

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

الأسرة و دورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات

دراسة ميدانية لعينة من النساء في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم
الاجتماع الديموغرافي

تحت إشراف الأستاذة:
جريدة عميرة

من إعداد الطالبة:
خليفة فهيمة

السنة الجامعية : 2015 - 2016

كلمة الشكر

أولا ما أبتدىء به هو الشكر و الحمد لله تعالى
الذي ساعدني و وفقني في دراستي و إتمام هذا
العمل.

ثم أتقدم بجزيل الشكر إلى الاستاذة المشرفة
"عميرة جويذة" التي لم تبخل عليا
بنصائحها و إرشاداتها القيمة طوال هذه
السنوات.

كما أتقدم بالشكر إلى الاساتذة الافاضل الذين
سوف يشرفون على مناقشة هذه الرسالة و إلى
الهيئات التي فتحت لي أبوابها و ساعدتني في
إنجاز هذا العمل وهي :

(ONS) و (MSP)

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى أعز من لدي في
الوجود أبي و أمي الذين ساعدوني و
شجعوني في دراستي..

كما أهدي هذا العمل إلى أحب الناس
لديا - زوجي العزيز- الذي ساعدني في
إتمام مشواري الدراسي و إلى جميع ابنائي
حفظهم الله.

إلى جميع اخوتي و زوجاتهم ، و اختي و
عائلتها الصغيرة.

دون أن أنسى كل عائلة زوجي التي اكن
لها الحب و الإحترام.

كما أهدي هذا العمل إلى كل الزملاء في
الدراسة .

فهيمة

خطة البحث

- المقدمة

الباب الأول

الجانب النظري للبحث

الفصل الأول

الصفحة

الجانب المنهجي للبحث

2	1- الإشكالية
6	2- الفرضيات
7	3- تحديد المفاهيم
13	4- مجالات البحث
13	1-4 - المجال الزمني
14	2-4 - المجال المكاني
15	3-4 - المجال البشري العينة و كيفية اختيارها
16	5- منهج البحث
16	6- اداة جمع البيانات و عملية سير التحقيق
18	7- المعالجة الإحصائية للبيانات

الفصل الثاني

التنشئة الاجتماعية للأسرة و صحة الطفل في ظل التغير الاجتماعي

تمهيد..... 20

المبحث الأول

التغير الاجتماعي و أثره على الأسرة والطفل

- 1- مفهوم التغير الاجتماعي..... 23
- 2- الأسرة و التغير الاجتماعي 24
- 3- التغير الاجتماعي و الأسرة الجزائرية..... 25
- 3-1 - من الناحية الاجتماعية و الاقتصادية..... 25
- 3-2- التغير الاجتماعي و المجال الصحي 30
- 4- مظاهر التغير الاجتماعي على صحة الطفل..... 32
- 4-1- النظام الغذائي..... 33
- 4-2- الرضاعة الطبيعية..... 35
- 4-3- الخصوبة..... 40
- 4-4- الاهتمام بوقاية الطفل..... 47

المبحث الثاني

التربية الصحية للأسرة وعلاقتها بصحة الطفل

- 1- مفهوم التربية الصحية..... 53
- 2- أهمية التربية الصحية في الحفاظ على صحة الطفل..... 55
- 3- الوسائل التي تعزز ترسيخ التربية الصحية في الأسرة..... 58
- 3-1- التعليم..... 58
- 3-2- وسائل الإعلام و الاتصال و التكنولوجيا الحديثة..... 60
- 3-3- الاستعانة بالمرشدين الصحيين 62

المبحث الثالث

العوامل التي تعيق دور الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها

- 1- العوامل ذات الطابع الاجتماعي و الاقتصادي و الديموغرافي للأسرة..... 64
- 1-1- عمل المرأة خارج المنزل..... 64
- 1-1-1- انعكاسات العمل على المرأة..... 65
- 1-1-2- انعكاسات العمل على الأبناء..... 66
- 1-1-2-1- الفطام المبكر..... 66
- 1-1-2-2- فقدان الأبناء الصغار للرعاية و الحنان..... 68
- 1-1-2-3- التعامل مع الأبناء بانفعال وعصبية..... 69
- 1-2- جهل الأم للتربية الصحية الصحيحة..... 69
- 1-2-1- قلة المعارف حول الغذاء الصحي للطفل..... 73
- 1-2-2- الاستعانة بالطرق التقليدية في العلاج..... 76
- 1-3- العيش تحت عامل الفقر..... 80
- 1-4- الحجم الكبير للأسرة..... 86
- 2- تأثير العامل البيئي على الرعاية الصحية للطفل..... 87
- 1-2- التلوث الهوائي..... 89
- 2-2- التلوث المائي..... 90
- 3- تأثير عامل الجودة في المؤسسات الإستشفائية على الرعاية الصحية المقدمة للطفل..... 93
- 1-3- مسألة الأحداث الضارة و السلبية في مجال الرعاية الصحية..... 94
- 2-3- تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات وتحسين الجودة و الكفاءة في الرعاية الصحية..... 95
- خلاصة الفصل..... 98

الفصل الثالث

السياسات و الأنظمة الصحية المهمة بالوضع الصحي للأطفال الأقل من خمس سنوات

101 تمهيد

المبحث الأول

105

الجانب الإداري و صحة الطفل

- 105 1- تعريف السياسة الصحية
- 109 2- تعريف النظام الصحي
- 111 3- مؤشرات قياس فاعلية النظم الصحية
- 111 3-1- من حيث الحصول على الخدمات الصحية
- 115 3-2- من حيث تمويل الأنظمة الصحية
- 117 3-3- من حيث الإنفاق على الصحة
- 120 3-4- من حيث الموارد البشرية في الرعاية الصحية
- 122 3-5- من حيث انتقاء التكنولوجيا الصحية و الطبية
- 122 3-5-1- توفر الادوية الاساسية
- 123 3-5-2- الإستفادة من التكنولوجيات الطبية

المبحث الثاني

125

المؤتمرات و القمم العالمية المهمة بصحة الأطفال و أهم النتائج المحققة

- 125 1- أهم المؤتمرات و القمم العالمية ذات الصلة بصحة الأطفال
- 125 1-1- الالتفاتة الأولى التي كان لها الفضل في الاعتراف القانوني لحقوق
للطفل
- 126 1-2- مؤتمر ألما آتا " الرعاية الصحية الأولية "
- 127 1-3- الرعاية الصحية الأولية الانتقائية وثورة بقاء الأطفال
- 129 1-4- مبادرة باماكو
- 130 1-5- اتفاقية حقوق الطفل
- 131 1-6- مؤتمر القمة العالمي من أجل الاطفال
- 133 1-7- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994
- 134 1-8- مؤتمر قمة الألفية لسنة 2000

- 136 1-9- قمة 2002 إصدار وثيقة "عالم جدير بالاطفال"
- 137 2- أهم النتائج التي حققتها هذه القمم و المؤتمرات فيما يخص صحة الاطفال.....

المبحث الثالث

- 147 النظام الصحي في الجزائر و أثره على الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات
- 147 1 - مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر
- 147 1-1 النظام الصحي في الفترة الاستعمارية
- 148 1-2 - النظام الصحي بعد الاستقلال
- 161 2- بعض مميزات النظام الصحي الجزائري.....
- 161 1-2- من حيث النفقات الصحية.....
- 164 2-2- من حيث مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر.....
- 166 3- أهم الإنجازات التي حققها النظام الصحي الجزائري فيما يخص صحة الأطفال... ..
- 170 4- موقع الجزائر من بين بعض الدول فيما يخص صحة الاطفال.....
- 174 خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع

الوضعية الصحية للأطفال

- 177 تمهيد.....

المبحث الأول

- 178 الحالة الصحية للأطفال في العالم

- 178 أولا - الوفيات و الأمراض.....
- 186 ثانيا- الوضع التغذوي.....
- 186 1- مشكل سوء التغذية.....
- 191 2 - الرضاعة الطبيعية.....
- 194 ثالثا - التحصين ضدّ الأمراض.....
- 196 رابعا - شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب.....

200	المبحث الثاني
	الوضعية الصحية للأطفال في الوطن العربي
200	أولاً- الوفيات و الأمراض.....
208	ثانياً- الوضع التغذوي.....
208	1- مشكل سوء التغذية.....
212	2 - الرضاعة الطبيعية.....
216	ثالثاً - التحصين ضدّ الأمراض.....
221	رابعاً - شبكة الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب.....

224	المبحث الثالث
	الوضعية الصحية للأطفال في الجزائر
225	أولاً - الوفيات و الأمراض.....
237	ثانياً - الوضع التغذوي
237	1 - مشكل سوء التغذية.....
244	2- الرضاعة الطبيعية.....
250	ثالثاً - التحصين ضدّ الأمراض.....
255	رابعاً - شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب.....
259	خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس

أمراض الطفولة

262	تمهيد.....

266	المبحث الأول
	الأمراض الشائعة و المعدية
266	1- الأمراض الشائعة و المتكررة الحدوث عند الأطفال.....
266	1-1- ارتفاع درجة الحرارة.....
269	1-2- التقيؤ المرضي.....
270	1-3- الأمراض الصدرية و التنفسية.....

270	 1-3-1 الإصابة بالزكام
271	 2-3-1 الإصابة بذات الرئة (الالتهاب الرئوي)
274	 4-1 الإسهال: Diarrée
278	 5-1 الأمراض الجلدية: Dermatologiste
281	 6-1 داء الديدان
282	 1- الديدان الخيطية او ديدان " الاكسيورس "
282	 2- ديدان الاسكارس
283	 3- الدودة الشصية (الإثني عشرية)
284	 7-1 فقر الدم عند الأطفال: Anémie
286	 2- الأمراض المعدية الوبائية
286	 1-2 الحصبة: Rougeole
288	 2-2 الحصبة الألمانية (الحميراء) : « Rubéole »
290	 3-2 ذات الغشاء الأبيض « الخناق » أو الدفتريا
291	 4-2 السعال الديكي « Coqueluche »
293	 5-2 شلل الأطفال « Poliomyelite »
295	 6-2 التهاب الغدة النكافية Oreillons
296	 7-2 الكزاز (التيتانوس): Tétanos
298	 8-2 - التدرن الرئوي (السل) Tuberculose
299	 9-2 - التهاب الكبد الفيروسي
299	 2-9-1 التهاب الكبد الفيروسي الوبائي " أ " (HAV)
300	 2-9-2 - التهاب الكبد الفيروسي " ب " (HBV)

المبحث الثاني

301

الامراض المزمنة عند الاطفال

302	 1- الامراض المزمنة المرتبطة بالتلوث البيئي
302	 1-1 الربو Asthm
304	 2- الامراض المزمنة و النظام الغذائي
306	 1-2 مرض السكري عند الأطفال
310	 2-2 - السمنة لدى الاطفال
315	 3- بعض الامراض المزمنة التي يكون مصدرها امتدادا للحالة الصحية في مرحلة

	 الطفولة المبكرة.
315	 3-1- ارتفاع ضغط الدم.
317	 3-2- أمراض القلب.
319	 3-3- الإصابة بالسرطانات.
320	 4- النظام الغذائي و أمراض الفم

المبحث الثالث

323

الامراض الناتجة عن الحوادث المنزلية للاطفال

324	 1- حوادث السقوط و الترحلق.
327	 2- الحروق
330	 3- حالات التسمم
333	 4- الإصابات الناتجة من اللعب
336	 خلاصة الفصل

الباب الثاني

الجانب الميداني للبحث

الفصل الأول

339

عينة البحث و خصائصها

340	 تمهيد.
341	 المبحث الأول: الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية لأفراد العينة.
352	 المبحث الثاني: الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة.
360	 المبحث الثالث: الخصائص الثقافية لأفراد العينة.
372	 المبحث الرابع: الخصائص المتعلقة بالخدمات الصحية.
385	 خلاصة الفصل.

الفصل الثاني

- 388 المستوى المعيشي للأسرة كالدخل الأسري و خصائص المسكن وتأثيره
على تقديم الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات
389 تمهيد.....

المبحث الأول

- 390 اختبار مدى مساهمة الدخل و الوضع المعيشي للأسرة على دورها في تقديم الرعاية
الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات.
390 - تأثير الدخل الاسري على تقديم الرعاية الصحية للأطفال
409 - تأثير الوضع المعيشي للأسرة على تقديم الرعاية الصحية للأطفال.....

المبحث الثاني

- 425 اختبار مدى مساهمة المسكن وخصائصه على دور الأسرة في
تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات
425 - تأثير نوع المسكن على تقديم الرعاية الصحية للأطفال.....
447 - تأثير طبيعة المسكن على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال.....
469 خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث

- 475 المركز الاجتماعي كالمستوى التعليمي للزوجين ونوع العمل و تأثيره
على تقديم الرعاية الصحية اللازمة للأطفال الأقل من خمس سنوات
476 تمهيد.....

المبحث الأول

- 477 اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للزوجين على الرعاية الصحية للأطفال الأقل من
خمس سنوات.
477 - تأثير المستوى التعليمي للزوج على الرعاية الصحية للأطفال
489 - تأثير المستوى التعليمي للزوجة على الرعاية الصحية للأطفال.....

المبحث الثاني

512	اختبار مدى مساهمة الوضع المهني للزوجين على تقديم الرعاية الصحية للطفل
512	- تأثير الوضعية المهنية للزوج على الرعاية الصحية للأطفال
528	- تأثير الوضعية المهنية للزوجة على الرعاية الصحية للأطفال.....
548	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع

554	الخدمات الصحية و خصائصها وتأثيرها على تقديم الرعاية الصحية للطفل من قبل الأسرة
555	تمهيد.....

المبحث الأول

557	اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة و العلاقة بين طالبي و مقدمي الخدمة الصحية على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل
557	1- تأثير التعرض لأخطاء طبية
567	2- تأثير العلاقة بين مقدمي و طالبي الخدمة الصحية.....

المبحث الثاني

578	اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة في المؤسسة الإستشفائية الحالية (مستشفى محمد لمين دباغين) على دور الاسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل
589	خلاصة الفصل
593	الإستنتاج العام
604	الخاتمة

قائمة المراجع

قائمة الجداول و الأشكال البيانية

الملاحق

قائمة الجداول

والأشكال البيانية

قائمة الجداول الجانب النظري

الصفحة	العنوان	الرقم
28	نسبة التلاميذ في طور الابتدائي للفترة 1966 إلى 1992	الجدول رقم (1)
48	البرنامج الجزائري للتعليمات	الجدول رقم (2)
58	معدل وفيات دون الخامسة و معدل الخصوبة الإجمالي في مجموعة من البلدان حسب مستوى تعليم الأمهات منذ عام 2005	الجدول رقم (3)
67	العمر عند الفطام للأطفال الأقل من 3 سنوات	الجدول رقم (4)
71	نسبة الأمية عند الأشخاص من 10 سنوات فما فوق حسب الجنس و مكان الإقامة	الجدول رقم (5)
71	نسبة السكان في الفئة العمرية 5 سنوات و أكثر الذين التحقوا بالمدرسة حسب السن و مكان الإقامة	الجدول رقم (6)
82	التغير في فقر الدخل في مناطق مختلفة من العالم	الجدول رقم (7)
84	تطور في مؤشر التنمية البشرية مع بعض المؤشرات التابعة له من سنة 2006 إلى سنة 2008	الجدول رقم (8)
85	نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من 1 دولار في اليوم	الجدول رقم (9)
91	مستويات التلوث المائي جراء الملوثات العضوية في خمسة عشر بلدا عربيا و بلدين صناعيين 1990-2003	الجدول رقم (10)
112	مركب يوضح لنا عدد الاطباء لكل 1000 شخص في الفترة (2005-2010) و عدد الاسرة في المستشفيات لكل 10000 نسمة في الفترة (2000-2009) ، كما يوضح مسألة الرضا عن الرعاية الصحية في الفترة (2007-2010)	الجدول رقم (11)
113	التغطية بالتحصين للأطفال في عمر سنة و معدل وفيات الرضع و الاطفال الاقل من خمس سنوات حسب دليل التنمية البشرية لسنة 2010	الجدول رقم (12)
143	مستويات واتجاهات معدلات وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات حسب الاهداف الإنمائية لللفية في مناطق مختلفة في العالم في الفترة (1990-2011)	الجدول رقم (13)

149	عدد السكان لكل طبيب في الفترة (1962-1972)	الجدول رقم (14)
150	عدد السكان لكل صيدلي في الفترة (1963-1972)	الجدول رقم (15)
150	تطور جراحي الاسنان في الفترة (1962-1973)	الجدول رقم (16)
153	تطور عدد الاطباء في الفترة (1972-1986)	الجدول رقم (17)
154	تطور عدد الصيادلة في الفترة (1972-1986)	الجدول رقم (18)
155	تطور جراحي الاسنان في الفترة (1972-1986)	الجدول رقم (19)
156	تطور المنشآت القاعدية الصحية في الفترة (1974-1986)	الجدول رقم (20)
158	تطور المنشآت القاعدية للفترة (1991-1998)	الجدول رقم (21)
160	تطور المنشآت القاعدية في الفترة (2008-2010)	الجدول رقم (22)
162	تطور النفقات الصحية العامة في الجزائر و بعض الدول العربية وبعض الدول المتقدمة(% من الناتج المحلي الإجمالي)	الجدول رقم (23)
163	تطور النفقات الصحية في الجزائر في الفترة 1995-2009	الجدول رقم (24)
164	تطور مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري من النسبة الإجمالية للإنفاق على الصحة	الجدول رقم (25)
166	تطور أمل الحياة عند الولادة في الفترة (1970-2014)	الجدول رقم (26)
167	التحول الوبائي من سنة 1963 إلى سنة 2007	الجدول رقم (27)
169	نسبة الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين زاروا المستشفى من خلال إصابتهم بالإسهال و الأمراض التنفسية خلال 15 يوما قبل إجراء المسح	الجدول رقم (28)
169	تطور معدل الوفاة عند شريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر	الجدول رقم (29)
171	مركب يعطي صورة عن الرعاية الصحية المقدمة في الجزائر وبعض جيرانها، و استعمال دولة اسبانيا كدولة مرجعية متقدمة	الجدول رقم (30)
173	مركب يبين أمل الحياة عند الولادة و نسبة السكان الموصولون بمياه صالحة للشرب للجزائر و بعض جيرانها و دولة اسبانيا كدولة نموذجية متقدمة	الجدول رقم (31)

179	التغير في معدلات الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات حسب الدول و السنوات بالنسبة لكل 1000 ولادة حية	الجدول رقم (32)
183	مركب يبين معدل التخفيض السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة الذي شهدته السنوات 1990-2006-2011 و المطلوب تحقيقه خلال الأعوام 2007-2015 لبلوغ هدف الألفية الإنمائي الرابع	الجدول رقم (33)
186	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في بعض الدول الصناعية في العالم لكل 1000 مولود حي	الجدول رقم (34)
189	نسب الأطفال الذين يعانون من مشكل سوء التغذية للسنوات (2000-2006) و (2006-2010)	الجدول رقم (35)
192	النسب المئوية للأطفال ممن يعتمدون على الرضاعة الطبيعية خلال الفترة (1996-2005) و الفترة (2006-2010) في دول العالم	الجدول رقم (36)
195	مركب يوضح التغير في نسب التحصين ضد الأمراض للأطفال الذين عمرهم سنة واحدة بدلالة الدول في السنوات 2004-2007-2010	الجدول رقم (37)
197	مركب يوضح لنا نسبة السكان الذين يستعملون مياه صالحة و الذين استفادوا من مصادرا لصرف الصحي السليم في أقاليم مختلفة	الجدول رقم (38)
202	معلومات عن الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة (1960-2000)	الجدول رقم (39)
205	مركب يعرض أمل الحياة عند الولادة و معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الدول العربية للسنوات 1990-2000-2008-2010	الجدول رقم (40)
210	مركب يوضح لنا نسب الأطفال الذين يعانون من مشكل سوء التغذية للسنوات (2000-2006) و (2006-2010) و الذين يعانون من التقزم و الزيادة في الوزن للفترة (2008-2012)	الجدول رقم (41)
213	التغير في نسب الرضاعة الطبيعية في الدول العربية في العام 2002	الجدول رقم (42)
214	مركب يوضح التغير في نسب الرضاعة الطبيعية ونسب الأطفال الذين يستخدمون الملح المعالج باليود في الدول العربية (2006-2010) و نسب الأطفال الذين تلقوا رضاعة في الفترة اقل من 6 أشهر في الفترة	الجدول رقم (43)

	(2012-2008)	
217	التغير في نسب التحصين بالتلقيح للأطفال من (12-23) شهر في الدول العربية سنة 2002	الجدول رقم (44)
219	التغير في نسب التطعيم للأطفال في عمر سنة لسنة 2010	الجدول رقم (45)
222	التغير في النسب المئوية للسكان الذين يستعملون مصادر مياه محسنة و الذين يستخدمون مرافق صرف صحي في سنة 2008 في المناطق الريفية و الحضرية	الجدول رقم (46)
225	توزيع وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات بالآلف حسب المدة و الجنس	الجدول رقم (47)
226	توزيع وفيات الاطفال حسب العمر بالاشهر	الجدول رقم (48)
227	معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة (Infantile) و الأقل من خمس سنوات (Infanto-juvénile) حسب الجنس و مكان الإقامة	الجدول رقم (49)
228	التطور في معدل الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات في فترات زمنية مختلفة من 1985 إلى 2004 (بالآلف)	الجدول رقم (50)
229	مركب يوضح تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات و معدل وفيات الأطفال ما حول الولادة للفترة (2005-2009)	الجدول رقم (51)
230	نسبة الاطفال (0-59) شهر الذين أصيبوا بالإسهال و تلقوا علاج سواء املاح او علاج آخر خلال الاسبوعين السابقين للمسح MICS3 ALGERIE 2006	الجدول رقم (52)
234	مركب يبين توزيع الأطفال حسب سبب البقاء في المستشفى وحسب سبب الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات المتواجدين في المستشفى لسنة 2010	الجدول رقم (53)
235	مركب يبين توزيع الاطفال الذين كانوا باقين في المستشفى والذين تعرضوا لخطر الوفاة حسب كل فئة عمرية من 0 يوم إلى 59 شهر لسنة 2010	الجدول رقم (54)
236	معدلات وفيات الاطفال الرضع و الاطفال الاقل من خمس سنوات ، وامل الحياة عند الولادة في الفترة (1990-2014)	الجدول رقم (55)

238	الجدول رقم (56)	مركب يبين توزيع نسب الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من مشكل سوء التغذية في حالاته المعتدلة والحادة من خلال تحقيقات وطنية مختلفة.
242	الجدول رقم (57)	التغير في نسبة فقر الدم حسب درجة الإصابة
243	الجدول رقم (58)	التغير في نسب الزيادة في الوزن في شكله المتوسط و الحاد حسب متغيرات مختلفة
246	الجدول رقم (59)	نسب الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية وقت إجراء البحث حسب الجنس و مكان الإقامة
251	الجدول رقم (60)	تطور التغطية في مجال التحصين من سنة 1994 إلى سنة 1998
255	الجدول رقم (61)	التغطية التحصينية للأطفال من 0-59 شهر من خلال مسح مختلفة وطنية
257	الجدول رقم (62)	مركب يبين النسبة المئوية للسكان الذين يستعملون مصادر مياه محسنة و الذين يستهلكون المياه من مصادر حفظ أمانة و الذين يستعملون مرافق صرف صحي سليمة
268	الجدول رقم (63)	تطور مرض التهاب السحايا في الفترة 2005-2008
273	الجدول رقم (64)	عدد حالات الإصابة بالأمراض الصدرية و التنفسية للأطفال الأقل من خمس سنوات في سنة 2005
276	الجدول رقم (65)	عدد حالات الإصابة بالإسهال للأطفال الأقل من خمس سنوات في سنة 2005
277	الجدول رقم (66)	مركب يبين النسب المئوية للأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال وتناولوا محلول معالجة الجفاف مع مواصلة التغذية خلال اسبوعين قبل إجراء كل من تقرير 2008 و 2012 حول الوضع الصحي للأطفال في العالم
285	الجدول رقم (67)	تقديرات انتشار فقر الدم في أقاليم مختلفة حسب العمر سنة 2000
309	الجدول رقم (68)	توقع انتشار الإصابة بمرض السكري عند الأطفال الأقل من 14 سنة في الدول المتقدمة بالنسبة لكل 100000 شخص
335	الجدول رقم (69)	أسباب وفيات الأطفال حسب نوع المرض في الإقليم الإفريقي

قائمة الأشكال البيانية الجانب النظري

1- الرسوم البيانية:

الرقم	العنوان	الصفحة
الرسم البياني رقم (1)	معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية من الثدي عند الأطفال من 0 إلى 5 سنوات حسب الجنس و المنطقة الجغرافية و المستوى التعليمي و مؤشر الثراء	38
الرسم البياني رقم (2)	الاحتياجات الغير مشبعة في مجال تنظيم الأسرة حسب المركز الاجتماعي الاقتصادي للنساء المتزوجات من 25 سنة و 29 سنة و يعيشن في مناطق حضرية	41
الرسم البياني رقم (3)	أعمدة بيانية تبين تطور سن الزواج حسب الجنس	46
الرسم البياني رقم (4)	النسبة المئوية للأطفال من 12-23 شهر الملقحين ضد أمراض الأطفال حسب المستوى التعليمي للام و مستوى الرفاه الاجتماعي	49
الرسم البياني رقم (5)	الأسباب المؤدية إلى عدم تلقيح الأطفال أو عدم استكمالهم لقاحاتهم في المناطق المنخفضة التغطية في سورية 2006	51
الرسم البياني رقم (6)	تطور نسبة تدرس البنات حسب الأطوار التعليمية في الفترة 1962-2011	72
الرسم البياني رقم (7)	نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من النمو المتعثر في بعض الدول في المناطق الحضرية	75
الرسم البياني رقم (8)	التشريعات الخاصة بممارسي الطب التقليدي و التكميلي	77
الرسم البياني رقم (9)	عدد الأطفال في مصر الذين يعيشون على دولار ودولارين في اليوم للفترة 1995-2008	83
الرسم البياني رقم (10)	ارتفاع معدلات انبعاث غاز ثاني أكسيد الكربون في البلدان العربية.	90
الرسم البياني رقم (11)	انتشار التقرم حسب السن بالأشهر	107
الرسم البياني رقم (12)	أثر الإنفاق من أموال المرضى الخاصة على حدوث النكبة المالية و الدفع إلى هاوية الفقر	116

118	الإنفاق الحكومي على الصحة لاقاليم مختلفة في الفترة (2000-2007)	الرسم البياني رقم (13)
121	نقص توافر الكوادر الصحية الماهرة في افريقيا و جنوب شرق اسيا	الرسم البياني رقم (14)
139	نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من 1.25 دولار في اليوم في الفترة (1990-2005)	الرسم البياني رقم (15)
141	نسبة الاطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن (1990 - 2009)	الرسم البياني رقم (16)
181	رسم دائري يبين أهم الأمراض التي تؤدي إلى وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات في الدول النامية	الرسم البياني رقم (17)
233	انتشار الامراض التنفسية عند الاطفال الاقل من خمس سنوات حسب الجنس و مكان الإقامة و المكان الجغرافي	الرسم البياني رقم (18)
236	تطور معدل وفيات الاطفال الرضع منذ 1970 بالنسبة المئوية	الرسم البياني رقم (19)
239	نسبة الاطفال الاقل من خمس سنوات الذين يعانون من نقص وزن معتدل او شديد والذين يعانون من التقزم و الهزال	الرسم البياني رقم (20)
247	انتشار الرضاعة الطبيعية حسب الفئة العمرية بالنسبة للاطفال الاقل من سنتين	الرسم البياني رقم (21)
249	نسب الرضاعة الطبيعية الحصرية عند الأطفال الأقل من 6 أشهر حسب متغيرات مختلفة	الرسم البياني رقم (22)
249	نسب الاطفال في الفئة العمرية 6-9 أشهر الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية مع غذاء تكميلي	الرسم البياني رقم (23)
253	نسبة الأطفال المحصنين حسب نوع اللقاح و مكان الإقامة	الرسم البياني رقم (24)
254	التغطية التحصينية للاطفال من 12-23 شهر المحصنين ضد أمراض الطفولة	الرسم البياني رقم (25)
272	أكثر من نصف الأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بذات الرئة والذين تم عرضهم على مقدمي خدمات صحية مؤهلة	الرسم البياني رقم (26)
287	العبء العالمي لوفيات الاطفال الناتجة من الحصبة	الرسم البياني رقم (27)
294	ميزانية الخطة العالمية لإستأصال شلل الأطفال بحسب الفئات	الرسم البياني رقم (28)

	(2013-2018 بملايين الدولارات الأمريكية)	
303	اعمدة بيانية حول اهم العوامل المحرصة للربو في محيط الطفل	الرسم البياني رقم (29)
309	دائرة نسبية لعدد الاطفال المصابين بالسكري في الجزائر	الرسم البياني رقم (30)
313	انتشار السمنة و الزيادة في الوزن حسب الفئات العمرية للاطفال الاقل من 13 سنة	الرسم البياني رقم (31)
314	انتشار السمنة و الزيادة في الوزن حسب الجنس للاطفال الاقل من 13 سنة	الرسم البياني رقم (32)
326	معدلات الإصابة المميتة الناجمة عن السقوط لكل 100000 طفل بحسب العمر و مستوى دخل البلدان على مستوى العالم 2004	الرسم البياني رقم (33)
328	معدلات الحروق المميتة بسبب النار لكل 100000 طفل حسب الفئة العمرية و مستوى دخل البلدان في العالم 2004	الرسم البياني رقم (34)
329	معدلات الحروق المميتة بسبب النار لكل 100000 طفل حسب السن و النوع	الرسم البياني رقم (35)
331	معدلات حالات التسمم المميتة لكل 100000 طفل حسب السن و الجنس سنة 2004	الرسم البياني رقم (36)

2- قائمة المخططات البيانية :

الرقم	العنوان	الصفحة
المخطط البياني رقم (1)	الدائرة المفرغة لاعتلال الصحة عبر الأجيال	60

قائمة الجداول الجانب الميداني

الرقم	العنوان	الصفحة
الجدول رقم (1)	توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	341
الجدول رقم (2)	توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن	341
الجدول رقم (3)	توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المسكن	342
الجدول رقم (4)	توزيع أفراد العينة حسب عدد الغرف في المسكن	343
الجدول رقم (5)	توزيع أفراد العينة حسب ما تملكه الأسرة من بعض التجهيزات الأساسية	344
الجدول رقم (6)	توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المعيشية للأسرة	344
الجدول رقم (7)	توزيع أفراد العينة حسب أهم النقائص المحيطة بالمسكن	346
الجدول رقم (8)	توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للزوجين	347
الجدول رقم (9)	توزيع افراد العينة حسب نوع مهنة الزوج	347
الجدول رقم (10)	توزيع افراد العينة حسب نوع مهنة الزوجة	348
الجدول رقم (11)	توزيع افراد العينة حسب انتسابهم للضمان الإجتماعي	349
الجدول رقم (12)	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الاسري	350
الجدول رقم (13)	توزيع أفراد العينة حسب العلاقات التي تربط أفراد الأسرة	351
الجدول رقم (14)	توزيع أفراد العينة حسب سن الزوجة	352
الجدول رقم (15)	توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال في الأسرة	353
الجدول رقم (16)	توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال الأقل من خمس سنوات	354
الجدول رقم (17)	توزيع المبحوثات حسب حدوث وفاة لطفل في مرحلة الأقل من خمس سنوات	355
الجدول رقم (18)	توزيع المبحوثات حسب اسباب وفاة اطفالهن	355
الجدول رقم (19)	توزيع أفراد العينة حسب تنظيمهنّ لنسلهنّ	356
الجدول رقم (20)	توزيع المبحوثات حسب الأسباب التي تحدد اتجاههنّ في مسألة تنظيم النسل	356
الجدول رقم (21)	توزيع أفراد العينة حسب نوع الرضاعة المقدمة للطفل	357
الجدول رقم (22)	توزيع افراد العينة حسب المدة التي استفاد منها الطفل بالرضاعة الطبيعية الخالصة	358

360	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوج و الزوجة	الجدول رقم (23)
362	توزيع أفراد العينة حسب نوع المشكل المرضي الذي يعاني منه الطفل	الجدول رقم (24)
363	توزيع أفراد العينة حسب درجة تعرض الأطفال للمرض	الجدول رقم (25)
363	توزيع أفراد العينة حسب كيفية التصرف مع الحالة المرضية	الجدول رقم (26)
364	توزيع أفراد العينة حسب المدة التي قضاها مع المرض قبل تلقي العلاج الرسمي	الجدول رقم (27)
364	توزيع أفراد العينة حسب الفترة التي يجب فيها الاعتناء بصحة فم الطفل	الجدول رقم (28)
365	توزيع افراد العينة حسب المدة التي تترك فيها الخضر و الفواكه داخل الماء قبل استهلاكها	الجدول رقم (29)
365	توزيع أفراد العينة حسب نوع القنينة المستعملة لإرضاع الطفل	الجدول رقم (30)
366	توزيع افراد العينة حسب الاهتمام بنظافة القنينة	الجدول رقم (31)
368	توزيع أفراد العينة حسب نوع الماء المقدم للطفل	الجدول رقم (32)
368	توزيع افراد العينة حسب نوع الأواني المستعملة لإعداد الطعام	الجدول رقم (33)
369	توزيع أفراد العينة حسب نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل	الجدول رقم (34)
369	توزيع أفراد العينة حسب وزن الطفل	الجدول رقم (35)
370	توزيع افراد العينة حسب الإمتثال لرغبات الطفل	الجدول رقم (36)
370	توزيع أفراد العينة حسب اختيار مكان لعب الطفل	الجدول رقم (37)
371	توزيع أفراد العينة حسب المعايير التي تتقيد بها المبحوثات عند اقتناء لعب الأطفال	الجدول رقم (38)
372	توزيع أفراد العينة حسب مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل	الجدول رقم (39)
372	توزيع أفراد العينة حسب العوامل التي تؤثر على تقديم الرعاية الصحية للطفل	الجدول رقم (40)
373	توزيع أفراد العينة حسب القطاع المفضل لطلب العلاج	الجدول رقم (41)
373	توزيع أفراد العينة حسب أسباب اختيار القطاع العام	الجدول رقم (42)
374	توزيع أفراد العينة حسب أسباب اختيار القطاع الخاص	الجدول رقم (43)

374	توزيع أفراد العينة حسب اختصاص الطبيب المتوجه إليه في القطاع الخاص	الجدول رقم (44)
345	توزيع أفراد العينة حسب الاستفسار عن ما إذا تسببت الخدمة الصحية في تدهور الحالة الصحية لأحد أطفالها أثناء تلقي العلاج	الجدول رقم (45)
345	توزيع أفراد العينة حسب ذكر الخطأ الطبي المرتكب	الجدول رقم (46)
377	توزيع أفراد العينة حسب نتيجة الخطأ المرتكب	الجدول رقم (47)
377	توزيع أفراد العينة حسب أسباب الوقوع في تلك الأخطاء الطبية	الجدول رقم (48)
378	توزيع افراد العينة حسب العلاقة التي كانت بين المبحوثة و الطبيب المعاین للطفل	الجدول رقم (49)
378	توزيع المبحوثات حسب الإستفسار عن ما إذا وفاها الطبيب بجميع المعلومات عن المرض	الجدول رقم (50)
379	توزيع افراد العينة حسب الإستفسار عن ما إذا وفاها الطبيب بكيفية اخذ الدواء	الجدول رقم (51)
379	توزيع أفراد العينة حسب الاستفسار عن ما إذا كانت تشعر بالارتياح أثناء تلقي الخدمة	الجدول رقم (52)
380	توزيع أفراد العينة حسب النقائص التي واجهتها وجعلتها لا تشعر بالارتياح أثناء طلب الخدمة الصحية	الجدول رقم (53)
380	توزيع أفراد العينة حسب مدى تأثير الخدمة الصحية الملقاة على الإقبال على طلب العلاج	الجدول رقم (54)
380	توزيع أفراد العينة حسب الاستفسار عن ما إذا واجهتها صعوبات أثناء طلب الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية الحالية	الجدول رقم (55)
381	توزيع أفراد العينة حسب ذكر الصعوبات المواجهة	الجدول رقم (56)
382	توزيع أفراد العينة حسب تقييم المبحوثة لجودة الخدمة الصحية التي قدمها الاطباء للطفل أثناء العلاج في المؤسسة الإستشفائية الحالية	الجدول رقم (57)
382	توزيع افراد العينة حسب الإستفسار عن مواجهة صعوبات تتعلق بالتوجيه في المؤسسة الإستشفائية الحالية	الجدول رقم (58)
383	توزيع افراد العينة حسب توفر النظافة في المستشفى الحالي	الجدول رقم (59)
383	توزيع أفراد العينة حسب رأي المبحوثة في مهارة الأطباء	الجدول رقم (60)

348	توزيع أفراد العينة حسب الإستفسار عن وجود التجهيزات الضرورية في المستشفى الحالي	الجدول رقم (61)
390	العلاقة بين الدخل الشهري الاسري و الحالة الصحية للطفل	الجدول رقم (62)
391	العلاقة بين الدخل الاسري و الامراض التي يعاني منها الطفل	الجدول رقم (63)
393	العلاقة بين الدخل الاسري و كيفية التصرف عند ملاحظة أعراض المرض على الطفل	الجدول رقم (64)
395	العلاقة بين الدخل الشهري الاسري و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (65)
396	توزيع أفراد العينة حسب الأسباب المتحركة في تصرف المبحوثة مع مرض الطفل	الجدول رقم (66)
398	العلاقة بين الدخل الاسري واختيار نوع المؤسسة الإستشفائية	الجدول رقم (67)
399	العلاقة بين الدخل الاسري و نوع الماء المستعمل للطفل	الجدول رقم (68)
401	العلاقة بين الدخل الاسري و نوع الوجبة المقدمة للطفل	الجدول رقم (69)
403	العلاقة بين دخل الاسرة و وزن الطفل	الجدول رقم (70)
404	العلاقة بين الدخل الاسري و نوع الاواني المستعملة للطفل	الجدول رقم (71)
406	العلاقة بين الدخل الاسري و التعامل مع رغبة الطفل	الجدول رقم (72)
407	العلاقة بين الدخل الأسري و اختيار لعب الأطفال	الجدول رقم (73)
409	العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و الحالة الصحية للطفل	الجدول رقم (74)
410	العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و نوع الامراض التي اصيب بها الاطفال	الجدول رقم (75)
411	العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و كيفية التعامل مع المرض	الجدول رقم (76)
412	العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (77)
414	العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و اختيار القطاع الإستشفائي للطفل	الجدول رقم (78)
415	العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و نوع الرضاعة المقدمة للطفل	الجدول رقم (79)
417	العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و نوع الوجبات المحضرة للطفل	الجدول رقم (80)
418	توزيع افراد العينة حسب تقيم المبحوثة لوضعها المعيشي و نوع الماء	الجدول رقم (81)

	المقدم للطفل	
420	توزيع أفراد العينة حسب تقييم المبحوثة لوضعها المعيشي و نوع الأواني التي يعد فيها طعام للطفل	الجدول رقم (82)
421	العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و اختيار لعب الأطفال	الجدول رقم (83)
423	العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و الامتثال لرغبات الطفل	الجدول رقم (84)
425	العلاقة بين نوع المسكن و مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل	الجدول رقم (85)
426	العلاقة بين نوع المسكن و الحالة الصحية للطفل	الجدول رقم (86)
428	العلاقة بين نوع المسكن و كيفية التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (87)
430	العلاقة بين نوع المسكن و منطقة السكن على كيفية التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (88)
431	العلاقة بين نوع السكن و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (89)
433	العلاقة بين نوع السكن ومكان الإقامة و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (90)
434	العلاقة بين نوع السكن و نوع القطاع الاستشفائي الذي يفضل التوجه إليه	الجدول رقم (91)
436	العلاقة بين نوع السكن و الوجبات المقدمة للأطفال	الجدول رقم (92)
437	العلاقة بين نوع المسكن و مدة ترك الخضار و الفواكه داخل الماء	الجدول رقم (93)
438	العلاقة بين نوع المسكن و نوعية الماء المقدم للطفل	الجدول رقم (94)
440	العلاقة بين نوع السكن و الأواني المستعملة لإعداد الطعام	الجدول رقم (95)
441	العلاقة بين نوع السكن و مكان لعب الأطفال	الجدول رقم (96)
443	العلاقة بين نوع السكن و عدد الغرف وعلاقته بمكان لعب الأطفال	الجدول رقم (97)
446	العلاقة بين نوع السكن و اختيار لعب الأطفال	الجدول رقم (98)
447	العلاقة بين طبيعة المسكن و التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (99)
449	العلاقة بين طبيعة المسكن و مكان الإقامة على تصرف المبحوثة مع مرض الطفل	الجدول رقم (100)
451	العلاقة بين طبيعة المسكن و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (101)
452	العلاقة بين طبيعة المسكن و اسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب في حالة مرض الطفل	الجدول رقم (102)

454	العلاقة بين طبيعة المسكن و اختيار القطاع الإستشفائي	الجدول رقم (103)
455	العلاقة بين طبيعة المسكن و نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل	الجدول رقم (104)
457	علاقة طبيعة المسكن باختيار مكان لعب الاطفال	الجدول رقم (105)
459	علاقة طبيعة المسكن و عدد الأطفال في الأسرة بمكان لعب الاطفال الاقل من خمس سنوات	الجدول رقم (106)
461	علاقة طبيعة المسكن بدرجة تعرض الطفل للأمراض	الجدول رقم (107)
463	علاقة طبيعة المسكن و البيئة المحيطة به و اهم الامراض المنتشرة في اوساط الأطفال	الجدول رقم (108)
466	علاقة طبيعة المسكن و الإمتثال لرغبات الطفل	الجدول رقم (109)
477	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوج و الحالة الصحية للطفل	الجدول رقم (110)
478	علاقة المستوى التعليمي للزوج و التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (111)
479	علاقة المستوى التعليمي للزوج و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (112)
480	علاقة المستوى التعليمي للزوج و اختيار القطاع الإستشفائي	الجدول رقم (113)
481	علاقة المستوى التعليمي للزوج و اختيار اختصاص الطبيب في القطاع الخاص	الجدول رقم (114)
482	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوج و مدة الرضاعة الطبيعية	الجدول رقم (115)
483	علاقة المستوى التعليمي للزوج و الوجبة الغذائية المقدمة للطفل	الجدول رقم (116)
485	علاقة المستوى التعليمي للزوج و نوعية الماء المقدم للطفل	الجدول رقم (117)
486	علاقة المستوى التعليمي للزوج و اختيار مكان لعب الاطفال	الجدول رقم (118)
487	علاقة المستوى التعليمي للزوج و اختيار لعب الاطفال	الجدول رقم (119)
488	علاقة المستوى التعليمي للزوج و الإمتثال لرغبات الطفل	الجدول رقم (120)
489	علاقة المستوى التعليمي للزوجة بالحالة الصحية للطفل	الجدول رقم (121)
490	علاقة المستوى التعليمي للزوجة وكيفية التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (122)
492	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (123)
493	علاقة المستوى التعليمي للزوجة باختيار قطاع العلاج	الجدول رقم (124)
494	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و اختيار الطبيب المتوجه إليه في القطاع الخاص	الجدول رقم (125)
495	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و مسالة تنظيم النسل	الجدول رقم (126)

