

الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب وعلاقتها ببعض العوامل والممارسات الغذائية محافظة عمران باليمن (دراسة حالة)

أ. حافظ دحان علي البدوي 

باحث دكتوراة الدراسات السكانية، جامعة صنعاء - اليمن

hafeedalbadov@gmail.com

أ. م. د. عبد الحميد أحمد داود 

أستاذ مشارك الدراسات السكانية، جامعة صنعاء - اليمن

Abdulhameed.Dawod@us.edu.ye

أ. د. أحمد محمد الحداد 

قسم طب المجتمع/ كلية الطب/ جامعة صنعاء - اليمن

drhaddad51@yahoo.com

الملخص:

سعت الدراسة إلى الكشف عن الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب وعلاقتها ببعض العوامل والممارسات الغذائية في محافظة عمران - اليمن، وتندرج هذه الدراسة ضمن الدراسات الوصفية التحليلية، حيث شملت عينة الدراسة 380 أمًا تم سحبها بالطريقة العشوائية البسيطة، ثم وزعت على (6) مديريات ريفية و (4) مديريات حضرية بالمقابلة الشخصية مع الأمهات، وأظهرت النتائج أنَّ الممارسات الغذائية لها علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بالحالة الصحية للأمهات وبمستوى دلالة أقل من (0.005) حيث بلغت نسبة الإصابة بالمشكلات الصحية المختلفة 55.3% وأنَّ المتناول اليومي لدى الأمهات من العناصر الغذائية منخفض إذ بلغ بمتوسط نسبي 28.7%، وتوصي الدراسة بأهمية الغذاء المتوازن وتوفره بالأنواع والكميات المطلوبة لضمان حياة صحية آمنة ومعيشة مستدامة مستقبلاً.

الكلمات المفتاحية: الممارسات الغذائية، الأمهات في سن الإنجاب، الحالة الصحية، اليمن.



حقوق النشر: © 2026
للمؤلف (للمؤلفين). والناشر مجلة
ليبيا للدراسات الجغرافية. هذه
المقالة منشورة بنظام الوصول
الافتوح، ويتم توزيعها وفق شروط
وأحكام ترخيص المشاع الإبداعي
الدولي:

CC BY-NC-SA 04



Health Status of Mothers of Reproductive Age and Its Relationship with Selected Dietary Factors and Nutritional Practices in Amran Governorate, Yemen: A Case Study

Haheed Dahan Ali Al Badawy 

PhD researcher in population studies, Sana'a University-Yemen

hafeedalbadoy@gmail.com

Prof. Ahmed Mohammed Al Haddad 

Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Sana'a University-Yemen

drhaddad51@yahoo.com

Dr. Abdul Hamid Ahmed Dawood 

Associate professor of Population Studies, Sana'a University-Yemen

Abdulhameed.Dawod@us.edu.ye

Abstract:

This study sought to examine the health status of mothers of reproductive age and its relationship with selected dietary factors and nutritional practices in Amran Governorate, Yemen. The study falls within the scope of descriptive-analytical research. The study sample consisted of 380 mothers selected through simple random sampling and distributed across six rural districts and four urban districts. Data were collected through direct personal interviews with the mothers. The results revealed a statistically significant relationship between dietary practices and the health status of mothers at a significance level of less than 0.005. The findings also showed that 55.3% of the respondents suffered from various health problems. In addition, the daily intake of essential nutrients among mothers was found to be low, with a relative average of 28.7%. The study recommends the provision and promotion of a balanced diet in the required types and quantities to ensure a healthy life and sustainable living conditions in the future.

Keywords: Dietary Practices, Mothers of Reproductive Age, Health Status, Yemen.

Received: 25/04/2026

Accepted: 01/06/2026

Published: 01/07/2026



Copyright © 2026 by the author(s). Published by the Journal of Libya for Geographical Studies. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution International License:

CC BY-NC-SA 04



أولاً: المقدمة:

أشارت المسوح والدراسات إلى وجود الكثير من الأمراض المنتشرة في اليمن، والتي يكون لها علاقة بالغذاء وبالممارسات الغذائية التي تؤثر على صحة الإنسان، لا سيما الأمهات في سن الإنجاب، وهذا يتطلب المزيد من الاهتمام بالصحة العامة للجميع، فهي تتصف بمستوى عالٍ من الطاقة المستمرة الصافية والتوازن العاطفي ووحدة التفكير، مع المحافظة على لياقة وتأهيل جسمي والاهتمام المباشر بما يناسب أجسامنا وما يحفز صحتنا، وتتضمن الحالة الصحية القدرة على مقاومة الأمراض المختلفة ومنها: الأمراض المزمنة وأمراض سوء التغذية.

فقد أكدت صبحي (2004: 37) في كتابها "التربية الغذائية والصحية" أنّ الغذاء ضروري لاستمتاع الفرد بصحة جيدة، وتمّ تعزيز وجهة نظرها في دراسة Al Sabbah (2007) التي أفادت أنّ اختيار الغذاء الصحي المنتظم يسهم في منع العديد من الأمراض المزمنة، مثل: "أمراض الجهاز الهضمي وأمراض القلب وضغط الدم والسكري وأنواع السرطان وسوء التغذية"، ويؤكد العصا (2013: 2) أنّ الإصابة بالأمراض المزمنة وأمراض سوء التغذية لها ارتباط وثيق بالحالة الغذائية للإنسان. وأشار Wahl (1999) إلى أنّ هناك أدلة تؤكد على أنّ الأمراض المزمنة ذات العلاقة بالتغذية آخذة بالازدياد ومنها: أمراض القلب؛ إلّا أنّها ليست فقط مقلقة وتحد من النشاط الفكري والجسدي، بل أنّها مهددة للجسد والحياة ومسببة للوفاة مشيراً إلى أنّ الممارسات الغذائية غير السليمة لها تبعات وآثار سلبية بعيدة المدى على حياة الإنسان، مسببة تأخر النضج الجنسي والفكري ومؤدية إلى تأخر النمو وقصر القامة. ووفقاً لمنظمتي FAO & WHO (2004) اللاتي أكدتا أنّ التغذية الصحيحة والمتوازنة من حيث الكم والنوع لا سيما الأطعمة التي تشتمل على الفواكه والخضروات تُعدّ مكوناً مهماً في الغذاء الصحي، كما أنّ تناولها بكميات كافية يومياً يسهم في الحماية من الأمراض المزمنة مثل: أمراض القلب وبعض أنواع السرطان والنوع الثاني من مرض السكري.

1. مشكلة الدراسة: من المؤكد أنّ لكل بحث دوافعه وأسبابه، فلا بدّ أنّ تتخمر فكرة البحث في ذهن الباحث فتنبجس عنها إشكالية البحث من خلال أسباب دفعت بالباحث لاختيار موضوع بحثه؛ فمن الأسباب التي دفعت الباحثين إلى تحديد موضوع دراستهم الحالية

أهمها: أن أحد الباحثين هو أحد العاملين في الحقل الصحي بمحافظة عمران منذ أكثر من عشرين عام تحديداً؛ حيث يعمل مسؤولاً لعيادة التغذية العلاجية بأحد المرافق الصحية الحكومية بمديرية خمر، فمن ممارسة الباحث لعمله لاحظ تردد الكثير من الحالات المرضية للنساء في سن الإنجاب التي يرجع سببها إلى بعض العوامل والممارسات الغذائية، إضافةً إلى تدني الوعي والمعرفة بالأسس التغذوية، الأمر الذي ساعد على إصابتهن ببعض الأمراض المزمنة كالسكري وضغط الدم وأمراض القلب والشرابين وبعض الأورام وقرحة المعدة وأمراض الكبد والكلية والجهاز التناسلي والمسالك البولية وأمراض الجهاز التنفسي وهشاشة العظام وأمراض سوء التغذية كالحساسية الغذائية والسمنة وأمراض الفم والأسنان والأمراض الجلدية وغيرها.

فانطلاقاً من واقع الشعور بالمسؤولية والإحساس بحجم هذه الظاهرة سعى الباحثون إلى تحديد إشكالية دراستهم في التعرف على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب وعلاقتها ببعض العوامل والممارسات الغذائية بمحافظة عمران.

2. تساؤلات الدراسة: سعت هذه الدراسة إلى الإجابة على السؤال الرئيسي الذي ينصّ على: هل تؤثر الممارسات الغذائية وبعض العوامل على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران؟

وينبثق من السؤال الرئيسي مجموعة من الأسئلة الفرعية وهي على النحو الآتي:

1. ما هي الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة؟
2. ما هي الممارسات الغذائية التي تتبعها الأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران؟
3. ما هي العوامل المؤثرة على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران؟
4. ما واقع الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران؟
5. ما أثر العوامل (التغذوية – الاجتماعية – الاقتصادية) على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران؟
6. هل تؤثر الممارسات الغذائية على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران؟
7. ما أثر الممارسات السلبية على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران؟

3. أهداف الدراسة:

الهدف الرئيسي للدراسة: التعرف على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب وعلاقتها ببعض العوامل بمحافظة عمران. وينبثق من الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية وهي على النحو الآتي:

1. التعرف على الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.
2. الكشف عن الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران.
3. التعرف على الممارسات الغذائية التي تتبعها الأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران.
4. التعرف على العوامل المؤثرة على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران
5. الكشف عن أثر الممارسات الغذائية على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران.
6. توضيح الممارسات الغذائية السلبية المؤثرة على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران.
7. تحديد العوامل المؤثرة (التغذوية – الاجتماعية – الاقتصادية) وعلاقتها بالحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران.

4. أهمية الدراسة:

1.4 الأهمية النظرية: يتوقع الباحثون أن يكون لهذه الدراسة أهمية علمية وعملية تتجلى في عدد من الأمور أهمها ما يأتي:

– توقعات الباحثين أن هذه الدراسة تضيف جديدًا إلى رصيد المعرفة في مجال الغذاء والتغذية والواقع التغذوي في اليمن كما نتمنى أن تكون قاعدةً وأساسًا لبحوث مستقبلية أكثر نضجًا وأبعد غورًا، لا سيما وأنّ بحوثًا من هذا النوع في مجتمعنا اليمني قليلة جدًا إلّا أنّها تكون نادرة مقارنة ببلدان أخرى لها اهتمام بهذا المجال.

– من المحتمل أنّ هذه الدراسة قد تسد نقصًا أو فراغًا أو تؤصد ثغرةً في مجال الصحة العامة والقضايا السكانية سواءً بتأثيرها المباشر أو غير المباشر وتوظيف النتائج في مصلحة الفرد والمجتمع والهيئات ذات العلاقة بهذا الأمر؛ حيث تبرز أهمية هذه الدراسة من حيث إلّا تسليط الضوء على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب وعلاقتها ببعض العوامل والممارسات

الغذائية بمحافظة عمران وذلك للإسهام في تكوين قاعدة معرفية تساعد القائمين على العملية الصحية والتغذوية في الأسرة والمعنيين بقضايا المجتمع والقضايا السكانية والعاملين في المجال التوعوي والتثقيف الصحي على وضع البرامج والخطط التي تسهم في اكتساب ثقافات تغذوية صحيحة وسليمة لجميع أفراد الأسرة لا سيما الأمهات في سن الإنجاب لتجنب الآثار الناتجة عن الممارسات الغذائية المتسببة في العديد من المشاكل الصحية التي تساعد على انتشار الأمراض والأوبئة المختلفة.

2.4 الأهمية التطبيقية: تعمل هذه الدراسة على:

- توجيه اهتمام المؤسسات الصحية والعاملين في مجال الصحة والسكان بنشر الوعي بأهمية الغذاء الصحي والتغذية المتوازنة من حيث الكم والنوع واتباع الطرق السليمة في إعداد الوجبات الغذائية اليومية لجميع الأسر اليمنية لا سيما بمحافظة عمران.
- فتح المجال للباحثين والمفكرين للقيام بدراسات علمية تتناول المواضيع الصحية والغذائية وتغيير الممارسات الغذائية الخاطئة في جميع الأسر اليمنية بالريف والحضر.

