دور التربية الصحية في تنمية الوعي الصحي للمرأة المصرية في سن الأمان تصور مقترح

إعداد

د/ سهير حسين أحمد البيلي

مدرس بقسم أصول التربية كلية التربية – جامعة طنطا

المجلد (٧١) العدد (الثالث) الجزء (الأول) يوليو/ ٢٠١٨م

مقدمة :

هدفت الدراسة الحالية إلى طرح تصور مقترح لدور مؤسسات التربية في تعزيز صحة المرأة في مرحلة انقطاع الطمث – وهو ما يطلق عليها بالمفهوم الدراج " سن اليأس" وقد استخدم البحث الحالي مصطلح " سن الأمان " بديلاً يحمل معه توجهات إيجابية للمرأة في تلك المرحلة – هذا التصور المقترح يراعي الفوارق الثقافية والاجتماعية للمرأة المصرية لتحسين وضعها الصحي بما يعود بالنفع على المجتمع بشكل عام . واستخدم البحث الحالي المنهج الوصفي التحليلي لتحليل الظاهرة موضوع الدراسة وذلك من خلال مراجعة الأدب النظري الذي تناول تلك الظاهرة، والقيام بدراسة ميدانية للوقوف على مدى الوعي الصحي للمرأة المصرية في الريف والحضر بطبيعة المرحلة، ورؤيتهن الخاصة لها . واقتصرت عينة الدراسة على 156 امرأة منهن 40 من الريف و 125 من الحضر . وتوصلت الدراسة لنتائج من أهمها؛ تعاني المرأة في الريف من الأعراض الجسمية أكثر من المرأة في المدن التي عانت من الأعراض النفسية . ظهرت النظرة السلبية لدى المرأة في الريف أعلى من المرأة في المدن التي اعتبرت تلك المرحلة مرحلة الحرية . وكان هناك علاقة بين المستوى التعليمي وكذلك العامل الاقتصادي ومعاناة المرأة في تلك المرحلة، وكذلك وعيها بالأعراض الجسدية والنفسية . وأظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية عالية لدى النساء في الريف والمدن في مصدر المعلومات من المركز الصحي أو المستشفى وكذلك الأمهات والأقارب وكذلك الطب الشعبي لكن كانت النسبة اكثر لدى النساء في الريف أعلى خاصة في الاعتماد على العلاج الشعبي . أما لجوء المرأة إلى ممارسة العبادات الروحية كانت الوسيلة الأكثر إيجابية بين النساء في الريف والمدن على السواء . أما نظرة المرأة في الريف والمدن إلى طبيعة المرحلة كانت إيجابية بنسبة كبيرة وصلت ,84.8% . أما عن المسمى المفضل لديهن حاز مصطلح " سن النضج والحكمة " نسبة 77.6% ، بينما مصطلح " سن الأمان " جاء في المرتبة الثانية بنسبة 50.3% . أما " سن اليأس " فقد سجل 15.8% . وقدمت الدراسة تصور مقترح للمؤسسات التربوية لنشر الوعي الصحي لدى المرأة في تلك المرحلة وفق أسس تربوية وعلمية ونفسية، وخطوات إجرائية لتحقيق هذا التصور .

مقدمة

اتفق علماء التربية والاجتماع على أن التربية هي عملية التنشئة الاجتماعية التي تعنى بتعليم الفرد ثقافة مجتمعه بكل ما يحمله مفهوم الثقافة من قيم، وعادات، ومثل، وأعراف، وعقائد ونظم، وقوانين، وتقاليد وأنماط سلوك مقبولة . وتعتبر الثقافة الصحية جزء مهم من الثقافة العامة لأي مجتمع، حيث ينعكس الوعي الصحي لأفراده إلى قوة تدفع بالمجتمعات نحو التنمية في جميع جوانب الحياة . والتربية أو عملية التنشئة الاجتماعية تهدف إلى تكوين الذات الإنسانية عن طريق إشباع الحاجات الأولية حتى يستطيع الإنسان أياً كان ذكر أو أنثى أن يحقق نوعاً من التوافق مع الأخرين من جهة ومع المجتمع والثقافة التي يعيش فيها من جهة أخرى . " فالتربية هي العملية الواعية الموجهة من أجل إحداث تغييرات مرغوب فيها في سلوك الفرد وسلوك الجماعة التي ينتمي إليها .ومجال فعلها هو محتوى ثقافة المجتمع بقيمها من ناحية ومن ناحية أخرى كيان الأفراد وشخصياتهم باعتبارهم القوى المستوعبة لهذه الثقافة " سالم هيكل، 2002 : 9,8) . ومن المفاهيم الحديثة للتربية؛ التربية المتكاملة فالمفهوم المتكامل للتربية يعني بتنمية شخصية الفرد بشكل متكامل ومن كافة الجوانب، وهذا المفهوم يأخذ في اعتباره النظرة المتكاملة لشخصية الإنسان وأبعادها في تكامل وتوازن ومن هذه الأبعاد :- البعد الجسمي، البعد العقلي البعد الانفعالي البعد الأخلاقي البعد الاجتماعي البعد الديني والبعد الجمالي . وتهدف هذه التربية المتكاملة إلى تحقيق التكامل بين الفرد وأبعاد الشخصية السابقة من ناحية وبين الفرد والمجتمع من ناحية أخرى (وفية الياسري ، 2015 : 3) . " فالتربية طريقة لإعداد المرء إعداداً صحيحاً وصالحاً ومتميزاً بسلوكه الفكري والإنساني وبقدرته على الوصول إلى مصادر المعرفة وتوظيفها في حل مشاكله ومشاكل مجتمعه، أي تثقيفه في مجالات عدة كالتربية الدينية والمدنية، والصحية، والبيئية ، والرياضة البدنية " (باتريك ، وأغنيس ، 2016: 118) .

وللمرأة دوراً مهم في المجتمع فهي لا تمثل نصفه كما يطرح دائماً بل هي أساس المجتمع كله بما تشغله من أدوار متعددة علي مراحل حياتها المختلفة فهي أساس الأسرة التي تربي الأبناء وتغرس فيهم القيم الأخلاقية والدينية . ويتعدى دور المرأة داخل الأسرة إلى الحياة العامة فهي تشارك العمل الاجتماعي في كافة المجالات . ولتعدد الأدوار

التي تقوم بها المرأة داخل وخارج المنزل وما يصاحب ذلك من أعباء جسدية ونفسية، فلابد أن يتوافر لها وعي صحي يمكنها من التمتع بصحة جيدة حتى تستطيع أن تحقق التوازن فيما تقوم به من أدوار عدة في حياتها اليومية . لذلك على المجتمع أن يوفر لها هذا الوعي عن طريق تزويدها بثقافة صحية ترتكز على أسس علمية في مراحل حياتها المختلفة . والتي تهدف إلى تغيير مفاهيم المرأة فيما يتعلق بالصحة والمرض وطرح الجوانب الإيجابية للمفهوم والممارسة . فالصحة هدف تسعى إليه المجتمعات فهي " جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية لأن التمتع بالصحة الجيدة من شأنه أن يمكن الأفراد من نمو قدراتهم البدنية الذهنية إلى أقصى حد يسمح لهم بأن يعيشوا حياة منتجة اجتماعياً، واقتصادياً، وثقافياً في انسجام مع بيئتهم وأفكارهم ومع رغباتهم " (محمد بشير ، 2012 : 7) .

والوعي الصحي ليس قاصر على الجانب الطبي فقط ولكنه نتاج للعديد من العوامل المتداخلة والتي تلعب فيها التربية بجميع مؤسساتها دور مهم . ويتأثر الوعي الصحي والثقافة الصحية بالبيئة الاجتماعية، والثقافية للأفراد والتي تتمثل في العديد من المؤثرات منها العادات والتقاليد، والقيم، والحالة الاجتماعية، والمعتقدات، والدين، ومستوى التعليم . ولذلك فإن مصادر الثقافة الصحية والوعي الصحي في المجتمعات متنوعه ومختلفة وتشمل الجهات الصحية وغير الصحية، ومن أهم هذه المؤسسات غير الصحية مؤسسات التنشئة الاجتماعية المباشرة وغير المباشرة والتي من أهمها؛ الأسرة، والمؤسسة التعليمية ووسائل الإعلام وغيرها. ويعد التعليم من العوامل المهمة والتي تؤثر على سلوك الفرد فالإنسان المتعلم من المفترض أنه أفضل وعياً وفكراً وسلوكاً عن غير المتعلم . وكذلك فإن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة يرتفع معه مستوى وعيها الصحي، وأثبتت ذلك تجارب محو الأمية لقطاع كبير من السيدات في مصر وغيرها من الدول العربية وما نتج عنه من نمو الوعي الصحي لديها بقضية الإنجاب وتحديد النسل، والمتابعة الصحية لأطفالهن .

وقد اقتصر الوعي الصحي على تلك المراحل فقط بينما تجاهلت مرحلة مهمة من مراحل حياة المرأة وهي ما بعد انقطاع الطمث وتداعياتها على جميع المستويات الثقافية خاصة المنخفضة والمتوسطة. وتعد مرحلة ما بعد انقطاع الطمث والتي تعرف " بسن

اليأس " من أهم المراحل التي تمر بها المرأة والتي تتواكب مع نضجها العقلي والحكمة، واسهاماتها في تنمية المجتمع نتيجة خبراتها المتراكمة، وما يصاحب تلك المرحلة من العديد من الأعراض التي قد تتطور – مع إهمالها وعدم الوعي بطبيعتها والخجل الذي ينتاب المرأة من الحديث عن تداعياتها وأعراضها – إلى أمراض قد تؤثر عليها بالسلب عليها وعلي أدوارها المنوطة بها في المجتمع .

وقد أشارت العديد من الدراسات السابقة على أهمية مرحلة انقطاع الطمث عند المرأة ومدى تأثيرها عليها سلباً أو إيجاباً ومدى علاقة ذلك بالعوامل الثقافية والاجتماعية ونقص الوعي الصحي للمرأة وضرورة وجود برامج تربوية وتثقيفية للمرأة وذلك في مختلف المجتمعات التي تمت عليها تلك الدراسات . وقد اقتصرت الدراسات السابقة في موضوع البحث الحالي على دراسات اجتماعية وطبية وجاءت تلك الدراسات على الصعيد العالمي والإقليمي والمحلي والتي أوضحت جميعها أن هناك معاناة كبيرة تعيشها المرأة في تلك المرحلة العمرية نتيجة عدم الوعي الصحي ولكن جميع الدراسات بمختلف التوجهات العلمية خلصت إلى توصيات مهمة وهي؛ ضرورة وجود برامج توعية صحية للمرأة في تلك المرحلة كما وأشارت العديد من هذه الدراسات إلى وجوب توافر برامج تربوية وتثقيفية للمرأة . ولذلك فإن الباحثة اعتبرت تلك الدراسات دراسات معينة وليست سابقة، وذلك للتوصل إلى تحقيق هدف البحث الحالي في محاولة سد النقص في مجال الدراسات التربوية في مناقشة مشكلة الدراسة الحالية وطرح تصور مقترح لدور مؤسسات التربية في تنمية الوعي الصحي للمرأة المصرية في مرحلة انقطاع الطمث .

وقد تنوعت الدراسات في تناولها لهذه المرحلة من حيث الأهداف وطبيعة المجتمعات التي تم التجارب عليها ومن الدراسات التي تناولها الأدب الغربي :-

وفي دراسة كاظمي (2003) Khademi " Comparing the attitudes of urban and rural Iranian woman toward menopause " هدفت إلى مقارنة مواقف النساء الإيرانيات في الحضر والريف نحو سن انقطاع الطمث وذلك من حيث السياق الثقافي والاجتماعي للمرأة . وجاءت فرضيات الدراسة أن المرأة في الحضر لها رؤية سلبية عن تلك المرحلة عكس النساء الريفيات وعلاقة ذلك بالثقافة الغربية الموجهة

للشباب . وشملت عينة الدراسة 128 امرأة . وأظهرت النتائج عكس الفرضية الأساسية وهي أن النساء الريفيات كان لديهن مواقف أكثر سلبية من نساء الحضر وذلك راجع لثقافة المرأة الريفية المتعلقة بمفهوم الخصوبة، وهي من الأمور التي لها أولوية لديهن أكثر من نساء الحضر. كما أشارت نتائج الدراسة على أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية ودورها المؤثر على النواحي النفسية والبدنية لانقطاع الطمث عند المرأة .

هدفت دراسة جويس وآخرون Joyce et al., (2004) " Racial/Ethnic Difference in the Prevalence of Depressive Symptoms Among Middle-Aged Women : The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) . إلى الوقوف على أثر الاختلافات الأثنية / العرقية في أعراض الاكتئاب لدى النساء في مرحلة منتصف العمر قبل وبعد إجراء بعض التعديلات على المستوى الاقتصادي الاجتماعي لهن والذي له علاقة بالأساليب الصحية والخصائص النفسية والاجتماعية . وترجع أهمية هذه الدراسة أنها أجريت على مجتمع دراسة (SWAN) متعددة الأعراق أمريكيين من أصول أفريقية، صينية، يابانية، إسبانيه، وبيض . وكانت أحد أهم أهدافها؛ فهم ارتباط خطر عوامل الاكتئاب لدى النساء في هذه المرحلة وارتباطها بالعرق وأيضاً بالضغوط الاجتماعية، وعدم كفاية الموارد الاجتماعية، والحالة الصحية السيئة للمرأة . وكشفت النتائج أن نسبة 24% من العينة سجلت نسبة أعلى من الاكتئاب وهي على العينة التي لم يتم تعديل أوضاعها الاجتماعية والاقتصادية وكذلك أيضاً اختلفت بحسب العرق . أما بعد إجراء التعديلات الاجتماعية الاقتصادية فقد سجلت درجات أقل من الاكتئاب ولم تظهر أثر الاختلافات العرقية . كما سجلت النتائج أن المرأة ذات الجذور الصينية واليابانية سجلت أدنى درجات الاكتئاب وهذا يرجع إلى عوامل لها صلة بالصحة النفسية التي ترتبط بالحالة الاجتماعية والاقتصادية للمرأة . وخلصت الدراسة إلى أن تأثير العوامل الاجتماعية، والاقتصادية، والأوضاع الصحية السيئة للمرأة لها دور كبير في ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى المرأة في هذه المرحلة أكثر من العامل العرقي وإن كان هذ العامل العرقي / الاثني قد سجل درجة ولكنها لم تكن بدرجة كبيرة .

وهدفت دراسة ايفس وآخرون (Avis et al., (2005 " Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women : results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) " إلى الوقوف على الوظيفة الجنسية بين مجموعة من النساء ذوات أصول متنوعة وخلفيات عرقية مختلفة وذلك بهدف مقارنة الفوارق بينهن قبل انقطاع الطمث وبدايته على هذه الوظيفة، وتحديد أثر العوامل الاجتماعية والديموغرافية ذات الصلة بالصحة العامة وبالصحة النفسية للمرأة في تلك المرحلة . وتم اختيار العينة من النساء الأمريكيات ذوات الأصول عرقية مختلفة؛ أفريقي، صيني، ياباني، أسباني وشملت العينة نساء من عمر 42-52 وقسمت الي مجموعتين مجموعة قبل انقطاع الطمث ومجموعة في بدايته وخلصت النتائج أن المجموعتين قبل انقطاع الطمث وبدايته لم تختلف في متغيرات الدراسة وهي، الرغبة والإثارة الجنسية، والارتياح الجسدي والعاطفي، والأهمية المتصورة للجنس وكذلك المواقف تجاه الشيخوخة جفاف المهبل والخلفية الثقافية . ولكن كان لتلك المتغيرات أثر أكبر على معظم جوانب الوظيفة الجنسية للمرأة في مرحلة الانتقال إلى مرحلة انقطاع الطمث، كما ظهرت أثر المتغيرات الثقافية ومواقف المرأة تجاه الجنس والشيخوخة بنسبة كبيرة على الوظيفة الجنسية للمرأة كما تأكد أثر الدور الثقافي والأصول الاجتماعية على النواحي الصحية والسلوكية وكذلك النفسية للمرأة .

وفي تقرير منظمة الصحة العالمية " المرأة والصحة دليل اليوم وأجندة الغد " " Woman and Health Today's Evidence Tomorrow's Agenda " (2009)

أكد على الظروف الصحية الصعبة التي تعانيها المرأة في المناطق الأفقر خصوصاً الريفية في دول العالم الثالث في مرحلة من 20-60 سنة ويتطلب ذلك الحاجة الضرورية للتربية والتثقيف الصحي health education للسيطرة على عوامل الخطر تجاه صحة المرأة ونشر برامج الفحص الطبي وإمكانية الحصول على علاج فعال من حيث التكلفة وذلك من أجل ضمان تحقيق الصحة العامة للمرأة في مرحلة كبر السن . وأكد التقرير أنه بالرغم من توفر استخدام العلاج الخاص للمرأة والذي انتشر في جميع أنحاء العالم إلا أنه مازال عامل الفقر يلعب دوره في حصول المرأة على مثل هذا العلاج الطبي كما أن الوعي الصحي أيضاً يلعب دور مهم في ما تعانيه المرأة في دول العالم الثالث .

وجاءت دراسة روث Ruth (2010) " Metaphors of menopause in medicine" للتناول بالتحليل مجموعة من كتب الطب بخصوص فترة انقطاع الطمث عند المرأة . وحدد الباحث عدد ثمان كتب طبية إلزامية على طلاب الطب في جامعتين في نيوزلندا والتي توصف فيها هذه المرحلة بأنها بمرحلة الانهيار الجسدي للمرأة، وتمثل هذه الدراسة دراسة نقدية للنموذج الطبي الذي يربط انقطاع الطمث لدى المرأة بالأمراض الجسدية، وانهيار الأداء . وتوصلت الدراسة إلى ضرورة تحول الاتجاه الطبي الحيوي إلى الطب الحيوي الاجتماعي، والتأكيد على مشاركة المرأة الحوار الصحي للفهم والوعي بطبيعة المرحلة والأخذ بها نحو التوجه الإيجابي . وأشار الباحث ان هذه الصورة التعزيزية غير الاختزالية لطبيعة المرحلة تجعلنا نفكر نحو حياة المرأة في تلك المرحلة وتزويدها بمعلومات تساعدها على المقاومة وتمنحها أمور بديلة تعكس حياتها إلى عالم أفضل وذلك عن النظرة السلبية السابقة .

وفي دراسة إيرانسي وآخرون Ayranci et al ., (2010) "Menopause status and attitudes in Turkish midlife female population : an epidemiological study " عن حالة انقطاع الطمث والاتجاهات لدى المرأة التركية في مرحلة منتصف العمر . هدفت الدراسة إلى وصف معدلات انتشار أعراض انقطاع الطمث وارتباط هذه الأعراض بعوامل ذات تأثير عليها، وتحديد اتجاهات المرأة نحو بعض قضايا سن اليأس . واستخدمت الدراسة الاستبانة للتعرف على الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمرأة، ووضع المرأة قبل وبعد انقطاع الطمث وجمع بعض المعلومات الخاصة حول سن اليأس واستخدام الهرمونات البديلة وبعض الأساطير والخرافات حول سن اليأس . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أكثر من نصف نساء العينة التي بلغت 1551 امرأة يحملن آراء سلبية حول تلك المرحلة على أنها " نهاية سن الشباب " ، " نهاية الخصوبة ". وأظهرت النتائج أيضاً أراء بعض أفراد العينة السلبية ممن هم في مرحلة قبل انقطاع الطمث نحو المرحلة خاصة فيما يتعلق بالأنوثة. بينما كانت هناك إجابات أكثر إيجابية بأنها مرحلة " نهاية الأيام غير الطاهرة – النجسة –" ونهاية استخدام وسائل منع الحمل، وأشارت الدراسة أن المرأة التركية ترى في هذه المرحلة تميز المرأة بالحكمة والخبرة . كما أشارت النتائج أيضا أن نسبة 22.5% من أفراد العينة رأوا أن هناك علاقة بين سن اليأس والله فهناك من رأين أن تلك المرحلة

عقاب من الله للمرأة ، ورأت أخريات أنها جزاء من الله للمرأة لكي تتطهر . بينما أقرت مجموعة أخري أنها مرحلة من مراحل الحياة تتشابه مع مرحلة مقتبل العمر . وخلصت الدراسة إلى أن الثقافة والمعتقد والتقاليد وواقع البيئة تؤثر في وجهات النظر السابقة . وأقرت الدراسة بضرورة توفير الرعاية الصحية والثقافية للمرأة التركية في مرحلة منتصف العمر .

وهدفت دراسة قادري وآخرون (Ghaderi et al ., (2010 " Evaluation of Menopausal Women's Attitudes Towards Menopause in Shiraz " إلى تقييم مواقف النساء بعد انقطاع الطمث حول هذه الفترة وعلاقتها بالخصائص الديموغرافية . وتمت الدراسة على عينة من النساء بلغت 378 من مدية شيراز الإيرانية وتوصلت النتائج إلى أن اختلافات الثقافات والخبرات حول سن اليأس، وكذلك المعتقدات، والخلفية الاجتماعية، والتعليم، والمهنة، والصحة البدنية كلها عوامل أثرت على وجهات نظر المرأة الإيرانية حول هذه المرحلة . وأشارت النتائج أن المواقف العامة للنساء كانت إيجابية حول انقطاع الطمث وأرجعت الدراسة ذلك لكون النساء في الثقافة الإيرانية أكثر حرية واعتماداً على الذات، فالمرأة في الثقافة الإيرانية ليست قلقة حول انقطاع الطمث بالمقارنة في الثقافات الأخرى وقبلت به كتغير طبيعي، كما أشارت نتائج الدراسة إلى موقف الرجال الإيرانيين الداعم للمرأة على قبول هذا التغير ، كما أن النساء كان لديها الوعي المناسب حول طبيعة هذه المرحلة .

وهدفت دراسة جونز وآخرون (jones et al., (2012 " Menopause and influence of culture : another gap for Indigenous Australian women? إلى الوقوف على خبرات وفهم موضوع انقطاع الطمث لدى السكان الأصليين في جزر توريس الاسترالية واعتمدت الدراسة في الجانب النظري على مناقشة وتحليل دراسات عدة خاصة بالرؤى والتصورات والتجارب للعديد من المجموعات الثقافية على مستوى العالم وخاصة الأبحاث التي تمت على النساء داخل استراليا وذلك لرؤية هل هناك اختلاف في رؤية السكان الأصليين في استراليا عن غيرهم من السكان وهل ذلك يتوافق أيضاً مع اختلافات الثقافات حول العالم . وأظهرت النتائج أن هناك تفاوت كبير بين الثقافات في تجربة ما بعد انقطاع الطمث، ويرتبط ذلك بالعوامل البيولوجية، والاجتماعية، والثقافية، والنفسية أيضاً والتي تشكل القيم والتصورات والمواقف بالنسبة

لهذه المرحلة من العمر . وخلصت الدراسة إلى أثر الأمية التعليمية والثقافية وسوء الصحة خاصة لدى الطبقات الفقيرة في وعي المرأة بخبرة انقطاع الطمث، وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الصحة والدعم الاجتماعي ومحو الأمية خاصة الأمية الصحية للطبقات الفقيرة .