496	علاقة المستوى التعليمي للزوجة بالرضاعة الطبيعية للطفل	الجدول رقم (127)
497	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية للطفل	الجدول رقم (128)
499	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و نوع القنينة المستعملة لإرضاع الطفل	الجدول رقم (129)
501	توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوجة والإهتمام بنظافة القنينة	الجدول رقم (130)
502	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و الوجبات المقدمة للطفل	الجدول رقم (131)
503	توزيع افراد العينة حسب مميزات الوجبات المقدمة للطفل حسب تقدير المبحوثة	الجدول رقم (132)
505	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و المستوى المعيشي للأسرة و الوجبات المقدمة للطفل	الجدول رقم (133)
506	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و نوعية الماء المقدم للطفل	الجدول رقم (134)
508	توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوجة الإمتثال لرغبات الطفل	الجدول رقم (135)
509	توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوجة و مكان لعب الأطفال	الجدول رقم (136)
510	علاقة المستوى التعليمي للزوجة و اختيار لعب الأطفال	الجدول رقم (137)
512	علاقة الحالة المهنية للزوج و التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (138)
513	علاقة مهنة الزوج و كيفية التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (139)
514	علاقة نوع مهنة الزوج و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (140)
515	علاقة مهنة الزوج و اختيار القطاع الإستشفائي	الجدول رقم (141)
517	علاقة مهنة الزوج و نوع الرضاعة المقدمة للطفل	الجدول رقم (142)
518	علاقة مهنة الزوج و مدة الرضاعة الخالصة	الجدول رقم (143)
520	علاقة مهنة الزوج و نوع الوجبات المقدمة للطفل	الجدول رقم (144)
523	علاقة نوع عمل الزوج و المستوى التعليمي للزوجة و مدى تقييم المبحوثة للوجبة الغذائية المقدمة للطفل	الجدول رقم (145)
524	علاقة مهنة الزوج و نوعية الماء المقدم للطفل	الجدول رقم (146)
526	علاقة مهنة الزوج و الإمتثال لرغبات الطفل	الجدول رقم (147)

527	علاقة مهنة الزوج و اختيار لعب الاطفال	الجدول رقم (148)
528	علاقة الحالة المهنية للزوجة و التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (149)
529	علاقة مهنة الزوجة و التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (150)
530	علاقة مهنة الزوجة و الدخل الشهري للزوج و التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (151)
533	علاقة مهنة الزوجة و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (152)
535	علاقة مهنة الزوجة و اختيار القطاع الإستشفائي	الجدول رقم (153)
536	علاقة مهنة الزوجة و نوع الرضاعة المقدمة للطفل	الجدول رقم (154)
537	علاقة مهنة الزوجة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	الجدول رقم (155)
539	علاقة مهنة الزوجة و الوجبات الغذائية المقدمة للطفل	الجدول رقم (156)
540	علاقة مهنة الزوجة و نوعية الماء الذي يشربه الاطفال	الجدول رقم (157)
541	علاقة مهنة الزوجة و اختيار الاواني التي يعد فيها طعام الطفل	الجدول رقم (158)
543	علاقة الوضعية المهنية للزوجة و المستوى التعليمي لها و نوع الاواني المستعملة للطبخ	الجدول رقم (159)
544	العلاقة بين مهنة الزوجة و الإمتثال لرغبات الطفل	الجدول رقم (160)
545	علاقة مهنة الزوجة و اختيار مكان لعب الاطفال	الجدول رقم (161)
546	علاقة مهنة الزوجة و اختيار لعب الاطفال	الجدول رقم (162)
557	علاقة التعرض لاختفاء طبية و مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل	الجدول رقم (163)
558	علاقة التعرض لاختفاء طبية و مدى الإقبال على الخدمة مستقبلا	الجدول رقم (164)
559	علاقة التعرض لاختفاء طبية و كيفية التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (165)
561	علاقة التعرض لاختفاء طبية و مدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (166)
562	توزيع افراد العينة حسب التعرض لاختفاء طبية و الشعور بالرضا عن الخدمة	الجدول رقم (167)
563	علاقة التعرض لاختفاء طبية و اختيار قطاع العلاج	الجدول رقم (168)
565	علاقة التعرض لاختفاء طبية و الدخل الاسري وتأثيره في قطاع العلاج	الجدول رقم (169)
566	علاقة التعرض للاخطاء و اختيار اختصاص الطبيب	الجدول رقم (170)
567	العلاقة بين الطبيب و طالبي الخدمة و مدى الإقبال على العلاج	الجدول رقم (171)

	مستقبلا	
568	العلاقة بين الطبيب المعالج وطالبي الخدمة و التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (172)
569	العلاقة بين الطبيب المعالج وطالبي الخدمة ومدة ترك الطفل في حالة المرض	الجدول رقم (173)
571	العلاقة بين مقدمي و طالبي الخدمة و الشعور بالإرتياح و الرضا	الجدول رقم (174)
572	العلاقة بين مقدمي و طالبي الخدمة و اختيار قطاع العلاج	الجدول رقم (175)
573	علاقة الخدمة التي يقدمها الطبيب فيما يخص تقديم معلومات كافية عن المرض بكيفية التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (176)
574	توزيع أفراد العينة حسب تقديم توضيحات عن أخذ الدواء و التصرف مع المرض	الجدول رقم (177)
577	العلاقة بين مواجهة صعوبات في مستشفى محمد لمين دباغين و الإقبال على العلاج	الجدول رقم (178)
579	توزيع أفراد العينة حسب إذا ما كان مستشفى محمد لمين دباغين الوجهة الأولى للعلاج	الجدول رقم (179)
579	العلاقة بين التعرض لاختفاء طبية و اختيار مشفى باب الوادي كوجهة للعلاج	الجدول رقم (180)
581	توزيع المبحوثات حسب اسباب التوجه لمستشفى محمد لمين دباغين	الجدول رقم (181)
582	العلاقة بين نوع الخدمة في مستشفى محمد لمين دباغين و التصرف مع مرض الطفل	الجدول رقم (182)
583	علاقة عامل التوجيه في المستشفى و قرار المبحوثة حول طلب الخدمة مستقبلا	الجدول رقم (183)
584	العلاقة بين توفر عامل النظافة في المستشفى و الإقبال على العلاج	الجدول رقم (184)
585	العلاقة بين توفر عامل الكفاءة الطبية في المستشفى و الإقبال على العلاج	الجدول رقم (185)
586	العلاقة بين توفر التجهيزات في المستشفى و الإقبال على العلاج	الجدول رقم (186)
587	توزيع المبحوثات حسب طموح المبحوثة عن كيفية تعامل الطبيب مع الزبون أي (المريض مع أسرته)	الجدول رقم (187)

قائمة الرسوم البيانية الجانب الميداني

الصفحة	العنوان	الرقم
345	أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المعيشية للأسرة	الرسم البياني رقم (1)
346	أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب مميزات البيئة المحيطة بالمسكن	الرسم البياني رقم (2)
348	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب نوع عمل الزوج	الرسم البياني رقم (3)
349	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب نوع عمل الزوجة	الرسم البياني رقم (4)
353	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال في الأسرة	الرسم البياني رقم (5)
355	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب أسباب وفاة أطفالهن	الرسم البياني رقم (6)
358	أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب نوع الرضاعة الطبيعية المقدمة للطفل	الرسم البياني رقم (7)
359	أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب مدة الرضاعة الطبيعية الخالصة	الرسم البياني رقم (8)
362	أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب نوع المشكل المرضي الذي يعاني منه الطفل	الرسم البياني رقم (9)
367	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب الاهتمام بنظافة القنينة	الرسم البياني رقم (10)
371	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب المعايير التي تتقيد بها المبحوثات عند اقتناء لعب الأطفال	الرسم البياني رقم (11)
376	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب نتيجة الخطأ المرتكب	الرسم البياني رقم (12)

قائمة الجداول و الرسوم البيانية الموجودة في الملحق رقم 2

المستعملة في البحث

1- الجداول:

الرقم	العنوان
الجدول رقم (1)	توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية و مدة رضاعة الطفل الأخير
الجدول رقم (2)	توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية و مدة رضاعة الطفل قبل الأخير
الجدول رقم (3)	اتجاهات وفيات الأطفال دون الخامسة لألف مولود حي في المغرب للفترات الخمس السابقة للمسح حسب نوع الوفاة و المصدر
الجدول رقم (4)	التغير في معدل وفيات الرضع و الأطفال الأقل من خمس سنوات في مصر للفترة (1967-2006).
الجدول رقم (5)	نسب الأطفال الغير محصنين ضد الكزاز و الحصبة في الفترة(2008-2012)
الجدول رقم (6)	التطور لحالات الوفاة و البقاء في المستشفى للأطفال الأقل من خمس سنوات بسبب امراض الإسهال و الأمراض التنفسية الحادة في الفترة (1995-1998).
الجدول رقم (7)	توزيع أفراد العينة حسب الأسباب المتحكمة في تصرف المبحوثة مع مرض الطفل
الجدول رقم (8)	توزيع المبحوثات حسب الأسباب التي تحدد اتجاههنّ في مسألة تنظيم النسل
الجدول رقم (9)	توزيع المبحوثات حسب توزيع الوجبة الغذائية الناقصة حسب تقدير المبحوثة

2- الرسوم البيانية

أدنى معدلات استخدام وسائل منع الحمل بين أفقر النساء وأقلهنّ تعلّما و بين النساء في المناطق الريفية في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.	الرسم البياني رقم (1)
أعمدة بيانية تبين معدل الوفيات للأطفال دون الخامسة حسب الإقليم . في الفترة 1990-1999 و الفترة 2000-2008	الرسم البياني رقم (2)
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر من سنة 1990 إلى سنة 2012 في دول العالم	الرسم البياني رقم (3)
سبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن المعتدل و الحاد في الفترة (1990-2012)	الرسم البياني رقم (4)
النسبة المئوية للسكان الذين لا يحصلون على المياه الصالحة وخدمات الصرف الصحي في 15 بلدا عربيا لسنة 2007	الرسم البياني رقم (5)
التطور في معدلات وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات حسب التقرير الوطني لاهداف الالفية	الرسم البياني رقم (6)

تعتبر صحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة وهي ضرورة من ضرورات التنمية ، و حتى يتحقق هذا المطلب لا بد من تحقيق عامل أساسي ألا وهو الرعاية الصحية للأشخاص بمختلف فئاتهم العمرية.

و تتولى مسؤولية الرعاية الصحية مؤسسات صحية و هي تساهم في ذلك بتقديم خدمات صحية مختلفة للمواطنين كما تتولى هذه المهمة مؤسسة هامة من مؤسسات المجتمع ألا وهي الأسرة .

فتربية الأطفال ورعايتهم صحيا هو الهدف المنشود عند كل عائلة ، لكن تقتضي الحياة من الطفل أن يصطدم ببعض متاعبها ، فيتعرض بذلك لأمراض مختلفة و متفاوتة الخطورة ، فمنها ما هي عابرة بحيث لا تخلف أي اثر على الطفل ومنها ما يبلغ درجة التأزم و التعقيد خاصة إن لم يحظى بالعناية الكافية في محيطه الأسري .

فالأسرة و بالأخص الأم يجب أن تكون حذرة إلى كل تغير أو خطر قد يصيب الطفل ، و هذا يكون بأخذ الحيطة و الحذر في بادئ الأمر و ان حصل و ان أصابه مكروه يجب ان لا تتردد في استشارة الطبيب و الأخذ بنصائحه و إتباع تعليمات العلاج كما وصفها تماما.

فإدراك المرض في بدايته و الأخذ بأسباب الشفاء الصحيحة يسهل كثيرا مهمة علاجه بالنسبة للطبيب و الشفاء العاجل بالنسبة للمريض، فالطفل في سنواته الأولى يكون جسمه جد هش ومناعته للأمراض ضعيفة فإن لم يلقي العناية و الرعاية اللازمة من وسطه فسوف يكون عرضة للمرض لا محال.

كما أن نمو الطفل نموا منسجما من الناحية العقلية و الجسمية يتوقف على هذه المرحلة بالذات لذلك يجب أن تحظى بالعناية الفائقة.

فالكثير من الأهالي تتأزم الحالة الصحية لأطفالهم نتيجة عدم إدراك بواكر المرض و هذا لجهل منهم هذا من جهة و من جهة أخرى لقلة الثقافة و التربية الصحية.

لذلك فالهدف الأساسي من هذا البحث هو التحسيس بأهمية هذه المرحلة من حياة الطفل ، فهو موضوع يمس الجميع ، فالحياة كلها تنطلق من هذه المرحلة ، لذلك يجب ان تدرك بالحيطة و الحذر حتى ينشأ جيل أصحاء ، فأطفال اليوم هم رجال الغد و عملية التحسيس هذه نوجهها:

أولاً : للأهالي حتى يجعلوا العناية و الرعاية الصحية للأطفال من أولويات الحياة و أن يحاولوا جاهدين تقديم الأفضل دائماً لأطفالهم و هذا بتوسيع رصيدهم المعرفي في المسائل الصحية التي تخص الأطفال و النابعة أساساً من بذور العلم و التكنولوجيا لا من أشواك الجهل.

ثانياً: لمقدمي الخدمات الصحية على أن يضعوا صحة المواطن في عين الاعتبار ، و ان يعملوا جاهدين لتوفير أجود الخدمات للمواطن و تجنب الوقوع قدر المستطاع في الأخطاء الطبية و السهر على توفير الراحة و حسن الاستقبال للمريض دون المساس بكرامته .

ثالثاً : للمسؤولين و هذا لتوفير إمكانيات الحياة السوية كتحفيظ تكلفة المواد الضرورية لحياة الطفل حتى تكون في متناول الجميع و كذلك تسخير وسائل الإعلام و الاتصال لخدمة الأهالي .

و نظراً لأهمية و حساسية المرحلة الأولى من الطفولة ، حاولنا أن نشير إليها من خلال موضوع يحمل عنوان " الأسرة و دورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات " و لتسليط الضوء عليه و محاولة الإيفاء و الإلمام بجميع جوانبه إن شاء الله اتبعنا الخطة التالية :

لقد قسمنا هذا البحث إلى جزئين ، الجزء الأول مخصص للإطار النظري للبحث ، أما الجزء الثاني فهو مخصص للجزء الميداني. الجزء الأول مقسم إلى خمسة فصول و هي ملخصة فيما يلي :

الفصل الأول و هو الجانب المنهجي للبحث ، و يضم الإشكالية و الفرضيات و تحديد المفاهيم و مجالات البحث من حيث المجال الزمني و المكاني و المجال البشري أي العينة كيفية اختيارها .

كما يضم هذا الفصل منهج البحث و الأداة المستعملة لجمع البيانات، و المعالجة الإحصائية للبيانات.

الفصل الثاني ، يتعلق بالتنشئة الاجتماعية للأسرة و صحة الطفل في ظل التغير الاجتماعي و أهم العوامل التي تعترضها في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها. ينقسم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث المبحث الأول حول التغير الاجتماعي و أثره على الأسرة و الطفل ، أما المبحث الثاني فهو حول التربية الصحية للأسرة و علاقتها بصحة الطفل ، أما المبحث الثالث فهو حول العوامل التي تعيق الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

الفصل الثالث حول السياسات الصحية المهمة بالوضع الصحي للأطفال الأقل من خمس سنوات و هو بدوره مقسم إلى ثلاثة مباحث ، المبحث الأول حول الجانب الإداري و صحة الطفل ، أما المبحث الثاني فهو حول المؤتمرات و القمم العالمية المهمة بصحة الأطفال و أهم النتائج المحققة أما المبحث الثالث فهو حول النظام الصحي في الجزائر و أثره على الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات.

الفصل الرابع حول الوضعية الصحية للأطفال و ينقسم هو الآخر إلى ثلاثة مباحث ، المبحث الأول حول الحالة الصحية للأطفال في العالم ، أما المبحث الثاني فهو حول الوضعية الصحية للأطفال في الوطن العربي أما المبحث الثالث فهو حول الوضع الصحي للأطفال في الجزائر .

الفصل الخامس حول أمراض الطفولة ينقسم بدوره إلى ثلاثة مراحل ، المبحث الأول حول الأمراض الشائعة و المعدية عند الأطفال أما المبحث الثاني فهو حول الأمراض المزمنة عند الأطفال كذلك المتعلقة بالتلوث البيئي و بالنظام الغذائي أما المبحث الثالث فهو حول الأمراض الناتجة عن الحوادث المنزلية للأطفال.

أما الجزء الثاني فهو يخص البحث الميداني وهو مقسم إلى أربعة فصول ، الفصل الأول يضم عينة البحث و خصائصها مقسم إلى أربعة مباحث. المبحث الأول حول الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية لأفراد العينة أما المبحث الثاني فهو حول الخصائص الثقافية لأفراد العينة أما المبحث الثالث فهو حول الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة ، و فيما يخص المبحث الرابع فهو حول الخصائص المتعلقة بالخدمات الصحية .

الفصل الثاني و هو اختبار فرضية البحث الأولى و هو مقسم إلى مبحثين، المبحث الأول اختبار مدى مساهمة الدخل الأسري والوضع المعيشي للأسرة على دورها في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات أما المبحث الثاني فهو اختبار مدى مساهمة المسكن و خصائصه على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

الفصل الثالث وهو اختبار الفرضية الثانية مقسم إلى مبحثين، المبحث الأول حول اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للزوجين على الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات أما المبحث الثاني فهو حول اختبار مدى مساهمة الوضع المهني للزوجين على تقديم الرعاية الصحية للأطفال.

الفصل الرابع و هو اختبار الفرضية الثالثة و يضم مبحثين ، المبحث الأول حول اختيار مدى مساهمة خصائص الخدمة الصحية و العلاقة بين طالبي ومقدمي الخدمة الصحية على الرعاية الصحية للطفل أما المبحث الثاني فهو اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة في المؤسسة الإستشفائية التي اجري فيها البحث و هي (مستشفى محمد لمين دباغين) على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

الجانب المنهجي للبحث

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- تحديد المفاهيم

4- مجالات البحث

4-1 - المجال الزمني

4-2 - المجال المكاني

4-3 - المجال البشري (العينة و كيفية اختيارها)

5- منهج البحث

6- أداة جمع البيانات و عملية سير التحقيق

7- المعالجة الإحصائية للبيانات

1- الإشكالية:

لقد أصبحت مسألة التكفل و الرعاية الصحية للطفل مشغلا هاما لكافة دول العالم ، فكل واحدة تعمل جاهدة للنهوض بصحة الطفل و هذا من خلال خلق سياسات صحية تقوم على برامج و حملات تحسسية و توعوية إلى كل من يحتك بالطفل و يتعامل معه خاصة الجانب الأسري.

لكن و كما هو ملاحظ عن درجة التقدم في هذا الميدان ليست نفسها عند كافة الدول فلا تزال العديد منها تعاني التأخر في صحة الطفل خاصة الدول النامية و هذا من خلال الارتفاع في نسبة الوفيات و الأمراض المزمنة و حالات الإسهال و سوء التغذية.

فحسب ما جاء في تقرير اليونسيف لعام 2004 ، أنه توفي في العالم حوالي عشرة ملايين و نصف المليون طفل قبل بلوغهم سن الخامسة ، غالبيتهم نتيجة أمراض يمكن الوقاية منها⁽¹⁾، وأن معدلات الوفاة تزيد كلما كانت الأسرة تعاني من عامل الفقر.⁽²⁾

و حسب تقرير آخر وضعته المنظمة العالمية للصحة لسنة 2005 أن 10.6 مليون طفل يموتون قبل بلوغهم سن الخامسة وهذا راجع لعدة أسباب منها المشاكل التنفسية ب 19% ، الإسهال ب 17% وأمراض الأوبئة ب 8% و الحصبة ب 4% ، السيدا ب 3% ، وحسب هذا التقرير فإن 70% من هذه المشاكل يمكن تفاديها بالوقاية و الرعاية الصحية الأولية من الجانب الأسري، كاستعمال أملاح إعادة التمييه و المضادات الحيوية و الناموسيات و فيتامين A و الرضاعة الطبيعية و إتباع برنامج التلقيح من قبل الأسر⁽³⁾.

وبالفعل فلقد عرفت معدلات الوفاة انخفاضا محسوسا على المستوى العالمي ، وهذا ما أكدته نتائج الأعمال التي قامت بها المنظمات المهتمة بصحة الطفل . ففي عام 2008 وحسب تقرير اليونسيف فإن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات عرف انخفاضا و هذا بنسبة 27% فلقد انتقل المعدل من 93 وفاة لكل 1000 ولادة حية في 1990 إلى 68 وفاة لكل 1000 ولادة حية في 2007 ، أما في البلدان المتطورة فلقد بلغ في المتوسط 6 وفيات لكل 1000 ولادة حية .

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف): وضع أطفال العالم 2006 - المقصون و المحجوبون ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، 2005 ، ص 15.

(2) - نفس المرجع ، ص 14 .

(3) - OMS :Donnons sa chance a chaque mère et a chaque enfant, rapport sur la sante dans le monde 2005.Genève, suisse ,2005, pp 3-8.

ولقد بينت نتائج هذا التقرير أن أكثر من ثلث هذه الوفيات راجع إلى عامل سوء التغذية. فبالرغم من الإنخفاض في نسبة الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين يعانون من نقص في الوزن، إلا أنه بقي 148 مليون طفل في الدول النامية يعانون من نقص في التغذية⁽¹⁾.

أما حسب تقرير الأمم المتحدة لسنة 2014 فإن معظم وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر البالغ عددها 6.6 مليون في عام 2012، سببها الالتهاب الرئوي و الإسهال و الملاريا، ونقص التغذية و أن 2.9 مليون حالة وفاة حدثت خلال الأيام من (0 - 28 يوم) من الحياة.⁽²⁾

وفيما يخص الدول العربية فإن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات عرف هو الآخر انخفاضا، فلقد انتقل من 233 بالآلاف عام 1960 إلى حوالي 58 بالآلاف عام 2000⁽³⁾ مع وجود فوارق بينها .

فحسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية لسنة 2010 أن هناك بعض الدول استطاعت أن تحقق انجازا كبيرا في هذا المجال، وهي دول المشرق العربي أين بلغ معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات فيها على سبيل المثال 7 بالآلاف في الإمارات العربية وهناك دول أخرى متوسطة الخفض كدول شمال إفريقيا أين بلغ متوسط الوفاة فيها 23.4 بالآلاف .

وتبقى مجموعة أخرى من الدول تعاني من الارتفاع في معدلات الوفاة مثل الصومال و السودان أين قدر المعدل على التوالي 108 بالآلاف و 103 بالآلاف⁽⁴⁾ .

أما على المستوى الوطني وحسب المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS3 2006) فإن 6.1% من الأطفال الأقل من خمس سنوات يعانون من أمراض تنفسية حادة و 8.8% يعانون من مشكل الإسهال وهذا المشكل يشهد ارتفاعا كلما انخفض المستوى المعيشي للأسرة، حيث بلغ 10.1% عند الأسر المنخفضة المستوى المعيشي و 7.6% عند الأسر المرتفعة المستوى المعيشي.

(1)- UNICEF : le taux de mortalité infantile dans le monde continue de baisser, New Yourk, septembre 2008.

(2): الأمم المتحدة: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2014 - إنهاء الفقر، نيويورك 2014، ص 25.

(3)- المعهد الوطني للتخطيط: اقتصاديات الصحة، العدد 22، الكويت، 2003، ص 15.

(4)- منظمة الصحة العالمية : إحصاءات عالمية 2010، إدارة الإحصاءات الصحية، جنيف، ص 53.54.55.

كما بينت نتائج المسح أن 9.3% من الأطفال يعانون من مشكل الزيادة في الوزن وتزيد نسبة الزيادة كلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة أما 11.3% من الأطفال فيعانون من حالات التأخر في النمو⁽¹⁾.

و حسب ما جاء في التقرير الثاني حول أهداف الألفية من اجل التطور لسنة 2010 فإن معدل الوفيات عرف انخفاضا ملحوظا فلقد انتقل من 142 بالآلف سنة 1970 إلى 46.8 بالآلف في 1990 ثم إلى 34.3 بالآلف سنة 2002 وانخفض إلى 25.5 بالآلف في 2008 .

إن هذا الانخفاض راجع بالدرجة الأولى إلى الإصلاحات الكبيرة في مجال القطاع الصحي كبرنامج التلقيح الموسع و إلى إدخال لقاحات جديدة في سنة 2008 وهي لقاح ضد الانفلنزا و التهاب الكبد الفيروسي **Ipatite B** الذي كان يقضي على حياة العديد من الأطفال سنويا كما يرجع أيضا إلى ارتفاع المستوى التعليمي للأهالي و إلى الحملات التحسيسية التي كان لها دور فعال في توسيع الثقافة الصحية لهم والتي ساهمت بشكل فعال في ترسيخ مبادئ الرعاية و العناية بصحة أطفالهم⁽²⁾.

وهذا ما أكدته نتائج المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS4 2012-2013) ، اين انخفض معدل وفيات الأطفال إلى 21 وفاة لكل 1000 ولادة حية أما بالنسبة للمشاكل الصحية فإن 12% من الأطفال يعانون من تأخر في النمو و 12% من مشكل الزيادة في الوزن⁽³⁾.

(1)- M. S.P et ONS : Enquête nationale a indicateurs multiples, MICS3, Rapport principale, Décembre 2008, Algérie, p ... p, 92,87,64,63.

(2)- Gouvernement Algérienne : 2^{ème} rapport nationale 2010 sur les objectifs du millénaire pour le développement, septembre 2010, p75.

(3)- M.S .P : Enquête nationale par grappes a indicateurs multiples, 2012-2013 , MICS4 , Rapport principale, Algérie 2015 ,p19

من خلال هذه الآمحة الوجيزة نستنتج ان الوضع الصحي للأطفال ما زال يعاني من التأخر خاصة إذا ما قورن بالوضع الصحي في الدول المتقدمة و هذا يعود إلى عجز هذه الدول من تدارك الوضع السائد فيها كفشل أنظمتها الصحية وعدم تقديم الرعاية الصحية في الوقت و الشكل المناسب سواء من طرف المؤسسات الصحية أو من طرف الأسرة .

فالأسرة هي الحاضنة الأولى للطفل ويقع على عاتقها مسؤولية العناية و الرعاية الصحية لهم فعندما يصاب الأطفال بالأمراض فإن نقطة التدخل الأولى تكمن في أيادي أسرهم و بخاصة والديهم . إذا للأسرة دور فعال و جوهري في الحفاظ على صحة أطفالها ، فالكثير من الأمراض يمكن تداركها بتقديم الرعاية و العناية اللازمة لهم .

لكن بالرغم من الأهمية والمكانة الكبيرة التي تحظى بها الأسرة في جانب الرعاية والعناية بصحة أطفالها مازال العديد منهم يصابون بالامراض و يتعرضون لحوادث مختلفة كلها يمكن تجنبها لو التزمت الأسرة بدورها كما يجب في تقديم الرعاية اللازمة لهم .

و هنا يطرح الإشكال : ما هي الظروف و الأسباب التي تقف في وجه الأسرة و تعتبر كعائق تمنعها من تقديم الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات ؟ ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الجزئية :

- هل للمستوى المعيشي للأسرة و خصائص المسكن تأثير على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات ؟

- هل للمركز الاجتماعي تأثير على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات ؟

- هل للخدمات الصحية المقدمة تأثير على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات ؟

2- الفرضيات :

عندما تتوفر المعلومات الكافية عن موضوع الدراسة و بعد طرح الأسباب المؤدية لوقوع تلك الظاهرة تأتي خطوة أخرى و هي إعطاء إجابات احتمالية لها.

و حسب تعبير Madeleine Grawitz في كتابها Methodes Des Sciences Sociales فالفرضية هي اقتراح للإجابة عن تساؤلات المطروحة (1).

و بهذا ومن خلال تساؤلات بحثنا استطعنا ان نبني الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى : المستوى المعيشي الحسن كارتفاع الدخل الأسري و خصائص المسكن الجيدة تساعد الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات

الفرضية الثانية: المركز الاجتماعي الحسن ، كارتفاع المستوى التعليمي للزوجين و العمل الجيد يساعد الأسرة على تقديم الرعاية اللازمة لاطفالها الأقل من خمس سنوات.

الفرضية الثالثة: الخدمات الصحية ذات الجودة تدعم دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل

(1)- Madeleine Grawitz, Méthodes des sciences sociales, 11^{ème} Edition, Dalloz, paris,2001,p393.

3- تحديد المفاهيم:**1- المستوى المعيشي:** يشير هذا المصطلح إلى:

أ - الظروف الفعلية التي يعيشها الناس .

ب - الظروف التي يتطلع إليها الناس و لكن لم يحققوها بعد .

لا تزال مسألة قياس مستوى المعيشة تحظى باهتمام المشتغلين بالدراسة الاقتصادية و الاجتماعية نظرا للصعوبات التي تواجهها .

فقد يشير هذا المصطلح إلى المستوى الاقتصادي الذي يعيشه فرد أو جماعة ، ويستخدم عادة للإشارة إلى المستوى الكلي للسلع و الخدمات المتاحة اقتصاديا أمام السكان ، ويتضمن ذلك نموذج الإسكان و الإطعام و الملابس و الرعاية الطبية و الترويج و التعليم⁽¹⁾.

ويشير المستوى المعيشي في هذا البحث إلى الوضع المعيشي التي تعيشه الأسرة و يتحدد من خلال ما تملكه من تجهيزات أساسية أو كمالية ، وكذا إلى الدخل الأسري وهو العائد المالي للأسرة و المتحصل عليه سواء من عمل الزوج أو الزوجة ، كما يشير إلى خصائص المسكن والمقصود بها نوع المسكن وطبيعته والبيئة المحيطة به وانعكاساتها على الوضع الصحي لأفرادها.

2- المركز الاجتماعي:

المركز الاجتماعي هو المركز الذي يشغله الفرد في جماعة ، ويرتبط بكل من ادوار محددة يقوم بها الفرد طبقا للقواعد السلوكية المقررة ، وقد يكون المركز الاجتماعي منسوبا او مفروضا . ولمركز الشخص وزنه الواضح في علاقته مع الآخرين و تفاعله معهم و يحمل كل مركز معه مجموعة من الحقوق و الواجبات الثقافية و هي ما يسميه علماء الاجتماع بمصطلح الدور⁽²⁾.

و تحدد مجموعة حقوق و واجبات تلك ما نسميها توقعات الدور ، تلك التوقعات التي تحدد سلوك الناس و تجعلنا نرى ما إذا كان السلوك ملائما أو غير ملائم بالنسبة لشاغل الدور⁽³⁾ .

وفي بحثنا هذا يبين لنا المركز الاجتماعي وضع الأسرة من حيث المستوى التعليمي للزوجين و الحالة المهنية لهم و نوع الوظيفة الممتثلة وسوف نتعرف من خلال هذه المؤشرات كيفية تأثيرها على الرعاية الصحية للأطفال.

(1) - محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1979، ص 470.

(2) - فاروق مداس : قاموس علم الاجتماع ، دار المنى ، الجزائر ، 2003 ، ص 253.

(3) - السيد علي الشتا : نظرية الدور و المنظور الظاهري لعلم الاجتماع ، الإسكندرية ، ط1، 1999 ، ص8.

3- الخدمة الصحية :

يمكن تقسيم الخدمة الصحية إلى قسمين ، قسم يهتم بالخدمات الصحية العلاجية وهي المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة و تشمل خدمات التشخيص و خدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل ، او تم ذلك من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات ، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء ، وهذه الخدمات هي خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من إصابة أو تخفيف معانات الفرد من ألام المرض.

اما القسم الثاني من الخدمات فيهتم بالخدمات الوقائية وهي ترتبط بالوقاية من الأمراض المعدية و الأوبئة و الحماية من التدهور الصحي الناتج من سلوك الأفراد و المشاريع التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة ، و يرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة و تشمل خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية و خدمات رعاية الأمومة و الطفولة (1).

وفي هذا البحث نقصد بالخدمة الصحية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية للمريض ، سواء الخدمات العلاجية او كيفية التعامل مع المريض كظروف الاستقبال و التوجيه وما يتعلق بالامور الإدارية .

4- جودة الخدمة الصحية :

لقد عرف الرسول الكريم صلى الله عليه و سلم الجودة في قوله: " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه " صدق رسول الله.

فالجودة هي إتقان العمل وبمعنى آخر الجودة هي أن تقوم بالإجراء الصحيح بطريقة سليمة وفي الوقت المناسب، ولقد عرفها العالم جوران 1989 أنها عملية إرضاء العميل ، أي المنتفعين من الخدمة ، فالجودة عنده منتج خال من العيوب و الأخطاء ، وذو مظهر جيد (2). فالخدمة الخالية من العيوب في المجال الصحي مثلاً أن لا يكون التهاب الجرح بعد العملية الجراحية أو طول انتظار المريض في العيادة أو ضياع نتائج التحاليل من الملف... الخ كما يجب أن تكون المؤسسة الإستشفائية ذو مظهر جمالي ، مثل غرفة انتظار مناسبة و استخدام الحاسوب في السجلات الطبية و غيرها ، فالخدمة الخالية من العيوب تزيد من رضا المريض و العملاء.

(1) - طلعت الممدراش : اقتصاديات الخدمة الصحية ، مكتبة القدس ، ط 2 ، 2006 ، ص ص 25-26.

(2) - جمعية التنمية الصحية و البيئة: الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر - دراسة تحليلية للوضع الراهن و رؤى مستقبلية، برنامج السياسات و النظم

الصحية، 2005، ص 141.

إذا يمكن تحديد جودة الخدمة من خلال النظر إليها من الزوايا التالية :

المريض: ما يمكن أن توفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف و الاحترام

الطبيب: وضع المعارف و العلوم الأكثر تقدما و المهارات الطبية في خدمة المريض

المالكيين: الحصول على أحسن العاملين و أفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن

إدارة المستشفى: تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية و المهنية ، تحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية (1) .

و في هذا البحث نقصد بجودة الخدمة ، الخدمة التي يتمنى كل مريض ان يجدها في المؤسسات الإستشفائية ، اي التي تتماشى مع توقعاته و التي تعمل على التخفيف من معاناته وهي تقديم أفضل رعاية تتسم بوجود تسهيلات ومهارات تزيد من رضا المريض بدا من الاستقبال إلى غاية تلقي العلاج .

5- مفهوم الأسرة :

رغم اختلاف وجهات النظر نحو تعريف الأسرة إلا أن هناك اتفاق عام حول أهمية الأسرة كظاهرة اجتماعية أو كنظام اجتماعي يؤدي وظائف ضرورية و حيوية للمجتمعات الإنسانية مهما تعددت صورها و أنماطها، ولقد حدد "برتراند Bertrand الأسرة على أنها جماعة اجتماعية مكونة من أفراد ارتبطوا بعضهم ببعض برباط الزواج أو الدم أو التبني ، وهم غالبا يشتركون في عادات عامة و يتفاعلون بعضهم مع بعض وفقا للأدوار الاجتماعية المحددة من قبل المجتمع(2) .

و تفرق سناء الخولي بين نمطين من الأسرة الأولى أسرة التوجيه و الأخرى أسرة الإنجاب ، حيث توضح ان الفرد يمر خلال حياته بنمطين من الأسرة النواة ، فهو يولد في أسرة مكونة منه ومن إخوته ووالديه تسمى أسرة التوجيه ، وعندما يتزوج الفرد و يترك أسرته يخلق لنفسه نواة أخرى تتكون منه ومن زوجته وأطفاله تسمى حينئذ أسرة الإنجاب (3) .

(1) - صلاح محمود نياض : قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الأردنية من منظور المرضى و الموظفين ، مجلة الجامعة الإسلامية

للدراستات الاقتصادية و الإدارية ، المجلد 20 ، العدد 1 ، 2012، ص 72.

(2) - محمد كامل النحاس : الخدمة الاجتماعية و رعاية الأسرة و الطفولة ، مطبعة السعادة القاهرة ، 1976، صص 11-12 .

(3) - سناء الخولي : الزواج و العلاقات الأسرية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية 1990، ص65.

كما تفرق سناء الخولي في كتابها " الأسرة و الحياة العائلية " بين مفهوم الأسرة والعائلة ، فالأسرة عندها تتكون من الزوج و الزوجة و أولادهما غير المتزوجين الذين يقيمون معا في مسكن واحد، أما العائلة فهي مكونة من الزوج و الزوجة و أولادهما الذكور و الإناث الغير متزوجين ، و الأولاد و زوجاتهم و أبنائهم و غيرهم من الأقارب كالعم و العمة و الابنة و الأرملة ...الخ ، و هؤلاء جميعا يقيمون في نفس المسكن و يشاركون حياة اقتصادية و اجتماعية واحدة تحت رئاسة الأب الأكبر أو رئيس العائلة (1).

رغم هذه الاختلافات في تعريف الأسرة إلا أن هذا المصطلح يشير في اللغة العربية للدلالة على جماعة مكونة من الزوج و الزوجة و أولادهما غير المتزوجين الذين يقيمون معا في مسكن واحد وهذا هو الشكل المنتشر وبشكل كبير في هذه الأوقات.

أما مصطفى بوتقنشتن يرى ان مفهوم العائلة يعني تلك المؤسسة الأساسية التي تشمل رجلا او عددا من الرجال يعيشون زواجيا مع امرأة او عدد من النساء و معهم الخلق الاحياء و أقارب آخرين و كذلك الخدم ، ففي رايه ان هذا التعريف يفتح مع ذلك كل الأبواب لموضوع الدراسة الاجتماعية .

كما ان العائلة انتاج اجتماعي تعكس صورة المجتمع الذي توجد و تتطور فيه ، ففي مجتمع سكوني تبقى البنية العائلية مطابقة له ، وفي مجتمع تطوري أي ثوري فإن العائلة تتحول حسب ظروف التطور لهذا المجتمع (2).

أما عن أشكال الأسرة فنجد :

الاسرة التوتم : و هي أسرة كانت قائمة على أساس انتماء الأفراد لتوتم واحد (التوتم عبارة عن نوع من الحيوان او النبات تتخذة العشيرة رمزا لها) ، و هي أسرة كانت قائمة على أساس انتماء الأفراد لتوتم واحد .

أفراد هذا النوع من الأسرة تربطهم رابطة قوية متحدة ليست قائمة على صلات الدم ، بل يكفي أنهم ينتظمون تحت لواء توتم واحد.

(1) - سناء الخولي : الأسرة و الحياة العائلية ، دار النهضة العربية، بيروت ، 1984 ، ص40.

(2) - مصطفى بوتقنشتن : العائلة الجزائرية، (التطور و الخصائص الحديثة)، تر: دميري احمد ، د.م.ج، الجزائر ، 1984، ص14.

الأسرة النووية : تسمى كذلك الأسرة الزوجية و هي الصورة الأكثر انتشارا في مجتمعاتنا المعاصرة و تتكون هذه الأسرة من الزوج و الزوجة و الأبناء الغير متزوجين.
و بزواج الأبناء تنقل الأسرة النووية لتقتصر في غالب الحالات على الأب و الأم فقط.

الأسرة الممتدة : هي أسرة يرتبط الأفراد بعضهم البعض بصلة الدم ، وتتكون من عدد من الأسر النووية ، أي هناك ثلاثة أجيال في أسرة واحدة ، و أفراد هذه الأسرة يشكلون جماعة متحدة و متضامنة ، يتساوون في الحقوق و الواجبات و السلطة العليا.

و هذا النوع نجده منتشرا في المجتمعات الريفية و التقليدية ، وكذلك في المجتمعات الحضرية عند بعض الفئات الفقيرة التي تلجأ للإجتماع في أسرة واحدة و تحت سقف واحد حتى يتمكنوا من تلبية حاجياتهم الضئيلة و تقليل حجم معاناتهم إزاء نتائج التحضر⁽¹⁾.

6- الدور (rôle) :

الدور مفهوم متعدد الأشكال ، ولقد نالت نظرية الدور اهتماما كبيرا لدى الاتجاهات الرئيسية في علم الاجتماع ، فاهتم " زيمل " في سياق تحليله لانبثاق الذات بتعدد الأدوار ، واهتم "جورج ميد" بمفهوم شغل الأدوار ، وسعى "روبرت بارك" لربط الأدوار بالأوضاع البنائية ، كما عالج "مورينو" مفهوم لعب الدور ، و نالت شبكة الأدوار و التوقعات داخل التنظيم الاجتماعي اهتماما كبيرا من طرف "رالف لينتون" ⁽²⁾.

فالدور مصطلح عقلاني ، لأن المرأ يؤدي دورا في مواجهة دور شخص آخر مرتبط بوضع مضاد فالطبيب يلعب دوره كطبيب بالنسبة لدور المريض و سوف نرى أن مفهوم الدور على مستوى الفرد وحده أو على مستوى التفاعل في الأفراد وليست التنظيمات أو النظم أو الأنساق الفرعية هم الذين يؤديون أدوارا ويشغلون أوضاعا ، غير أنه لسوء الحظ يستخدم مصطلح الدور أحيانا بمعنى مختلف تماما عن المعنى المذكور ليعني الجانب الذي يؤديه نسق اجتماعي فرعي وتنظيم أو نظام داخل النسق الاجتماعي الأكبر أو بمعنى أكثر تحديدا وظيفته أو إسهامه في النسق الأكبر⁽³⁾.

(1) - مجد الدين عمر خيرى: العائلة و القرابة في المجتمع العربي، اتحاد الجامعات العربية ، الاردن ، ط1، 1985، ص35.

(2) - السيد علي الشنا: مرجع سابق ، ص 12.

(3) - عبد الهادي جوهري : قاموس علم الاجتماع ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، ط 3، 1998، ص 97.

و في هذا البحث نقصد بمصطلح الدور كل الإسهامات أو المبادرات التي تقوم بها الأسرة فيما يخص الرعاية الصحية لأطفالها ، وتبدأ منذ الولادة إلى غاية الخمس سنوات الأولى من حياة الطفل فبعد هذا السن الطفل يستطيع التعبير عن أي سوء قد يعترضه .

7- الرعاية الصحية :

رعاية "PATRONAGE": هي تعاطف و اهتمام بطرف ضعيف نسبيا ⁽¹⁾. و هي لا تتضمن تقديم الخدمات الصحية العلاجية و الوقائية فقط ، بل تتضمن الخدمات التعليمية و التنمية الاجتماعية و الاقتصادية أيضا و يتضمن مفهوم الرعاية الصحية مشاركة المجتمع و استخدام أساليب تكنولوجية بسيطة و مؤثرة ، و المشاركة الفعالة للعماله الطبية المساعدة .

و المكونات الأساسية للرعاية الصحية هي النثقيف الصحي ، الصحة البيئية ، البرامج الصحية لرعاية الطفولة و الأمومة ، التطعيم و تنظيم الأسرة ، و الوقاية من الأمراض المتوطنة والعلاج المناسب للأمراض و الإصابات الشائعة ، توفير الأدوية الضرورية ، ونشر الوعي بأسس التغذية الصحية و طرق العلاج التقليدية ، لهذا يجب أن تتسم بالجودة و الشمولية و المساواة و الكفاءة ⁽²⁾.

و في هذا البحث نقصد بالرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات ، تلك الخدمات التي تقدمها الأسرة لأجل الحفاظ على صحة أطفالها ، فالأطفال في هذه المرحلة يتميزون بضعف المناعة فجسمهم يتأثر لأتفه الأسباب ، وبما أن الأسرة هي التي تحضن الطفل ،إذا دورها يتجلى في التعاطف و الاهتمام والعناية خاصة بالطرف الضعيف ألا و هو الطفل .

كما تتجلى الرعاية الصحية في الخدمات التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية و تعتبر كدعامة للأسرة في رعاية أطفالها.

(1)- Frederic Maatouk : Dictionary of sociologie English-French- Arabic ,Edited and revised by :Mohamed Debs , Beirut, 1993,p255.

(2) - جمعية التنمية الصحية و البيئة :الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر -دراسة تحليلية للوضع الراهن وروى مستقبلية ، مرجع سابق ، ص11.

4- مجالات البحث :

4-1 المجال الزمني للبحث :

لأجل انجاز هذا العمل كرسنا وقتنا طويلا لجمع المعلومات التي توفي بالغرض ، ولقد كانت وجهتنا في بادئ الأمر إلى المكتبات ، ولما رأينا أن المكتبة لا تلبي لنا كامل احتياجاتنا توجهنا إلى هيئات دولية كمكتب اليونيسيف و مكتب الأمم المتحدة و إلى وزارة الصحة و السكان أين تحصلنا على بعض المعلومات القيمة و لأجل تدارك النقص الكبير للحصول على المعلومة اشتغلنا كثيرا على بعض المواقع أين تحصلنا على بعض التقارير خاصة تلك المتعلقة بصحة الأطفال في العالم و بعض الكتب و بعض المسوح التي ساعدتنا في إتمام هذا العمل .