5. حدود الدراسة:

1.5 الحدود الموضوعية: تقتصر الحدود الموضوعية للدراسة في التعرف على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب وعلاقتها ببعض العوامل والممارسات الغذائية في محافظة عمران.

2.5 الحدود البشرية: يتمثل مجتمع الدراسة في الأمهات في سن الإنجاب بمحافظة عمران والتي بلغت 380 امرأة بوصفها عينةً لتطبيق الدراسة عليها.

3.5 الحدود المكانية: يقصد بالحدود المكانية النطاق الجغرافي الذي أجريت فيه الدراسة والمتمثل في مديريات محافظة عمران الريفية والحضرية والبالغ عددها عشر مديريات توزعت بين الريف والحضر، وشكّلت المديريات ذات الطابع الحضري أربع مديريات مقابل ست مديريات ريفية.

ونظراً لأنّ هذه الدراسة تهدف إلى التعرف على الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب وعلاقتها ببعض العوامل والممارسات الغذائية في محافظة عمران عمد الباحثون إلى تحديد المجال الجغرافي لدراساتهم بمحافظة عمران لأنّها تُعدّ ميداناً خصباً كونها من المحافظات اليمنية ذات الطابعين الريفي والحضري وذات الطابع الغذائي المتنوع إلى حدٍ ما لدى بعض

Research@LFGS.LY

6. منهجية الدراسة:

لما هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على " الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب وعلاقتها ببعض العوامل والممارسات الغذائية في محافظة عمران - اليمن" فذلك يتطلب وصفاً للظاهرة وتحديد عناصرها والعوامل المؤثرة فيها، فقد حدد الباحثون الموضوع ووضع التساؤلات وبني الأهداف وحدد الطرق والأدوات المناسبة لجمع البيانات في استمارة المقابلة الشخصية مع الأمهات إلى جانب التعرف المسبق على المواقع المراد دراستها ومن ثم حدد الباحثون الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل البيانات التي تم دراستها والمتحصل عليها من الميدان.

وبناءً على ما سبق فإنّ المنهج الوصفي يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كمياً، ولا يكتفي هذا المنهج عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة، بل يتعدى إلى التحليل والربط والتفسير، للوصول إلى استنتاجات وهو أحد أنواع التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة، وتصويرها كمّاً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة وتصنيفها وتحليلها واخضاعها للدراسات الدقيقة. (القاسم، 1982: 83)

1. مجتمع الدراسة:

أجريت هذه الدراسة في محافظة عمران - اليمن، وتمّ تحديدها بعشر مديريات منها (4) مديريات حضرية و(6) مديريات ريفية، اقتصرت هذه الدراسة على الأمهات بسن الانجاب في محافظة عمران، اليمن. وقد جمعت البيانات الميدانية ما بين عامي 2024 - 2025م، واعتمدت الدراسة على المنهج الميداني، إلى جانب الاستعانة بالعديد من الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة وأهدافها.

توضح البيانات الظاهرة بالجدول رقم (1) مجتمع الدراسة الذي يتكون من عشر مديريات من مديريات محافظة عمران التي استهدفت لإجراء الدراسة عليها لعدد 380 أسرة وبنسبة 100% وباستجواب الأمهات في سن الإنجاب.

الجدول: (1) توزيع مجتمع الدراسة في محافظة عمران.

التسلسل	اسم المديرية / المدينة	التكرارات	النسبة %
1	عمران	71	18.7%
2	خمر	51	13.4%
3	ريدة	34	8.9%
4	حوث	18	4.7%
5	جبل يزيدي	62	16.3%
6	عيال سريح	33	8.7%
7	خارف	24	6.3%
8	ذيين	27	7.1%
9	حبور ظليمة	37	9.7%
10	بني صريم	23	6.1%
المجموع		380	100%

الجدول: (2) تحديد مجتمع الدراسة وطبيعتها.

م	مجتمع الدراسة الحضري	مجتمع الدراسة الريفي
1	مدينة عمران	مديرية جبل يزيدي
2	مدينة خمر	مديرية خارف
3	مدينة ريدة	مديرية بني صريم
4	مدينة حوث	مديرية ذي بين
5	-----	مديرية حبور ظليمة
6	-----	مديرية عيال سريح
اجمالي	4	6

يبين الجدول رقم (2) مجتمع الدراسة (الحضري - الريفي) والذي يحتوي فيه المجتمع الحضري على أربع مديريات، أما المجتمع الريفي فيحتوي على ست مديريات ليصبح مجتمع الدراسة الكلي عشر مديريات من مديريات محافظة عمران.

2. عينة الدراسة:

نظراً لتحديد موضوع الدراسة يتضح أنّ مجتمع الدراسة كبير ويحتاج إلى تحديد عينة تتلاءم مع حجم ذلك المجتمع فمن هنا لجأ الباحثون إلى اختيار العينة العشوائية البسيطة، إلاّ أنّه غالباً ما يواجه الباحثون مشكلة عند اختيار العينة لا سيما إذا التزم بالجانب التمثيلي للعينة بالنسبة للمجتمع الأصلي؛ حيث إنّ اختيار نمط العينة تمّ وفق شروط منهجية فرضتها مشكلة الدراسة وأهدافها وتساؤلاتها، وحدد الباحثون عينة الدراسة في عدد من النساء بسن الإنجاب في محافظة عمران وتمّ اختيارهن بالطريقة العشوائية البسيطة وفقاً للمعايير التي تطلبها

الدراسة من حيث طبيعة الموقع الجغرافي والكثافة السكانية ودرجة الثقافة لغرض التوصل إلى أدق النتائج، ومن ثم حدد الباحثون حجم العينة المطلوبة بطريقة علمية من خلال تطبيق المعادلات الرياضية والإحصائية لـ (ستيفن طومسون) فالمطلوب لهذه الدراسة التطبيق على عينة يبلغ حجمها حوالي 380 امرأة؛ حيث وزعت جميع عينة الدراسة على المديريات الحضرية والريفية التابعة لمحافظة عمران والتي تحدت بعشر مديريات شكل سكانها حوالي 70% من إجمالي سكان المحافظة الكلي، وشكلت عدد الأسر حوالي 60% من إجمالي عدد الأسر الكلي في المحافظة، مما جعل الباحثين يلجأ إلى تحديد حجم المجتمع الأصلي لدراسته لأن الدراسات المنهجية أثبتت أنه من الصعب جداً أن يستجوب جميع أفراد المجتمع كون ذلك يستدعي إلى المزيد من الجهد والوقت والتكلفة. (International Nutritional, 1985)

الجدول (3) يوضح عدد الأسر عينة الدراسة المسحوبة من المجتمع الحضري.

م	المدن الحضرية	عدد الأسر الكلية	العينة المسحوبة من الأسر
1	مدينة عمران	12322 أسرة	71 أسرة
2	مدينة خمر	8971 أسرة	51 أسرة
3	مدينة ريدة	5490 أسرة	34 أسرة
4	مدينة حوث	3084 أسرة	18 أسرة
إجمالي		29867 أسرة	174 أسرة

يتضح من البيانات التي بالجدول رقم (3) أنّ عينة الدراسة تمثلت في (174 أسرة) حضرية سحبت بطريقة العينة العشوائية البسيطة؛ حيث تركز أكبر عدد من الأسر بمدينة عمران إذ بلغت (71 أسرة)، ويعزى ذلك إلى أنّ مدينة عمران تُعدّ أكبر المدن الحضرية بالمحافظة كونها مركز محافظة عمران.

الجدول (4) يوضح عدد الأسر عينة الدراسة المسحوبة من المجتمع الريفي.

م	المدن الريفية	عدد الأسر الكلية	العينة المسحوبة من الأسر
1	مديرية جبل يزيد	9449 أسرة	62 أسرة
2	مديرية خارف	4977 أسرة	33 أسرة
3	مديرية بني صريم	4097 أسرة	24 أسرة
4	مديرية ذيبين	4350 أسرة	23 أسرة
5	مديرية ظليمة حيور	4914 أسرة	27 أسرة
6	مديرية عيال سريح	6136 أسرة	37 أسرة
إجمالي		33923 أسرة	206 أسرة

يتضح من البيانات التي بالجدول رقم (4) أنّ عينة الدراسة تمثلت في (206 أسرة) ريفية سحبت بطريقة العينة العشوائية البسيطة؛ حيث تركز أكبر عدد من الأسر بمديرية جبل يزيد إذ بلغت (62 أسرة)، ويعزى ذلك إلى أنّ مديرية جبل يزيد تُعدّ أكبر المديريات الريفية بالمحافظة من حيث عدد السكان والمسكن والأسر.

العينة الاستطلاعية (الاستكشافية):

أجرى الباحثون دراسة استطلاعية خطوة أولية بهدف تحديد أهداف دراستهم وضبطها؛ حيث ركّزت الدراسة الاستطلاعية على العمل المكتبي والاستطلاع الميداني وأول ما بدؤوا به العمل المكتبي والاطلاع على الموروثات العلمية في مجال الغذاء والتغذية وصحة الأسرة والصحة والسكان، ومن ثمّ التطرق إلى بناء وتصميم أداة الدراسة وتحكيمها وتطبيقها على عينة من النساء في سن الإنجاب بمجتمع الدراسة؛ حيث أُختبرت عينة استطلاعية مكونة من (57) امرأة بواقع 15% من إجمالي العينة الكلية، وذلك للتحقق من صدق وثبات أداة الدراسة، إلا أنه لم يجرى تعديل على الاستبانة؛ لذلك لم تستبعد من العينة الفعلية.

3. أدوات الدراسة:

يقصد بأدوات الدراسة الوسائل التي تتماشى مع طبيعة الدراسة وأهدافها ونظراً لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها وتساؤلاتها استخدمت الدراسة الأداة الملائمة والتي من خلالها قد نستطيع الحصول على المعلومات والبيانات اللازمة للدراسة؛ حيث تمّ جمع البيانات عن طريق استمارة صممت بما يحقق أهداف الدراسة، وقد تمّ عرضها على مجموعة من الأكاديميين والخبراء للحكم على مدى ملاءمتها لجمع البيانات، والذين أفادوا بصلاحياتها للتطبيق بعد إجراء بعض التعديلات عليها، وقد احتوت الاستمارة على ما يأتي:

الجدول: (5- أ) نسبة الانتماء والوضوح لأداة الدراسة.

م	المحاور	نسبة الانتماء		نسبة الوضوح	
		لا ينتمي	ينتمي	واضح	غير واضح
1	الخصائص الديموغرافية للأمهات بمحافظة عمران	5%	95%	100%	0%
2	الممارسات الغذائية للأمهات بمحافظة عمران	5%	95%	100%	0%
3	الحالة الصحية للأمهات بمحافظة عمران	5%	95%	100%	0%
	المجموع	15 = 5%	285 = 95%	100%	0%

يتضح من البيانات بالجدول رقم (5-أ) أن نسبة الانتماء لمحاور الدراسة بلغت 95% وأن الفقرات التي لا تنتمي كانت بنسبة 5% وبلغت نسبة الوضوح لجميع فقرات ومجالات ومحاور الأداة 100% وكانت نسبة الغموض 00% مما يدل على صلاحية استخدام أداة الدراسة للقياس وفقاً لآراء المحكمين.

الجدول: (5-ب) توزيع فقرات ومجالات ومحاور الأداة في صورتها النهائية.

م	المحاور	المحاور	المجالات	الفقرات
1	الخصائص الديموغرافية للأمهات بمحافظة عمران	1	4	19
2	الممارسات الغذائية للأمهات بمحافظة عمران	1	5	46
3	الحالة الصحية للأمهات بمحافظة عمران	1	4	38
-	مجموع الفقرات	3	13	103

يتجلى من البيانات الموضحة بالجدول رقم (5-ب) أنه بعد الانتهاء من التعديل وفقاً لآراء ومقترحات المحكمين أصبحت الأداة في صورتها النهائية وتتكون من (3) محاور أساسية وتشمل تلك المحاور (12) مجال واحتوت هذه المجالات على (103) فقرات قام الباحثون بعرضها على المشرفين لغرض مراجعتها النهائية والسماح بتطبيقها والشروع في العمل الميداني.