وعلى الصعيد الإقليمي العربي تناولت بعض الدراسات مواقف المرأة العربية تجاه مرحلة انقطاع الطمث وعلاقة ذلك بطبيعتهم الاجتماعية الديموغرافية .

هدفت دراسة السجاري (2005) Al-sejari " Age at Natural menopause and Menopausal Symptoms Among Saudi Arabian Women in AL – KHOBAR " إلى تحديد العوامل الأكثر تأثيراً على انتشار أعراض انقطاع الطمث التي تعاني منه المرأة السعودية وتقييم العلاقة بين إدراك النساء لتلك المرحلة ومواقفهن تجاه حدوث انقطاع الطمث وأعراضه، ومواقف المرأة السعودية تجاه انقطاع الطمث وعلاقة ذلك بالمستوى التعليمي، وكذلك المستوى الاجتماعي من حضر وبدو . تمت الدراسة على عينة من النساء 200 تتراوح أعمارهن بين 40-55 من البدو والحضر السعوديات معظمهن ربات بيوت كما شملت العينة نساء أعضاء في منظمات نسائية، وموظفات في مدارس . وخلصت الدراسة أن هناك تفاوت في مواقف المرأة السعودية تجاه مرحلة انقطاع الطمث، وكانت مواقف النساء ذات الأصول الحضرية أكثر إيجابية من نساء البدو التي كانت مواقفهن أكثر سلبية تجاه انقطاع الطمث، كما ظهر ارتباط بين المواقف تجاه انقطاع الطمث والمستوى التعليمي للمرأة وكان في الاتجاه الإيجابي .

فقد هدفت دراسة جاسم (2008) Jassim " Attitudes of Bahraini Women Towards the Menopause : implications for Health Care Policy " إلى تقييم مواقف المرأة البحرينية نحو موضوع انقطاع الطمث ودراسة العلاقة بين اتجاهات المرأة البحرينية تجاه هذا الموضوع والبيانات الاجتماعية، والديموغرافية، وكذلك الإنجابية . بلغت عينة الدراسة 260 من النساء البحرينيات . وخلصت الدراسة إلى نتائج أهمها أن هناك مواقف إيجابية لدى النساء حول هذه المرحلة وارتبط ذلك بالتفاوت في المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، كما أظهرت النتائج المواقف السلبية للنساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث أكثر من مواقف النساء بعد انقطاع الطمث حيث كانوا أكثر إيجابية

. كما كشفت الدراسة الأثار الإيجابية المترتبة علي سياسة الرعاية الصحية والوعي الصحي لدى المرأة .

وفي دراسة عبد الرزاق و مصعب (2014) بعنوان " دور التليفزيون في التوعية الصحية دراسة تحليلية للفترة من الأول من حزيران إلى الأول من أيلول 2014 " هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير البرامج الصحية في التوعية الصحية ومستوى الوعي الصحي لدى المجتمع الأردني، والتعرف أيضاً على مدى متابعة الجمهور للبرامج الصحية لغايات التوعية الصحية، ومعرفة رأي واتجاهات المجتمع نحو دور تلك البرامج في عملية التوعية الصحية . واقتصرت الدراسة في منهجها على الأسر في المجتمع الأردني وفقاً لمستوى ارتفاع أو انخفاض مستوى المعيشي والسكني وذلك باختيار ثلاثة أحياء من العاصمة عمان (أحياء راقية، ومتوسطة وشعبية) . كما قامت الدراسة بتحليل محتوى الرسائل الإعلامية في التليفزيون خاصة المحتوى الدرامي بشكل أساس للوقوف على مدى إسهام التليفزيون في تكوين المفاهيم لدى المشاهدين. واهتمت الدراسة بشكل عام على رصد شامل لموضوعات التوعية الصحية والوقائية المتعلقة بالأمراض السارية، والوراثية، والصحة الإنجابية، وصحة المرأة والطفل، والصحة المدرسية والغذاء والدواء. وتوصلت نتائج الدراسة أن هناك متابعة من مختلف الطبقات الاجتماعية للبرامج الصحية لغايات التوعية الصحية، وأن نتائج البرامج الصحية تنعكس على جميع طبقات المجتمع الأردني. واتفق أفراد العينة على تغيير بعض العادات الصحية الخاطئة لديهم من خلال متابعة تلك البرامج .

وفي دراسة الشبول Al-Shboul et al., (2017) " Emirati Women's Knowledge and Attitudes Towards Menopause and Hormone Replacement Therapy: Implication for Health-Care Policy", هدفت الدراسة إلى تقييم معلومات ومواقف المرأة الإمارتية – في إمارة دبي – نحو انقطاع الطمث والعلاج بالهرمونات البديلة . تمت الدراسة على عينة عشوائية بلغت 408 امرأة إمارتية من إمارة دبي تتراوح أعمارهن بين 30-64 عاماً من مراكز الرعاية الصحية، وتم إجراء مقابلات مع المشاركات، وتطبيق استبانة تضمنت متغيرات اجتماعية وديموغرافية . وخلصت نتائج الدراسة إلى ضرورة صياغة سياسة صحية تعزز نوعية الحياة الصحية للنساء بعد انقطاع الطمث وذلك من خلال فهم أفضل لاحتياجاتهن

ونحو فهم أفضل لمعتقداتهن، وعملت الدراسة على نشر نتائجها لدى نساء الإمارات وأيضاً على مستوى الوطن العربي مما يعطي الأمل في رفع مستوى الوعي الصحي للنساء عامة حول سن اليأس . كما أشارت الدراسة إلى عمل مبادرة " UAE Menopause Day " وتحديد الحاجة لحملات تثقيفية واسعة حول انقطاع الطمث ومخاطر وفوائد العلاج بالهرمونات البديلة .

أما الدراسات المحلية التي تمت في الواقع المصري فهدفت دراسة سلام وآخرون (Sallam et al., 2006) " Menopause in Egypt: Past and present perspectives " إلى وصف وضعية المرأة في سن انقطاع الطمث في مصر ومدى معرفة النساء وموقفهم من هذه المرحلة وأعراضها . وتوصلت الدراسة إلى أن متوسط سن انقطاع الطمث في مصر 46.7 سنة وهو منخفض بالمقارنة بالعديد من البلدان ولكن هذا العمر أخذ في الارتفاع مؤخراً . وسجلت الدراسة أن أعراض انقطاع الطمث في مصر أعلى منه في الغرب وترجع أسباب ذلك إلى اختلاف التوجهات الاجتماعية والثقافية بين المجتمعات. كما أوضحت الدراسة عدم وعي المرأة بمرحلة انقطاع الطمث وأنهن لا يعرفن عن هذه المرحلة إلا أن الإصابة بهشاشة العظام تزداد . ورغم ذلك فقد أظهرت نتائج الدراسة موقف المرأة المصرية الإيجابي تجاه هذه المرحلة وأن حوالي ثلث النساء – في مجتمع الدراسة – أكدوا أنها مرحلة تغير فسيولوجي طبيعي . وأكدت الدراسة بضرورة وجود حملات توعوية من أجل تثقيف المرأة المصرية بشأن هذه المرحلة الهامة من حياتها .

وفي دراسة همام وآخرون (Hammam , et al ., (2012 " Menopause and Work – the Experience of Middle Age Female Teaching Staff in Egypt Governmental Faculty of medicine " أوضحت أن هناك اتجاه عالمي لزيادة عدد النساء المسنات في قوة العمل، ومع ذلك فإنه لا تتوافر سوى معلومات محدودة بشأن العلاقة بين انقطاع الطمث عند المرأة والانتقال إلى المشاركة بقوة في العمل خاصة في البلدان النامية . ومن هنا هدفت الدراسة إلى التحقق من العلاقة بين تجربة سن اليأس والانتقال بعدها إلى مشاركة المرأة في قوة العمل ودراسة العوامل التي تؤدي إلى تكيف المرأة مع أوضاعها بعد انقطاع الطمث . أجريت الدراسة

على عينة من 131 من أعضاء هيئة التدريس الطبيبات في مرحلة منتصف العمر في كلية الطب جامعة الزقازيق واستخدمت الباحثات استبانات ومقابلات شبه منتظمة . وتوصلت الدراسة إلى نتائج من أهمها سجلت المشاركات درجات عالية من الاكتئاب ومشاكل في النوم والتركيز وأعراض حركية صعبة . أما عن العمل فقد أشارت الطبيبات أن سوء بيئة العمل وسياسات العمل وظروفها كانت من أهم مصادر الضغوط على المرأة مما أدى معه إلى تفاقم أعراض انقطاع الطمث . كما أشارت النتائج إلى صعوبة الكشف عن حالة انقطاع الطمث لأسباب اجتماعية وثقافية التي تمثل الحرج من الإفصاح عن تلك المرحلة والتحدث بشأنها . وخلصت الدراسة إلى أن تلك المرحلة من المراحل العمرية الهامة لدى المرأة وخاصة ما يتعلق بالصحة المهنية للمرأة خاصة في دول العالم النامي . وأوصت الدراسة بتنفيذ برامج لتعزيز الصحة العامة للمرأة وتحسين بيئة وسياسات العمل وزيادة الوعي الصحي بفترة انقطاع الطمث لمساعدة النساء على مواجهة الانتقال إلى هذه المرحلة والحفاظ على الرفاه والإنتاجية في العمل .

وهدفت دراسة السيد ، و شكري Elsayed & Shokry(2012) " Menopause Symptoms and Quality of life Among Pre / Post Menopausal Woman From Rural Area in ZAGAZIG City " إلى التعرف على تأثير أعراض انقطاع الطمث على نوعية الحياة قبل وبعد انقطاع الطمث للنساء في المناطق الريفية في مدينة الزقازيق . واستخدمت الباحثات الأسلوب الوصفي المقارن وتكونت العينة من 175من النساء منهم 97 قبل انقطاع الطمث و78 بعد انقطاع الطمث وتراوحت الأعمار بين 40-70 عاماً . وتوصلت الدراسة إلى ظهور فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بنوعية حياتهم الجسدية والنفسية والبيئية ، وأن النساء بعد انقطاع الطمث يعانين من ارتفاع معدل انتشار الأعراض الخاصة بالمرحلة والتي تؤثر سلباً على حياتهم . وكشفت الدراسة عن ضعف جهود المجتمع لتطوير الجهود الصحية ومقدمي الرعاية، وأكدت الدراسة على أهمية هذه المرحلة وأن قصور الوعي الصحي يؤثر على حياة المرأة الاجتماعية والنفسية ومشاعرها تجاه نفسها كما يؤثر على أدائها في العمل . وأوصت الدراسة بالمزيد من البحوث التي تهتم بطرح برامج تربوية وتثقيفية للنساء حول فترة انقطاع الطمث وكيفية عبور المرأة تلك المرحلة في أمان صحي .

ما بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية :-

من خلال عرض الدراسات السابقة في الأدب الغربي وعلى المستوى الإقليمي والمحلي وما طرحته من أهداف اختص أغلبها على معرفة مواقف المرأة في مرحلة انقطاع الطمث، وكذلك الأعراض المصاحبة لتلك المرحلة ومدى اختلاف تلك المواقف باختلافات الثقافات والعقائد والموروثات الاجتماعية وأيضاً تأثرها بالظروف الاقتصادية، والتي عبرت عن واقع المجتمعات التي تمت الدراسات فيها، ومنها أيضاً المجتمع المصري والتي أوضحت الدراسات أن هناك معاناة كبيرة تعيشها المرأة المصرية في عدم الوعي الصحي في هذه المرحلة ، وأوصت كذلك بضرورة إجراء المزيد من البحوث حول تقديم برامج تربوية وتثقيفية للنساء المصريات في تلك المرحلة . ولم تطرح أياً من تلك الدراسات أي مقترح تربوي أو تثقيفي وذلك لاختلاف المجال العلمي المتخصص .

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات المعينة في التحليل النظري الخاص بطبيعة المرحلة وخصائصها وأهميتها بالنسبة للمرأة ودورها في المجتمع باعتبارها مرحلة النضج الفكري والمساهمة في الأداء التنموي للمجتمعات . كما استفادت الدراسة الحالية أيضاً في الجزء الميداني بتصميم استبانة لاستطلاع رأي عينة من النساء المصريات حول طبيعة المرحلة، وما تمثله بالنسبة له، ومدى الوعي الصحي لديهن في تلك المرحلة، ومصادر هذا الوعي وذلك بهدف طرح تصور مقترح لدور مؤسسات التربية في تعزيز صحة المرأة في تلك المرحلة الهامة من حياتها مما يعود بالنفع على المجتمع بشكل عام.

مشكلة الدراسة :-

التربية في الأساس هي مساعدة الإنسان في إعداد نفسه جسمياً، وعقلياً، وخلقياً إعداداً يجعله مؤهلاً للقيام بالمهام التي تنتظره في الحياة وفي بيئته الاجتماعية . ويرى البعض أنها عملية إنسانية تهدف إلى تهيئة الإنسان وتطوير قدراته الجسمية والنفسية والعقلية للمساهمة في تطوير النظم وذلك عن طريق نقل القيم والتقاليد من مجتمع الكبار إلى الصغار . والربط بين التربية والصحة علاقة ديناميكية تحقق أساس التنمية البشرية في المجتمعات . ولتحقيق توازن الفرد مع مجتمعه لابد أن يتحقق توازن الصحة الجسدية والعقلية والرفاه الاجتماعي والبعد الروحي وهذا يتحقق من خلال مؤسسات

التنشئة الاجتماعية على رأسها الأسرة والمدرسة ووسائط التربية غير المباشرة من مؤسسات الإعلام والأصدقاء و....غيرها. ويمثل وعي المرأة الصحي في المجتمعات دوراً مهماً وذلك لما تمارسه من أدوار عدة تبدا في الأسرة فهي تؤثر بدرجة كبيرة على العادات الصحية لأفراد أسرتها في جميع المراحل العمرية . لذلك كان من المهم أن يكون هناك دوراً تربوياً موجهاً لبث الوعي الصحي للمرأة في جميع مراحلها العمرية، ونظراً لاهتمام مجتمعاتنا بصحة المرأة خاصة في مراحل الإنجاب فقط لارتباط هذا الاهتمام بعوامل اقتصادية، فإن هناك إهمال واضح لمرحلة عمرية مهمة في حياة المرأة الا وهي مرحلة انقطاع الطمث والتي تعرف بمرحلة " سن اليأس " وما يحمله هذا المسمى من توجهات سلبية، بالإضافة إلى عدم وعي المرأة الصحي بتداعيات هذه المرحلة، وظهور العديد من الأمراض ما يسبب لها آثار الصدمة ويؤثر عليها وعلى مساهماتها في المجتمع . وقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية (2009) عن المرأة والصحة إلى أن صحة المرأة أمر مهم لأسرهن ولمجتمعاتهن وأكد التقرير أن " تحسين صحة المرأة يحسن حالة العالم " وذلك لما تعود به من نفع على المجتمع (تقرير منظمة الصحة العالمية، 2009 : 5,6) . وفي تقرير (أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط , 2016 : 22) تحت عنوان " تعزيز الصحة في جميع مراحل العمر " لكنه اقتصر أيضاً علي الاهتمام بصحة المرأة الإنجابية وحديثي الولادة فقط ولم يتطرق إلى المراحل العمرية المتقدمة من حياة المرأة لتحقيق ما سعت إليه المنظمة من التنمية المستدامة في كافة البلدان ومنها مصر . ولذلك فإن عدم الاهتمام بتلك المرحلة الهامة من حياة المرأة وغياب التوعية الصحية واقتصاره فقط على نقل القيم والتقاليد من مجتمع الكبار بعيداً عن التطورات العلمية والتربية الصحيحة – وهذا ما أظهرته الدراسات السابقة التي اقتصرت جميعها على التوصية بضرورة نشر الوعي والتربية الصحية للمرأة – من هنا تأتي مشكلة الدراسة الحالية والتي تتحدد في الإجابة على التساؤلات التالية :-

تساؤلات الدراسة :-

تنطلق أسئلة الدراسة من السؤال الرئيس التالي :

- ما التصور المقترح لدور التربية في تنمية الوعي الصحي للمرأة في سن انقطاع الطمث ؟

وللتوصل إلى هذا التصور يتعين الإجابة على الأسئلة الفرعية التالية :-

- ما المقصود بالوعي الصحي، والثقافة الصحية، التربية الصحية ؟
- ما طبيعة المرحلة العمرية التي تمر بها المرأة في سن الأمان بدنياً ونفسياً ؟
- ما أثر العلاقة الجدلية بين المتغيرات المجتمعية الثقافية، والاجتماعية، والاقتصادية في المجتمع المصري على الوعي الصحي للمرأة في سن الأمان ؟

هدف الدراسة : -

تهدف الدراسة الحالية إلى :

- الوقوف على طبيعة المرحلة العمرية التي تمر بها المرأة بعد انقطاع الطمث ما يطلق عليها " سن اليأس " وتأثيراتها على صحة المرأة بيولوجياً، ونفسياً وذلك في ضوء مفاهيمها عن الصحة والمرض، والوعي الصحي، والثقافة الصحية الخاصة بتلك المرحلة ومدى تأثير تلك المفاهيم على رؤية المرأة المصرية نفسها سواء كانت سلبية أم إيجابية وعلى أدوارها الاجتماعية .
- التعرف على طبيعة العلاقة الجدلية بين المتغيرات الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية في المجتمع المصري وتأثيرها على الوعي الصحي للمرأة .
- طرح تصور مقترح لدور مؤسسات التربية في تعزيز صحة المرأة في مرحلة انقطاع الطمث " سن اليأس " يراعي الفوارق الثقافية والاجتماعية للمرأة المصرية لتحسين وضعها الصحي بما يعود بالنفع على المجتمع بشكل عام .

أهمية الدراسة :-

تأتي أهمية الدراسة الحالية من محاور عدة :-

- سد النقص في الدراسات التربوية حول دور التربية في دعم الوعي والثقافة الصحية للمرأة في المجتمع المصري في المرحلة العمرية الخاصة بانقطاع الطمث وهي ما يطلق عليها في جميع الدراسات " بسن اليأس " .

- محاولة الوقوف على مدى ما تمتلكه المرأة المصرية من وعي ثقافي صحي حول طبيعة تلك المرحلة العمرية والتي تعد من أهم المراحل التي تمثل لها النضج الفكري والأداء التنموي، وهو على العكس ما يعتبره الكثيرون أنها بداية مرحلة المرض، والوهن، وعدم المشاركة وذلك نتيجة ضعف الوعي الصحي والثقافي الخاص بالمرأة في هذه المرحلة .
- مساعدة راسمي السياسات التربوية للمشاركة في النهوض بصحة المرأة وإتاحة الفرص لها للقيام بأدوارها المجتمعية المنوطة بها وذلك عن طريق طرح تصور مقترح لكيفية نشر الوعي الصحي للمرأة في المجتمع المصري في تلك المرحلة العمرية الهامة عن طريق مؤسسات التربية.

منهجية الدراسة :-

ينتهج البحث الحالي المنهج الوصفي القائم على وصف وتحليل الظاهرة موضوع الدراسة وذلك من خلال محاور عدة :-

- مراجعة الأدب النظري من خلال الدراسات السابقة والتقارير الصحية التي أجريت على المرأة في تلك المرحلة العمرية عالمياً، ومحلياً، وإقليمياً، وذلك للوقوف على مدى وعي المرأة الثقافي والصحي الخاص بتلك المرحلة العمرية الهامة .
- القيام بدراسة ميدانية للوقوف على مدى الوعي الصحي لدى المرأة المصرية في مرحلة انقطاع الطمث .

مصطلحات الدراسة :-

التربية الصحية الوعي الصحي الثقافة الصحية سن الأمان

التربية الصحية : -

تعتبر التربية الصحية بعد هام من أبعاد التربية والذي يعني عملية تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة من معلومات واتجاهات وممارسات سلوكية صحية بهدف التأثير الإيجابي فيهم . وقد أشار " باتريك، وأغنيس " أن التربية تسهم في تحسين الوضع الصحي من خلال تطوير المعارف والكفاءات التي تسمح للأفراد ببناء علاقاتهم مع محيطهم ومع ذاتهم ،..... والتربية الصحية اليوم جزء أساس من العملية التعليمية (باتريك ، أغنيس ، 2016 : 23-24) . ولتحقيق هذا المفهوم لابد من مراعاة العوامل الاجتماعية، ومستوى التعليم والثقافة، ونشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع .

الوعي الصحي :-

ويعني الوعي لغةً " وعي الشيء أي حفظه وفهمه وقبوله " (بن منظور ، 1981 : 4876) . ويعرف أيضاً على أنه " الفهم والسلامة والإدراك " " وأنه اتجاه عقلي يمكن الفرد من إدراك نفسه والبيئة المحيطة به بدرجات متفاوتة من الوضوح والتعقيد " (موسى ، وناصر 2010 : 42) . أما الوعي الصحي، " فهو إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسئولية تجاه صحتهم وصحة غيرهم نتيجة الفهم والاقتناع لتحويل هذا الفهم إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير " (أحمد بدح وآخرون، 2017 : 15) .

ويدخل الوعي الصحي للأفراد ضمن الوعي الاجتماعي والثقافي والذي عرفه موسى، وناصر؛ بأنه " وعي عام يشتمل على إحاطة أفراد المجتمع بمجمل القضايا الاجتماعية، والسياسية، والاقتصادية وحتى العلمية التي لها دخل في حياتهم " . كما اعتبروا أن الوعي الثقافي شكل من أشكال الوعي الاجتماعي وعرفوا الوعي الثقافي بأنه " الثقافة في مجملها هي المعرفة والتعليم وأن الوعي بهما يرقى بالفرد إلى مستوى اجتماعي أفضل والوعي الثقافي يعني الوعي بالحياة اليومية بما يشمل من عادات، وتقاليد وأعراف، وتدين، وأحكام، وتفاعل، وصور نشاط عام تلقائي منظم . وهناك أشكال أخرى من الوعي وهي الوعي الأخلاقي، والوعي القانوني، والوعي العلمي، والوعي الجماهيري، والوعي بالذات، والوعي الطبقي " (موسى ، وناصر 2010: 148,147) . وبالإضافة إلى أشكال الوعي السابقة يعتبر الوعي الصحي من أهم هذه الأشكال للمجتمع ككل وللمرأة بشكل خاص وللتربية دور مهم في هذا الوعي بكل أشكاله السابقة . " فالغاية من الإنسان تربوياً أن يكون واعياً، وغياب الوعي هو ما يقود الناس إلى العبثية والانشغال بالتوافه من الأمور ويبعدهم عن الحضارة ..... وأن الغرب في فلسفته يهتم بالوعي والتوعية أما في العالم المتخلف فإنه يركز على تجهيل الناس وإبقائهم في دائرة التأخر " (على يطو ، 2016 : 24) .