لقد استغرقت مدة جمع المعلومات منا الوقت الكثير، ففي كل مرة نبحت عن الجديد لتجديد الإحصاءات المتعلقة بموضوع البحث ، خاصة وأنه اخذ منا الوقت الطويل .

و بعد الموافقة الأولية لاستمارة البحث من طرف الأستاذة المشرفة ، كرسنا وقتنا للعمل الميداني الذي دامت مدته 11 شهر ، فبعد موافقة البروفسور لارابا "Pr A . LARABA" المسؤول عن قسم طب الأطفال بمستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي عن إمكانية العمل الميداني هناك ، شرعنا مباشرة في العمل الذي كانت بدايته تحديدا في 15 - 05 - 2014 أين قمنا ببحث استطلاعي دامت مدته حوالي أسبوع .

لقد مكننا البحث الإستطلاعي من تعديل أسئلة الاستمارة واختصارها قدر المستطاع وهذا لطبيعة الموضوع .

انتهينا من العمل الميداني تحديدا في مارس 2015 ، حيث كنا نذهب للمستشفى أربعة أيام في الأسبوع في الفترة الصباحية فقط وكنا نستجوب في المتوسط خمسة مبحوثات في اليوم ، ولقد كنا نملا الاستمارات بأنفسنا لأنه من المخرج أن نوزعها على الأمهات و هن في حالة قلق على صحة أطفالهن ضف إلى ذلك مسالة الوقت لا تسمح في قسم الاستعجالات ، و لنتفادى الإحراج للأمهات الأميات ، أو الأمهات المفرنسات في حالة مصادفتهم.

2-4 - تحديد المجال المكاني للبحث :

يشكل المستشفى الجامعي محمد لمين دباغين بباب الوادي مركزا استشفائيا هاما , فقبل 1962 كان ملكا للاحتلال الفرنسي وبعد الاستقلال أصبح ملكا للجيش الوطني واستمر ذلك إلى غاية 1987 أين أصبح هذا المستشفى مستشفى جامعي لعامة المواطنين.

يضمّ هذا المستشفى « 9 » مراكز هامة ومركز للإدارة ويضمّ « 33 » مصلحة منها :

- أمراض القلب
- أمراض السكر
- أمراض العظام والمفاصل
- أمراض الاعصاب
- الطب الداخلي
- الأمراض الجلدية
- الإنعاش
- أمراض العين و الأنف و الحنجرة « O.R.I »
- طب الاطفال ... الخ

ميدان بحثنا يقتصر على مصلحة طب الأطفال وتحتوي هذه المصلحة على « 7 » أطباء في أطوار مختلفة ورئيس مصلحة و « 5 » رؤساء للوحدة وأربع نظراء وثلاث رؤساء للفرق وستة مربيّات « Pnericultrice » و 20 ممرضة و مساعدة تقوم ببعض التمارين الصدرية لمساعدة الأطفال على التنفس « Kinésithérapie » وثلاث مستقبليين و 11 منظفة و « 8 » veilleur et veilleuse de nuit « ساهري الليل و 13 حارس للمصلحة و « 2 filles de box » وموضفتان في الأمانة العامة و 2 « archivistes » يعملون في الأرشيف وطبيبّتان في علم النفس.

هذا المركز يستقبل أطفال العاصمة وخاصة منطقة باب الوادي كما يستقبل أطفال من جهات مختلفة من ربوع الوطن خاصة الجهات التي تنقصها الكفاءة أو الوسائل الطبية الحديثة. لهذا فاختيارنا لهذا المستشفى يعود لعدة اعتبارات كونه يوفر علينا عناء التنقل والمصاريف وريح الوقت كما انه معروف ويستقبل شرائح من فئات مختلفة من الوطن الشيء الذي ساعدنا في إثراء هذا العمل .

4-3- المجال البشري (العينة و كيفية اختيارها):

لا تعتمد البحوث الميدانية المعاصرة على طريقة المسح الشامل لمجتمع البحث بل تعتمد على دراسة العينة المختارة أو المسحوبة من مجتمع البحث ⁽¹⁾.

وتعرف العينة بأنها جزء من المجتمع الإحصائي ولكن ليس أي جزء , انه الجزء الذي يمثل المجتمع أحسن تمثيل ويختلف حجم العينة حسب أهمية الدراسة وحسب الإمكانيات المادية و البشرية المتاحة للقيام بالدراسات ⁽²⁾.

و نظرا لنوعية هذا الموضوع و الذي يفتقد إطار المعاينة ، وهو عدد الأطفال الأقل من خمس سنوات المصابين بأمراض، تعين علينا استعمال العينة العمدية وهي نوع من العينات الغير عشوائية تستعمل في حالة مجتمع يفتقر لقاعدة صبر. ففرصة الحظ في الظهور في هذا النوع من العينات مقتصرة على بعض أفراد المجتمع الأصلي وليس كله و يكون اختيار الصفة التي يراد دراستها بطريقة عمدية وفي فترات زمنية يحددها الباحث ⁽³⁾.

فالمكان الذي أجرينا فيه البحث هو مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي في القسم الخاص بطب الأطفال (الاستعجالات + المصلحة) فعدد المجتمع الأصلي غير معروف لأن عدد النساء الوافدات لهذا القسم و اللواتي لديهن أطفال أقل من خمس سنوات غير معروف لدينا , لذلك لقد استجبونا « 600 » امرأة بصفة عمدية وتحمل الصفة التي نريد دراستها وهي النساء اللواتي لديهن أطفال أقل من خمس سنوات وهم في حالة مرض.

كنا نذهب إلى هذا القسم أربعة أيام في الأسبوع و في الفترة الصباحية فقط و كنا نستجوب في المتوسط خمسة نساء في اليوم حيث أن كل حالة تختلف عن الأخرى .

(1) - إحصان محمد الحسن : الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي ، دار الطليعة للطباعة و النشر ، بيروت ، ط2، 1986 ، ص 42 .

(2) - جيلالي جيلانو : الإحصاء مع التمارين المحولة ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر ، 1999 ، ص 5 .

(3) -Rodolphe Ghiglion et autres : Des Enquêtes Sociologique, Théorie et pratiques ,Paris,1970,pp 36-37.

5- منهج البحث :

إن أي بحث مهما كان نوعه يتطلب على الباحث إتباع منهج معين والمنهج هو مجموعة من القواعد التي يتم وضعها قصد الوصول إلى الحقيقة في العلم⁽¹⁾.
فيما يخص هذا العمل استعنا بالمنهجين الكمي والكيفي .

أ- المنهج الكمي هو مجموعة من الإجراءات المتبعة لقياس الظاهرة محل الدراسة وهذا بالاستعانة بأدوات الإحصاء⁽²⁾. كحساب النسب و مقاييس النزعة المركزية و معامل استقلالية الظواهر كا² وحساب العلاقة بين متغيرات الفرضيات وهذا بالاستعانة بمعاملات الارتباط .

ب- المنهج الكيفي استعملناه في تحليل ووصف الظاهرة حتى يكون هناك فهم أوسع للموضوع محل الدراسة فالكم وحده غير كافي في دراسة الظواهر الاجتماعية بل يتعين على الباحث الاستعانة بالمنهجين للإحاطة بكل جوانب الدراسة⁽³⁾.

6- أداة جمع البيانات

كل بحث يتطلب من باحثه اختيار التقنية المناسبة لجمع المعلومات التي يستلزمها الموضوع من الميدان . و عملية الجمع هذه تتطلب جهدا ووقتا وهذا حسب طبيعة الأسئلة المطروحة و الأهداف والنتائج المنتظرة .

طبيعة هذا البحث فرضت علينا استعمال تقنية الاستمارة بالمقابلة أي تدوين الأسئلة المراد الإجابة عنها في ورقة استبثانية ونحن الذين نقوم بطرحها على المبحوثات بلغة بسيطة بالدارجة في أغلب الأحيان، ثم نقوم بتدوين الإجابات على الاستمارة.

(1) - عمار بوحوش : مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث , ديوان المطبوعات الجامعية , الساحة المركزية , بن عكنون , الجزائر , ط2 , 1999 , ص 99

(2) - Maurice Angers : Initiation pratique a la méthodologie des sciences humain, casbah université, Alger, 1997, p60.

(3)- IBID, p61.

تعتبر هذه التقنية استبانة شفوية تمكّن الباحث من جمع معلومات بطريقة شفوية مباشرة من المبحوث ، فهي لقاء يتم بين الباحث الذي يطرح مجموعة من الأسئلة على الأشخاص المبحوثين وجها لوجه ، ويقوم الباحث بنفسه تسجيل الإجابات على الاستمارات .

من مميزات هذه التقنية الدخول في حوار مباشر مع المبحوث ، مما يكسب الباحث معلومات أكثر دقة و توسعا، كما ان هذه المقابلة تتيح للباحث فرصة شرح الأسئلة بشكل مبسط و بلغة سهلة يمكن استيعابها من طرف المبحوثين (1).

احتوت الاستمارة الإستبائية النهائية لهذا العمل على 57 سؤال هناك أسئلة مفتوحة و أخرى مغلقة ، أما فيما يخص الأبواب التي تمحورت حولها الأسئلة فهي كما يلي :

1- بيانات شخصية و فيها طرحت أسئلة عامة لا تستدعي التفكير وهذا بغية إعطاء لمحة عامة لأفراد عينتنا.

2- بيانات حول الوضعية الاجتماعية و الاقتصادية للأسرة

3- بيانات حول صحة الطفل و الثقافة الصحية للأسرة

4- بيانات تتعلق بالخدمة الصحية التي تلقتها المبحوثة في مؤسسات استشفائية زارتها من قبل و أخرى تتعلق بنوع الخدمة في المؤسسة الإستشفائية الحالية (محمد لمين دباغين)

(1) - ربحي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم : مناهج و أساليب البحث العلمي - النظرية و التطبيق ، دار الصفاء للنشر و التوزيع ، عمان ، ط 11

7 - المعالجة الإحصائية للبيانات :

بعد جمع المعلومات من مجتمع البحث ، قمنا بمعالجتها و إدخالها في آلة الحاسوب موظفين برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS** ، وهو عبارة عن حزم حاسوبية متكاملة لإدخال البيانات و تحليلها .

و يستخدم عادة في جميع البحوث العلمية التي تشمل على العديد من البيانات الرقمية ولا تقتصر على البحوث الاجتماعية فقط .

بعد ذلك قمنا بترميز البيانات وهذا بإعطائها قيمة رقمية حتى تقبل المعالجة ، فالبرنامج يعتبر الإجابات متغيرات و يعين لكل متغير عمود معين ، و أفراد العينة حالات و يعين لكل حالة صف معين برقم.

بعد الانتهاء من عملية إدخال جميع بيانات البحث ، مكننا البرنامج من استخراج مختلف الجداول التي تخدم موضوع بحثنا و تنسيبها و حساب مختلف المقاييس الإحصائية التي تهتمنا كمقاييس النزعة المركزية و معامل اختبار صحة الفرضيات كا² وبعض معاملات الارتباط التي تكسب البحث نوع من الدقة و المصداقية.

إن محاولة فهم هذا البرنامج و الاستعانة به في هذا البحث يعتبر تجربة رائعة فرغم الوقت الطويل الذي قضيناه في عملية إدخال البيانات إلى الحاسوب ، لكنه في النهاية سهلّ علينا مهمة إتمام هذا العمل .

الفصل الثاني

التنشئة الاجتماعية للأسرة و صحة الطفل في ظل التغير الاجتماعي

تمهيد

المبحث الأول: التغير الاجتماعي و أثره على الأسرة والطفل

- 1- مفهوم التغير الاجتماعي
- 2- الأسرة و التغير الاجتماعي
- 3- التغير الاجتماعي و الأسرة الجزائرية
- 3-1 - من الناحية الاجتماعية و الاقتصادية
- 3-2 - التغير الاجتماعي و المجال الصحي
- 4- مظاهر التغير الاجتماعي على صحة الطفل
- 4-1 - النظام الغذائي
- 4-2 - الرضاعة الطبيعية
- 4-3 - الخصوبة
- 4-4 - الاهتمام بوقاية الطفل

المبحث الثاني: التربية الصحية للأسرة وعلاقتها بصحة الطفل

- 1- مفهوم التربية الصحية
- 2- أهمية التربية الصحية في الحفاظ على صحة الطفل
- 3- الوسائل التي تعزز ترسيخ التربية الصحية في الأسرة
- 3-1 - التعليم
- 3-2 - وسائل الإعلام و الاتصال و التكنولوجيا الحديثة
- 3-3 - الاستعانة بالمرشدين الصحيين

المبحث الثالث: العوامل التي تعيق دور الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها

1- العوامل ذات الطابع الاجتماعي و الاقتصادي و الديموغرافي للأسرة

1-1- عمل المرأة خارج المنزل

1-1-1- انعكاسات العمل على المرأة

1-1-2- انعكاسات العمل على الأبناء

1-1-2-1- الفطام المبكر

1-1-2-2- فقدان الأبناء الصغار للرعاية و الحنان

1-1-2-3- التعامل مع الأبناء بانفعال وعصبية

2-1- جهل الأم للتربية الصحية الصحيحة

1-2-1- قلة المعارف حول الغذاء الصحي للطفل

1-2-2- الاستعانة بالطرق التقليدية في العلاج

3-1- العيش تحت عامل الفقر

4-1- الحجم الكبير للأسرة

2- تأثير العامل البيئي على الرعاية الصحية للطفل

1-2- التلوث الهوائي

2-2- التلوث المائي

3- تأثير عامل الجودة في المؤسسات الإستشفائية على الرعاية الصحية المقدمة للطفل

1-3- مسألة الأحداث الضارة و السلبية في مجال الرعاية الصحية

2-3- تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات وتحسين الجودة و الكفاءة في الرعاية

الصحية

خلاصة الفصل

الفصل الثاني: التنشئة الاجتماعية للأسرة و صحة الطفل في ظل التغير الاجتماعي

تمهيد:

ترتبط سلامة المجتمع و قوة بنائه و مدى تقدمه وازدهاره و تماسكه بسلامة الصحة النفسية و الجسدية و الاجتماعية لأفراده، فالفرد داخل المجتمع هو صانع المستقبل و هو المحور و المركز و الهدف و الغاية المنشودة ، و لهذا فإن المجتمع الواعي هو الذي يضع نصب عينيه قبل اهتمامه بالإنجازات و المشاريع المادية الفرد كأساس لازدهاره و تقدمه الاجتماعي و حتى يكون هذا الفرد عضوا بارزا في تحقيق التقدم الاجتماعي لا بد الاهتمام بتنشئته الاجتماعية ، لأنها تعتبر من أدق العمليات في الحياة فهي الدعامه الأولى التي تركز عليها مقومات الشخصية.

و التنشئة الاجتماعية لا تقتصر فقط على مرحلة عمرية محددة و إنما تمتد من الطفولة ، فالمراهقة فالرشد وصولا إلى الشيخوخة و لهذا فهي عملية حساسة لا يمكن تجاوزها في أي مرحلة لان لكل مرحلة تنشئة خاصة تختلف في مضمونها و جوهرها عن سابقتها، و لا يكاد يخلو أي نظام اجتماعي صغيرا كان أم كبيرا و أي مؤسسة رسمية أو غير رسمية من هذه العملية و لكنها تختلف من واحدة إلى أخرى بأسلوبها لا بهدفها.

فكلمة تنشئة لغة تعني أقام وهي مشتقة من فعل نشأ (ينشأ،نشوءا و نشاءا بمعنى ربا و شبّ) بهذا يصبح معنى التنشئة الاجتماعية لغويا تلك العملية التي يشب عليها الطفل و يتربى من خلال اندماجه الاجتماعي مع الجماعة أو المجتمع الذي يعيش فيه ⁽¹⁾.

أما المعنى الاصطلاحي للكلمة فلقد اتخذ أبعاد متعددة و متنوعة بسبب تنوع و اختلاف العلوم كل حسب تخصصه وكل وفق منظوره ، و أطلقت عليها تسميات مختلفة كالتعلم الاجتماعي والاندماج الاجتماعي و التطبع الاجتماعي

(1)- أحمد عمر الهمشري : التنشئة الاجتماعية للطفل ، دار صفاء للنشر و التوزيع ،عمان ، ط1، 2003، ص20.

فالتنشئة الاجتماعية هي العملية التي تقوم بها مؤسسات المجتمع ككل ، و تهدف هذه العملية إلى تحويل الكائن البيولوجي إلى كائن اجتماعي عن طريق إكسابه المهارات و الخبرات و الاتجاهات و القيم و العادات و التقاليد و الأعراف التي يقرها المجتمع للحفاظ عليها ، أي أنها العملية التي بواسطتها يصبح الفرد أو العضو الاجتماعي الجديد يتماشى مع معايير المجتمع و أهدافه العليا .

فكل فرد يعيش ضمن شبكة من الحقوق و الواجبات الأسرية يطلق عليها علاقات الدور ، ويدرك الفرد علاقات الدور الخاصة به من خلال فترة طويلة من التطبيع الاجتماعي أثناء طفولته ، إذ يقوم الأبوان بغرس العادات و التقاليد و القيم الأخلاقية في نفس الطفل و كلها ضرورية لمساعدة العضو الجديد القيام بدوره الاجتماعي و المساهمة في حياة المجتمع (1).

و لم تقتصر التنشئة الاجتماعية على إكساب الفرد المعايير و القيم الثقافية فحسب ، بل هي عملية اجتماعية يدخل الفرد عن طريقها تدريجيا في شبكة العلاقات الاجتماعية و الأدوار المجتمعية ، فضلا عن أنها تمكن الفرد من أن يكتسب ثقافة المجتمع في إطار العلاقات القائمة على التفاعل اليومي المكثف بين الأفراد و أسرهم مما يمنحهم الثقة و العاطفة اللازمين لعملية التنشئة او التعلم.

و تعتبر الأسرة أول مؤسسات التنشئة الاجتماعية فهي أول خلية يتكون منها البنيان الاجتماعي وهي مصدر العرف و العادات و التقاليد وقواعد السلوك والرعاية وتربية النشا. فهي وحدة للتفاعل المتبادل بين الأشخاص و يقوم أعضائها بكثير من الأدوار كدور الزوج و الزوجة مثلا ، وكل هذه الأدوار محددة من قبل المجتمع (2).

لقد اهتم الكثير من الباحثين بالأسرة لهذا تعددت تعريفاتها فمحمد عاطف غيث مثلا يفرق بين نمطين منها ، إذ يحدد النمط الأول بأنها " الجماعة المكونة من الزوج و الزوجة و أولادهما غير المتزوجين الذين يقيمون معا في مسكن وحد " .

أما النمط الثاني وغالبا ما نجده في المجتمعات الريفية او البدوية يشير إلى الأسرة الممتدة و المكونة من الزوج و الزوجة و أولادهما الذكور و الإناث غير المتزوجين و الأولاد و زوجاتهم و أبنائهم و غيرهم من الأقارب كالعم و العمة و الابنة و الأرملة .. الخ .

(1) - محمد عبد الفتاح محمد : مشكلات الأسرة و الطفولة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية، ص ص 21-22.

(2) -خيرى جليل الجميلي : الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة و الطفولة ، المكتب الجامعي الحديث ، محطة الرمل، الإسكندرية، 1993، ص 498.

فالإقدام على تكوين أسرة حدث هام في الحياة ، لكن الأهم من ذلك هو كيفية تسير هذه الأسرة عند قدوم الأبناء ، هل للأبوان تنشئة تؤهلهم لخوض هذه المهمة ؟ ، هل لهم من الرصيد المعرفي ما يساعدهم على توفير الرعاية اللازمة لهم خاصة ما يتعلق بالمجال الصحي ، حتى ينشأ جيل أصحاء ينعمون بالتوازن من كل الجوانب الضرورية لنموهم ؟

فالتنشئة الاجتماعية ذات أهمية كبيرة بالنسبة للأسرة ، وإلا كيف سوف تؤدي دورها بأحق الكلمة في رعاية أطفالها ؟ و كيف سوف تكون اتجاهاتها في التعامل مع مرض أطفالها ؟ فوظيفة الأسرة وأدائها لدورها مرتبط إلى درجة كبيرة بوعيها و ثقافتها .

كما يترتب على الأسرة مواكبة التغير و التقدم العلمي القائم في المجتمع ، فكل مرحلة تاريخية لها خاصتها من حيث ظهور أمراض و اختفاء أخرى ، فالعديد من الأمراض مثلا ، خاصة المعدية منها كانت كثيرة الحدوث و الظهور في الحقبة الاستعمارية أصبحنا في الوقت الحالي قلّ ما نسمع بحدوثها و هذا بسبب تحصين أبنائنا منها ، لكن في مقابل ذلك ظهر مفهوم جديد في ساحة المرض و هو التحول الوبائي، وهذا يعني ظهور أمراض من نوع آخر وهي الأمراض المزمنة ، سببها الوحيد هو عدم إتباع نظام صحي محكم عند عامة الناس.

للأسرة إذا دور مهم في تربية النشء و تقديم الرعاية اللازمة له حتى يستطيع أن يحظى بالصحة الجيدة و النمو السليم ، و يتحقق هذا عندما تكون ذات تنشئة مبنية على قواعد سليمة مراعية في ذلك التحول و التغير الحاصل في المجتمع.

المبحث الأول: التغير الاجتماعي و أثره على الأسرة والطفل

1- مفهوم التغير الاجتماعي:

يعد مفهوم التغير الاجتماعي من أهم السمات التي لازمت الإنسانية منذ نشأتها حتى وقتنا الحاضر، ولقد شغل هذا المفهوم عقول الكثير من المفكرين والعلماء.

فالمعنى اللغوي لهذا المفهوم هو التحول والتبدل من حالة إلى حالة أخرى، ويعرفها معجم العلوم الاجتماعية أنه كل تحول يقع في التنظيم الاجتماعي سواء في بنائه أو في وظائفه خلال فترة زمنية معينة. ويشمل ذلك كل تغير يقع في التركيب السكاني للمجتمع أو في بنائه الطبقي ونظمه الاجتماعية، أو في نمط العلاقات الاجتماعية أو في القيم والمعايير التي تؤثر في سلوك الأفراد والتي تحدد مكانهم وأدوارهم في مختلف التنظيمات الاجتماعية التي ينتمون إليها⁽¹⁾.

كما انه يعني كل تغيير يطرأ على البناء الاجتماعي والوظائف والقيم والأدوار الاجتماعية خلال فترة زمنية محددة، وقد يكون هذا التغيير ايجابيا أي تقدما وقد يكون سلبيا أي تخلفا⁽²⁾.

و حسب تعريف **Guy Rocher** فإن التغير الاجتماعي يقوم على التحولات الملاحظة والمحقة خلال اقصر الفترات الزمنية الممكنة وزيادة على ذلك فإن التغير الاجتماعي محصور جغرافيا و سوسيولوجيا نستطيع ملاحظته داخل رقعة جغرافية أو إطار اجتماعي وثقافي محدود.

و يعرفه احمد زكي بدوي انه كل تحول يقع في التنظيم الاجتماعي سواء في بنائه او في وظائفه خلال فترة زمنية معينة، والتغير الاجتماعي على هذا النحو ينصب على تغير يقع في التركيب السكاني للمجتمع او في بنائه الطبقي او نظمه الاجتماعية أو في أنماط العلاقات الاجتماعية او في القيم و المعايير التي تؤثر على سلوك الأفراد و التي تحدد إمكاناتهم وأدوارهم في مختلف التنظيمات الاجتماعية التي ينتمون إليها⁽⁴⁾. و سوف نهتم في هذا المبحث على التغير الاجتماعي الذي مس الأسرة وكيف كانت انعكاساته عليها.

(1) - أحمد بدوي : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت ، 1978، ص382.

(2) - محمد الدقس: التغير الاجتماعي بين النظرية والتطبيق، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ، الأردن ، 1987، ص19.

(3) - Rocher Guy : Introduction a la sociologie generale, le changement social, Ed H.M.H, tom3, 1968, p17.

(4) - احمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (انجليزي - فرنسي - عربي) مكتبة لبنان ، بيروت ، 1982، ص382.

2- الأسرة و التغيير الاجتماعي:

الأسرة ظاهرة اجتماعية إنسانية يرتبط وجودها بوجود المجتمع الإنساني ، تتميز بالتلقائية و هي تمارس القهر و الإلزام على أفرادها من خلال فرضها للأعراف و العادات و التقاليد ،وهي عمومية أي تمس سائر المجتمعات الإنسانية .

كما أنها واقعية و موضوعية فهي ليست فكرة إنما واقع نعيشه.كما أنها ظاهرة تاريخية مترابطة ، فهي تخضع للتطور و التغيير ، تتغير بتطور المجتمع و تقدم الزمن ولا يمكن أن تكون منعزلة عن باقي الأنظمة الاجتماعية الأخرى (1).

فمع ظهور الثورة الصناعية وما خلفته من تقدم في مختلف المجالات كظهور المدن و المنشآت الصناعية و التعليمية.... الخ ، أدى هذا إلى تغيير نظام العمل و الإنتاج فتوسعت ظاهرة الهجرة إلى تلك المناطق وهذا بحثا عن فرص العمل وظروف معيشية ملائمة ، الشيء الذي انجر عنه الابتعاد عن الأرض وعن الحياة التقليدية بصفة عامة .

إذا الأسرة تعرضت لتحولات كبيرة مست جوانب عديدة منها التغيير في حجمها و التغيير في الوظائف ، ظهور التحضر المتسارع و ارتفاع نسبة التعليم ، الشيء الذي انجر عنه انعكاسات كبيرة كخروج المرأة بكثرة إلى سوق العمل ، التوجه نحو تنظيم الأسرة و تأخر سن الزواج...الخ .

فبعدما كانت الأسرة في الماضي واسعة تضم عددا كبيرا من الأسر و الأفراد في عشائر كثيرة بمرور الزمن أصبحت أكثر ميلا نحو تشكيل أسر نووية . فبعدما كانت تتولى بنفسها ادارة شؤونها الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية تغير الأمر مع تطور المجتمع وظهور فكرة تقسيم العمل و الحريات الفردية ، إذ أصبحت تتقاسم هذه الأدوار مع هيئات متخصصة.

فالتغيير الاجتماعي خلق هوة كبيرة بين الماضي و الحاضر، ولم يقتصر على مجتمع دون الآخر بل مس كل المجتمعات، لكن درجة التغيير تختلف من مجتمع لآخر كل حسب تقدمه و ثقافته و عاداته و دياناته . والشيء الذي يهمنا في هذا البحث هو كيف اثر التغيير الاجتماعي على الأسرة الجزائرية ؟ و بالتالي كيف انعكس هذا التغيير على موضوع بحثنا وهو الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات؟

(1) - حسن السعاتي: دراسات في علم السكان ، مكتبة الانجلومصرية ، الإسكندرية ، ط2، 1996، ص22.

3- التغير الاجتماعي و الأسرة الجزائرية:

1-3 - من الناحية الاجتماعية و الاقتصادية :

لقد عرف العالم بأسره مجموعة من التغيرات و التحولات التي أثرت على بنائه و وحداته في جميع المجالات، والجزائر كغيرها من الدول عرفت هذا التحول الذي كان له انعكاسا على كل البنيات بما في ذلك الاسرة.

فبالأسرة تتعرض للتغير باعتبارها نظام أولي تتداخل مع بقية النظم الاجتماعية الأخرى ، ويعد التغير في بنائها و نمطها من المؤثرات القوية في التغير الاجتماعي باعتبارها حلقة أساسية من حلقات النسق الاجتماعي الكلي للمجتمع.

ويعتبر البحث الذي قام به مصطفى بوتقنوشنت في نهاية السبعينات من أهم ما كتب في العائلة الجزائرية منذ الاستقلال، و لقد لخص لنا الباحث أهم الخصائص التي مرت بها العائلة الجزائرية في ما يلي :

العائلة الجزائرية هي عائلة موسعة حيث يعيش في أحضانها عدة عائلات زواجه و تحت سقف واحد " الدار الكبيرة " عند الحضر و الخيمة الكبرى عند البدو تتكون من 20 إلى 60 شخص يعيشون جماعيا.

العائلة الجزائرية هي عائلة أبوية، الأب و الجد هو القائد الروحي للجماعة العائلية، وله مرتبة خاصة تسمح له بالمحافظة على تماسك الجماعة.

العائلة الجزائرية هي عائلة اكناتية حيث يكون فيها النسب ذكوريا و الانتماء أبوي ، و هي عائلة متماسكة تولى للأب مسؤولية تسيير كل الأبناء ، كما أنها عائلة محافظة يطغى على التعامل بين أفرادها التقدير و الاحترام ⁽¹⁾.

(1) - مصطفى بوتقنوشنت: العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، صص 37-38.

ولقد تكلم عن المرأة ، حيث قال " ولا تصبح المرأة في هذه البنية لها قيمة اجتماعية إلا بعد إنجاب الأطفال ، ولا تصبح أما من الناحية الاجتماعية إلا عندما تنهي تربية ابنها وابنتها لما يتزوجا وكذلك عندما ترى ولادة أحفادها، وبالتالي يكون وضعها كأمراة وأم وجدة محترمة داخل العائلة وبهذا تكون قد بلغت دور المنجبة كاملا كما تضمن بقاء اسم العائلة" (1).

حتى من ناحية تقسيم العمل ، فتتشئة الولد و البنت مختلفة ، فهو الذي يحترم ويقدم له أحسن الوجبات و فرص للتعلم وأفضل رعاية صحية ، وتتم تنشئته على انه المسؤول على الأسرة في جميع النواحي ، اما البنت فهناك إجحاف في حقها فهي تنشئ للاهتمام بالواجبات المنزلية و تنحصر مهمتها في الإنجاب و رعاية الأبناء ومختلف الأشغال المنزلية.

ولقد تكلم فرانز فانون في هذا المجال ، حيث قال " لم يكن للفتاة لان تنمي شخصيتها ولا لان تأخذ المبادرات و القرارات ، فهي تتبنى قيم المجتمع التي تصف الأنثى في مرتبة متدنية بالنسبة للذكر فينظر للمرأة على أنها قاصر و بالتالي تستوجب دائما مسؤولية الرجل على المرأة " (2).

فمن خلال هذه اللوحة الوجيزة نستخلص ان الأسرة الجزائرية وحدة متماسكة ، كل عضو يؤدي مهامه حسب ما هو مفروض انطلاقا من عادات و تقاليد البلاد ، كما انه مجتمع جد محافظ .

لقد تغيرت خصائص المجتمع الجزائري بعد دخول المستعمر للبلاد ، لقد عمل هذا الأخير منذ سنة 1830 على تمزيق شمل الوحدة الوطنية و القومية للشعب ، وهذا بضرب مقومات الشخصية الجزائرية و الوحدة الوطنية و التي تتمثل في اللغة العربية و الدين الإسلامي وهذا بوضع سياسة تهدف إلى تفكيك بنيته.

ولقد تميزت هذه المرحلة بارتفاع كبير في نسبة الأمية إذ بلغت أكثر من 90%، اغلبهم نساء الشيء الذي ساعد على انتشار الخرافات و البدع التي عمل المستعمر على إرساءها ليتسنى له البقاء أكثر في الجزائر .

اما من الناحية الاقتصادية فلقد عمل المستعمر على هدم هياكل الاقتصاد و تبني سياسة الأرض المحروقة و شرد المواطنين و سلب الأراضي وجعل إنتاجها محصور على التبغ و الكروم لأجل إنتاج الخمر .

(1) - نفس المرجع ، ص ص 78-79.

(2) Frantz Fanon : *Sociologie d'une révolution*, Maspero, Paris, 1972, pp 90- 91.

لقد عمل هذا الأخير على طمس الهوية و الثقافة الجزائرية بكل حوافره لكي يشنت هذا المجتمع و يفكك الترابط المتين الذي كان يميزه ، الشيء الذي دفع بأشرافه الخروج للتححرر من العبودية ، فلم تعد الأسرة بذلك وحدة اقتصادية ، بل أصبحت تعتمد على كسب قوتها على المعمر ، وانتقلت بذلك السيادة من الأب أو الأخ إلى الأم أو الجدة ، الشيء الذي أدى إلى تغيير في ادوار الأسرة ، إذ أصبحت توكل إليها مسؤوليات أخرى سواء رعاية الأسرة و إعالتها في غياب الرجل ، أو المشاركة بكل شجاعة وشرف في طرد المستعمر الغاشم من الوطن .

لقد أثرت الحرب التحررية بعمق على العلاقات الأسرية فبعد ان كانت الأسرة وحدة قوية متماسكة تحطمت لتتغير شخصية كل عضو منها و بالتالي يقل ارتباطه بالتقاليد و القيم التي عهدا (1).

إذا فالثورة التحررية كان لها اثر في التغير الذي مس المجتمع الجزائري، في كل من عاداته و تقاليده وبالتالي تغير في الأدوار والمكتسبات.

أما بعد الاستقلال فكان على الجزائر النظر في إعادة بناء ما هدمه الاستعمار مواكبة في ذلك التطور و التنمية في جميع المجالات من صناعة وفلاحة و تعليم وسياسة و صحة ، ولأجل تحقيق ذلك سطرت برامج سياسية مبنية على مخططات تنمية كبرى تبلورت رؤاها ضمن النصوص الأساسية و المواثيق.

اولها برنامج **طرابلس 1962** ، لقد حاول هذا الأخير أن يدرس الوضع العام للمجتمع الجزائري قبل و أثناء حصوله على الاستقلال السياسي وذلك من خلال إبراز الخصائص الأساسية لحركة التحرر الوطني.

وعلى هذا يجب الانطلاق من الواقع الجزائري من خلال معطياته الموضوعية و مطامح الشعب هذا من جهة ، ومن جهة أخرى التعبير عن هذا الواقع على أن تأخذ بعين الاعتبار متطلبات التقدم العصري.

أما ثاني هذه البرامج فهو **ميثاق الجزائر 1964** : تضمن هذا الميثاق معالجة الآثار التي خلفها الإستعمار ، وذلك بتحليل الوضع الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي ، كذلك التطرق إلى أهم القضايا التي تشغل بال القيادة و التي تعبر عن طموحات الشعب .

(1) - Frantz Fanon :opcit,P 83.

أما ثالث برنامج فهو **الميثاق الوطني 1976** و هو يعتبر المسار المرجعي للسياسة الاقتصادية والاجتماعية و الثقافية في الجزائر ، تضمن بلورة الرؤى المختلفة التي جاءت في كل المواثيق السابقة وهو يعبر عن التطلعات الجديدة في التحرر الكامل للشعب الجزائري، ومن هذا المنطلق تم اتخاذ الاشتراكية كنظام اجتماعي و اقتصادي.

لقد قامت الجزائر بوضع سياسة اجتماعية و ثقافية تميل نحو توفير كل متطلبات العيش الكريم من سكن و عمل وتحسين الوضع الصحي للأفراد وهذا من خلال مبدأ الطب المجاني 1974، ودعم المواد الاستهلاكية ذات الاستهلاك الواسع ⁽¹⁾.

أما في المجال الثقافي فأقرت بديمقراطية التعليم و مجانيته للجميع وهذا من خلال بناء المدارس والمعاهد و الجامعات... الخ . كما اهتمت بمحو الأمية و سياسة التعريب و خصصت لأجل ذلك ربع الميزانية لنشر الثقافة وتعميم التعليم المجاني ، فارتفع بذلك عدد التلاميذ في التعليم الابتدائي ⁽²⁾ و الجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك :

الجدول رقم (1): نسبة التلاميذ في الطور الابتدائي للفترة 1966 إلى 1992.

السنوات	نسبة الذكور	نسبة الإناث
1966	56.8	36.9
1977	80.8	59.6
1987	87.8	71.6
1992	88.4	72.9

Source : Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie : quatrième conférence

mondiale sur les femmes, rapport national, Beijing 4-15 septembre 1995,p17.

(1) - كربالي بغداد : نظرة عامة عن التحولات الاقتصادية في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، جامعة احمد خيضر بسكرة ، العدد الثامن ، 2005 .

(2) - Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie : quatrième conférence mondiale sur les femmes, rapport national, Beijing 4-15 septembre 1995, p17.

اما بالنسبة للتعليم الثانوي ، فلقد بلغت نسبة تـمدرس الإناث في سنة 1995 قرابة 50%⁽¹⁾ ، من خلال هذه المعطيات يتبين لنا ان نسبة التـمدرس عرفت ارتفاعا ملحوظا ، فحسب تقديرات المسح متعدد المؤشرات (MICS3 2008) فإن نسبة تـمدرس الفئة 6-15 سنة بلغت 92.4% ، 93.1% بالنسبة للذكور و 91.6% بالنسبة للإناث⁽²⁾.

لقد خطت الجزائر خطوات واسعة في مجال التنمية وهذا بعد تأمينها لممتلكاتها من الهيمنة الفرنسية و وضع مخططات كبرى للتنمية في الفترة الممتدة ما بين 1967-1989 ، غير ان هذا التحسن عرف تراجعاً لان تمويل المشاريع التنموية ارتبط ارتباطا وثيقا بالمحروقات ، لذلك لم توفق الجزائر في مباشرة المشاريع التي تضمنها المخطط الخماسي الثاني 1988-1989 بفعل انخفاض أسعار البترول التي بلغت سنة 1986 اقل من 10 دولار للبرميل . فهذه الأزمة الوطنية ترتب عنها عدة مشاكل كالبطالة والشيء الذي زاد من حدتها هو تأزم الوضعية المالية للمؤسسات العمومية نتيجة القوانين المفروضة على الأسعار و تسريح العمال ، أضف إلى ذلك ظاهرة الندرة التي مست بعض المواد الأساسية كالأدوية و المواد الغذائية⁽³⁾.

ونتيجة لعدم الاستقرار السياسي و الاقتصادي و الأمني في فترة التسعينات بسبب الإرهاب وارتفاع المديونية كان المخرج هو التوجه نحو صندوق النقد الدولي و البنك العالمي لإبرام عقود وإعادة الجدولة التي كانت مرفوضة سابقا ، الشيء الذي دفع الدولة البحث و القيام بإصلاحات من اجل تحقيق التنمية في جميع القطاعات ، بما فيها القطاع الصحي و الشيء الذي ساعد ذلك هو ارتفاع أسعار النفط في السنوات اللاحقة⁽⁴⁾.

(1)- M.S.P et O.N.S : Enquête nationale a indicateurs multiples MICS3 2008, opcit, p145.

(2)- Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie : quatrième conférence mondiale sur les femmes, rapport national , opcit,p 18 .

(3)- الديوان الوطني للتعليم و التكوين عن بعد : التحول الاجتماعي و الاقتصادي في الجزائر من الموقع : www.onefd.edu.dz

(4)- كريالي بغداد :مرجع سابق ، ص 7.

3-2- التغير الاجتماعي و المجال الصحي:

لقد تميزت مرحلة ما قبل الاستعمار الفرنسي بتقشي العديد من الأوبئة ، كالتاعون و الجدري و حمى المستنقعات وحمى التيفوس كان سببها بالدرجة الأولى علاقات الجزائر مع بعض الدول وحركة الحجاج ، واهم وباء هو الذي أصاب الجزائر سنة 1787 حيث قضى على 16821 مواطن ، ووباء 1817 الذي قضى على حياة 13330 مواطن ، وما ميز هذه المرحلة قلة الأطباء فالقلة المتواجدة كانت تخدم الطبقة الحاكمة فقط أما بقية الشعب فقد كان يعاني من الجهل ويتعامل مع المرض بالطريقة الشعبية و بطرق السحر و الشعوذة ⁽¹⁾.

اما في الفترة الإستعمارية ، فقد صاحب المستعمر مؤسسات صحية تخدمه ، وتميزت هذه المرحلة باستتكار ورفض الأهالي الجزائريين طلب العلاج عند المعمرين بالرغم من محاولة هذا الأخير استدراج المواطنين إلى أهداف تخدمه .

لقد كانت الخدمات الصحية الجزائرية قليلة مخصصة في بادئ الأمر لخدمة الجيش الوطني، لكن بعد ذلك عمت على بقية الشعب وتميزت بالمجانية وهذا بفضل ازدياد عدد الأطباء الذين كانوا يدرسون في كليات الطب الفرنسية⁽²⁾. (وسوف نتطرق إلى هذه النقطة في الفصل الموالي عن السياسة الصحية)

اما بعد الاستقلال و بفضل الجهود التي قامت بها الدولة من اجل تحقيق التقدم و الازدهار، استطاعت الجزائر ان تمضي قدما للأمام في شتى المجالات ، فقد كان للتنمية الأثر البالغ على الأسرة وعلى عملية التنشئة الاجتماعية وهذا من خلال التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و التكنولوجية التي تعرض لها المجتمع، فالتنمية تشمل القدرة على العيش حياة طويلة و في صحة جيدة و اكتساب المعرفة و التمتع بفرص الحصول على الموارد اللازمة لعيش حياة لائقة.

فالتطور و التغير و النمو الذي حلّ بالأسرة إنما هو نتاج تطوير و تمكين ركانتها و بالدرجة الأولى الأم ، و هذا عن طريق تغيير المفاهيم و القيم و المبادئ التي كانت سائدة في الماضي ، إذ أصبح الأطفال في الأسرة يحضون برعاية و عناية كبيرة و خدمات صحية و تربوية و ترفيهية لم يكن أطفال الماضي يحصلون عليها.

(1) - ناصر الدين سعيدوني : النظام المالي في أواخر العهد العثماني ، الجزائر ، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط2، 1985، ص54 .

(1) - F. Benatia : Les actions humanitaires pendant la lutte de libération(1954-1962),Alger,1999,p74-75.

و رعاية المرأة لأبنائها تبدأ قبل ميلادهم، وذلك من خلال اختيارها التغذية السليمة المتكاملة التي تقيد صحتها أثناء الحمل و الرضاعة حتى لا يتعرض الطفل لمشكلة تأخر النمو، أو قلة الحيوية و نقص المناعة، و التعرض للأمراض المعدية.

فالإعداد الجيد للأسرة من خلال تمكين المرأة يساعدها على أداء دورها وعلى تحمل المسؤولية ويتضمن هذا الإعداد إلمامهن بالمعلومات الكافية في النواحي الصحية و الثقافية و البيئية ، كما يتضمن هذا الإعداد تنمية مهارتهن على استخدام هذه المعلومات في كل نواحي الحياة و تدعيم اتجاهاتهن و إيمانهن بأهمية دورهن في كل نواحي الحياة ، ولا يتحقق هذا إلا بالاستثمار القوي في التعليم ، فالتعليم بدوره يؤثر بشكل ايجابي على الصحة وهذا يتضح من أن إمكانية تحسين الظروف الصحية في مجتمع معين تعتمد على معرفة أعضائه و اتجاهاتهم نحو المسائل الصحية.

كما تتأثر الصحة بدرجة كبيرة بالتكنولوجيا الحديثة ، إذ تلعب هذه الأخيرة دورا أساسيا في نمو و تحديث قطاع الرعاية الصحية الذي شهد نموا هائلا في ظل نمو هذه الأنظمة و الذي تمثل في تحسين الإجراءات في كل مجالاتها خاصة منها الأمور الإدارية وهذا من خلال تكنولوجيا المعلومات التي سهلت الكثير من المسائل التقنية.

فمثلا بالنسبة للسجلات الطبية وإجراءات التعرف على المريض، أصبح العمل بالأنظمة القديمة يشمل على كمية كبيرة من الأوراق الثقيلة أمرا في غاية الصعوبة ، وتستغرق وقتا طويلا للحصول عليها لذلك أصبح من الضروري تحويل هذه السجلات من سجلات طبية ورقية إلى سجلات طبية إلكترونية ولا بد أن يصاحب هذا الأداء قدرا مرتفعا من الحماية و الأمن وأن تحاط بالسرية التامة.

ومع التقدم التكنولوجي الحديث أصبحت الأسر تبحث عن جودة الخدمات المقدمة ، سواء من حيث مهارة الأطباء وعن كيفية معاملة المريض من حيث لغة الحوار معه ، وكذلك فترات الانتظار وعن مدى توفر الدواء المناسب للعلاج وهل هو الدواء الأصلي أم هي أدوية جنيسة ، وكما هو معروف فإن العديد منها عديم الفائدة .

فالمريض في الدول المتقدمة يحظى بعناية و معاملة خاصة تضمن له الراحة التامة حتى الشفاء الشيء الذي يفسر الاهتمام القوي بقطاع الصحة في هذه الدول . و باستعمال مبدأ المقارنة أصبحت كل أسرة تطمح أن تتلقى خدمات صحية و رعاية ذات جودة تضمن كرامة المواطن ، وخاصة إذا تعلق الأمر بصحة الطفل .