4. إجراءات تطبيق أداة الدراسة:

قام الباحثون بتطبيق أداة المقابلة الشخصية في صورتها النهائية على أفراد العينة بعد إجراء التعديلات النهائية عليها، وبعد التأكد من صدقها وثباتها وذلك من خلال النزول الميداني إلى القرى والحدائق والعزل والمربعات بالمديريات التي أُختيرت مجتمعة للدراسة بغرض جمع البيانات عن طريق المقابلة الشخصية مع أفراد العينة البالغ عددها (380) امرأة وذلك بعد توحيتهن عما تهدف إليه هذه الدراسة من خلال النص الخطابي المرفق برسالة التغطية الموضح بغلاف الأداة؛ واستغرقت فترة التطبيق الميداني وجمع المعلومات لفترة منذ أغسطس 2024 وحتى أبريل 2025م.

5. الأساليب الإحصائية المستخدمة لتحليل بيانات الدراسة:

يقصد بتحليل البيانات استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة في التعامل مع المعلومات التي تم جمعها وترميزها بغرض الإجابة على الأسئلة بجميع الفقرات البحثية، وعملية تحليل البيانات أصبحت ميسرة نظراً لتوفر برامج معدة لهذا الغرض مثل Software وبرنامج

SPSS وبرنامج Excel وغيرها من البرامج الإحصائية المختلفة ولكن من المهم على الباحث أن يختار التحليل الإحصائي المناسب لطبيعة دراسته ونوع المنهج المستخدم فيها. (Hill CM, Gibson A, 1987: 433)

وللإجابة على أسئلة الدراسة وتحقيق أهدافها استخدم الباحثون برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS – Verizon 25) بتطبيق مقاييس النزعة المركزية منها (التكرارات والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري)، وتطبيق معادلة (سييرمان ومعامل ارتباط بيرسون، ومربع كاي² وإحصائية فيشر) للتعرف على العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة، واستخدم الباحثون معادلة (ألفا كرو نباخ) لاختبار صدق وثبات أداة الدراسة.

ثانياً: أدبيات الدراسة:

1. الحالة الصحية والأمراض المنتشرة بين الأمهات في سن الإنجاب:

1.1. أمراض القلب: أثبتت الدراسات أن هذا المرض متنوع العوامل وربما يكون الغذاء كما ونوعاً من العوامل التي تؤثر فيه وهناك علاقة كبيرة بين الإصابة بمرض تصلب الشرايين والافراط في تناول الدهون من حيث كميتها ونوعيتها، ويتجلى بوضوح أن احتمال الإصابة بأمراض الجهاز الدوري لدى النساء في سن الإنجاب ومنها القلبية التاجية يزيد بنسبة 70% بين المدخنات عن غير المدخنات ويقلل التدخين من كمية الأكسجين الموجودة في الدم، مما يضطر إلى زيادة عمل القلب ويلحق أول أكسيد الكربون الموجود في دخان السجائر الضرر في جدران الأوعية الدموية من الداخل فيجعلها خشنة ويمكن أن تتراكم عليها الرواسب الدهنية. (Mensink, . Et al, . 1990: 439)

1.2. التهاب الثدي: إن عملية الإرضاع تسير سيراً طبيعياً، كما أن بعض الأمهات تعاني من نزول اللبن من أندهن في غير أوقات الإرضاع، عندما تكون الأم نائمة أو خارج المنزل، ويمكن علاج ذلك بإرضاع الطفل مرات متعددة، وتعاني بعض الأمهات من التهاب الثدي أو حدوث تقرحات في حلمة الثدي وذلك يعود إلى عدم إرضاع الطفل بطريقة صحيحة وعدم امتصاص الطفل للثدي بطريقة سليمة، وقد يرجع تقرح حلمة الثدي إلى عدم عناية الأم بثديها ونظافتهن قبل وبعد الإرضاع لطفلها مما يضمن صحتها وصحة طفلها. (خاشقجي، 1999: 414)

1.3. سرطان الثدي لدى النساء: أثبتت الدراسات أنّ التغذية لها دور مهم في حدوث سرطان الثدي عند النساء، فهناك برهان قوي على الرابطة بين حدوث سرطان الثدي وتناول الدهون؛ حيث وجد أنّ الحموض الدهنية المتعددة غير المشبعة من نوع أوميغا -3 الموجودة في زيت السمك قد تحمي من السرطان وتقلص من معدلات الأورام، وبوجود ترابط قوي بين زيادة الوزن وزيادة خطر سرطان الثدي. (Jelliffe, D.B, 1966: 53)

1.4. أمراض الجهاز التناسلي: تشعر بعض النساء من وجود الأم بعد الولادة وهذا يسمى بألم ما بعد الولادة " طلق توليدي" خلال الأيام الأولى من الرضاعة، ويختلف الألم في شدته من امرأة إلى أخرى وهو شبيه بالتقلصات التي تحدث للسيدات عند الدورة الشهرية ولكنه أمراً طبيعياً، بل يكون دليل على أنّ الرحم يتقلص ليعود إلى حجمه الطبيعي وأنّ عملية الإرضاع تسير سيراً طبيعياً.

1.5. أمراض الجهاز التنفسي: تعاني معظم النساء في سن الإنجاب من أمراض الجهاز التنفسي والجيوب الأنفية والربو والتي يعود السبب فيها إلى ظروف العمل والبعث قد يرجع إلى الإصابة بالصددمات الجوية وتقلب المناخ وعدم اهتمامهن بالوقاية، مما يجعلهن عرضة للمرض والالتهابات الرئوية لا سيما اللواتي يمارس التدخين والشيشة إلى جانب استخدام القطع الورقية والأخشاب لتحضير الطعام التي تنبعث منها كميات كبيرة من الدخان الذي يسهم في إصابة الجهاز التنفسي.

1.6. أمراض الجهاز الهضمي:

أ. الغثيان (اللوعة): تصاحب العديد من الأمهات في الشهور الأولى من الحمل حالات الغثيان والميل إلى التقيؤ وللتغلب على هذه المشكلة ننصح الأم باتباع الإرشادات الوقائية المتمثلة في: (تناول 5-7 وجبات صغيرة يومياً، تناول قطع من البسكويت الهش أو الخبز المحمص قبل مغادرة السرير، تناول السوائل بين الوجبات بدلاً من تناولها مع الوجبات، التقليل من الأغذية الدهنية والمقليات، تجنب أو الاقلال من تناول البهارات، أخذ قسط من الراحة مع تهوية الغرفة). (مشيد، 2004: 12)

ب. الإمساك: تصاب بعض الأمهات الحوامل بالإمساك نتيجة لعدة أسباب مثل ارتخاء عضلات الأمعاء أو نقص في تناول الأغذية الغنية بالألياف والسوائل وللتغلب على الإمساك ينصح باتباع الإرشادات الوقائية المتمثلة في: (تناول الفواكه والخضروات الطازجة والخبز

الكامل، الإكثار من تناول السوائل والعصائر الطازجة والشورية، الانتظام في تناول وجبات الطعام، الانتظام في الذهاب إلى الحمام، محاولة المشي والحركة وممارسة الرياضة إن أمكن). (مشيد، 2004: 12)

ج. الحرقان: يصاحب العديد من الأمهات الحوامل حرقه المعدة والذي قد يكون شديداً لدى بعض الأمهات ولكن ننصح باتباع الإرشادات الوقائية التالية: (تناول وجبات صغيرة ومتكررة كل يوم مع الابتعاد عن تناول الأغذية الدهنية وذات الحموضة العالية والمحتوية على البهارات وكذلك الأغذية المسببة للغازات مثل: الفجل والملفوف والبصل والكرات والمشروبات الغازية مع الإقلال من شرب الشاي والقهوة). (مشيد، 2004: 12)

1.7. أمراض سوء التغذية:

أ. فقر الدم وأيميا عوز حمض الفوليك: يحدث فقر الدم وأيميا عوز حمض الفوليك غالباً في البلاد النامية نتيجة نقص الحمض في الغذاء وإهمال وجبة الإفطار وتخطي وجبة العشاء، ويصيب النساء في سن الإنجاب والمواليد والرضع وصغار الأطفال، ومن أعراض نقصه الإصابة بفقر الدم وفقدان الوزن وفقد الشهية وحرقه في المعدة والإصابة بالإسهال وتشوش وارتباك عقلي والشعور بالإجهاد وسرعة التنفس وانخفاض عدد كريات الدم وانخفاض المناعة ضد الأمراض وشحوب الوجه والتهاب الفم، وللوقاية ينصح باستخدام الأطعمة الغنية بحمض الفوليك مثل الكبد والدواجن والتونة والبيض والعدس والبقول والمكسرات والزبادي والحبوب القريش والفاكهة ذات اللون البرتقالي والخضروات الورقية ذات الأوراق الخضراء الداكنة والحبوب الكاملة، وإدخال الأطعمة الغنية بالحديد ضمن البرنامج الغذائي اليومي للأسرة واستخدام سلفات الحديدوز الدوائي مع إعطاء جرعات مناسبة من حمض الفوليك وفيتامين ب 12 تحت إشراف طبيب. (اللهي، 2009: 18)

ب. زيادة الوزن والبدانة (السمنة): تُعدّ السمنة في العصر الحالي من أخطر الأمراض التي تؤرق العالم؛ حيث أشارت الدراسات إلى أنّ الإناث لهن القدرة على تخزين الدهون أكثر من الذكور وينتج عنها المضاعفات بسبب تراكم الدهون والذي يزيد من خطر الإصابة بأمراض مثل: القلب والتهاب المفاصل والإصابة بالنقرس؛ حيث تعد البدانة أحد عوامل الخطر الرئيسية للعديد من الأمراض المزمنة لا سيما أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل وبعض أنواع السرطان، وتوجد فروق جوهريّة وعلاقات ارتباطية ذات دلالة

إحصائية بين تناول المشروبات السكرية والحلويات والبطاطا المقلية والوجبات السريعة وتناول الطعام بين الوجبات ومع ما يتناول من الطعام وبين مؤشر كتلة الجسم، واستنتج الباحث أن ارتفاع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة له علاقة ارتباطية بزيادة الوزن والسمنة لدى المراهقين. (السالم، 2018: 108)

ج. هشاشة العظام: يعد مرض هشاشة العظام من تحديات الطب الحديث ومن أهم المشاكل الصحية التي تتعرض لها المرأة وكبار السن من الجنسين على حدٍ سواء وتمثل عوامل الخطر للإصابة بالمرض في مجموعة منقسمة إلى قسمين هما: عوامل لا يمكن السيطرة عليها مثل: التقدم في العمر، التاريخ العائلي للمرض، العرق الأبيض، نقص الهرمونات الجنسية وبعض الأمراض مثل: زيادة نشاط الغدة الدرقية والتهاب المفاصل وعوامل يمكن السيطرة عليها تتمثل في: النحافة وانخفاض مؤشر كتلة الجسم وعدم ممارسة النشاط البدني والحياة الحاملة وعدم التعرض لأشعة الشمس والتدخين . (Sharami, & Ahmed, 2008: 38)

2. العوامل المؤثرة في الحالة الصحية للأمهات في سن الإنجاب:

2.1. العوامل التغذوية:

تتمثل العوامل الصحية والتغذوية في:

أ- طرق الطهي: يرى الباحثون أن طرق الطهي تختلف من أسرة إلى أخرى وتعد عملية القلي من طرق طهي الطعام السريعة والسهلة والتي تحتاج إلى درجات حرارة عالية وتستعمل الدهون في عملية الطهي مثل الزيوت أو الزبدة والسمنة (المارجرين) مما يكسبها الرائحة أو النكهة المميزة.