ولم تعد التوعية الصحية عملاً قاصراً على الأطباء والمتخصصين في المجال العلمي فقط وذلك في ضوء التطورات الهائلة والسريعة في التكنولوجيا ووسائل التواصل عبر شبكات الانترنت، وهذا ما جعل من الأهمية أن تلحق مؤسسات التربية بهذا المجال

التوعوي الهام بدايةً من المنزل والمدرسة، ووسائل الإعلام . فعندما يولد الطفل أول ما يتلقى من رعاية صحية هي الأسرة وهي المؤسسة التربوية الأولى التي لها التأثير الكبير في حياة الفرد حيث يكتسب من والدية داخل الأسرة العادات الصحية لذا فإن من المهم أن تكون الأسرة معدة إعداداً جيداً لتقوم بدورها في التوعية الصحية لأبنائها، ثم يأتي دور المدرسة ليكمل دور الأسرة في نشر الوعي الصحي لدى طلابها بما تقدمه المدرسة من معلومات، وحقائق صحية، وممارسات سلوكية وذلك عن طريق مقدمي الخدمة التعليمية داخل المدارس من مناهج دراسية ومدرسين يمثلون قدوة لطلابهم . ثم تأتي وسائل الإعلام المختلفة ووسائل التواصل الاجتماعي والتي لها دور مهم في نشر برامج التوعية الصحية السليمة لأفراد المجتمع بصورة عامة وللمرأة بصورة خاصة، ويرتبط بمفهوم الوعي الصحي مفهوم الثقافة الصحية .

الثقافة الصحية :-

من أشهر تعريفات الثقافة تعريف إدوارد تايلور " هي كل مركب يشتمل على المعرفة والمعتقدات، والفنون، والأخلاق، والقانون، والعرف، وغير ذلك من الإمكانيات أو العادات التي يكتسبها الإنسان باعتباره عضواً في مجتمع " وهذا التعريف يبرز العناصر اللامادية لحياة الناس في جماعة كالأخلاق، والقانون، والعرف التي تنشأ نتيجة التفاعل الاجتماعي وتأخذ طابعاً إلزامياً، إلى جانب العنصر المادي للثقافة والعلاقات بين الناس وبين العناصر المكونة للثقافة، لذا جاء تعريف روبرت بيرستد الذي ظهر في أوائل الستينات ليجمع بين عناصر الثقافة الفكرية والسلوكية والمادية فعرفها " إن الثقافة هي ذلك الكل المركب الذي يتألف من كل ما نفكر فيه، أو نقوم بعمله ، أو نتملكه كأعضاء في المجتمع " (عالم المعرفة ، 1997 : 9) . وينشأ الفرد داخل إطار الثقافة فتنتقل إليه الخبرات الثقافية من خلال جيل الآباء عن طريق ما يسمى بالتنشئة الثقافية – أو الاجتماعية – ويتزود بما يسمى بالعدسة الثقافية Cultural Lens للمجتمع والتي ينظر من خلالها الفرد إلى العالم من حوله وتقسيم الأفراد الذين ينتمون إلى هذا العالم؛ أقارب غرباء، شباب شيوخ، طبقة اجتماعية عليا وطبقة اجتماعية دنيا، قادر غير قادر، طبيعي غير طبيعي، صحيح ومريض . وكل ثقافة لها طرقها في تحريك ونقل أعضائها

من تصنيف اجتماعي معين إلى تصنيف اجتماعي آخر مثل الشخص المريض، إلى الشخص السليم أو المعافي (يعقوب الكندري ، 2003 : 30)

وعلى ذلك فإن الثقافة الصحية يقصد بها تلك المعلومات والبيانات التي ترتبط بالصحة والمرض لجميع أفراد المجتمع في ضوء ثقافة هذا المجتمع وفي ضوء وعي أفراده بهذه الثقافة من خلال مؤسسات المجتمع . وهي " عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية السليمة " (أحمد بدح وآخرون ، 2017 : 14) . وبذلك فالثقافة الصحية تختلف عن الوعي الصحي فهي معلومات وحقائق أما الوعي فهو ممارسة سلوكية كنتيجة طبيعية لهذه المعلومات والمفاهيم، ويتأثر الوعي الصحي والثقافة الصحية بالبيئة الاجتماعية، والثقافية للأفراد والتي تتمثل في العديد من المؤثرات منها العادات، والتقاليد، والقيم، والحالة الاجتماعية والمعتقدات، والدين، ومستوى التعليم . وهذا لا يأتي إلا عن طريق التربية ومؤسساتها التي تتعهد بنقل المعلومات والمفاهيم، والعادات، والتقاليد وتدعيمها بالسلوكيات الصحية، من هنا ينمو إحساس الأفراد بالمسئولية تجاه صحتهم وصحة غيرهم ." وتلعب الثقافة الصحية دوراً كبيراً في الوقاية ومنع حدوث المرض أو تخفيف حدة المرض ومنع حدوث المضاعفات .... والثقافة الصحية ليست ترفاً اجتماعي أو عمل مزاجي بل هي أداة تكنولوجيا وظيفتها رسم مستقبل أفضل للإنسان" (محمد بشير ، 2012 : 110, 159) . والصحة والمرض مفهومان يجاوزان في معناهما البعد الطبي المعروف إلى ما هو أعمق ليشملا بعداً ثقافياً اجتماعياً . فالشعور بالصحة هي قضية ثقافية تحكمها ظروف المجتمع ومحدداته التي يستمدها من منطلقاته الفكرية، والتاريخية والبيئية (يعقوب الكندري ، 2003 : 35) .

فالصحة ليست مجرد قضية مجردة قائمة بذاتها بل هي محصلة ونتيجة لعوامل أخري كثيرة ومتشابكة متبادلة التأثير والتأثر بالوضع الاقتصادي ومستوى دخل الفرد، ومستوي التعليم والثقافة، والأوضاع الاجتماعية، وتوافر الخدمات الأساسية والتي تؤثر في الصحة العامة لأفراد المجتمع؛ من مياه صحية صالحة للشرب والزراعة، وتوفر شبكات صرف صحي لمنع التلوث والأمراض، وغيرها من الخدمات الاجتماعية الهامة

التي تؤثر على صحة أفراد المجتمع، كذلك أيضاً نوعية التشريعات والقوانين التي تضمن حقوق أفراد المجتمع في الحصول على التوعية الصحية . ولذلك فإن مصادر الثقافة الصحية لتحقيق الوعي الصحي لا يقتصر فقط على الجهات الصحية فقط ولكن تشمل أيضاً جميع مؤسسات المجتمع والتي لها دور هام في نشر الثقافة الصحية والوعي الصحي بين أفراده مثل، وزارة التربية والتعليم، وزارة التعليم العالي، وزارة الصحة، وزارة الزراعة، والنقابات، والجمعيات التطوعية، ومؤسسات الإعلام والتواصل الاجتماعي، والمؤسسات الدينية، وغيرها . كل هذه المؤسسات لها دور مهم في نشر الوعي الصحي عن طريق تغيير المفاهيم الصحية للأفراد لجعل الصحة هدفاً في المجتمع بشكل عام وللمرأة بشكل خاص في جميع مراحل حياتها .

سن الأمان :-

الأمن لغة ضد الخوف ، وأمن فلان يأمن أمناً ، وآمنت غيري من الأمن والأمان ، وفي التنزيل العزيز : " وآمنهم من خوف " (بن منظور ، 1981 : 140) .

وفي المصطلح الانجليزي menopause وهو يتكون من شقين الأول meno ويعني menstruation أي الطمث لدى النساء ، والشق الثاني pause يعني توقف ، ومعنى ذلك هو التوقف الطبيعي للطمث عند النساء ويحدث هذا ما بين سن 40-55 (غريب عبد الفتاح ، 46:1985) . وتعرف مرحلة انقطاع الطمث " بأنها تبدأ من آخر دورة تحدث للمرأة والتي تأخذ مكانها بشكل تدريجي تصاحبها تغيرات فسيولوجية مع تقدم العمر وذلك في سياق وضعية معينة من التنشئة الاجتماعية والثقافية التي تعيشها المرأة " (Ruth , 2010 : 1) . وعرفته ، آن ماكغريغر بأنه " يعني انقطاع الطمث أو الحيض الأخير لدى المرأة ويحل عادةً في سن ال 51 ويعني به دخول المرأة فترة انعدام الخصوبة . كما يقصد به أيضاً " تغير الحياة " أو " نقطة التحول " وهو الوقت الذي يكون فيه جسم المرأة في طور التأقلم مع الوضع الجديد قبل انقطاع الطمث أو خلاله أو بعده . وتطرأ على المرأة تغيرات هرمونية وأعراض أخرى في السنوات المؤدية إلى سن اليأس وقد تستمر إلى ما بعده أيضاً . وتشير التقديرات إلى أنه مع بلوغ عمر ال 54 يكون معظم النساء قد مررن بآخر حيض لهن وأصبحن في فترة ما بعد الطمث "(آن ماكغريغر ، 2014 :1).

وقد أشار (Hunter&O;Dea1977) الى أن التغيرات الجسدية التي تحث للمرأة في تلك المرحلة من المحتمل أن تكون وثيقة الصلة بالمؤثرات الاجتماعية اللغوية مثل؛ الحديث عن الإنجاب، والشيخوخة، والجنس، ونفسية المرأة وعلى ذلك فإن وضع المرأة وإدراكها لتلك التغيرات البيولوجية رهن الأسلوب الخطابي أو ما يصرح به عن هذه المرحلة خصوصاً في وسائل الإعلام والذي يعتريه تضارب المصالح و يتأثر بالعادات والتقاليد، والممارسات الاجتماعية، والثقافية، والسياسية ولذلك نجد الكثير من الخلط وعدم الرؤية في ظل غياب المعلومات الصحية الخاصة بمرحلة انقطاع الطمث . ولذلك فإن أغلب النساء أقررن بأن الخبرة مع هويتهم الجديدة في هذه المرحلة تغلبت على العادات الصحية وذلك نتيجة عدم الوعي بها قبل دخولهن المرحلة نفسها . نقلاً عن (Ruth , 2010 : 2).

أما عن تسمية تلك المرحلة لدى العديد من الباحثين العرب فقد جاءت تسمية سن اليأس وهي ثمة خطأ في التفسير والاستخدام الخاطئ أيضاً . فقد جاءت تلك التسمية قياساً على ما جاء في القرآن الكريم في سورة الطلاق الآية الرابعة " واللائي يئسن من المحيض من نسائكم " وجاء في التفسير الميسر للقران الكريم بمعني النساء المطلقات اللائي انقطع عنهن دم الحيض لكبر سنهن " (التفسير الميسر ، 2011 :558) . ولكنه بهذا المعنى لا ينسحب على اليأس من حياة المرأة بشكل عام وهو ما نلمحه لدى الكثيرين نتيجة لثقافة مجتمعاتنا الذكورية الذي يحصر رؤيته للمرأة ودورها في حياة الرجل في الإنجاب والعلاقات الحميمة فقط ، بل ينسحب هذا المعنى لدى كثير من النساء نتيجة لما تمر به في تلك الفترة من أعراض متعددة صحية يرافقها عدم الوعي الصحي لديهن بما هن مقبلات عليه مما يؤثر عليهن نفسياً وتجعل الغالبية قانعه بذلك المصطلح .

ولم يطلق فقط على مرحلة انقطاع الطمث " سن اليأس " ولكن هناك العديد من المسميات التي عكست تصورات ومعاني سلبية عالقة بتلك المرحلة ومن تلك المسميات؛ جيل سنوات الضياع، السنوات الضائعة، جيل الانتقال، أزمة منتصف العمر، سن اليأس . وقد ظهرت تلك المسميات نتيجة دخول المرأة في هذه المرحلة بأعراضها دون سابق إنذار ودون استعداد نفسي ولا تهيئة مناسبة لاستقبالها والتعامل معها ، خاصة أن هذه

التغيرات تظهر بعد فترة قصيرة من بلوغ المرأة مرحلة النضج النفسي ووصولها مرحلة الرضا عن نفسها وجسدها، ففي الوقت التي بدأت فيه الشعور بتحكمها وسيطرتها على جسدها تباغتها ملامح وأعراض تلك المرحلة فتشعرها بأنها عاجزة أمام تلك التغيرات " (رغدة ، وعربية ، 2011 : 335) .

لذلك فإن المعني الذي استخدمته الدراسة الحالية **سن الأمان** . فهذا المصطلح يعني لدى الكثير من النساء الأمان من قلق الحيض والحمل والولادة، وهذه التسمية تدعم التوجه الإيجابي للمرأة في هذه المرحلة وعدم حصرها على النواحي السلبية والمرضية ونهاية العمر .

الأعراض التي تتعرض لها المرأة في مرحلة انقطاع الطمث :-

هناك أعراض مبكرة تظهر على المرأة قبل دخولها مرحلة انقطاع الطمث، وأعراض مصاحبة للمرحلة وهي جسمية ونفسية، كما أن هناك أعراض متأخرة وهي تكون امتداد للأعراض المبكرة والمصاحبة لانقطاع الطمث ولذلك فإنها قد تمتد لسنوات طويلة ونظراً لامتدادها طوال تلك الفترة وعدم وعي العديد من النساء بها فتسبب صدمة قوية للمرأة نتيجة ظهور أمراض خطيرة فجأة .

- **الأعراض المبكرة :-** (احمد سامح، 2011 : 16) .
- اضطراب الدورة الشهرية .
- نوبات متكررة من الشعور بهبو حار في الوجه مع تورد واحمرار وتصبب عرق دون بذل مجهود.
- يتأثر جلد المرأة بنقص الهرمونات وتبدأ التجاعيد في الوجه والرقبة وترهل القوام .
- غثيان قيئ ودوار وإغماء أحياناً وصداع مستمر .
- تنميل ووخز في بقاع مختلفة من الجلد وضعف الإحساس من لمس الأشياء وذلك نتيجة ما يصيب الجلد وما به من نهايات الأعصاب الطرفية من ضمور نتيجة اعتماده في حيويته على هرمون الاستروجين .
- ضمور الثديين وجفاف المهبل ورقة الجلد وانكماشه والتعرض للالتهابات المتكررة .
- متاعب العلاقات الزوجية وفقدان الرغبة الجنسية نتيجة ما يحدث في الجهاز التناسلي

الأعراض الجسمية المصاحبة للمرحلة :- (نشرة المركز الفلسطيني للإرشاد ، : 3,2 2009)

- هبات ساخنة ، وهي من أكثر الأعراض المرافقة لانقطاع الطمث شيوعاً، يشعر بها أكثر من ٨٥%من النساء، وتأتي على شكل احساس حراري مفاجئ في القسم العلوي من الجسم أو في جميع أجزاء الجسم حيث يتوهج العنق والوجه وقد يرافق ذلك بقع حمراء على الصدر والظهر والساعدين، وتأخذ شدة هذه الحالة بالتناقص كلما تقدم السن.
- قشعريرة وتعرق شديد تعقب الهبات الساخنة أحياناً .
- بداية هشاشة العظام .
- الصداع والآم المفاصل .
- ضمور الرحم .
- ذبول البشرة وحدوث تجاعيد .
- زيادة الوزن .
- سقوط الشعر وتغير طبيعته .
- قلة إفرازات المهبل حيث يصبح أكثر جفافاً مع الإحساس بالتعب وسرعة خفقان القلب، وهبوط الرغبة الجنسية وألم في ممارسة الجنس .
- المعاناة من بعض الالتهابات المهبلية والمسالك البولية .

ونحو ١٥% من هذه الأعراض التي تصيب المرأة لا تحدث بصورة متواصلة بل خلال عدة سنوات

الأعراض النفسية :-

- الشعور السريع بالتعب والإجهاد .
- العصبية الشديدة حتى للأسباب الصغيرة .
- اضطرابات في النوم .
- فقدان الشهية وعدم الرغبة بالقيام بأي عمل حتى ولو كان من الأعمال الاعتيادية والروتينية .
- مشاكل في التوازن (الدوخة) .

- التوتر والقلق وقلة التركيز والنسيان .
- الحساسية وسرعة التأثر بالنقد .
- تدني الذات والشعور بالإحباط (نشرة المركز الفلسطيني للإرشاد، 2009 : 3).
- مشاعر اكتئابيه .
- القلق من الإصابة بأمراض مثل سرطان الثدي وغيره .
- صعوبة اتخاذ القرارات .
- فقدان الثقة والقلق والنسيان وصعوبة التركيز والإحساس بالتهميش .
- المرأة ذات التاريخ العائلي في الاضطرابات النفسية تعاني أكثر من غيرها من المشاكل (سيد العبادي ، 2005 : 1) .

- **الأعراض المتأخرة** :- (jones et al . ، 2012 : 6) .
- هشاشة العظام ، وتقلص في طول القامة وتحدب الظهر .
- فقدان التأثير الوقائي ضد أمراض القلب والشرايين، وزيادة نسبة الإصابة بمتلازمة الأيض بنسبة 60% . فقد أكدت الدراسات أن إصابة المرأة بأمراض القلب والأوعية الدموية أقل من الرجال وذلك قبل انقطاع الطمث وذلك يرجع إلى هرمون الاستروجين ودوره الواقي في ذلك .

العوامل التي تؤثر علي خبرة وتجربة المرأة في مرحلة انقطاع الطمث :-

تسهم العوامل البيولوجية، والبيئية، والثقافية، والاجتماعية التي تعيشها المرأة دورًا مهماً في تبكير أو تأخير أعراض مرحلة انقطاع الطمث سواء الجسمية أو النفسية، كما تترك أيضاً تلك العوامل أثرها على قناعات المرأة ونظرتها لنفسها في هذه المرحلة العمرية سواء بالسلب أو الإيجاب .

العوامل البيولوجية و بيئية :-

- النساء الذين يتميزون بارتفاع في مؤشر كتلة الجسم غالباً ما يزيد لديهم الأعراض الجسمية لانقطاع الطمث، وفي المقابل فإن النساء الذين لديهم مستويات عالية من النشاط البدني لديهم معدلات أقل من هذه الأعراض .
- نمط الحياة من التدخين وإدمان الكحول تم ربطها بأعلى معدلات من الأعراض الجسمية.

- النساء اللائي يتبعن نظام غذائي يحتوي على نسبة عالية من الاستروجين النباتي ينخفض لديهم الاصابة بهذه الأعراض ويظهر ذلك في الدول الأسيوية .

- النساء اللائي لم يرضعن أطفالهم طبيعياً أو لوقت قصير وكانوا قليلي استعمال وسائل منع الحمل عن طريق الفم كان لديهن بداية انقطاع الطمث أسبق من غيرهن ممن قضوا فترة أطول في الرضاعة الطبيعية واستخدام وسائل منع الحمل لفترات طويلة ظهر لديهن أعراض انقطاع الطمث أقل (jones et al. ، 2012 : 10-11).

وعن البدانة والنحافة وأثرهما كعامل بيولوجي على المرأة في هذه المرحلة أشارت إحدى الدراسات أن النساء اللاتي تخطين مرحلة انقطاع الطمث وهن بدينات عادة ما يعانين بصورة اقل من النساء النحيفات من أعراض نقص الأستروجين والتي تتمثل في العرق الليلي والأرق، كما أن النساء البدينات أقل عرضه للإصابة بمرض هشاشة العظام لكنهن عرضة للإصابة بسرطان الرحم أكثر من النحيفات وربما يرجع ذلك إلى ضخامة ما لديهن من مخزون هرمون 'الاستروجين' (سيد العبادي ، 2005 : 1) .

وقد أشارت أغلب الدراسات إلى أن اختلاف الأصول الديموغرافية في الشعور بأعراض تلك المرحلة وذلك يرجع لعوامل كثيرة بيئية وتغذية ومناخية وثقافية واجتماعية (دراسات كل من
Avis ,2005 – Woman And Health , World organization, 2009 - Ayranci et al et,al ,2010 -) . ومن العوامل الأخرى البيولوجية والبيئية ؛

- عدد مرات الحمل و الانجاب. ، تشير الدراسات إلى أنه كلما زادت الخصوبة للمرأة كلما تأخر إلى حد ما سن الأمان .

- عمل المرأة أن مشاكل المرأة في فترة سن الأمان تكون أكثر حدة عند ربات البيوت عنها عند النساء العاملات .

- سن الزواج كلما تأخر سن الزواج للمرأة كلما تقدم بها سن توقف الحيض .

- عوامل شخصية وبيئية مثل مستوى المعيشة وطبيعة المجتمع الذي تعيش فيه (زراعي ، صناعي) بل أن بعض الدراسات تشير إلى أن سن الأمان يأتي مبكراً نسبياً وبمشاكل أكثر إلى حد ما في البلاد الحارة وفي المجتمعات الزراعية أكثر من الصناعية (نشرة المركز الفلسطيني للإرشاد ، 2009 : 4) .

- أشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى تأثر صحة المرأة في مرحلة كبر السن في المناطق الأفقر خصوصاً المناطق الريفية في دول العالم الثالث وذلك بالمقارنة بالدول الغنية وذات الدخل المرتفع بنسبة 50% (World Health organization , 2009 : 56) .

العوامل النفسية : –

- المواقف الفردية تجاه مرحلة انقطاع الطمث فالنساء اللواتي لديهن مواقف سلبية تجاه انقطاع الطمث أو الشيخوخة أكثر شكوى من تكرار أعراض هذه المرحلة .
- تتأثر المواقف أيضاً بالأقارب والأصدقاء والأمهات بوجه خاص .
- معظم المواقف السلبية تأتي من النساء اللاتي خضعن لعمليات جراحية أنهت الطمث لديهن .
- النساء اللواتي لديهن أولوية عالية في الخصوبة تكون لديهن مواقف أكثر سلبية.
- النساء اللواتي بلغن هذه المرحلة قبل تحقيق عدد معين من الأطفال .
- اختلاف الثقافات التي تقدر دور المرأة من حيث قدرتها على الإنجاب، وهذا عكس المجتمعات الغربية التي لاتضع أهمية كبيرة على الإنجاب بقدر ما يضعون قيمة كبيرة على النضارة والحفاظ على الشباب . (jones et al، 2012 : 12).