فالعديد من الأطفال الذين زاروا المستشفى ليس مرضهم إلا انعكاسا لتهاون وتقصير في الخدمة الصحية المقدمة خاصة منهم حديثي الولادة ، وبالأخص أثناء الوضع ، فعدم اكتراث بعض عمال القطاع الصحي بسبب لا مسؤولية الضمير المهني يكلف الأم و الجنين في بعض الأحيان حتى حياتهما ، ولن بقي على قيد الحياة فإن الإعاقة و تشوه في بعض الأعضاء تبقى مسألة عالقة في معظم الحالات مدى الحياة .

و الضحية هنا الطفل و الأبوان، لأن متابعة الطفل صحيا ليس بالأمر اليسير، فتكاليف العلاج باهظة، ويزداد الأمر سوءا إن لم تملك هذه الأسرة بطاقة ضمان تساعد في اقتناء الأدوية.

فالأسرة الحالية في ظل هذا التغير الحاصل أصبحت أكثر انفتاحا أكثر وعيا إذ نجدها تبحث دائما عن المسائل التي تخص أطفالها وعن كيفية التعامل معهم خاصة في حالة المرض ، والمشكل الذي أصبح يقلق الأسرة الحالية هو هل ابنها المريض سوف يلقي الخدمة اللائقة أم لا ؟ ، هل فعلا الطبيب المعايين يملك الخبرة ومؤهل لهذا العمل ؟ فالعديد من الأسئلة أصبحت تراود أذهان الأبوان وهذا راجع للأخطاء والفضائح الفادحة التي أصبحنا نسمع بها هنا وهناك خاصة في ظل هذا التقدم الحاصل في تكنولوجيا المعلومات. و بحثا عن الجودة أصبحت العديد من الأسر الحالية تفضل القطاع الخاص عن العام ، رغم التكاليف الباهظة المدفوعة لتلك الخدمات .

فالخواص يملكون الخبرة ويحسنون الاستقبال، لكن في بعض الحالات نجد الأطباء الخواص لا يهتمهم إلا النقود وعندما يستعصى الأمر عندهم يبعثون بالطفل إلى المستشفيات العمومية للقيام بالتحاليل اللازمة، لامتلاكها العدد (الطاقم الطبي) و العدة أي التجهيزات اللازمة لمعاينة المريض. فالتنمية و التكنولوجيا الحديثة أحدثت ثورة في الفكر البشري ، والشيء الذي يفسر هذا انتشار الثقافة الصحية و الوعي الصحي عند العديد من الأسر و التي أصبحت بدورها تبحث عن الجودة في الخدمات المقدمة و البحث دائما عن الأفضل لصحتها و صحة أطفالها

4- مظاهر التغير الاجتماعي على صحة الطفل:

لقد احدث التغير تحولات كبرى في العقل البشري و أصبح السعي نحو حياة أفضل طموح كل الناس ، ونقطة بداية التحول حسب ظننا هو الأسرة ، والشيء الذي يترجم التحول على مستوى الأسرة هو التغيير في المفاهيم التي كانت سائدة حول مسائل عديدة في الحياة. ففي الجانب الصحي مثلا وهذا

الذي يهمننا ، نلتمس التغير من خلال التغيير في ممارساتها وتوجهاتها في بعض المسائل الصحية كالتغذية و الرضاعة الطبيعية والخصوبة و الاهتمام أكثر بالنظافة والبحث عن سبل الوقاية من المرض.

4-1- النظام الغذائي :

إن النظام الغذائي و التغذية عاملان مهمان في تحسين الصحة و الحفاظ على صحة جيدة طيلة العمر كله، وقد ثبت إلى حد كبير دورهما كمحددان للأمراض المزمنة غير المعدية، ولذلك فهما يحتلان مكانة بارزة في أنشطة الوقاية⁽¹⁾. يلعب الغذاء دورا هاما في نمو الطفل، فهو يزود الجسم بالطاقة التي يحتاج إليها للقيام بنشاطه سواء كان هذا النشاط داخليا أم خارجيا، بدنيا أم عقليا و نفسيا. كما يلعب الغذاء أيضا دورا في إصلاح الخلايا وإعادة بنائها و في تكوين خلايا جديدة وفي زيادة مناعة الجسم ضد بعض الأمراض ووقايته منها.

و أهم العناصر الغذائية التي يحتاج إليها الطفل لكي ينمو هي المواد السكرية و النشوية و المواد البروتينية الحيوانية و النباتية ، والمواد الدهنية و الأملاح المعدنية و الفيتامينات و الماء، فالماء هو الوسيط الذي تحدث فيه التفاعلات و العمليات الكيميائية الحيوية كالهضم .

الغذاء الصحي هو الغذاء الصالح كما و كيفا ، بمعنى ان يكون كافيا في مقداره و متزنا في تركيبه بحيث يشمل على العناصر الأساسية الغذائية السابقة الذكر اشتمالا متكاملا متناسقا ، فقلة كمية الطعام على الحد المعين اللازم لنمو الطفل أو عدم توزيع الوجبات و الإفراط في الاعتماد على بعض العناصر الغذائية الأساسية دون الأخرى كل ذلك من شأنه أن يضعف الجسم و يقلل من مقاومة الطفل للأمراض بصفة عامة كما يترتب من ذلك إصابته بأمراض سوء التغذية بصفة خاصة و التي يترتب منها هي الأخرى تأخير نمو الطفل⁽²⁾.

فحسب النتائج التي جاء بها المسح متعدد المؤشرات MICS4 2012- 2013 ان 3% من الأطفال الأقل من خمس سنوات يعانون من نقص شديد في الوزن⁽³⁾. كما تؤدي سوء التغذية لأمراض مختلفة كاللانيميا و الأمراض الجلدية و لين العظام و نقص الغذاء الذي يؤدي في بادئ الأمر إلى تضاعل النشاط و التبدل ثم ضعف النمو ثم يعقب ذلك المرض و الهزال⁽⁴⁾.

(1) - منظمة الصحة العالمية: النظام الغذائي و التغذية و الوقاية من الامراض المزمنة، سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، جنيف، 2003، ص5.

(2) - سهير أحمد كامل و آخرون: تنشئة الطفل و حاجاته بين النظرية و التطبيق ، مركز الإسكندرية للكتاب، 2002، ص135.

(3) - MSP : Enquête par grappes a indicateurs multiples (MICS4) 2012-2013, suivi de la situation des enfants et des femmes, en collaboration avec UNICEF et UNFPA, Rapport final, Algérie 2015,654.

(4) - محمود حسين : مقدمة الخدمة الاجتماعية ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، ص343.

و هذا ما أكدته نتائج المسح متعدد المؤشرات MICS4 أن 4% من الأطفال يعانون من النحافة و 12% من النقرم و 12% من حالات الزيادة في الوزن (1).

صحيح إن التحضر عامل مهم في تغيير أساليب حياة الأفراد، لكن التغير لا يأخذ دائما منحى ايجابى ، فهذه التغيرات تأثر على أنماط العمل و كيفية قضاء وقت الفراغ ونوع الغذاء المستهلك الذي تعرض لتغيرات كمية و نوعية ..الخ.

وتتضمن التغيرات السلبية في النظم الغذائية حدوث تحولات في بنية النظام الغذائي نحو نظام غذائي يتسم بارتفاع نسبة كثافة الطاقة فيه مع تزايد الدهون و السكريات المضافة في الأغذية، وزيادة جرعة الدهون المشبعة، وانخفاض جرعات المواد الكربوهيدراتية المركبة و الألياف الغذائية، وانخفاض جرعتي الفاكهة و الخضروات. هذه التغيرات في النظم الغذائية تتفاقم بفعل تغيرات في أساليب الحياة تعكس انخفاض النشاط البدني في العمل و أثناء وقت الفراغ .

و تتأثر النظم الغذائية بعوامل كثيرة وبتفاعلات معقدة، فالدخل و الأسعار و الأفضليات و المعتقدات الفردية و التقاليد الثقافية ، فضلا عن العوامل الجغرافية و البيئية و الاجتماعية و الاقتصادية تتفاعل جميعها على نحو معقد لتشكيل أنماط الاستهلاك الغذائي (2).

فالتغير الاجتماعي و الاقتصادي السريع لم يعمل إلا على مضاعفة الصعوبات على الأسرة في تغذية أطفالها و رعايتهم على نحو ملائم. ففي الغالب تبدأ التغذية التكميلية إما في مرحلة مبكرة جدا او في مرحلة متأخرة جدا ، وكثيرا ما تكون الأغذية غير كافية ولا مأمونة من الناحية التغذوية ، والأطفال الذين يصابون بسوء التغذية و يبقون أحياء كثيرا ما يعانون طوال حياتهم من عواقب اختلال النمو.

و من العواقب التي تبعث بالقلق هو ظهور حالات زيادة الوزن و السمنة لدى الأطفال ونظرا لان الممارسات التغذوية الرديئة تشكل تهديدا كبيرا للتنمية الاجتماعية و الاقتصادية ، فإنها تعد من بين أخطر العقبات التي تعترض تحقيق الصحة و المحافظة عليها لهذه الفئة العمرية .

(1)- MSP : Enquête par grappes a indicateurs multiples (MICS4) 2012-2013, opcit, p 64.

(2) - منظمة الصحة العالمية: النظام الغذائي و التغذية و الوقاية من الأمراض المزمنة ، مرجع سابق، ص ص15-16.

4-2- الرضاعة الطبيعية :

تشير التقديرات أن الرضاعة الطبيعية من الثدي تساهم في المحافظة على حياة ستة ملايين من الأطفال الرضع كل سنة ، فالرضع الذين يتغذون بزجاجة الإرضاع غير المعقمة التي تحتوي عادة على مسحوق الحليب المجفف و المخفف بالماء الغير نقي هم الأكثر عرضة للوفاة في فترة الطفولة (1).

و لقد ثبت أن الأطفال الرضع الذين تتم رضاعتهم رضاعة طبيعية لمدة لا تقل عن ستة أشهر يعتبرون وبدرجة كبيرة أقل عرضة للإصابة بالأمراض و الوفاة نتيجة الإصابة بأمراض الإسهال و العدوى الحادة و الخاصة بالجهاز التنفسي و انه إذا ما تم تشجيع الأمهات على الاعتماد فقط في تغذية أطفالهن الرضع من الثدي خلال الستة أشهر الأولى من حياتهم فإن ذلك يؤدي إلى المحافظة على حياة عدد من الأطفال يصل إلى ما بين مليون إلى مليوني طفل سنويا و هذا بالإضافة إلى ما يتمتع به حليب الأم من مزايا وقائية و مناعية فإنه يحتوي على كل العناصر الغذائية المثالية و اللازمة لنمو الطفل في الأشهر الستة من العمر (2). فلقد أوضحت دراسة فلبينية أن الأطفال الذين يرضعون صناعيا هم أكثر عرضة ب 17 مرة للإصابة بالإسهال من الذين يرضعون بشكل خالص من الثدي.

و لكي يكون الإرضاع الخالص ناجحا فإنه لا بد من شروط، و هي أن تبدأ الرضاعة خلال الساعة الأولى بعد الولادة بدءا بالملامسة الجلدية لرفع ثقة الأم بقدرتها على الإرضاع، و الشرط الثاني هو أن يرضع الطفل باستمرار و كلما أراد ، و الشرط الثالث هو إفراغ الثدي بحيث لا ينقل الطفل إلى الثدي الآخر قبل أن يفرغ الأول. وهذه الشروط هي التي تضمن توفير مؤونة كافية من اللبن باستمرار ، هذا إلى جانب الاهتمام بتغذية الأم وضرورة تناولها لكميات كافية من الماء و السوائل .

فالإرضاع من الثدي يخفض بشكل ملحوظ نفقات تغذية الطفل ، كما يخفض دفع نفقات العلاج للالتهابات التي يتعرض لها الأطفال جراء الإرضاع الاصطناعي. كما تؤدي الرضاعة الطبيعية إلى تحسين صحة الأم و هذا من خلال ممارسة تنظيم الأسرة ، الشيء الذي يساعدها على العناية الجيدة بصحة طفلها في سنواته الأولى (3).

(1) - نفس المرجع ، ص ص2-3.

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة : وضع أطفال العالم 1991، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، 1991، ص24.

(3) - باربارا شين: " الرضاعة من الثدي تحافظ على الحياة" في / تنظيم الأسرة يحافظ على الحياة، تر: محسن يوسف، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية

بالتعاون مع المكتب المرجعي للسكان ، ط3، سبتمبر 1997، ص4.

كما يعمل الإرضاع الخالص من الثدي بعد الولادة مباشرة إلى تسريع عودة الرحم لوضعه الطبيعي و كذلك عودة حالة الجسم إلى ما كان عليه قبل الحمل ، وهي تعتبر حماية من الحمل بنسبة 98% خلال الستة أشهر الأولى.

فبالرغم من فائدة الرضاعة الطبيعية على صحة الأم و الطفل ، إلا أن الدلائل تشير إلى انحسار ممارسة الرضاعة من الثدي و الاتجاه يوماً بعد يوم إلى الرضاعة من القنينة، مما أدى بالعديد من المنظمات و الهيئات الدولية إلى التنبيه على أهمية الرضاعة الطبيعية و التذكير بالمخاطر المترتبة عن استخدام الرضاعة الاصطناعية خاصة في الدول النامية و الفقيرة التي تتميز بارتفاع معدلات وفيات الأطفال و اعتبرت هذه المنظمات أن الرضاعة من الثدي هي مفتاح السلامة لبقاء الطفل على قيد الحياة و حمايته من معظم الأمراض التي يصاب بها خلال عامه الأول.

يعتبر استخدام (الرضاعة الاصطناعية) القنينة شكلاً من أشكال التكنولوجيا الحديثة ، وتمثل أداة جديدة كبديل للثدي ، ومن المعروف أن أي تكنولوجيا جديدة تحدث مع استعمالها تغييراً ثقافياً و نفسياً واجتماعياً يؤثر على القيم و المعتقدات و الاتجاهات و أنماط المعيشة .

فاستخدام حليب الأطفال الجاهز و ما يرافق ذلك من مهارات و معرفة تتعلق بالإطعام من القنينة و التحضير حسب نسب و كميات محددة كل ذلك يمكن اعتباره من العوامل التي ساهمت في تغيير دور الأمومة و موقف المجتمع من الإرضاع من الثدي. كما أن النزعة للمساواة بين الجنسين وانخراط النساء في العمل أسهم في طلب بديل للرضاعة من الثدي.

فحتى أوائل الستينيات ففي البحرين مثلاً وحسب الدراسة التي قامت بها (هانسن 1968) عن الوضع الاجتماعي للمرأة في قرى البحرين كان الإرضاع من الثدي هو النمط السائد لتغذية الطفل خلال العامين الأولين من عمره ، وقد كان الناس قبل ذلك الوقت يطلقون على الزجاجة التي تستخدم لإرضاع الطفل (زجاجة اليتيم) ، مما يدل على استنكار المجتمع لاستخدامها ، خاصة إذا كانت الأم ما تزال على قيد الحياة ، أما إذا فقد الرضيع أمه فإن العديد من القريبات و الجارات يتطوعن لإرضاعه من الثدي، مما يعوضه حليب أمه⁽¹⁾.

(1) - عبد الرحمان مصيقر : الرضاعة الطبيعية و خصوبة المرأة في البحرين، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية، نوفمبر 1994، ص 7.

أما عن حليب الأطفال الجاهز فيصعب توفره في القرى ، وعلى الشخص ان ينتقل للعاصمة للحصول عليه وبثمن باهظ.

وحسب دراسة قام بها الدكتور عبد الرحمان مصيقر حول العوامل الاجتماعية المؤثرة على الرضاعة الطبيعية في البحرين عام 1991 ، والتي شملت 499 أمّاً من جميع المناطق الجغرافية في البحرين و جد أن هناك ميلاً نحو الإرضاع الاصطناعي على حساب الإرضاع الطبيعي و قد أمكن ملاحظة ذلك من خلال ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي قدمن حليب الأطفال الجاهز لأطفالهن قدر ب 45%. كما تبين أن بعض العوامل الاجتماعية تؤثر على طول فترة الرضاعة من الثدي مثل جنسية الأم و مستوى تعليمها و عملها و منطقة السكن (1).

أما حسب الدراسة التي قام بها الدكتور مصيقر سنة 1994 على عينة من النساء البحرينيات تقدر ب 400 أم لديها على الأقل طفلان أصغرهما لا يتعدى عمره سنتين ، وذلك حسب ما أوصت به منظمة الصحة العالمية عند دراسة الرضاعة و علاقتها بخصوبة المرأة ، فأهم النتائج المتوصل إليها حول ممارسة الرضاعة الطبيعية للطفل الأخير و قبل الأخير موضحة في الجدولين رقم (1) و (2) من الملحق 2 .

من خلال هذين الجدولين (أي 1 و 2 من الملاحق) يتبين أن نسبة الأمهات اللاتي ارضعن أطفالهن طبيعياً لأكثر من 12 شهراً قد انخفض بالتقريب من 60% إلى 33% أي حوالي النصف وذلك عند مقارنة طول فترة رضاعة الطفل الأخير و قبل الأخير على التوالي.

و بالمقابل ارتفعت نسبة الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن لأقل من 4 أشهر ، وهذه المؤشرات تدق ناقوس الخطر و تشير إلى وجود تحول نحو الرضاعة الاصطناعية على حساب الرضاعة الطبيعية . و بدراسة تأثير العوامل الاجتماعية و الديموغرافية على طول فترة الرضاعة ، نلاحظ توجهها عند الأمهات الشابات (أقل من 25 سنة) نحو تقليل طول فترة الرضاعة مقارنة بالأمهات في الفئات العمرية الأخرى ، فبينما كان 68% من الأمهات الشابات يرضعن أطفالهن لأكثر من 12 شهراً انخفضت النسبة إلى 25% عند الطفل الأخير .

و هذا التوجه يعطي انطباعاً أن الجيل الجديد من النساء اقل ممارسة للرضاعة الطبيعية من الجيل الأكبر منه ، وهذا راجع إلى أن غالبية النساء الشابات هنّ عاملات وبالتالي صعوبة الموازنة بين الاستمرار في الرضاعة الطبيعية و الاستمرار في العمل .

(1) - نفس المرجع ، ص 9.

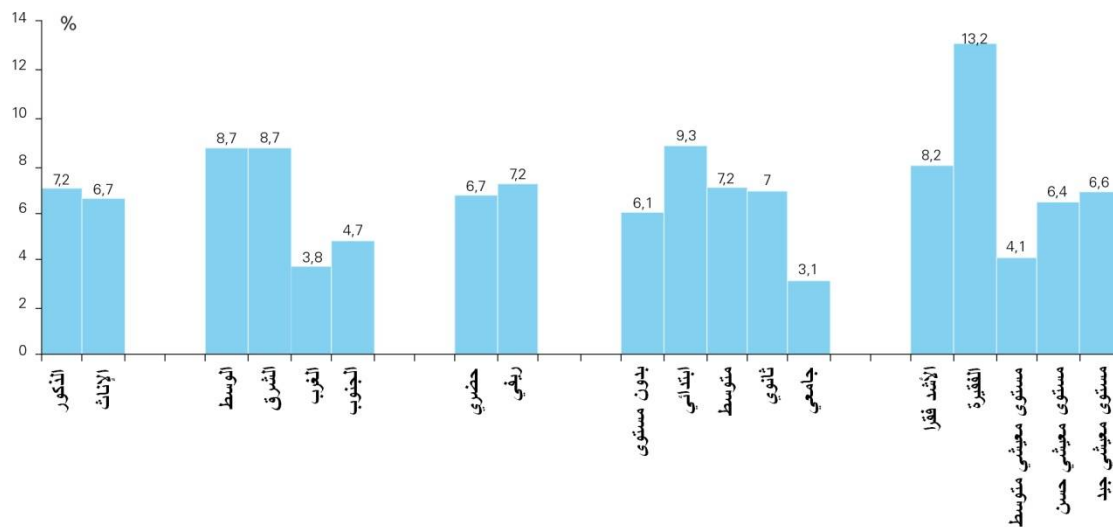
و عند ربط العلاقة بين العوامل الاجتماعية و الديموغرافية و نسبة الأمهات اللاتي أرضعن أطفالهن لأكثر من عام ، تبين لنا أن الأمهات اللاتي نشأن في الريف و ذوات التعليم المتوسط و العالي و اللاتي لم يعملن قط هن الأكثر ميلا لإطالة الرضاعة من الثدي مقارنة بالأمهات اللاتي نشأن في الحضر و ذوات التعليم المتوسط و العالي و اللاتي يعملن ، أما بالنسبة لجنس الطفل فلم تظهر هناك فروق جوهرية بين رضاعة الطفل ما قبل الأخير و الطفل الأخير .

كما يتبين من الجدولين أن الأمهات اللاتي لا يستخدمن مانع للحمل هم أكثر ميلا نحو إطالة فترة الرضاعة الطبيعية فنجد أن 39% من الأمهات اللاتي لا يستخدمن موانع للحمل أثناء إجراء الدراسة أرضعن أطفالهن لفترة أكثر من سنة مقابل 26.7% عند الأمهات اللاتي يستخدمن مانع للحمل وذلك للطفل الأخير و كانت النسبة 68.3% و 52.2% على التوالي للطفل قبل الأخير .

و قد يرجع ذلك إلى أن بعض موانع الحمل مثل الحبوب تؤثر على إفراز الحليب و تقلله ، فالأمهات اللاتي يستعملن طريقة تقليدية للحمل أكثر استعدادا لإطالة فترة الرضاعة الطبيعية مقارنة بالأمهات اللاتي يستخدمن موانع حديثة للحمل كالحبوب و العازل الطبي .

إن النتائج التي توصل إليها الدكتور مصيقر تتطابق إلى حد ما مع النتائج التي توصل إليها المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS 3 2008) في الجزائر ، و الرسم البياني التالي يوضح ذلك

الرسم البياني رقم (1): معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية من الثدي عند الأطفال من 0 إلى 5 سنوات حسب الجنس و المنطقة الجغرافية والمستوى التعليمي و مؤشر الثراء .



source : MSP et ONS : Enquête nationale a indicateurs multiples MICS3 , rapport principal, Algérie , 2008, p68.

من خلال هذا الرسم يتبين أن معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية بلغ 6.9% عند الأطفال الأقل من ستة أشهر إذ بلغ 7.2% عند الذكور و 6.7% عند الإناث .

كما أن معدل الرضاعة الطبيعية سجل انخفاضا عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي المرتفع وهذا ب 3.1% ، فالتراجع واضح في ممارسة الرضاعة الطبيعية في الجزائر ، فبعدها كانت تقدر ب 89.77% عند الأطفال الأقل من 3 أشهر و 81% عند الأطفال من 6 إلى 9 أشهر حسب الدراسة التي أقيمت حول سوء التغذية في سنة 1977 أين قُدر معدل سن الفطام ب 18 شهر ، انخفضت إلى 54% عند الأطفال من 6 إلى 9 أشهر حسب النتائج التي جاء بها المسح 1995 ، لتصل إلى 38% حسب مسح (MICS2000) و وصلت إلى 39% حسب مسح (MICS 2006) ثم إلى 26% بالنسبة للأطفال الأقل من 6 أشهر حسب آخر مسح (MICS4 20012-2013).

من خلال هذه الالتفاتة الوجيزة يمكن أن نقول أن التحول و التغيير الاجتماعي أثر بشكل كبير في تراجع الرضاعة الطبيعية وهذا بسبب تأثير العديد من العوامل كعمل المرأة و الزواج الكبير الذي عرفته المنتجات الصناعية وتوفر الحليب بكل أنواعه تقريبا في كافة المناطق.

4-3- الخصوبة :

لقد اثر التقدم و النمو الحاصل في المجتمع على خصوبة المرأة ، إذ عرفت هذه الأخيرة تراجعاً ملحوظاً عما كانت عليه ، حيث أصبح الاهتمام أكثر من أي وقت مضى بمسائل تشغل بال المرأة و هو صحتها الإنجابية و التركيز في ذلك على عامل تنظيم الأسرة كأداة للحفاظ على صحة المرأة . فتنظيم الأسرة يمكن الأزواج أن يقرروا بحرية و بمسؤولية عدد أطفالهم و الفترة الزمنية الفاصلة بينهم وتوقيت إنجابهم ، ولقد اهتمت بهذه المسألة مؤتمرات عديدة ، أهمها مؤتمر بوخارست الذي انعقد سنة 1974 ومؤتمر مكسيكو سنة 1984 و القاهرة عام 1994.

ففي مؤتمر بوخارست تم إعداد مسودة لخطة عمل لمواجهة المشكلة السكانية العالمية، مفادها أن الزيادة السكانية تمثل إعاقة خطيرة للتنمية الاقتصادية و انه يتعين على الحكومات و الهيئات الدولية بذل الجهود لتنفيذ برامج تنظيم الأسرة . أما في مؤتمر مكسيكو فلقد صدر منه 22 توصية ، تكونت منها الإستراتيجية العالمية للسياسات السكانية و البرامج المتصلة بقضية السكان و علاقتها بالتنمية ⁽¹⁾.

فتنظيم الأسرة حق تقرر بشكل راسخ في مؤتمر الأمم المتحدة للسكان المنعقد في عام 1984 و تأكد في المؤتمر الدولي للسكان و التنمية المنعقد بالقاهرة عام 1994 ⁽²⁾. لقد قام المؤتمر العالمي للسكان و التنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994 بتقنين وجهات نظر كان يدعو إليها الناشطون في مجال صحة المرأة منذ زمن طويل ، فقد أصبحت أهدافهم الإنسانية و المؤيدة للمرأة هي حجر الزاوية في اتفاقية القاهرة التي تعتبر علامة تاريخية بحق الناس في التمتع بالصحة الإنجابية ، كما تنبذ الاعتماد على خدمات منع الحمل كأداة لتحقيق الأهداف السكانية، وإنما الاعتماد على وسائل لتنظيم و المباشرة بين الولادات .

لقد تمثل هدف المؤتمر في رفع مستوى نوعية الحياة لجميع السكان عن طريق الأخذ بسياسات و برامج سكانية و إنمائية مناسبة تهدف إلى القضاء على الفقر و تحقيق النمو الاقتصادي في سياق التنمية المستدامة و ضمان جميع حقوق السكان ⁽³⁾.

(1) - السيد عبد العاطي : علم اجتماع السكان ، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004، ص 397.

(2) - إدارة الشؤون الاقتصادية و الاجتماعية شعبة السكان للأمم المتحدة : السكان و الحقوق الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة

البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ، التقرير الموجز ، الأمم المتحدة ، نيويورك، 2002 ، ص 37.

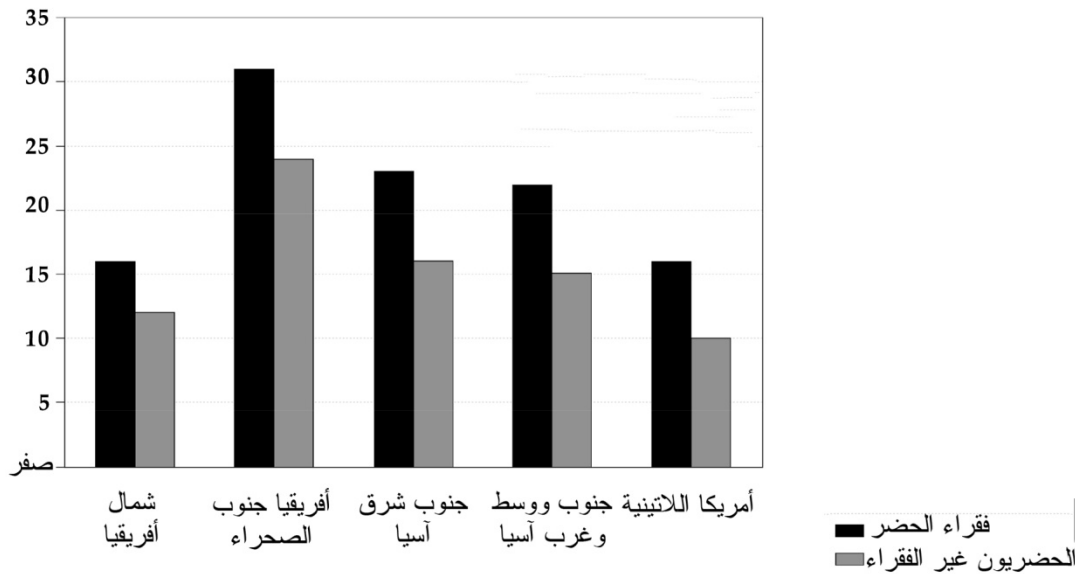
(3) - المكتب الإقليمي للشرق الأوسط للأمم المتحدة : الاستجابة للقاهرة ، المؤتمر الدولي للسكان و التنمية بالقاهرة 1994، دراسة حالات عن تغير الممارسة و

الصحة الإنجابية ، موجز تنفيذي ، عمان ، 2002 ، ص 1.

لقد أثبتت أحدث السياسات المتاحة تفاوتاً في مدى التقدم صوب الحد من وفيات الأمومة في العالم النامي، فقد بينت إحصاءات رصد تنفيذ المرامي الإنمائية في إقليم شرق آسيا و شمال إفريقيا و جنوب شرق آسيا انخفاضاً في هذه الوفيات قدره 30% أو أكثر لكل 100000 مولود حي بين عامي 1990 و 2005 ، في حين انخفضت هذه الوفيات بنسبة 20% في الفترة نفسها في جنوب شرق آسيا .

أما في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فمازال احتمال الوفاة عالياً أثناء الحمل و الوضع و تسبب الإجهاض الغير مأمون في وفاة نحو 70000 حالة من الأمهات في مختلف أنحاء العالم عام 2005 و أن حوالي 46% من هذه الحالات حدثت لنساء عمرهن أقل من 25 سنة و باستعمال النساء لموانع الحمل الفعالة لتأخير الحمل أو الكف عن الحمل يمكن تفادي 32% من وفيات الأمومة (1). لقد كان أكثر من 60% من نساء العالم المتزوجات يستعملن موانع الحمل ، لكن نسبتهن المئوية في كل إقليم تفاوتت بشدة ، و الرسم البياني يوضح ذلك :

الرسم البياني رقم (2) : الاحتياجات الغير مشبعة في مجال تنظيم الأسرة حسب المركز الاجتماعي الاقتصادي للنساء المتزوجات من 25 إلى 29 سنة و يعشن في مناطق حضرية.



المصدر: منظمة الصحة العالمية: التقارير المرحلية للأمانة ، جمعية القمة العالمية الثالثة و الستون ، البند 11-24، إبريل 2010، ص 10.

(1) - منظمة الصحة العالمية: التقارير المرحلية للأمانة ، جمعية القمة العالمية الثالثة و الستون ، البند 11-24، إبريل 2010، ص 9.

من خلال هذا الرسم يبدوا التفاوت واضحا فيما يخص استعمال وسائل منع الحمل ، فالنساء في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى سجلن أقل مستويات استعمال موانع الحمل 22% سنة 2007. لقد تغيرت الاتجاهات التي لم يتم إشباعها في مجال تنظيم الأسرة تغيرا لا يكاد يذكر في البلدان الأقل نمواً، فقد كانت 26% عام 1990، و انخفضت إلى 24% عام 2007. ففي إفريقيا جنوب الصحراء لا تحصل امرأة من كل أربع نساء متزوجات على سد احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة، و تبين أن احتياجات تنظيم الأسرة التي لا تلبي تزداد بالنسبة إلى النساء الأفقر مقارنة بالنساء الأيسر حالا.

لقد جاءت نتائج التقرير حول حالة سكان العالم 2012 لصندوق الأمم المتحدة للسكان مؤيدة لذلك فلقد تبين أن ثمة تفاوت كبير بين المناطق الأكثر نمواً و المناطق الأقل نمواً ، ويصدق هذا بوجه خاص في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، حيث تتجب المرأة ثلاثة أضعاف ما تتجبه في المتوسط مثيلتها في المناطق الأكثر نمواً في العالم (5.1 مولود لكل امرأة مقابل 1.7 مولود لكل امرأة).

و في الوقت نفسه عندما تم استجواب عينة من النساء في تلك المناطق تبين أن معظمهن ترغبن في إنجاب عدد أقل من الأطفال.و الشيء الذي يفسر ذلك هو محدودية فرص الحصول على وسائل منع الحمل في العالم النامي وعدم المساواة في فرص الحصول عليها.

و في كل بلد من بلدان العالم تستخدم وسائل منع الحمل معظم النساء المتعلّمات و الأيسر حالا وبخلاف ذلك تبلغ معدلات شيوع وسائل منع الحمل في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في عام 2010 أدنى من مثيله لدى نساء المناطق الأخرى في عام 1990.

ففي دراسة أقيمت على 16 بلداً من إفريقيا و آسيا و أمريكا اللاتينية و منطقة البحر الكاريبي تبين النتائج المتوصل إليها أن هناك روابط قوية بين استخدام تنظيم الأسرة والوضع الاجتماعي و الاقتصادي و مكان الإقامة⁽¹⁾. و الرسم البياني رقم (1) في الملحق 2 يوضح لنا ذلك. من خلال الرسم المذكور أعلاه يتبين أن هناك فرق بين استعمال وسائل منع الحمل لدى الأغنياء و الفقراء في المجتمعات المحلية الحضرية و بين الأشخاص الأشد غنى و الأشخاص الأشد فقرا في المناطق الريفية.

(1) - صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA : حالة سكان العالم 2012، تنظيم الأسرة و حقوق الإنسان و التنمية، شعبة الإعلام و العلاقات الخارجية

فالسكان الأيسر حالا في المناطق الريفية يفيدون بأنهم يستعملون وسائل منع الحمل بمستويات أعلى مما عليه الأمر لدى فقراء المناطق الحضرية ، كما يؤثر المستوى التعليمي على الخصوبة فلقد تبين أن معدلات الخصوبة ترتفع بأربعة أضعاف لدى المراهقات الغير متعلّقات مقارنة بالمراهقات اللواتي لديهن مستوى ثانوي، إذ يعتبر تحسين المستوى التعليمي من العوامل الرئيسية التي ساهمت في خروج المرأة للعمل .

وحسب النتائج التي جاء بها التقرير الوطني لتقييم مستوى تنفيذ الجمهورية التونسية لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان و التنمية ، أن مستوى الأمية لدى الإناث انتقل من 42% سنة 1994 إلى 25.5% سنة 2012 وينعكس تطور المستوى التعليمي وخاصة لدى الإناث على مستوى وعي الأزواج بأهمية الصحة الإنجابية وعلى سلوكهم الإنجابي. فكلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة يقابل ذلك انخفاض في خصوبتها وهذا باختيارها الوسيلة اللازمة لتنظيم نسلها ⁽¹⁾. كما أن استعمال وسائل منع الحمل يفوق استعمالها في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية.

و تسعى العديد من البلدان لا سيما أفقر البلدان في العالم إلى توفير هذه الخدمات في المناطق الريفية ، بالإضافة إلى ذلك يفتقر الناس في المناطق الريفية إلى فرص الاستفادة من فرص التعليم و هو عنصر هام له صلة بتفضيل الأسر ذات الحجم الصغير و باستعمال وسائل تنظيم الأسرة ⁽²⁾.

إن استعمال موانع الحمل للمباعدة بين الولادات يحول دون حدوث 10% من وفيات الرضع كما يعطي للمرأة قوة السيطرة على نفسها و التساوي مع الجنس الآخر و يغير فرص مشاركتها في الأنشطة الاجتماعية و الإنمائية ، فالفائدة الرئيسية من تنظيم الأسرة هي صحة الأمهات و الأطفال و استقرار الأسرة و المجتمع ، فبرامج تنظيم الأسرة تحافظ على حياة الطفل و ترفع من مستوى صحته وأنه يمكن إنقاذ حياة الملايين من الرضع و الأطفال سنويا عن طريق المباعدة بين الولادات لفترات لا تقل عن سنتين بين كل منها ، فالدول التي نهجت نهج برامج تنظيم الأسرة كانت قادرة على ترجمة التقدم في تخفيض الوفيات إلى التقدم في تخفيض الولادات.

(1) - الجمهورية التونسية بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA: التقرير الوطني لتقييم مستوى تنفيذ الجمهورية التونسية لبرنامج عمل المؤتمر الدولي

للسكان و التنمية، الجمهورية التونسية، جوان 2013، ص 30.

(2) - صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA : حالة سكان العالم 2012 ، مرجع سابق ، ص ص 20-21.

يؤدي الحمل المتقارب و المتكرر في الدول النامية إلى إنجاب مواليد قليلي الوزن و أكثر عرضة للإصابة بالأمراض ، الشيء الذي يقلل فرصهم في البقاء على الحياة وحتى إن استمرت حياتهم خلال عامهم الأول فإن احتمال وفاتهم قبل سن الخامسة يكون أمرا لا مفر منه في العديد من الحالات. كذلك إن الولادات المتقاربة تعرض الطفل الأكبر عمرا للمخاطر، وذلك لان الأم الحديثة الولادة إذا ما حملت مرة أخرى وبعد فترة قصيرة فذلك قد يشغلها و تتوقف عن ممارسة الرضاعة الطبيعية لأنه في هذه الحالة تصبح ضارة على صحة الأم ، الشيء الذي يخلف ويعرض الطفل الرضيع إلى مخاطر اكبر من حيث تعرضه للأمراض و ربما الوفاة⁽¹⁾.

و يعتبر سن الأم من العوامل الهامة التي تؤثر على احتمالات المخاطر التي ينتج عنها وفاة الأطفال، لذلك فإن الأطفال الذين يولدون في كثير من الدول لأمهات تقل أعمارهن عن عشرين عاما يكونون أكثر عرضة للوفاة قبل بلوغهم العام الأول من العمر بمقدار مرة و نصف المرة بمقارنتهم بالأطفال الذين يولدون لأمهات تتراوح أعمارهن ما بين 20 إلى 29 عاما⁽²⁾.

فالأطفال الذين يولدون لأمهات صغيرات السن يكون غير مكتملي النضج ويتميزون بوزن قليل مما يعرضهم للوفاة ، وفي معظم الأحوال تفتقر الأمهات صغيرات السن إلى ما يحتاجونه من المصادر و العوامل الاقتصادية و الاجتماعية اللازمة و الضرورية لحماية حملهم و صحة أطفالهن الرضع.

كذلك إن الأطفال الذين يولدون لأمهات تزيد أعمارهن عن سن الأربعين أو و صلت مرات حملهن والولادة عندهن إلى أربع مرات أو أكثر يكونون أكثر عرضة للموت و تقل فرص حياتهم وفي الغالب و في معظم الأحوال يولد الأطفال من الأمهات المتقدمات في السن و لديهم تشوهات خلقية مما يؤدي إلى تقليل فرصتهم في الحياة بعد الولادة.

(1) - بريارا شين: "المحافظة على حياة الرضع و الأطفال في ل دور تنظيم الأسرة في الحفاظ على حياة الطفل" ، تر : محسن يوسف، مركز ابن خلدون للدراسات

الإنمائية بالتعاون مع المكتب المرجعي للسكان، ط3، سبتمبر ، 1997، ص4.

(2) - OMS: "Retarder les naissances": dans Journée mondiale de la santé, maternité sans risques, Genève, 1998, p2.

و بصفة عامة فإن الأمهات المتقدمات في السن و اللاتي يتعرضن لأكثر من حمل و ولادة فإنهن يتعرضن في كل مرة لأخطار التي تؤثر على الأم و الطفل ومن الجوانب المأسوية أن عندما تموت الأم يكون من المرجح بدرجة أكبر أن يموت أطفالها كذلك ، فلقد أكدت دراسة في البنقلاداش أنه عندما تموت امرأة بعد الوضع يكون من المرجح بدرجة أكبر أن يموت أطفالها كذلك ⁽¹⁾. كما أن الأسر كثيرة الولادات المتقاربة يزيد فيها التنافس بين أفرادها للحصول على مصادر الأسرة المحدودة ، وان تتقاسم فيما بينها ما هو متوفر من طعام و ملابس و أماكن المعيشة و السكن ⁽²⁾.

فتنظيم الأسرة يعطي للأطفال الفرصة الكافية للحصول على الغذاء و الحب و الرعاية الأسرية و التعليم الجيد ، و بالمقابل تحتاج البلاد إلى عمل كل شيء لضمان الصحة و التعليم الجيد للأطفال من أجل ضمان التقدم و التنمية للمجتمع. فبالإضافة إلى توفير وسائل تنظيم الأسرة وتراجع نسبة الأمية وهذا بارتفاع المستوى التعليمي خاصة للفتاة هناك عوامل أخرى ساهمت في تراجع خصوبة المرأة و هو عامل تأخر سن الزواج ، لقد ساهم هذا العامل في انخفاض الخصوبة وهذا بتقليصه فترة احتمال الحمل ، خاصة في الدول التي تقع فيها الولادات داخل إطار الزواج.

ففي الجزائر وحسب النتائج المستمدة من الديوان الوطني للإحصاءات ، فإن معدل الخصوبة عرف تغيرا ملحوظا ففي سنة 1990 بلغ 4.5 بالالف ، لينخفض إلى 2.81 بالالف في 2008 ، و 2.87 بالالف في 2011 ، ولقد بلغ 3.03 بالالف في 2014 ⁽³⁾.

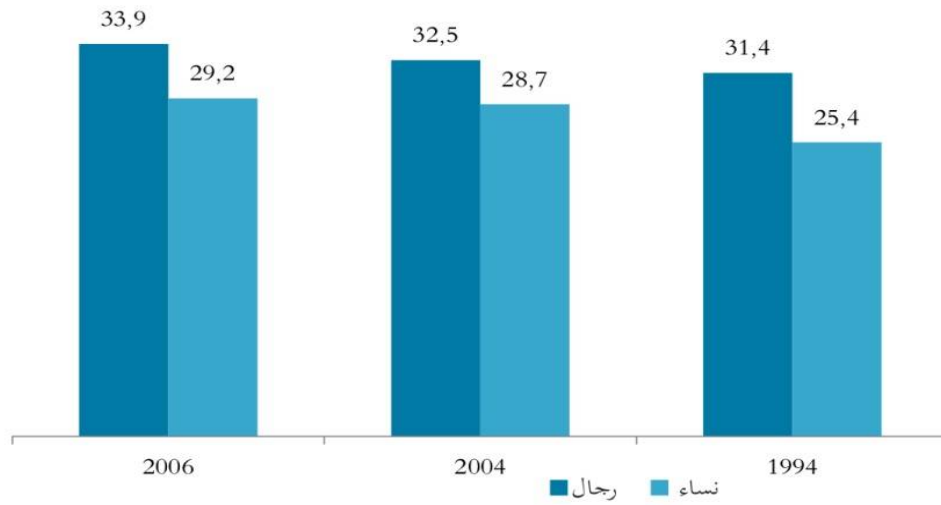
و في التقرير التونسي لسنة 2013 تبين أن سن الزواج تغير عما كان عليه سابقا . و الرسم البياني التالي يوضح ذلك:

(1) - نفيس صادق : " الأمومة المأمونة " ، في / حالة سكان العالم 2000 ، صندوق الأمم المتحدة للسكان ، سبتمبر 2000 ، ص 12.

(2) - بريارا شين: " المحافظة على حياة الرضع و الأطفال ، مرجع سابق ، ص 5.

(3) - الديوان الوطني للإحصاءات : ديموغرافيا الجزائر ، 2014 ، ص 5.

الرسم البياني رقم(3): أعمدة بيانية تبين تطور سن الزواج حسب الجنس



المصدر: الجمهورية التونسية بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA: التقرير الوطني لتقييم مستوى تنفيذ الجمهورية التونسية لبرنامج عمل

المؤتمر الدولي للسكان والتنمية+20، الجمهورية التونسية، جوان 2013، ص 31.

من خلال هذا الرسم يتبين أن متوسط سن الزواج عند الإناث فقد ارتفع من 25.4 عاما سنة 1994 إلى 29.2 عاما سنة 2006، ولدى الذكور من 31.4 عاما سنة 1994 إلى 33.9 عاما سنة 2006.

ويترجم هذا التأخر إلى ثلاثة عوامل رئيسية تتمثل في تحديد السن الدنيا القانونية للزواج للجنسين ب 18 سنة ، وارتفاع فترة التعليم و التغير السلوكي و الذهني للمجتمع ونظريته للزواج⁽¹⁾.