حيث تؤدي عملية القلي إلى زيادة السعرات الحرارية للأطعمة نتيجة امتصاصها للدهون ويفضل عدم تكرار استخدام الزيوت في القلي؛ لأن الأكسدة الناتجة عن تكرار القلي قد تؤدي إلى ظهور العديد من المركبات المسرطنة الضارة بالجسم. (المدني - ج، 2009: 443)

وأشارت بعض الدراسات إلى وجود شواهد في علم الأوبئة على أن استهلاك اللحوم والأسماك المقلية والمشوية بالفحم أو بالشواية قد ترتبط بمخاطر الإصابة بالسرطان، كما يعتقد أن طرق الطهي ذات درجات الحرارة المرتفعة المستخدمة في اللحوم والأسماك تؤدي لظهور مواد تشجع الطفرات والسرطان. (الزهراني أ، 2007: 33)

ب- إهمال بعض الوجبات: إهمال وجبة غذائية أو أكثر يعرض النساء في سن الإنجاب للإصابة بمختلف الأمراض والعاهات وعدم القدرة على أداء العمل بسبب قلة النشاط البدني الذي يتولد من الطاقة الناتجة عن الغذاء المتناول بالوجبات الغذائية اليومية لا سيما وجبة الإفطار، إضافة إلى قلة التركيز والانتباه وشرود ذهني عالي.

ج. تناول أطعمة غير متوازنة: أن تناول النساء لأغذية غير متوازنة بشكل يومي يجعلهن عرضة للإصابة ببعض الأمراض والتي أهمها أمراض القلب والسكري وقد تؤدي إلى الإصابة بأحد أنواع سوء التغذية مثل السمنة وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم والنحافة ونقص الوزن.

2.2. العوامل الاجتماعية: تتمثل العوامل الاجتماعية في:

أ. العمر وإنجاب الأم: دلت الأبحاث على أنّ التقدم في العمر تتعاظم فيه أخطار الحمل لدى الأم، وكذلك ازدياد عدد الولادات والفترات بين ولادة وأخرى، فقد أجريت العديد من الدراسات في الدول العربية وبيّنت أنّ نسبة كبيرة من النساء يتزوجن في سن مبكرة تراوحت هذه النسبة ما بين 14 – 50 % من النساء اللواتي يتزوجن قبل سن السادسة عشرة من العمر، وترجع خطورة الزواج المبكر إلى إصابة الأم واحتمال ولادة أطفال ناقصي الوزن فيكونون عرضة للإصابة بسوء التغذية والأمراض المعدية. (مشيد، 2004م)

ب. الزواج المبكر: تتعرض الأم صغيرة السن للإصابة بالأمراض وهي أكثر استعداداً لولادة أطفال ناقصي الوزن؛ حيث تبين أنّ 11% من الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-19 سنة أنجب أطفالاً ناقصي الوزن أقل من 2.5 كيلو غرام مقارنة مع 7% من اللواتي أعمارهن تراوحت بين 20 – 39 سنة، وأنّ 31.5% من الأطفال المصابين بالتهابات الهضمية كانوا ناقصي الوزن عند الولادة مقارنة بـ 11% و 17% عن بقية الأطفال. (زمرأوي، 2009: 367)

ج. تعدد الأحمال وتقاربها: يُعدّ هذا العامل ذا أثر كبير في تغذية الأم الحامل والمرضع ويؤدي إلى خفض نسبة الهيموغلوبين في الدم ونفاد عنصر الحديد المخزون في الجسم لا سيما إذا لم تتناول الأم أغذية غنية بالحديد، أو لا تأخذ أقراص الحديد والفيتامينات؛ حيث أثبتت الدراسة التي أجريت في البحرين أنّ استعداد الأم لولادة الأطفال ناقصي الوزن يقل بزيادة الفترة بين الولادات؛ إذ وجد أنّ نسبة الأطفال ناقصي الوزن بلغت 8% عندما تكون الفترة

بين الولادات 9 – 12 شهراً وتنخفض إلى 6% للفترة الأكثر من ذلك، في حين أن تكرار تقارب الأحمال تؤثر في حالة الأم الصحية والتغذوية، وأن الأمية ونقص الوعي وانخفاض المستوى التعليمي لدى الأمهات يقلل من ميل الأمهات لتغيير نمط غذائهن بفترة الحمل مقارنة بذوات المستويات التعليمية المتوسطة والعالية. (زمراوي، 2009)

د. ظروف عمل: إن الأعمال والمهن التي يمارسها الأفراد تختلف من حيث التنوع المهني، فنجد النساء تعمل الغالبية العظمى منهن ربات بيوت وهي التي تعنى بأعمال داخلية كالطبخ وتحضير الطعام لجميع أفراد الأسرة بمختلف وسائل إعداد وتحضير الطعام ومنها ما يسبب أمراض للنساء كالأحطاب والغاز الذي ينبعث عنها كمية كبيرة من الدخان والعوادم التي تؤثر تأثيراً مباشراً على الجهاز التنفسي، وقد تصاب معظم النساء بالحروق والجروح وأمراض جلدية أخرى.

2.3. العوامل الاقتصادية: تتمثل العوامل الاقتصادية للأسرة في:

مستوى الدخل: أثبتت العديد من الدراسات أن ارتفاع مستوى الدخل يلعب دوراً مهماً في التحكم بالممارسات الغذائية وظهور الإصابة بأمراض التغذية المزمنة ونقص الغذاء، وأن الذين لديهم موارد مالية منخفضة يميلون إلى توفير وجبات خفيفة وناقصة في محتواها من العناصر الغذائية الأساسية، مما يؤثر في حالتهم الغذائية والصحية. (السالم، 2018: 108)، ويعزي بعض الباحثين أهمية الدخل المالي للأسرة إلى أنه يحدد الخطوط العامة لشكل حياة الفرد والأسرة ومستوى معيشتها لذلك لا بد من إدارة هذه الموارد إدارة عملية لأنها مسئولية يتوقف عليها سعادة الأسرة وتؤثر على أفرادها من الناحية الصحية. (مسلم وعبد اللطيف، 2014: 4)

ثالثاً: الدراسات السابقة:

- مسح صحة الأسرة اليمنية (2013م): كان الهدف من هذا المسح التعرف على الوضع الصحي والتغذوي للأسرة اليمنية، واندرج المسح ضمن المسوح الوصفية الشاملة ذات المقطع العرضي، وتكون مجتمع المسح من الأسرة اليمنية في جميع محافظات الجمهورية، واستخدم المسح المنهج الوصفي التحليلي، وتم اختيار العينة بالطريقة الطبقيّة العشوائية؛ وكانت الأداة المستخدمة في البرنامج هي نموذج الاستبانة المسحية بمقابلة رب الأسرة وسيلة لجمع البيانات والمعلومات الإحصائية، وتوصلت النتائج إلى أن نسبة الأسر التي ترأسها النساء لا تتجاوز

أكثر من 8%، وتحصل أكثر من نصف الأسر على الكيوسين أو الغاز الطبيعي أو الغاز الحيوي (البيو غاز) لأغراض الطهي بينما تستخدم حوالي 35% من الأسر الخشب لنفس الغرض (...). وقد وجد المسح أنّ أكثر من اثنتين من بين كل خمس نساء في اليمن لم يلتحقن بالتعليم؛ حيث التحقت ما نسبته 37% من النساء بالتعليم الأساسي 15% بالثانوية وبلغت نسبة الحاصلات على التعليم العالي من النساء في اليمن 6% كما أنّ حوالي 53% لديهن القدرة على القراءة والكتابة، وأوضحنت النتائج أنّ حوالي 60% من السيدات اليمنيات تلقين رعاية صحية أثناء الحمل أغلبنهن من المناطق الحضرية بنسبة 80% مقابل 51% من الريف وتلقن 28% من السيدات الحوامل أقراص الحديد ولقاح الكزاز (...). ويتجلى من نتائج المسح أنّ حوالي ربع السيدات في اليمن وبنسبة (25%) يعانين من النحافة ونقص الوزن مقابل 24% اللواتي يعانين من السمنة وزيادة الوزن جلها في المناطق الساحلية وتعاني أكثر من سبع من بين كل عشر نساء يمنيات من فقر الدم (...). وأفادت نتائج المسح أنّ لا يزيد عدد المدخنات عن 6%، كما أن حوالي 28% من الإناث يمارسون مضغ القات لا سيما غير المتعلّقات وتستخدم 5% الشمة (البردقان) وبلغت نسبة المصابات بواحد أو أكثر من الأمراض المزمنة 13% تركزت حول ضغط الدم والسكري وأمراض الكلى وقرحة المعدة والتهاب المفاصل. (مسح صحة الأسرة، 2013: 2)

- دراسة (العرجان والعيدة، 2013): سعت الدراسة إلى تحديد انتشار هشاشة العظام لدى الإناث الأردنيات البالغات، وتندرج هذه الدراسة ضمن الدراسات المقطعية العرضية؛ حيث اختار الباحثان مدينة عمّان مجتمعاً لهذه الدراسة، وتمّ اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة، وأظهرت نتائج الدراسة أنّ ما نسبته 91.7% يعانين من البدانة وزيادة الوزن وكان انتشار عوامل الخطر للإصابة بهشاشة العظام تمثّلت في انتشار التدخين إذ بلغت بنسبة 10.7% وتناول القهوة أو الشاي بشكل يومي أو شبه يومي بنسبة 100% وتناول المشروبات الغازية بشكل يومي أو شبه يومي بنسبة 88% وعدم تناول الحليب بنسبة 90% وعدم ممارسة الرياضة بهدف الصحة بنسبة 89.3%، واستنتج الباحثان أنّ الممارسات الغذائية والحياتي والغذائي والحركي للسيدات المصابات بمرض هشاشة العظام يعتبر أحد أهم العوامل التي تشكل عوامل خطر مساعدة للإصابة بالمرض والتي تمثّل في بعض السلوكيات الغذائية الخاطئة مثل: تناول المشروبات الغازية بكثرة وانخفاض معدل تناول

وتعويض الكالسيوم وعدم ممارسة النشاط الرياضي بهدف تحسين الصحة، وأوصت الدراسة بضرورة زيادة مستوى الوعي الصحي بعوامل الخطر للإصابة بمرض هشاشة العظام خاصة لدى الفئة العمرية الشابة من الإناث على الصعيد المدرسي والجامعي؛ وأن مرض هشاشة العظام يُعد من أهم وأخطر أمراض العظام لا سيما بين المتقدمين في السن وهو مرض صامت يصيب الإنسان ويتقدم لسنوات عديدة دون أن يُكتشف وتنخفض فيه كثافة العظام وضعف في بنيتها الدقيقة مما يؤدي إلى هشاشتها وزيادة تعرضها لخطر الكسر وتحدث الكسور في مواضع عدة أهمها المعصم والعمود الفقري والحوض والأخير أكثرها خطورة لارتفاع مريضته (العجز والالتكالية) ووفياته وتكاليف رعايته صحياً. (العرجان والعيادة، 2013: 74)

- أجرت منظمة الصحة العالمية مسحاً تغذوياً (1983): كان الهدف من المسح التعرف على العادات الغذائية للأمهات والرضع وصغار الأطفال، ويمثل هذا المسح أحد المسوح الوبائية عرضية المقطع، واختار الباحثان عدد كبير من الأسر في إقليم افريقيا الوسطى وجنوب شرق آسيا وإقليم شرق المتوسط وإقليم الأمريكيتين، واستخدم المسح المنهج الوصفي التحليلي وقد تم تحديد عينة الدراسة بالطريقة الطبقيّة النسبية، كما أنّ الباحثين استخدموا أداة الاستبانة أداة لجمع البيانات في هذا التقرير، وأظهرت النتائج أن معدل انتشار فقر الدم لدى النساء الحوامل وغير الحوامل في العالم سجلت أعلى المعدلات في أفريقيا الوسطى وجنوب آسيا؛ حيث بلغ بنسبة 38% و29% على التوالي. (WHO, 1983)

رابعاً: تفسير النتائج:

1. النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الأول والذي ينص على:

- ما هي الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة؟

وللإجابة على هذا السؤال تمّ عرض الخصائص وفقاً للمتغيرات الآتية: (العمر - الحالة الاجتماعية - الحالة الصحية - الحالة المهنية - المستوى التعليمي - طبيعة العمل ومستوى الدخل الشهري).