ومن العوامل النفسية أيضاً التي تصاب بها المرأة في مرحلة انقطاع الطمث ما يسمى اكتئاب منتصف العمر والذي أشارت اليه العديد من الدراسات وأرجعت بعضها ارتباط الاكتئاب عند المرأة بأوضاعها الاجتماعية والاقتصادية أيضاً التي تمثل عامل ضغط عليها يزيد مع التغيرات البيولوجية في تلك المرحلة . ففي دراسة(Joyc et al ,) والتي أجريت على نساء من أصول مختلفة داخل المجتمع الأمريكي لقياس أعراض الاكتئاب عند المرأة في مرحلة انقطاع الطمث وعلاقة ذلك بأصولهم العرقية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الضاغطة . وتوصلت الدراسة إلى أن حوالي ما يقرب من ربع النساء (العينة التي بلغت 3302) احتمال إصابتهم بالاكتئاب كبيرة، ويرجع ذلك إلى عوامل تتعلق بالعرق وضغوط الحياة الاجتماعية والاقتصادية وهي عوامل أساسية يضاف إليها التغيرات الهرمونية والعوامل النفسية التي تحدث في تلك المرحلة وتزيد من الإصابة بالاكتئاب (Joyc et al , 1384:2004) . وقد أشارت أيضاً دراسة (Hammam

et al . 2012) التي أجريت في مصر على عينة من أعضاء هيئة التدريس في كلية الطب الحكومية، سجلت المشاركات نسبة عالية في حالات الاكتئاب ومشاكل النوم وعدم التركيز، وأفادت المشاركات أن سوء بيئة العمل وسياسات العمل كانت من أهم مصادر الضغوط التي فاقمت من أعراض انقطاع الطمث لديهن (Hammam et al : 2012 , 294). وعلى النقيض فقد أوضحت (نشرة المركز الفلسطيني للإرشاد) نتائج دراسة نفسية حديثة في جامعة بطرسبرج تفيد " أن انقطاع الطمث قد لا يؤدي إلى اكتئاب للمرأة أو تقلب المزاج ولكنه قد يحسن من المستوى النفسي والعقلي عند البعض، وعلى ذلك فإن انقطاع الطمث ليس بالضرورة تجربة سلبية " وأظهرت الدراسة أن النساء اللواتي يعانين من اكتئاب في المجتمع بشكل عام لا يرتبط في الأساس بانقطاع الطمث وإنما نتيجة عوامل أخرى وضغوطات على المستوى الأسري، والاجتماعي، أو الوظيفي . وهناك أيضاً عوامل تؤثر إيجابياً على الوضع النفسي للمرأة منها؛ الراحة النفسية في سن ما بعد الاربعين تنعكس إيجابياً على المرأة، والعمل والإنجاز على الصعيد العملي والاجتماعي والعائلي، والحياة الاجتماعية والأصدقاء لها أهمية كبيرة حيث تعطي للمرأة طاقة كبيرة للاستمرار وتخطي أعراض تلك المرحلة (نشرة المركز الفلسطيني للإرشاد ، 2009 : 5,4) .

العوامل الثقافية والاجتماعية وأثرها على رؤية المرأة في مرحلة انقطاع الطمث سلبا أو إيجاباً :-

يعتبر السياق الاجتماعي التي تعيشه المرأة هام جدا لفهمها الانتقال الي هذه المرحلة، ويختلف هذا السياق من مجتمع لآخر. وتسهم العوامل الثقافية والاجتماعية في تحديد سلوك الإنسان ويتمثل ذلك في قضايا التعليم، والقيم، والمعايير الاجتماعية، والمعتقدات والعادات، والتقاليد والتي تترجم في صورة سلوكيات صحية ترتبط بصحة المرأة في جميع مراحل حياتها خاصة مرحلة انقطاع الطمث وترتبط أيضاً بقبول المجتمع لها أو رفضها وينعكس ذلك على الحالة النفسية للمرأة بالإيجاب أو السلب . وإذا كان التعليم يمثل عامل من العوامل المؤثرة اجتماعياً وسلوكياً على المرأة، فسلوك المرأة المتعلمة تختلف عن الأمية، وكذلك تختلف المرأة المتعلمة على حسب مستوى ودرجة التعليم التي وصلت إليها . ومن المفترض أن مستوى الوعي خاصة في القضايا

الصحية يرتفع مع ارتفاع المستوى التعليمي والعكس صحيح . أما المعتقدات والقيم والمعايير في المجال الصحي فقد حددها (محمد بشير) فيما يلي :- " المعتقد في المجال الصحي غالباً ما يكون منحدراً من الآباء والأجداد وتقبل على علاتها دون التأكد من صحتها، وهذه المعتقدات في أغلبها ضار بالصحة وذلك في خضم التطورات المعرفية والعلمية . وكذلك القيم التي تعتبر محددات السلوك والتي يتعلمها الفرد ويكتسبها من محيطه الخارجي ويستخدمها تدريجياً ويضيفها إلى إطاره المرجعي للسلوك " .... " أما المعايير الاجتماعية فهي تشمل التعاليم الدينية، والمعايير الأخلاقية، والقيم الاجتماعية، والأحكام القانونية والأنظمة، والعرف والعادات، فالمعايير تحدد ما هو الصح والخطأ ما هو مباح وغير مباح، ما هو العيب وغير العيب وباختصار فهي تحدد ما يجب أن يكون وما لا يجب أن يكون في سلوك أفراد الجماعة . ومن المجالات الحساسة للمعايير هي المعايير المحددة للممارسات والعلاقات بين الجنسين وهي مختلفة ومتباينة بين الثقافات والشعوب " (محمد بشير 2012 : 100,99) .

وقد خلصت نتائج العديد من الدراسات إلى نتائج إيجابية تتمثل في مواقف إيجابية لدى النساء خاصة بمرحلة سن الأمان وارتبط ذلك بالتفاوت في المستوى التعليمي وكذلك الحالة الاجتماعية فكانت النساء قبل انقطاع الطمث مواقفهم أكثر سلبية تجاه سن اليأس وذلك أكثر من موقف النساء بعد سن اليأس حيث كانوا أكثر إيجابية . كما ظهر آثار الرعاية الصحية على إيجابية المرأة بصورة أكبر(Jassim et al, 2008 : 358,2008) . وفي دراسة Ghaderi et al ., (2010) لتقييم مواقف المرأة بعد انقطاع الطمث حول سن اليأس وعلاقته بالعوامل الديموغرافية تمت في إيران . وقد توصلت النتائج في هذه الدراسة أن هناك مواقف واتجاهات مختلفة لدى النساء وتتأثر هذه المواقف والاتجاهات بالمعتقدات، والخلفية الاجتماعية، والتعليم والمهنة، والصحة الجسدية، والعاطفية، والأعراض العامة التي قد تؤثر على النظرة تجاه انقطاع الطمث.

وكان موقف النساء الايرانيات في هذه الدراسة إيجابياً وذلك راجع إلي ما يلي :- (Ghaderi , et ,al 2010 : 701.702) .

- أن المرأة في الثقافة الإيرانية أكثر حرية واعتماداً على الذات ولذلك فإنها لديها وقت من الحرية أكثر بعد انقطاع الطمث .
- أشار أكثر من 70% من النساء المشاركات في الدراسة أن هناك تغيير في الحياة أفضل وأن المرأة تحصل على اهتمام أكثر في الشئون المجتمعية أكثر من قبل .
- موقف المرأة المسلمة يكون إيجابياً نحو تلك الفترة .
- المجتمع الإيراني ليست الذكورة هي المهيمنة عليه وإنما للمرأة دور كبير ولذلك لا يوجد قلق لدى المرأة تجاه مشاعر أزواجهم حول تلك الفترة . فاتجاه الرجال الإيرانيين داعماً للنساء لتقبل هذا التغيير وكذلك النساء لديهم الوعي الصحيح حول انقطاع الطمث.
- أوضحت الدراسة أن هناك العديد من الدراسات أشارت إلى الجانب التعليمي للمرأة ودوره الايجابي لديها تجاه هذه المرحلة وذلك بغض النظر عن الثقافة الغربية أو الشرقية.

وأشارت دراسة (jones et al).في بعض الثقافات تنظر إلى المرأة الحائض بأنها نجس ولذلك فإن توقف الحيض يتوافق مع وضع المرأة الإيجابي في تلك المجتمعات . وفي بعض المجتمعات العربية والأفريقية ترى أن النساء بعد سن انقطاع لم يعد لديهم مراقبة صارمة . وفي ثقافة هنود المايا في المكسيك فإنهن يواجهن قيوداً صارمة جداً مع المرأة الحائض من حيث النشاط والغذاء المحرم لذلك فإن انقطاع الطمث لدى المرأة في هذه الثقافات يمثل قدر أكبر من الحرية ورؤيتهن لهذه المرحلة أكثر إيجابية . وتحمل نفس التوجه عند نساء المايا مع المرأة في الثقافة اليونانية المعاصرة والقديمة فعند انقطاع الطمث تزول من عليها العديد من المحرمات الاجتماعية والدينية مثل المشاركة الكاملة في أنشطة الكنيسة وهو مالم يكن يسمح به لها قبل هذه المرحلة العمرية (jones et al , : 2012 – 17,18 – 13, 14) .

وتلعب الهوية الجنسية إلى جانب الخلفية الثقافية في مجتمعاتنا العربية دور مهم فيما تمر به المرأة العربية في مرحلة انقطاع الطمث على وجه العموم والمرأة المصرية

بشكل خاص . كما يمثل مفهوم الثقافة الذكورية التي تعيشها تلك المجتمعات والتي تتركز رؤيتها للمرأة في محور الخصوبة والنواحي الجنسية عامل ضغط على المرأة وقدرتها على الحديث أو مناقشة الموضوع مع الآخرين، وفي نفس الوقت حاجتها إلى الظهور دوماً بصورة قوية ، وهذا يتعلق بالثقافة والبيئة الاجتماعية التي تنشأ فيها المرأة . كذلك فإن المعتقدات الدينية الروحانية تمثل مصدر قوة وطاقة للمرأة العربية في مواجهة المرحلة وأعراضها ومشكلاتها وتحميها من الانهيار النفسي وحالات الاكتئاب . وتشارك العوامل الثقافية والاجتماعية السابقة الصعوبات الاقتصادية، فظروف العمل الشاقة، والفقر ومعاناة المرأة لضيق العيش عوامل تفوق اهتمامها بجسدها وصحتها بشكل عام وبالتالي تزداد حدة الأعراض الجسمية والنفسية لديها .

" إن مشكلة المرأة العربية جزء لا يتجزأ من مشكلات التخلف الاقتصادي والاجتماعي برمته . وتلعب الرواسب الثقافية دورها في وضع المرأة وتجعلها في مرتبة أدنى من الرجل وذلك وفق رؤية المجتمع الذي يستند إلى ثقافة ذكورية (على ، ومها ، 1995 : 22-24) . وقد أشار (مصطفي حجازي) أن المرأة في المجتمعات العربية تعاني أشكال من القهر تتمثل في ثلاث صيغ من الاستلاب :- الاستلاب الاقتصادي، والاستلاب الجنسي، والاستلاب العقائدي (مصطفى حجازي : 2007 , 211 – 219) . هذه الصيغ تجسد الموروث الثقافي في المجتمع والتي تعاني منه المرأة في مصر من تناقضات وصراع يظهر في تعدد الأدوار التي تقوم بها ويمثل ضغوط نفسية تترك أثرها على النواحي الصحية خاصة في مرحلة انقطاع الطمث وهو ما أشارت اليه دراسة كل من (Hammam et al 2012 & - Elsayed & Shokry 2012.) .

ومما سبق يتضح أن النساء في جميع أنحاء العالم ومع اختلاف الثقافات لديهن خبرات متنوعة في هذه المرحلة ويعانين من أعراضها البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، والثقافية التي تشكل مواقفهم الإيجابية أو السلبية والقيم والتصورات تجاه تلك المرحلة . ولذلك فإنه من الضروري الاهتمام بتعزيز صحة المرأة عن طريق نشر الوعي الصحي لها وذلك من خلال التعليم والتثقيف ومحو الأمية خاصة الأمية الصحية وتقديم الدعم الاجتماعي للطبقات الفقيرة .

العلاقة الجدلية بين المتغيرات المجتمعية الثقافية والاجتماعية والاقتصادية في المجتمع المصري وأثرها على الوعي الصحي للمرأة في مرحلة انقطاع الطمث :-

تلعب درجة التطور في المجتمعات اجتماعياً، وثقافياً ، واقتصادياً دور مهم في الأنظمة الصحية ودرجة الوعي الصحي بين أفرادها . وقد شهد المجتمع المصري على امتداده التاريخي تغيرات في نظم الرعاية الصحية أخذت في التطور والتدهور انعكاساً لواقع المجتمع بين التقدم والتدهور .

وتحتل **البيئة الاجتماعية الثقافية** مركزاً هاماً ينعكس على السلوك الصحي الإنساني بصفة عامة وعلى المرأة بصفة خاصة في مرحلة انقطاع الطمث . وتتمثل البيئة الاجتماعية الثقافية في قضايا مهمة؛ يأتي التعليم على قمة هذه القضايا ثم القيم، والمعتقدات والمعايير، والعادات ، والتقاليد وهي ما يتضمنه مفهوم الثقافة بصورة عامة . وهذه البيئة الاجتماعية الثقافية التي يكتسبها الإنسان من بيئته تنعكس على تعامله الذهني تجاه قضايا المجتمع بشكل عام و القضايا الصحية بشكل خاص . وقد شهد المجتمع المصري في أعقاب ثورة 23 يوليو، وما تبعها عبر سنوات الانفتاح الاقتصادي في السبعينات، والثمانينات، ثم تحولات النظام العالمي الجديد " عصر العولمة " متغيرات اجتماعية وثقافية كبيرة كان لها تأثيرها على واقع المجتمع المصري . " ويتضمن السياق المجتمعي في المجتمع المصري خمسة أبعاد هي؛ النمو السكاني والأطفال خارج التعليم ومعدلات الأمية والفقر والتركيبة الطبقية للمجتمع " (الخطة الاستراتيجية للتعليم قبل الجامعي : 2014-2030 – 17) .

وتمثل الزيادة السكانية في مصر تحدياً كبيراً على جميع المستويات التعليمية والصحية والاقتصادية، وما يتبعها من تداعيات ظهرت في ارتفاع البطالة، ونسبة الأمية، والتركيبة الطبقية للمجتمع . وقد أشار التقرير القطري الثاني الذي تصدره الأمم المتحدة حول التقدم الذي احرزته مصر نحو تحقيق الأهداف التنموية، أن هذه الأهداف تتمثل في تخفيض نسبة الفقر والجوع إلى النصف وتعميم فرص التعليم الأساسي لكل من الذكور

والإناث وتمكين المرأة . وأشار التقرير أن النمو السكاني المتزايد يمثل عائق وتحدي كبير في مصر لتحقيق أهدافها التنموية في مجالات التعليم والفقر وصحة المرأة (تقرير الأهداف التنموية للألفية – التقرير القطري الثاني ، مصر ، 2004 : 5).

ورغم أن الاهتمام بالنظام الصحي بدأ في مصر مع إعلان الجمهورية عام 1962م حيث تبنت الدولة التوسع الشامل في الخدمات الصحية في الريف والمدن في الوجه البحري و القبلي على السواء ..... وفي أعقاب ذلك ظهر الاهتمام بالمشكلة السكانية التي اعتبرت معوقاً لجهود رفع مستوى المعيشة . وبدأ وضع برنامج قومي لتنظيم الأسرة بهدف خفض الإنجاب وبالتالي خفض النمو السكاني وكان ذلك أول سياسة قومية للسكان في عام 1973م (اسماعيل يوسف وآخرون، 2005 : 8, 15) . وقد استمرت حملات التوعية هذه التي تدور حول تحديد النسل، والصحة الإنجابية والاهتمام بالتطعيمات للأم والطفل فترة السبعينات والثمانينات والتسعينات وتجاهلت جوانب أخرى في صحة المرأة وهي مرحلة ما بعد انقطاع الطمث وتداعيتها مما خلق مناخ من عدم الوعي الصحي للمرأة في تلك المرحلة على جميع المستويات الثقافية .

وقد أشارت نجوى خلاف في وصف النظام الصحي في مصر في الآونة الأخيرة " أن الرعاية الصحية تتضمن التثقيف الصحي، والصحة البيئية، والبرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة والتطعيم وتنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض المتوطنة وتوفير الأدوية الضرورية ونشر الوعي بأسس التغذية الصحية وطرق العلاج التقليدية .... وأوضح التقرير أن هناك سلبيات يعاني منها النظام الصحي في مصر من أهمها أن نوعية الرعاية الصحية المقدمة والتي تدور بشكل أساس حول الصحة الإنجابية فقط دون المتوسط وذلك من وجهة نظر متلقي الخدمة "(اسماعيل يوسف وآخرون ، : 19 ,11 2005) . وقد اهتمت مصر بصحة المرأة وتبنت مفهوم الصحة الإنجابية وذلك بناء على توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة 1994 م، ويعني مفهوم الصحة الإنجابية تقديم الخدمات التي تحتاجها المرأة بين فترات الحمل والولادة مع الاهتمام بالصحة النفسية والاجتماعية للمرأة، وهذا المفهوم يتجاوز مرحلة العمر الإنجابي، ويبدأ بالطفولة ويستمر إلى المراهقة، ثم الشباب، فالنضج وحتى بعد انقطاع الدورة الشهرية للمرأة ..... وعلى صعيد آخر كان الاهتمام بالتعليم للإناث في مرحلة التعليم الأساسي

وكذلك الاهتمام بمحو أمية الإناث البالغات فقد انخفضت الأمية بينهن من 61.8% عام 1986م إلى 43.4 % عام 1999 م (أحمد الكردي ،2011 : 7,6) .

ومع بداية حقبة التسعينات ومع التطور التكنولوجي واتساع وسائل الاتصال وانتشار التعليم ومحو الأمية كان ذلك كله مؤشراً لحدوث تغيير في ثقافة المرأة وخروجها من إطار العادات والتقاليد فارتبط مستوى التعليم بالوعي الثقافي، وكانت أكثر قدرة وتفهم لما يقدم لها من رسائل توعوية ثقافية وصحية وتربوية عبر وسائل الإعلام ومؤسسات الصحة . لكن في الفترة الأخيرة – مع بداية الألفية الجديدة – تراجعت حملات التوعية الصحية للمرأة في خضم تداعيات صحية أكثر خطورة ظهرت في المجتمع المصري منها انتشار فيرس التهاب الكبد الوبائي فيرس C بصورة كبيرة، يرافقه عدم توافر الامكانيات من قبل وزارة الصحة للإنفاق على هذه الحملات التوعوية بشكل عام . وذلك في ظل التقدم التكنولوجي السريع وانتشار وسائل التواصل الاجتماعي بين شرائح المجتمع والتي مثلت وسيلة سريعة لنشر الوعي الصحي والتي تخص أمور صحية عديدة منها صحة المرأة ولكن ينقصها أنها لا تمثل حملات توعوية متكاملة ورسمية وتحكمها ضوابط علمية ، كذلك هناك أيضاً لاتزال نسبة عالية من الأمية خاصة في الريف لا تستخدم تلك الوسائل التكنولوجية أو ليس لديها القدرة لاستخدامها بطريقة علمية للبحث عن ما يتعلق بالنواحي الصحية للمرأة في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث .

كما تلعب ثقافة الأسرة دوراً مهماً وفق المورث الثقافي في حياة أفرادها والمرأة على وجه الخصوص وذلك في جوانب عدة منها :-

- المعتقدات الصحية المتوارثة من الأمهات .
- العامل الوراثي . – ممارسة تربية الأطفال .
- أنماط التغذية . – العادات الجنسية .
- معلومات عن موانع الحمل . – أنماط الزواج .
- ممارسة الأدوار الذكر والأنثى . – اللغة التعبيرية عن الألم أو التكتم عليه (نجلاء خليل ، 2006 : 193) .

كل هذه الأمور السابقة تلعب دور مهم في حياة المرأة خاصة في مرحلة انقطاع الطمث وتأثيرها على الحالة النفسية سواء بالإيجاب أو السلب . وتلعب الأسرة فيها دور مهم باعتبارها أحد أهم مؤسسات التربية في المجتمع .

المتغيرات الاقتصادية وأثرها على صحة المرأة في مرحلة انقطاع الطمث :-

وتتفاعل ال العوامل الاقتصادية مع المتغيرات الاجتماعية الثقافية. حيث تمثل البيئة الاقتصادية أحد اهم العوامل المؤثرة على تحديد السلوك الإنساني ، ويظهر ذلك في مستوى الدخل بالنسبة للفرد والأسرة والمجتمع، والذي يؤمن الاحتياجات المعيشية الأساسية والثانوية م ؛ غذاء، وكساء، ومسكن، وتعليم، وصحة، ومرض (محمد بشير ، 2012 : 69,68). فحالة الفقر، والنمو السكاني السريع والإحساس بالهامشية الاجتماعية تؤثر بصورة كبيرة على صحة الإنسان وعلى صحة المرأة في مرحلة انقطاع الطمث بصورة أساسية .

وقد أشار دليل التنمية البشرية لعام 2013م الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي " أن السياسات المناصرة للفقراء والاستثمار في القدرات البشرية ، بالتركيز على التعليم ، والصحة ، ومهارات العمل جميعها توسع فرص الحصول على العمل اللائق وتعزز التقدم المستدام " (الخطة الاستراتيجية للتعليم قبل الجامعي ، : 16 2030/2014) . وقد أشارت الخطة الاستراتيجية السابقة أيضاً، إلى أن الأداء الاقتصادي في العقد الأخير من القرن الماضي في مصر اتسم بتبني الدولة سياسات ترتب عليها زيادة معدل التضخم في حجم الدين الداخلي والخارجي مما تسبب في ضعف المخصصات المالية لقطاع التعليم، وانسحاب الدولة كذلك من مجالات التعليم، والصحة وغيرها ما أدى إلى ظهور مشاكل حيوية منها البطالة ، .....ومشاكل أخرى ظهرت في انقسام البناء الطبقي بين أغنياء وفقراء، وتآكل الطبقة الوسطى وزيادة معدلات الفقر بين الطبقات الفقيرة (الخطة الاستراتيجية للتعليم قبل الجامعي ، 16, 20 2030/2014 :) .

