

الرعاية الصحية للأطفال وعلاقتها بالمستوى التعليمي للأمهات

دراسة أنثروبولوجية في بعض المناطق بغليزان

*Children's Health Care and its Relationship to the Educational level of
- Mothers - an Anthropological Study in Some areas in Relizane*

شرايري أمال* Amel CHERAIRI

Adelcherairi87@gmail.com

بن عبد الله فتيحة BENABDELLAH Fatiha

Fatihabena493@gmail.com

جامعة وهران 2 أحمد بن أحمد الجزائر

DOI: 10.46315/1714-014-002-029

الإرسال: 2025/01/31 القبول: 2025/05/24 النشر: 2025/06/16

ملخص:

يتمحور موضوع الدراسة حول الاعتقادات والممارسات العلاجية والوقائية الموجهة لرعاية الأطفال دون الخمس (05) سنوات وعلاقتها بالمستوى التعليمي للأمهات. الهدف منه الكشف عن طرق التعامل مع مسائل الصحة والمرض بمنطقة "غليزان"، بعد أن تم رصد وجود أشكالاً متنوعة من اللجوء العلاجي والوقائي للأمهات المتراوح بين الشعبي والرسمي حسب مستواهن التعليمي وخلفيتهن الثقافية. وبما أن البحث يندرج ضمن المقاربة الأنثروبولوجيا التي تعتمد على المنهج الكيفي عبر تقنية المقابلات المتكررة مع الأمهات والملاحظة المباشرة على مستوى الفضاءات العلاجية المتباينة كالمراكز الصحية والمعالجين التقليديين والفضاءات ذات العلاجية الروحانية. من مخرجات هذه الدراسة أنه على الرغم من التغيرات التي عرفتها المنطقة من توفير للخدمات الصحية؛ إلا أنّ الأمهات ما زلن يتمسكن ببعض التصورات والسلوكيات ذات المرجعية الشعبية دون أن يكون للمستوى التعليمي التأثير الفارق في انتهاج مسار علاجي معين دون سواه.

كلمات المفتاحية: المعتقدات الشعبية، الرعاية، المستوى التعليمي، الممارسات، الازدواجية العلاجية.

Abstract:

The study is centred on the therapeutic and preventive beliefs and practices directed to the care of children under five (05) years of age and their relationship with the educational level of mothers. It aims to reveal the ways of dealing with health and illness in the Ghilizan region, after observing the existence of various forms of therapeutic and preventive recourse for mothers, ranging from popular to official, depending on their level of education and cultural background. Since the research falls within the anthropological approach that relies on the qualitative method through repeated interviews with mothers and direct observation at the level of different therapeutic spaces such as health centres, traditional healers and spiritual spaces, one of the findings of this study is that despite the changes that the region has witnessed in the provision of health services, mothers still adhere to some perceptions and behaviours with a folk reference, without the educational level having a differential impact in adopting a particular therapeutic pathway without others.

Keywords: Folk beliefs; Care; Education; Practices; Therapeutic duplication.

*- مقدمة:

شهدت الجزائر انتقالا وبائيا يتميز بالتحدي المزدوج الموجه للمشاكل المتعلقة بالصحة المرتبطة بالمحافظة على المحيط وما يخص الأمراض الغير معدية، في مناخ يتميز بالانتقال العميق على الصعيد الديموغرافي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي وكذا السلوكي، خصوصا بالوسط الحضاري الذي شهد توسعا هائلا خلال 50 سنة الأخيرة. بالنتيجة التمدن يعتبر في الجزائر، كمحدد مهم للصحة العمومية، علينا أن ننوه أن هذا التمدن كان سريعا وعشوائيا في المناطق الساحلية وحول المدن الكبرى مقارنة بالهضاب العليا والصحراء، والذي ترك أثرا على الوضعية الصحية على السكان. كما عرفت الجزائر انتقالا صحيا تميّز بالانخفاض الملحوظ في معدل وفيات الأطفال الذي تراجع من 57.8% سنة 1990 إلى 32.3% في 2004 و25.5% في 2008 و23.1% مع وجود تباين بين المقاطعات التي تحتاج إلى برامج خاصة الموجهة للفئة المستهدفة (الأمومة والطفولة). (عن المنظمة العالمية للصحة(2016-2020).

المنظومة الصحية المتعارف عليها في الجزائر والتي تخضع لقوانين مجهزة بهياكل وإمكانيات بشرية ومادية، يمكن الحكم عليها بالمقتنعة بالنظر إلى التحسن في مستوى الخدمات العلاجية وبرزت فعاليتها بصفة عامة من خلال مختلف المؤشرات الصحية المسجلة، فمنطقة غليزان مجال دراستنا، لها من المنشآت الصحية والهياكل العمومية والخاصة الكفيلة بتغطية صحية مرضية على العموم، إذ تتوفر على (04) مؤسسات استشفائية، (317) عيادة طبية بين الطب العام والطبيب المتخصص (99) عيادة جراحة الأسنان، (05) موزعين للمواد الصيدلانية و(282) صيدلية.

ومن بين الهياكل المستحدثة عيادة متعددة الخدمات بوسائل طبية رقمية حديثة بسعة 60 سرير، بالإضافة إلى العديد من المشاريع قيد الإنجاز منها عيادة متخصصة للتكفل بالأم والطفل. (جريدة الخبر: تقرير عن مديرية الصحة لغليزان(2024).

على الرغم من أهمية الإحصائيات في تقديم صورة شاملة عن مستويات الرعاية الصحية ضمن مسعى الطب الرسمي، الذي يضمن غالبا الاستفادة من الخدمات الصحية على العموم من عيادات، مستشفيات، توفر الأدوية، الرعاية الموجهة للأطفال على الخصوص بداية من اللقاحات التي يوفرها الجهاز الصحي والذي يرجع له الفضل في تراجع معدلات وفيات الأطفال بسبب (الالتهاب الكبدي الفيروسي(بي/سي)، السعال الديكي، الحصبة، الدفتيريا(الخناق)، البالوديزم (الشلل)، التيتانوس(الكزاز)، الكساح)، الاستشارات والمتابعة الطبية حتى التدخلات الجراحية للأطفال. وبما أن الدراسة التي نحن بصدد عرضها تتمحور حول الرعاية الصحية والعلاجية للأطفال بمنطقة "غليزان" ضمن مقاربة أنثروبولوجية التي تعتبر أساسية كون الجانب الكمي لا يخدم التساؤلات التي سنحاول الإجابة عنها. نبحت وراء الأسباب المتحكمة في التوجهات ذات

الطابع العلاجي والوقائي للأطفال من خلال إجراء تحقيق ميداني على جماعات مصغرة تربط فيها العلاقة بين المستوى التعليمي لدى الأمهات (أو الأزواج) وإذا ما كان له تأثير على التوجهات والممارسات المتعلقة بنوعية الرعاية الصحية، والمسارات العلاجية التي توفر للأطفال فبالتالي انعكاسها مستويات الأمراض والوفيات لدى الأطفال دون الخمس سنوات.