كما يعتبر التحول الديموغرافي عامل من بين العوامل التي ساهمت في تخفيض الخصوبة ، إذ أنه من المنطقي ان يكون لكل الديناميكية التي حصلت على مستوى مختلف المؤشرات الديموغرافية أثرها في الهيكلية العمرية للسكان التي ساهمت بدورها في تغير تلك المؤشرات.

فكل من تأخر سن الزواج و توفر خدمات تنظيم الأسرة ساهما في تخفيض خصوبة المرأة ، ومن الطبيعي أن ينتج من انخفاض الخصوبة تقلص لقاعدة الهرم السكاني⁽²⁾.

(1) - الجمهورية التونسية بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA: مرجع سابق، ص 31.

(2) - نفس المرجع ، ص 32.

4-4- الاهتمام بوقاية الطفل :

لا تشمل الرعاية الصحية تمكين الطفل من أفضل نمو جسمي و عقلي و نفسي فحسب بل تشمل إلى جانب ذلك وقايته من الأخطار التي تهدد صحته و خاصة الخطر الجرثومي ، هذا الخطر الذي قد يصيبه وهو في رحم أمه من خلال إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو الزهري أو التكتسبلازموز ، وقد يصاب من ناحية أخرى أثناء المخاض و الولادة عند خروجه من الرحم و تلوثه بالجراثيم الموجودة في المسالك التناسلية ، و قد يصاب من ناحية ثالثة بعد الولادة بسبب انتقال العدوى إليه من المحيط بفيروسات أو جراثيم عديدة.

و تكون المناعة من الأمراض إما طبيعية توجد في الطفل منذ الولادة إلا أنها سرعان ما تتلاشى بعد الشهر الرابع و الخامس من العمر أو مكتسبة و تكون بإحدى الوسائل التالية:

الإصابة بالمرض المعدي أو المقاومة التدريجية التي تنشأ نتيجة الاتصال المباشر و المستمر بالجراثيم و إفرازاتها إذا كان عدد الجراثيم غير كافي لإحداث المرض ، كما قد تكون بالتطعيم أو التحصين (1).

ويتم التحصين باستعمال اللقاح و هو إعطاء الجرثومة أو فيروس المرض المنوي التلقيح ضده وذلك بشكل حي و مخفف كيميائياً أو بشكل فيروسات و جراثيم ميتة ومن خلال معالجتها بالأدوية الكيميائية أو خلاصة من هذه المكروبات و النتيجة هي التوصل لدفع الجسم لتوليد أو خلق أجسام مضادة لهذه الأمراض تكسب الجسم مناعة معينة ومختلفة بين مرض و آخر، لذلك فإن اللقاح لا يسبب مرضاً بل أجساماً مضادة للمرض و هذا التفاعل قد يسبب بعض العوارض الحساسة كالحرارة و الانزعاج..... الخ (2).

وفيما يخص شروط اللقاح فهي أن يكون الطفل في حالة صحية جيدة و في حالة المرض فالطبيب هو الذي يقرر إعطاء اللقاح أم تأجيله لوقت لاحق. فالتطعيم يشمل عدداً من الأمراض المعدية أهمها و أكثرها انتشاراً في الوقت الحاضر هي: ضد السل (الدرن) ، ضد الخناق أو الكزاز ، ضد السعال الديكي و ضد شلل الأطفال و ضد الحصبة و ضد الجدري و ضد الكوليرا.... الخ. لذلك ما من عذر يمكن أن يلتبس لشخص يجازف بترك نفسه يصاب بمرض معد ، إلا إذا كان من الأمراض التي لم تعرف الوقاية منها بعد (3) . وللتزام بالتلقيح وفي فترات منظمة وضعت وزارات الصحة ما يسمى بالدفتر الصحي و هو عبارة عن وثيقة تجمع كل الإجراءات المتعلقة بصحة الطفل من الحمل إلى البلوغ بما في ذلك برنامج التلقيح المقرر على الطفل و هو في متناول الجميع.

(1) - عبد المجيد رزق الله : مرجع سابق، ص 73.

(2) - علي الحسن: أطفالنا نموهم - تغذيتهم - مشكلاتهم، بيروت، لبنان، ط 2 ، 1982، ص 112.

(3) - روزيل جالجر : صحة ابنائك ، تر: سعيد عبده، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط 21، 1960، ص 67.

تساعد الرزنامة الوطنية للتحصين على التعرف إلى أنواع اللقاحات الأساسية و مواعيد الجرعات المطلوبة لكل طفل لضمان وقايته من الأمراض ويعطى اللقاح مجاناً وهو متوفر في المستوصفات و المراكز الصحية ومن المهم أيضاً التعرف على الآثار الجانبية المتوقعة من اللقاح الذي سيعطى للطفل لمعرفة كيفية التصرف حينها و تفادي الارتباك و الانزعاج ، واهم هذه الآثار تظهر في ارتفاع درجة الحرارة و فقدان الشهية و تورم خفيف مكان اللقاح ، و أحياناً نلاحظ ظهور طفح جلدي ، أو نعاس و رشح و سعال ، كما قد يصاحب اللقاح إسهال و غثيان بعد لقاح الحصبة و الحصبة الألمانية ، وتضخم في الغدد اللمفاوية في العنق ⁽¹⁾ لكن سرعان ما يستعيد الطفل صحته وعافيته دون أي خطر يذكر. والرزنامة الوطنية للتلقيح موضحة في الجدول التالي:

الجدول (2): الرزنامة الجزائرية للتلقيحات

السن Age	التلقيح vaccins	ضد contre
عند الولادة A la naissance	BCG, Polio oral, HB V (1)	Tuberculose, Poliomyélite, Hépatite virale B(1) السل, الشلل, التهاب الكبد الفيروسي ب (1)
الشهر الأول	H.BV(2)	Hépatite Virale B(2) إلتهاب الكبد الفيروسي ب(2)
الشهر الثالث	D.Tcoq Polio oral	Diphtherie - Tetanos - Coqueluche - Poliomyelite دفتيريا - كزاز - السعال الديكي - الشلل
الشهر الرابع	D.Tcoq Polio oral	Diphthérie - Tétanos - Coqueluche - Poliomyelite دفتيريا - كزاز - السعال الديكي - الشلل
الشهر الخامس	D.Tcoq Polio oral HBV(2)	Diphthérie - Tétanos - Coqueluche - Poliomyelite دفتيريا - كزاز - السعال الديكي - الشلل Hépatite virale B(2) التهاب الكبد الفيروسي ب(2)
الشهر التاسع	Anti Rougeoleux	Rougeole الحصبة
الشهر الثامن عشر	D.Tcoq Polio oral	Diphthérie - Tétanos - Coqueluche - Poliomyelite دفتيريا - كزاز - السعال الديكي - الشلل
سنة سنوات	D.Tenfant, Polio oral Anti Rougeoleux	Diphthérie - Tétanos دفتيريا - الكزاز Polio - Rougeole الحصبة - الشلل
11 - 13 سنة	D.T adulte Polio oral	Diphthérie - Tétanos Poliomyélite الكرزاز - دفتيريا للبالغين - الشلل
16 - 18 سنة	D.T adulte Polio oral	Diphthérie - Tétanos - Poliomyélite الكرزاز - دفتيريا للبالغين - الشلل

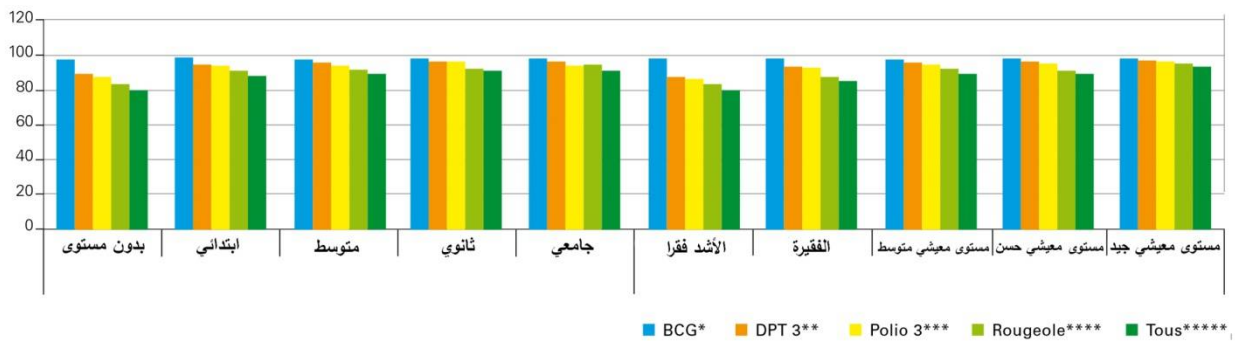
المصدر: وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و المعهد الوطني للصحة العمومية: الرزنامة الجزائرية للتلقيحات " الدفتر الصحي"، الجزائر، 1997.

(1) - اليونيسيف : حقائق للحياة، مكتب اليونيسيف في لبنان ، ص76.

و حضور دفتر التلقيح ضروري لتسجيل الطفل في المدرسة لاحقا ، فحسب النتائج التي توصل إليها المسح الوطني لأهداف نهاية العشرية لسنة 2000 أن الدفتر متوفر عند 91.6% من الأطفال ذوي الخمس سنوات و قد سجل 89.8% في المناطق الحضرية و 44.2% في المناطق الريفية أما الذين لا يملكون دفتر التلقيح فنسبتهم تقدر بـ 8%⁽¹⁾.

أما بالنسبة للمسح متعدد المؤشرات 2006 فلقد بينت النتائج المتوصل إليها أن الدفتر الصحي وجد عند 92.4% من الأطفال في الفئة العمرية 12-23 شهر، بلغت النسبة 91.9% في الحضر مقابل 93.1% في الريف ، كما بلغت النسبة 94.1% في المناطق الشرقية للبلاد و 92.2% في الوسط و 92.2% في الغرب و 89.5% في الجنوب⁽²⁾. كما تبين أن حرص و إقبال الأم على تحصين أطفالها يتأثر بمؤشر المستوى التعليمي و مستوى الرفاه الاجتماعي .والرسم البياني التالي يوضح ذلك:

الرسم رقم (4): النسبة المئوية للأطفال من 12-23 شهر الملقحين ضد أمراض الأطفال حسب المستوى التعليمي للام و مستوى الرفاه الاجتماعي.



source: Ministère de la sante de la population et de la reforme hospitalière , Office national des statistiques: •

Enquête nationale a indicateurs multiples, rapport principal, 2008, p 84.

من خلال هذا الرسم يتبين أنه كلما كانت الأم متعلمة كلما زاد حرصها على تحصين أطفالها و احترام الوقت المناسب في ذلك ، وأخذ كل الجرعات كما هو منصوص في الرزنامة الوطنية للتلقيح

(1)- MSP et INSP : Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie , 2000, p 104.

(2)- MSP et ONS : Enquête nationale a indicateurs multiples, MICS 3, opcit, p82.

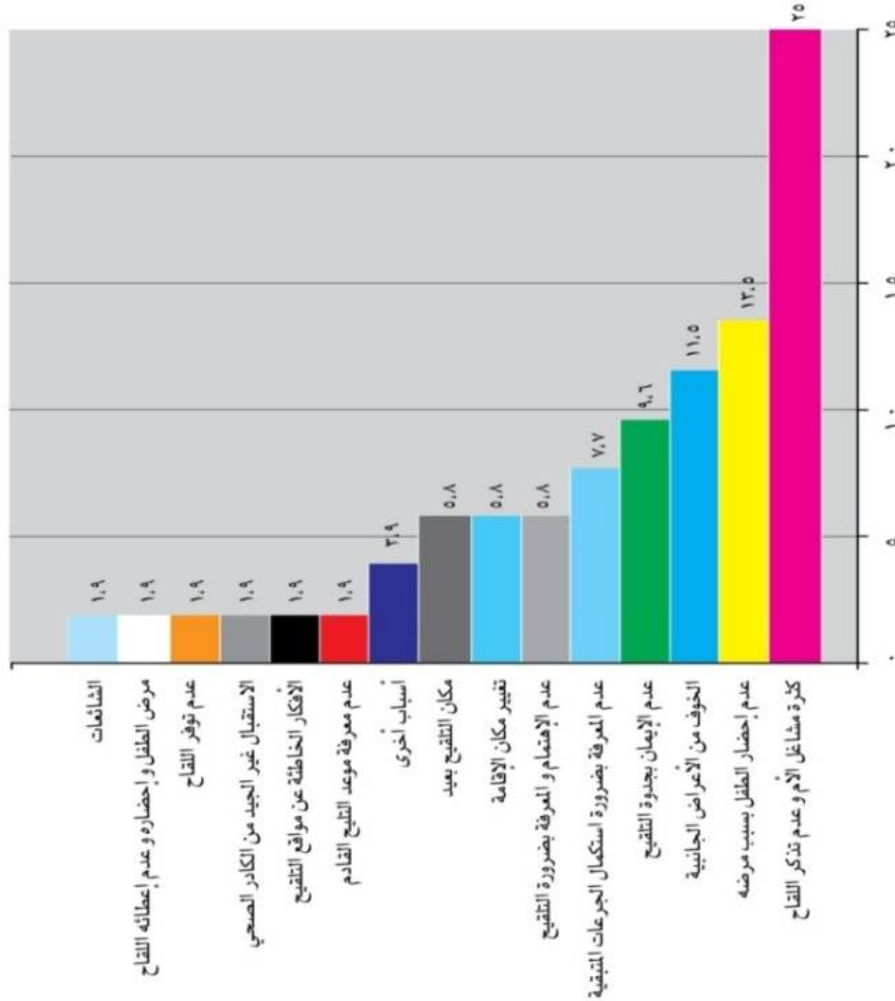
فالشيء الملاحظ من هذا الرسم أن هناك فقط نسبة 89.9% من الأطفال المنحدرين من أمهات غير متعلّقات من تلقوا الثلاث جرعات من لقاح DTC ، في حين بلغت النسبة 97.4% من الأطفال الملقحين بنفس اللقاح و المنحدرين من أمهات ذوات المستوى الثانوي و الجامعي. الشيء الملاحظ أيضا من هذا الرسم أن نسبة التلقيح ترتفع كلما كان الأطفال ينحدرون من أسر يتمتعن بمستوى اقتصادي لا بأس به ، فنسبة التلقيح انتقلت من 88.7% عند الأسر الفقيرة لتصل إلى 98.2% عند الأسر الميسورة الحال.

كما تتأثر نسب استكمال جرعات التلقيح من منطقة لأخرى بعدد من العوامل وقد تصنف بعض المناطق بأنها منخفضة التغطية مقارنة بأخرى . ولمحاولة معرفة أسباب عدم أخذ الجرعات أو عدم استكمالها اعتمدنا على إحدى الدراسات التي أجريت على عينة من الأسر في سورية تقدر بـ 4593 تقطن بمناطق منخفضة التغطية ودعمت هذه الدراسة من طرف اليونيسيف حيث شارك فيها عدد من الشخصيات في وزارة الصحة .

من خلال ملاحظة نتائج الدراسة تبين أن 12% من الأطفال لم يستكملوا اللقاحات المقررة بالنسبة لعمرهم⁽¹⁾، أما عن الأسباب المتسببة في ذلك فهي موضحة في الشكل البياني التالي:

(1) - وزارة الصحة و المكتب المركزي للإحصاء وبالتعاون مع اليونيسيف : دراسة عوامل انخفاض نسبة التغطية بلقاحات الأطفال في سورية، 2008، ص31

الرسم رقم (5): الأسباب المؤدية إلى عدم تلقيح الأطفال أو عدم استكمالهم لقاحاتهم في المناطق المنخفضة التغطية في سورية 2006.



المصدر: وزارة الصحة و المكتب المركزي للإحصاء وبالتعاون مع اليونيسيف : دراسة عوامل انخفاض نسبة التغطية بلقاحات الأطفال في سورية، 2008، ص31.

من خلال الرسم يتبين لنا تساوي نسبة الحالات التي كان السبب فيها عدم الاهتمام و المعرفة بضرورة التلقيح أو تغيير مكان الإقامة أو مكان التلقيح بعيد حيث كل سبب يشكل 5.8% من الحالات، كذلك تساوي نسبة الحالات التي كان السبب فيها عدم معرفة موعد التلقيح القادم أو الأفكار الخاطئة عن موانع التلقيح أو الاستقبال غير جيد من الكادر الصحي أو عدم توافر اللقاح و الشائعات و أخيراً مرض الطفل و إحضاره وعدم إعطائه اللقاح حيث شكل كل سبب نسبة 1.9% من الحالات.

فبالرغم من وجود تفاوتات في نسب التغطية التحصينية، إلا أنه يمكن القول أن التغيير و التقدم التكنولوجي كان له أثر فعال في هذا المجال ، وهذا من خلال زيادة الوعي الصحي و الثقافة الصحية للمواطنين بأهمية التلقيح و الحرص على إتمام كافة الجرعات وفي الوقت المحدد لذلك. فلقد تكفلت الدول بالعديد من الحملات التوعوية و البرامج كان الهدف منها القضاء على أمراض كانت فيما مضى تفتك بحياة الملايين من البشر على اختلاف أعمارهم.

و إذا كان التحصين من المرض يمنح الطفل مناعة فإن الاهتمام بالنظافة يزيد من فاعليتها و يقويها. فالنظافة من الشروط الأساسية لنمو الطفل، فهي تحميه من الأمراض و الأوبئة كما أنها تنشط أعضاء الجسم الرئيسية كالقلب و الأعصاب، وتشمل النظافة نظافة الجسم و الأكل و الثياب و البيت و المحيط الذي نعيش فيه و نظافة المياه المستعملة و كذلك توفر شبكات الصرف الصحي.

و تتجسد النظافة مثلا بغسل الأيدي بالماء و الصابون قبل البدء في تحضير الطعام للطفل و تغذية الحليب جيدا و عدم تقديمه للطفل طازجا كما يجب المحافظة أيضا عل نظافة قارورات الرضاعة بتعقيمها قبل كل رضاعة، وكذلك تجنب إعطاء المصاصة التي هي محل الأوساخ ، وغسل الخضر و الفواكه جيدا و هذا بتركها مدة لا تقل عن 10 دقائق في الماء .

تتجسد النظافة في تشريك الطفل في المحافظة على البيت و المحيط الذي نعيش فيه و تنظيف الجسم و المثابرة على ذلك. فبوجود النظافة ينعم الأطفال بالصحة و في غيابها يكون الهلاك ، فالنظافة تقتضي إمكانيات قد لا نجدها في البيئات الفقيرة و إن وجدناها فهي قليلة ⁽¹⁾.

(1) - رزويل جالجر : مرجع سابق، ص8.

المبحث الثاني: التربية الصحية للأسرة وعلاقتها بصحة الطفل

1- مفهوم التربية الصحية:

الطفل رأس مال الأمة الأكبر و رصيدها الأوفر ، وعليه يتوقف بناء المجتمع و من اجله تبذل الجهود لحمايته من الشوائب التي قد تصيبه و تعيق نموه و تطوره و تجعله عالة على المجتمع عوضا أن يكون عنصر خير و فلاح واستمرارية و نجاح ، وهو في آن واحد جسد و روح إذا اعتل الأول اعتلت الثانية وإذا سلم سلمت. و ما يميز الطفل انه كائن نام ومنتطور ولذا يجب رعايته منذ تكوينه و هو جنين وعند الولادة و أثناء مختلف مراحل النمو.

و الرعاية الصحية لا تكون هكذا فقط ، بل يجب ان تكون للأسرة و بالأخص الأم تربية صحية مبنية على العلم و المعرفة فالتربية الصحية هي تلك العمليات التي تزود أفراد المجتمع بالمعلومات و الاتجاهات و الخبرات و الممارسات الصحية السوية وقد تكون عملية تغيير للأفكار و السلوكات الخاصة بالصحة و بالتالي عملية تعليم الأفراد حماية أنفسهم من المشاكل الصحية و الأمراض.

و نستطيع أن نعرف التربية الصحية بأنها مجموعة العمليات التربوية التي تستهدف تحويل الحقائق و المعلومات الصحية إلى أنماط سلوكية يقوم بها الأفراد و الجماعات و المجتمعات ⁽¹⁾.

فانتشار الأمراض وانخفاض المستوى الصحي في أي بلد لا يرجع إلى نقص الخدمات الصحية بقدر ما يرجع إلى عدم معرفة الفرد كيف يحافظ على صحته و يتحمل المسؤولية في وقاية صحة الآخرين وهو يرجع اساسا للواقع التربوي عندما لا يعرف الفرد كيف يسلك السلوك الصحي السليم الذي يجنبه الوقوع فريسة للمرض .

فالتربية الصحية عملية تربوية يتحقق عن طريقها رفع الوعي الصحي وهذا من خلال التزود بالمعلومات و الخبرات التي تؤثر على معرفة الفرد و سلوكه من حيث الحفاظ على صحته و صحة المجتمع الذي يعيش ⁽²⁾. و هي جزء من التربية العامة، لا تقتصر رسالتها على أن يعيش الفرد في بيئة تلائم الحياة الحديثة، بل تتعدى ذلك إلى إكساب الأفراد تفهما و تقديرا أفضل للخدمات الصحية المتاحة في المجتمع و الاستفادة منها على أكمل وجه.

(1)- تالا قطيشات و اخرون: ميادئ في الصحة و السلامة العامة، دار المسيرة للطباعة و النشر، عمان ، الاردن، ط2002، 1، ص79.

(2)-William j.h,Abennathy.r:Health éducation in school,new-york,the Roland press company:1959,p7.

كما تعمل على تزويد أفراد المجتمع المعلومات و الإرشادات الصحية المتعلقة بصحتهم بغرض التأثير الفعال على اتجاهاتهم و العمل على تعديل و تطوير سلوكهم الصحي لمساعدتهم على تحقيق السلامة و الكفاية البدنية و النفسية و الاجتماعية و العقلية.

و من الأهداف الأساسية للتربية الصحية هو تغيير اتجاهات و سلوك و عادات الأفراد لتحسين مستوى صحة الفرد و الأسرة والمجتمع بشكل عام و خاصة ما يتعلق بصحة الأم الحامل و المرضعة و صحة الطفل و صحة المنزل و التغذية السليمة وطرق التصرف في حالة الإصابات البسيطة ، وفي حالة المرض وجميع الأمراض التي يشارك فيها كل أب و أم بطريقة ايجابية من اجل رفع المستوى الصحي في المجتمع. كما تهدف التربية الصحية إلى نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع و الذي بدوره سوف يساعد على تفهمهم للمسؤوليات الملقاة عليهم نحو الاهتمام بصحتهم و صحة غيرهم من المواطنين (1).

و المقصود بالوعي الصحي هو إلمام المواطنين بالمعلومات و الحقائق الصحية ولحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم و صحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصد نتيجة الفهم و الإقناع. فمن خلال هذا يتضح أن الهدف الأساسي للوعي الصحي هو تحويل الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير، لا أن تبقى المعلومات الصحية مجرد ثقافة صحية فقط.

فانتشار الوعي الصحي في الأسرة مثلاً يتضح من خلال إلمامها بالمشكلات الصحية و الأمراض المعدية التي تنتشر في المجتمع و معدلات الإصابة بها و أسباب و طرق انتقالها و أعراضها و طرق الوقاية منها ووسائل مكافحتها، ومن كيفية الانتفاع من الخدمات الصحية المتوفرة (2).

أما الثقافة الصحية فهي تعني تقديم المعلومات و البيانات و الحقائق الصحية التي ترتبط بالصحة و المرض لكافة المواطنين. و الهدف الأساسي منها هو الإرشاد و التوجيه بمعنى الوصول إلى وضع يصبح فيه كل فرد على استعداد نفسي وعاطفي للتجاوب مع الإرشادات الصحية ، حتى تصبح عنده مجرد عادات تمارس بلا تفكير و غرس هذه العادات في الفرد يعتبر من مسؤوليات الأسرة وأدوارها الأساسية من اجل تحسين الصحة و رعايتها. و تعتبر وزارة الصحة الجهاز المركزي الرئيسي المسؤول عن التثقيف الصحي و تتعاون معها جميع الجهات الحكومية و الأهلية الأخرى ، سواء كان ذلك من الجانب الوقائي او العلاجي.

(1) - بهاء الدين إبراهيم سلامة: الصحة و التربية الصحية ، دار الفكر العربي، القاهرة 2007، صص 42-43.

(2) - نفس المرجع ، ص 23.

فالتثقيف الصحي مهم جدا في الحياة، فهو يحث أفراد المجتمع كيفية حماية أنفسهم من الأوبئة و الأمراض المعدية، كما يفيد في تقديم كافة المعلومات للتعرف على الأمراض المنتشرة في البيئة، وحث الأفراد الامتناع و الابتعاد عن أي عمل يضر بصحة الفرد و صحة الآخرين⁽¹⁾.

2- أهمية التربة الصحية في الحفاظ على صحة الطفل:

الاهتمام بالطفل من خلال رعايته و تنشئته و تحقيق أمنه أمر حيوي تتحدد على ضوءه معالم المستقبل ، كما يعتبر من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع و تطوره، و يتفق العلماء أن الأم هي أول وسيط للتنمية الاجتماعية فهي أول ممثل للمجتمع يقابل الطفل كما أنها نقطة انطلاقه و حجر الزاوية في تطوره و نموه فهي التي تلبي حاجياته الجسدية و الاجتماعية.

فدور الأم أمر في غاية الأهمية ، وكل من التنشئة الاجتماعية و التربية الصحية الصحيحة للام هي التي سوف تحدد ميكانزمات هذا الدور، بمعنى أن الرصيد المعرفي للمرأة او الموروث الثقافي الذي كسبته من خلال تنشئتها هو الذي يحدد دورها في كيفية الاهتمام و العناية بصحة أبنائها.

فالوالدين إذا لم يتلقا تنشئة سليمة منذ صغرهما فإن معارفهما تكون رهينة الوسط الذي عاشا فيه تتميز بالبساطة و السذاجة يؤمنان بالبدع و المعتقدات التي ورثاها و تربيا عليها و بالتالي فإن تفاعل هذه الأسرة مع مرض طفلها يكون له بعد عقائدي في أغلب الحالات ، فتلجأ إلى كل السبل التي تعلمتها أو ورثتها لعلاج أطفالها كالاستعانة بالطرق التقليدية وهنا نلتمس حالتين سواء اللجوء إلى العرافين أو الراقين أو استعمال طريقة التداوي بالأعشاب ، ضانة أن ذلك قد يخفف من ألم طفلها ، ففي الحقيقة أن كل ذلك يوقعها في الخطأ ، فقد تتأزم حالة الطفل في الكثير من الأحيان و لا يعرف لها سبيل ، فتصعب معالجتها من طرف الطبيب ، وهذا كله نتيجة الإهمال الغير العمدي الذي سببه جهل الأسرة و بالدرجة الأولى الأم . فالجهل يقود إلى جهل أعظم و المعرفة تقود إلى معرفة أعظم⁽²⁾.

و لقد جاءت الدراسة التي قامت بها الدكتورة نجوى عبد الحميد سعد عن أنماط رعاية الطفولة في الأسر الريفية في مصر مدعمة لهذا الكلام ، حيث خلصت الدراسة إلى أن هناك اتجاهات مختلفة في التعامل مع مرض الطفل ، فهناك اتجاه يستعان فيه بالطرق التقليدية و الشعبية الخالصة في العلاج و اتجاه يستعان فيه بالطب الرسمي الحديث ، أما الاتجاه الآخر فهو خليط بين الطب التقليدي الشعبي و الطب الرسمي الحديث⁽³⁾.

(1) - نفس المرجع ، صص 22-23.

(2) - محمد لبيب النجيجي: دور التربية في التنمية الاجتماعية و الاقتصادية للدول النامية ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، بيروت، 1981، ص 130.

(3) - علياء شكري و آخرون : الطفل و التنشئة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1994، ص322.

كما أوضحت الدراسة أن نمط إقامة الأسرة يتدخل إلى درجة كبيرة في تحديد استمرار التمسك بالطرق التقليدية في العلاج ، و ان هناك علاقة بين جنس الطفل المريض و العلاج بالطرق التقليدية . و لما كان المجتمع يعطي من قيمة الذكر فمن الطبيعي أن ينعكس ذلك على التفرقة بين الذكر و الأنثى في الرعاية الصحية أثناء مرض كل منهما.

كما تبين في هذه الدراسة أن للطببة الايكولوجية دورا في تفضيل وتدعيم اتجاه الطب الشعبي و ان هناك علاقة بين المستوى الطبقي للأسرة و نوع العلاج الذي تستخدمه (شعبي - أو رسمي)، حيث لوحظ إقبال الطبقتين العليا و الوسطى على الطب الرسمي ، واقتصرت الطبقة الدنيا على الطب الشعبي (1).

إن الوقوع في ظل هذه الأخطاء راجع لافتقار هذه الأسر إلى تربية صحية صحيحة ، تدرك من خلالها الأسرة كيفية التعامل مع مرض أطفالها ، و الأمور التي تساعد في الحفاظ على صحتهم و نموهم. فالأم التي تنشأ من أسرة لها من الرصيد الثقافي ما يجعلها يقظة من أمور الحياة السوية فهذه الأخيرة نجدها تبحث دائما عن اكتشاف الجديد في كل مسائل الحياة خاصة المسائل الصحية بما في ذلك صحة الطفل ، كما أنها تهتم بالبرامج الإعلامية التي تناقش المسائل الصحية للأطفال أو أن تتثقف من خلال قراءة الكتب و المجلات و الجرائد و الاستعانة بوسيلة الانترنت التي تعالج الأمر كذلك

فالمراة هي الحلقة الأولى في عملية التنشئة الاجتماعية فمن خلالها ومن خلال ما تأخذ به من معايير و قيم أخلاقية واجتماعية تتم عملية التنشئة فتصبح هي الوسيط بين الطفل و تراثه و بينه وبين بيئته الثقافية و الاجتماعية مما يعظم دورها لا كحاضنة للأجيال فقط ، بل كصانعة للمستقبل مما يتطلب تعليمها و تدريبها و تطوير قدراتها و دعم مكانتها في الأسرة و المجتمع (2).

فالأطفال لا يستعطون دون رعاية الأسرة ضمان بقائهم و نموهم و الرعاية هنا لن تكون إلا بالوقاية و هذا بتجنب أو منع أو التقليل من فرص الوقوع في المشكلات الجسمية أو النفسية التي قد يواجهها الطفل ، فالمدخل الوقائي أفضل من المدخل العلاجي من منطلق أنه يوفر الوقت و الجهد و التكاليف و يخفف العبء العلاجي بصفة عامة ، لكن جهل الأسرة لمطالب النمو و إشباع حاجات الطفولة و عدم معرفتهم الأساليب السليمة في تربية الأطفالوقعهم من غير قصد في كثير من الأخطاء التي تؤثر على صحة أطفالهم تتسبب في إصابتهم بالأمراض ومعاناتهم لكثير من مشاكل السلوك التي تلازمهم طول حياتهم.

(1) - نفس المرجع ، ص 323.

(2) - منظمة الأمم المتحدة : الإجماع العربي الإقليمي التحضيري للمؤتمر العالمي الرابع للمرأة بيجين 1995، التقرير الختامي للجزء رفيع المستوى 9-10 نوفمبر،

اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا ، نيويورك ، 1995، ص41.

إن انتشار المعلومات حول الصحة أو المرض بين الناس ساعد الكثير منهم معالجة مشاكلهم الصحية ، فالصحة الجيدة و طول العمر و الرقي مرتبط بمدى تعلم السكان أي بارتفاع المستوى الثقافي عندهم كما يرتبط المرض بالتربية الخاطئة فإجراءات الصحة لن تراعى في بيئة يسودها الجهل و تنتشر فيها الخرافات و لو بلغت قمة التقدم.

فمثلا نحن نعلم أن الإسهال يضر بالطفل و يؤدي به إلى الجفاف إن لم يلقى العلاج الفوري و نعلم كذلك أن العلاج لهذا المرض متوفر حاليا و غير مكلف للغاية وهو استعمال أملاح إعادة التمثيل، لكن جهل الأسرة لهذا الدواء سوف يكلفها الكثير و يؤدي بالطفل إلى الهلاك و نفس الشيء بالنسبة إلى التحصين ، فكل خطأ أو تأخر عن الميعاد المحدد لكل تلقيح سوف يكلف الأسرة وبالتالي المجتمع مشاكل عدة كظهور حالات الشلل وارتفاع في وفيات الأطفال.....الخ.

فأمراض الأطفال تصبح أقل إيذاء إذا ما عرفت الأسرة بواكرها و أدركتها بالعلاج السريع ، كذلك إن النظرة الإيجابية للصحة لا تكون بمجرد جمع المعلومات و الاسترشاد بنصائح العارفين فالمهم جدا بعد معرفة الحقائق العمل بهاها، فالعلم القيم إذا طبق في وقته ينفذ الأسرة من الكثير من المتاعب (1).

إن التربية الصحية تساعد الفرد على تكوين اتجاهات سليمة في الصحة ، وتكسبه مهارات عن كيفية التعامل مع الحالات المرضية مثل تعلم الإسعافات الأولية كما تساعد على تحرير الفرد من الخرافات الشائعة في المجتمع و تساهم في إكسابه طريقة سليمة في التفكير تقوم على أسس علمية (2).

فمن خلال ما سبق يتضح الدور الفعال الذي تلعبه الأسرة في التربية الصحية للطفل ، لذلك أصبح لزوم إعداد الآباء و الأمهات لتحمل هذه المسؤولية الكبيرة ، فعملية التثقيف الصحي تبدأ عموما في المرحلة الثانوية من التعليم ، إذ يتم إمداد الطلاب في هذه المرحلة بالمعلومات التي تمكنهم من تحمل تلك المسؤولية وإيجاد الجو المناسب لتربية أطفالهم في المستقبل تربية صحية من جميع الوجوه البدنية و النفسية و الاجتماعية.

و منه فالرعاية و العناية الجيدة لصحة الطفل لا تكون إلا في ظل التربية الصحية السليمة ، وهذه الأخيرة تستدعي من الأسرة و بالأخص الأم الإلمام بمعرفة كل حاجيات النمو .

(1) - روزويل جالجر: صحة أبنائك ، تر: سعيد عبده، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة ، ط2، 1960، ص12.

(2) -Carter,L,Marshall,Md: Toward an educated health consumer, mass communication and quality in medical care ,1998,p17.

3- الوسائل التي تعزز ترسيخ التربية الصحية في الأسرة :

3-1- التعليم:

يعتبر التعليم من أهم الوسائل التي تنمي الوعي و الأفكار ، فهو يزود الأفراد بالثقة في النفس و يتيح لهم فرص عمل أفضل ، وفوائده عظيمة في الحفاظ على الصحة و تخفيض معدل الوفيات .

تفيد الوقائع و الدراسات بوضوح أن تعليم الفتاة فوائده عظيمة على المجتمع فهو عامل مهم في تأخير سن الزواج و انخفاض معدلات الخصوبة و خفض وفيات الرضع و وفيات الأمهات و وجود أطفال و اسر تنعم بتغذية صحية أفضل وكذا توفير فرص أفضل للنساء لحماية أنفسهن و أطفالهن من الأمراض بمختلف أنواعها الشيء الذي يعزز حظوظ الطفل في البقاء على قيد الحياة.

لقد بينت المسوح الديموغرافية و الصحية أن تعليم الأم يفوق في الأهمية دخل الأسرة أو ثروتها في حماية حياة الطفل و لذلك تأثير كبير على السياسات و عليه يمكن القول أن التعليم أداة مهمة في عملية التنمية⁽¹⁾ . و الجدول التالي يظهر ذلك :

الجدول رقم (3): معدل وفيات دون الخامسة و معدل الخصوبة الإجمالي في مجموعة من البلدان حسب مستوى تعليم الأمهات منذ عام 2005

البلد	سنة المسح	غير متعلمين	تعليم ابتدائي	تعليم ثانوي أو جامعي	التعليم الإجمالي	غير متعلمين	تعليم ابتدائي	تعليم ثانوي أو جامعي	التعليم الإجمالي	معدل الخصوبة الإجمالي (عدد الولادات لكل امرأة)
إثيوبيا	2005	139	111	54	132	6.1	5.1	2.0	5.4	
إندونيسيا	2007	94	60	38	51	2.4	2.8	2.6	2.6	
أو غندا	2006	164	145	91	144	7.7	7.2	4.4	6.7	
بنغلاديش	2007	93	73	52	74	3.0	2.9	2.5	2.7	
رواندا	2007/2008	174	127	43	135	6.1	5.7	3.8	5.5	
زامبيا	2007	144	146	105	137	8.2	7.1	3.9	6.2	
غانا	2008	103	88	67	85	6.0	4.9	3.0	4.0	
ليبيريا	2009	164	162	131	158	7.1	6.2	3.9	5.9	
مالي	2006	223	176	102	215	7.0	6.3	3.8	6.6	
مصر	2008	44	38	26	33	3.4	3.2	3.0	3.0	
النيجر	2006	222	209	92	218	7.2	7.0	4.8	7.0	
نيجيريا	2008	210	159	107	171	7.3	6.5	4.2	5.7	
الهند	2005/2006	106	78	49	85	3.6	2.6	2.1	2.7	

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2013، نهضة الجنوب تقدم بشري في عالم متنوع، 2013 ، الإسكوا، ص93.

(1) - مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق الأوسط : مبادرة تعليم البنات في مصر ، سلسلة التعليم رقم (11)، 2005، ص 12.

يلاحظ من خلال الجدول ارتفاع في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة عموماً في البلدان الإفريقية لا سيما مالي و النيجر و ينخفض هذا المعدل كلما تحسن مستوى التحصيل العلمي للام. فمعدل وفيات الأطفال ينخفض مع وصول الأم إلى مستوى التعليم الابتدائي في بعض البلدان مثل نيجيريا، بينما يلاحظ الفارق الكبير في بلدان أخرى مثل اغندا و ليبيريا نتيجة للتعليم الثانوي.

كما تقل معدلات الخصوبة كلما ارتفع المستوى التعليمي للام، ففي إثيوبيا مثلاً انتقل المعدل من 6.1 بالآلاف عند غير المتعلّقات إلى 2.0 بالآلاف عند ذوات المستوى الثانوي أو الجامعي و يمكن تفسير هذا التراجع في معدلات الخصوبة إلى الارتفاع في أمل الحياة نتيجة انخفاض معدلات الوفاة فالتطور التكنولوجي وتعليم المرأة بالدرجة الأولى مكنها من تسيير أمور حياتها بالشكل الصحيح والسليم أيضاً.

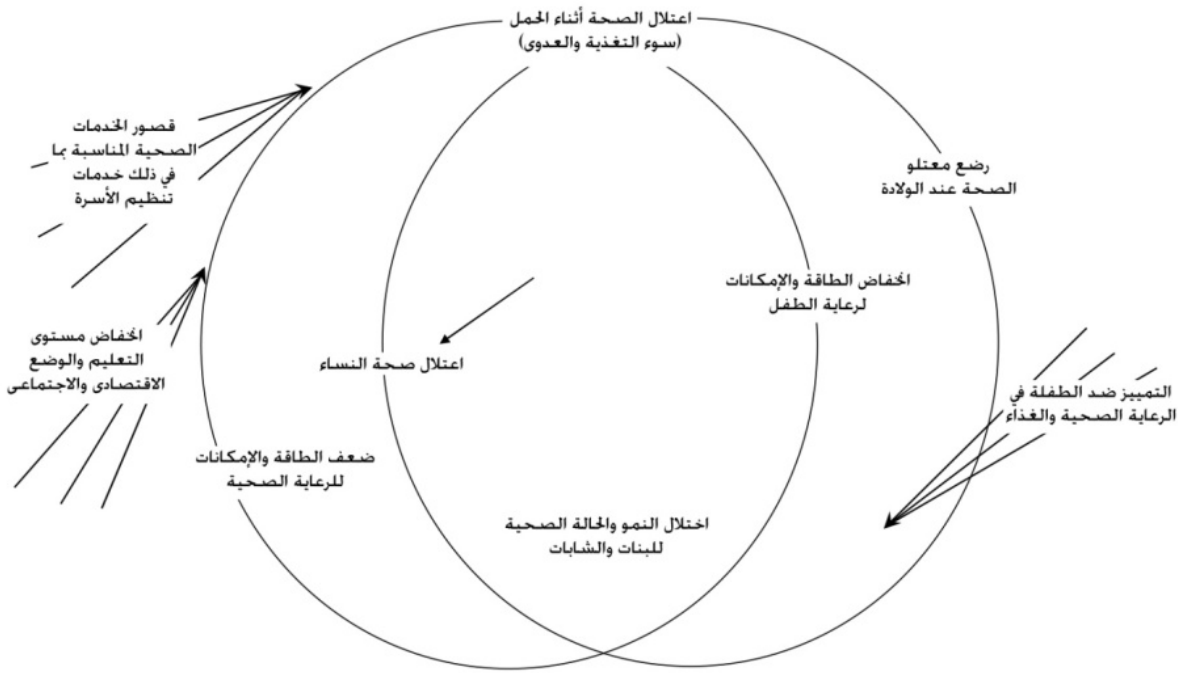
و تفيد الدراسات أن نسبة ليست قليلة من الفتيات في سن المراهقة يعانين من مشكلات في النمو الجسدي ، فحسب دراسة النشء و التطور الاجتماعي في مصر سنة 1999، تبين أن نسبة التقزم تبلغ 21.2% عند الفتيات في عمر 10-11 سنة ، وتصل إلى 8% عند الفتيات في عمر 16 سنة وبالمقارنة مع عينة من الفتيات تتمتع بتغذية جيدة تبين أن نسبة التقزم اقل في جميع الفئات العمرية.

فالفتاة التي تعاني في فترة النضوج من سوء التغذية و فقر الدم بسبب سوء الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية و قصور المعرفة و الأمية و التمييز ضدها ، هي أكثر عرضة في ذات الوقت للإصابة بالطفيليات و النزلات المعوية و الالتهابات الصدرية التي تنتهك قواها و تضعف قدرتها عن وقاية نفسها من مراحل الحمل المبكر جدا الذي بدوره يعرضها و جنينها للمخاطر الصحية خاصة في حالة عدم توافر رعاية صحية مناسبة و فعالة أثناء فترة الحمل و الولادة ⁽¹⁾. و إذا كانت الأم تعاني الضعف و الإعتلال بعد الولادة ، فإنها تكون أقل قدرة على رعاية مولودها الشيء الذي يعرضه لاحتمالات الوفاة قبل بلوغ سن الخامسة ، وهكذا تتكرر حلقات الدائرة المفرغة لاعتلال الصحة عبر الأجيال خاصة للفتيات و الأمهات.

إن تقصير المرأة في الاهتمام بصحتها له أبعاد اجتماعية محضة، فعبئ العمل الشاق الذي تقوم به المرأة ، و المكانة الدنيا التي تحتله في الأسرة لا يسمحان لها التماس المساعدة الطبية عند الحاجة ، فالمرأة تخدم كل الأسرة فهي أول من يستيقظ و آخر من ينام ، وتضع صحتها في آخر المطاف وتكتفي في غالب الحالات في استعمال الطرق التقليدية في العلاج و الشكل الموالى يوضح لنا ذلك.

(1) - جمعية التنمية الصحية و البيئية و برنامج السياسات و النظم الصحية: الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر ، مرجع سابق ، ص263

الشكل رقم (1): الدائرة المفرغة لاعتلال الصحة عبر الأجيال



المصدر: جمعية التنمية الصحية و البيئية و برنامج السياسات و النظم الصحية: الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر ، دراسة تحليلية للوضع

الراهن و رؤى مستقبلية ، 2005 ، ص 264

من خلال هذا الشكل يتبين أن نقطة البداية في اعتلال الصحة هو سوء التغذية و العدوى ، وهذا راجع لعدم اكتراث المرأة لصحتها ، فنجدها لا تفصح عن ما يؤلمها خاصة إذا تعلق الأمر بالنواحي الإنجابية و جهازها التناسلي وهذا بسبب ثقافة الصمت و الحياء التي ورثتها عن محيطها هي الأخرى

فعزوف المرأة عن تلقي العلاج و الرعاية الصحية راجع لانخفاض المستوى التعليمي و تدني الوضع الاقتصادي و الاجتماعي، و تقتصر الخدمات التي تتلقاها في خدمات تنظيم الأسرة فقط. فاعتلال المرأة أثناء الحمل سوف يتضاعف أثناء الولادة ، الشيء الذي ينهك قواها ، و لا تستطيع تقديم الرعاية اللازمة لطفلها فهذا يزيد من احتمال فقدانها له ، وإن تمكن من النجاة فسوف يصاب باختلال في النمو و الصحة ، وهكذا تبقى هذه المشكلة تدور في حلقة مفرغة إن لم تجد من ينظر إليها بعين الجدّ.