وقد انعكست لأوضاع الاقتصادية على المرأة وثقافتها الصحية، ورغم التطورات التي تحققت للمرأة على المستوى العالمي وإقرار حقوق المرأة الاجتماعية والثقافية الاقتصادية عبر اتفاقيات دولية، ورغم ما أصبحت تناله المرأة في مصر من حق التعليم والعمل في

مختلف المجالات وذلك للمساعدة في النهوض بالوضع الاقتصادي للأسرة نتيجة الأوضاع الاقتصادية الضاغطة على المجتمع إلا أن العادات والتقاليد في المجتمع المتعلقة بأدوار الجنسين ورؤية الرجل للمرأة وأدوارها أضاف إلى المرأة أعباء وضغوطات نفسية كبيرة، ظهرت بصورة كبيرة في المرحلة العمرية التي يتناولها موضوع البحث .

فقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى الترابط بين المحددات البيولوجية والاجتماعية لصحة المرأة في مراحل حياتها المختلفة، وأكد أن الإجحاف بالمرأة وازدياد ضعفها وتعرضها للمخاطر أمور تحد من حصولها على الرعاية الصحية والمعلومات الصحية ويؤثر ذلك على النتائج الصحية لها . وخلص التقرير إلى ضرورة تعزيز النظم الصحية للمرأة وأسرتها والمجتمعات المحلية والمجتمع الأوسع لأن " تحسين صحة المرأة يحسن حالة العالم " (تقرير منظمة الصحة العالمية ، 2009 , 1 : 6) .

دور مؤسسات التربية في تنمية الوعي الصحي للمرأة في مرحلة انقطاع الطمث :-

لم يقتصر تنمية الوعي الصحي والتربية الصحية على القائمين في مجال الصحة وحدهم، حيث لا يمكن أن تتحقق أهدافها المرجوة دون المشاركة الإيجابية من جانب أفراد المجتمع ككل . فمن أهم أهداف التربية الصحية :-

- العمل على تغيير مفاهيم الأفراد فيما يتعلق بالصحة والمرض، وأن تكون الصحة هدفاً لكل منهم ويتوقف ذلك على عدة عوامل من بينها النظام الاجتماعي، والحالة الاقتصادية ومستوى التعليم ومدى ارتباط الأفراد بوطنهم وحبهم له .
- نشر الوعي الصحي بين الأفراد وهذا سوف يساعد على تفهمهم للمسئوليات الملقاة عليهم بصحتهم وصحة الآخرين .
- العمل على تغيير عادات واتجاهات وسلوك الأفراد لتحسين مستوى صحة الفرد والأسرة والمجتمع ، خاصة فيما يتعلق بصحة الأم الحامل والمرضع والطفل وصحة المنزل والعناية بالتغذية السليمة للأفراد .
- العمل على تنمية وانجاح المشروعات الصحية وذلك عن طريق تعاون الأفراد والمسؤولين . ولذلك تعتبر برامج التربية الصحية جزء هام من برامج التربية بشكل عام بهدف إكساب الأفراد المعلومات الصحية التي بها يتعدل سلوكهم الصحي لتحقيق

السلامة البدنية، والنفسية، والاجتماعية للمجتمع ككل (أحمد بدح وآخرون : 2017 : 23).

ولكي تتحقق تلك المشاركة يأتي دور مؤسسات التربية المهم في تنمية الوعي الصحي فمن المؤسسات التربوية التي لها تأثير كبير في غرس الوعي الصحي؛ مؤسسة الأسرة، والمدرسة، ومؤسسة الإعلام وهي مؤسسات مكملة لبعضها البعض باعتبارها منفصلة الوظائف ومتكاملة الأهداف . وتعتبر الأسرة من أهم المؤسسات التربوية متعددة الأدوار فهي تقوم بالدور التربوي التوجيهي، والدور الانضباطي، والدور التعليمي (عياد حسين ، 2010 : 3) . وهي الأصل التي نشأ عنه جميع المؤسسات الاجتماعية الأخرى فهي أسبق المؤسسات ظهوراً بل هي أسبق على المجتمع نفسة . وتحمل الأسرة مسئولية خطيرة تجاه المجتمع باعتبارها أول مجال تربوي يتواجد فيه الطفل ويتفاعل معه وفيها يحصل على مقومات نموه العقلي، والجسمي، والصحي، ومنها أيضاً يستقي عاداته وتقاليده وقيمه. وللأسرة أهمية كبيرة في غرس الوعي الصحي لأفرادها كونها مصدر إشباع حاجاتهم الأساسية، فمن أهم وظائف الأسرة نقل الثقافة إلى أبنائها وهو الميراث الثقافي الذي يظل مع الفرد طيلة حياته ويتحكم في سلوكه واختياراته. ولذلك لابد من تفعيل دور الأسرة نحو تحسين وتطوير الوعي الصحي لأبنائها حتى يتمكنوا بدورهم من تولي مسئولية أسرهم فيما بعد .

المدرسة؛ هي المؤسسة الاجتماعية الرسمية الأولى وظيفتها التربية، وتشتق المدرسة وظيفتها من ثقافة المجتمع كما أنها تعبر عن فلسفته ، واتجاهاته، وحاجاته وهي وسيلة في اكتساب الطلاب القيم والاتجاهات التي ينشدها (لطيفة خضر، 2000 : 15) . وتعمل المدرسة على تنمية شخصية التلميذ الإدراكية والانفعالية، والوجدانية، والجسمية وكذلك غرس قيم، ومعتقدات، المجتمع في نفوس التلاميذ، بالإضافة إلى ذلك تعمل المدرسة على نقل التراث الثقافي، وتجديده (فرج عيوري ، 2005 :2) . ولذلك فالمدرسة باعتبارها مؤسسة تربوية مباشرة فدورها لا يقتصر على الوظيفة التدريسية فقط وإنما وفي وظيفتها العلمية التي من المفترض أن تمتد إلى النواحي الصحية للفرد والممارسة السلوكية لتلك المعرفة العلمية .

الإعلام ؛ تعد وسائل الإعلام من أهم الوسائل لتنمية المجتمع في جميع مجالات الحياة ونظرا لدوره الكبير في مجال ثقيف أفراد المجتمع وتوعيتهم فإن دور الإعلام في مجال التثقيف والوعي الصحي يعتبر مدخلاً فاعلاً لتغيير سلوك المجتمع ككل نحو عادات صحية سليمة (مصعب المعايطة، 2014 : 17). ومع التطور التكنولوجي الهائل والثورة المعرفية تطورت وتنوعت وسائل الاتصال بشكل كبير وزاد ذلك من تأثيرها على الجمهور من جميع الأعمار ذكور وإناث وأصبحت تؤدي دور توعوي في مجال الثقافة الصحية نظراً لوصولها لفئات كثيرة من المجتمع. وأشار (مصعب المعايطة) أن التوعية الصحية تسهم في تبني أفراد المجتمع نمط حياة وممارسات صحية سليمة من أجل رفع المستوى الصحي للمجتمع، ولذلك فإنها تعتبر من المهام التي ينبغي على وسائل الإعلام أن تقوم بها (مصعب المعايطة :2014 , 49) .

ورغم أن الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام لهم دور كبير في رفع مستوى الوعي الصحي للمرأة في المجتمع وفق منظومة القيم والمعايير السائدة في المجتمع من ناحية والتطور العلمي من ناحية أخرى، ومحاولة نقد التراث الثقافي الذي لا يتوافق مع التقدم الصحي لإعداد جيل واعي يلعب دور فاعل في تحسين الوعي الصحي لدى المرأة يشاركها فيه الرجل والأسرة والمجتمع ككل حتى يتحقق لها الاستقرار النفسي والصحة العامة وتجنبها كثير من الأمراض التي تؤثر على أدائها المجتمعي بشكل عام، إلا أن هناك مؤسسات تربوية غير مباشرة تلعب دور في حياة المرأة في مرحلة انقطاع الطمث وتأثيرها عليها سواء بالسلب أو الإيجاب وهي جماعة الرفاق، والمؤسسة الدينية؛ ففي جماعات الرفاق يتدخل هنا في الغالب الموروث الشعبي ولا يتوقف ذلك على الأميات ولكن يشمل حتى المتعلمات، حيث يتفهمن كل منهن طبيعة المرحلة والكلام بحرية عن أعراضها وطرق العلاج بعيداً عن الحرج . أما دور العبادة فلها دورها العام في نشر الدعوة للرفق بالمرأة ومشاركتها آلامها وخاصه في تلك المرحلة العمرية، كما تمثل دور العبادة للمرأة في تلك المرحلة الملجأ من أعراضها ومرحلة التفرغ للعبادة ومحاولة علاجية لتخفيف ما تعانيه من أعراض وضغوط نفسية عديدة .

الدراسة الميدانية :-

فروض الدراسة :-

تحاول الدراسة التوصل إلى معرفة درجة وعي المرأة المصرية في الريف والحضر بطبيعة مرحلة ما بعد انقطاع الطمث ورؤيتهن الخاصة لمفهومها في ضوء ثقافتهن . وفي ضوء ذلك تحاول الدراسة الإجابة على الفروض الأتية :-

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحضر والريف في معاناة المرأة من أعراض المرحلة الجسدية والنفسية وأعراض أمراض أخرى تصاحب المرحلة .
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والأعراض الجسدية، والنفسية ، وأعراض لأمراض تصاحب المرحلة .
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى الاقتصادي والأعراض الجسدية، والنفسية ، وأعراض لأمراض تصاحب الرحلة .
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى المرأة في الريف والحضر فيما تعنيه مرحلة انقطاع الطمث بالنسبة لهن .
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المرأة في الريف والحضر في مصادر المعلومات والخبرات الصحية للمرأة في مرحلة انقطاع الطمث ومدى ارتباط ذلك برؤيتهن للممارسات السلوكية الصحية الأفضل لهن في تلك المرحلة .
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المرأة في الريف والحضر ورؤيتهن للنتيجة الأكثر إيجابية لديهن لعلاج أعراض المرحلة
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر لطبيعة المرحلة والضغوط الاجتماعية المؤثرة عليهن .
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر للعوامل الاجتماعية والثقافية التي تلعب دور في الضغوط النفسية على المرأة في تلك المرحلة.
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر للعوامل التي تقلل من الأعراض النفسية في هذه المرحلة .
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر والتوجهات الإيجابية والسلبية لهن في تلك المرحلة .

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر في المصطلح الأفضل لهن للمرحلة .

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والاقتصادي من جهة وأسباب الأعراض التي تراها المفحوصات الخاصة بأعراض المرحلة العمرية من جهة أخرى .

عينة الدراسة :-

اقتصرت عينة الدراسة على عدد 165 امرأة منهن 40 امرأة ريفية، و 125 امرأة حضرية . وكان اختيار العينة مقصودة، وجاء التطوع أساساً للإجابة على أسئلة الاستبانة وهو أمر يعطي صدقاً لإجابة المبحوثات خاصة في طبيعة المرحلة العمرية بالنسبة للمرأة وخجل الكثيرات منهن التطرق بالحديث عنها، واعتبارها من الأمور الخاصة التي لا يجب الحديث عنها من الناحية الأخلاقية .

حدود الدراسة

واجهت الباحثة صعوبات في التطبيق منها؛ رفض الكثيرات الإجابة عن الاستبانة باعتبارها أمر خارج عن ما تتمتع به المرأة من حياء، وصعوبة الكشف عن حالات انقطاع الطمث – خاصة في الحضر – ويرجع ذلك لعوامل اجتماعية وثقافية منها، الحرج وعدم الرغبة في الحديث باعتبارها من الأمور الخاصة، أو إنكار المرأة في بعض الحالات دخولها لتلك المرحلة . وهذا من مبررات ما جعل الباحثة تنطلق بحدود البحث في التطبيق بين محافظتين الغربية والمنوفية لمحاولة تطبيق العينة وذلك لما واجهته من صعوبات .

أداة البحث :-

تمثلت أداة الدراسة في استبيان تضمن أسئلة مغلقة . وتضمن مجموعة من المتغيرات الديموغرافية ، والتربوية . واحتوت صحيفة الاستبيان على تحديد سن انقطاع الطمث، وطبيعة الانتماء الثقافي (حضري – ريفي) والمستوي التعليمي، والمستوى الاقتصادي . وذلك لقياس إن كان هناك تمايز في الوعي الصحي لدى المرأة بين الريف والحضر ومع اختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي . كما تضمنت بنود الاستبانة ثلاثة عشر سؤالا اندرج تحت كل منها مجموعة من العبارات تمثل إجابات

متنوعة للسؤال الرئيس . منها الأعراض التي تتعرض لها في هذه المرحلة من أعراض جسمية ونفسية وأعراض لبداية أمراض، معرفة وجهة نظرهن في أسباب هذه الأعراض، والمفهوم المحدد لدى المرأة عن هذه المرحلة .

كما تضمنت أيضاً بنود الاستبانة معرفة مصادر المعلومات عن هذه المرحلة لدى كل منهن، والممارسات السلوكية التي تتبعها المرأة في تلك المرحلة، كما ركزت الاستبانة على معرفة الأسباب التي تتحكم في السلوك الصحي السليم أو المريض للمرأة وعلاقة ذلك بالمستوى الثقافي، والحالة الاجتماعية والأوضاع الاقتصادية، وماهي التوجهات التي تحملها هذه المرحلة بالنسبة لها سواء كانت سلبية أم إيجابية، ورؤيتهن للمصطلح الأنسب لهذه المرحلة . وقد تم القيام باختبار الصدق والثبات للاستبانة . وتم الاعتماد على الصدق الظاهري من خلال عرض الاستبانة على متخصصين في المجال التربوي والاجتماعي وتم الأخذ بآرائهم من إجراء تعديلات لبعض صياغات الأسئلة . أما الثبات فقد تم إجرائه تحليل ألفا كرونباخ وجاء بمستوى بين 0.7 , 0.8 على المقاييس التي تم استخدامها والموضحة في الجداول لاحقاً، وهو يعتبر مستوى جيد ويعطي الاطمئنان على ثبات الأداة .

الأساليب الإحصائية :-

تم الاعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS (النسخة 24)، في إدخال البيانات وتحليلها لاستخراج النتائج . وقد تم الاعتماد على مجموعة من الوسائل الإحصائية تمثلت في الآتي :-

- الإحصاء الوصفي المتمثلة في النسب المئوية .
- اختبار مربع كآي Chi – Square ، وذلك لقياس الفروق في النسب بين المتغيرات المختلفة .
- مقاييس العلاقة معامل الارتباط بيرسون Pearson ، وذلك للكشف عن العلاقة بين المتغيرات المختلفة .

نتائج الدراسة :-

وللتحقق من الفرض الأول من فروض الدراسة : " لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحضر والريف في معاناة المرأة من أعراض المرحلة الجسدية والنفسية وأعراض الأمراض الأخرى التي تصاحب المرحلة . يظهر في الجداول (١،٢،٣) .

جدول (١) الفروق بين النسب في مدى إحساس المرأة بالأعراض الجسدية لمرحلة انقطاع الطمث في الحضر والريف

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
هبات ساخنة وتعرق شديد	حضر	66.7%	33.3%	.092
	ريف	79.5%	20.5%	
زيادة في الوزن	حضر	73.7%	26.3%	. 107
	ريف	60.6%	39.4%	
صداع والآم بالمفاصل	حضر	89.3%	10.7%	.245
	ريف	94.9%	5.1%	
إحساس بالتعب	حضر	95.1%	4.9%	.177
	ريف	100.0%	0.0%	
سرعة خفقان القلب	حضر	53.8%	46.2%	.313
	ريف	60.6%	39.4%	
سقوط الشعر وتغير طبيعته	حضر	65.5%	34.5%	.005
	ريف	87.5%	12.5%	
ذبول البشرة وظهور تجاعيد في الوجه والرقبة	حضر	48.7%	51.3%	.38
	ريف	66.7%	33.3%	
ترقق الجلد بشكل عام	حضر	36.4%	63.6%	.016
	ريف	57.9%	42.1%	
تنميل ووخز في مناطق عدة من الجلد	حضر	52.2%	47.8%	.50
	ريف	70.3%	29.7%	
جفاف المهبل وصعوبة في الجماع	حضر	35.0%	65.0%	.066
	ريف	51.4%	48.6%	

مستوى الدلالة أقل من 0.050

يوضح الجدول السابق في الأعراض الجسمية أن النساء في الريف أكثر من الحضر في معاناتهم من أغلب الأعراض الجسدية وقد يرجع ذلك لعوامل بيئية من طبيعة الأعمال الشاقة التي تقوم بها المرأة في الريف وعدم اهتمام المرأة في الريف بعلاج هذه الأعراض، وعدم الإحراج في الإفصاح عنها كونها مرحلة عادية تمر بها . أما عن أهل المدينة فيعانين من نفس الأعراض ولكن الإفصاح عنها يكون أقل من أهل الريف حيث الاعتقاد بأن المرأة لا يجب أن تظهر عوامل ضعفها في هذه المرحلة حيث يؤثر ذلك على الجانب النفسي .

جدول (٢) الفروق بين النسب في مدى إحساس المرأة بالأعراض النفسية بين الحضر والريف

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
العصبية الشديدة لأتفه الأسباب	حضر	64.7%	35.3%	.548
	ريف	64.1%	35.9%	
اضطرابات في النوم	حضر	64.4%	35.6%	.045
	ريف	47.5%	52.5%	
اضطرابات في النوم ليلاً	حضر	61.5%	38.5%	.465
	ريف	64.1%	35.9%	
قلق مع قلة التركيز ونسيان	حضر	76.5%	23.5%	.216
	ريف	68.4%	31.6%	
صعوبة اتخاذ القرار	حضر	44.6%	55.4%	.407
	ريف	48.6%	51.4%	
الحساسية الزائدة وسرعة التأثر بالنقد	حضر	44.0%	56.0%	.225
	ريف	35.1%	64.9%	

في الجدول السابق تمثلت الأعراض النفسية أكثر عند المرأة في الحضر عنها في الريف ويرجع ذلك لكثرة الضغوط الحياتية لدى المرأة في الحضر أكثر من الريف فرغم تعليم المرأة في الحضر والذي من المفترض أن يؤدي إلى مستوى أفضل اقتصادياً ويؤثر على مستوى الرفاه لها ولأسرتها إلا أننا نجدها تعمل أكثر من عمل بالإضافة إلى الأعمال المنزلية ورعاية وتربية أبنائها ومتطلبات الحياة الزوجية وهو ما يمثل ضغوطات أكبر من المرأة في الريف وخصوصاً في تلك المرحلة . وعلى الرغم أنه لا يوجد دلالة في الفروق بين النسب لكن كانت النسب المئوية للمرأة في الحضر أكثر من الريف وهو ما أفصح عنه . وكان هناك دلالة في اضطرابات النوم عند الحضر والريف . وإن كانت النسب في إجمالها قليلة وغير دالة إحصائياً.

جدول (٣) الفروق بين النسب في مدى إحساس المرأة بأعراض أخري بداية لأمراض تصاحب المرحلة في الحضر والريف

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
ارتفاع نسبة الكوليسترول	حضر	49.2%	50.8%	.440
	ريف	45.9%	54.1%	
ارتفاع الضغط	حضر	54.8%	45.2%	. 335
	ريف	60.5%	39.5%	
تصلب في شرايين القلب	حضر	19.3%	80.7%	.374
	ريف	14.7%	85.3%	
هشاشة العظام	حضر	62.0%	37.2%	.382
	ريف	77.8%	22.2%	
نقص فيتامين د	حضر	59.0%	41.0%	.119
	ريف	45.5%	54.5%	

في الجدول السابق جاءت نسب معاناة المرأة في الحضر ببداية أمراض أخرى منها ارتفاع الكوليسترول وتصلب في شرايين القلب ونقص فيتامين د أعلى منها عند المرأة في الريف التي أحست بارتفاع الضغط وهشاشة العظام بصورة أكبر من الحضر وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع المستوى الثقافي والوعي الصحي لدى المرأة في الحضر عن الريف وهي نسب بسيطة وأيضا غير دالة إحصائياً .

جدول (٤) *الفروق بين النسب في رؤية المرأة في الحضر والريف لأسباب الأعراض الجسدية والنفسية وأعراض أمراض أخرى*

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
انقطاع الحيض العامل الأساس	حضر	58.2%	41.8%	.136
	ريف	70.6%	29.4%	
كبر السن	حضر	65.8%	34.2%	.003
	ريف	89.5%	10.5%	
عوامل وراثية من الأم أو أهل الأب	حضر	52.8%	47.2%	.129
	ريف	37.5%	62.5%	
ضغوطات الحياة وتعاظم مسئوليات المرأة	حضر	87.2%	12.8%	.496
	ريف	85.2%	14.8%	
نقص هرمون الاستروجين	حضر	59.4%	40.6%	.425
	ريف	54.5%	45.5%	
نقص هرمون البروجيسرون	حضر	49.4%	50.6%	.456
	ريف	45.0%	55.0%	

في الجدول السابق كانت رؤية المرأة في الريف والحضر متقاربة في أغلب الأسباب الجسمية والنفسية، ولكن ظهر عامل كبر السن بتأييد أكثر من قبل المرأة في الريف عن الحضر وظهر بمستوى دلالة مرتفع 003. وهو ما يفسر إنكار المرأة في الحضر وصولها لهذه المرحلة ورؤية الآخرين السلبية لها، فهي مازالت تعمل في كافة المجالات، ومنتجة وتخدم المجتمع وعلى مستوى الأسرة أيضاً . أما المرأة في الريف فإنها تدرك بقناعة عن أنها عوامل كبر سن نظراً لطبيعة الحياة في الريف .

وفي نطاق الكشف عما إذا كانت هناك علاقة بين المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والأسباب التي تري المفحوصات علاقتها بأعراض المرحلة الجسدية والنفسية والأعراض الأخرى لبداية أمراض وهو المتعلق بالفرض الثاني للدراسة : " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والأعراض الجسدية، والنفسية، وأعراض لأمراض تصاحب المرحلة . عند مستوى 0.01 > فإن الجدول التالي يوضح درجة هذه العلاقة وقوتها :

جدول (٥) يوضح العلاقة بين المستوى التعليمي و الأسباب التي ترى المفحوصات علاقتها بأعراض المرحلة الجسدية والنفسية والأعراض الأخرى لبداية أمراض.