1.1. الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة وفقاً لمتغير (العمر - الحالة الاجتماعية) كما

يوضحها الجدول الآتي:

أظهرت نتائج الدراسة الموضحة بالجدول رقم (6) أنّ الغالبية العظمى هم بالفئة العمرية

(31 – 50 سنة) إذ بلغت بنسبة 61.3%، يليها الفئة العمرية من (51 – 70 سنة) بنسبة بلغت 22.4% وتدنّت النسبة إلى 16.3% للفئة العمرية الصغرى ذات العمر (15 – 30 سنة)، في حين انعدمت النسبة لدى الفئة العمرية الكبرى التي بعمر (71 سنة فأكثر)، مما يشير إلى أن غالبية الأمهات بالفئة العمرية الوسطى، في حين تبين أنّ معظم الأمهات متزوجات إذ بلغت نسبتهم 91.8%.

الجدول (6) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة حسب العمر والحالة الاجتماعية

العمر	الحالة الاجتماعية					عمر الأم			
	متزوج	متفرد	أرملة	أرملة	أرملة	متزوج	50-70	30-50	15-30
ك	380	5	16	10	349	380	85	233	62
%	100	1.3	4.2	2.6	91.8	100	22.4	61.3	16.3

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

1.2. الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة وفقاً لمتغير (الحالة الصحية – الحالة المهنية والمستوى التعليمي) كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (7) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة حسب الحالة الصحية والحالة المهنية والمستوى التعليمي

العمر	الحالة المهنية							الحالة الصحية				
	متزوج	متفرد	أرملة	أرملة	أرملة	أرملة	أرملة	متزوج	متفرد	أرملة	أرملة	أرملة
ك	380	6	14	129	119	49	34	29	380	32	348	380
%	100	1.6	3.7	33.9	31.3	12.9	8.9	7.6	100	8.4	91.6	100

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

يتضح من النتائج التي أظهرتها الدراسة المبينة بالجدول رقم (7) أنّ الغالبية العظمى من الأمهات بحالة صحية جيدة وبنسبة بلغت 81.8% مقابل 18.2% يعانون من بعض المشكلات الصحية، وأظهرت نتائج الدراسة أنّ معظمهن يمارسن العمل بمختلف المهن وبنسبة بلغت 91.6% مقابل 8.4% لا يعملن، أما المستوى التعليمي فقد تبين أنّ أعلى نسبة بلغت 33.9% لدى حملة المؤهل الجامعي، يليهن حملة المؤهل الثانوية والدبلوم وبنسبة بلغت 31.3% مما يدل على أنّ حوالي ثلثي أفراد العينة بالمستوى التعليمي المتوسط، ويعزى ذلك إلى الوضع الاقتصادي لدى الأسرة الذي أدى إلى توقف التعليم في المستوى المتوسط

وعدم القدرة على مواصلة التعليم العالي لارتفاع تكاليف التعليم مقابل انخفاض مستوى الدخل لدى الفرد الليبي.

1.3. الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة وفقاً لمتغير (طبيعة العمل ومستوى الدخل الشهري) كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (8) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة حسب طبيعة العمل ومستوى الدخل الشهري

مستوى الدخل الشهري						طبيعة العمل							النسبة %
أقل من 20000	20000-40000	40000-60000	60000-80000	80000-100000	أكثر من 100000	الحكومة	القطاع الخاص	القطاع الزراعي	القطاع التجاري	القطاع الصناعي	القطاع الخدمي	القطاع الفلاحي	
75	101	68	55	79	380	380	28	22	61	48	60	158	ك
19.7	26.6	17.9	14.5	20.8	100	100	7.4	5.8	16.1	12.6	15.8	41.6	%

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

أشارت نتائج الدراسة التي بالجدول رقم (8) إلى أنّ الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة هم من يمارسن الأعمال والوظائف الحكومية ونسبة بلغت 41.6% يليهن أصحاب الحرف الحرة والأعمال الخاصة والمزارعات بنسب بلغت 16.1%، 15.8%، 12.6% على التوالي، في حين تدنت النسبة لدى ربات البيوت وأصحاب الأعمال التجارية إلى نسب بلغت 7.4%، 5.8% على التوالي، وبلغت أعلى نسبة دخل لدى أفراد العينة 26.6% والتي يتراوح دخلهن الشهري بين (20000 – 40000 ريال)، يليهن من تتراوح دخلهن الشهري أكثر من (80000 ريال) بنسبة بلغت 20.8% وبلغت النسبة 19.7% لدى أفراد عينة الدراسة الذين مستوى دخلهن الشهري (20000 فأقل)، كما تبين أن من تتراوح دخلهن الشهري بين (60000 – 41000) و (60000 – 80000 ريال) بنسب بلغت 17.9%، 14.5% على التوالي، ويفسر الباحثون ذلك إلى وجود انخفاض بمستوى الدخل لدى أفراد العينة مقابل ارتفاع الأسعار وتفاقم الوضع المعيشي وانخفاض الريال الليبي مقابل الدولار، إلى جانب انقطاع المرتبات الخاصة بالموظفين الحكوميين الذين يشكلون حوالي نصف أفراد العينة، مما شكل فجوة غذائية أسهمت في انتشار العديد من الأمراض والأوبئة لدى الأمهات.

الجدول: (9) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الممارسات الغذائية المتبعة.

الوسيلة الأكثر استخدام لتحضير الطعام											
الخطب		الخطب مع الغاز		الغاز		قطع ورقية وبلاستيكية		جميع ما ذكر		اجمالي	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
69	18.6	187	49.2	100	26.3	16	4.2	8	2.1	380	100

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

يتضح من البيانات بالجدول رقم (9) أنّ حوالي نصف أفراد عينة الدراسة كانت الوسيلة الأكثر استخداماً في أسرهم عند تحضير الطعام هي الخطب مع الغاز ونسبة بلغت 49.2% يليهم الأسر التي تستخدم الغاز فقط بنسبة بلغت 26.3% في حين بلغت النسبة لدى من يستخدمون الخطب 18.6% وأن البعض يستخدمون القطع الورقية والبلاستيكية ونسبة بلغت 4.2% أما 5.8% من أفراد العينة فهم يستخدمون جميع الوسائل المذكورة لتحضير الطعام، ويعزى ذلك أولاً إلى ارتفاع أسعار مادة الغاز وانخفاض مستوى الدخل وارتفاع معدل البطالة، وثانياً إلى أن معظم أفراد عينة البحث هم من سكان الريف الذين يستخدمون الخطب إلى جوار الغاز بصورة دائمة لسهولة الحصول عليه في مناطقهم؛ إلا أنّ استخدام تلك الوسائل أسفر عن إصابة بعض النساء بأمراض الجهاز التنفسي الناتجة عن العوادم التي تخلفها تلك الوسائل أثناء اشتعالها عند إعداد وتحضير الطعام للأسرة لا سيما لدى بعض الأسر التي لا تمتلك تهوية مناسبة، مما يدل على أن بعض الممارسات الغذائية لها تأثير في الحالة الصحية لأفراد الأسرة.

جدول: (10) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوسيلة المستخدمة عند تناول الطعام في الأسرة

الوسيلة الأكثر استخدام عند تناول الطعام							
باليد		بالملاعق		باليد مع الملاعق		اجمالي	
التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
108	28.4	58	15.3	214	56.3	380	100

يتجلى من البيانات الواردة في الجدول رقم (10) أنّ أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة يتناولون الطعام باليد مع الملاعق ونسبة بلغت 56.3% يليها من يتناولون الطعام باليد بنسبة 28.4% في جميع الوجبات الغذائية اليومية، في حين بلغت نسبة من يتناولون الطعام بالملاعق بنسبة 15.3%، ويعزو الباحثون تناول الطعام بالملاعق إلى ممارسة عادات غذائية صحيحة إذا كان الاهتمام بنظافة الملاعق وغسلها قبل وبعد تناول كل وجبة غذائية.

الجدول: (11) توزيع عينة الدراسة حسب نوع الأواني المستخدمة لتحضير وتناول الطعام في الأسرة.

الأواني الحجرية		الأواني الفخارية		الأواني المعدنية والزجاجية		الأواني المعدنية والبلاستيكية		جميع ما ذكر		اجمالي	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
117	30.8	52	13.7	210	55.3	169	43.9	91	23.9	380	100

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بالجدول رقم (11) أنّ الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة استخدموا الأواني المعدنية مع الزجاجية لإعداد وتناول الطعام ونسبة بلغت 55.3% يليهم من استخدموا الأواني المعدنية مع البلاستيكية بنسبة مئوية وقدرها 43.9%، وفي المرتبة الثالثة جاء الذين استخدموا الأواني الحجرية ونسبة بلغت 30.8%، وانخفضت النسبة إلى 13.7% لدى من استخدموا الأواني الفخارية، في حين بلغت النسبة 23.9% لدى الأفراد الذين استخدموا جميع ما ذكر من الأواني السابقة عند تحضير وتناول الطعام، ويَعزو الباحثون زيادة استخدام الأواني المعدنية والبلاستيكية أكثر من الحجرية والفخارية إلى نقل بعض الأمراض عبر التلوث بالمعادن التي يتأكل سطحها بشكل يومي بالأواني المعدنية عند الطبخ والصهر بالحرارة وإزالة الشوائب العالقة بها أثناء الغسل لا سيما تلك المصنعة بمواصفات صناعية قليلة الجودة والتي من خلالها قد يصاب الفرد بزيادة المعادن في الجسم لأن البعض منها سام كالرصاص والنحاس وتعدّ الأواني الحجرية والفخارية هي الوسيلة الأكثر أماناً وصحية مقارنة بغيرها، ويعزى استخدام تلك الوسائل لرخص ثمنها دون النظر إلى جودتها، إلى جانب اعتياد بعض الأسر على عادات غذائية خاطئة تكون ذات علاقة سلبية بالحالة الصحية لأفراد الأسرة.

الجدول: (12) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب طرق حفظ الطعام في الأسرة.

طريقة حفظ الطعام المتبقي بالأسرة											
التلاجة		أواني بلاستيكية		قطع قماشية		أكياس حرارية		جميع ما ذكر		اجمالي	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
51	13.4	246	64.7	204	53.7	18	4.7	14	3.7	380	100

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

يتضح من بيانات الجدول رقم (12) التي أظهرتها نتائج الدراسة أنّ حوالي ثلثي أفراد عينة الدراسة كانت الوسيلة الأكثر استخداماً لديهم عند حفظ الطعام هي الأواني البلاستيكية

وبنسبة بلغت 64.7%، يليهم من استخدموا القطع القماشية لحفظ المتبقي من الطعام بنسبة 53.7%، في حين تدنت النسبة إلى 13.4% لدى من استخدموا الثلاثجات لحفظ الطعام وانخفضت النسبة إلى 4.7% لدى الذين استخدموا الأكياس الحرارية لحفظ الطعام، أما 3.7% من أفراد العينة قد استخدموا جميع الوسائل التي ذكرت لحفظ الطعام في أسرهم، ويفسر الباحثون ذلك إلى عدم التأكد من إغلاق الحافظات البلاستيكية بشكل سليم مما يجعل أفراد الأسرة عرضة لبعض الأوبئة والأمراض المنقولة عن طريق الغذاء، ويعزى ذلك إلى الممارسة الغذائية التقليدية الخاطئة والتي اعتاد عليها الكثير من النساء بمحافظة عمران.

الجدول: (13) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوعية المياه المستخدمة في الأسرة.