الإشكالية:

على الرغم من توفر منطقة "غليزان" على بنية تحتية مقبولة كما سبق لنا وأشرنا، لكن بسبب تزايد التعداد السكاني، وغلبة الطابع الريفي والشبه الحضاري في المنطقة ما يصعب إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية هذا من جانب، من جانب آخر ساهمت هذه العراقيل في تواجد أشكال من العلاجات الشعبية، التي تم رصدها من خلال الدراسة الاستطلاعية؛ التي كشفت لنا عن تدخل المعتقدات والممارسات ضمن خانة التوجهات العلاجية الغير رسمية المنتشر في العديد من الأماكن في المنطقة، المتراوحة بين العلاجات الموضوعية لأمراض أو إصابات جسدية، العلاج بالأعشاب والخلطات الطبيعية، والعلاج أو الوقاية من العوارض الروحانية باستعمال الأحجية وزيارة الأضرحة، هذه الممارسات تطبق على الأطفال دون الإدراك التام باحتمالية خطورة المواد التي تستعمل فيها كدواء.

ما يعطي للموضوع أهمية بالإضافة إلى أنه يفتح الباب أمام طرح إبستيمولوجي خاص متعلق بمكانة "المعرفة العامة" لمفهوم الصحة والمرض وطرق التعامل معها كمادة تم اكتسابها من خلال التنشئة الاجتماعية وتناقليها عبر الثقافات الاجتماعي كموروث حضاري. من أجل التوصل إلى إجابات نفهم من خلالها السبب من استمرارية التناقل الرمزي للمعتقدات وكذا السلوكيات المنتهجة فيما يتعلق بمسائل الصحة والمرض بالنسبة للأمهات اتجاه أطفالهن كان لا بد من طرح التساؤلات الآتية:

- كيف يظهر مدى تأثير المستوى التعليمي للأم أو الزوجين على الممارسة العلاجية أو الوقائية ضمن مراحل نمو الطفل؟
 - كيف تؤثر البيئة المحلية بمنطقة غليزان على التوجهات العلاجية للأمهات؟
- هذه التساؤلات تدعونا إلى التفكير في طرح فرضيات من شأنها أن تساعدنا في اختبار المتغيرات ذات الصلة بالموضوع. الأولى؛ مفادها أنه كلما كان المستوى التعليمي للأم مرتفعاً، كانت درجة الوعي أكبر، وأن الصحة وتجنب الأمراض لا يتحقق إلا بتوفير عوامل اقتصادية واجتماعية وثقافية مع التوجه إلى الطب الرسمي.

- الفرضية الثانية، أنّ النظام الإعتقادي السائد في المجتمع المحلي بمنطقة غليزان يتدخل ضمناً في قلب أي سلوك علاجي أو وقائي تنتهجه الأمهات في حالة تعرض أطفالهن لأضرار بغض النظر عن مستواهن الاجتماعي والثقافي .
الدراسات السابقة:

لطالما اعتبر معدل وفيات الأطفال والمستوى التعليمي خاصة لدى الإناث مؤشرا كافيا للحكم على مدى تطور دولة ما، وفي أي دراسة أكاديمية تتضمن هذين المتغيرين كما هو الحال بالنسبة للسؤال التي نحن بصدد الإجابة عنها، للأبد من اعتماد الدراسة المرجعية المرتكزة على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والمتغيرات الوسيطية من النموذج الذي اقترحه كلا من " موزلي وشان 1984" ؛ فقد اعتمد النموذج على تصنيف جملة من المتغيرات المتحكمة في وفيات الأطفال التي تم إدراجها ضمن ثلاث مستويات : **المستوى الفردي** ؛ وتمثل السلوكيات البالغين المكلفين بتوفير الرعاية اللازمة، وهنا تقع المسؤولية الكبرى على الأم الحاملة للعناصر السلوكية المؤثرة على وظيفتها؛ وهي الخصوبة (عمر الأم عند الإنجاب والمجال الفاصل بين الولادات)، بحيث تبني المرأة إجراءات الرعاية الوقائية والعلاجية أثناء الحمل وبعد الإنجاب .

غير أن هذه الإجراءات لا تنفصل بدورها عن العادات والتقاليد والمواقف ".....و هي لا ريب أمور مجتمعية تفرض نفسها على الأفراد، لكن مع كل ما شهدته المجتمعات البشرية من تمايزات لأفرادها عن المجتمع العام، فإن درجة تأثر الأفراد بهذه القيم السائدة تختلف باختلاف الأفراد أنفسهم، وترتبط إلى حد كبير بمستوى التعليم..." (BARBIERI.M, 1991, 181)

ويعد المستوى التعليمي للوالدين والأمهات بشكل رئيسي عاملا حاسما في هذا السياق ؛ "كالدويل (1979): لخص آليات تأثير المستوى التعليمي عبر ثلاث فرضيات، الأولى أنّ الأم وبقية أفراد الأسرة المعنيين برعاية الطفل، يصبحون بالتعليم أكثر قدرة على الابتعاد عن المعتقد الشعبي المتعلق بالمرض ومسبباته، وينتهجون بذلك البدائل المتاحة في مجال رعايته وعلاجه. أما الفرضية الثانية تركّز على أنّ الأم المتعلّمة أقدر على التعامل مع العلم الحديث، فهي بإمكانها أن تبحث عن الخدمات الملائمة وتنظر إلى هذه الخدمات وإلى الفاعلين فيها جزء من عالمها والاستفادة من خدماتهم هي من بين حقوقها . وأخيرا فإن التعليم بإمكانه أن يغير من الرؤية الرجعية للعلاقات الأسرية التي تترك أثرا عميقا في رعاية الصغار.

المستوى المتعلق بالعوامل الأسرية: وهي المكانة الاجتماعية لأسرة الطفل والذي يقاس بمتوسط الدخل والمهنة وهذان العنصران أكيد أنهما يتماشيان والمستوى التعليمي للوالدين.

يعتبر مستوى دخل الأسرة عاملا هاما في إمكانية الوصول إلى المصادر ذات جودة ويمنح خيارات أكثر فعالية، وكذا الدخل المرتفع يعني توفر نوع من الرفاهية مقارنة بأصحاب الدخل المحدود ؛

كالمياه النقية الصالحة للشرب، النظام الغذائي الصحي المتوازن، السكن المعرّض للهوية وضوء الشمس اللذان يقللان من التعرّض للالتهابات التنفسية.