المتغير	قوة ودرجة العلاقة
التعليم	.276**
الأعراض الجسدية	.221**
الأعراض النفسية	.249**
أعراض أخرى لبداية أمراض	.225**

*P< 0.01

ويظهر الجدول السابق وجود علاقة بين المستوى التعليمي ومعاناة المرأة وكذلك وعيها بالأعراض الجسدية والنفسية وأيضاً الأعراض الأخرى لبداية أمراض . وهذا يدل على أثر التعليم والوعي الصحي الضروري لدعم المرأة في تلك المرحلة العمرية الهامة وتفادي تلك الأمراض التي تؤثر علي دورها المجتمعي في التنمية .

أما ما يتعلق بالفرض الثالث " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى الاقتصادي والأعراض الجسدية، والنفسية، وأعراض لأمراض تصاحب المرحلة . عند مستوى 0.01 > فإن جدول (٦) التالي يوضح درجة هذه العلاقة وقوتها :

جدول (٦) يوضح العلاقة بين المستوى الاقتصادي و الأسباب التي ترى المفحوصات علاقتها بأعراض المرحلة الجسدية والنفسية والأعراض الأخرى لبداية أمراض

المتغير	قوة ودرجة العلاقة
المستوى الاقتصادي	-.135
الأعراض الجسدية	.221**
الأعراض النفسية	.249**
أعراض أخرى لبداية أمراض	.225**

*P< 0.01

وهنا ظهرت علاقة بين كل من أسباب الأعراض الجسدية والنفسية وأعراض الأمراض الأخرى والعامل الاقتصادي حيث يلعب العامل الاقتصادي دور مهم في زيادة أو تخفيض العبء على المرأة وعلى ما تعانيه في هذه المرحلة من أعراض جسدية وضغوطات نفسية كبيرة تتعلق بتعدد أدوارها ، وهذا يرتبط بما تتعرض له كذلك من ظهور أعراض أخرى قد تكون لبداية أمراض تصاحب تلك المرحلة العمرية . وعلى النقيض فإن المرأة في الأوضاع الاقتصادية الأكثر رفاه وحصولها على الرعاية الصحية وتمتعها بالوعي الصحي يؤثر ذلك إيجابياً على صحتها وأداءها التنموي والاستفادة من خبراتها في تلك المرحلة.

أما ما يتعلق بالفرض الرابع " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى المرأة في الريف والحضر والريف فيما تعنيه مرحلة انقطاع الطمث بالنسبة لهن . فإن جدول (٧) التالي يوضح درجة هذه العلاقة وقوتها :

جدول (٧) يوضح الفروق بين النسب لدى المرأة في الحضر والريف فيما تعنيه مرحلة انقطاع الطمث بالنسبة لهن .

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
انقطاع الحيض	حضر	44.5%	55.5%	.291
	ريف	36.0%	64.0%	
عدم الإنجاب	حضر	40.2%	59.8%	. 309
	ريف	48.0%	52.0%	
نهاية الإنجاز والعمر	حضر	17.9%	82.1%	.002
	ريف	50.0%	50.0%	
بداية أمراض الشيخوخة مثل الضغط والقلب ,....	حضر	50.8%	48.2%	.289
	ريف	59.4%	40.6%	
بداية لحياة من الحرية ودون قلق	حضر	51.8%	48.2%	.303
	ريف	60.0%	40.0%	
بداية مرحلة انطلاق للإنجاز في العمل	حضر	50.5%	49.5%	.500
	ريف	47.6%	52.4%	
بداية التجاهل والإهمال من الزوج والمجتمع	حضر	20.0%	80.0%	.174
	ريف	31.8%	68.2%	

يشير الجدول السابق إلى النظرة السلبية الأعلى لدى المرأة في الريف عنها في الحضر فهي مرحلة عدم الانجاب ، وبداية أمراض الشيخوخة على الرغم من أن مستوى الدلالة ضعيف أكثر من 0.050 . أما رؤيتهم أنها بداية مرحلة الحرية دون قلق مثلت أعلى من الحضر وذلك قد ترجع لأسباب ترتبط برؤيتهن لانقطاع الطمث والحمل والولادة واستخدام اساليب منع الحمل وغيرها وقد يرتبط بالموروث الثقافي الريفي الاطمئنان من الرقابة على المرأة . وعلي الجانب الآخر ظهر هناك ارتباط قوي أقل من 0.050 في رؤية المرأة في الريف والمدن أنها مرحلة نهاية العمر والإنجاز ، ما يدل على رؤية المرأة المصرية بشكل عام في الريف والمدن السلبية لهذه المرحلة . ولمعرفة النسب العامة لكل نساء العينة من الريف والحضر في المفهوم الأكثر قبولاً لهن عن هذه المرحلة نستعرضها في الجدول التالي .

جدول (٨) النسب المئوية للمفهوم المحدد حول طبيعة المرحلة من وجهة نظر المرأة المصرية

المتغير	النسب المئوية نعم	لا	مفقودين
انقطاع الحيض	35.2	46.7	18.1
عدم الإنجاب	34.5	48.5	17.0
نهاية الإنجاز والعمر	18.8	60.0	21.2
بداية أمراض الشيخوخة مثل الضغط والقلب	46.7	40.6	12.7
بداية لحياة من الحرية ودون قلق	43.6	38.2	18.2
بداية مرحلة انطلاق للإنجاز في العمل	40.0	40.0	20.0
بداية التجاهل والإهمال من الزوج والمجتمع	17.0	60.0	23.0

يوضح الجدول السابق أن أعلى نسبة قبول بين المرأة في الريف والحضر كان إنها " بداية أمراض الشيخوخة مثل الضغط والقلب " وهو يعبر عن وجهة نظر سلبية لهن بشكل عام .وهذا الجدول والجدول السابق يدللان على التوجه السلبي للمرحلة وإن كان هناك بعض من الاستحياء في التعبير عن هذا التوجه بشكل واضح .

أما ما يتعلق بالفرض الخامس " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرأة في الريف والحضر في مصادر المعلومات والخبرات الصحية للمرأة في مرحلة انقطاع الطمث . الجداول التالية (٩، ١٠ ،١١ ، ١٢) يوضح درجة هذه العلاقة وقوتها .

جدول (٩) الفروق بين النسب في مصدر المعلومات والخبرات الصحية للمرأة في الحضر والريف

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
المركز الصحي – المستشفى	حضر	71.2%	28.8%	.002
	ريف	100.0%	0.0%	
الطبيب الخاص	حضر	90.6%	9.4%	. 281
	ريف	100.0%	0.0%	
الأم ، الأقارب ، الأخوات الأكبر	حضر	83.3%	16.7%	.035
	ريف	100.0%	0.0%	
الصديقات	حضر	79.3%	20.7%	.376
	ريف	71.4%	28.6%	
وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي	حضر	78.5%	21.5%	.239
	ريف	63.6%	36.4%	

أوضح الجدول السابق إلى أن هناك فروق في النسب ذات دلالة احصائية عالية في مصدر المعلومات لكل من المرأة في الريف والحضر من المركز الصحي أو المستشفى، وأيضاً من الأمهات والأقارب والأخوات الكبار، وإن كانت النسبة أكبر لدى النساء في الريف من المدينة حيث وصلت إلى 100% . ويرجع ذلك إلى عوامل اقتصادية وثقافية تحكم لجوء المرأة في الريف والحضر بنسبة عالية إلى هذه المصادر . ورغم أن بقية مصادر المعلومات لم تظهر في الفروق في النسب دلالة احصائية إلا أنها سجلت نسب مرتفعة إلى حد ما وذلك لدى المرأة في الريف والمدن . أما وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي وهي وسيلة تربوية تسهم في نشر الوعي لدى المرأة لم تسجل النسب فيها دلالة مرتفعة ما يدل على غياب الدور التربوي التوعوي .

جدول (١٠) الفروق بين النسب في أشكال التوعية التي تحصل عليها المرأة في الريف والحضر التي يقدمها المركز الصحي أو الطبيب الخاص

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
إعلانات دورية عن ضرورة إجراء فحوصات للمرأة	حضر	62.5%	37.5%	.137
	ريف	75.9%	24.1%	
تقديم استشارات مجانية	حضر	57.1%	42.9%	. 492
	ريف	60.0%	40.0%	
بروشورات وإعلانات توعوية حائطية	حضر	40.2%	59.8%	.157
	ريف	25.0%	75.0%	
إعلانات عن محاضرات توعوية بالمراكز الصحية	حضر	17.6%	82.4%	.543
	ريف	15.0%	85.0%	
إعلانات عن فحوصات كثافة العظام والهرمونات	حضر	27.3%	72.7%	.202
	ريف	39.1%	60.9%	

أوضح الجدول السابق مستوى دلالة ضعيف في أشكال التوعية التي تقدم للمرأة وذلك في كل من الريف والحضر على السواء مما يدل على قصور التوعية المقدمة للمرأة في هذه المرحلة العمرية وخاصة من الجهات الصحية بشكل عام .

جدول (١١) الفروق بين النسب في الممارسات السلوكية الصحية الأفضل التي ترى المرأة ضرورة اتباعها للتخلص من أعراض المرحلة بين الحضر والريف

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
متابعة المركز الصحي	حضر	45.3%	54.7%	.046
	ريف	64.5%	35.5%	
متابعة الطبيب الخاص (نساء – عظام وغيرها)	حضر	79.3%	20.7%	. 419
	ريف	83.3%	16.7%	
إجراء فحوصات طبية	حضر	76.5%	23.5%	.468
	ريف	80.0%	20.0%	
اتباع تغذية صحية	حضر	62.7%	37.3%	.159
	ريف	80.0%	16.7%	
اتباع الطب الشعبي لأنها أفضل في استعادة الصحة	حضر	28.4%	71.6%	.004
	ريف	56.3%	43.8%	
الاتجاه إلى إجراء عمليات تجميلية كرفض لسلبيات المرحلة العمرية	حضر	5.6%	94.5%	.067
	ريف	18.2%	81.8%	
أخذ المكملات الهرمونية	حضر	24.3%	75.7%	.312
	ريف	31.8%	68.2%	

يشير الجدول السابق إلى وجود فروق في النسب في الممارسات السلوكية الصحية الأفضل التي ترى المرأة ضرورة اتباعها للتخلص من أعراض المرحلة بين الحضر والريف بدلالة أعلى في كل من متابعة المركز الصحي، واتباع الطب الشعبي وجاءت النسب المئوية فيهما أعلى في الريف عن الحضر وذلك يرجع إلى الأوضاع الاقتصادية الفقيرة والثقافية الضعيفة وهذا يتوافق مع ما جاء في جدول (٩) الذي مثلت فيه مصادر المعلومات الصحية ذات الدلالة المرتفعة في المركز الصحي والأمهات والأخوة الكبار.

جدول (١٢) الفروق بين نسب رؤية المرأة في الحضر والريف حول الأسباب الأكثر أهمية لديهم التي تتحكم في السلوك الصحي السليم أو المريض في مرحلة انقطاع الطمث

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
المفاهيم والمعتقدات المتوارثة من الأمهات	حضر	68.5%	31.5%	.117
	ريف	80.6%	19.4%	
التأثر بالمحيطين من أصدقاء وأقارب	حضر	70.5%	29.5%	. 594
	ريف	70.8%	29.2%	
الموارد الاقتصادية	حضر	72.2%	27.8%	.377
	ريف	66.7%	33.3%	
ثقافة المرأة ومستوى التعليم	حضر	95.7%	4.3%	.027
	ريف	82.8%	17.2%	
عمل المرأة	حضر	89.7%	10.3%	.102
	ريف	78.6%	21.4%	

أشار الجدول السابق أن ثقافة المرأة ومستوى التعليم من أهم الأسباب التي تتحكم في السلوك الصحي السليم أو المريض للمرأة سواء في الريف أو المدن وذلك في نسبة الفروق بينهن حيث حصل على دلالة مرتفعة أقل من 0.050 . وهذا يدل على تأييد المرأة في الريف والمدن على دور التعليم في زيادة وعي المرأة الصحي وانعكاس ذلك على سلوكها في تلك المرحلة .

وفي تأكيد للدور الثقافي والتعليمي للمرأة جاء الجدول التالي ليوضح بالنسب المئوية وجهة نظر المرأة بشكل عام بين أفراد العينة للأسباب التي تتحكم بالسلوك السليم الصحي لهن في تلك المرحلة .

جدول (١٣) النسب المئوية لوجهة نظر المرأة في الأسباب التي تتحكم في السلوك السليم والصحي للمرأة

المتغير	النسب المئوية		
	نعم	لا	مفقودين
المفاهيم والمعتقدات المتوارثة من الأمهات	**63.6**	**25.5**	**10.9**
التأثر بالمحيطين من أصدقاء وأقارب	**58.2**	**24.2**	**17.6**
الموارد الاقتصادية	**57.0**	**23.0**	**20.0**
ثقافة المرأة ومستوى التعليم	**82.4**	**6.1**	**11.5**
عمل المرأة	**77.0**	**10.9**	**12.1**

فقد أشار الجدول السابق إلى أهمية المستوى التعليمي والثقافي للمرأة حيث حصل على أعلى نسبة موافقة بين أفراد العينة 82.4 % ، يليه عمل المرأة 77.0% وهو مرتبط بالعامل الثقافي ومستوى التعليم مما يعزز الدور الثقافي والتعليمي في نشر الوعي الصحي بين النساء بوجه عام في مصر ، وهو ما يتطابق مع الحرص على تعليم الفتاة في المجتمع المصري بصفة عامة ويؤكد على الدور التربوي في نشر الوعي الصحي للمرأة بصفة خاصة في كل تلك المرحلة من خلال مؤسسات التربية المباشرة وغير المباشرة .

أما ما يتعلق بالفرض السادس " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرأة في الريف والحضر ورؤيتهن للنتيجة الأكثر إيجابية لديهن لعلاج أعراض المرحلة . يظهر في الجداول (14-15) .

جدول (١٤) الفروق في النسب بين المرأة في الحضر والريف ورؤيتهم للنتيجة الأكثر إيجابية لدى كل منهم في علاج أعراض المرحلة

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
العلاج الطبي	حضر	87.2%	12.8%	.283
	ريف	80.8%	19.2%	
العلاج الشعبي	حضر	28.3%	71.7%	. 021
	ريف	50.0%	50.0%	
العبادات الروحية	حضر	88.0%	12.0%	.221
	ريف	94.4%	5.6%	

يشير الجدول (١٤) إلى أن الفروق في النسب بين المرأة في الحضر والريف من وجهة نظرهم للنتيجة الأكثر إيجابية لعلاج أعراض المرحلة كانت للعلاج الشعبي حيث كانت دلالته مرتفعة حيث سجلت أقل من 0.05 ، والذي يتمثل في مجموعة من المعتقدات الشعبية وهو يمثل جانب أساس من عادات وتقاليد المجتمعات ، فهو لا يقتصر فقط عل العلاج بالأعشاب أو الفكر الخرافي أو الغيبي ولكنه ارتبط في بعض جوانبه بذخيرة من الخبرة الشعبية المتوارثة والتي صقلتها المحاولة والخطأ، وهو هنا ينتقل من الأمهات أو الأقارب كبار السن إلى المرأة التي تدخل تلك المرحلة العمرية . وفي مراجعة النسب نجد أن هذا التوجه أكثر إيجابية عند أهل الريف منه في الحضر وذلك راجع للمستوى الثقافي المنخفض عنه في المدينة والتمسك بالتقاليد الموروثة بشكل أكبر من الحضر . لكن بالمقارنة مع جدول النسب المئوية لوجهة نظر نساء العينة من الريف والحضر على وجه العموم كما في الجدول التالي

جدول (١٥) النسب المئوية لوجهة نظر المرأة المصرية في تلك المرحلة للنتيجة الأكثر إيجابية في علاج الأعراض التي تعاني منها

المتغير	النسب المئوية		
	نعم	لا	مفقودين
العلاج الطبي	74.5	12.2	13.3
العلاج الشعبي	27.9	55.8	16.3
العبادات الروحانية	83.0	9.7	7.3

يوضح الجدول السابق أن العبادات الروحية كانت هي الوسيلة الأكثر إيجابية وهذه النسبة المرتفعة تتوافق مع التوجه العام السلبي الانسحابي للمرأة في هذه المرحلة والذي يتوافق مع رؤيتهن لطبيعة المرحلة أنها " مرحلة نهاية الإنجاز والعمر " جدول (٧) . وهي وجهة النظر الغالبة لدى نساء الطبقة الوسطي المصرية في المدن وذات الطبقة

والفقيرة في الريف فالتوجه للعبادات الروحية – والمتمثلة في حفظ القرآن والصيام والمواظبة على حضور حلقات دينية في المسجد – في كثير من الأحوال تمثل علاج نفسي لأعراض المرحلة ، وحياء من الحديث فيها ، ولتجنب النظرة السلبية من المحيطين .

أما ما يتعلق بالفرض السابع " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر لطبيعة المرحلة والضغوط الاجتماعية المؤثرة عليهن . يظهر في الجداول (16-17)

جدول (١٦) الفروق بين نسب رؤية المرأة في الحضر والريف الخاصة بطبيعة المرحلة العمرية والضغوط الاجتماعية المؤثرة عليهن .

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
هل تنظرين إلى هذه المرحلة بصورة إيجابية ؟	حضر	89.3%	10.7%	.391
	ريف	86.1%	13.9%	
هل تنظرين إلى هذه المرحلة بصورة سلبية؟	حضر	14.9%	85.1%	. 178
	ريف	23.5%	76.5%	
هل تشعرين بالخجل في هذه المرحلة ؟	حضر	11.2%	88.8%	.407
	ريف	14.3%	85.7%	
هل الخوف من نظرة الزوج السلبية للمرأة هو السبب ؟	حضر	19.0%	81.0%	.415
	ريف	15.2%	84.8%	
هل نظرة المجتمع السلبية هو السبب ؟	حضر	23.7%	76.3%	.009
	ريف	47.1%	52.9%	
هل نظرتك الخاصة للمرحلة وأعراضها هي السبب ؟	حضر	18.4%	81.6%	.002
	ريف	45.7%	54.3%	
هل عدم القدرة على إنجاب الأطفال هو السبب ؟	حضر	8.0%	92.0%	.051
	ريف	20.0%	80.0%	
هل ما تعانيه من أعراض خاصة بالنواحي الجنسية هي السبب ؟	حضر	4.4%	95.6%	.057
	ريف	14.3%	85.7%	

يوضح الجدول السابق أن رؤية المرأة في الريف والمدن الخاصة بطبيعة تلك المرحلة ترجع إلى نظرة المجتمع السلبية، وإلى نظرتها هي الخاصة للمرحلة وما بها من أعراض وكانت مستوى الدلالة في هاذين العاملين بمستوى مرتفع أقل من 0.050 . وكانت النسب في الريف أكثر من المدن وذلك يرجع لطبيعة الثقافة التي تفرض على المرأة قيود منها عدم الإفصاح والإحراج من الحديث في تلك الموضوعات وإن كانت تشاركها المرأة

في المدينة نفس الثقافة ولكن بنسبة أقل. ويتوافق مع الجدول السابق الجدول التالي للنسب المئوية لنساء العينة من ريف وحضر .

جدول (١٧) النسب المئوية لوجهة نظر المرأة الإيجابية أو السلبية لطبيعة المرحلة والضغوط الاجتماعية المؤثرة على تلك النظرة

المتغير	النسب المئوية نعم	لا	مفقودين
وجهة النظر الأولى	84.8	10.9	4.3
وجهة النظر الثانية	15.2	74.5	10.3
وجهة النظر الثالثة	10.9	80.6	8.5
وجهة النظر الرابعة	16.4	73.9	9.7
وجهة النظر الخامسة	26.7	65.5	7.8
وجهة النظر السادسة	22.4	67.9	9.7
وجهة النظر السابعة	9.7	80.0	10.3
وجهة النظر الثامنة	6.1	83.6	10.3

يشير الجدول السابق إلى تصريح نسبة مرتفعة 84.8% لغالبية أفراد العينة بوجهة نظرهن الإيجابية تجاه المرحلة . ورغم ذلك فقد عبرن عن وجهة نظرهن بأن نظرة المجتمع السلبية للمرأة في هذه المرحلة كان لها دورها في وجهة نظر البعض السلبية عن المرحلة وجاء ذلك بنسبة 26.7% ، أعقبها أن النظرة الخاصة بكل منهن والدخول إلى المرحلة وما يصاحبها من أعراض هي أحد أسباب الرؤية السلبية لدى البعض منهن وجاء ذلك بنسبة 22.4% من أفراد العينة . وهو ما يتوافق مع الجدول (١٦) في الدلالة المرتفعة لوجهتي النظر السابقتين .

أما ما يتعلق بالفرض الثامن " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر للعوامل الاجتماعية والثقافية التي تلعب دور في الضغوط النفسية على المرأة في تلك المرحلة . يظهر في الجداول (18-19)

جدول (١٨) الفروق بين النسب في رؤية المرأة في الريف والحضر لأهمية العوامل الاجتماعية والثقافية التي تزيد من الأعراض النفسية في هذه المرحلة

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
ضغوط نفسية نتيجة المرور بالمرحلة	حضر	64.4%	35.6%	.088
	ريف	50.0%	50.0%	
نظرة المجتمع والبيئة المحيطة السلبية للمرأة	حضر	51.7%	48.3%	. 040
	ريف	33.3%	66.7%	
نظرة الزوج السلبية وإهماله للمرأة لعدم قدرته على الإنجاب	حضر	40.0%	60.0%	.018
	ريف	19.4%	80.6%	
ضغوط الحياة من إجهاد وعدم الراحة النفسية والجسدية .	حضر	93.4%	6.6%	.528
	ريف	95.0%	5.0%	
عدم العمل خارج المنزل يشكل عامل أساس في زيادة هذه الأعراض .	حضر	67.5%	32.5%	.456
	ريف	64.9%	35.1%	
نظرة الرجل للمرأة أنها بدأت مرحلة القصور والمرض	حضر	33.9%	66.1%	.361
	ريف	38.9%	61.1%	
إهمال الرجل للمرأة أنها أصبحت ميؤوس منها وضرورة استبدالها بأخرى أصغر سناً	حضر	29.4%	70.6%	.194
	ريف	38.9%	61.1%	
نظرة أفراد الأسرة السلبية للمرأة	حضر	15.6%	84.4%	.521
	ريف	13.9%	86.1%	

يوضح الجدول السابق أن نظرة المجتمع السلبية ، ونظرة الزوج السلبية وإهماله للمرأة لعدم قدرتها على الإنجاب من العوامل المهمة والتي ظهرت لها دلالة مرتفعة للمرأة في الريف والمدينة أقل من 0.050 وإن كانت في المدينة بنسب أكبر منه في الريف . وهو ما يتوافق مع التغيرات المجتمعية والانفتاح على الغرب وزيادة وسائل التواصل الاجتماعي التي غيرت من توجهات الرجل الشرقي في رؤيته للمرأة في هذه المرحلة . رغم أن النسبة المئوية لعامل " ضغوط الحياة التي تتعرض لها المرأة والإجهاد وعدم الراحة النفسية والجسدية " كان مرتفع عند المرأة في الريف والحضر بشكل عام إلا أن لم يكن هناك دلالة مرتفعة ، وهو ما يظهره الجدول التالي .