نوع المياه الأكثر استخداماً للشرب بالأسرة											
مياه جوفية		مياه البرك والسدود المكشوفة		مياه مقطرة بالقطارات		مياه معدنية صحية		جميع ما ذكر		إجمالي	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
75.3	286	14.2	54	30	114	4.2	16	1.1	4	100	380

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (13) تبين أنّ أكثر من ثلاثة أرباع أفراد عينة الدراسة يستخدمون المياه الجوفية للشرب والطبخ في منازلهم وبنسبة مئوية بلغت 75.3%، يليهم من يستخدمون المياه المقطرة بنسبة 30% في منازلهم، في حين تبين أنّ بنسبة 14.2% من أفراد العينة يستخدمون مياه البرك المكشوفة والسدود، وتبين أنّ 4.2% يستخدمون المياه المعدنية للشرب، أما 1.1% فقد استخدموا جميع ما ذكر من المياه للشرب وللطبخ وغيرها، ويُعزو الباحثون ذلك إلى انتشار أمراض المسالك البولية وأمراض الكلى وأمراض الفم والأسنان التي يتسبب فيها زيادة نسبة معدن الفلور الذي يتواجد بشكل كبير في المياه الجوفية لا سيما التي لا يتم ترشيحها وتنقيتها كونها هي الأكثر احتواءً على نسب كبيرة من الأملاح وبعض المعادن، وينتج ذلك عن استخدام المياه الجوفية ومياه البرك والسدود المكشوفة إلى جانب انتشار العديد من الأمراض لا سيما البكتيريا والبلهارسيا والديدان المعوية التي تنتقل عن طريق شرب المياه الملوثة والراكدة ويرجع ذلك إلى تدني الوعي الصحي والتغذوي لدى الأفراد لا سيما بالمناطق الريفية.

2. المشكلات الصحية التي تعاني منها النساء في سن الإنجاب

الجدول: (14) توزيع النساء في سن الإنجاب حسب المشكلات الصحية.

المتغيرات		النساء المرضي		النساء السليمات		اجمالي	
الحالة الصحية والأمراض المنتشرة بين النساء في سن الإنجاب		ك	%	ك	%	ك	%
أمراض الجهاز الدوري		29	7.6	351	92.4	380	100
أمراض الجهاز التنفسي		13	3.4	367	96.6	380	100
أمراض الجهاز الهضمي		50	13.2	330	86.8	380	100
أمراض الجهاز العصبي		35	9.2	345	90.8	380	100
أمراض الثدي والجهاز التناسلي		33	8.7	347	91.3	380	100
أمراض سوء التغذية		35	9.2	345	90.8	380	100
أمراض نفسية وعصبية		5	1.3	375	98.7	380	100

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

أفادت الدراسة من خلال البيانات التي بالجدول رقم (14) أنّ أكثر من نصف النساء في سن الإنجاب يعانين من بعض المشكلات الصحية؛ ونسبة بلغت 55.3% تركزت حول أمراض الجهاز الهضمي بنسبة بلغت 13.2%، وأمراض الجهاز العصبي بنسبة بلغت 9.2%، وأمراض الجهاز التناسلي والتهاب الثدي بنسبة بلغت 8.7%، وأمراض الجهاز الدوري بنسبة بلغت 7.6%، في حين انخفضت النسبة لدى من يعانين من أمراض الجهاز التنفسي إلى نسبة بلغت 3.4%، والأمراض النفسية والعصبية بنسبة بلغت 1.3%، وتعزى هذه الإصابات إلى بعض العوامل المؤثرة والعادات الغذائية الخاطئة والسلبية. في حين تبين عدم إصابة ما نسبته 44.7% من النساء اللواتي بسن الإنجاب بأي مشكلة صحية.

3. العوامل المؤثرة في الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب:

الجدول (15) العوامل الاجتماعية المؤثرة على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب

العوامل المؤثرة (سبب إصابة النساء بالمشكلة الصحية)													
المتغيرات	تكرار الحيل	التوزيع الجغري	عوامل وراثية	سوء تغذية	اهمال بعض الوجبات	تناول أطعمة غير متوازنة	مشاكل أسرية	ظروف عمل وبيئة	ظروف اقتصادية	سكن	و.	العدوان والجبر	الجنس
ك	44	34	27	40	46	65	19	25	44	4	11	21	380
%	11.6	8.9	7.1	10.5	12.1	17.1	5	6.6	11.6	1.1	2.9	5.5	100

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

أشارت نتائج الدراسة الظاهرة بالجدول رقم (15) إلى بعض العوامل التغذوية والاجتماعية والاقتصادية التي أثرت على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب؛ حيث بلغت أعلى نسبة 17.1% لدى الأمهات اللواتي يتناولن أطعمة غير متوازنة يليها ما نسبته 12.1%، لدى من كان السبب إهمال بعض الوجبات وبلغت النسبة 11.6%، بسبب تكرار الحمل والظروف الاقتصادية، وبلغت نسبة سوء التغذية 10.5%، أما سبب الزواج المبكر بلغ بنسبة 8.9%، في حين انخفضت النسبة إلى 7.1% للعوامل الوراثية، وما نسبته 6.6% بسبب ظروف العمل، وتسبب العدوان والحرب فيما نسبته 5.5%، وما نسبته 5% بسبب مشاكل أسرية، في حين بلغت نسبة العين 2.9%، وما تسبب فيها السحر بلغت 1.1%، ويفسر الباحثون ذلك إلى تدني الوعي لدى أفراد الأسر لا سيما العائل للأسرة عن الغذاء الصحي والمتوازن والممارسة الغذائية مما أسفر عنها إصابة هؤلاء النساء بتلك الأمراض.

3.1. الممارسات (السلبية) التي تمارسها النساء في سن الإنجاب:

الجدول (16) الممارسات (السلبية) التي تمارسها النساء في سن الإنجاب.

هل الأم المصابة تمضغ القات؟					
المتغيرات	نعم	لا	سبق لها	قليل جداً	اجمالي
ك	46	300	6	28	380
%	12.1%	78.9%	1.6%	7.4%	100%

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

يتضح من نتائج الدراسة الحالية التي بالجدول رقم (16) أنّ الغالبية العظمى من النساء في سن الإنجاب لا يمضغن القات وبنسبة بلغت 78.9% مقابل 12.1% يمضغن القات بشكل يومي وما نسبته 7.4%، 1.6% يمضغن قليل من القات والبعض سبق لهن مضغ القات على التوالي. ويعزى ذلك إلى الممارسات السلبية التقليدية في المجتمع اليمني وتوفر أشجار القات في بعض المناطق التي أجريت فيها الدراسة بشكل كبير لا سيما حور ظليمة وحوث وعيال سريح وذيبين، كما أنّ القات يتوفر أيضاً في المديرية الأخرى ولكن بشكل أقل، الأمر الذي جعل هؤلاء النساء عرضة للإصابة بالمشكلات الصحية المختلفة.

الجدول (17) الممارسات السلبية التي تمارسها النساء أثناء مضغ القات.

ماذا تستخدم الأم أثناء مضغ القات؟									
الشيء الذي لا يتبعن	لا يتبعن	لا يتبعن	لا يتبعن	لا يتبعن	لا يتبعن	لا يتبعن	لا يتبعن	لا يتبعن	لا يتبعن
ك	380	300	1	11	13	36	9	7	3
%	%100	%78.9	%0.3	%2.9	%3.4	%9.5	%2.4	%1.8	%0.8

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

أفادت نتائج الدراسة الموضحة بالجدول رقم (17) أنّ ما نسبته 9.5% من النساء في سن الإنجاب الماضغات للقات يستخدمن الماء فقط أثناء مضغ القات، مقابل 3.4% يتناولن المشروبات الغازية، ويتناولن الشاي بنسبة 2.9%، ويمارسن الشيشة بنسبة 2.4%، والشمة بنسبة 1.8%، والسجائر بنسبة 0.8%، ومشروب الطاقة بنسبة 0.3%، فمن خلال ذلك يفسر الباحثون أنّ مثل هذه الممارسات السلبية قد تكون ذات علاقة بالأمراض المنتشرة بين الأمهات.

4. أثر الممارسات الغذائية السلبية على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب:

الجدول: (18) أثر الممارسات الغذائية السلبية على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب.

متغير التابع		المتغير المستقل – الممارسات الغذائية السلبية												الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب
		إجمالي كمي		إجمالي الأصحاء		الممارسات الغذائية السلبية								
						قلّة شرب الماء		الشاي والقهوة والمشروبات الغازية		السجائر والشمة والشيشة		مضغ القات		
مستوى دلالة Pearson (R)														
متغير	Sig	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك*	
	0.000	100	380	89.2	339	5	19	00	0	0.8	3	5	19	أمراض الجهاز الدوري
	0.000	100	380	89.2	339	4.7	18	1.6	6	00	0	4.5	17	أمراض الجهاز العظمي
	0.000	100	380	89.5	340	5	19	00	0	00	0	5.5	21	أمراض الجهاز الهضمي
	0.000	100	380	92.1	350	3.4	13	2.6	10	1.8	7	00	0	أمراض الجهاز التناسلي
	0.000	100	380	92.6	352	2.6	10	0.5	2	1.6	6	2.6	10	أمراض سوء التغذية
0.005	100	380	99.7	379	00	0	00	0	0.3	1	00	0	الأمراض النفسية والعصبية	

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

أظهرت نتائج الدراسة الموضحة بالجدول رقم (18) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العادات الغذائية الخاطئة والحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب والمتمثلة في (مضغ القات، تعاطي السجائر والشمة والشيشة، تناول الشاي والقهوة والمشروبات الغازية، قلة شرب الماء عند مضغ القات) حيث بلغت قيمة الـ sig (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) فقد توصلت الدراسة إلى أن نسبة المصابات بأمراض الجهاز الهضمي بلغت 5.5% الناتجة عن مضغ القات، وما نسبته 5% بسبب قلة شرب الماء عند مضغ القات، وبلغت أمراض سوء التغذية بنسبة 2.6% بسبب مضغ القات، وما نسبته 1.6% بسبب ممارسة السجائر والشمة والشيشة، أما 0.5% نتجت عن شرب الشاي والقهوة أثناء مضغ القات، وما نسبته 2.6% نتجت عن قلة شرب الماء عند مضغ القات، يليهم المصابات بأمراض الجهاز الدوري بنسبة بلغت 5% بسبب مضغ القات وقلة شرب الماء أثناء مضغ القات، وبلغت النسبة 0.8% نتيجة لتعاطي السجائر والشمة والشيشة، أما المصابات بأمراض العظام والمفاصل بنسبة 4.5% بسبب مضغ القات، وما نسبته 1.6% نتجت عن شرب القهوة والشاي أثناء مضغ القات، في حين بلغت النسبة 4.7% نتيجة لقلّة شرب الماء أثناء مضغ القات، ويتبعهم المصابين بأمراض الثدي والجهاز التناسلي بنسبة 1.8% بسبب تعاطي السجائر والشمة والشيشة، وما نسبته 2.6% نتيجة لشرب الشاي والقهوة أثناء مضغ القات، أما 3.4% فقد نتجت بسبب قلة شرب الماء عند مضغ القات، في حين بلغت نسبة المصابات بالأمراض النفسية والعصبية 0.3%، التي كانت ناتجة عن تعاطي السجائر والشمة والشيشة، ويشير ذلك إلى أنّ الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب لها علاقة ارتباطية بالعادات السلبيّة التي يمارسها، فإذا كانت تلك العادات والممارسات غير صحيّة فإنّ احتمال الأمراض تكون منتشرة بينهم بدرجة أكبر، قد ينعكس هذا سلباً على صحة الجنين والوليد.

3.2. أثر العوامل الغذائية على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب بالأسرة:

أظهرت نتائج الدراسة الواردة في الجدول رقم (19) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العوامل (الغذائية) المؤثرة على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب، المتمثلة في (الإفراط في بعض الأطعمة، سوء التغذية، تناول أطعمة غير متوازنة، إهمال بعض الوجبات الأساسية) حيث بلغت قيمة الدلالة المعنوية (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة

(0.05) فقد توصلت الدراسة إلى أن نسبة المصابات بأمراض الجهاز الهضمي بلغت 3.7% الناتجة عن سوء التغذية، وما نسبته 4.7% ناتجة عن إهمال بعض الوجبات وبلغت النسبة 3.9% بسبب تناول أطعمة غير متوازنة، وأمراض سوء التغذية بلغت بنسبة 2.6% بسبب سوء التغذية، وما نسبته 2.1% ناتجة عن إهمال بعض الوجبات وتناول أطعمة غير متوازنة، يليهم المصابات بأمراض القلب الناتجة عن سوء التغذية بنسبة بلغت 1.8%، وبلغت النسبة 2.6% بسبب تناول أطعمة غير متوازنة وإهمال بعض الوجبات، والمصابات بأمراض العظام والمفاصل بلغت بنسبة 3.4% الناتجة عن تناول أطعمة غير متوازنة، وبلغت نسب المصابات بالتهاب الثدي وأمراض الجهاز التناسلي 2.4% بسبب سوء التغذية، وما نسبته 2.6% بسبب إهمال بعض الوجبات، أما ما نسبته 3.9% فقد نتجت بسبب تناول أطعمة غير متوازنة، في حين بلغت نسبة المصابات بالأمراض النفسية والعصبية 1%، التي كانت ناتجة عن تناول أطعمة غير متوازنة، أما المصابات بأمراض الجهاز التنفسي بلغت بنسبة 0.8% وكانت إصابتهن ناتجة عن سوء تغذية، ويشير ذلك إلى أن الوضع الغذائي الجيد والحالة المعيشية المستقرة ينعكسان إيجاباً على الحالة الصحية لأفراد الأسرة خاصة النساء في سن الإنجاب، فالأمر في هذه المرحلة يحتاج إلى عناية غذائية عالية لما لها من أثر مباشر على صحتها وصحة طفلها.