3-2- وسائل الإعلام و الاتصال و التكنولوجيا الحديثة:

تساعد الاتصالات الانفتاح على العالم و الخروج من الجهل و هذا بزيادة عدد المتعلمين ، وما يميز هذه الوسائل هو القدرة على الجاذبية و الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الجماهير ، ومن بين هذه الوسائل نجد الإذاعة و التلفزيون و الصحافة.

تتميز وسائل الإعلام بنفوذ قوي و أثر كبير في تغيير سلوك و نظرة و ممارسة الناس، ولهذا فهي لا تخلو من الخطورة إذا لم يرشد استعمالها، فالتلفزيون و المذيع جهازان قويان من اجهزة الإعلام و لهما مقدرة على تغيير سلوك الكبار و الصغار معا.

و بالإمكان استعمال وسائل الإعلام في شتى مجالات و طرق التنقيف الصحي فمن خلالها يمكن بث المحاضرات و الندوات و العروض الإيضاحية لتنقيف الناس و المرضى عن كيفية التعامل مع مرضهم ، وما هي أهم سبل الوقاية الممكنة.

كما تستوعب الصحف اليومية و المجالات كثيرا من أساليب و طرق التنقيف الصحي ، وتخصص اغلبها صفحات للتوعية الصحية و أعمدة للسؤال و الجواب عن كل ما يتعلق بالصحة، فهذه الوسائل فعالة و تستطيع أن تنقل المعلومات العامة بصورة جيدة. فالحصص التلفزيونية و الإذاعية مثلا يمكن ان تنمي وعي الأمهات خاصة في كيفية التعامل مع اطفالهن الصغار ، وعن سبل الوقاية من الأمراض و كيفية التصدي لها والابتعاد عن الأساليب الخاطئة في التعامل ، عن نوع الغذاء الذي يجب ان يقدم للطفل دون ان يلحق به ضرر... الخ .

بالإضافة للوسائل المذكورة أعلاه هناك عوامل أخرى مساعدة على نشر الوعي الصحي للمواطن و من بين هذه العوامل نجد الدين و التكنولوجيات الحديثة. فكثيرا ما تلعب المساجد و الكنائس دورا هاما في توعية المواطن ، كذلك انتشار المنظمات الحكومية و التطوعية ، وفي هذا تقول خطة العمل التي تبنتها قمة الأطفال العالمية ما يلي : " إن كافة أشكال التعبئة بما في ذلك الاستخدام الفعال للقدرة الكامنة في المعلومات الجديدة و الاتصالات العالمية يجب أن تنتظم بشكل يسمح بإيصال المعرفة و المهارات المطلوبة لتحسين وضع الأطفال لدى العائلات" (1).

كما تلعب التكنولوجيا الحديثة دورا في بالغ الأهمية خاصة بعدما أصبح العالم قرية صغيرة ، فوسيلة الانترنت وفرت كل التوضيحات في كل أمور الحياة ، وما على الفرد إلا السؤال ليجد الإجابات بكل دقة و تفصيل ، إذ تتوفر على الشبكة سلسلة عريضة من المواقع الصحية ومن خلالها يمكن للمستفيد الوصول إلى أخبار الصحة و معلومات عن الأمراض و بالإمكان المساهمة في مجموعات المناقشة و الدعم أو حتى شراء المنتجات الصحية.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع أطفال العالم 1991، مرجع سابق، ص23.

فهذه الوسائل تساعد على تقديم رسائل تثقيفية للمواطن في كافة المجالات ، وما المعلومة المقدمة إلا بيانات موضوعية تهدف إلى تعريف الواقع و شرحه و تفسيره ، و من خلالها يقوم الأفراد بممارسة نوع من السيادة و السيطرة على البيئة المحيطة بهم.

فالصحة الجيدة للأطفال لن تكون إلا بالمعرفة الصحيحة و المعرفة لن تكون هكذا فقط إلا بالإرادة و توفير الوسائل و تسخير التكنولوجيات الحديثة لخدمة الإنسان ، فالنهوض بالصحة و المعرفة يعني الالتحاق بالتنمية ، فكثيرا من الدول و المناطق التي خطت خطوات واسعة في التنمية الاقتصادية و البشرية في العقود الأخيرة بما فيها اليابان و كوريا الجنوبية و تايوان و هونغكونغ و سنغافورة ، اتبعت و ركزت منذ البداية الاستثمار في الصحة و التعليم⁽¹⁾.

و لقد استعانت هذه الدول بأحدث و كل وسائل الإعلام و الاتصال ، ذلك لان هذه الوسائط هي وسائل لتكوين المواقف الإيجابية و تغيير السلوك السلبي و تعميم المعرفة ليستفيد منها كل الأهالي⁽²⁾. و كمثال على ذلك نجد انتشار بعض السلوكيات الغير صحيحة في المجتمعات كالتدخين و تعاطي المخدرات و غيرها ، الأمر الذي قد يعرض المجتمع إلى أمراض خطيرة ، و يكلف الدولة أموال باهظة ففي مثل هذه الحالة يحتاج الأمر إلى برامج متخصصة ذات خطاب محدد لاختيار أساليب فعالة تصل إلى هذه الفئات من أجل تغيير سلوكها الخاطئ.

3-3 - الاستعانة بالمرشدين الصحيين :

يستطيع المرشد الصحي الكفو أن يساعد كافة العائلات في المجتمع المحلي خاصة المجتمعات التي تكثر فيها الأمية و الفقر إلى استخدام المعرفة العصرية من اجل تحسين حياة أفرادها و أطفالها.

يعمل المرشد الصحي بتدريب أساسي يستغرق بضعة شهور مدعوما بأنظمة إشرافية و مرجعية ، إذ يستطيع هذا الأخير في المجتمع المحلي تقديم النصح و المساعدة العملية في أمور كثيرة مثل تباعد الولادات و العناية بالأم وهذا بأن تضع مولودها في مكان آمن يضمن صحتها و صحة جنينها ، وتقديم نصائح حول الرضاعة الطبيعية و الطعام و تغذية الأطفال أثناء المرض و بعده و مراقبة النمو و منع انتشار المرض و التحصين و معالجة الجفاف عن طريق الفم و استخدام المضادات الحيوية ضد التهابات التنفسية الحادة... الخ.

(1) - نفس المرجع، ص 13.

(2) - منظمة الأمم المتحدة : الإجماع العربي الإقليمي التحضيري للمؤتمر العالمي الرابع للمرأة ، بيجين ، 1995، ص45.

فمثل هذه المعلومات و الأساليب تساعد على تخفيض الوفيات بمقدار الثلث و حالات سوء التغذية بمقدار النصف⁽¹⁾. فالعاملون الصحيون المحليون يعتبرون جزء لا يتجزأ في البرامج الاجتماعية فهم كجسر بين الكادر الصحي المحترف و المجتمع المحلي ، ويساعدون المجتمعات المحلية التعرف على احتياجاتهم الصحية الخاصة و التعامل معها.

كما يشرف العاملون الصحيون على المرافق الصحية المحلية و يحصلون على الأدوية و المنتجات الأساسية الأخرى ويصرفونها و يشاركون في اجتماعات المجتمع المحلي و يقومون بمسؤولياتهم في إدارة البرامج. ونظرا لان العاملين الصحيين يستطيعون الوصول للأطفال الضعفاء الذين لم يكن ممكنا إيصال الخدمات الصحية الأساسية لهم وبدونهم ، فهم فاعلون بشكل خاص في تحسين بقاء الطفل على مستوى المشاريع في دول شديدة التنوع⁽²⁾.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع أطفال العالم 1991، مرجع سابق، ص 22.

(2) - اليونيسيف: وضع أطفال العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن، 2008 ، ص 49.

المبحث الثالث: العوامل التي تعيق الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها

1- العوامل ذات الطابع الاجتماعي و الاقتصادي :

1-1- عمل المرأة خارج المنزل:

مع التغيرات و التحولات التي عرفها المجتمع ، تعددت أسباب و دوافع خرج المرأة للعمل خارج المنزل، فهي مرتبطة بالظروف الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية بالإضافة للسياسة العامة للبلاد و الجانب التشريعي المتعلق بوضعية المرأة و حقوقها كما ترتبط بشكل أدق بجملة الظروف الأسرية التي تحيط بالمرأة. فالمرأة تخرج للعمل إما لتأكيد ذاتها و ثبات شخصيتها أو رغبتها في الحفاظ على مستوى معيشة مرتفع ، أو لاضطرارها للكفاح مع زوجها في مواجهة مشقة الأحوال الاقتصادية و غلاء الأسعار بالحصول على قدر من المال يرفع دخل الأسرة ، وقد تتحمل أعباء الأسرة لوحدها في حالة وفاة الزوج أو الطلاق أو المرض المزمن المقعد.

فخروج المرأة للعمل مثلا، ضرورة ألزمتها الحاجات المتزايدة للمجتمع الصناعي، فالظروف المعيشية و الاقتصادية التي تعيشها الأسرة الحديثة أجبرت المرأة العمل لمساعدة زوجها، ويرتبط هذا الدافع بالمستوى الطبقي للمرأة التي تعمل، فيكون الدافع ملحا و قويا كلما انخفض مستوى معيشة المرأة العاملة.

فالعامل هو الوسيلة التي تمكن المرأة الحصول على النقود وبالتالي الرفع من مستوى معيشتها⁽¹⁾ بالإضافة للعامل الاقتصادي هناك عوامل أخرى دفعت بالمرأة للعمل من بينها فكرة التحرر و إثبات الذات و الشعور بالقيمة . إذ ترى أن بحصولها على الدرجات العلمية وتمكنها من الناحية المادية تستطيع تأكيد ذاتها في المجتمع و خاصة في أسرتها و أمام زوجها . فلقد بينت إحدى الدراسات أن "هناك عددا كبيرا من الأمهات يعملن من أجل لذة العمل و ما يحققه من اشباعات نفسية أكثر من أولئك اللاتي يعملن لأسباب اقتصادية".⁽²⁾

كما توصل الباحث الجزائري فاروق بن عطية في دراسته حول عمل المرأة في الجزائر إلى أن تطور مكانة المرأة أو الزوجة يكون مرهون بخروجها للعمل و حصولها على مدخول خاص يجعلها تملك و تكسب وعيا بذاتها⁽³⁾. لكن هذا الخروج ، بالقدر الذي مكّنها ماديا و معنويا ، بالقدر ما خلف لها انعكاسات سلبية سواء عليها أو على أسرتها

(1) - علياء شكري و آخرون: المرأة في الريف و الحضر ، دراسة لحياتها في العمل و الأسرة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1988، ص238.

(2) - كاميليا ابراهيم عبد الفتاح: سيكولوجية المرأة العاملة، دار النهضة العربية، بيروت، 1984، ص.ص 85-87.

(3) - FAROUK BENATIA : Le travail feminin en Algerie, Alger, SNED ,SD ,pp41-50.

1-1-1- انعكاسات العمل على المرأة:

المرأة العاملة وبسبب كثرة و تعدد المسؤوليات على عاتقها فإنها تصاب بالإرهاق المؤدي إلى الضغط النفسي ، فإذا ما أدت عملها خارج البيت بكل جهدها و بإتقان فإنه سيرجع بالعكس على أولادها و مسؤولياتها اتجاه زوجها و بيتها.

لقد ساهم خروج المرأة للعمل في تراجع خصوبتها بشكل ملحوظ ، فلقد حققت البلدان المتقدمة معدلات خصوبة إجمالية تقل عن المعدلات اللازمة لتعويض السكان في نهايات عقد الخمسينات ، لكن مع بداية الستينات و السبعينات سجلت الصين و جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية و جمهورية كوريا أكبر قدر من الانخفاض . وانخفض معدل الخصوبة الإجمالي في الصين بنسبة 50% ، أما البلدان الآسيوية الأخرى التي تلفت النظر بسرعة انخفاض معدل الخصوبة الإجمالي فيها فهي اندونيسيا و ماليزيا و الفلبين و سريلانكا و تايلاند.

و على نقيض ذلك ، كانت معدلات الخصوبة في وسط إفريقيا و شرقها و غربها في ارتفاع حتى أواخر السبعينات ، ولكن الآن هي الأخرى عرفت تناقصا . و يعتبر مدى تطبيق قواعد تنظيم الأسرة و الأساليب المستخدمة فيه هو المسؤول إلى حد كبير عن اختلافات الخصوبة بين البلدان ، و يتفاوت انتشار أساليب تنظيم الأسرة من مكان ما في العالم إلى مكان آخر ، ولكنه يتزايد في البلدان النامية ، كما انه اشدّ بطئا في إفريقيا مما هو عليه في الأماكن الأخرى.

و هناك علاقة سلبية متبادلة ووثيقة بين معدلات الخصوبة الإجمالية و انتشار طرق منع الحمل. وسوف يعتمد الهبوط المستمر في معدلات الخصوبة الإجمالية على زيادة استخدام مثل هذه الطرق. و يفترض بصورة مسبقة أن تكون هذه الوسائل ميسرة و معروفة و مطلوبة من جانب المعنيين بها، وأن تكون مقبولة من الوجهة الثقافية.

و يعتمد انخفاض معدل الخصوبة الإجمالي على نقصان عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم و يعتبر تحسن مستويات التعليم والصحة و ظروف المعيشة ضروريا لتحقيق تلك الغاية، إذ أن تحسن هذه المستويات يفسح المجال أمام ثلاثة عوامل أساسية لتؤدي عملها ، وهي الحد من حاجة الأسر الفقيرة إلى الكثير من الأولاد و دعم البرامج القوية لتنظيم الأسرة و ازدياد الباقيين على قيد الحياة من الأطفال و لقد بينت دراسة حديثة أجراها قسم السكان التابع للأمم المتحدة ، مدى إسهام الحفاظ على حياة الأطفال في هبوط الخصوبة في عدد من البلدان النامية.

1-1-2- انعكاسات العمل على الأبناء:

يقول العلامة الإنجليزي سامويل سمايلس وهو من أركان النهضة الإنجليزية في معرض حديثه عن عمل المرأة : "إن النظام الذي يقضي بتشغيل المرأة في المعامل ، مهما نشأ عنه من ثروة ، فإن نتيجته هادمة لبناء الحياة المنزلية ، لأنه يهاجم هيكل المنزل ، ويقوض أركان الأسرة و يمزق الروابط الاجتماعية و يسلب الزوجة من زوجها و الأولاد من أمهاتهم" (1).

إن غياب الأم عن بيتها كل يوم ولساعات طويلة يؤثر على علاقتها الأسرية ، ويضعف من مسؤوليتها اتجاه أولادها و زوجها و بيتها في الكثير من الحالات ، فثمة بعض الأطفال يشعرون بالإحباط و الحرمان العاطفي بسبب عدم تواجد الام معهم في المنزل لساعات طويلة، ومن بين هذه الانعكاسات نجد :

1-1-2-1- الفطام المبكر:

تختلف ظروف عمل المرأة باختلاف نوع المهنة و عدد ساعات العمل و مدى توافر دور الحضانة في مكان العمل ، لكن قد تضطر الأم المرضعة و في حالات كثيرة للفطام المبكر ، فلقد أوضحت العديد من الدراسات حول عمل المرأة ، أن عدد كبير من الأمهات العاملات المرضعات يجدن أنفسهن مضطرات لفطام الطفل في سن مبكرة بسبب غيابهن الطويل عن العمل مما يقلل من فترات الرضاعة و من إدرار اللبن و تصبح الرضاعة الطبيعية غير مشبعة ، وبسبب توتر الأم و ضيق الوقت قد لا تعطي طفلها الوقت الكافي للرضاعة الهادئة (2).

وتشير الدراسة التي قام بها الدكتور مصيقر سنة 1985 حول العوامل المرتبطة بالرضاعة الطبيعية والتي شملت 1482 أما أن نسبة الإرضاع الطبيعي عند الأمهات العاملات اقل من الأمهات الغير عاملات وان 82.6 % من الأمهات في القرى يرضعن أطفالهن مقارنة ب 69.4 % من الأمهات في الحضر (3).

و من النتائج التي توصل إليها المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006 MICS3 عن مسألة الفطام أن سن فطام الطفل يزيد كلما ارتفع المستوى التعليمي للام و كانت الأمهات ذوات مركز اجتماعي لا بأس به . و الجدول التالي يوضح ذلك :

(1) - الهيدان محمد بن عبد الله: عمل المرأة ، أقوال واعتراقات 2005، من الموقع www.saaaid.net

(2) - جهاد نياض الناقل: دراسة ميدانية عن الآثار الأسرية الناجمة عن خروج المرأة السورية للعمل ، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، وزارة الثقافة، دمشق،

2011، صص 104-105.

(3) - عبد الرحمان عبيد مصيقر و لطيفة محمد النجار: دراسة ميدانية حول الرضاعة الطبيعية و خصوبة المرأة في البحرين ، مرجع سابق، ص9.

الجدول رقم (4) : العمر عند الفطام للأطفال الأقل من 3 سنوات.

عدد الأطفال الأقل من 3 أشهر الذين فطموا	السن عند الفطام (شهر)						المؤشرات	
	العدد	من 36-24	من 23-18	من 17-12	من 11-6	من 5-3		
2607	9.2	10.8	14.1	16.5	22.6	26.9	ذكر	الجنس
2554	8.8	10.8	13.3	18.3	23.5	25.3	أنثى	
1739	9.6	11.0	12.8	17.6	23.0	26.1	وسط	المنطقة الجغرافية
1573	7.9	11.5	18.4	12.5	22.7	22.0	شرق	
1261	6.6	5.7	6.7	16.6	27.4	36.9	غرب	
588	15.2	19.5	19.0	18.3	14.3	13.7	جنوب	
2877	7.2	9.9	13.4	17.6	23.0	28.8	حضر	مكان الإقامة
2284	11.2	11.9	14.0	17.1	23.1	22.6	ريف	
206	0.5	0.4	1.4	3.7	26.6	67.4	أقل من 6 أشهر	السن بالأشهر
686	0.1	0.0	1.0	15.8	41.2	41.9	من 6 إلى 11 شهرا	
1766	0.7	8.2	18.6	21.9	24.5	26.1	من 12 إلى 23 شهرا	
2503	18.0	116.5	14.7	15.8	16.7	18.4	من 24 إلى 35 شهرا	
1281	14.7	12.9	15.4	15.8	20.3	20.9	أمي	المستوى التعليمي للأم
964	10.1	10.5	10.9	16.8	21.1	30.6	ابتدائي	
1354	6.5	10.8	15.2	17.7	24.7	25.1	متوسط	
1233	6.7	9.6	12.6	19.3	23.9	27.9	ثانوي	
329	3.1	7.6	13.3	17.2	28.9	29.9	جامعي	
1073	14.5	12.6	17.4	15.9	18.4	21.2	فقير جدا	
1090	10.2	13.0	11.6	18.1	23.2	24.0	أقل فقرا	
1008	7.1	9.8	16.3	16.4	21.0	29.5	متوسط الحال	
991	5.8	10.6	12.3	16.1	27.2	28.0	غني	
999	6.9	7.8	10.9	20.6	25.6	28.3	غني جدا	
5161	9.0	10.8	13.7	17.4	23.0	26.1	المجموع	

source- M.S.P et ONS: Enquête nationale a indicateurs multiples, suivi de la situation des enfants et des femmes, Rapport principal, Algérie 2006, Décembre 2008,p76.

من خلال ملاحظة هذا الجدول يتبين أن سن الفطام يكون مبكر كلما كانت الأم تعيش في وسط حضري حيث تبلغ النسبة 28.8% في الحضر مقابل 22.6% في الريف للذين فطموا في أقل من 3 أشهر ، كما يتبين من خلال الجدول أن 67.4% من الأطفال الأقل من 6 أشهر فطموا في فترة متقدمة جدا وهي أقل من 3 أشهر، وترتفع النسبة عند الأمهات ذوات المستوى العالي وهذا بنسبة 29.9% ، و تزيد هذه النسبة كلما كانت الأم ذات مركز اجتماعي عالي.

1-1-2-2- فقدان الأبناء الصغار للرعاية و الحنان:

فقدان أطفال العاملات لحنان و عطف أمهاتهم يعود لغيابهن الطويل في العمل وذلك يعني وجود أشخاص أو جهات بديلة عن الأم تتولى رعاية الأطفال و تربيتهم وهذه الجهات قد يفتقد بعضها لأساليب التربية الصحيحة في تعاملها مع الأطفال مما يؤثر سلبا في حياتهم، كما أن قصر إجازة الأمومة التي تمنح للأم العاملة تؤثر في حرمانهم من حنان الأم الكافي ولهذا الغرض هناك ما يزيد عن 68 دولة في العالم بما فيها عددا من الدول النامية التي تقدم دعما ماديا لمساعدة الأسر المحتاجة على تربية أطفالها .

فتوفير الوقت الكافي لرعاية الطفل المولود حديثا أمرا مهم ، فهناك ما يزيد عن 100 دولة في العالم المتقدم و النامي تسمح للأم الانقطاع عن العمل و الاحتفاظ بالوظيفة و الراتب لفترة لا تقل عن 6 أشهر وهذا بالتناوب بين الأم و الأب و هناك دول مددت هذه الفترة من سنة إلى سنة و نصف مثل إيطاليا و الدنمارك و السويد و أخرى زادت فترة الأمومة إلى سنتين مثل النمسا و فنلندا و ألمانيا ، الشيء الذي ينعكس إيجابا على النمو السوي و الصحي للطفل⁽¹⁾.

فمربيات الأطفال في دور الحضانه لا يستطعن القيام بدور الأم لاسيما في مرحلة الرضاعة ومرحلة ما قبل المدرسة بشكل عام ، والطفل الذي تغيب عنه أمه كثيرا لا يشعر بالأمان و الطمأنينة و يرث الشعور بالحيرة الارتباك إضافة إلى شعوره بالعزلة و العجز مستقبلا ، وقد يكون أطفال العاملات أقل تكيفا من الناحية النفسية عن أطفال الأمهات ربات البيوت.

فالطفل كلما كان صغيرا كلما كان عاجزا عن التعبير عن مشاعره و طرح مشكلاته ، فهو يعبر عن رفضه بالصراخ و البكاء عندما تتركه الأم عند المربية أو في الروضة وتغادر فينشأ الطفل نشأة غير صحية تترك بصماتها في شخصيته وفي تفاعله مع محيطه الأسري والمجتمعي⁽²⁾. فالسنوات الأولى من حياة الطفل هي التي تحدد هويته الشخصية و بناءه اجتماعيا و نفسيا.

(1) - سهام عبد الرحمان الصويغ : التنشئة الاجتماعية للطفل العربي و علاقتها بتنمية المعرفة ، ص 15. من الموقع :

http://musanadah.com/images/Tansh_Ejt_Tfl.pdf

(2) - جهاد ذياب الناقلولا : دراسة ميدانية عن الآثار الأسرية الناجمة عن خروج المرأة السورية للعمل ، مرجع سابق ، ص 105.

كما أفادت إحدى الدراسات التي قامت بها علياء شكري حول " المرأة في الريف و الحضر " ، دراسة لحياتها في العمل و الأسرة ، توصلت إلى أن العمل خارج المنزل يؤثر بالسلب على رعاية الأطفال ، فكثيرا ما كانت تحدث حالات مرض الأطفال وهذا بسبب انشغال الأم عن بيتها ، كذلك إن خروج الأم للعمل في المزرعة وأخذ معها طفلها الصغير يعدّ خطرا عليه فهو يعرضه للحشرات والهوام والفئران⁽¹⁾.

1-1-2-3 - التعامل مع الأبناء بانفعال وعصبية:

تختلف أساليب تعامل الأمهات العاملات مع أبنائهن باختلاف ظروف العمل و ظروف أسرهن، و تختلف باختلاف أعمار الأبناء و مدى توافر الوقت للتحدث معهم أو حتى الإصغاء إليهم ، لكن عندما تكون الأم متعبة و متوترة بسبب العمل تشعر بحالة من الضيق و التوتر مما يفقدها توازنها وتصبح عصبية و تتعامل مع أبنائها بأساليب خاطئة كالصراخ وارتفاع الصوت و الانفعال و القسوة واستخدام العنف. يتضح تأثير عمل الأم على أسرتها من خلال دراسة تفيد بأن 74% من النساء العاملات في الولايات المتحدة يواجهن مشاكل الأولاد و الزوج بعصبية وأن أية مشكلة مهما كانت بسيطة تكون مرشحة للتضخم نظرا لصعوبة التوفيق بين مسؤولياتهن اتجاه العمل و مسؤولياتهن اتجاه المنزل. فالتعامل بهذه الطريقة الخاطئة سببه الجهد و التعب ، أي أن طريقة تعاملها مع أبنائها تتحدد بحسب الحالة التي تصاحبها بين التعب و الارتياح وبحسب مستواها التعليمي و الثقافي⁽²⁾.

1-2-2 - جهل الأم للتربية الصحية الصحيحة:

حقا أن معظم الآباء و الأمهات يحبون صغارهم، لكن الحب وحده لا يكفي، فالحب لا يمكن أن يكون مقام العلم أو يغني عنه ، ولا يمكن في ظل حياتنا الحديثة أن يستطيع الوالدان بالحب وحده مواجهة حاجات الطفل و مطالب تربيته الجسمية و النفسية و الخلقية السليمة. إن جهل الأمهات و الآباء لا يظهر في تدليل الطفل و التقاضي عن أخطائه فحسب بل يظهر أيضا في صور كثيرة أخرى مثل عدم المعرفة بمتطلبات النمو السليم في مراحله المختلفة أو سوء التصرف مع الأطفال الذي يبلغ حد الإهمال. إن جهل الأم في تقديم الرعاية الصحية للطفل يترجم بانخفاض مستواها التعليمي و محدودية رصيدها الثقافي وقلة وعيها فيما يخص الأمور الصحية للتربية السليمة للطفل ، وهنا نقطة يجب الإشارة لها وهي أنه لا يجب أن ننكر أن العديد من جداتنا و أمهاتنا بالرغم من أنهن أميات ، لكن قمن بتربية أجيال أصحاء ، وهذا إنما يترجم بالفتنة و الذكاء والدهاء الذي كان لديهم ، حيث أنهن لم يجربن على أطفالهن الأشياء الغير منطقية التي كنّ ينصحن بها في حالة الإصابة بالمرض. إن التعليم شيء مهم جدا في هذه الحياة ، لكنه يعتبر جوهري بالنسبة للفتاة ، إذ يعمل على تطوير قدراتها و تمكينها وبالتالي تصبح أكثر وعيا بما يحيط بها.

(1) - علياء شكري و آخرون: المرأة في الريف و الحضر - دراسة لحياتها في العمل و الأسرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988، ص 209.

(2) - جهاد ذياب الناقل: دراسة ميدانية عن الآثار الأسرية الناجمة عن خروج المرأة السورية للعمل ، مرجع سابق ، صص 106-107.

فعندما تحصل الفتاة على فرصة للتعليم من خلال الحصول على تعليم مدرسي جيد و الاستمرار فيه ، فإن لهذا تأثيرا تحويليا ليس فقط على فرص حياتها الخاصة وتحقيق حقوقها الإنسانية بل وعلى البيئة الاجتماعية و الاقتصادية الأوسع نطاقا. فتعليم الفتيات هو المفتاح لضمان الصحة المحسنة للأم و الطفل و لتنمية المجتمع و النمو الاقتصادي.

فكلما زاد تعليم الأمهات زادت صحتهن و على الأرجح صحة أطفالهن ، فمنذ 1970 يعزى انخفاض معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات إلى النصف في 165 دولة إلى التحسينات في تعليم النساء في سن الإنجاب ، و تقل احتمالية وفاة الأطفال في طفولتهم ممن أكملت أمهاتهم تعليمهن الأساسي بنسبة 40% مقارنة مع الأطفال الذين لم ترتاد أمهاتهم المدارس ، و تتضاعف أيضا احتمالية بقائهم على قيد الحياة بعد سن الخامسة و تقل احتمالية معاناتهم من سوء التغذية إلى النصف و ستتضاعف فرصتهم في الحصول على المناعة الكاملة و تتضاعف احتمالية ذهابهم إلى المدرسة ، فتعليم المرأة يحقق نتائج تمتد عبر الأجيال. لكن بالرغم من تحسن أرقام الالتحاق بالمدارس ، فهذه النسبة تبقى ضعيفة خاصة في المناطق النائية وهذا بسبب لا مأمونية التعليم ، فنسبة التحاق الفتيات إلى المدرسة الثانوية في 47 دولة من أصل 54 دولة تقل عن 50%⁽¹⁾.

إن هذا العزوف إنما هو راجع لعدة أسباب أهمها البعد المكاني أي بعد المسافة بين المنزل و المدرسة خاصة في المناطق النائية، إذ يقتضي الأمر إلى قطع عدة أميال يوميا للوصول إلى المدرسة الشيء الذي يعرض الفتيات بوجه الخصوص لسوء المعاملة خلال مسيرتهن اليومية الطويلة ، ولهذا السبب يمنع العديد من الأولياء بناتهن من الذهاب إلى المدرسة خوفا على سلامتهن.

كما يعتبر عدم توفر الخدمات الآمنة و النظيفة من بين العوامل التي تقلل فرص الالتحاق بالمدرسة أضف إلى ذلك تكاليف مستلزمات التمدرس من أدوات و ملابس خاصة عند الكثير من البلدان ، فهذه المطالب مكلفة خاصة للأسر محدودة الدخل⁽²⁾ و لقد جاءت نتائج المسح متعدد المؤشرات في الجزائر مدعمة لهذه النتائج ، حيث تبين أن الحالة التعليمية للأولياء وخاصة الأم لها أهمية بالغة في تربية الأبناء و رعايتهم من كل الجوانب و ضمان بقائهم بصحة جيدة . لكن رغم هذا إلا أن نسبة الأمية للفئة العمرية 10 سنوات فأكثر مازالت مرتفعة حيث بلغت 24%⁽³⁾ ، موزعة كما هو موضح في الجدول التالي :

(1) - صندوق RESULTS التعليمي و الحملة العالمية للتعليم: إنهاء أزمة تعليم الفتيات ، بدعم من منظمة أوكسفام ، 2011، ص3.

(2) - نفس المرجع ، ص22.

(3) - M.S.P et ONS: Enquête nationale a indicateurs multiples, MICS 3 , opcit, p39.

الجدول رقم (5) : نسبة الأمية عند الأشخاص من 10 سنوات فما فوق حسب الجنس و مكان الإقامة.

الجنس / مكان الإقامة	الريف	الحضر	المجموع
ذكور	21.8	12.4	16.5
الإناث	41.3	24.1	31.6
المجموع	31.5	18.2	24.6

source- M.S.P et ONS: Enquête nationale a indicateurs multiples, suivi de la situation des enfants et des femmes,

Rapport principal, Algérie 2006, Décembre 2008,p39.

من خلال الجدول نلتصق فروقات في نسبة الأمية بين الذكور و الإناث وبين المناطق الريفية و الحضرية، حيث بلغت النسبة 16.5% عند الذكور و 31.6% عند الإناث. لكن الملفت للنظر أن نسبة الأمية تكثر عند الإناث في المناطق الريفية أكثر منها في المناطق الحضرية ، إذ سجلت النسبة 24.1% في المناطق الحضرية مقابل 41.3% في المناطق الريفية.

كما بينت نتائج المسح أن نسبة النساء اللواتي التحقن بالمدارس سجلت انخفاضا هي الأخرى مقارنة بالذكور وهناك تباين بين المناطق الريفية و الحضرية. والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (6) : نسبة السكان في الفئة العمرية 5 سنوات و أكثر الذين التحقوا بالمدرسة حسب السن و مكان الإقامة.

الجنس / مكان الإقامة	ذكور	إناث	المجموع
الحضر	87.8	78.1	83.0
الريف	78.9	63.0	71.0
المجموع	83.9	71.4	77.7

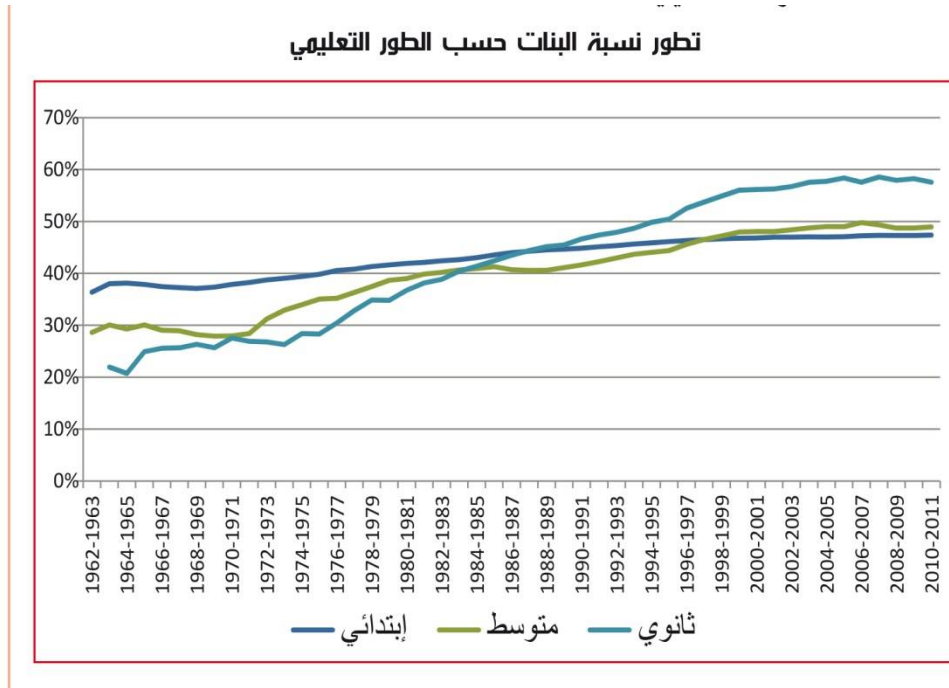
source: M.S.P et ONS: Enquête nationale a indicateurs multiples, suivi de la situation des enfants et des femmes,

Rapport principal, Algérie 2006, Décembre 2008,p38.

لقد سجلت نسبة الالتحاق بالمدارس 77.7% ، مقسمة على التوالي : 83% في المناطق الحضرية مقابل 71.7% في المناطق الريفية . وتبقى دائما نسبة التحاق الإناث بالمدرسة أقل مقارنة بالذكور ، حيث بلغت النسبة 63% في المناطق الريفية مقابل 78.1% في المناطق الحضرية . في حين بلغت نسبة التحاق الذكور 78.9% في المناطق الريفية مقابل 87.8% في المناطق الحضرية.

يمثل التعليم وتعليم الفتاة بصفة خاصة الاستثمار الوحيد الأفضل من أجل تحقيق التنمية ، صحيح ان نسبة تـمدرس الفتاة كانت ضعيفة مقارنة بـمدرس الذكور خاصة بعد الإستقلال ، حيث بلغت النسبة 33% عند الإناث سنة 1995 مقابل 58% عند الذكور في نفس السنة ، لكن هذه النسبة عرفت تطورا ملحوظا والرسم البياني التالي يعطي لنا صورة عن ذلك :

الرسم البياني رقم (6): تطور نسبة تـمدرس البنات حسب الأطوار التعليمية في الفترة 1962-2011



المصدر : مركز الإعلام و التوثيق لحقوق الطفل و المرأة CIDDEF : الدليل الإحصائي ، الجزائر ، 2015 ، ص 25.

من خلال الرسم يتبين أن نسبة تـمدرس البنات في تزايد مستمر منذ الاستقلال وفي جميع الأطوار التعليمية ، ففي التعليم الثانوي نسبة البنات كانت منخفضة في البداية (20%) ثم تعدت نسبة الذكور منذ منتصف التسعينات .

فعلى الأم أن تكون ممكنة علميا لتسير أسرتها على أحسن وجه وفي هذا الصدد يقول " آرن رلد جزل " و هو احد المنظرين المهتمين بتربية الطفل " أنه للمحافظة على نمو الأطفال الصغار و الحضانة و صيانة نموهم من كل المعوقات يتوقف على تهيئ وسائل و ترتيبات سياسية واقتصادية مواتية و التي تتوقف على المعلومات و المعارف ، فلا سبيل إلى صيانة صحة الأطفال إلا إذا أقحمنا على بيوت الشعب فلسفة نمائه للعناية بالطفولة ، ورعايتها تقوم على البحث العلمي و تمتدوا جذورها فيه " (1).

(1) - فوزية دياب : نمو الطفل و تنشئته بين الأسرة و دور الحضانة ، سلسلة تربية الأطفال في مرحلة الحضانة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة ، ط3، 1979، ص114.

فالأُسرة التي تعيش في دوامة من الجهل و ليس لها من الرصيد الثقافي ما يجعلها ممكنة من تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها ، سوف يكون لهذا أثر كبير و مخاطر جمة على صحة الطفل .وسوف تكون مظاهر الجهل بادية على كيفية تصرفاتها وتعاملها مع طفلها ، والتي سنتطرق إلى البعض منها في ما يلي :

1-2-1- قلة المعارف حول الغذاء الصحي للطفل:

كثيرا ما تعتقد العديد من النسوة أن السمنة أو حمرة الوجه مقياس مهم لصحة الطفل ، لكن هذا اعتقاد خاطئ ، فتغذية الأطفال ولاسيما الصغار منهم قضية معقدة جدا تتطلب على مسؤولية في غاية الأهمية ، ذلك أن الغذاء هو مصدر الطاقة والمادة الأساسية التي يبني منها جسم الطفل و ينمو بسرعة.

و يتوقف تركيب أعضاء الطفل و أجهزته ووظائفها على طبيعة الغذاء الذي يتناوله، كما أن خصائص التغذية تحدد السريان و النتيجة للعديد من الأمراض⁽¹⁾. إن غذاء الطفل الصغير يختلف عن غذاء الكبير ، فتغذية هذا الأخير تسير وفق قاعدة يجب احترامها ، وفي كل مرحلة من مراحل النمو يجب إتباع نظام خاص بها تبدأ بالرضاعة الطبيعية ، وهنا ملاحظة هامة على الأم أن تلتزم بها وهي " تجنب إعطاء حليب الكبار أو ما يسمى بالحليب كامل الدسم لعدم تماثله مع لبن الأم من حيث التركيب وبالتالي تأثيره الضار على جهازه الهضمي و الكلى و من ثم على نمو الطفل. و إن أفضل بديل للبن الأم إذا تعذرت الرضاعة الطبيعية هو اللبن المدعم بالحديد " ⁽²⁾. ثم إدخال الأغذية تدريجا ابتداء من الشهر السادس و على الأم أن تعرف نوع الأغذية التي يجب ان تقدمها و تضيفها في كل شهر حتى يتمكن أخيرا من مشاركة مائدة أفراد الأسرة في بعض المأكولات.

فبعض الأمهات خاصة ذوات المستوى المعيشي المرتفع تعطي للطفل أكثر مما يستحق،كالإكثار من اللحوم و الياغورت و الجبن و مزج أنواع من الفواكه ، ضانة أن هذا سوف يعطي للطفل قوام و صحة جيدة ، لكن هذا يجرّ الطفل إلى ما لا يحمد عقباه ، كالوقوع في مرض العصر والذي يتمثل في السمنة ، و أمراض أخرى عديدة. كما أن الكثير من الأمهات يرضخن لطلبات الأطفال اللامتناهية ويقدمنّ لهم كل ما يطلبون دون مراعات الجودة و النوعية في ذلك ودون قراءة مكونات المنتج ، ففي الوقت الحالي هناك رواج كبير للمتوجات الغذائية في الحملات الإشهارية خاصة منها المخصصة للأطفال ، لكن الأخطر في هذا هو المواد المضافة لهذه الأغذية كالمواد الحافظة وترمز برموز حتى لا يفهمها المستهلك ، والكثير منها مواد مسرطنة.

(1) - م. ستودينكين: العلم للجميع "صحة الأطفال"، دار "مير" للطباعة و النشر الإتحاد السوفيتي، ط3 ، 1985، ص89.

(2) - نفس المرجع ، ص 93.

صحيح أن إضافة المواد الحافظة و المانعة للأكسدة أصبحت ضرورية لإطالة عمر المادة الغذائية ، لكن هذه المواد تؤثر سلبا لتفاعلاتها الكيميائية الغير مرغوبة ، ومن صور هذه المواد الحافظة بعض الأملاح و المضادات الحيوية و بعض المركبات الكيميائية ، ولزيادة استخدامها في صناعة الأغذية فقد عمدت بعض الشركات إلى زيادة كمية المواد الحافظة عن الحدود التي تسمح بها جهات الرقابة ، لذلك لا بد من الفحص الدوري للأغذية التي تحوي هذه المواد ، خاصة منها المخصصة للأطفال ، فجسمه الضعيف لا يحتمل سمية هذه المواد⁽¹⁾.

و حسب ما جاء في تقرير 2012 (الأطفال في البيئات الحضرية) أن السمنة المفرطة تنتشر بين أطفال المناطق الحضرية في البلدان ذات الدخل المرتفع و المتوسط ، وأصبح الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالبدانة و الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب و السكري و السرطان، بسبب تناول الأغذية ذات الدهون المشبعة و السكر المكرر و الملح واقتران ذلك بعدم ممارسة الرياضة⁽²⁾.

لذلك يجب أن تكون الأم على دراية بما تقدمه للطفل ، لأنه حتى أولئك الذين يبدو ظاهريا أنهم يحصلون على تغذية جيدة ، يمكن أن يعانون بما يسمى بالجوع الخفي و هذا لإفطار الأغذية المستهلكة من الفيتامينات الأساسية للنمو الصحي للجسم وقد يخلف ذلك أضرار وخيمة للطفل و هناك حالة أخرى من النساء وهن ذوات المستوى المعيشي المنخفض تقتقرن للمواد الغذائية حتى الأساسية منها بسبب كلفتها و تقدمن للطفل أشياء بسيطة ، ونتيجة هذا ينشأ أطفال غير أصحاء.

و حسب ما جاء في تقرير 2012 حول وضع الأطفال في العالم أن نقص التغذية يساهم في أكثر من ثلث وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم ، كما أن له العديد من الآثار القصيرة و الطويلة الأجل، بما في ذلك تأخر النمو العقلي و زيادة مخاطر الأمراض المعدية و التعرض للأمراض المزمنة عند الكبر⁽³⁾.

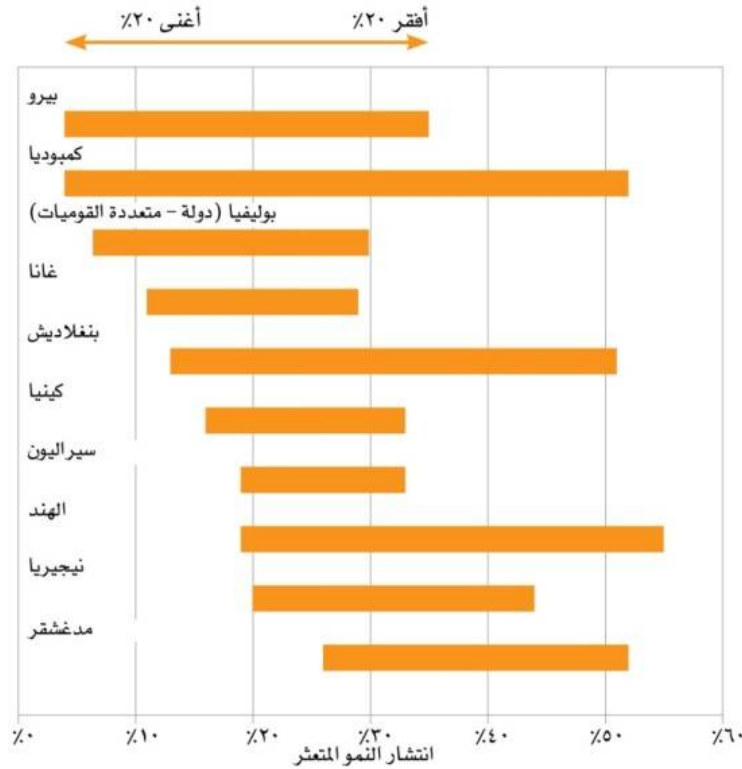
و الشيء المؤسف أن العديد من الدول تعاني الفقر الشديد مما ينجر عليه أمراض عديدة لمشاكل سوء التغذية ، و الرسم البياني التالي يعطي لنا صورة حية لانتشار هذا المشكل العويص، ولقد أخذت بياناته من مسح الصحة و السكان 2006-2010، حيث أن الطرف الأيمن من العمود يشير إلى انتشار النمو المتعثر بين الخمس الأكثر فقرا من سكان المدن و الطرف الأيسر يشير إلى الخمس الأكثر غنى.

