر، مركز البحرين للدراسات والبحوث، البحرين، 2004.

66-بن منصور مليكة، معازيز عبد القادر، الطب الشعبي في المجتمع الجزائري، التطور والأبعاد، مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، العام الرابع، العدد 32، جوان 2017.

67-بوغديري كمال، معتقدات وطقوس الخصوبة في التراث الشعبي الجزائري، مقارنة أنثروبولوجية، بمجلة الثقافة الشعبية، العدد 51، البحرين، خريف 2020.

68-تومي حسين، الخصوبة والأسرة تحول الإخصاب وآثاره على بنية الأسرة في الجزائر، بمجلة الوصل، التغيرات الأسرية والتغيرات الاجتماعية فعاليات

الملتقى الثالث، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2005-2006.

69-حسين محمد جلال، الثقافة وانعكاساتها الصحية في أوغندا، مجلة متون، المجلد 11، العدد 2، الجزائر، سبتمبر 2019.

70-الخاطر علي عبد الله، آخر المستجدات الصحية في العالم، بمجلة الصحة، مؤسسة حمد الطبية، العدد 6، قطر، سبتمبر-نوفمبر 2014.

71-الخاطر علي عبد الله، السمنة تزداد سمنة، بمجلة الصحة، مؤسسة حمد الطبية، العدد 3، قطر، 2013.

72-خواجة أحمد، ممارسات وتصورات للمرض في المجتمع التونسي المعاصر، مجلة الثقافة الشعبية، السنة الثالثة، العدد 11، خريف 2010.

73-دلالة ميرنا أحمد، الاتجاه نحو الطب الشعبي لدى عينة من طلاب كلية التمريض بجامعة تشرين، دراسة وصفية تحليلية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 37، العدد 2، الأذقية، سوريا، 2015.

74-شريف آسيا، واقع الصحة الانجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، صحة الأسرة العربية والسكان، المجلد الخامس، العدد 13، 2012.

75-شريف فاتن محمد، الممارسات الشعبية وخصوبة المرأة دراسة أنثروبولوجية لحدى القرى بمحافظة الدقهلية، مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية 1998.

- 76-الصبري فهد محمود، أصول وتطور مفهوم الصحة الإنجابية، المجلس الوطني للسكان، الجمهورية اليمنية، 23 يوليو 2006.
- 77-العاتي جليلة، أسباب البدانة لدى الكهول وانعكاساتها على الصحة والبرنامج الوطني لمكافحتها في تونس، بالمجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 8، مركز البحرين للدراسات والبحوث، البحرين، 2003.
- 78-عميرة جويده، الخصوبة في مواقف الأزواج الجزائريين وتصرفاتهم، في مجلة الروابط الاجتماعية، فعاليات الملتقى الوطني الرابع لقسم علم الاجتماع، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2007-2008.
- 79-قنيفة نورة، هناء عاشور، مقارنة تحليلية للثقافة الإنجابية الذكورية وانعكاسها على الوضع الصحي للمرأة في المجتمع الحضري الجزائري، وقائع الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الطارف، 21-22 أفريل 2014.
- 80-مساعدية لزهرة، في مفهوم الثقافة وبعض مكوناتها، مجلة الذاكرة التي تصدر عن مخبر التراث اللغوي والأدبي في الجنوب الشرقي الجزائري، العدد التاسع، الجزائر، جوان 2017.
- 81-المشروع العربي لصحة الأسرة، خطوات البحث العلمي ومناهجه، جامعة الدول العربية، القاهرة، 2010.
- 82-مصيقر عبد الرحمن عبيد، الاعتقادات الخاطئة المرتبطة بالسمنة، وقائع ندوة السمنة بين الواقع والحلول، البحرين، 28-29 مايو 1997.

83-مصيقر عبد الرحمن عبيد، السمنة في الوطن العربي: انتشارها، أسبابها ومكافحتها، في السمنة في الوطن العربي الواقع والمؤمول، وقائع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني، مملكة البحرين، 19-21 يناير 2010.

84-مصيقر عبد الرحمن عبيد، العوامل المؤثرة في السمنة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الثامن، البحرين، يونيو 2003.

85-نبيق فاطمة عمر، بعض خصائص المرأة وأثرها على الإصابة بالسمنة، ولاية الخرطوم، مجلة العلوم والتقانة، المجلد 10، السودان، 2009.