أما على الصعيد الوطني العام الأمر يتعلّق أكثر بطبيعة السياسات القائمة في المجتمع "إذ من شأن الخيارات السياسية التي تعتمدها الحكومات أن تسرّع أو لا في امتصاص الأمية وتعليم الفتيات، وأن تحسّن من إمكانيات الوصول إلى الخدمات الصحية وجعل البيئة المحيطة صحيّة أكثر". (Pison ,G et Van de Walle ,E et Sala-Diakanda,M,1989)

وبما أن الهدف من هذه الدراسة يندرج ضمن السياق الأنثروبولوجي، الذي نتعامل من خلاله مع موضوع التصورات والممارسات المتعلقة " بالصحة والمرض"؛ هو ليس بالمستحدث بل حظي باهتمام العديد من الباحثين في الأنثروبولوجيا الطبية أمثال "بان واست" إيفانس بريتشارد" "كلود ليفي ستروس" "مارسال موس" "ديدي فاسان" "جيمس فرايزر" و في علم النفس أمثال "سيغmond فرويد". بالنتيجة فإن اعتماد هذه الدراسات هي بمثابة الركيزة الأساسية في فهم السلوكيات الصادرة عن المجتمع محل الدراسة.

«.....من خلال الأنثروبولوجية الاجتماعية ميز الباحثين فيه العلاقة بين العناصر الثلاث وهي؛ الإنسان، المرض، الطب الذي استطاع أن ينفرد بموضوعه، تحديد المرض على أنه علّة، أو نقص المؤدي إلى خلل ... ، إلى جانب ذلك التفسير الميتافيزيقي للمرض وأن سببه قوى خارقة ؛ بمعنى أنها مقسمة لمجالات تراوحت بين الدين والسحر . بالنسبة للخطاب الطبي الغربي فإنه يتموقع بجانب نفي الأحادية أو الفردية للمريض» (Benoist,1989,5)

حاول العديد من الباحثين أن يفهموا الأطوار الطبية عند الكثير من المجتمعات عبر فترات زمنية متفاوتة، الطب التقليدي عند "بينواست" «... ليس فقط كفنون علاجية للأفراد، لكن كذلك كفنون للاستخدامات الاجتماعية للمرض وذلك بالتعرف على التصورات والممارسات الطبية، الذي يربط مصير الفرد الذي يعاني بمصير الجماعة التي ينتهي إليها ،لهذا السبب اهتمت الدراسات الأنثروبولوجية بالبحث عن معنى الدلالات المعتادة، فالمسألة ليست في ماذا يفعل الفرد لتوفير وسائل لمجتمعه حيال الأمراض، لكنها تكمن في مدى إمكانية المقاربات الطبية أن تكون لها نجاعة اجتماعية وأن تضع شروط لخياراته...» (Benoist,1989 ,6-7)

التصورات الخاصة بالمرض تتجاوز بشساعة البعد الجسدي بإدراجها للبعد الاجتماعي والرمزي هذان البعدان اللذان لا يبتعدان عن الثقافة الناتجة عن موروث متراكم تم بناؤه عبر أجيال، ضمنياً قد عبر عن هذا (Abou(1987)؛ «.....الثقافات فهي تواصل، والتي تترابط مع بعضها

البعض، فإنها بذلك تسمح بخلق قاعدة ثقافية جديدة، متحررة ومستقلة عن الثقافة الأم، وهي في بناء أبدي....." (Abou,s,2001,157)

المنهج وطرق معالجة الموضوع :

يتفرض البحث ضمن الحقل المعرفي "لأنثروبولوجية الصحة" المستند على المنهج الكيفي وجمع المادة والمعلومات تمّ اعتماد أولاً طريقة المنهج الإثنوغرافي الذي سمح لنا بجمع المعلومات من واقع الميدان من فضاءات متنوعة تراوحت بين قاعات الانتظار التابعة للقطاع الطبي العام والخاص، المصلحة الاستشفائية لولاية غليزان (مصلحة طب الأطفال)، قاعة الاستقبال في زاوية سيدي قدور "بلعسل"، بعض المعالجات بالطرق التقليدية المتخصصة بالأعراض المرضية لدى الأطفال. و حولنا رصد العلاقة الموجودة بين العادات والتقاليد والممارسات العلاجية عن طريق :

الملاحظة المباشرة؛ التي ساعدتنا على رصد مختلف التفاعلات التي تحدث بين الفاعلين الاجتماعيين، والالتزام قدر الإمكان بالتلقائية والتركيز على الألفاظ الأكثر تداولاً باستعمال "جدول استقصائي يحتوي على مواصفات وعناصر لا بد من التقيد بها.

الملاحظة بالمشاركة : لقد سمح لنا التواجد المستمر ضمن أرضية المجتمع المحلي موضوع الدراسة بالحصول على المعلومات الواقعية ومع المعيشة الفعلية مع أفراد للمجتمع المدروس ساهم ذلك بشكل فعّال في تدوين يوميات ذات جودة وموضوعية والتفاعل بين العينة الملاحظة تكون عفوية ما يجعل المعلومات أكثر مصداقية.

المنهج الثاني وهو "المنهج التفاهمي" الذي اعتمدنا فيه على طريقة المقابلة، باستعمال "دليل المقابلة" الذي يتضمن أسئلة غير موجهة، فقد ساهم التواصل المتكرر مع المبحوثات (الإقامة في مكان الدراسة) في بناء "علاقة الثقة" بين الباحث والمبحوث، ما أتاح الفرصة في الحصول على إجابات مسترسلة بطريقة سردية والأهم من ذلك الحصول على حقائق ومعلومات كافية وصحيحة.

اشتملت عينة البحث على 27 أمّا (ابتدائي: 4، متوسط: 10، ثانوي: 7، جامعي: 6)، من بينهن 12 يقمن في منزلهن الخاص و15 يقمن مع العائلة. ونظراً لطبيعة الموضوع فالمدة البحث امتدّت ما لا يقل عن سنتين، ضمن المجال الجغرافي لولاية غليزان الذي تراوح بين المنطقة الحضارية والشبه حضارية والريفية (يمكن الرجوع للملحق)

النتائج ومناقشتها :

تبين من خلال تحليل النتائج أنّ المستوى التعليمي له دوره في التأثير على نوعية المسار العلاجي عندما يتعلّق الأمر بأعراض مرضية أو العمل على توفير بيئة سليمة ؛ إذ تبين لدى 19 أمّا؛ أنّ المعرفة العلمية المعتمدة على الطب الرسمي تخصّ مواضيع التغذية، النظافة، التلقيحات والمراقبة الدورية لنمو الطفل ومعالجة الأمراض الأكثر شيوعاً لديهم .