(1) - عبد الرحمان عبيد مصيقر ، مرجع سابق ص36.

(2) - اليونيسيف: وضع أطفال العالم 2012، الأطفال في عالم حضري، تر، مركز العمل الإنمائي بالقاهرة، نيويورك ، 2012 ، ص19.

(3) - نفس المرجع ، ص 19.

الرسم البياني رقم (7): نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من النمو المتعثر في بعض الدول في المناطق الحضرية



المصدر: اليونيسيف: وضع أطفال العالم 2012، الأطفال في عالم حضري، تر، مركز العمل الإنمائي بالقاهرة، نيويورك، 2012، ص 19.

من خلال هذا الرسم و أخذ المقياس 20% كوحدة للمقارنة يتضح لنا أن أكثر الدول ينتشر فيها خط الفقر أكثر من خط الغنى مثل مدغشقر و نيجيريا كمبوديا و و كينيا ، ونلتبس هناك اعتدال بين الخططين فقط في بعض الدول مثل البيرو و غانا و بوليفيا و عليه يمكن أن نقول أن أغلبية الأطفال مصابون بالنمو المتعثر في تلك المناطق، الشيء الذي يفسر لنا أنهم عانوا من نقص التغذية لفترة طويلة.

ففي البلدان المنخفضة الدخل غالبا ما يكون نقص التغذية لدى الأطفال نتيجة للفقر، إذ يرتبط بوضع الأسرة و دخلها المنخفض و سوء البيئة و ظروف السكن و عدم الحصول على الغذاء و المياه النقية و التوجيه و الرعاية الصحية. و في عدد من البلدان ينتشر النمو المتعثر بين الأطفال الأكثر فقرا في المناطق الحضرية بنفس قدر انتشاره لدى نفس الأطفال في المناطق الريفية.

1-2-2 - الاستعانة بالطرق التقليدية في العلاج :

يعتبر التداوي الواجهة التي يبحث عنها الأشخاص للتخلص من مرض ما ، فهناك التداوي بالطرق الرسمية المعروفة للعلاج الناتجة من التكوين الأكاديمي و هناك طريق آخر وهو الطب التقليدي " الشعبي " و الطب التكميلي و حسب تعريف منظمة الصحة العالمية أن الطب التقليدي "الشعبي" هو طب له تاريخ طويل وهو حصيلة مجمل المعارف و المهارات و الممارسات القائمة على النظريات و المعتقدات و الخبرات المتأصلة في مختلف الثقافات سواء كانت قابلة للشرح و التفسير أم لا و تستعمل في صيانة الصحة و في الوقاية من الاعتلال البدني و النفسي و تشخيصه و تخفيفه و معالجته.

أما الطب التكميلي أو البديل فهو يشير إلى مجموعة واسعة من ممارسات الرعاية الصحية ، التي ليست جزءا من تقاليد البلد نفسه و هي ليست مدمجة إدماجا كاملا في نظام الرعاية الصحية السائدة ، كما تستعمل بصورة تبادلية مع الطب التقليدي في بعض البلدان ⁽¹⁾.

تقوم فلسفة العلاج في الطب الشعبي على الاعتقاد بان لكل داء دواء ومن ثم فإن كل مرض من الممكن شفاؤه، ما لم تكن نهاية المريض مقدرة في تلك اللحظة، وهنا يستحيل على أي طب أن يغير مشيئة الله ، وهو يعتبر مجالا متسعا جدا يصعب الإلمام بأبعاده إذ يشتمل على الإجراءات و الممارسات الدينية و السحرية و الميكانيكية الكيمائية في نفس الوقت ، حيث أن هناك من يقول أن عقاير الطب الشعبي تحتوي على العديد من العناصر المضاهية للأدوية الحديثة ، حيث أن العديد من النباتات الطبية تستخدم في علاج الأمراض منها الربو الشعبي و الإسهال و الملاريا و السكري و أمراض الكلى الخ. وقد تطور الطب الشعبي في مجتمعات البحر المتوسط و جنوب آسيا و الصين وبالتالي أصبح أكبر اعتمادا على النظريات العلمية الحديثة.

لقد اتسعت مجالات وممارسات الطب الشعبي و التكميلي ، ويتضح هذا من خلال عدد المتخصصين فيه ، فهناك معالجات الرعاية الصحية القائمة على الإجراءات كالأدوية العشبية و المداواة الطبيعية و الوخز بالإبر و المعالجة باليد و المعالجة الهيكلية العظمية بالإضافة إلى تقنيات أخرى مثل اليوغا و التايشي و الطب الحراري وغير ذلك من المعالجات البدنية و النفسية و الروحية و الجسمية العقلية.

(1) - منظمة الصحة العالمية : إستراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي الشعبي 2014-2023، جنيف، سويسرا، 2014، ص 15.

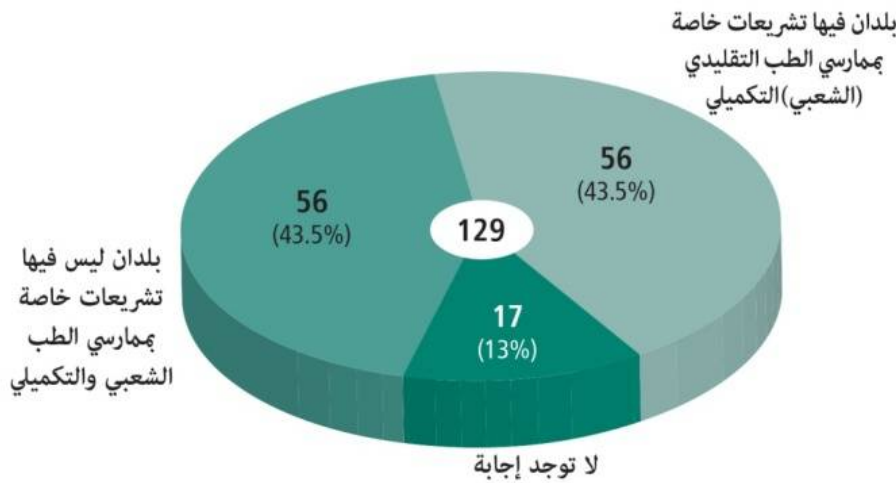
أما عن ممارسي الطب التقليدي و التكميلي فإما ان يكونوا من ممارسي الطب التقليدي ، أ والتكميلي أو النوعين معا ، كما يمكن ان يكونوا من العاملين في مجال الرعاية الصحية الرسمية كالأطباء (1).

هناك ممارسات حققت شهرة واسعة مقارنة بممارسات أخرى. والسبب في ذلك يرجع إلى أن التخصصات التي حققت شهرة واسعة ، نجد أن الطرق التي يتحصل بها ممارسوها على معارفهم هي طريقة علمية تأخذ بعين الاعتبار سلامة المريض في كل خطوة من خطواتها.

ففي بعض البلدان أصبحت بعض ممارسات الطب التقليدي و التكميلي معتمدة و متجذرة و أصبح يطلب من الممارسين استكمال برنامج تدريبي و تعليمي رسمي، ففي العديد من البلدان الأوروبية و بلدان أمريكا الشمالية مثلا ينبغي استكمال برنامج تدريبي و تعليمي رسمي.

و الرسم البياني التالي و المستنبط من المعطيات المؤقتة للمسح العالمي الثاني لمنظمة الصحة العالمية 2012 يوضح لنا ذلك :

الرسم البياني رقم (8) : التشريعات الخاصة بممارسي الطب التقليدي و التكميلي .



المصدر : منظمة الصحة العالمية : إستراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي الشعبي 2014-2023، جنيف، سويسرا، 2014، ص33

(1) - نفس المرجع، ص 31.

من خلال هذا الرسم يتبين لنا ان تساوي نسبة البلدان التي وضعت تشريعات خاصة بممارسي الطب التقليدي التكميلي وهذه النسبة تقدر ب 43.5% في حين نجد نسبة 13% لا تتوفر عندها إجابة في هذا المجال.

أما استعمال هذا النوع من الممارسات في الدول العربية ، فهو يفسح مجالا كبيرا لعوامل المرض الراجعة لعوامل نفسية و سحرية ، فحسب الدراسة التي قام بها فريق الباحثين المصريين " محمد الجوهري و آخرون " حول مسألة التدوي بالطب الشعبي عند الأطفال في مصر بينت النتائج التي توصلوا إليها أن الكثير من الأمراض مثل ارتفاع حرارة الجسم و الصرع يمكن أن تعلل بالعين و الحسد ويندرج تحت هذا البند أيضا تأثيرات الكائنات فوق الطبيعية و أبرزها القرينة و الجن، فهذه الأخيرة تعمل على إلحاق الضرر بالطفل.

و أبرز خطر تمثله القرينة هو الاعتداء على الطفل نفسه ، وأخذ الطفل الإنسي و إعطاء الأم أحد أولاد الجن فيسمى هذا الجديد مبدولا، ويطلق ذلك بالذات على الطفل الدائم الصراخ و الذي يتألم دائما لأسباب غير مفهومة.و لما كان المريض يمكن أن يرجع إلى عوامل نفسية أو روحية و أخرى مادية عادية ، فإن العلاج يمكن أو يتحتم أحيانا أن يتم بوسائل سحرية من نفس الطبيعة كالتمايم و الأحجبة وما إلى ذلك ، كما قد تتم الاستعانة بطريق آخر وهو ما يعرف بالرقية الشرعية ، كما قد يتم العلاج بالأساليب الطبية التقليدية أو باستخدام مشروط الجراح⁽¹⁾.

أما عن مضمون الوصفات العلاجية فنجد أن الفئة الأولى ذات الطبيعة السحرية فهي تضم كل العناصر المستخدمة في الأعمال السحرية العادية كالأسماء أو الآيات القرآنية المكتوبة في أوراق تستعمل للشرب أو الغسل أو الأحجبة...الخ.

أما عن المواد أو العناصر المستخدمة في النوع الثاني من الوصفات العلاجية هي وصفات بمفهومها التقليدي وهي كل العناصر التي تنتجها البيئة الطبيعية من نباتات و حيوانات و كلها أشياء عادية قد تستخدم كما هي و قد تعالج على نحو معين وقد يقتصر على استعمال عضو منه أو استعمال إفرازات ذلك العضو وهذا مثل العسل أو الزيت ...الخ.

(1) - محمد الجوهري و علياء شكري و آخرون : الطفل و التنشئة الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، 1994، ص ص 33-34.

إلا أن هذه العناصر النباتية أو الحيوانية لا تستخدم كما هي بحالتها الطبيعية، وإنما يتطلب الأمر تقيدها بعدد من الظروف و القواعد و الإجراءات كأن تستعمل لوقت معين أو أن تضم الوصفة عددا من العناصر يدخل في تركيبها كميات متفاوتة من هذه المواد...الخ. كما تبين من هذه الدراسة أن أمراض الطفولة الأكثر شيوعا التي تتصدى لها هذه الصفات هي : تأخر نمو الطفل عن المشي أو التأخر في الكلام ، و أمراض الطفولة الأخرى كالسعال و الحصبة و البكاء المستمر، وحالات الصرع و الحمى والهزال....الخ وعن الأسباب الشائعة للجوء إلى هذا النوع من العلاج فهو إما بسبب الجهل أو الانخفاض في المستوى المعيشي أو بسبب البعد المكاني.

فحسب النتائج التي توصلت إليها الدكتورة أنعام عبد الجواد حول تربية الأطفال لدى المرأة العاملة و الغير العاملة في مدينة القاهرة ، تطرقت إلى مسألة الرعاية الصحية للأطفال ، وخلصت الدراسة إلى أن هناك أكثر من اتجاه سائد التعامل مع الأمراض ، فالاتجاه الأول تميز بالتعامل بالطرق التقليدية في العلاج بصورة خالصة ، أما الاتجاه الثاني فتميز بالاستعانة بالطب الرسمي الحديث ، أما الاتجاه الثالث فهو خليط بين الاستعانة بالطب الشعبي و الرسمي.

أما عن العوامل التي تحدد اتجاه طرق العلاج التي يتبعها أفراد مجتمع البحث فهي المستوى الطبقي للأسرة، و المستوى التعليمي للوالدين إذ أن الطفل في الطبقة العليا يحظى باهتمام خاص ، حيث يتوفر له المسكن الجيد و التهوية و العلاج بالطب الرسمي.

أما في الطبقة الفقيرة فالإتجاه إلى الطب الرسمي يكون بعد عجز الطب الشعبي في علاج الحالة و كثيرا ما يستعان بالتجارب السابقة للأجداد⁽¹⁾.

كما تبين من خلال إستراتيجية منظمة الصحة العالمية ، انه يعزى انتشار استعمال الطب التقليدي (الشعبي) على نطاق واسع في إفريقيا و بعض البلدان النامية إلى أن خدماته جاهزة في كل وقت و ميسورة التكاليف.

(1) - نفس المرجع ، ص 334.

لكن على الرغم من وجود أمور مشتركة وراء اختيار الطب الشعبي و التكميلي ، هناك أيضا العديد من الاختلافات بين البلدان و الأقاليم وقد بينت بعض الدراسات أن الأفراد يختارون الطب التقليدي و التكميلي لأسباب متعددة منها تزايد الطلب على كافة الخدمات الصحية و الرغبة في الحصول على مزيد من المعلومات التي تؤدي إلى زيادة الوعي بالخيارات المتاحة ، وتزايد الاستياء من خدمات الرعاية الصحية القائمة في ميدان الطب الرسمي⁽¹⁾.

لكن رغم النتائج الإيجابية المحققة من طرف الطب الشعبي عندما يمارس بشكل صحيح ، تبقى ممارسته في العديد من الدول تمارس بصفة غير آمنة لعدم وجود رقابة من قبل السلطات ، الشيء الذي ينجّر عنه مخاطر عديدة قد تصيب الشخص المعالج بها ، ما بالك إذا كان المعالج هو جسم حساس كجسم الطفل . و يمكن حصر بعض المخاطر الناتجة من الطب التقليدي لارتباطها بتصرفات خطيرة و خاطئة مثل :

استعمال منتجات رديئة النوعية أو مشبوهة أو مزيفة أو وجود ممارسون غير مؤهلون ، كما قد يكون هناك غلط في التشخيص أو عدم استعمال المعالجات التقليدية الفعالة ، كذلك الركون إلى معلومات مضللة أو غير موثوقة و الوقوع في الآثار الجانبية الناتجة من التفاعل مع العلاج الغير مرغوب فيه⁽²⁾.

1-3- العيش تحت عامل الفقر:

يعتبر الفقر السبب الجذري للمعدلات المرتفعة لمرض الأطفال و وفاتهم ، فأكثر من نصف الأطفال في الدول النامية تنتهك بسبب التقصير الشديد في تزويدهم بما لا يقل عن واحدة أو أكثر من المبالغ و الخدمات التي من شأنها أن تتيح لهم الفرصة للبقاء و النمو و التطور.

فحسب النتائج التي توصل إليها تقرير 2005 حول الأطفال أن هناك أكثر من طفل من بين الأطفال لا يحصلون على مأوى ملائم ، و طفل من كل خمسة أطفال لا يتوفر له مياه شرب مأمونة ، وطفل من بين 7 أطفال لا تتوفر له إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية ، و أكثر من 6% من الأطفال يفتقرون إلى التغذية.

(1) - منظمة الصحة العالمية : استراتيجيه منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي الشعبي ، مرجع سابق ، ص 27.

(2) - نفس المرجع ، ص 31.

و لقد عرفت منظمة الأمم المتحدة الفقر على انه حالة إنسانية تتصف بالحرمان المستدام أو المزمن من الموارد و القدرات و الخيارات و الأمن و القوة اللازمة للتمتع بمستوى معيشي ملائم و بالحقوق المدنية و الثقافية و الاقتصادية و السياسية و الاجتماعية ، فالفقر يضرّ بالنمو العقلي و الجسدي و العاطفي و الروحي للطفل⁽¹⁾. و أي ضغط يتعرض له الفرد في سن مبكرة، كالحرمان الاجتماعي والاقتصادي و الخلل في الرعاية و القسوة في التربية يسبب له صعوبات في السنوات اللاحقة قد تصل إلى حد الإصابة بأمراض مزمنة.

من خلال هذا التعريف يتضح لنا أن للفقر أبعاد كثيرة ، لكن البعد الذي سوف نسلط عليه الضوء هو الحرمان المادي ، الذي يترجم بإنقاص استهلاك الغذاء و تدني الوضع الصحي و المستوى التعليمي و الوضع السكني. و بمفهوم مبسط نقول عن الفرد انه يعيش ضمن إطار الفقر إذا كان دخله غير كافي للحصول على أبسط الضروريات للمحافظة على نشاطات حياته و حيويتها. فكثيرا ما يعطل الفقر والحرمان المسار الطبيعي للنمو في الطفولة المبكرة و يعيش أكثر من طفل من أصل خمسة أطفال في البلدان النامية في فقر الدخل المطلق .

ففي البلدان النامية حيث يعيش 92% من الأطفال ، لن يعيش 7% من هؤلاء الأطفال إلى ما بعد سن الخامسة ، ومع قلة التغذية و النقص في المرافق الصحية وسوء الأحوال الصحية يزداد خطر التعرض للالتهابات و التقزم ، حيث يصاب حوالي 156 مليون طفل بالتقزم نتيجة لنقص التغذية و الالتهابات و يسهم سوء التغذية في نسبة 35% من الوفيات التي تحصل بسبب الحصبة و الملاريا و ذات الرئة و الإسهال ، كما يتأثر الطفل بوضع الأم و بحالتها المعيشية و بمستوى تحصيلها العلمي و بما تعاني من اكتئاب و توتر⁽²⁾.

(1) - اليونيسيف: وضع أطفال العالم 2005، الطفولة المهددة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2005، الأردن ، ص 16.

(2) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2014، تر لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية و الاجتماعية لغرب آسيا ، 2014، ص 57.

يعتبر انخفاض المستوى المعيشي عائق يمنع الأسرة من تلبية حاجيات أفرادها، فهذه الأسر تفتقر لعمل تقنيات منه وتأخذ من خلاله على اجر يعينها. فعلى المستوى العالمي نجد 1.2 مليار من السكان يعيشون على أقل من 1.25 دولار في اليوم ، ويعيش 2.7 مليار على أقل من 2.50 دولار في اليوم⁽¹⁾. إذ تختلف مناطق العالم في افتقارها للدخل من منطقة لأخرى ، كما هي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (7) :التغير في فقر الدخل في مناطق مختلفة من العالم.

المنطقة	عدد بلدان العينة	فقر الدخل (بالنسبة المئوية)	فقر الدخل المعروضون (بالنسبة المئوية)	عدد بلدان العينة	الفقر المتعدد الأبعاد (بالنسبة المئوية)	حدة الحرمان (بالنسبة المئوية)	المعرضون للفقر المتعدد الأبعاد (بالنسبة المئوية)
الدول العربية	10	6.5	36.4	9	15.5	48.4	8.7
شرق آسيا والمحيط الهادئ	11	12.7	25.1	10	6.4	44.7	16.2
أوروبا وآسيا الوسطى	15	1.4	6.0	15	1.8	37.3	4.5
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	20	5.7	7.0	14	6.7	42.8	9.5
جنوب آسيا	8	30.6	44.4	7	53.4	50.8	17.9
جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى	40	50.9	27.8	36	59.6	55.0	16.2

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية بشرية 2014، تر لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية و الاجتماعية لغرب آسيا ، 2014، ص 71

من خلال هذا الجدول يتبين أن أكثر المناطق التي تعاني من فقر الدخل توجد في جنوب الصحراء الإفريقية الكبرى ب 50.9% ثم جنوب آسيا ب 30.6% ، ثم تأتي دول شرق آسيا و المحيط الهادي.

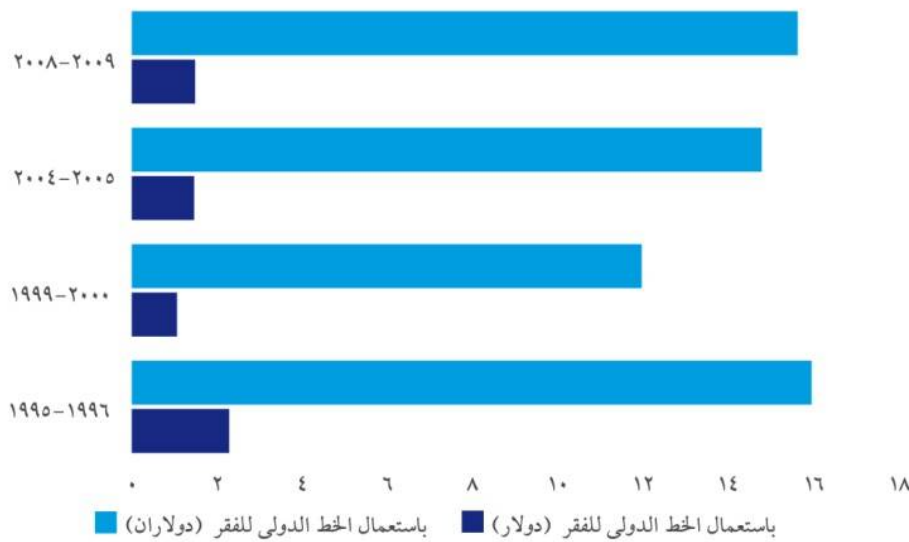
فقر الدخل في هذه المناطق إنما هو انعكاس للأوضاع السيئة التي تعيشها هذه المناطق ، كتأثيرات البيئة ، وانخفاض المستوى التعليمي والنزاعات المسلحة...الخ.

و عن خريطة الفقر في الوطن العربي ، فإن الأقطار العربية تتباين تباينا كبيرا في المستويات المعيشية للأفراد و توزيع الثروة ، ولذلك يمكن تقسيم هذه الأقطار إلى ثلاث فئات . فئات عالية التغطية و تشمل دول التعاون الخليجي و ليبيا و هي التي تتصف باعتمادها الكبير على النفط، كما أنها تحقق معدلات تنمية عالية نسبيا مما ساهم في تراجع ظاهرة الفقر لديها (ملاحظة : تغيرت الأمور مع ليبيا نظرا للارزمة و حالة اللا أمن التي تعيشها حاليا).

(1) - نفس المرجع ،ص70

أما الفئة الثانية فهي الأقطار متوسطة الدخل و التي تشمل مصر و العراق والأردن و لبنان و سوريا و المغرب و تونس و الجزائر. وأخيرا الفئة الثالثة وهي الأقطار منخفضة الدخل مثل السودان و الصومال و اليمن و جيبوتي و فلسطين⁽¹⁾. فلو نقلنا التفاتة على مصر مثلا ، نجد أن هذا البلد يحوي على 28 مليون طفل ، لكن تبين من نتائج إحدى الدراسات حول فقر الأطفال ، أنه بالرغم من النمو الاقتصادي الذي عرفته مصر في السنوات الأخيرة إلا أن هذا لم يساعد الفقراء من حيث انه لم ينقص من معدل الفقر الناجم عن الدخل أو الحرمان و الرسم הבاني التالي يبين ذلك:

الرسم البياني رقم (9): عدد الأطفال في مصر الذين يعيشون على دولار ودولارين في اليوم للفترة 1995-2008.



المصدر: اليونيسيف : دراسة عن فقر الأطفال و التفاوت في مستوى معيشتهم في مصر ، 2010 ، مصر ، ص4.

من خلال هذا الرسم يتبين لنا أن عدد الأطفال الذين يعيشون في فقر مطلق يتزايد ، فقد انخفض عدد الأسر المعيشية الفقيرة ذات الأطفال من عام 1996 إلى عام 2000 ، ثم ازداد بعد ذلك ، وفي عام 2009 تجاوز عدد الأسر المعيشية الفقيرة ذات الأطفال مستويات عام 1996 .

أما فيما يخص الجزائر، فهي الأخرى عانت من الفقر و الحرمان في الحقبة الاستعمارية ، أما بعد الاستقلال ، وبعد المشاريع التنموية التي طبقتها ، عرفت معدلات الفقر تراجعاً ملحوظاً ، ويمكن استخلاص ذلك من مقياس التنمية البشرية الذي يعبر عن حالة الرفاه التي يعيشها الفرد ومقدرته على الاستهلاك لكل المتطلبات الضرورية للحياة.

(1) - اليونيسيف : دراسة عن فقر الأطفال و التفاوت في مستوى معيشتهم في مصر 2010 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، مصر ، ص 26.

فمعدل التنمية البشرية عرف تطورا ب 1.4 نقطة من 1998 إلى 2005 ، مقابل نقطة واحدة فقط من 1985 إلى 1995 ⁽¹⁾. كما انتقلت وتيرة النمو من 1.05% في الفترة 2006 - 2007 إلى 1.43% في الفترة 2007 - 2008 ⁽²⁾. كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (8): تطور في مؤشر التنمية البشرية مع بعض المؤشرات التابعة له من سنة 2006 إلى سنة 2008.

السنوات المؤشرات	%2007 - 2006	%2008 - 2007
مؤشر التنمية البشرية IDH	1.05	1.43
مستوى المعيشة	1.25	2.61
مؤشر الناتج المحلي الإجمالي PIB	2.10	2.19

المصدر: C.N.E.S :Rapport national sur le développement humain.PNUD.Algerie 2008.p18.

من خلال هذا الجدول يمكن أن نقول أن الارتفاع الطفيف في مؤشر التنمية و الناتج المحلي الإجمالي ساهم في رفع مستوى المعيشة للسكان، حيث انتقلت النسبة من 1.25% في 2006-2007 إلى 2.61% في 2007-2008.

فالدخل عامل هام للتطور إذ يحدد اتجاه المستوى المعيشي للفرد. والجزائر عرفت تطورا ملحوظا للدخل الفردي خاصة في الفترة 2003-2004 و الفترة 2006-2007 في معظم القطاعات و مست التغطية حتى القطاع الخاص وهذا من اجل حماية حقوق المواطن ، و تراوحت نسبة الزيادة من 5 إلى 20% وهذا حسب كل مؤسسة وكل قطاع ⁽³⁾

(1)- C.N.E.S: Rapport national sur le développement humain.PNUD.Algerie 2006.p20.

(2)- C.N.E.S :Rapport national sur le développement humain.PNUD.Algerie 2008.p18

(3)- Ibid,p32.

لكن بالرغم من هذا التقدم مازال هناك العديد من السكان يعيشون تحت خط الفقر والحرمان حتى من الضروريات الأساسية في الحياة ، فرغم التقدم الاقتصادي بقيت مستويات البطالة مرتفعة ، وهي في حدود 29.5% ⁽¹⁾ حسب النتائج التي توصل إليها التقرير الوطني 2008 ، ولم تقتصر البطالة على الأشخاص ذوي المستوى التعليمي المحدود ، وإنما مست حتى الإطارات المتعلمة.

و كما هو معروف فإن البطالة لها تأثير بليغ على القدرة الشرائية للفرد و بالتالي انخفاض المستوى المعيشي للأسرة برمتها فالعلاقة وطيدة بين الفقر و البطالة فهي تعتبر المكون الرئيسي للفقر. و الجزائر كباقي دول العالم تعاني اشد المعانات من هذه الظاهرة و حسب النتائج التي جاء بها التقرير OMD 2010 فإن نسبة السكان الذين يعيشون في أقل من 1 دولار في اليوم مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (9): نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من 1 دولار في اليوم

السنوات	1988	1990	2000	2005	2008	2009	2015
نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من 1 دولار في اليوم	1.9	1.7	0.8	0.6	0.5	0.5	0.3

Source: Gouvernement Algérienne: 2eme rapport national sur les objectif du millénaire pour le développement

,septembre2010 ,p24.

من خلال الجدول يتبين أن نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من 01 دولار في اليوم كانت 1.9% سنة 1988 وانخفضت إلى 0.6% في 2005 ، ثم 0.5 % في 2009 .

رغم المشاريع التنموية المحققة إلا أن نسبة السكان الذين يعانون من انخفاض في مستوى المعيشة لا يستهان بهم، و تتجلى مظاهر هذا الانخفاض في انتشار العديد من الآفات مثل ظاهرة الهجرة ، التسول ، الجريمة بكل أنواعها ، عمالة الأطفال و انتشار الأحياء و الأكواخ القصديرية.

و على الدولة النظر و مراجعة السياسة الاقتصادية وعلى الأخص توزيع الثروات من خلال نظام عادل للأجور ومحاربة الفساد الذي شمل كل الميادين السياسية والاقتصادية.

(1) C.N.E.S : Rapport national sur le développement humain. PNUD. Algérie 2008. p32.

1-4- الحجم الكبير للأسرة:

تعودت المرأة في المجتمع التقليدي أنجاب عدد كبير من الأطفال، نظرا للعلاقة القائمة في هذا النمط من المجتمعات بين عدد الأطفال و قوة العائلة الممتدة ، أضف إلى ذلك ظاهرة الاختلاف أو التعويض التي عمت المجتمع بعد الاستقلال نظرا لفقدان العديد من الأفراد أثناء الحرب ضد الاستعمار.

لقد عرفت خصوبة المرأة تراجعاً ملحوظاً في الآونة الأخيرة وهذا بفضل عدة مؤثرات منها ارتفاع المستوى التعليمي و خروج المرأة للعمل ، لكن هذا لا ينفي من وجود بعض الأسر مازالت تحبذ الحجم الكبير للأطفال خاصة إذا كانت ضمن العائلات الممتدة.

لكن رعاية الأطفال و كذا المستوى المعيشي للأسرة يتأثر إلى حد بعيد بعامل الدخل وتوزيعه بالعدل على جميع أفرادها، وذلك لسد حاجياتهم من ملبس و مأكّل و تعليم وعلاج و غيرها من المصاريف التي تستدعيها الرعاية و التربية السليمة. و يعيش الكثير من الآباء غالباً صعوبة الموقف الناتج عن عدم التوازن بين الإمكانيات المادية المحدودة و بين المتطلبات المتعددة لأفرادها ، خاصة إذا كان هناك حجم كبير.

فالعلاقة التي تربط بين حجم الأسرة و بين التغذية و الصحة تشكل عوامل تستدعي الاهتمام عند دراسة نمو الطفل و حالته الصحية ، وتعيش العائلات الواسعة ذات الإمكانيات المحدودة خطورة هذه العلاقة ، فغالبا ما تنتج هذه العائلات في تغذية أطفالها إلى إهمال خاصية النوع و تكثفي بالتركيز على الكم.

فالمباعدة بين الولادات لها فوائد صحية تعود على الأم و الطفل معا ، والقرآن الكريم حثّ على ذلك في قوله تعالى " و الوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة " صدق الله العظيم. لقد تبين أن الحالة الصحية للام أثناء الحمل تؤثر على صحة الجنين ونموه داخل الرحم ، و الأم تحتاج ما لا يقل عن ثلاث سنوات بعد ولادتها حتى تصبح مستعدة لحمل جديد و تعود أعضاء جسمها إلى وضعها الطبيعي.

فعندما تكون فترات الحمل متقاربة فإن هذا يؤدي إلى عدم حصول الجنين كفايته من التغذية للنمو أثناء الحمل ، مع احتمال حصول ولادة مبكرة وبوزن أقل من الطبيعي⁽¹⁾

(1) - سلوى جبار الشهابي : دائرة الأسرة و المجتمع ، 26 جانفي 2015 من الموقع : www.shabiba.com

كما يمكن أن يعاني الطفل مضاعفات نتيجة عدم نضوج أجهزة الجسم قد تؤدي به إلى الوفاة، وفي هذا المجال أكدت الدكتورة "سلوى جبار الشهابي" أن انتشار أمراض سوء التغذية يكون في السنوات الأولى من العمر و يغلب مشاهدتها عند الأسر متقاربة الولادات وهذا لعدم قدرة الأم المواصللة في الرضاعة الطبيعية وتقديم الأغذية التكميلية و العناية اللازمة للطفل .

2- تأثير العامل البيئي على الرعاية الصحية للطفل:

تعرف البيئة بأنها كل ما يحيط بالإنسان من عوامل طبيعية و حيوية واجتماعية ، و العوامل البيئية إما ان تكون طبيعية مثل الهواء و الماء و التربة و المناخ ، و إما أن تكون من صنع الإنسان مثل المدن ووسائل المواصلات و المصانع و غيرها و يستمد الإنسان من بيئته ضروريات بقائه حيا و أسباب رفاهيته ، فالبيئة تشمل الأرض التي يعيش عليها و المسكن الذي يأوي إليه و الهواء الذي يتنفسه و الماء الذي يشربه ، والمواد الكيماوية التي يستعملها في حياته ...الخ.

و يستعمل الإنسان البيئة كمصدر يأخذ منه ما يحتاج من طعام و ماء و هواء ويلقي فيه في نفس الوقت فضلاته المنزلية السائلة منها و الصلبة و مخلفات مصانعه بأنواعها المختلفة الغازية و الصلبة و السائلة. ففي القديم عندما كان عدد السكان قليلا واحتياجاتهم الحياتية محدودة كانت البيئة قادرة على امتصاص هذه الضغوط المتزايدة و توفير العناصر الرئيسية للحياة من مأكلا و مشرب و هواء، أي أنه كان هناك نوع من التوازن بين حاجة الإنسان وقدرات البيئة.

أما في الوقت الحاضر وبعد الزيادة الهائلة في أعداد السكان و تجمعهم في مناطق سكنية كثيفة فقد أصبحت العناصر الرئيسية للحياة عرضة للنفاد و التلوث ويزداد الوضع سوءا في الكثير من البلدان النامية و التجمعات السكنية الفقيرة نتيجة للكثير من الممارسات الخاطئة و الاستغلال الجائر للعديد من الموارد البيئية و نتيجة لهذا الاختلال تتكون عوامل بيئية غير صحية تساهم بشكل كبير في الضغط على صحة الإنسان و نشر الأمراض و الأوبئة الفتاكة ولعل انتشار الإسهالات و الأمراض المرتبطة بالماء أكبر دليل على مدى تأثير صحة الإنسان بالبيئة المحيطة به.

أما الصحة فهي كلمة شائعة تستعمل للتعبير عن نوعية الحياة ، فبالرغم من شيوع لفظ الصحة ، إلا أنه يصعب قياسها أو الاتفاق على تعريف محدد لها، فهي تعني النقص و غياب الأعراض المرضية أي الخلو من المرض و عدم الإحساس بالعجز و يعتبر هذا التعبير ناقصا ، فليس كل إنسان لا تبدو عليه الأعراض المرضية يتمتع بالصحة و العافية ، فالصحة تتضمن أكثر من مجرد الخلو من الأمراض ، بل تقترب أيضا بعواطف الإنسان و أفكاره وعمله و مواقفه ، وقدرته على العطاء و التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه. فالفرد يستطيع ان يحمي صحته و يرفع من مستواها عن طريق ممارسة السلوك المفيد ، و الاهتمام بنظافة ما يدخل جوفه أو جهازه التنفسي و الاستجابة للإرشادات و التوجيهات المتعلقة بالتنظيف الصحي و حماية البيئة ، وبعد ذلك يأتي دور دعم و مساعدة الأجهزة الصحية.

ترتبط صحة الفرد ارتباطا وثيقا بصحة أسرته و مجتمعه، فالأم المريضة بمرض معد يمكن أن تنقل المرض إلى طفلها و كذلك فإن خطر انتشار الوباء يهدد جميع أفراد المجتمع. ومن هنا جاء التركيز على حماية صحة المجتمع ومنع أسباب المرض عنه خاصة الاهتمام ببرامج الوقاية وهذا بتوفير بيئة صحية ملائمة للفرد.

أما المرض فهو انحراف الجسم عن الحالة الطبيعية إلى الحد الذي تصبح فيه قدرات الجسم و أنسجته المختلفة غير كافية لإعادة الجسم إلى حالته الطبيعية المتوازنة، فالمرض لا يظهر هكذا دون سابق إنذار أو أمرا محتوما لا خلاص منه أو لا يمكن تفاديه، فالحالة المرضية تنتج عن اختلال في التوازن بين وظائف الجسم. و المرض ليس أمرا طارئا يحدث فجأة دون سابق إنذار أو أمرا محتوما لا خلاص منه أو لا يمكن تفاديه ، فالحالة المرضية تنتج عن اختلال في التوازن بين وظائف الجسم و ينتج هذا الاختلال نتيجة لتغلب العوامل المسببة للمرض على وسائل المقاومة و الحماية للجسم فورا كل مرض عملية تغيير مستمرة و هناك صراع دائم بين أعضاء الجسم و أجهزته و بين العوامل المسببة للمرض، لإبقاء على توازن وظائف الأعضاء و التغلب على العوامل الضارة للجسم.

فإذا انتصر الجسم على العوامل المسببة للمرض استمرت الحالة الصحة ، أما إذا تغلبت عوامل المرض ظهرت الحالة المرضية. و تتفاوت الأمراض في سرعة ظهورها ، فقد يظهر المرض سريعا بعد التعرض لمسبباته ويسمى بالمرض الحاد مثل مرض الكوليرا، وقد تمر فترة زمنية طويلة بعد وصول مسبب المرض للجسم و حتى ظهور الأعراض فيسمى المرض المزمن⁽¹⁾ .

(1) - برنامج الأمم المتحدة للبيئة مع منظمة الصحة العالمية و الوكالة الامم المتحدة لإغاثة اللاجئين الفلسطينيين: الإنسان و الصحة و البيئة، الدليل الشامل

للعاملين في خدمات صحة البيئة ، الجزء التاسع، 2004، صص 7-8.

و المرض إما أن يكون موجودا باستمرار في المجتمع ، وعندها يسمى بالمرض المستوطن مثل مرض التيفوئيد في المجتمعات الفقيرة ، فإذا انتشر المرض بشكل مفاجئ و أصاب أعداد كبيرة خلال فترة زمنية قصيرة سمي وباء مثل انتشار مرض الكوليرا في الكثير من الدول الفقيرة.

و في العصر الحديث برزت مشكلات بيئية مختلفة عن التي سبقت معرفتها و معالجة بعض أسبابها، فالملوثات البيئية الناتجة عن الصناعة و التطور الحضاري تشكل خطرا على الصحة و أكثر ما يقلق هو وجود كميات كبيرة من المواد الكيميائية التي تلوث البيئة و لم يتم التعرف حتى الآن على الأخطار الصحية التي يمكن أن تسببها. فالكيماويات التي تمثل في الواقع سمة الحضارة الحديثة أصبحت مصدر خطر للتلوث البيئي، وفي كل سنة يتم اكتشاف آلاف من هذه المواد ويتم تناول المئات منها تجاريا ولا يعرف بشكل كاف تأثيرها على الصحة ، وهذه المركبات تكون إما صلبة أو سائلة أو غازية كما تصنف حسب تأثيرها على الجسم فهي إما مهيجة أو سامة أو مولدة للطفرة أو مسرطنة أو مخدرة كما قد تكون إما طبيعية أو صناعية (1).

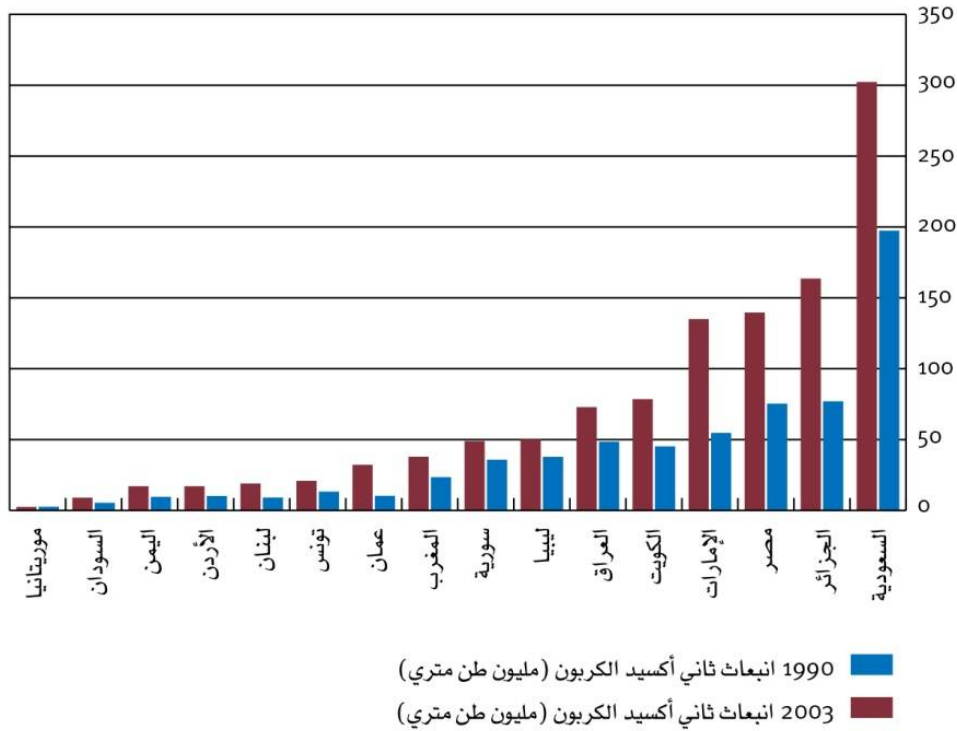
2-1 - التلوث الهوائي :

و من بين الملوثات نجد مواد خانقة مثل ثاني أكسيد الكربون و الهيليوم و الميثان و النيتروجين و تؤدي كثرة هذه الملوثات إلى تخفيف نسبة الأكسجين في الهواء المستنشق إلى أقل من الحد الذي يتطلبه جسم الإنسان. و الدول العربية كغيرها تعاني من خطر تلوث الهواء ، فمقارنة مع الدول المصنعة ، فهي الوحيدة التي سجلت معدلات ادني من انبعاث ثاني أكسيد الكربون و هو 531.9 طن وهي بلدان إفريقيا جنوب الصحراء وهذا الانخفاض في مظهره إنما هو راجع لعدم تحقيق انجازات في مجال التصنيع (2) و الرسم البياني التالي يوضح ذلك :

(1) - نخبة من اساتذة الجامعات في الوطن العربي : طب المجتمع ، الكتاب الطبي الجامعي، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية ، الإسكندرية ، ص192.

(2) - نفس المرجع ، ص193.

الرسم البياني رقم (10): ارتفاع معدلات انبعاث غاز ثاني أكسيد الكربون في البلدان العربية.



المصدر: برنامج الامم المتحد الإنمائي : تقرير التنمية العربية ، المكتب الإقليمي للدول العربية ، بيروت ، لبنان ، 2009، ص46.

يتضح من خلال الجدول أن انبعاثات ثاني أكسيد الكربون في شمال إفريقيا و الشرق الأوسط تتزايد بمعدلات هي من الأسرع في العالم، ففي الفترة ما بين 1990 و 2003 كانت نسبة التزايد 4.5 سنويا كما أن حجم الانبعاثات يتزايد عند البلدان المنتجة و المصدرة للبترول ، كالجزائر ، سورية ، مصر و يبرز الفرق بين المناطق الحضرية و الريفية.

2-2- التلوث المائي:

تعاني المنطقة العربية من خطر التلوث المائي و التي ترجع اسبابه إلى استخدام الأسمدة الكيماوية و علاجات البستنة و الطب البيطري التي تترك أثارا طويلة الأمد و تجد طريقها إلى المياه في نهاية المطاف. ينعكس تلوث المياه في عدة أجزاء من المنطقة العربية تدنيا للقدرة على الحصول على المياه النظيفة وهي من الموارد التي يعاني الناس ندرتها بصورة عامة.

يشكل الافتقار إلى كميات كافية من المياه النظيفة بصورة خاصة تهديدا لأمن الإنسان في أكثر من ناحية ، فقد يؤدي إلى انتشار الأمراض بين الأطفال مثل الإسهال ، ويؤثر في انتظام دوامهم المدرسي وهو يحرم المرأة من ساعات طويلة تقضيها لجلب المياه لعائلتها بدلا من تكريس الوقت لنشاطات شخصية أو تجني منها دخلا معيلا للأسرة. إن الفقراء على العموم لا يحصلون على المياه النظيفة بينما يستهلك الأغنياء قدرا منها.