86-الهلي مصباح، المعتقدات الشعبية حول الزواج، الحمل والولادة بمنطقة القصر العتيق بورقلة، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد الثامن، جوان 2012.

الرسائل الجامعية

87-آل سليمان نوف بنت علي، العوامل الغذائية والصحية المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى السيدات السعوديات بمدينة جدة، رسالة ماجستير في التغذية التطبيقية، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، نوفمبر 2007.

88-بنت منصور مرام، مفهوم الصحة الانجابية في المواثيق الدولية، بحث تكميلي لنيل شهادة الماجستير، قسم الثقافة الاسلامية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 1430-1431هـ.

89-جعفري عز الدين، أطلس العادات والتقاليد بمنطقة توات، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في التاريخ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2017-2018.

90-حمودي جمال، تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا الطبية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة تلمسان، الجزائر، السنة الجامعية 2006-2007.

91-دريش أحمد، الصحة الإنجابية في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة سعد دحلب البليدة، البليدة، جانفي 2011.

92-لطرش أمينة، الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقارنة أنثروبولوجية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا الإجتماعية والثقافية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، 2011-2012.

93-مساني فاطمة، الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في الديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2008.

94-وهيبة مهيدة، رعاية الطفل الرضيع قراءة في العادات والتقاليد المنتشرة في سيدي بلعباس مع مقارنة بالأساليب الطبية الحديثة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الأنثروبولوجيا، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2010-2011.

التقارير

95-منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة: حالة الأغذية والزراعة، 2013.

96-منظمة الصحة العالمية، المرتسمات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية، 2011.

- 97- منظمة الصحة العالمية، تقرير الوضع العالمي الخاص بالأمراض غير السارية 2018، 2018.
- 98- منظمة الصحة العالمية، تقرير من الأمانة حول تغذية المرأة في الفترة السابقة للحمل وأثناء الحمل والإرضاع، جنيف، ديسمبر 2011.
- 99- منظمة الصحة العالمية، دليل تدريبي لمجموعات ممثلي الأحياء والمتطوعين الصحيين، الجزء 1 صحة الأسرة، 2009.
- 100- منظمة الصحة العالمية، رعاية الحمل، الولادة، ما بعد الولادة والولدان، دليل الممارسات الأساسية، جنيف.
- 101- منظمة الصحة العالمية، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم، 2013.
- 102- الهيئة العامة للإحصاء، تقرير نتائج مسح صحة الأسرة 2017، المملكة العربية السعودية، 2017.

مراجع باللغة الجنبية

Dictionnaires

103– Colin Armand, **Dictionnaire de Démographie et des Sciences de la Population**, Edition INED, Paris, mars 2011.

Livres

104–A Alnuaim, **Population based epidemiological study of the prevalence of overweight and obesity in saudi arabia, regional variation**, 1997

105–Boutefnouchet Mustapha, **Système Sociale et changement Sociale en Algérie**, O .P.U, Alger , 1984

106–Champault Dominique, **Journal de la Société des Africains XXIII**, Paris, 1953.

107–Chebal Malek, **l’Imaginaire Arabo Musulman**, édition PUF, Paris, 1993.

108–Dujardin Camille Lacoste, **Les Mère contre les Femmes**, Edition la Découverte, Paris, 1985.

109–ElMangli, **De la Chasse**, édition Sindibad, Paris, 1984.

110–Poulain jean pierre, **sociologie de l'obésité**, édition PUF, France, 2009.

Rapports

111–Christine moisan et autres : **Enquete épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité**, institut roche, Paris2012.

112–Haute Autorité de Santé, **Surpoids et Obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier secours**, France , septembre 2011.

113–Institut de Santé Public du Québec, **Les Maladies du Cœur et les Maladies Vasculaires Cérébrales, prévalence, morbidité et mortalité au Québec**, Québec, octobre 2006.

114–Institut National de santé Publique :l'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Alger, septembre 2010

115–institut national de santé publique, **l'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en algérie**, Alger, setembre 2010.

116–Ministère de la santé ; de la population et de la Réforme Hospitalière, **Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes en Algérie (Approche « Wise » de l'OMS, Rapport Final, Alger, 2005.**

117–Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, **suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples, MICS 6, Algérie, 2019**, Alger, 2020.

118–Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Enquête Nationale sur la mesure du Poids des Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles selon l’approche STEPwise de l’OMS, Principaux résultats**, Algérie, 2016–2017.

119–Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, **Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002**, Rapport préliminaire, Alger, juin 2003.