كما ظهر أنّ هناك اختلافا بين الأمهات اللّواتي تلقين مستوى تعليمي عالي مقارنة بالأمهات اللّواتي مستواهّن أقل . عندما يتعلّق الأمر بمدى الالتزام بالمجال الفاصل بين جرعات التلقيح، فقد أظهرت لنا الدراسة أنّ هذا المجال أكثر احتراما من قبل أمهات الفئة الثانية مقارنة بأمهات الفئة الأولى ؛ بالنتيجة لو سلّمنا فرضيّا أنّه كلّما زاد المستوى التعليمي، كلّما كان الوعي والالتزام أكثر. هذا صحيح؛ لكن على أرض الواقع تتغير المعادلة والسبب المرجح في صعوبة الالتزام كون أمهات الفئة الأولى هنّ عاملات، وأطفالهن أكثر عرضة للانتكاسات واحتمالية التعرض للأمراض ما يؤجل مواعيد تلقي اللقاح في حينه مقارنة بأطفال الأمهات الماكثات بالبيت .

بيّنت النتائج أنّ المستوى التعليمي مؤثر غير كافي في تحديد الطرق الوقائية والعلاجية المتعلقة بالأطفال البالغين دون الخمس سنوات، فقد صرّحت 14 أمّا أنّ اعتماد العلاج الرسمي وحده ليس قطعيا في كل العوارض المرضية والتبرير في ذلك تأثير الانتماء الاجتماعي والتشبع بالخلفية الثقافية للمجتمع المحلي، كما صرّحت 13 أمّا من المبحوثات أنّ اعتمادهن للطرق العلاجية التقليدية نسبية لأنها غير مضمونة النتائج وبطيئة الفعالية، هنا ظهر لنا مفهوم جوهرى وهو احتمال التعرّض للخطر بسبب الجهل بالتفاعل الذي قد يحدث بين المكونات العشبية التي يمكن أن تكون سامة أو تحدث حساسية من بعض مكوناتها.

لكن السبب الحقيقي هو امتلاكهنّ لسلطة أكبر في اتخاذ القرارات المتعلقة بالمشاكل الصحية كالاستشارات الطبية الكافية والدورية، اكتسابهن لمعارف قبلية حول الوقاية والعلاج، اعتماد الصيدلية الذاتية مع إمكانية اللجوء إلى المصالح الصحية المتاحة لأنها لا تبعد كثيرا عن محلّ الإقامة. بالنتيجة كلما كان المستوى التعليمي مرتفعا لدى المرأة يزداد شعورها بالفعالية والثقة في إمكانياتها وأن تأثير العائلة يصبح أقل.

*- الانتقال من مفهوم مرض الجسد العضوي إلى المفهوم الثقافي للمرض:

صرّحت الأمهات خلال المقابلات أنه يسهل تشخيص العلة في حالة ملاحظة الأعراض الأكثر شيوعا فهي بالنسبة الأم متوقعة عبر مختلف مراحل نمو طفلها، إذ تجدها حريصة على مراقبة هذه الأعراض كالحمى والقيء، الإسهال الإمساك، لون البراز ورائحته، المغص، البكاء المبالغ فيه مع قلة النوم، اصفرار في العينين، طفح جلدي، فقدان الوزن وغيرها من الأعراض المتروحة بين الاعتيادية التي تحدث خلال مرحلة التسنين، الختان، بعد تلقي اللقاح خاصة اللقاح ضد الحصبة . عندما نتفاهم أو تطول هذه الأعراض وتعجز الأم أو الشبكة العائلية على تشخيصها أو علاجها فالتوجه الأكثر أمانا هو "الطبيب" كفاعل أساسي في إعادة التوازن إلّا إنه على الرغم من وجود نفس الأعراض، لكن قد تأخذ معنى آخر والسبب يعود إلى المكانة الاجتماعية للمعتقدات،

التي تجد لنفسها مناخا يحمها ويضمن استمراريتها كون المجتمع المحلي منحها إطارا تقليديا وجعل منها مرجعية ثقافية قائمة بحد ذاتها .

بمنطقة "غليزان" الأمهات ضمن عينة البحث عند بداية كل حمل، على الرغم من أنهن تقصدن الطبيب وتبدأن في تتبع الحمل ؛ إلا أنهن في نفس الوقت تزورن الأضرحة للتبرك والتحصين. هذه الممارسة وما لها من القدسية متجذرة، واللجوء لهذه الفضاءات الروحانية لاجتلاب الخير والعلاج،... وتنتشر هذه الظاهرة خاصة في المناطق المنعزلة إلا أن ذلك لا ينفي وجود هذه الظاهرة في المدن الكبرى، فاللجوء إليهم بقناعاتهم بقدرته على حمايتهم، فالولي عبارة عن ملاذ وملجأ ويتخذونه نصيرا، كي يتوسط لهم لدى العناية الإلهية لأنه شخص مقرب إلى الله وصاحب كرامات وبركات التي تميزه عن سائر البشر" (حجازي، م، 217، 1981).

في هذا السياق يقول الجوهري "... وبالتقرب إلى الأولياء والتكريم لهم كقوة قادرة على تلبية طلباتهم أو الإجابة لدعواتهم والإسترضاء بالأضاحي والقرايين والزيارة للحصول على البركة..." (الجوهري، م، 1987، 17)

على الرغم من تحريم هذه الممارسات إلا أن "شالهود" يدعي أن الإسلام يقرّ لبعض الأشخاص الذين يتميزون بالتقوى بحقهم في معيار القداسة، ويضاف إلى هذا الإمتياز، امتياز آخر وهو البركة أي تلك الصفة " المستترة " أو سر الله هذا في الأشياء وأنبيائه وأولياؤه" الذي يؤمن الخليقة ويحيي من الأمراض أو يشفيها والذي يقود إلى النجاح والازدهار..." (chelhod,j,1964,61)

وقد تكون المعالجة التقليدية خيارا لأبد منه، فهي مقصد حتى قبل الحمل. فهي بالنسبة للنساء في منطقة غليزان ذات قيمة اجتماعية لا تقل عن طبيب النساء والتوليد (المعالجة التقليدية الوحيدة القادرة على تصحيح وضعية الرحم والصرّة عن طريق التدليك، وهي من تملك الوصفات العشبية لعلاج العقم والالتهابات كما يطلق عليه "دوى تاع العرب"، لأن الوصفات في الأصل مأخوذة من أمهات الكتب في الطب) أو قد تقصد المرأة الطالب الذي يعطيها طلسم يحمل رموز أو آيات قرآنية بهدف حماية جنينها من إمكانية الإجهاض والخوف من العين . أما بعد الولادة تدخل الأم ورضيعها في محطات من الطقوس المتوارثة التي يصعب تخطيها أو الاستهانة بأهميتها بغض النظر عن المستوى الثقافي أو الاجتماعي للأم.