الجدول: (19) أثر العوامل الغذائية على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب.

مستوى دلالة Pearson (R)		المتغير المستقل – الممارسات الغذائية												المتغير التابع
		إجمالي كلي		إجمالي الأصحاء		عوامل غذائية مؤثرة								
						تناول أطعمة غير متوازنة		إهمال بعض الوجبات		سوء تغذية		الإفراط في بعض الأطعمة		
	Sig	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
دلالة إحصائية	0.000	100	380	92.9	353	2.6	10	2.6	10	1.8	7	00	0	أمراض القلب
	0.000	100	380	96.6	367	3.4	13	00	0	00	0	00	0	أمراض العظام والمفاصل
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض السكري
	0.000	100	380	87.6	333	3.9	15	4.7	18	3.7	14	00	0	أمراض الجهاز الهضمي
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض الجهاز التنفسي
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض الكبد
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض الكلى
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض السرطان
	0.002	100	380	98.9	376	1	4	00	0	00	0	00	0	أمراض غشبية وعصبية
	0.000	100	380	93.2	354	2.1	8	2.1	8	2.6	10	00	0	أمراض سوء التغذية
	0.000	100	380	91	346	3.9	15	2.6	10	2.4	9	00	0	أمراض الثدي والجهاز التناسلي

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول.

3.3. أثر العوامل الاجتماعية على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب بالأسرة

الجدول: (20) أثر العوامل الاجتماعية على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب.

مستوى دلالة Pearson (R)		المتغير المستقل – الممارسات الغذائية												المتغير التابع
		إجمالي كمي		إجمالي الأصحاء		عوامل (اجتماعية) مؤثرة								الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب
						السحر والعين		مشاكل أسرية		عوامل وراثية		الزواج المبكر وتكرار الحمل		
المتغير المستقل	Sig	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
	0.000	100	380	92.9	353	00	0	1.3	5	1.8	7	3.9	15	أمراض القلب
	0.000	100	380	93.4	255	00	0	00	0	1.3	5	5.3	20	أمراض العظام والمفاصل
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض السكري
	0.000	100	380	90.8	345	1	4	2.4	9	1	4	4.9	18	أمراض الجهاز الهضمي
	0.001	100	380	98.2	373	0.5	2	00	0	1.3	5	00	0	أمراض الجهاز التنفسي
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض الكبد
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض الكلى
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	00	0	أمراض السرطان
	0.004	100	380	99.2	377	0.8	3	00	0	00	0	00	0	أمراض نفسية وعصبية
	0.000	100	380	96.3	366	0.5	2	1.6	6	1.6	6	00	0	أمراض سوء التغذية
	0.000	100	380	93.7	356	0.5	2	00	0	00	0	5.8	22	أمراض الثدي والجهاز التناسلي

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول

أظهرت نتائج الدراسة التي بالجدول رقم (20) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين العوامل لاجتماعية والحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب. المتمثلة في (تكرار الحمل، الزواج المبكر، عوامل وراثية، مشاكل أسرية، السحر أو العين) حيث بلغت قيمة الـ $\text{sig} = 0.00$ وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 فقد توصلت الدراسة إلى أن نسبة المصابين بأمراض الجهاز الهضمي الناتجة عن تكرار الحمل، الزواج المبكر، بلغت 4.9%، والناتجة عن عوامل وراثية بلغت 1%، والناتجة عن المشاكل الأسرية بلغت 2.4%، أما الناتجة عن السحر أو العين فبلغت 1%، أما أمراض سوء التغذية الناتجة عن عوامل وراثية بلغت بنسبة 1.6%، والناتجة عن المشاكل الأسرية بلغت 1.6%، والناتجة بسبب السحر أو العين بلغت بنسبة 0.5%، يليهم المصابين بأمراض القلب الناتجة عن تكرار الحمل،

الزواج المبكر بنسبة بلغت 3.9%، والناجمة عن عوامل وراثية بلغت بنسبة 1.8%، والناجمة عن المشاكل الأسرية بلغت بنسبة 1.3% والمصابين بأمراض العظام والمفاصل الناجمة عن تكرار الحمل، الزواج المبكر بنسبة بلغت بنسبة 5.3%، والناجمة عن عوامل وراثية بلغت بنسبة 1.3% يليهم المصابات بالتهاب الثدي وأمراض الجهاز التناسلي الناجمة عن تكرار الحمل، الزواج المبكر بنسبة بلغت بنسبة 5.8%، والناجمة بسبب السحر أو العين بلغت بنسبة 0.5% في حين بلغت نسبة المصابين بالأمراض النفسية والعصبية والناجمة بسبب السحر أو العين 0.8%، ويشير ذلك إلى أنّ الحالة الصحية لأفراد الأسرة لها علاقة ارتباطية بالعوامل الاجتماعية؛ مما يدل على أن تلك العوامل لها علاقة قوية بالحالة الصحية للنساء في سن الانجاب، فكلما كان الوضع الاجتماعي بالأسرة مستقر والحالة المعيشية جيدة فإنّه ينعكس بشكل إيجابي على الحالة الصحية لأفراد الأسرة لا سيما الأمهات في سن الإنجاب.

3.4. أثر العوامل الاقتصادية على الحالة الصحية للنساء في سن الانجاب بالأسرة:

الجدول: (21) أثر العوامل الاقتصادية على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب.

مستوى دلالة Pearson (R)		المتغير المستقل – العادات الغذائية										المتغير التابع
		إجمالي كلي		إجمالي الأصحاء		عوامل (اقتصادية) مؤثرة						الحالة الصحية للنساء في سن الانجاب
						العدوان والحرب		طبيعة العمل		مستوى الدخل		
دالة إحصائية	Sig	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
	0.000	100	380	97.1	369	1.3	5	00	0	1.6	6	أمراض القلب
	0.000	100	380	96.3	366	00	0	2.1	8	1.6	6	أمراض العظام والمفاصل
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	أمراض السكري
	0.000	100	380	93.4	355	2.1	8	1.8	7	2.6	10	أمراض الجهاز الهضمي
	0.001	100	380	98.4	374	00	0	1.6	6	00	0	أمراض الجهاز التنفسي
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	أمراض الكبد
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	أمراض الكلى
		100	380	100	380	00	0	00	0	00	0	أمراض السرطان
	0.002	100	380	98.2	373	0.5	2	0.5	2	0.8	3	أمراض نفسية وعصبية
0.000	100	380	95.5	363	0.8	3	0.5	2	3.2	12	أمراض سوء التغذية	
	0.000	100	380	97.4	370		3	00	0	1.8	7	أمراض الثدي والجهاز التناسلي

*ك تشير إلى رمز التكرارات، تم اختصارها نظراً لضيق خانات الجدول.

أظهرت نتائج الدراسة الواردة بالجدول رقم (21) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين العوامل (الاقتصادية) والحالة الصحية للنساء في سن الانجاب المتمثلة في (مستوى الدخل، طبيعة العمل، العدوان والحرب) حيث بلغت قيمة الـ $\text{sig} = 0.00$ وهي

أقل من مستوى الدلالة 0.05 فقد توصلت الدراسة إلى أن نسبة المصابين بأمراض الجهاز الهضمي الناتجة عن مستوى الدخل بلغت بنسبة 2.6%، والناتجة عن طبيعة العمل بلغت بنسبة 1.8%، والناتجة عن العدوان والحرب بلغت بنسبة 2.1%، وأمراض سوء التغذية الناتجة عن مستوى الدخل بلغت بنسبة 3.2%، والناتجة عن طبيعة العمل بلغت بنسبة 0.5%، والناتجة عن العدوان والحرب بلغت بنسبة 0.8%، يليهم المصابين بأمراض القلب الناتجة عن مستوى الدخل بنسبة بلغت 1.6%، والناتجة عن العدوان والحرب بلغت بنسبة 1.3% أما المصابين بأمراض العظام والمفاصل الناتجة عن مستوى الدخل بلغت بنسبة 1.6%، والناتجة عن طبيعة العمل بلغت بنسبة 2.1% يليهم المصابات بالتهاب الثدي وأمراض الجهاز التناسلي الناتجة عن مستوى الدخل بنسبة بلغت 1.8%، والناتجة عن العدوان والحرب بلغت بنسبة 0.8% في حين بلغت نسبة المصابين بالأمراض النفسية والعصبية الناتجة عن مستوى الدخل بنسبة بلغت 0.8%، والناتجة عن طبيعة العمل بلغت بنسبة 0.5%، والناتجة عن العدوان والحرب بلغت بنسبة 0.5%، وبلغت أمراض الجهاز التنفسي الناتجة عن طبيعة العمل بنسبة 1.6% ويشير ذلك إلى أن تلك العوامل لها علاقة قوية بالحالة الصحية للأمهات فكلما كان الوضع الاقتصادي جيد والحالة المعيشية مستقرة ومستوى الدخل للأسرة مرتفع، فإن ذلك ينعكس على الحالة الصحية لأفراد الأسرة لا سيما الأمهات في سن الإنجاب.

خامساً: مناقشة النتائج:

توصلت النتائج إلى أن الغالبية العظمى بالفئة العمرية بين (31 - 50 سنة) إذ بلغت 61.3% وأن معدل الإصابة بين الأمهات مرتفع بمعدل حالتين لكل أسرة، كما أن أكثر من نصف أفراد العينة يسكنون بالأرياف وبنسبة 54.5% وأن 66.1% من الأسر نوية ويمتلك 71.6% منهم منازل خاصة، إلا أن أغلبها بنايات شعبية وبنسبة 62.6%. وأظهرت الدراسة أن مستوى دخل الأسرة متدني ولا يغطي الاحتياجات الأساسية للأسرة إذ سجل في المتوسط (30000 - 40000) ريال بالشهر وتبين أن المتوسط النسبي 30.1% لمن يمتلكون أراضي زراعية لزراعة الحبوب وبلغ المتوسط النسبي 22.2% لمن يمتلكون أراضي مزروعة بالقات، في حين بلغ المتوسط النسبي لملاك الثروة الحيوانية 29.7% وسجل متوسط الاكتفاء الذاتي للأسرة من منتج الحبوب نحو 14% ومن منتج القات

11.1% وبلغت نسبة المنتجات الحيوانية 10.6%، مما يشير إلى تدني كبير في الاكتفاء الذاتي للأسرة بمحافظة عمران وخلصت الدراسة إلى أنّ المتناول اليومي لدى الأمهات من المجموعات الغذائية متدني ولا يغطي الاحتياجات اللازمة؛ حيث بلغ المتوسط النسبي 44.3%، في حين بلغ المتوسط النسبي للمتناول اليومي من العناصر الغذائية الأساسية 44.7% مما يشير إلى تدني واضح في مجموع المتناول من الأغذية اليومية للأمهات بجميع الوجبات إلى جانب عدم توازن الغذاء بالشكل المطلوب وفقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية (WHO)، الأمر الذي أسهم في انتشار بعض الأمراض والأوبئة المختلفة بين هؤلاء الأمهات.