120–Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Fonds des Nations Unies pour l’Enfance, **Enquête Nationale à Indicateurs Multiples ; Rapport Principal**, Alger , Décembre 2008.

121–Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Enquête Nationale sur la mesure du Poids des Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles selon l’approche STEPwise de l’OMS, Principaux résultats**, Algérie, 2016–2017.

122–Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Enquête par Grappes à Indicateurs**

Multiples, Rapport Final des Résultats(MICS6) 2019, Algérie , Décembre 2020.

123–WHO , UNICEF, **The World Bank, United Nations Population Division, Trends in Maternal Mortality , 1990 to 2015.**

Thèses

124–Aberra Tsion, **Burdens Beget Burden : Examining the Physiological Links Between Psychological Stress and Cardiovascular Disease**, a theisis submitted in Partial fulfillment of the Requirements for the degree of doctor of Medicine, Yale University School of Medicine, class of 2017.

125–Mansouri Leila, **Connaissances et perception de la notion de facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale**, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université Paris Didrot , Faculté de Médecine, paris, 2012.

126–Rashed Osama Abdulkareem Abdurrahman, **Effect of Diabetes Education Program on type 2, Diabetic Patients in Tulkarm Directorate of Health**, thesis submitted in partial fullilment of the requirements for the degree of master in public health, Faculty of grateuate studies, An Najah National University, Nablus, 2012.

Revues

127-Larry A, Tucker, Marilyn Bagwell, **Television Viewing and Obesity in adult Females** in American Journal of Public Health, Vol 81, N°7, July 1991.

مواقع أنترنت

<http://www.who.int>

<https://gco.iarc.fr/today/>

[www .arsco.org](http://www.arsco.org)

<https://www.moh.gov.sa/>

<https://www.alkhaleej.ae/>

[/www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs](http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs)

www.iau.edu.sa

www.emro.who.int

www.alhirak.com

<https://ar.wikipedia.org/>

www.unaids.org

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر-2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

في إطار إنجاز بحث علمي في ميدان علم اجتماع الديموغرافيا والصحة، يتناول موضوع "الثقافة الصحية وعلاقتها بصحة المرأة" في المجتمع الجزائري، نرجو منك سيدتي المحترمة مساعدتنا من خلال تزويدنا بالمعلومات الكافية من خلال الإجابة بكل دقة ووضوح على الأسئلة المدونة في هذه الإستمارة، ونحن نتعهد بسرية المعلومات المتحصل عليها وتوظيفها فقط لغرض البحث العلمي، تقبلي منا سيدتي أسمى عبارات الإحترام والتقدير وشكرا.

الإستمارة

بيانات شخصية

1-السن.....

2-المستوى التعليمي: أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

3-الحالة الاجتماعية عازبة متزوجة مطلقة أرملة

4-مكان الإقامة.....

5-الوضعية المهنية: تعمل لا تعمل

6-في حالة نعم، ما نوع عملك؟.....

بيانات خاصة بالإصابة بالأمراض المزمنة والسمنة

7-كم يبلغ وزنك؟.....

8-كم يبلغ طولك بالمتر؟.....

9-هل انت مصابة بأي مرض؟ نعم لا

10-إذا كنت مصابة ما نوعه؟.....

11-هل تعانين من أي مرض مزمن؟ نعم لا

12-هل تعانين من أحد هذه الأمراض المزمنة؟ السكري ضغط الدم
مرض القلب والشرابين أخرى أذكرها.....

13-منذ متى وأنت تعانين من هذا المرض؟.....

14-كيف تم اكتشاف إصابتك؟ تشخيص من طرف طبيب عام تشخيص من طرف طبيب مختص
معرفة مسبقا بأعراض المرض أخرى أذكرها.....

15-هل لديك معلومات حول هذا المرض؟ نعم لا

16-إذا كان نعم، من أين تحصلت على المعلومات؟ الطبيب المعالج أحد أفراد الأسرة
شخص كان يعاني من نفس المرض وسائل الإعلام أخرى أذكرها.....

17-هل تذهبين للطبيب المختص بصفة دورية لمعالجة المرض؟ نعم لا

18-إذا كان لا لماذا؟.....

19-هل تعرضتي لمضاعفات المرض المزمن؟ نعم لا

20-هل تقومين بشراء الدواء من الصيدلية دون وصفة طبية؟ نعم لا

21-في حالة نعم لماذا؟.....