الشبكة الاجتماعية للأم التي تبدأ من العائلة غالبا ما تفسر بعض الأعراض السابقة خاصة في الأربعين يوم من الولادة إلى الإصابة "بالعين السوء" أو "هجوم من قبل أرواح خفية " أو التأثير بتوقيت أو مكان أو ممارسة ميثافيزيقية في مواقيت حساسة تؤثر مباشرة على الرضيع الغير محصّن " بطقوس متعلقة بالحماية " .

***- أشكال الممارسات الوقائية والعلاجية عند الأمهات بمنطقة "غليزان":**

وضحت الدراسة أنّ مشاركة الأمهات في الممارسات الوقائية الموجهة للرضيع بعد الولادة محدودة، خاصة إذا كان المولود الأول؛ كالعناية بمنطقة الصرة، الدهن بزيت الزيتون، القماط والعناية بالمليغفة، هذه المهام توكل للعجائز والأمهات ذوات الخبرة من العائلة كالجدّة وأم الزوج أو الزوجة، خلال الأيام الأولى خاصة بعد الولادة تحرص الأمهات المتمرسات من ضمن العائلة على توجيه الأم الحديثة العهد بالعناية بالرضيع على الإرضاع طبيعياً، حتى أمهنّ يحددن المواقيت التي يمكن للنفساء الخروج من غرفتها، التعامل مع دم النفاس وغيرها من المظاهر التي تتخذ صبغة طقوسية، الأم خلال الفترة الأولى تستبعد من التعامل مع هذا الكائن الجديد؛ فهي بنظر المجتمع غير مؤهلة، الدور البارز مسند للعجائز والأمهات ومن هنا يبدأ التمرن على دور الأم، فتتقمهصه تدريجياً مع اكتساب ما أمكنها من المعارف والممارسات الوقائية والعلاجية طوال مراحل نمو الطفل.

فيما يخص الممارسات الوقائية الحديثة تبدأ هي الأخرى من مكان الولادة، بحيث يشرف الطاقم الطبي والشبه طبي في التعامل مع المواليد الجدد وذلك بإجراء الفحص الروتيني، ثم تلقي اللقاحات أو التطعيمات الأولية عند الولادة.

الأهمية هنا لا تكمن فقط في عدد الجرعات عادة، وإنما في امكانية الالتزام بالرزنامة التي قد يطرأ عليها تأخير أو تذبذب خاصة اللقاح ضد الحصبة فأغلبية الرضع متأثرين بالتسنين وتظهر عليهم أعراض مرضية تشبه الإفلونزا، مصحوبة بالحصى والقيء، الإسهال؛ ما يعرض لخطر قد يصل للموت في حالة إذا ما تلقى التطعيم، لذلك يخضعون الرضع المشكوك في حالتهم للاستشارة الطبية قبل أي تطعيم؛ هنا يبرز دور المسؤول الصحي والعاملين في العيادات وقاعات العلاج الجوارية الذين يقومون بالتوعية والإرشاد قبل وبعد التطعيم.

أما التغذية كالجانب مهم للوقائية؛ البدايات متباينة حسب ما تمّ رصده أن أغلبية الأمهات إقبالهن متأرجح إلى متواضع حيال الرضاعة الطبيعية لأن 25 أما من المبحوثات ولاداتهن قيصرية، تكون فيها الأم في حالة صحية ونفسية مضطربة، إضافة إلى الأمهات العاملات ويستفدن من عطلة أمومة أقلها 98 يوماً، ما يجعل التقييد بالرضاعة الطبيعية عبأ وعائقا يحول دون حصول الرضيع على غذاءه الذي يحميه ويعطيه مناعة ضدّ الكثير من الأمراض هذا بغض النظر للأهمية البيولوجية والنفسية على الأم والاقتصادية على الأسرة.

على الرغم من علم الأمهات بأهمية الرضاعة الطبيعية لكنهن لجأن لقنينة الحليب، ثم تبدأ الأمهات بإدخال أغذية أخرى تدريجياً، وجدنا أنّ الأمهات العاملات استعجلن هذه المرحلة نظراً

لارتباطاتهن المهنية، في حين الأمهات اللواتي يرضعن طبيعياً أغلبهن ماكثات بالبيت فهنّ يؤخرن هذه الخطوة حتى الشهر 7 أو 8.

بالنسبة لاستعمال قنينة الحليب فمن خلال الملاحظة والمقابلات تبين أن أغلب الإلتهابات المتكررة على مستوى الجهاز الهضمي والإضطرابات المعوية كانت نتيجة عدم الإلتزام بشروط النظافة و تقديم الحليب المحضر للاستهلاك الآني إلا أنّه يقدم للرضيع خلال فترات متقطعة بالرغم من التوصيات المكتوبة على عبوة الحليب التي تأكّد على ضرورة تغيير الحليب وتعقيم القنينة قبل أي استعمال موالى.

الممارسة الغذائية مرهونة بالعامل المادي وعامل الوقت وقد تمّ رصد ذلك كم خلال معرفة نوعية الوجبة المخصصة للطفل أو الاقتصار في تغذيته على ما تأكل منه العائلة في كثير من الأحيان. لاحظنا أن مرحلة العبور إلى الطبق العائلي يحدث بسرعة. بذلك تعتبر الحاجات الغذائية الخاصة بالطفل ليست محددة، والأغذية التي تتركب من الفيتامينات ليست دائماً ضمن متناول الأمهات وقد يستبدل العنصر الطبيعي بالمصنع مثل: الزبادي، العصائر، الفواكه المعلبة... حالياً حالة عدم التوازن في تغذية الطفل بحسب الاحتياج مع مرحل النمو الفيزيائي والوظيفي قد يؤدي إلى العديد من المشاكل الصحيّة.

*- السلطة المجتمعية المفعمة بالرمزية وتأثيرها على المسارات العلاجية وطرق الرعاية للأطفال:

تأثير البيئة المحلية والشبكات الاجتماعية على الأمهات المبحوثات كان جلياً، بحيث لم نلمس اختلافاً ذات دلالة بين نوع التوجه العلاجي والمستوى التعليمي فلم يخلو الأمر من التوجه العلاجات التقليدية في حالة إصابة الطفل ب" اللّقا، اللّيل، الضبّاحة، الحرّ، البوصفير، العين، ضربات الشمس، الفطم من الرضاعة"؛ ويرجح تفسير ذلك إلى نشاط المعالجات من العجائز التي تتواجدن في أغلب التجمعات السكنية الريفية خاصة والشبه حضرية والأماكن القريبة من الأحياء الفوضوية، هنّ بحكم بامتلاكهنّ "الحكمة العلاجية" في أيديهن توارثتها من جدّاتهن، لهنّ الخبرة الكافية لعلاج هذه الحالات مقابل ثمن رمزي يسمى "بالزيارة" تعطى على نية الصدقة وإن لم تكن النية التصديق المطلق في فعاليتها.