1. النتائج المتعلقة بالأمراض المنتشرة بين النساء في سن الإنجاب:

توصّلت نتائج الدراسة إلى أنّ ما نسبته 99.2% من الأسر عينة الدراسة بها نساء في سن الإنجاب غالبتهن يعانين من مشكلات صحية مختلفة، ويعزي الباحثون انتشار الأمراض المختلفة بين النساء في سن الإنجاب بالأسر المبحوثة إلى بعض العادات الغذائية والممارسات السلبية، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنّ ما نسبته 41% أمهات مرضعات مقابل 11% حوامل، كما أفدن ما نسبته 43% من أفراد العينة بأنهن غير حوامل وغير مرضعات مقابل 5% أجبن بأنهن لا يعرفن هل هن حوامل أم لا، ويعزو الباحثون ذلك إلى قصور الوعي وقلة الاهتمام بالصحة العامة.

2. النتائج المتعلقة بالحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب بالأسرة:

أفادت الدراسة أنّ أكثر من نصف النساء في سن الإنجاب بالأسرة يعانين من بعض المشكلات الصحية؛ ونسبة بلغت 55.3% تركزت حول أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الجهاز العصبي وسوء التغذية وأمراض الجهاز التناسلي والتهاب الثدي وأمراض الجهاز الدوري وينسب بلغت 13.2%، 9.2%، 8.7%، 7.6% على التوالي في حين انخفضت النسبة لدى من يعانين من أمراض الجهاز التنفسي والأمراض النفسية والعصبية إلى ما نسبته 3.4%، 1.3% على التوالي، ويعزو الباحثون هذه الإصابات إلى بعض العوامل المؤثرة والعادات الغذائية الخاطئة والسلبية، في حين تبين عدم إصابة ما نسبته 44.7% من النساء اللواتي بسن الإنجاب بأي مشكلة صحية، وبينت النتائج وجود علاقة ارتباطية تعزى لمتغير العادات الغذائية التي تمارس في الأسرة ومتغير الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب؛

حيث بلغ مستوى الدلالة (0.00) وهي أقل من مستوى $\text{sig} = (0.05)$ ، مما يدل على قوة العلاقة بين المتغيرات.

وتعد هذه النتائج أدنى من نتائج دراسة (العرجان وآخرون، 2013: 74) التي أشارت إلى أن 55.5% من النساء الأردنيات مصابات بضغط الدم ونسبة 1.8%.

3. النتائج المتعلقة بالعوامل المؤثرة على الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب بالأسرة:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن بعض العوامل والعادات الغذائية السلبية التي ساهمت في إصابة النساء في سن الإنجاب ببعض الأمراض والمشكلات الصحية حيث بلغت أعلى نسبة 17.1% لدى الأمهات اللواتي يتناولن أطعمة غير متوازنة، يليها ما نسبته 12.1%، 11.6%، 11.6%، 10.5%، 8.9% لدى من يعانين من إهمال بعض الوجبات وتكرار الحمل وظروف اقتصادية وسوء التغذية والزواج المبكر، في حين انخفضت نسبة الإصابة إلى 7.1%، 6.6%، 5.5%، 5%، 2.9%، 1.1% لدى من يعانين من عوامل وراثية وظروف عمل والعدوان والحرب ومشاكل أسرية وبسبب العين والسحر على التوالي، ويعزو الباحثون ذلك إلى تدني الوعي لدى أفراد الأسر لا سيما المعيل للأسرة عن الغذاء الصحي والمتوازن وممارسة بعض العادات الغذائية السلبية مما أسفر عن إصابة هؤلاء النساء بتلك الأمراض.

4. النتائج المتعلقة بالعادات الضارة (السلبية) التي تمارسها النساء في سن الإنجاب بالأسرة

يتضح من نتائج الدراسة الحالية أن ما نسبته 12.1% من النساء في سن الإنجاب يمضغن القات بشكل يومي وما نسبته 7.4%، 1.6% يمضغن القات أحياناً والبعض سبق لهن مضغ القات على التوالي، ويعود ذلك إلى العادات السلبية التقليدية في المجتمع اليمني وتوفر أشجار القات في بعض المناطق التي أجريت فيها الدراسة بشكل كبير لا سيما حبور ظليمة وحوث وعيال سريح وذيبين، كما أن القات يتوفر أيضاً في المديرية الأخرى ولكن بشكل أقل، الأمر الذي جعل النساء الماضغات للقات عرضة للإصابة بالمشكلات الصحية المختلفة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين عادة مضغ القات بين النساء في سن الإنجاب وحالتهن الصحية؛ حيث بلغت قيمة $\text{sig} = 0.00$ وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 وتعد هذه النتيجة أدنى من نتائج مسح (صحة الأسرة اليمني، 2013: 2)

الذي أوضح أن 28% من أمهات الأطفال يمارسن مضغ القات منهن 6% مدخنات و 5% يستخدمن الشمة (التبغ المطحون)، ونتائج دراسة (العرجان وآخرون، 2013: 74) التي أكدت بأن 10.7% من النساء الأردنيات مدخنات.

5. النتائج المتعلقة بالعادات السلبية التي تمارسها النساء عند مضغ القات في الأسرة
أفادت نتائج الدراسة أنّ ما نسبته 9.5% من النساء في سن الإنجاب اللائي يمضغن القات يستخدمن الماء فقط أثناء مضغ القات مقابل 3.4%، 2.9%، 2.4%، 1.8%، 0.8%، 0.3% يتناولن المشروبات الغازية والشاي والشيشة والشمة والسجائر ومشروب الطاقة على التوالي؛ حيث وجدت علاقة ارتباطية بين متغير الممارسات الغذائية السلبية التي يمارسها الأمهات ومتغير حالتهم الصحية؛ حيث بلغت قيمة الـ $\text{sig} = 0.00$ وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 مما يشير إلى قوة العلاقة بين المتغيرين، وهذه النتائج هي أقل من نتائج مسح (صحة الأسرة، 2013: 74) التي أشارت إلى أنّ 28% من النساء في اليمن اللائي يمضغن القات منهن 5% يتعاطين الشمة.

سادساً: التوصيات:

- من خلال نتائج الدراسة الميدانية توصي هذه الدراسة بالنقاط الآتية:
- الاهتمام بتغذية النساء في سن الإنجاب لما لها من انعكاسات إيجابية على صحة الأم والطفل.
 - نشر الوعي الغذائي في أوساط المجتمع اليمني عن أهمية الغذاء والتغذية المتوازنة في حياة الأفراد ونشاطهم.
 - ضرورة اهتمام الدولة بتوفير احتياجات المواطنين من الغذاء والدواء لما لهما من علاقة في حياة الأفراد ونشاطهم وقدراتهم العملية والفكرية.
 - تخصيص قنوات إعلامية مختلفة عن الغذاء والصحة بما يخدم المجتمع اليمني صحياً وتغذوياً لا سيما تغذية الأمهات في سن الإنجاب.
 - السعي إلى برجة مادة التربية الغذائية في المدارس الأساسية والثانوية لتعليم التلاميذ أهمية الأغذية المتوازنة من حيث الكم والنوع.
 - السعي إلى فتح أقسام التغذية والتدبير المنزلي بالكليات ذات العلاقة في جميع الجامعات اليمنية نظراً لأهمية التغذية في صحة الفرد.

- تبنى استراتيجيات وطنية تهدف إلى خفض معدلات الإصابة بالأمراض والأوبئة الناتجة عن الغذاء والممارسات الغذائية في المجتمع اليمني.
- ضرورة اهتمام الباحثين اليمنيين بموضوع الغذاء والتغذية والممارسات الغذائية نظراً لمدى أهميتها في حياة الأفراد وصحتهم وسلامتهم الدائمة.

المصادر والمراجع:

الكتب :

- صبحي، عفاف حسين: (2004) التربية الغذائية والصحية، مجموعة النيل العربية، مصر.
- القاسم، صبحي: (1982) نظرة تحليلية في مشكلة الغذاء في البلدان العربية، مؤسسة عبد الحميد شومان.
- المدني، خالد بن علي: ج (2009) تغذية طلاب المدارس والمراهقين، كتاب الغذاء والتغذية، الناشر أكاديميا.

الدوريات العلمية والنشرات :

- الزهراني، ماريّا طالب: (2007) العادات الغذائية وأثرها على السلوك الغذائي، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- السالم، علي بن أحمد بن علي: (2018) العادات الغذائية وصحة المجتمع، رؤية سويسواثروبولوجية، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد (41)، المدينة الطبية، جامعة الملك سعود، الرياض - المملكة العربية السعودية.
- العامر، هدى بنت أحمد: (2006) تأثير بعض العادات الغذائية على انتشار السمنة بين الطالبات الجامعيات بمدينة الرياض، مجلة الجمعية السعودية، المجلد 1، العدد (2)، كلية التربية للاقتصاد المنزلي، جامعة الملك سعود، الرياض.
- العرجان، جعفر فارس والعيدة، زيد الكردي، نائل: (2013) الخصائص الجسمية وممارسة النشاط البدني والعادات الغذائية لعينة من الإناث الأردنيات المصابات بمشاشة العظام، كلية السلط للعلوم الإنسانية، جامعة البلقاء التطبيقية، السلط - الأردن. المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد (33).
- مسلّم، مهجة مُجد إسماعيل & عبد اللطيف، علي عثمان: (2014) السلوك الاستهلاكي للأسرة وعلاقته بنمط الاستهلاك في شهر رمضان، مجلة بحوث التربية النوعية، العدد (34).

الرسائل العلمية:

- العصا، أيمن محمود عبد الله: (2013) العادات الغذائية والنشاط البدني لدى طلاب المدارس في محافظة بيت لحم، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الدراسات العليا، جامعة القدس، فلسطين.
- اللهيبي، نادية بنت عبد الرحمن بن صويلح: (2009) فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي للأمهات ومشرفات أطفال التوحد، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية للاقتصاد المنزلي، جامعة

أم القرى، مكة المكرمة-المملكة العربية السعودية.

- مشيد، نبيلة: (2004) سبب تراجع الرضاعة الطبيعية في الجزائر، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر، الجزائر.
المصادر والوثائق الحكومية:

- مسح صحة الأسرة، وزارة الصحة العامة والسكان، الجهاز المركزي للإحصاء اليمن: (2013) البرنامج العربي لصحة الأسرة والمرفق الدولي للرعاية الوسيطة، المسح الصحي والديموغرافي الوطني اليمني، صنعاء - اليمن.

- وزارة الصحة العامة، الجهاز المركزي للإحصاء اليمن: (2013) البرنامج العربي لصحة الأسرة والمرفق الدولي للرعاية الوسيطة، المسح الصحي والديموغرافي الوطني اليمني، صنعاء - اليمن.
المواقع والكتب الإلكترونية:

- خاشقجي، رفيدة حسين (1999): تغذية الرضع وصغار الأطفال، كتاب الغذاء والتغذية، الجزء الأول، الناشر أكاديميا، المكتبة الشاملة، <http://www.shameta.ws>.
- زمراوي، فايزة يوسف: (2009) تغذية الحامل والمرضع، كتاب الغذاء والتغذية، الناشر أكاديميا.

المراجع الإنجليزية:

- Al Sabbah, H., Vereecken, C., C., Kolsteren, P., Abdeen, Z and Maes, L (2007): Food habits and physical activity patterns among Palestinian adolescents: findings from the national study of Palestinian school children (HBSC – WBG 2004).
- FAO / WHO, (2004): Workshop on (Fruit and Vegetables for Health).
- Hill CM, Gibson A: (1987) The oral and dental effects of Qat chewing, oral surgery, oral Medicine, and oral pathology, 63(4), p433-436.
- International Nutritional Anaemia Consultative Group, Mashington. Of iron status. Washington. DC. INACG. 1985.
- Jelliffe, D.B.: (1966) The Assessment of Nutritional Status of the Community. Monograph Series No. 53 WHO, Geneva.
- Sharami, S.: Forozan, M.: Ahmad, A.: et al. (2008): Risk Factors of Osteoposis in Women over 50 years of Age: A Population Based Study in the North of Iran, J Turish Gynecol Assoc, 9 (1).
- WHO. Measuring Change in Nutritional Status.- (1983) Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programmes for vulnerable groups. WHO, Geneva.