بيانات خاصة بالصحة الإنجابية

- 22- بالنسبة لك، ما هو حجم الأسرة المثالي؟.....
- 23- هل تفضلين إنجاب؟ الذكور الإناث ليس لدي تفضيل
- 24- إذا كنت متزوجة، كم عدد مرات الحمل؟.....
- 25- كم عدد الأولاد: الذكور الإناث.....
- 26- هل كان الفارق الزمني بين الولادات؟ متقارب متباعد
- 27- هل ترغبين في الإنجاب حالياً؟ نعم لا
- 28- إذا كان نعم، لماذا؟ الرغبة في إنجاب أطفال رغبة الزوج الرغبة في إنجاب الذكور أخرى أذكرها.....
- 29- في رأيك متى يبدأ الشعور بالقلق من تأخر الحمل؟.....
- 30- هل تستعملين وسائل منع الحمل؟ نعم لا
- 31- منذ متى وأنت تستعملين وسائل منع الحمل؟ بعد الزواج مباشرة بعد إنجاب الطفل الأول الطفل الثاني الطفل الثالث الطفل الرابع
- 32- ما هي الوسيلة المفضلة لديك؟.....
- 33- هل لديك معرفة بالأمراض المنقولة جنسياً؟ نعم لا
- 34- هل عانيت أو تعانين من أحد هذه الأمراض المنقولة جنسياً؟ الزهري السيلان التهابات تناسلية السيدا
- 35- هل عانيت من أمراض أثناء فترة الحمل؟ نعم لا
- 36- إذا كان نعم فيما تمثلت هذه الأمراض؟.....

بيانات خاصة بالعادات الغذائية

- 37- هل تفضلين؟ الوجبات الجاهزة الوجبات المنزلية
- 38- هل تتناولين الأطعمة السريعة؟ نعم لا
- 39- إذا كان نعم، فما هو عدد المرات التي تتناولين فيها هذه الأطعمة؟ يوميا مرة في الأسبوع بضع مرات في الأسبوع نادرا
- 40- ما هو عدد الوجبات الرئيسية التي تتناولينها يوميا؟ وجبة واحدة وجبتين 3 وجبات فأكثر
- 41- هل تتناولين الوجبات الرئيسية بانتظام؟ نعم لا
- 42- كم وجبة خفيفة تتناولينها بين الوجبات الرئيسية؟ لا أتناول وجبة واحدة ثلاث وجبات فأكثر وجبتين
- 43- هل تتناولين الأطعمة أثناء مشاهدتك للتلفزيون؟ نعم لا أحيانا

- 44- هل تكثرين من تناول الأطعمة التي تحتوي على: البروتينات الدهون الفيتامينات أخرى أذكرها.....
- 45- هل تقومين بنزع جلد الدجاج قبل طهيها؟ نعم لا
- 46- تتناولين الخضار: دائما أحيانا نادرا
- 47- تتناولين اللحم: يوميا مرة أو مرتين في الأسبوع بضع مرات في الشهر أبدا
- 48- تتناولين السكريات: يوميا أحيانا نادرا أبدا
- 49- ما مقدار تناولك للفواكه الطازجة: يوميا أحيانا نادرا أبدا
- 50- هل تتناولين المشروبات الغازية والعصائر؟ يوميا بضع مرات في الأسبوع أبدا مرة في الأسبوع
- 51- هل تراعين في وجباتك القيم الغذائية؟ نعم لا
- 52- كيف كانت تغذيتك أثناء الحمل؟ سيئة جيدة نوعا ما ممتازة
- 53- ما هي الأطعمة التي كنت تتناولينها بكثرة في فترة النفاس؟.....