وقد أشار صالح محمود عبد الرزاق: "...في خضم هذا البحث مع التجارب المتكررة أنتجت معارف متراكمة ومكتسبة، ومع دخول عناصر أخرى ذات الصلة كالسحر والكهانة وصلت البشرية إلى كم معتبر من الوصفات من بينها الوصفات ذات الغرض العلاجي".

(صالح محمود، ع، ر، 1482هـ، 125)

"تعدّ المعتقدات الشعبية من أهم ما تحتوي عليه الثقافة التقليدية، وعليه فقد نشأ الارتباط فيما بين الثقافة والمعتقدات من خلال ما خلّفته الثقافة من إرث يحرص أعضاء المجتمع على

تطبيق قواعده وطقوسه فتصبح تلك المعتقدات الشعبية في كثير من الأحيان أسلوبا في الحياة...".
(إبراهيم، ن، 124، 1967)

ضمن المجتمع المحلي الذي نحن بصدد دراسته ؛ وجدنا أن المخيلة الشعبية غنية بالتأويلات الميثولوجية، فترجح بعض الأعراض المرضية إلى اعتداءات من كائن خفي، ومن بين تلك التأويلات التي حظيت بشعبية على مرّ القرون "أمّ الصبيان" أو "التابعة"
وقد شرح الشيخ داوود عمر الأنطاكي في مجلده "بغية المحتاج في المجرب من العلاج"، قال في أمّ الصبيان "هو مرض يعتري الأطفال سببه عند الأطباء فرط الرطوبة الموجبة وضعف الحرارة، فتصعد الرطوبة بخارا رطبا يضرب الرأس فيخمره، ثم يسيل الصاعد فيحبس النفس ويغشي ولا فرق بينه وبين الصرع....." (الأنطاكي، د، ع، 49، 2001-50)

ضمن العينة المدروسة مظاهر "التابعة"، هي في أصلها سحر معمول للأُمّ الحامل بهدف أن تفقد جنينها سواء، وإذا سلمت فالتهديد يبقى قائمًا مدة الأربعين يوما من النفاس، لذلك جرى العرف على النساء الحذر بطرق وقائية كوضع الملح وسكين تحت وسادة الرضيع خاصة إذا كان ذكر، حرزة الخامسة، وضع الحنظل والحرمل والحنثيث في فراشه هذه المكونات العشبية التي تشترك في رائحتها القوية التي تطرد الأرواح الشريرة المتربصة بالرضيع، وضع الكحل في عينيه و"الحروز" داخل "قماطه" مع الحذر من إخراجها بعد وقت العصر أو الليل أو المرور به بمكان به نجاسة.

بين الحقيقة والخرافة ما يشبه الفرق بين السحر والعلم (...). على أن أحدهما ينطلق من التسليم بحتمية شاملة وتامة، في حين أن الآخر يشتغل على التمييز بين مستويات عدة، بعضها فقط يرتدي اشكالا حتمية غير قابلة التطبيق على المستويات الأخرى، ولكن ألا يسعنا أن نمضي في الاتجاه أشواطاً أبعد، فنعتبر التشدد والدقة الذين ينم عنهما الفكر السحري والممارسات الطقسية، بمثابة التعبير عن استيعاب لأروع ولحقيقة الحتمية بوصفها صيغة من صيغ وجود الظاهرة العلمية، بحيث أن الحتمية تصبح موضوعا للاشتباه واللعب بها بصورة إجمالية قبل أن تصبح موضوعا للمعرفة والاحترام، هكذا تبدو الطقوس والمعتقدات السحرية بمثابة أنواع من التعبير عن فعل إيمان بعلم لم يولد بعد " (بن حمودة، م، 90، 1990).

هناك إصابة لا تقل رواجاً وهي الإصابة "بعين السوء" إلا أن لعين مصداقية وشرعية أكثر من التابعة والسبب يعود أن العين قد ذكرت في القرآن والسنة النبوية وطرق التحصين منها، هذا ما يقلل الارتياب في حقيقة تأثير المعين على المعيون، بالتالي لم نجد تأثير للمستوى التعليمي للأُم على حرص الأمهات في قناعاتهن بوجود وتأثير عين السوء.

أما فيما يخص وسائل الدفاع والعلاج التي يستعملها المعالجون التقليديون بمنطقة "غليزان" لتخليص الناس من ضرر الإصابة بالعين متنوعة (تذويب الشبّة، سكب الرصاص، الكتابة...) يذكر نجيب يوسف بدوي في هذا السياق التعاويذ والرقية حيث يقول: "أما التعاويذ فشائعة الانتشار منها: حذوة الفرس، حذاء طفل صغير، هيكل عظمي لحيوان، عجلة سيارة، رسم يد إنسان (رسم أصابع يد مفتوحة)، أشكال منقوش عليها عبارات دينية (ما شاء الله)، وتعليق خرزة الزرقاء، رسم العين مصابة بسهم، بعض العبارات ترسم بخط من زخرف تدرأ شر الحسد مثل: عين الحسود لا تسود...." (بدوي نجيب يوسف، 1950، 104)

عين السوء تصيب النفساء والرضيع، فقد أقرّت غالبية المبحوثات أنهن يوضعون غالبا ضمن دائرة الحماية من "العين" و ذلك بالتحصين بالأيات القرآنية كآية الكرسي، المصحف الشريف في غرفة الأم، خرزة العين الزرقاء والخامسة الفضية أو الذهبية التي تعلق على "القماط"، أو ملابس الرضيع والأم، كبة الملح؛ التخضيب بالحناء يدي ورجلي الأم باعتبار أن الأرواح تنفر من بعض النباتات ذات الرائحة العطرية المميزة وأنها تمتلك قدرات روحانية في صدّ الأذى، تجنب ارتداء ملابس لونها أحمر اعتقادا منهن أنّ هذا اللون يستفزّ الأرواح المؤذية، لكن شرط فعالية هذه السلوكيات هو "عقد النية" وهي التسليم التام بهذه الأفكار والصدق المطلق بقدرة هذه الممارسات على صدّ الأذى.