جدول (١٩) النسب المئوية لوجهة نظر المرأة حول العوامل التي تزيد من الأعراض النفسية في تلك المرحلة

المتغير	النسب المئوية		
	نعم	لا	مفقودين
العامل الأول	57.0	36.4	6.6
العامل الثاني	44.2	49.1	6.7
العامل الثالث	32.1	59.4	8.5
العامل الرابع	91.5	6.1	2.4
العامل الخامس	62.4	30.9	6.7
العامل السادس	32.1	59.4	8.5
العامل السابع	27.9	60.0	12.1
العامل الثامن	13.3	74.5	12.2

فقد أوضح الجدول السابق أن حوالي 57.0% من أفراد العينة يعانين من ضغوط نفسية نتيجة مرورهن بهده المرحلة . وجاء العامل الرابع وهو " ضغوط الحياة التي تتعرض لها المرأة والإجهاد وعدم الراحة النفسية والجسدية " جاء أعلى نسبة من أفراد العينة 91.5% ، بينما جاء العامل الخامس وهو " عدم العمل خارج المنزل " عامل مؤثر في الناحية النفسية للمرأة في تلك المرحلة بنسبة كبيرة أيضاً بلغت 62.4% ،بينما جاءت نظرة المجتمع السلبية للمرأة في المركز الثالث بنسبة 44.2% ، تبعها نظرة الزوج السلبية وإهماله للمرأة لعدم قدرتها على الإنجاب بنسبة 32.1%، ثم لحق بها نسبة 27.9% لعامل " إهمال الرجل للمرأة لأنها أصبحت ميؤوس منها وضرورة إبدالها بأخرى أصغر . وهي جميعها عوامل نفسية قد تختلف ما بين معاناة المرأة منها في الريف والمدن – كما تظهر في جدول (١٨) – وقد ترجع لعوامل أخرى منها مستوى التعليم والمستوى الاقتصادي وغير من عوامل ثقافية ومجتمعية ولكنها في النهاية تمثل عوامل ضاغطة على المرأة تزيد من حدة ما تعانيه خلال تلك المرحلة .

أما ما يتعلق بالفرض التاسع " لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر للعوامل التي تقلل من الأعراض النفسية في هذه المرحلة . يظهر في الجدولين (٢١-٢٠) .

جدول (٢٠) الفروق بين النسب في رؤية المرأة في الريف والحضر للعوامل التي تقلل من الأعراض النفسية في هذه المرحلة

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
الدعم الاجتماعي لحرية المرأة وإنجازاتها في هذه المرحلة	حضر	86.4%	13.6%	.109
	ريف	96.6%	3.4%	
العمل خارج المنزل	حضر	83.9%	16.1%	.095
	ريف	72.2%	27.8%	
تدعيم الزوج ونظرته الإيجابية للمرأة	حضر	89.9%	10.1%	.583
	ريف	90.9%	9.1%	
تدعيم الأصدقاء	حضر	85.0%	15.0%	.207
	ريف	76.7%	23.3%	
وعي المرأة ومعرفتها بتلك المرحلة	حضر	88.6%	11.4%	.335
	ريف	93.5%	6.5%	
مساندة الأهل للمرأة	حضر	64.4%	35.6%	.489
	ريف	62.1%	37.9%	

يشير الجدول السابق إلى عدم وجود فروقاً في النسب ذات دلالة إحصائية بين النساء في الريف والمدن وذلك لكون هذه الأسئلة جميعها تحمل في طياتها توجهات إيجابية من المجتمع المحيط بالمرأة سواء في العمل أو الزوج والأهل والأصدقاء . وهو ما يتوافق مع الجداول السابقة في النتائج التي أفصحت عنها الرؤية السلبية التي تؤثر على المرأة في هذه المرحلة . وهو ما جاء أيضاً متوافق في الجدول التالي .

جدول (٢١) النسب المئوية لوجهة نظر المرأة حول العوامل التي تقلل من الأعراض النفسية للمرأة في تلك المرحلة

المتغير	النسب المئوية		
	نعم	لا	مفقودين
العامل الأول	78.8	10.3	10.9
العامل الثاني	75.8	17.6	6.6
العامل الثالث	83.0	9.1	7.9
العامل الرابع	72.1	14.5	13.4
العامل الخامس	78.8	9.1	12.1
العامل السادس	51.5	29.1	19.4

فقد أوضح الجدول السابق نسب مرتفعة في إجابة أفراد العينة بنعم على كل العوامل مع فروقات طفيفة بينهم، ولكن جاد العامل الثالث وهو أعلى نسبة 83.0% الخاص " تدعيم الزوج ونظرته الإيجابية للمرأة في تلك المرحلة " يليه " وعي المرأة ومعرفتها بتلك المرحلة 78.8% ، والذي يتساوى مع عامل " الدعم الاجتماعي لحرية المرأة وإنجازاتها في هذه

المرحلة بنفس النسبة 78.8% .مما يؤكد على أهمية دعم الرجل والمجتمع المحيط بالمرأة ، وأهمية وعيها بطبيعة المرحلة ومالهم من آثار عليها وعلى أدائها المجتمعي بشكل عام . وتعكس هذه النسب المرتفعة ما تتمناه المرأة من أن يتحقق بالفعل على أرض الواقع والذي أوضحت الكثير من الإجابات السابقة أنها تعاني منه .

أما ما يتعلق بالفرض العاشر " لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر والتوجهات الإيجابية والسلبية لهن في تلك المرحلة ؟ يظهر في الجدولين (٢١-٢٢)

جدول (٢٢) الفروق بين النسب في رؤية المرأة في الريف والحضر للتوجهات الإيجابية والسلبية لهن في تلك المرحلة

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
الشعور بالحرية والأمان	حضر	77.8%	22.2%	.135
	ريف	89.3%	10.7%	
تغيير نمط الحياة من ممارسة أنشطة رياضية وغيرها ...	حضر	54.3%	45.7%	. 154
	ريف	68.0%	32.0%	
نهاية فترة الحيض والحمل والولادة وقلقها .	حضر	76.9%	23.1%	.126
	ريف	64.5%	35.5%	
الاهتمام بالنفس والجسم والتركيز في العمل والإنجاز	حضر	68.5%	31.5%	.134
	ريف	81.5%	18.5%	
الخجل الحديث أو التصريح في الدخول في هذه المرحلة من	حضر	37.8%	62.2%	.439
	ريف	33.3%	66.7%	
مرحلة مرض وقصور في أداء المرأة لدورها الزواجي والإنجابي	حضر	32.0%	68.0%	.489
	ريف	34.8%	65.2%	
التفرغ للعبادة من صيام وصلاة	حضر	90.6%	9.4%	.536
	ريف	92.1%	7.9%	

يشير الجدول السابق إلى عدم وجود فروقاً في النسب ذات دلالة إحصائية بين النساء في الريف والمدن وذلك لكون هذه الأسئلة جميعها تحمل في طياتها توجهات انسحابيه من خجل، وتفرغ للعبادة، أما الاهتمام بالنفس فأيضاً جاءت النسب مرتفعة لكن ليس هناك دلالة، وكذلك الشعور بالحرية أو ممارسة الرياضة، وذلك لسيطرة العوامل الثقافية التقليدية فالمرأة في هذه المرحلة تمثل نهاية العمر ولذلك جاءت نسب الإجابة على سؤال التفرغ للعبادة بنسبة كبيرة بين المستجيبات بالإيجاب وهذا يتوافق مع الثقافة المتدينة

خاصة في الطبقات الوسطى والدنيا من المجتمع المصري التي تقصر حياة المرأة في هذه المرحلة على الجانب الديني . وهو ما أظهره جدول النسب التالي .جدول (٢٣) النسب المئوية لوجهة نظر المرأة حول طبيعة المرحلة العمرية وما تحمله من توجهات خاصه بها

المتغير	النسب المئوية نعم	لا	مفقودين
الشعور بالحرية والأمان	66.1	16.4	17.5
تغيير نمط الحياة	44.8	33.9	21.3
نهاية فترة الحيض والحمل والولادة	62.4	21.8	15.8
الاهتمام بالنفس والجسم والانجاز	59.4	24.2	16.4
الخجل من الحديث أو التصريح بالدخول في هذه المرحلة	27.3	46.7	26.0
مرحلة مرض وقصور في الدور الزواجي	24.8	51.5	23.7
التفرغ للعبادة من صيام وصلاة وحفظ القرآن	85.5	8.5	6.0

أظهر الجدول السابق نسب مرتفعة في إجابات أفراد العينة في الريف والحضر على التوجهات الإيجابية ولكن جاء التوجه الديني أعلى نسبة بين أفراد عينة الدراسة 85.5% ، وهو طبيعة التوجه الثقافي للمرأة المصرية في تلك المرحلة، وجاءت بعد ذلك التوجهات الإيجابية نحو؛ الشعور بالحرية والأمان 66.1%، يليه نهاية فترة الحيض والحمل والولادة – وهو ما يدعم التوجه الأول من الحرية والأمان – بنسبة 62.4% ، وجاء بعد ذلك توجه الاهتمام بالنفس والجسم والتركيز في العمل والإنجاز بنسبة 59.4% . وهي في مجملها توجهات إيجابية تأملها المرأة في هذه المرحلة لكنها لا تتحقق على أرض الواقع نتيجة عدم توافر الوعي الصحي والاهتمام به على المستوى العام مما يجعل المرأة تلجأ في تلك المرحلة إلى التفرغ للعبادات الروحية– من صيام وحفظ القرآن الخ – كوسيلة دفاعية لها وإقناع لمن حولها بإيجابية دورها في تلك المرحلة من الصفاء النفسي والروحي . وهو نوع من الهروب من القصور في مواجهة الواقع الذي لا يهتم بتلك المرحلة وتداعياتها .

أما ما يتعلق بالفرض العاشر " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رؤية المرأة في الريف والحضر في المصطلح الأفضل لهن للمرحلة . يظهر في الجدولين (٢٤-٢٥)

جدول (٢٤) الفروق بين النسب في رؤية المرأة في الريف والحضر للمصطلح الأفضل لها في تلك المرحلة

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
سن اليأس	حضر	22.1%	77.9%	.088
	ريف	39.1%	60.9%	
أزمة منتصف العمر	حضر	15.1%	84.9%	.537
	ريف	11.8%	88.2%	
السنوات الضائعة	حضر	10.1%	89.9%	.503
	ريف	5.9%	94.1%	
سنوات الانتقال	حضر	54.8%	45.2%	.229
	ريف	41.2%	58.8%	
سن الأمان	حضر	74.4%	25.6%	.301
	ريف	82.6%	17.4%	
سن النضج والحكمة	حضر	90.8%	9.2%	.086
	ريف	100.0%	0.0%	

يشير الجدول السابق إلى عدم وجود دلالة إحصائية لأي من المصطلحات السابقة برغم أن نسبة التوافق على مصطلح يعبر عن المرأة المصرية في الريف والمدن كان " سن النضج والحكمة " برغم عدم وجود دلالة احصائية مرتفعة (أقل من050.) ، إلا أنه أخذ نسبة عالية من التوافق بين الريف والحضر . وهذا يتماشى مع رؤية المرأة المصرية الرافضة للمفاهيم السلبية الأخرى التي تتشرفي محيط المرأة في المجتمع . وتتضح أكثر وجهة نظر المرأة حول المصطلح المفضل لها حول تلك المرحلة من الجدول التالي .

جدول (٢٥) النسب المئوية لوجهة نظر المرأة حول المصطلح المفضل لهن لهذه المرحلة

المتغير	النسب المئوية		
	نعم	لا	مفقودين
سن اليأس	15.8	44.8	39.4
أزمة منتصف العمر	7.9	46.7	45.4
السنوات الضائعة	4.8	47.3	47.9
سنوات الانتقال	28.5	26.1	45.4
سن الأمان	50.3	15.8	33.9
سن النضج والحكمة	77.6	6.1	16.3

ويوضح الجدول السابق أن هناك توافق بين أفراد عينة الدراسة بنسبة 77.6% على مصطلح سن النضج والحكمة ، يليه مصطلح سن الأمان بنسبة 50.3% . كما ظهرت

نسبة عالية بين أفراد العينة في رفض المصطلحات السلبية مثل السنوات الضائعة بنسبة 47.3% ، وأزمة منتصف العمر بنسبة 46.7% ، وسن اليأس بنسبة 44.8% ورفض الإجابة أيضاً نسبة مرتفعة على تلك المصطلحات السلبية بنسب عالية أيضاً كما هو موضح في الجدول وهذا يدل على ما تتمناه المرأة من مصطلح يحمل توجهات إيجابية لها في تلك المرحلة تعبر عن ما تمتلكه من خبرات ونضج وحكمة يمكن أن تفيد مجتمعها ، كما ترفض المصطلحات السلبية المتأصلة في واقع ثقافة أغلب مجتمعاتنا العربية والتي تستلب حقوقها الصحية وتمتعها بالحياة والاستفادة من طاقاتها في تنمية المجتمع وذلك نتيجة عدم وعيها الصحي .

أما ما يتعلق بالفرض الثاني عشر " لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والاقتصادي من جهة وأسباب الأعراض التي تراها المفحوصات الخاصة بأعراض المرحلة العمرية . فإن جدول (٢٦) التالي يوضح هذه العلاقة .

جدول(٢٦) الفروق بين النسب في رؤية المرأة في الريف والحضر لوضعها الثقافي والاقتصادي .

المتغير	الانتماء	نعم	لا	مستوى الدلالة
هل ضعف التوعية الصحية من الأسباب؟	حضر	91.9%	8.1%	.163
	ريف	85.0%	15.0%	
هل التدخل الجراحي التجميلي عامل أساس في السيطرة على أعراض المرحلة ؟	حضر	8.1%	91.9%	. 287
	ريف	12.5%	87.5%	
هل ضعف النواحي الاقتصادية من أسباب تزايد أعراض وأمراض المرحلة ؟	حضر	69.7%	30.3%	.144
	ريف	80.0%	20.0%	
هل لديك معلومات مسبقة صحية قبل الانتقال إلى المرحلة؟	حضر	58.1%	41.1%	.181
	ريف	47.5%	52.5%	

يشير الجدول السابق إلى عدم وجود دلالة إحصائية في رؤية المرأة الخاصة في الريف والحضر من واقع معايشتها للمرحلة ووضعها الثقافي والاقتصادي والتوعية الصحية وما تمتلكه من معلومات خاصة مسبقة عن تلك المرحلة . لكن جاءت إجابة المفحوصات بنسب كبيرة إلى ضعف التوعية الصحية كان سبب لتفاقم العديد من الأمراض، وأيضاً مثلت العوامل الاقتصادية لديهن عامل مهم وأساس في تزايد الأعراض وما يترتب عليها

من الأمراض . وهذه عوامل مشتركة بين الريف والحضر وإن كانت تظهر بصورة أكبر في الريف خاصة في العامل الاقتصادي، أما الوعي الصحي كان نسبته أكثر في الحضر في تأثيره على المفحوصات . ويظهر الجدول التالي النسب المئوية للرؤى العامة للمرأة المصرية عن تلك المرحلة .

جدول (٢٧) النسب المئوية للرؤى العامة للمرأة عن المرحلة ومدى الوعي بها

المتغير	النسب المئوية نعم	لا	مفقودين
هل ضعف التوعية الصحية من أسباب تفاقم الأمراض في هذ المرحلة ؟	**89.7**	**9.7**	**.6**
هل التدخل الجراحي التجميلي عامل أساس في السيطرة على أعراض المرحلة ؟	**9.1**	**90.3**	**.6**
هل ضعف النواحي الاقتصادية من أسباب تزايد أعراض وأمراض المرحلة ؟	**70.9**	**27.3**	**1.8**
هل لديك معلومات مسبقة صحية قبل الانتقال إلى المرحلة؟	**55.2**	**43.6**	**1.2**

يوضح الجدول السابق أن نسبة 89.7% من أفراد العينة أرجعوا ضعف التوعية الصحية عامل أساس في تفاقم الأمراض في هذه المرحلة . وجاء بعده في الأهمية العامل الاقتصادي الذي مثل نسبة 70.9% حيث أن ضعف الأوضاع الاقتصادية بشكل عام والمؤثرة على المنظومة الصحية، والتربوية، والتوعوية، والضاغطة على الأسر وبشكل خاص على المرأة والتي تحد من حصولها على الرعاية الصحية المطلوبة في هذه المرحلة بل وتزيد من الضغوط النفسية عليها أيضاً مما يؤدي إلى تفاقم وضعها الصحي السلبي . وهو ما عبرت عنه النسب التي ظهرت في الجدول السابق . بينما رفضت نسبة مرتفعة من المفحوصات 90.3% الرؤية الخاصة بدور العمليات التجميلية في السيطرة على الأعراض السلبية للمرحلة وذلك بسبب ضعف العامل الاقتصادي لديهن سواء من الريف أو الحضر واعتبار ذلك من الرفاه التي لا تعيشها المرأة المصرية في الطبقة الوسطي والدنيا . وفي إجابة المفحوصات عن معلوماتهن المسبقة عن تلك المرحلة كانت النسبة 55,.2% وهي نسبة أيضاً كبيرة ولكن نسبة الذين لم يكن لديهن معرفة أيضاً كانت كبيرة وبفروق ليست كبيرة بين النسبتين 43.6% وذلك إذا أضيف إليهم المفقودين وهم في الغالب رافضين للإجابة . وفي الغالب كانت معلوماتهن مصدرها من الأمهات والأخوة والأقارب كما ظهر في جدول (٩) بدلالة مرتفعة .

التصور المقترح

التصور المقترح يقصد به بناء إطار فكري وإجرائي في ضوء نتائج الدراسة الميدانية والتأصيل النظري وذلك من أجل طرح رؤية مستقبلية يتبناها التربويين لعلاج مشكلة الدراسة الحالية وهي " دور التربية الصحية في نشر الوعي الصحي للمرأة المصرية في سن الأمان " .

منطلقات التصور المقترح :-

في ضوء نتائج الدراسة الحالية ومن خلال ما أعلنته الدولة في سعيها لأن يكون التعامل مع قضايا المرأة انطلاقاً من رؤية استراتيجية متكاملة هدفها، مزيد من تمكين المرأة خاصة المرأة البسيطة والمعيلة، والمهمشة لتفعيل حقها في التعليم والرعاية الصحية الملائمة، وذلك لأن تحقيق التنمية الشاملة لا يمكن أن تتحقق دون مشاركة المرأة الإيجابية فيها . وعلى الرغم من الجهود التي تقدمها الدولة للمرأة في مجال الرعاية الصحية من حملات وقوافل طبية للتوعية الصحية إلا أنها كانت محصورة على محافظات محددة، وعلى قضايا صحية للمرأة في سن الانجاب والتي اقتصرت فيها التوعية على وسائل تنظيم الأسرة، والصحة الإنجابية، والكشف المبكر لسرطان الثدي (أميمة أحمد ، 2016 : 1-6) . وهو ما أظهرته أيضاً نتائج الدراسات التي تمت في مصر فقد اقتصرت التوعية الصحية على تلك المرحلة العمرية فقط ، كما لم تشارك المؤسسات التربوية بصورة فاعلة فيما عدا الإعلانات في التليفزيون ودوره كمؤسسة إعلامية فقط بهدف الحد من الزيادة السكانية . ولم يكن هناك اهتمام على جميع المستويات سواء الصحية أو التربوية للمرحلة العمرية للمرأة بعد انقطاع الطمث والظروف الصحية الخاصة بها .

ونظراً لأهمية المرحلة العمرية والدور الذي تلعبه المرأة في المجتمع وهو ما تم توضيحه في الإطار النظري، وفي ضوء نتائج الدراسة الميدانية يأتي طرح التصور الحالي لتفعيل الدور الإيجابي لمؤسسات التربية في دعم الوعي الصحي للمرأة المصرية في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث وذلك لحمايتها من العديد من الأمراض ولمشاركتها الدعم المعنوي والنفسي، وإتاحة الفرص لها للقيام بأدوارها المجتمعية في تلك المرحلة التي تمثل مرحلة النضج الفكري والخبرة .

الهدف العام من التصور :-

إتاحة الفرصة لنشر الوعي الصحي للمرأة في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث على أن يبدأ ترسيخ هذا الوعي قبل دخول المرأة في هذه المرحلة . ويعتمد هذا الوعي على التعاون الوثيق بين مؤسسات المجتمع والتي تشمل الجهات الصحية وغير الصحية ومن أهم تلك الجهات غير الصحية المؤسسة التربوية بجميع فروعها المباشرة وغير المباشرة من مدرسة وأسرة ووسائل إعلام والمؤسسات الدينية وغيرها .

ولتحقيق هذا الهدف تأتي **المدرسة** على قمة مؤسسات التربية لما لها من دور تعليمي تربوي وموجه للناشئة. فالتعليم يلعب دوراً مهم في نشر الوعي الصحي ليس للمرأة وحدها في تلك المرحلة وإنما يرسخ الوعي لدى أفراد المجتمع بشكل عام، ولدعم المرأة من قبل المحيطين بها في تلك المرحلة الهامه وهذا يأتي عن طريق :-

- التأكيد من خلال المناهج الدراسية علي المفاهيم الصحية لتنمية الوعي الصحي بشكل عام وشامل لجميع المراحل العمرية ولا يقتصر على مجال التغذية أو النظافة فقط وإنما يشمل التغييرات الجسدية ومتطلباتها للمرأة والرجل في جميع مراحل الحياة . وذلك من خلال مناهج دراسية متعددة – العلوم ، الدين ، التاريخ ، الجغرافيا ، الأخلاق ، والتربية الوطنية – وليس منهج قائم بذاته فقط .
- التأكيد على مفاهيم التربية الخلقية والدينية للجنسين وذلك لتأهيل طلاب وطالبات اليوم نواة مجتمع الغد ، لتنمية الوعي الثقافي والصحي للمرأة والرجل ، ولتتفادى المرأة إصابتها بالأمراض ، وتنال دعم ومساندة الرجل الذي يعي طبيعة المرأة الجسمية والنفسية .
- إعداد جيل قادر على التفكير العلمي ومناقشة القضايا الصحية من منظور علمي وديني دون الخجل من طرح تلك الموضوعات وجعلها من المحرمات الاجتماعية مما يمثل ضغوط نفسية على المرأة في تلك المرحلة . وهذا في محاولة لتصحيح الواقع الذي أشار اليه (حجازي) " أن القهر الذي يفرض على المرأة يتناسب مع درجة القهر التي يخضع لها الرجل في المجتمع " (مصطفي حجازي : 2007 . 212 ,209).