بيانات خاصة بالعادات والتقاليد، الممارسات والمعتقدات

لا	نعم	المعتقدات الخاصة بالإنجاب
		54- هل تعتقدين أن إنجاب الأطفال يمثل قوة اقتصادية واجتماعية
		55- هل تعتقدين أن الذكور وخاصة إذا كان الطفل الأول، يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة و المجتمع
		56- هل تعتقدين أن لنوعية الغذاء دور في تحديد جنس المولود
		57- للحفاظ على الثروة يجب إنجاب الذكور
		58- التأخر في الإنجاب والإجهاض المتكرر له علاقة بالأعمال السحرية
		59- حدوث الإجهاض راجع لأن ظهر المرأة لا يتحمل الجنين
		60- تغيير وضعية سرير الزوجية يحدد نوع الجنين
		61- الحمل بالذكر يجعل الأم جميلة عكس الأنثى التي تجعل وجه أمها قبيح
		62- إذا توحمت المرأة على الحمضيات والحار فإن جنس المولود يكون ذكرا، وإذا توحمت على الحلويات والفواكه يكون جنس المولود أنثى
		63- لا تدخل فتاة حائض على سيده حديثه الولادة
		الممارسات الخاصة بالإنجاب
		64- هل اتبعتي برنامج غذائي خاص بتحديد جنس المولود
		65- ارتداء ملابس النفساء أو دمهها بغرض الحمل
		66- زيارة الأضرحة والشيوخ من أجل الإنجاب
		67- القيام بعملية المسد عند العجوز في حالة تأخر الحمل
		68- عدم الاستحمام بعد الولادة مباشرة، حتى استكمال فترة النفاس 40 يوما

69-إذا مارست أحد الطقوس الخاصة بالإنجاب هل أتت بنتيجة: إيجابية سلبية

لا	نعم	معتقدات وممارسات خاصة بالأمراض المزمنة والسمنة
		70-العين الثريرة والحسد يسببان الأمراض
		71-السحر يؤدي لإصابة الشخص بالأمراض
		72-التدليك يساعد على خفض الوزن
		73-الخبز الجاف يحتوي على سعرات حرارية أقل من الخبز الطري
		74-الامتناع عن تناول وجبة العشاء يساعد على خفض الوزن
		75-حمامات البخار تساعد على خفض الوزن
		76-استعمال الأدوية المقلدة للشهية يساعد على التخلص من السمنة

بيانات خاصة بالطب الشعبي

77-عند شعورك لأول مرة بأعراض المرض هل قمت بزيارة الطبيب مباشرة استعمال الأعشاب الطبية

78-في حال استعمال الأعشاب الطبية، كيف كانت النتيجة؟ الشعور بتحسن لم يحدث شيء حدثت لي مضاعفات

79-ما هي الأعشاب التي قمت باستعمالها.....

82-كيف تحصلت على هذه الأعشاب؟ وصفة أخذتها من طبيب الأعشاب أعشاب نصحني بها البائع وصفة ورثتها من أجدادنا

80-في حالة شعورك بنوع من التحسن هل استغنيتي عن العلاج الذي وصفه لك الطبيب المختص نعم لا

81-هل تستعملين العلاج الحديث العلاج الشعبي الاثنين معا

82-لماذا في كل الحالات؟.....

83-هل استعملت الوصفات الشعبية للقضاء على السمنة؟ نعم لا

84-كيف كانت النتيجة؟ إيجابية لم يحدث شيء تعرضت لمضاعفات أخرى اذكرها.....

88-هل استعملت أو تستعملين إحدى الطرق التالية لعلاج المرض المزمن

الحجامة الرقية الشرعية الذهاب للزيارة

89-هل كانت النتيجة: الشعور بتحسن لم أسفد من شيء تعرضت لمضاعفات

90-هل قمت باستعمال وصفات الطب الشعبي من أجل الحمل؟ نعم لا

91-هل كانت لديك معرفة مسبقة بنوع الأعشاب؟ نعم لا

92- من أين تحصلت عليها؟

93-كيف كانت النتيجة التي تحصلت عليها من استعمال هذه الوصفات؟ إيجابية لم يحدث شيء
تعرضت لمشاكل صحية

94--هل قمت باستعمال وصفات الطب الشعبي من أجل معالجة الالتهابات التناسلية؟ نعم لا

95-هل كانت لديك معرفة مسبقة بنوع الأعشاب؟ نعم لا

96- من أين تحصلت عليها؟

97-كيف كانت النتيجة التي تحصلت عليها من استعمال هذه الوصفات؟ إيجابية لم يحدث شيء
تعرضت لمضاعفات

ملحق رقم 2

جدول يبين العلاقة بين الاعتقاد بأن إنجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة وبين تفضيل الإنجاب

المجموع	تفضيل الإنجاب			تفضيل الإنجاب	
	ليس لدي تفضيل	الإناث	الذكور	المعتقد	
139	34	14	91	نعم	الإعتقاد بأن انجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة
100,0%	24,5%	10,1%	65,5%		
61	18	17	26	لا	الإعتقاد بأن انجاب الذكور يعزز مكانة المرأة داخل الأسرة
100,0%	29,5%	27,9%	42,6%		
200	52	31	117	المجموع	
100,0%	26,0%	15,5%	58,5%		