بالنتيجة كما وضحتها "دوزون": لا يمكننا إلا أن نستغرب على الرغم من نجاحات الطب الحديث التي لم تزح التداوي التقليدي فإن هذه الأخير يأخذ على عاتقه الأمراض على أنها مطهر من "مصيبة"، التي ليست فقط اضطراب فردي، ولكن اضطراب في "التنظيم الاجتماعي" الفاعلية العلاجية، مرؤوسة بفاعلية أكثر اتساعا، وضعين في الحسبان (الرهان) قدرات وصائية، ونية معيارية وعلاقات. قوة وسلطة... (Dozon.j.p, 1987,45)

من خلال تحليل هذه الممارسات تظهر مشبعة بالرمزية، وأي محاولة بالإخلال بمضمونها قد يزيد احتمالية التعرّض لأي اعتداء من كائنات غير مرئية سواء بإرادة خفية أو عمل دنيء، بكاء وحزن النفساء قبل مرور سبع أيام، أيّ كان الحال فالأثر يظهر على الرضيع؛ بكثرة البكاء دون وجود علّة واضحة، الامتناع عن الرضاعة، ظهور طفح جلدي، انقلاب العينين دون حصى ويعتبر هذا أعلى درجات التأثير.

"..... الحصبة التي اعتبرت ولفترات طويلة من الزمن كلعنة تبدو في نفس الوقت كجزء من الوفيات التي ليس بوسعنا الهروب منه، مثل أمراض أطفال أخرى، إلى أي نقطة في العديد من المجتمعات السكانية تعتبر كرخصة للبقاء على قيد الحياة...." (Fassin D, 1986,73)

واستنادا لهذا، يمكن القول أن المعرفة الشعبية لها جانب من الإقناع، فثقافة الوسط يتنافس في العمق مع المنطق العقلي، يرى "دوندورون" أنّه.....ضمن المجتمعات التي يطلق عليها صفة

التقليدية عامل السن والخبرة هما الميزتان الأساسيتان للمعرفة....، تلك المعارف التي يمتلكها "العجائز" هي معارف جماعية متوارثة ومتناقلة في حين أن المعارف المكتسبة من المدارس والأكاديميات المهيكلة وإن كانت ذات أهمية بالغة إلا أنها تبقى فردية.... كذلك الدور الهام للبنية العائلية فدور أم الزوج أو أم الزوجة المقيمة مع الأسرة هي من يتحكم بالقيادة والتدبير التوجيهي ولهم كامل السلطة في تحديد الممارسات خاصة فيما يتعلق بشؤون العلاجات والوقاية والتغذية..." (Dandurand, P. Ollivier, E, 1991,15)

*- خاتمة عامة:

تبين من خلال هذه الدراسة أنّ نوعية الرعاية الموجهة للأطفال دون الخمس سنوات وعلاقتها بالمستوى التعليمي؛ ترتبط بعدة عناصر أساسية، هي أن الأم ذات المستوى العلمي المرتفع، ممارستها تتوجه للعلاجات الرسمية بحكم التمركز بالمنطقة الحضرية والقرب من المنشآت الصحية ذات الخدمات العلاجية المختلفة، ما يحفز لإتباع سلوكيات وقائية أكثر أمانا، مع القدرة على توفير إمكانيات ذات جودة، لكن العنصر المذبذب هنا هو الوقت المخصص للرعاية بالطفل بالنسبة للموظفات، في حين تلجأ لأمهات ذات المستوى التعليمي المنخفض واللواتي يسكنّ في الأرياف على الأغلب للعلاجات التقليدية كونها المتاحة أكثر، مع قلة الخدمات الصحية في المناطق الريفية والشبه حضرية، إضافة إلى تمركز المعالجين التقليديين وحتى الفضاءات الاجتماعية ذات الخلفية الروحانية في المناطق الريفية والشبه الحضرية المشتتة التابعة لمنطقة غليزان. مع التأكيد على أهمية تأثير الشبكة الاجتماعية والبيئة التي نشئت فيها المرأة ظهر أنّ تأثيرها ضمني في اتباع مسارات علاجية شعبية دون أن يكون للمستوى التعليمي علاقة .

في الأخير يبقى باب للنقاش مفتوح حول التناقض الذي يفرض نفسه، أنه على الرغم من التقدم في مجال الطب، مازالت العلاجات التقليدية والشعبية تتمتع بسلطة رمزية ونفوذ في المجتمع الجزائري على العموم، هذا النوع من التساؤلات يتطلب إخضاعها للتجربة وإعادة التقييم ضمن دراسات أكثر عمقا.

**

المراجع :

- 1- الأنطاكي. عمر داوود (2001) "بغية المحتاج في المجرب من العلاج" الطبعة الأولى عن المخطوطة، بيروت. دار الفكر.
- 2- الجوهري، محمد(1987).المشتغلون بالسحر في المجتمع اليوم.القاهرة.
- 3- بن حمودة محمد.(1997). الأنثروبولوجيا البنوية، أو حق الاختلاف . الفيضاء، مطبعة النجاح الجديدة، الطبعة الثانية.
- 4- بدوي، نجيب، يوسف(1950).سيكولوجية الحسد.القاهرة.
- 5- عباس إبراهيم؛ "الأنثروبولوجيا"(مداخل وتطبيقات). دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية .

7- Abou , S. (2001) . 'l'identité culturelle interethniques et problème d'acculturation » , cité dans Bourchez, L (2001) . « le devinère et son épouse : religion, transe, thérapie et rapports conjugaux à l'île de la Réunion , in Dupré M-C

8- Benoit, j (1982) . étiologie et perception de la maladie en Afrique » dans les société modernes et traditionnelles, édition l' Harmattan .

9- Chelhod , j. (1964). les structures du sacré chez les Arabes .

10 Dandurand P. Ollivier E (1991, savoirs informels ; sociologie et sociétés n°23-1, Presse université de Mo) « savoirs institués ntéral .

11- Dozon , J P 1987 , ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire . in politiques de santé , politique Africaine n° 28

12- Fassin. D.(1986) . la bonne mère . pratiques rurales de la rougeole chez les Femmes. Dakar.

13- Pison , Gilles & Van de Walle , Etienne & Sala-Diakanda, Mpembele. (1989) . MORTALITE ET SOCIETE EN AFRIQUE. Travaux et Document- Cahier n°124. édition INED

14- World Health Organisation (WHO) <https://www.who.int>

15- <https://www.elkhabar.com/press/article/241579/>

**

الملاحق :

الملحق 1 :

دليل المقابلة الموجه للأسر: تاريخ المقابلة: مكان المقابلة:

مكان الإقامة (حضاري، شبه حضاري، ريفي):

سن المبحوثة: المستوى التعليمي للمبحوثة:

الوضعية العائلية: عدد الأطفال:

عدد الأفراد المقيمين في المسكن نفسه: صفة القرابة العائلية:

هل هناك طفل يعاني من مرض مزمن؟ تحديد المرض إن وجد مع طريقة العلاج.