أما مؤسسة **الأسرة** فإن لها أهمية كبيرة تربوياً وثقافياً في حياة أفرادها ؛ فهي مصدر إشباع الحاجات الأساسية لهم، وتلعب الأسرة دوراً ثقافياً لدى أعضائها ويعتمد ذلك على درجة التعليم والوعي الثقافي لعماد الأسرة (الأب والأم) خاصة الأم حيث يكون لها

الدور الأكبر في العملية التربوية للأبناء وغرس القيم والعادات والتقاليد والسلوك الصحي والذي يمثل الأساس لتوجيه سلوك الأبناء فيما بعد . ولذلك فإن تطوير دور الأسرة خاصة في جانب الوعي الصحي لمرحلة من أهم مراحل حياة المرأة والتي تتدخل فيها العادات والتقاليد التي تصبغ عليها صبغة المحرمات والخجل من الحديث اليها تعد من الصعوبة، حيث أنها لا تتم بمعزل عن المؤسسات المجتمعية الأخرى . فتطوير ثقافة ووعي الأسرة يأتي من خلال :-

- انتشار التعليم، والقضاء على الأمية التعليمية والثقافية وذلك من خلال المدرسة ودورها في نشر الوعي الصحي والثقافي بشكل عام بين أفراد المجتمع .
- دور مؤسسة الإعلام كمؤسسة تربوية غير مباشرة ولكن بحكم دخولها لكل بيت فإن لها من التأثير القوي على الأسرة ثقافةً ووعياً وسلوكاً . ودور الإعلام لم يعد يتوقف فقط على التليفزيون وإنما تخطى ذلك مع تطور التكنولوجيا ووسائل التواصل الاجتماعي والتي أصبحت في متناول الجميع . وكون المعلومات أصبحت متاحة للجميع من خلال وسائل التواصل فلابد أن يكون للتربية دور في صياغة الرسالة التربوية بأسلوب علمي يتناسب مع كل مرحلة عمرية، وحتى لا تلجأ المرأة مرة أخرى إلى الطب الشعبي .

دور العبادة لها دور مهم في توعية أفراد المجتمع عن دور الدين في فهم طبيعة المرأة في مراحل حياتها المختلفة فهماً صحيحاً بعيداً عن مؤثرات التقاليد المجتمعية البعيدة كل البعد عن أساس الدين في معاملة المرأة، ونشر ثقافة فهم الآخر من خلال النموذج والقدوة في الأديان (الإسلامي والمسيحي) في التعامل مع المرأة خاصة في تلك المرحلة الهامة ، وكيفية تعامل الرجل مع زوجته ومساندتها ودعمها إيجابياً لتخفيف ما تتعرض له من ضغط نفسي يصاحب التغيرات الفسيولوجية لتلك المرحلة .

ومما سبق يتحدد أسس التصور المقترح لتنمية الوعي الصحي للمرأة فيما يلي :-

- الأساس التربوي العلمي، وذلك عن طريق وضع إطار تربوي علمي لمؤسسات المجتمع الصحية وغير الصحية والتي تسهم بدورها في تنمية الوعي الصحي للمرأة، وذلك لتفادي الآثار السلبية التي قد تأتي بنتائج خطيرة ليس على صحة المرأة فقط ولكن على الأمان المجتمعي بصورة عامة.

- الأساس النفسي، ويقصد به مراعاة خصائص ومتطلبات المرحلة العمرية للمرأة من الناحية النفسية، والانفعالية، والاجتماعية باعتبارها متطلبات أساسية في إعداد الخطط لنشر الوعي الصحي واختيار الأساليب المناسبة لها والتي تتوافق مع طبيعة تنوع المجتمع المصري بطبقاته المختلفة وطبيعة المرأة في الريف والمدن .
- الأساس الاجتماعي، والذي يتمثل في طبيعة وخصائص المجتمع الثقافية، فالوعي الصحي للمرأة عبر المراحل العمرية المختلفة ومرحلة انقطاع الطمث بصورة خاصة قد تأخذ أشكالاً متعددة وفقاً لطبيعة كل مجتمع وما يحكمه من قيم وعادات وتقاليد وعقائد . فالذي يصلح لبعض المجتمعات في ضوء فلسفاتها قد لا يصلح لطبيعة مجتمعنا المصري ومنظومته القيمية .
- الأساس العقدي، والذي يرتكز في مجتمعنا المصري علي مضمون العقيدة الدينية التي يقوم عليها المجتمع (الإسلامية والمسيحية) وذلك وفق التعاليم الدينية التي تعطي المرأة حقوقها ومكانتها في المجتمع . كما يلعب الأساس العقدي أيضاً في عملية ضبط ما هو متاح في وسائل التواصل والذي يناسب مجتمعات أخرى لا تتوافق مع طبيعة مجتمعنا فيما عدا النواحي العلمية ونتائج البحوث التي تهتم بصحة المرأة في تلك المرحلة لتفادى الأمراض وذلك للاستفادة منها .

الخطوات الإجرائية لتحقيق التصور المقترح :-

- إجراء تعديل على المناهج الدراسية فيما يتعلق بالوعي الصحي للمرأة وذلك من خلال مواد العلوم، والتربية الدينية، والأخلاقية ، والصحة العامة ، و،،،، غيرها ، وذلك على كافة المراحل التعليمية وعلى حسب النمو العقلي والمفاهيمي لدى الطلاب عبر المراحل التدريسية المختلفة (ابتدائي – إعدادي – ثانوي – جامعي) .
- التعاون بين المؤسسات التربوية من مدرسة، وجامعة، ومؤسسات الصحة، والمجتمع المدني ، والإعلام حول هدف واحد هو نشر الوعي الصحي للمرأة في المجتمع المصري بجميع فئاته وطبقاته في الريف والمدن وذلك عن طريق :-

١. تعزيز النظم الصحية بإجراءات تتعاون فيها المؤسسات الصحية، والاجتماعية، ومؤسسات المجتمع المدني، وحماية المرأة مع المؤسسات التربوية من مدرسة وجامعة

والمؤسسة الإعلامية بتوفير الموارد والمستلزمات للقيام بحملات توعوية على مستوي جميع المحافظات من ريف ومدن في جميع أنحاء الجمهورية .

٢. إعادة الخدمة العامة لجميع طلاب الجامعات عقب التخرج لمدة عام للقيام بقوافل للتوعوية الصحية للمرأة تحت إشراف من الجامعات لتحقيق دور الجامعة في خدمة البيئة ، ويكون لكليات التربية والطب الدور الأكبر في تدريب الخريجين من الجامعات ويتم ذلك على جميع محافظات الجمهورية في الريف والمدن على السواء لكي يتمكنوا من التواصل الشخصي بشكل ناجح . وتتضمن هذه القوافل محاضرات قصيرة، وفتح باب التساؤلات لتقديم الاستشارات الفردية والجماعية، عمل عروض سمعية وبصرية على اختلاف المستويات لشرح وتوضيح طبيعة المرحلة وكيفية التعامل معها .

٣. تدريب القائمين على حملات التوعية على مهارات التواصل الإيجابي عبر التواصل اللفظي؛ من خلال فتح باب الحوار، وطرح أسئلة واضحة ومفهومة بأكثر من طريقة لتوصيل السؤال، والاستماع الفعلي وتعني الإصغاء لهن أكثر من الحديث الموجه في صورة محاضرات والإجابة بطريقة تفسيرية واضحة ومفهومة . والتواصل غير اللفظي الإيجابي؛ مثل الابتسامة وعدم إظهار الحرج أمام التساؤلات المحرجة، الجرأة، والتعامل بنفس المستوى الثقافي الدارج للأماكن التي يقومون فيها بالتوعية – ريف أو مدن –، وذلك عن طريق اندماجهم الفعلي مع نساء المنطقة واستقراء طريقة معيشتهم والتعرف على مشكلاتهم ومفرداتهم الثقافية وقناعاتهم تجاه القضايا الصحية .

٤. إنشاء مواقع تربوية علمية على مواقع التواصل الاجتماعي تدعم الوعي الثقافي بصورة عامة ، والوعي الصحي للمرأة في مرحلة انقطاع الطمث بصورة خاصة، يشرف عليها متخصصون في المجال التربوي، والنفسي والطبي . و تقام ندوات ومحاضرات عبر تلك المواقع على الهواء مباشرة تناقش من خلالها القضايا الصحية الخاصة بالمرأة في مرحلة انقطاع الطمث والتواصل معهن من خلالها والرد على الأسئلة الموجهة من قبل الجمهور .

٥. تصميم خطة إعلامية عبر التليفزيون المحلي والقنوات الخاصة تشمل برامج صحية يتم فيها استضافة أطباء وتربويين وأخصائيين نفسيين لمناقشة تلك المرحلة وأعراضها لتقديم التوعية الصحية للمرأة وللمجتمع من حولها . كذلك وضع خريطة إعلانات عن كيفية

المساعدات التي تقدم للمرأة في تلك المرحلة وماهية الجهات التي يجب أن تتوجه لها لمتابعة حالتها الصحية وهي تشابه ما كانت تقوم به وسائل الإعلام بهدف تنظيم النسل للحد من الزيادة السكانية . وعرض نماذج كرتونية لحالات مختلفة عبر الصورة والشرح ، كما تقدم كذلك السلوك الصحي السليم التي يجب على المرأة اتباعه، وطريقة العلاج الأمثل ، وتكون تلك الرسائل قصيرة ومشوقة في العرض .

٦. تدعيم وعي الأسرة – المرأة والرجل – حتى يتخطى كليهما هذه المرحلة بأمان وفاعلية ومساهمة إيجابية في تنمية المجتمع، وذلك بداية من المدارس من خلال المناهج الدراسية التي تدعم هذا الوعي الصحي، ووسائل الإعلام التي توجه لنشر الوعي الصحي للأسرة بشكل عام الأم والأب والأبناء، ودور العبادة، والمؤسسات الصحية من مستوصفات ومستشفيات والطبيب الخاص أيضاً .

٧. إمداد المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية ببرامج توعوية موجهه للتوعية الصحية للمرأة في مرحلة انقطاع الطمث وذلك بمشاركة متخصصين في مجال التربية وذلك لصياغة الرسالة التربوية التي لابد أن تكون واضحة، وتراعي جميع المستويات الثقافية من ريف ومدن متعلمات وغير متعلمات، وأن تكون الرسالة لا تحتمل التأويل أو تحدث خلط مع أمور أو أعراض مشابهة مع طرح الأمثلة بالصورة، وتوفير منشورات توعوية توزع بالمجان في المراكز الصحية، وعمل إعلانات حائطية .

وقد أشار تقرير عن الحالة الصحية في مصر إلى أنه " برغم أن مؤشرات صحة المرأة قد تحسنت في العقدين الآخرين إلا أن الوعي الصحي مازال في حاجة إلى الارتقاء سواء للحفاظ على الصحة أو تحسينها ..... وأوضح التقرير ضرورة عمل تأمين صحي لربة المنزل إذ أنه مع انتشار العولمة سوف تقام مستشفيات عالمية على أرقى مستوى لا يستطيع الفقراء اللجوء إليها وسوف تتزايد معدل الوفيات وسوف تلجأ المرأة غير المقتدرة إلى الطب الشعبي " (اسماعيل يوسف وآخرون : 2005 , 289) . وهو ما أشار اليه تقرير منظمة الصحة العالمية (2009) الذي أوضح الظروف الصحية الصعبة التي تعانيها المرأة في دول العالم الثالث نتيجة ضعف التربية الصحية والتثقيف الصحي health education ونتيجة عوامل الفقر، وأكد التقرير على أهمية

هذه التربية والتثقيف ونشر برامج الفحص الطبي وإمكانية الحصول على علاج فعال من أجل تحقيق الصحة العامة للمرأة في مرحلة كبر السن .

وبالخطوات السابقة وفي ضوء نتائج الدراسة الميدانية ورؤية المرأة لهذه المرحلة ومسمياتها توصي الدراسة بمحاولة طرح مسمى **مرحلة الأمان أو مرحلة النضج والحكمة** كما فضلت غالبية نساء عينة الدراسة وذلك في جميع البرامج المقترحة تقديمها للمرأة وذلك لجذبهن للاستفادة من تلك البرامج والرفع من معنوياتهن وإعطائهن الأمل والأمان في مرحلة مهمة من مراحل حياتهن ودفعهن نحو المشاركة بإيجابية في المجتمع وتوعية الأجيال اللاحقة من أبنائهن وبناتهن وذلك من أجل حقيق الرقي بالمجتمع بصورة عامة .

قائمة المراجع

أولاً :- المراجع العربية

- أحمد السيد الكردي (2011) "أهمية دور المرأة في تنمية المجتمع " http://kenanaonline.com

- أحمد بدح ، وآخرون (2017) " الثقافة الصحية – دار المسيرة للنشر والتوزيع – الطبعة السادسة – الأردن – عمان .

- أحمد سامح (2011) " مرحلة من العمر خالية من متاعب الطمث والإنجاب – سن اليأس ومعاناة المرأة النفسية والجسدية .... الوعي الصحي يجعلها سنوات النضوج والخبرة " – عدد جريدة الرأي الكويتية -2 سبتمبر 2011 ص 16 .

- اسماعيل يوسف وآخرون (2005) " الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر – دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية " – إعداد ونشر برنامج السياسات والنظم الصحية وجمعية التنمية الصحية والبيئية .

- أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط – التقرير السنوي للمدير الإقليمي (2016) – منظمة الصحة العالمية .

- أميمة سيد أحمد (2016) " المرأة المصرية ... حقائق وإنجازات " – الهيئة العامة للاستعلامات – القاهرة .

- أن ماكغريغر ، ترجمة هنادي مزبودي ، (2014) " سن اليأس والعلاج الهرموني البديل " المجلة العربية – عدد 113 – الطبعة الأولى – الرياض – مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية .

- باتريك رايو ، وأغنيس فان ، ترجمة نهوا السكافي (2016) " التربية في مئة كلمة " – مركز دراسات الوحدة العربية – الطبعة الأولى – بيروت – لبنان .

- بن منظور (1981) " لسان العرب " – دار المعارف – القاهرة – ج. م . ع .

- تقرير الأهداف التنموية للألفية – التقرير القطري الثاني – مصر ، (2004) وزارة التخطيط – الأمم المتحدة – إعداد مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة بجامعة القاهرة – مكتب الأمم المتحدة – القاهرة .

- رغدة النابلسي ، و عربية منصور (2011) "المرأة وكيانها: الموجِّه في قضايا الصحة، الجسد والجنسانية (نساء لنساء)" – إصدار جمعية "المرأة وكيانها" .

- سالم هيكل (2002) " تربية وتنشئة الفرد في إطار متوازن بين ثقافة مجتمعه والاحتكاك بالثقافات المجتمعية الأخرى – دراسة مفاهيمية تحليلية " كلية الربية – جامعة الملك سعود .

- سيد العبادي (2005) " مراهقات في سن اليأس " جريدة الاتحاد – الامارات – http://www.alittihad.ae .

- عالم المعرفة (1997) – مجموعة من الكتاب ، ترجمة علي سيد الصاوي – نظرية الثقافة – المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب – الكويت – عدد 223 .

- عبد الرازق الدليمي ، ومصعب المعايطة (2014) " دور التليفزيون في التوعية الصحية – دراسة تحليلية للفترة من الأول من حزيران إلى الأول من أيلول 2014 " – المؤتمر الأول للإعلام الصحي المنعقد في الفترة من 9-10 كانون الأول 2014 – عمان .

- على وطفة ، و مها زحلوق (1995) " الشباب والمرأة في سوريا – طرطوس أنموذجاً " – سوريا – دمشق – الطبعة الأولى .

- على يطو (2016) " التربية المثالية في ألمانيا من كانط إلى هيجل " – مركز نقد وتنوير للدراسات الانسانية إصدارات خاصة – ابريل – إصدار رقم 9416 – قرطبة – إسبانيا .

- عياد حسين على (2010) " دور التربية في تحسين الوعي البيئي " – مركز تطوير الكتاب – العراق .

- غريب عبد الفتاح غريب ، (1985) " خرافة اسمها سن اليأس " – مجلة العلميون – عدد 4 . pp 47-46 . http://www.drghareeb.com.

- فرج عيوري (2005) " دور المدرسة الأساسية في تنمية قيم المواطنة لدى التلاميذ الصفوف 7-9 أنموذجا " – عدن – اليمن – ورقة مقدمة في ندوة السياسة التعليمية نحو التحول الديموقراطي والمواطنة المتساوية – 11 يوليو .

- لطيفة خضر (2000) " دور التعليم في تعزيز الانتماء " – رسالة دكتوراه – عالم الكتب – القاهرة .

- محمد بشير شريم ، (2012) " الثقافة الصحية " مكتبة الأسرة الأردنية ، وزارة الثقافة– عمان – الأردن – مطبعة سفير .

- مصطفى حجازي (2007) " التخلف الاجتماعي مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور " – " المركز الثقافي العربي – الدار البيضاء – المغرب – الطبعة العاشرة .

- مصعب المعايطة (2014) " دور التليفزيون الأردني في التثقيف الصحي ، دراسة في برنامج صحتك بالدنيا " – رسالة ماجستير – جامعة البترا – كلية الآداب والعلوم .

- تقرير منظمة الصحة العالمية – ملخص المرأة والصحة – بيَنات اليوم وبرنامج الغد – (2009) – سويسرا .

- موسى حلس ، و ناصر مهدي (2010) " دور وسائل الإعلام في تشكيل الوعي الاجتماعي لدى الشباب الفلسطيني – دراسة ميدانية على عينة من طلاب كلية الآداب جامعة الأزهر " – مجلة جامعة الأزهر – سلسلة العلوم الإنسانية – مجلد 12 – العدد (1) .

- نجلاء خليل (2006) " في علم الاجتماع الطبي – ثقافة الصحة والمرض " – مكتبة الأنجلو المصرية – القاهرة .

- نخبة من العلماء (2011) " التفسير الميسر " تقديم / صالح بن عبد العزيز آل الشيخ – المملكة العربية السعودية – وزارة الشؤون الإسلامية والأوقاف والدعوة والإرشاد – مجمع الملك فهد لطباعة المصحف الشريف – الأمانة العامة – الشؤون العلمية .
- نشرة المركز الفلسطيني للإرشاد ، (2009) "صحة نفسية لمجتمع أقوى – مرحلة منتصف العمر " فلسطين – بدعم من ACSUR – www.pcc-jer.org .
- وزارة التخطيط – الأمم المتحدة ، إعداد مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة بجامعة القاهرة– تقرير الأهداف التنموية للألفية – (2004) التقرير القطري الثاني مصر – طباعة شركة وايلد فاير – القاهرة .
- وزارة التربية والتعليم ،" الخطة الاستراتيجية للتعليم قبل الجامعي " (2014-2030) التعليم المشروع القومي لمصر – معاً نستطيع تقديم تعليم جيد لكل طفل – ج . م . ع .
- وفية جبار الياسري) ، (2015) " التربية – مفهومها دلالاتها – وظائفها " كلية التربية للعلوم الإنسانية – جامعة بابل – العراق . http://humanities.uobabylon,edu.q/ .
- يعقوب الكندري ، (2003)" الثقافة والصحة والمرض : رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة " – الكويت: مجلس النشر العلمي– جامعة الكويت .

ثانياً :– المراجع الأجنبية

- Al-sejari (2005) , " Age at Natural menopause and Menopausal Symptoms Among Saudi Arabian Women in AL – KHOBAR ",Presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of philosophy in Graduate School of the Ohio State University – The Ohio State University , Department of Anthropology .
- Al-Shboul et al., (2017) ," Emirati Women's Knowledge and Attitudes Towards Menopause and Hormone ,Replacement Therapy: Implication for Health-Care Policy ", Zayed University ,university college , department of mathematics & statistics , UAE . Royal College of Surgeons in Ireland – Medical university of ,Bahrain .
- Ayranci et al ., (2010)," Menopause status and attitudes in Turkish midlife female population : an epidemiological study " – publish with Bio Med Central – BMC Woman's health, 2010 - 10.1 . www.biomedcentral .com.
- Avis et al., (2005)," Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women : results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) "- Menopause : The Journal of the North American Menopause Society – Vol .12, No 4 .
- Elsayed & Shokry(2012) " Menopause Symptoms and Quality of life Among Pre / Post Menopausal Woman From Rural Area in ZAGAZIG City ", Faculty of nursing Zagazig University , Egyot , life science Journal 2012; 9 (2) .
- Ghaderi et al ., (2010)," Evaluation of Menopausal Women's Attitudes Towards Menopause in Shiraz "- Pak J Med SCI , Vol . 26 ,No 3 .

- Hammam , et al., (2012)," Menopause and Work – the Experience of Middle Age Female Teaching Staff in Egypt Governmental Faculty of medicine ", Pub LMed.gov , US National library ,National institutes of health , Mar2012, vol,71,Issue3 ,
- Jassim (2008)," Attitudes of Bahraini Women Towards the Menopause : implications for Health Care Policy ", MATURITAS ,The European Menopause Journal , Volume 59,Issue 4 .
- jones et al., (2012)," Menopause and influence of culture : another gap for Indigenous Australian women? ,BMC woman's health http://www.biomedcentral.com/1472-6874/12/43.
- Joyce .et al.,(2004) , Racial/Ethnic Difference in the Prevalence of Depressive Symptoms Among Middle-Aged Women : The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)- American Journal of public health, August 2004 . Vo 194.No 8 .
- Khademi (2003) ," Comparing the attitudes of urban and rural Iranian woman toward menopause "-vol.46 – Issue2 ,20 October .
- Ruth (2010)," Metaphors of menopause in medicine" – A thesis Presented in Partial Fulfilment of Requirements of The Degree of – Master of Arts in Psychology – At Massey university , Wellington , New Zealand .
- Sallam et al., (2006)," Menopause in Egypt : Past and present perspectives " - Journal ,climacteric ,vol,9 -3Jul – pp 421- 429 .
- " Woman and Health Today's Evidence Tomorrow's Agenda " (2009) , World Health Organization ,