النشاط المهني مع تحديد من يعيل العائلة بالضبط :

وصف المنزل (مع ذكر المرافق الحياتية من توفر الماء والنوعية، الغاز والكهرباء، عدد الغرف مع ذكر وضعية التهوية، نظافة المحيط والصرف الصحي.....) مع تحديد القرب أو البعد عن المرافق الصحية المتاحة والوقت اللازم للوصول إليها.

مؤشرات الرفاهية: امتلاك سيارة، ممتلكات خاصة.....

1-التصورات والممارسات في العائلة حيال المرض عند الطفل دون الخمس سنوات:

-كيف كانت فترات الحمل لديكي؟ هل عنيت من أمراض معينة أثرت على صحة الطفل بعد الولادة؟

هل هناك عادات معينة عليك الالتزام بها بعد الولادة؟ وكيف و لماذا؟

-ما نوع الرضاعة والتغذية التي تحصّل عليها طفلك؟ هل كنت ملتزمة بمواعيد التطعيمات؟

-هل يمكن أن تقصي لنا الانتكاسات الاعتيادية التي تعرّض لها طفلك مع التركيز على التي كانت توجي بالخطورة.

-من الذي لاحظ وجود أعراض المرض؟

-ماهي الأعراض التي تمت ملاحظتها؟

-هل بدت الأعراض متشابهة كل مرة أو هي مختلفة؟ أي ما هي نوعية العدوى التي عادة ما تصيب طفلك؟

-من هم الأشخاص الذين أبدو رأيهم حيال هذه الأعراض؟ ما هي وضعيتهم في العائلة؟

ما كانت أسباب المرض ومن حدّدها؟ من كان المبادر في تقديم العون؟ كيف؟

هل تملكين معارف مسبقة عن الأمراض وطرق الوقاية منها؟ من أين وكيف اكتسبتها؟

-ماذا تفضلين؛ الطبيب أو المعالج التقليدي أو غيرها من الطرق العلاجية؟ لماذا

2- قرار اللجوء إلى العلاج:

ما هي الخطوات التي لجأت لها في حالات المرض؟ من قرّر وتكفل بتقديم العلاجات الأولية في المنزل؟ من قرّر اللجوء إلى الخدمات الصحية المتاحة مع التحديد (الطبيب، المعالج التقليدي، أو عروض أخرى تقدّم خدمات صحيّة).

-لماذا هذا المسار العلاجي؟ هل هو اختياري أو فيه نوع من الإلزام، حدد نوع الإلزام (الخدمة جوارية، التكلفة أقل، التأثير من الشبكات الاجتماعية العائلية أو الجوارية...، العلاقات ذات الصبغة التعريفية الشخصية مع العاملين في القطاع الصحي...).

-من الذي يرافق الطفل (ذكر مجربات جميع المحطات المرضية خاصة التي كان لها الأثر كالإقامة في المستشفى، أو التردد على العديد من المعالجين في ذات الوقت).

-ما هي طبيعة الوصفات العلاجية التي غالبا ما تستعملها، من أرشدك إليها؟ كيف تتعاملين معها أي هل تلتزمين بها أو تضيفين إليها وصفات من مصدر آخر؟

الملحق 2: البيانات الشخصية المتعلقة بالمبحوثات:

المقابلات	السن	المستوى التعليمي	المهنة	مهنة الزوج	الوضعية العائلية	عدد الأطفال	مكان الإقامة
المقابلة رقم 1		ثانوي	ماكثة بالبيت	موظف سولنغاز	متزوجة	4	غليزان حضاري
المقابلة رقم 2	27	متوسط	ماكثة بالبيت	موظف البلدية	متزوجة	1	المطمر شبه حضاري
المقابلة رقم 3	25	متوسط	ماكثة بالبيت	عامل يومي	متزوجة	2	المطمر شبه حضاري
المقابلة رقم 4	38	جامعي	مدرّسة	موظف	متزوجة	2	غليزان حضاري
المقابلة رقم 5	31	متوسط	حرفية	موظف	متزوجة	3	يلل شبه حضاري

المقابلة رقم 6	24	متوسط	ماكثة بالبيت	موظف	متزوجة	3	غليزان حضاري
المقابلة رقم 7	42	جامعي	موظفة	موظف	متزوجة	3	غليزان حضاري
المقابلة رقم 8	37	جامعي	موظفة	موظف	متزوجة	3	غليزان حضاري
المقابلة رقم 9	49	ابتدائي	ماكثة بالبيت	عامل يومي	متزوجة	5	بلعسل شبه حضاري
المقابلة رقم 10	19	متوسط	ماكثة بالبيت	عامل يومي	متزوجة	1	بلعسل شبه حضاري
المقابلة رقم 11	23	متوسط	ماكثة بالبيت	موظف	مطلقة	1	المطمر شبه حضاري
المقابلة رقم 12	27	متوسط	ماكثة بالبيت	موظف	متزوجة	2	غليزان حضاري
المقابلة رقم 13	37	ثانوي	ممرضة	/	أرملة	2	يلل شبه حضاري
المقابلة رقم 14	44	ثانوي	موظفة	عامل يومي	متزوجة	3	دوار البواكر ريفي
المقابلة رقم 15	21	ابتدائي	ماكثة بالبيت	موظف	متزوجة	1	دوار البواكر ريفي
المقابلة رقم 16	19	ابتدائي	ماكثة بالبيت	حرفي	متزوجة	1	دوار البواكر
المقابلة رقم 17	33	ثانوي	حرفية	فلاح	متزوجة	2	دوار البواكر ريفي
المقابلة رقم 18	28	متوسط	حرفية	فلاح	متزوجة	4	يلل شبه حضاري
المقابلة رقم 19	30	جامعي	مدرسة	موظف	متزوجة	2	غليزان حضاري
المقابلة رقم 20	28	ثانوي	حرفية	موزع سلع	متزوجة	3	المطمر شبه حضاري
المقابلة رقم 21	22	ابتدائي	ماكثة بالبيت	حارس في البلدية	متزوجة	1	المطمر شبه حضاري
المقابلة رقم 22	49	متوسط	ماكثة بالبيت	شرطي	متزوجة	7	بلعسل شبه حضاري
المقابلة رقم 23	31	ثانوي	موظفة	شرطي	متزوجة	4	غليزان حضاري
المقابلة رقم 24	48	ثانوي	موظفة	جمارك	متزوجة	1	غليزان حضاري
المقابلة رقم 25	29	جامعي	موظفة	موظف	متزوجة	1	غليزان حضاري
المقابلة رقم 26	32	جامعي	موظفة	عامل يومي	متزوجة	2	غليزان حضاري
المقابلة رقم 27	23	متوسط	ماكثة بالبيت	بدون دخل	متزوجة	1	دوار البواكر ريفي