يقدم تقرير مؤشرات التنمية العالمية الصادر عن البنك الدولي 2007 معلومات عن تلوث المياه في خمسة عشر بلدا عربيا ، و تمس التقديرات تونس و الجزائر و العراق و مصر و المغرب هي في مقدمة البلدان العربية الأكثر تلوثا من انبعاث الملوثات العضوية في الماء ⁽¹⁾ و الجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (10): مستويات التلوث المائي جراء الملوثات العضوية في خمسة عشر بلدا عربيا و بلدين صناعيين 1990-2003.

البلد	انبعاثات ملوثات الماء العضوية (بالطن المتري يوميًا) في العام 1990	انبعاثات ملوثات الماء العضوية (بالطن المتري يوميًا) في العام 2003	انبعاثات ملوثات الماء العضوية (كيلوغرام للفرد العامل يوميًا) في العام 1990	انبعاثات ملوثات الماء العضوية (كيلوغرام للفرد العامل يوميًا) في العام 2003
مصر	211.5	1.186	0.2	0.2
الجزائر	107	...	0.25	..
تونس	44.6	55.8	0.18	0.14
المغرب	41.7	72.1	0.14	0.16
العراق	26.7	...	0.19	..
سورية	21.7	15.1	0.22	0.2
السعودية	18.5	..	0.15	..
الكويت	9.1	11.9	0.16	0.17
الأردن	8.3	23.5	0.19	0.18
اليمن	6.9	15.4	0.27	0.23
الإمارات العربية المتحدة	5.6	..	0.14	..
عمان	0.4	5.8	0.11	0.17
السودان	..	38.6	..	0.29
لبنان	..	14.9	..	0.19
ليبيا	..	..	..	..
الولايات المتحدة	2565.2	1805.2	0.15	0.13
الاتحاد الروسي	1991.3	1388.1	0.13	0.18

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية العربية ، المكتب الإقليمي للدول العربية ، بيروت ، لبنان ، 2009، ص45.

(1) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية العربية 2009، مرجع سابق ، ص45.

بيانات الجدول تظهر ان المعدلات في هذه البلدان تظل أدنى بكثير منها في دول مثل الولايات المتحدة التي كان فيها المعدل اليومي المطلق للتلوث في عام 2003 عشرة أضعاف معدلات التلوث العربية العليا ، و ان الإتحاد الروسي تفوق في تلك السنة على المعدلات العربية بنسبة سبعة أضعاف و نصف.

فنسبة التلوث جراء تلك المواد العضوية من حيث نصيب الفرد العامل تظل أعلى نوعا ما في البلدان العربية منها في الدول المصنعة ، وتعتبر تونس الدولة العربية الوحيدة التي نجحت بالمقارنة مع الولايات المتحدة في إنقاص هذه النسبة من 0.18 كيلوغرام في 1990 إلى 0.14 كيلوغرام في عام 2003. كذلك نجحت سوريا و اليمن في خفض هذه النسبة من 0.22 كغ و 0.27 كغ إلى 0.20 كغ و 0.23 كغ على التوالي للفرد العامل في عام 2003⁽¹⁾ .

بالنسبة للجزائر وحسب المسح متعدد المؤشرات 2002 ، هناك نسبة هائلة من السكان غير موصولون بالمياه الصالحة للشرب ، وهناك تباين بين الريف و الحضر ، فنسبة السكان الحضر الموصولون بالمياه الصالحة للشرب بلغت 86.6% في حين بلغت النسبة 56.6% في الريف.

كما تبين ايضا ان السكان الغير موصولون بمياه صالحة للشرب يقطعون مسافات كبيرة من أجل الحصول عليها وهذا من مصادر مختلفة⁽²⁾ .

و حسب الإحصاءات الجديدة التي أتى بها المسح المتعدد المؤشرات MICS3 2006 أن 75% من مجموع السكنات الموصولة بمياه صالحة للشرب تبلغ 92.2 % في المناطق الحضرية مقابل 54.0% في الريف .أما عن الاستهلاك فإن 85.4% من السكان يستهلكون مياه من مصادر آمنة 88.3% في الحضر مقابل 81.4% في الريف و الشيء الملاحظ أن 11.7% من سكان الحضر و 14.6% من سكان الأرياف لا يستهلكون مياه آمنة ، الشيء الذي يعرضهم للعديد من الأمراض مثل الكوليرا و التيفوئيد ...الخ⁽³⁾ .

(1) - تقرير التنمية للعام 2009، ص44-45.

(2) -MSP et UNSP: Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, MICS2,Algérie 2001,p41.

(3) -MSP et ONSb: Enquête nationale a indicateurs multiples, MICS3, 2008, opcit, p42.

كما تعتبر الأماكن المغلقة وسوء الأحوال السكنية مبعث للعديد من الأمراض وانتشار الأوبئة ، لقد بينت نتائج البحث الذي أجري في دمشق و ريف دمشق عام 2007 للأطفال دون الخمس سنوات أن نسبة حدوث الأمراض التنفسية في الأسبوعين السابقين للدراسة كانت 55.44% ، وكذلك وصلت شكاوى سعال متكرر في سوابق الطفل المرضية حسب نتائج ذلك البحث إلى 40% ، كما بينت الدراسة وجود علاقة بين نسبة انتشار الأمراض التنفسية وبين السكن العشوائي الذي يتميز بانعدام التهوية و كثرة الازدحام واستعمال المواد الكيماوية في المنزل⁽¹⁾.

3- تأثير عامل الجودة في المؤسسات الإستشفائية على الرعاية الصحية المقدمة للطفل:

تعتبر جودة الخدمات الصحية من أهم القضايا التي تواجه المؤسسات الصحية مهما كان نوعها، فهناك الكثير من العوامل التي تفرض نفسها على تلك المؤسسات مما يجعلها تهتم بتقديم خدمات صحية تتلاءم مع توقعات الزبائن و تلبي حاجاتهم و معرفة المعايير التي يعتمدون عليها في الحكم على جودة الخدمة المقدمة إليهم .

إن ارتباط الخدمة الصحية بالحياة البشرية يجعل الاهتمام بجودتها أمراً حتمياً ، فالأشكال المختلفة من الممارسات غير الصحية قد تؤدي إلى نتائج غير مرغوبة كثيراً ، الشيء الذي يصعب تداركها.

كما تعتبر جودة الخدمات الصحية من العناصر الأساسية الحاكمة في مجال التنافس بين المؤسسات الصحية حيث يتوقف تفضيل المريض للتعامل مع مؤسسة صحية دون أخرى على ارتفاع مستوى جودة هذه الخدمات ، من أهم المعايير المعتمدة درجة التعرض لأخطاء طبية و مدى توفر التكنولوجيات الحديثة في المؤسسات الإستشفائية .

(1) - رولا شفيق الداغساني: المرتسم الوطني للصحة البيئية للطفل ، بالتعاون مع مديرية الأمراض السارية و المزمرة دائرة الصحة البيئية، وزارة الصحة ، 2010 ،

3-1- الأحداث الضارة في مجال الرعاية الصحية:

ليست مشكلة الأحداث الضارة أو السلبية في الرعاية الصحية بالمشكلة الجديدة ، فلقد أشارت دراسات مبكرة أجريت في الخمسينيات و الستينيات إلى الأحداث الضارة أو السلبية التي تهدد صحة المرضى ، لكن الموضوع ظلّ مهملاً إلى حد كبير ، وبدأت مجموعة من البيانات تظهر في أوائل التسعينات مع نشر نتائج دراسة هارفارد للممارسات الطبية عام 1991 ، والتي خلصت إلى أن 4% من المرضى يعانون نوعاً من الضرر في المستشفيات ، و أن 70% من الأحداث الضارة و السلبية تؤدي إلى عجز قصير الأجل و 14% من الحوادث تؤدي إلى الوفاة (1).

كما أكد التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008 ، أن هناك عوامل متعددة تساهم في هذا الوضع ، تتراوح بين الأخطاء المنهجية و مشاكل التخصص و الضغوط الاجتماعية على المرضى للخضوع لإجراءات تنطوي على المجازفة و الاستخدام الغير صحيح للتكنولوجيا، وعلى سبيل المثال

هناك قرابة 40% من 16 مليار حقنة تصرف في العالم أجمع كل عام تعطى بمحاقن و ابر أعيد استخدامها دون تعقيم ، وفي كل عام تتسبب الحقن غير المأمونة في 1.3 مليون وفاة وقرابة 26 مليون سنة من سنوات العمر المفقودة ، وذلك أساساً بسبب انتقال عدوى التهاب الكبد من النمطين باء و جيم وانتقال عدوى فيروس الإيدز (2).

و يستحق الوضع في معظم البلدان النامية اهتماماً خاصاً ، فسوء حالة البنية الأساسية و المعدات و عدم ضمان الاستمرار في إمدادات الأدوية و عدم ضمان جودتها و النقائص في إدارة النفايات و مكافحة العدوى و ضعف أداء العاملين نتيجة انخفاض الحوافز و عدم كفاية المهارات التقنية و قلة التمويل الشديدة للتكاليف التشغيل الأساسية للمرافق الصحية تجعل احتمال حدوث الخسائر و الأضرار أعلى منه في الدول الصناعية .

(1) - منظمة الصحة العالمية وأكاديميا انترنشيونال : الكتاب الطبي الجامعي ، الإدارة الصحية، تحت إشراف المكتب الإقليمي للشرق الأوسط لمنظمة الصحة

العالمية، بيروت ، لبنان، 2007، ص400.

(2) - منظمة الصحة العالمية: الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى 2008، جنيف تر: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، مصر ، القاهرة، 2008،

ص57.

وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية أن البلدان النامية تمثل نحو 77% من كل حالات الأدوية المغشوشة و المتدنية الجودة المبلغ عنها ، يذكر كذلك أن 50% على الأقل من المعدات الطبية في معظم البلدان غير قابلة للاستخدام أو لا تستخدم إلاّ استخداماً جزئياً مما يؤدي إلى إهمال المرضى وزيادة نوع الضرر⁽¹⁾.

و الأطفال كغيرهم غيروا معفون من هذه الإخطار ،فمن خلال الدراسة الميدانية لهذا البحث أدركت أمور كثيرة عن خلل النظام الصحي الجزائري ، خاصة في الولايات الداخلية للوطن ، فنقص الكفاءة وقلة التجهيزات و انعدام روح اللامسؤولية في الكثير من المؤسسات الإستشفائية الوطنية كلف الأطفال وعائلاتهم الكثير . فكثيرا ولخفاً في عملية التشخيص كانت توصف وصفات خاطئة للأطفال المرضى أسفرت عنها تعقيدات صحية جمة .

أيضا كثيرا ما كانت هذه المؤسسات وبسبب الإهمال سببا في وفاة أجنة لعدم العناية الكافية بالأم في فترة المخاض ، وحتى و إن ولد المولود حيا فقد يتعرض لتشوهات و إعاقات والغريب في الأمر هو التهرب من المسؤولية خوفا من المتابعة القضائية .فمعظم هذه الأخطار ترجع أساسا إلى عيوب في النظم ، لهذا فالإصلاح أمر واجب ، ويتطلب مجموعة من الإجراءات كحسن الأداء و سلامة البيئة والتصدي لاحتمالات الخطر بما في ذلك مكافحة العدوى و الاستخدام المأمون للأدوية و مأمونية المعدات.

3-2- تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات وتحسين الجودة و الكفاءة في الرعاية الصحية:

تمكن تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات الناس في المناطق النائية و المنقوصة الخدمات من الحصول على الخدمات و الخبرات التي لولاها ما أتيحت لهم، و خاصة في البلدان التي تعاني من عدم التساوي في توزيع الأطباء و الممرضين التقنيين الصحيين أو البلدان التي يتطلب فيها الوصول إلى المرافق و الحصول على مشورة الخبراء السفر لمسافات طويلة.

(1) - منظمة الصحة العالمية وأكاديميا انترنشيونال : الكتاب الطبي الجامعي ، الإدارة الصحية ، مرجع سابق ، ص401

ففي هذه الأحوال يكون هدف تحسين إتاحة الرعاية الصحية دافعا إلى اعتماد التكنولوجيا من أجل توفير خدمات التشخيص و الرصد و الاستشارات عن بعد. وهناك ميزة أخرى من استخدام تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات في مرافق الرعاية الأولية و هي تحسين جودة الرعاية ، و مقدموا الرعاية لا يسعون إلى تقديم رعاية أكثر فاعلية فحسب ، بل يسعون إلى تقديم رعاية أكثر مأمونية .

و من شان استعمال أدوات من قبل السجلات الصحية الإلكترونية و نظم وصف الدواء المحسوبة و معينات اتخاذ القرارات في الطب السريري أن يدعم الممارسين في تقديم رعاية أكثر مأمونية في مختلف البيئات .

وعلى سبيل المثال في قرية في غربي كينيا أدى التكامل بين السجلات الصحية الإلكترونية و نظم المختبرات و شراء الأدوية و التبليغ إلى التقليل إلى حد كبير من الأعمال و الأخطاء الكتابية و إلى تحسين رعاية المتابعة. صحيح أن الدول المتقدمة أدخلت تكنولوجيا المعلومات في نظامها الصحي ، وجودة الخدمات المقدمة وفي الوقت المناسب خير دليل على ذلك . أما الدول النامية فقلما نجد الإستعانة بهذه الطرق المتقدمة.

فالجزائر بالرغم من ضخامة ما تنفقه على الرعاية الصحية و ما تبذله من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها القطاعات العامة أو الخاصة إلا أن الاستفادة من ذلك ما زالت دون المستوى المطلوب .

فالقطاع الصحي عرضة للعديد من المشاكل التي كان لها الأثر السلبي على تطور الخدمات الصحية و جودة الرعاية الطبية المقدمة للمواطن ولعلى أهم العوامل التي تسهم في حدوث هذه المشكلات تتمثل أساسا في سوء التخطيط و الرصد و التقييم و نقاط الضعف التنظيمية و عدم وضوح الأدوار، و بالتالي عدم وضوح السياسات الموضوعة ، والراجع أساسا إلى عدم وجود نظام معلوماتي محكم تستند إليه.

فالجزائر مازالت للأسف بعيدة كل البعد عن هذه الخدمة ، لهذا لابد من فتح دورات تكوينية لدى الفريقين الطبي و الإداري للاستفادة من تكنولوجيا المعلومات الحديثة فالنظام الصحي الجزائري يعتمد في الكثير من الأحيان على اليدوية ، ومع كثرة الطلب نتج عنه عدة مشاكل من بينها :

- صعوبة الوصول إلى السجل الطبي للمريض
 - صعوبة الاتصال و التنسيق بين الأقسام الداخلية وضياع البيانات المتعلقة بالمرضى
 - صعوبة إصدار الأوامر الطبية إلكترونيا
 - صعوبة الاستغناء عن الملف الورقي للمريض كليا وتعويضه بالسجل الطبي الإلكتروني
 - عدم توفر الراحة و التسهيلات للمريض مثل زيادة وقت انتظاره لأجل تقديم الخدمة له.
 - عدم توفر شبكة محلية بين الأقسام، فالمرضى هم الذين ينتقلون بين الأقسام لنقل نتائج فحوصاتهم
- و هذا التضيق للوقت يكون على حساب المريض فقد يكلفه حياته ، فالمعلومة في الوقت المناسب تعني اتخاذ القرار الطبي في الوقت المناسب أيضا.

خلاصة الفصل:

تعتبر الأسرة من أهم الأنساق الاجتماعية في أي مجتمع من المجتمعات، فهي النظام الذي يتوقع منه المجتمع أداء مجموعة من الوظائف و الأدوار الهامة و الضرورية لأفراده كدور التربية و الرعاية الصحية، وهي الدعامه الأساسية التي تقوم عليها عملية التنشئة الاجتماعية.

و الأسرة كغيرها من النظم تخضع لعملية التغير الاجتماعي ، والذي يعتبر تغيراً يطرأ على البناء الاجتماعي في الكل أو الجزء وفي شكل النظام الاجتماعي ، ولهذا فإن الأفراد يمارسون أدواراً مختلفة عن تلك التي كانوا يمارسونها خلال حقبة من الزمن .

و من ابرز التحولات التي وقعت هو ظاهرة العولمة وما ترتب عنها من تحولات في جميع مجالات الحياة بما فيها المجال الصحي . فالمفاهيم التي كانت سائدة في وقت من الأوقات تعرضت للتغير وهذا بفعل تأثير عدة عوامل متداخلة فيما بينها.

و رأينا في هذا الفصل كيف ان التغير الاجتماعي مسّ الأسرة سواء من الناحية الاجتماعية و الإقتصادية ومن الناحية الصحية .فالتغير اثر على النظام الغذائي المتبع ، إذ اصبح نظام في اغلب الاوقات يتسم بارتفاع نسبة كثافة الطاقة فيه مع تزايد الدهون و السكريات المضافة في الأغذية، وزيادة جرعة الدهون المشبعة، وانخفاض جرعات المواد الكربوهيدراتية المركبة و الألياف الغذائية، وانخفاض استهلاك الخضروات و الفواكه .

كما اثر التغير على ممارسة الرضاعة الطبيعية فهي في تراجع مستمر وهذا لعدة عوامل من بينها خروج المرأة للعمل ، كما اثر التغير على الخصوبة ، إذ اصبحت الاسر تميل إلى انجاب عدد قليل من الاطفال هذا من جهة و من جهة اخرى الى ارتفاع سن الزواج عما كان عليه سابقا وإلى عوامل اخرى كارتفاع المستوى التعليمي واقتحام المرأة مجمل الميادين الإقتصادية ، إذ لم يصبح لها الوقت الكافي للموافقة بين جميع هذه المسائل.

و الطفل هو المتضرر الاول من عملية التغير الاجتماعي إذا لم تكن الأسرة و بالخاص الام لها تربية وثقافة صحية بالمسائل الضرورية لنمو الطفل ، لهذا فعليها ان تجعل من هذا التطور و تكنولوجيات العصر عاملاً ايجابياً على صحة ابنائها وليس نقمة عليهم .

صحيح أن جميع الأسر تحب أبنائها وتتمنى أن تمنحهم أفضل رعاية و عناية ، لكن تقتضي الأمور ان يكون عكس ذلك في حالات عدة و هذا تحت تأثير عدة عوامل سواء اجتماعية كنوع المسكن و البيئة المحيطة به أو اقتصادية كانخفاض الدخل الأسري ، أو ثقافية كانخفاض المستوى التعليمي الذي يدفع

الأسرة بالتعامل بالطرق الشعبية في العلاج ، او ديموغرافية كحجم الأسرة الكبير . فكل هذه العوامل تنشط تقديم رعاية سليمة للطفل .

و من بين الأمور التي تأثر على تقديم الرعاية الصحية للطفل هو رداءة الخدمات الصحية و فشل الأنظمة الصحية في الكثير من الحالات فحتى ولو كانت الأسرة ممكنة علميا و ماديا فإنها تصطدم بواقع مر ألا وهو رداءة الخدمات المقدمة وإلى مشكل الأخطاء الطبية الذي هو في تزايد مستمر ففي حالات عدة لم تعد الروح الإنسانية هي مبدأ التعامل مع المريض و لكن أصبح ينظر إليه كأنه سلعة خاصة في بعض العيادات الخاصة. وفي الفصل الموالي إطلالة على النظم و السياسة الصحية وكيفية تأثيرها على صحة الطفل .

الفصل الثالث

السياسات و الأنظمة الصحية المهمة بالوضع الصحي للأطفال الأقل من خمس سنوات

تمهيد

المبحث الأول: الجانب الإداري وصحة الطفل

- 1- تعريف السياسة الصحية
- 2- تعريف النظام الصحي
- 3- مؤشرات قياس فاعلية النظم الصحية
 - 1-3 - من حيث الحصول على الخدمات الصحية
 - 2-3 - من حيث تمويل الأنظمة الصحية
 - 3-3 - من حيث الإنفاق على الصحة
 - 4-3 - من حيث توفير الموارد البشرية
 - 5-3 - من حيث انتقاء التكنولوجيا الصحية و الطبية
 - 1-5-3 - توفر الادوية الاساسية
 - 2-5-3 - الإستفادة من التكنولوجيات الطبية

المبحث الثاني: المؤتمرات و القمم العالمية المهمة بصحة الأطفال و أهم النتائج المحققة

- 1- أهم المؤتمرات و القمم العالمية ذات الصلة بصحة الأطفال
 - 1-1 - الالتفاتة الأولى التي كان لها الفضل في الاعتراف القانوني لحقوق الطفل
 - 2-1 - مؤتمر ألما آتا " الرعاية الصحية الأولية "
 - 3-1 - الرعاية الصحية الأولية الانتقائية وثورة بقاء الأطفال
 - 4-1 - اتفاقية حقوق الطفل
 - 5-1 - مبادرة باماكو
 - 6-1 - مؤتمر القمة العالمي من أجل الاطفال

1-7- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994

1-8- مؤتمر قمة الألفية لسنة 2000

1-9- قمة 2002 إصدار وثيقة "عالم جدير بالأطفال"

2- أهم النتائج التي حققتها هذه القمم و المؤتمرات فيما يخص صحة الأطفال

المبحث الثالث: النظام الصحي في الجزائر و أثره على الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات

1 - مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر

1-1 النظام الصحي في الفترة الاستعمارية

1-2 - النظام الصحي بعد الاستقلال

2- بعض مميزات النظام الصحي الجزائري

2-1- من حيث النفقات الصحية

2-2- من حيث مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

3- أهم الإنجازات التي حققها النظام الصحي الجزائري فيما يخص صحة الأطفال

4- موقع الجزائر من بين بعض الدول فيما يخص صحة الأطفال

خلاصة الفصل

الفصل الثالث: السياسات و الأنظمة الصحية المهمة بالوضع الصحي للأطفال الأقل من خمس سنوات

تمهيد

إن تطور صحة الأفراد في عالمنا المعاصر خلال العقود القليلة الماضية لم يكن نتيجة الاكتشافات الطبية الحديثة، بل كان نتيجة التغير الذي حصل في البيئة الإنسانية بفضل جهود الإنسان.

فالاهتمام بالصحة كان منذ القدم، فتقافة مصر الفرعونية ساعدت المعارف و الممارسات الطبية على شفاء الأمراض و تخفيف الموتى، ولقد أعقب ذلك الحضارات الفارسية و اليونانية و الرومانية التي كان لها تأثير واضح في النظم الصحية و تطور الطب على وجه الخصوص.

ثم جاءت الحضارة العربية الإسلامية، فأسهمت ثقافتها أيما إسهام في تطور الطب ، والدليل على ذلك ما نجده في الكتب العربية الإسلامية المستفيضة في شتى فروع الطب ومنه طب الاطفال. حيث اهتم اعلام الطب العربي بصحة الاطفال و تربيتهم و العناية بهم اهتماما بالغا و اولوهم عناية فائقة وهذا من خلال تفقد ما تركوه من مؤلفات تناولوا و عالجوا فيها الكثير من المسائل المتعلقة بالصحة، ومن اهم المؤلفين في هذا المجال نجد الطبري والفرابي و الرازي وابن سينا وغيرهم من الاعلام ، كما ساهم البعض منهم في إقامة المنشآت الإستشفائية.

لقد ساهمت الحضارة الإسلامية بشكل كبير في تطوير الطب و العلوم الأخرى في أوروبا ، ولقد كان لمدارس بغداد في العصر العباسي و مدرسة القيروان التي أنشئت بعد انتشار الإسلام في إفريقيا تأثير بالغ في مجالات الطب و الصيدلة و الجراحة .

كما أكد الإسلام على تعزيز الصحة ووقايتها ، فأسهم في توسيع دائرة التدخلات الصحية ، فأنشأت المصحات في بعض الضواحي لمعالجة المرضى ، والتي كانت تسمى "بالبينمارستانات" . ففي بغداد وحدها فاق عدد المستشفيات العشرة . كما لعب الأئمة دور مهم في تعزيز الصحة ووقايتها عبر خطبهم (1).

(1) - عبد الكريم شحادة : التراث الطبي العربي الإسلامي ، بيروت ، لبنان ، 2005 ، ص 157.

و في نهاية القرن التاسع عشر ، أدت الثورة الصناعية إلى تغيير حياة الناس في شتى أنحاء العالم و بدأت المجتمعات تدرك مدى العبء الذي تلقّيه الأمراض السارية على كاهل الطبقات من كل الفئات العمرية ، كما بدأت تحس بالأهمية الاجتماعية و الاقتصادية للأوبئة ، و لكن على الرغم من كل هذه الجهود ظلت النظم الصحية متشعبة و قاصرة على مرافق المستشفيات التي تديرها الكنائس و المؤسسات الخيرية. إنّ هذا الأمر أثر كثيرا على الحالة الصحية خاصة للحالات الضعيفة منها ، كشريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات ، الشيء الذي يستدعي إعادة النظر و محاولة بناء نظام صحي يحمي ويحافظ على حياة كل مواطن⁽¹⁾.

فحتى فجر القرن العشرين ، كانت وفيات الرضع و الأطفال شائعة جدا في مختلف أنحاء العالم وكانت الوفيات و الإعاقات المرتفعة التي أثرت على نسبة ضخمة من سكان العالم ناجمة عن أسباب مثل : الإسهال و الملاريا و الحصبة و ذات الرئة و الجدري و السل و أشكال متعددة من سوء التغذية.

ففي عام 1900 ، كان عدد سكان العالم يبلغ حوالي 1.65 مليار نسمة ، فبالرغم من تحقيق بعض المكاسب في متوسط الأعمار في عدة أماكن مثل إنجلترا و الدول الإسكندنافية ، إلا أنّ المعدل العالمي المقدر لمتوسط العمر بلغ فقط 30 عاما⁽²⁾.

و نظرا لهذه الوضعية المتردية ، وبعد تفحص النهج المختلفة لتقديم الخدمات الأساسية منذ بداية القرن العشرين إلى الوقت الحاضر تبين أن هناك مجموعة من التدخلات و السياسات الفعالة لديها القدرة على تسريع التقدم ، وتتضمن هذه الإجراءات المنقذة للحياة تطبيق تدخلات مجربة و فعالة و غير مكلفة في مجالات الصحة و التغذية و الماء و الصرف الصحي و النظافة الصحية الشخصية و فيروس نقص المناعة ، عبر نطاق أوسع من البيئات وذلك لتقديم رعاية صحية جيدة للأطفال و الأمهات⁽³⁾

(1) - بلقاسم صبري : الدور الإستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية و تحسين أدائها ، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات ، القاهرة ، 14-12 مارس 2002 ، ص...ص 11، 12، 13.

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، بقاء الأطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص 27.

(3) - نفس المرجع : ص 26.

فمع بداية القرن العشرين ، بذلت جهود للسيطرة على الأمراض المعدية مثل مرض الديدان الخطافية و الملاريا و الحمى الصفراء . وتم تطوير بضعة برامج رئيسية لمكافحة الملاريا ، وربطت تلك البرامج

الأبحاث حول المرض بالسيطرة عليه في القارة الإفريقية ، وكانت تلك الجهود التمهيدية تقوم بها الحكومات الاستعمارية التي تركز على المناطق الاستعمارية و القوى العاملة. حيث استطاعت بعض المبادرات تحقيق النجاح مثل مبادرة السيطرة على الملاريا من 1930-1950⁽¹⁾.

ففي البلدان النامية كان التراث الاستعماري هو العامل الرئيسي في تشكيل معالم النظم الصحية و بلوغها الشكل الذي وصلت إليه ، وقد تم تصميم النظام الصحي في بلدان كثيرة بحيث تلبي احتياجات الحكام و النخبة من سكان المدن ، وتترك سكان الأرياف للطب الشعبي و لبعض أشكال الدجل و الشعوذة.

و استطاعت قلة قليلة من البلدان النامية أن تنشئ كليات للطب و الصيدلة أو التمريض أو المهن الطبية و الصحية المساعدة الأخرى و لقد ورث إقليم الشرق الأوسط خليطا عجينا من النظم الصحية التي طبعت بالطابع الفرنسي أو البريطاني أو الإيطالي وتباينت أساليبها في تعليم العاملين الصحيين و تثقيفهم⁽²⁾.

ففي إفريقيا الناطقة بالّلغة الإنجليزية ، أدت الأبحاث على الأمراض الغريبة إلى ظهور تخصصات و برامج خاصة بالأمراض الاستوائية ، وكانت الإرساليات غالبا هي الرائدة في تقديم الخدمات التي كانت تقدم من خلال مرافق صحية ، وبدأ تدريب الكوادر المحلية بمدارس التمريض ، وقد أنشأت حكومات المقاطعات في بعض الدول عيادات و مستشفيات صغيرة، وكانت الصحة العامة تركز على الحماية البيئية ، كالجهود لتوفير المياه الآمنة و المرافق الصحية المحسنة⁽³⁾.

(1) - نفس المرجع :ص27.

(2) - بلقاسم صبري : مرجع سابق ،ص 14.

(3) - نفس المرجع ،ص 14.

أما المستعمرات الناطقة باللغة الفرنسية فلقد ركزت على برنامج الوحدة الإقليمية للسيطرة على البرامج الوبائية. وكان يتم تزويد الرعاية الجماعية بواسطة وحدات متنقلة مزودة غالباً بتسهيلات التنقل الكامل وهذا من أجل الوصول إلى عدد أكبر من الناس مما لو قدمت الخدمات في مرافق ثابتة.

ففي إفريقيا تم تأسيس أول المستشفيات الصينية بواسطة الإرساليات بشكل رئيسي وبدأ نظام وطني للصحة العامة في عشرينيات القرن العشرين رافقته جهود للسيطرة على الوباء الرئوي السريع الانتشار⁽¹⁾.

و لقد شهدت خمسينات وستينيات وسبعينيات القرن العشرين جهوداً مكثفة للسيطرة على الأمراض وهذا نتيجة النمو الهام و المتزايد في النظم الصحية في جميع أنحاء الأقاليم ، فتزايدت أعداد المستشفيات و المرافق الصحية و تطورت التكنولوجيا الطبية البيولوجية ، وسجلت زيادة في إعداد و تخرج المهنيين الصحيين⁽²⁾ .

وطراً زخم واضح على أعمال توسيع نطاق النظم الصحية في أعقاب صدور إعلان الما آتا حول الرعاية الصحية الأولية ، وكانت هناك حملات و مبادرات هامة للتصدي للأمراض وكان أنجحها مبادرة استئصال الجدري في 1977 و نجاح استئصال الحصبة نتيجة تطبيق برنامج التحصين الموسع عام 1974 و إلى تخفيف أمراض مثل مرض دودة غينيا والتراخوما و المصع بدرجة كبيرة⁽³⁾.

هذا التقدم في المجال الصحي أدى إلى انقاص في عدد الوفيات وخاصة منها وفيات الأطفال ، لكن تبقى العديد من الدول النامية في آخر السلم تعاني من عثرات كبيرة وهذا لشلل الأنظمة الصحية ، وعدم فاعلية السياسات الصحية و المرتبطة أساساً بالأوضاع السيئة التي تعيشها تلك الدول ، الشيء الذي يتطلب خطى جديدة وسياسات لتقوية هذه النظم من أجل رفع التحدي والرقى بالصحة لرفع عجلة التنمية.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص 28.

(2) - بلقا سم صبري ، مرجع سابق ، ص 14.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص 29.

المبحث الاول : الجانب الإداري وصحة الطفل

1- تعريف السياسة الصحية:

يمكن تعريف السياسة الصحية بأنها تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية و ترتيب الاولويات بين الأهداف و الإتجاهات الرئيسية لبلوغها .وبتوجب على كل بلد أن يضع السياسة الصحية كجزء من سياسات التنمية الاجتماعية و الإقتصادية الشاملة و في ضوء ما يتقرد به من مشكلات و امكانيات و ظروف خاصة و هياكل اجتماعية و اقتصادية و اجهزة سياسية و إدارية ، ويكون تحليل الأهداف و الاولويات بعد دراسة مفصلة للمشكلات الصحية و القدرة الاجتماعية و الاقتصادية على معالجة هذه المشكلات.

وتقوم على أساس السياسة الصحية الإستراتيجية الصحية و تشمل على الخطوط العريضة للعمل المطلوب في جميع القطاعات ذات العلاقة لوضع تلك السياسة موضع التنفيذ، و ينبغي للإستراتيجيات ان تأخذ بالحسبان أساليب ضمان إشترك القطاعات الأخرى ، وكذلك القدرات البشرية و الإقتصادية و الإدارية المتوفرة او التي يمكن توفيرها لبلوغ الأهداف الوطنية التي حددتها السياسة الصحية.أما خطة العمل الوطنية فهي خطة رئيسية واسعة و مشتركة بين القطاعات لبلوغ الاهداف الصحية ، وهذا عن طريق تنفيذ الإستراتيجية ، وهي تشير إلى ما يجب القيام به ، فهي تحتوي على المزيد من التفاصيل في البرمجة و رصد الميزانية و التنفيذ و التقييم⁽¹⁾.

وكما جاء عن منظمة الصحة العالمية فإن السياسة الصحية الواضحة تحقق عدة اغراض منها تحديد الرؤية للمستقبل الشئ الذي يساعد في وضع المعالم الأساسية على المدى القصير او المتوسط ، فهي تمد الناس بالمعلومات وبهذا فهي تتميز بدور هام في حسن التدبير .

أما عن مهمة صياغة السياسة الصحية فهو يقع على عاتق وزارات الصحة.وحسب ما جاء في تقرير وزارة الصحة لعام 2000 فإن هناك بعض الدول لم تصدر بيانات تحدد فيها السياسة الصحية الواضحة ، وهناك دولا اخرى رسمت سياسة صحية لكن تبقى مجرد حبر على ورق وتصور غير واقعي لانها لم تترجم إلى افعال⁽²⁾.

(1) - نخبه من أساتذة الجامعات في الوطن العربي ،طوب المجتمع ، بالتعاون مع المكتب الإقليمي للشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية ، أكاديميا

أنترناشيونال ، بيروت ، لبنان ، ط2 ، 2005، صص 402 ، 403.

(2) - منظمة الصحة العالمية : التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية ، جنيف ، 2000، ص 141.

فلو غ التقدّم في المجال الصحي لن يكون ولن يتحقّق إلّا عن طريق جهد إداري فعال و متين، وهذا من خلال حسن التدبير والتوجيه و التنظيم ، اي من عملية تخطيط متينة تحدد فيها الأهداف أولا ، ثم ترسم السياسات الصحية اللازمة لتقوية النظام الصحي والتي يتبعها التطبيق الفعلي لها.

إن النهوض بصحة الأطفال لن يكون هكذا فقط ، بل من خلال سياسة صحية تضع مسألة صحة الأطفال من بين الأولويات الأساسية ، أي يجب ان يكون لبقاء و صحة و تغذية الأطفال مكانة بارزة في الخطط و الميزانيات الوطنية ، كما يجب أن تكون لها أهداف واضحة و أسس قوية ، ويجب صياغة الإستراتيجيات الخاصة ببقاء الأطفال من خلال عمليات استشارية يشارك فيها ممثلون من فئات مختلفة كما يعتبر فهم التفاوت في ملف الأمراض الوبائية في دولة ما خطوة مهمة و ضرورية نحو تطوير إستراتيجية مستهدفة من اجل القضاء على تلك الأمراض وهذا من خلال توفير اللقاح اللازم لذلك.

فلو نأخذ الهند كمثال عن ذلك فهي عانت كثيرا من مشكل سوء التغذية ، ففي عام 1999 بين مسح صحة العائلة الوطني أن 47% من جميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الثالثة يعانون انخفاض الوزن و هذا الرقم يزيد عن مثيلاته في دول إفريقيا الصحراوية و تظهر البيانات وفق أحدث دورة للمسح اكتمل في 2006 انخفاضا طفيفا جدا ، حيث تبقى معدلات سوء التغذية حوالي 45% للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات.

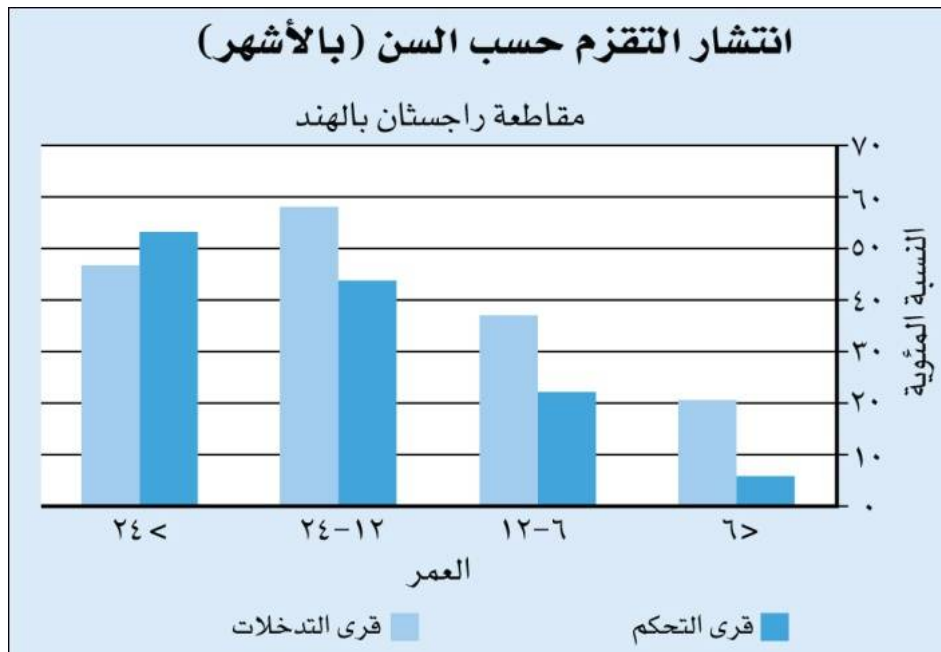
و تتضمن أسباب هذه المعدلات العالية للانتشار افتقار مقدمي الرعاية للمعرفة الكافية فيما يتعلق بالتغذية الصحيحة للرضع و الأطفال الصغار، و الالتهابات الكثيرة التي تتفاقم نتيجة انعدام النظافة الصحية و الضغوط التي تملئها الكثافة السكانية ووضع النساء و الفتيات المتدني و عدم الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية.

اعتمدت الهند سياسة صحية مبنية على خطة التنمية المتكاملة للأطفال سعيها منها لمكافحة سوء التغذية ، حيث توفر هذه الخطة فرصا للتعلم عن الصحة و التغذية للأمهات و الرضع و الأطفال الصغار، بالإضافة إلى خدمات أخرى كالتغذية التكميلية و الرعاية الصحية الأساسية و رعاية الحوامل و مراقبة النمو و الترويج له و الاهتمام بالتطعيم ، كما جندت لهذه العملية 700 ألف عامل صحي.

لقد طبقت هذه الإستراتيجية في ست ولايات ، وبعد أن بقيت التدخلات عاملة لمدة ثلاث سنوات اجري تقييم لمعرفة مدى نجاح هذه السياسة المطبقة ، وفعلا فلقد كان الفرق واضح فانتشار التقرنم في القرى التي شملها التدخل أقل بكثير مما هو عليه في القرى التي لم يشملها التدخل ، كما أن البدء بالرضاعة الطبيعية في قرى التدخل كان 76% مقابل 44% في القرى التي لم يشملها التدخل ، التزويد ب فيتامين A التكميلي في قرى التدخل كان 50% مقابل 33 % في القرى التي لم يشملها التدخل ، أما معدلات التطعيم فلقد كانت 89% مقابل 77% للحصبة أعلى في قرى التدخل مقارنة بالمناطق التي لم يشملها التدخل وكانت معدلات سوء التغذية أقل (27% مصابين بالتقرنم مقابل 32%) وكلفة هذه التدخلات متواضعة ، حيث بلغت 150 - 200 دولار أمريكي لكل قرية سنويا ⁽¹⁾.

والرسم البياني التالي يوضح لنا حالات انتشار التقرنم في أحد مقاطعات الهند

الرسم البياني رقم (11): انتشار التقرنم حسب السن بالأشهر



المصدر: منظمة الامم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ،

الأردن، ص 51.

(1) - الامم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2008 ، بقاء الأطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، ص50.

من خلال هذا المثال يتبين أن السياسة الصحية هي خطوة مهمة من أجل تحقيق التنمية في المجال الصحي وهذا عندما لا تبقى مجرد أفكار و اقتراحات ، بل يجب أن تجسد في الواقع و أن تعمل الدول على توفير كل المستلزمات الضرورية لتحقيق الأهداف الرامية إليها فهي تحتاج إلى مقومات أساسية تضمن لها النجاح لتكون كاملة و ممكنة التطبيق .

فهي تحتاج إلى الالتزام السياسي ، لأن رسم وتنفيذ السياسة يتطلب التزاما سياسيا صريحا بتحقيق الأهداف المنشودة و ترجمتها إلى حقيقة واقعة ، كما تحتاج إلى أن يكون هناك تكامل بين السياسة الصحية و السياسات الاجتماعية و الاقتصادية ، و أن تعمل هذه السياسة على كسر الهوة بين الأغنياء و الفقراء ، ويعني ذلك تخصيص جزء أكبر من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمرس الحاجة لها كإنشاء نظام شامل للتأمين الصحي ، وتخفيض رسوم الاشتراك للفئات الفقيرة أو المحدودة الدخل.

فالاهتمام بالسياسة الصحية يظهر من خلال الإصلاح فهو خطوة مهمة لضمان كفاءة وضع السياسة و تنفيذها ، و هذا من خلال تعزيز و تكييف الهياكل و النظم الإدارية في جميع القطاعات حتى يكون هناك تنسيق مشترك بين القطاع الصحي و القطاعات الأخرى على أن يرافق هذا العمل اجراء تشريعي يضمن تعبئة ملائمة للوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام .

كما نجد من بين المقومات الأساسية إعداد خطة العمل ، يتم من خلالها ترجمة السياسة الصحية إلى برامج ، وتحديد الأغراض الواجب بلوغها ، على أن تكون هناك عملية تقييم مستمرة لمعرفة مدى نجاح هذه السياسة أم هناك ضرورة لإدخال تعديلات عليها .

فإذا كان هناك برنامج يرمي إلى تحسين صحة الأطفال في بلد ما مثلا ، فلا بد بعد تطبيق هذا البرنامج على ارض الواقع ، على أن يتبع هذا التطبيق عملية تقييم للنتائج المتوصل إليها ،أي هل هناك انخفاض لمعدل وفيات الأطفال من خلال هذه السياسة ؟ ماهو حال الوضع التغذوي للأطفال ؟ هل كل الأطفال استفادوا من التطعيمات ضد الأمراض المختلفة ؟ هل كل الأطفال ينعمون بمياه وموضع صرف صحي آمن وما إلى ذلك من المؤشرات المستعملة لتقييم الوضع الصحي للأطفال.

فنجاح السياسة الصحية مرتبط بما تمليه الدولة من أهمية لأنظمتها الصحية وهذا من خلال ما توفره من تجهيزات سواء مادية كانت أم بشرية.

فإذا كان الحق في الصحة للجميع يقتضي تمكين الجميع من الوصول إلى الخدمات الصحية ، فإن حق الطفل في الصحة يتطلب ان تكون النظم الصحية ملائمة لإحتياجات الطفل الصحية ، وهذا من خلال تحسين كل الزوايا التي يشملها هذا النظام .

2- تعريف النظام الصحي

مع ان التقدم العالمي نحو تحقيق الاهداف المسطرة في كل القمم و المؤتمرات المهمة بصحة الاطفال قد انخفض دون مستوى الطموحات في بعض المناطق و الدول في العالم ، إلا أنه ثمة إجماع في الآراء بأنه ما يزال من الممكن تحقيق تلك الاهداف بشرط إظهار الإرادة السياسية لذلك و اتخاذ الإجراءات الملائمة ، كالنظر إلى الانظمة الصحية والعمل على تحسينها .

فالنظام الصحي هو مجموعة من الأجزاء المترابطة و المعتمدة مع بعضها و تشكل فيما بينها كلا معقدا يؤدي عملا أو مهمة معينة ، ويمكن لكل جزء من هذه الأجزاء أن يكون بدوره نظاما فرعيا له مجموعته الخاصة من الأجزاء المترابطة و المعتمدة على بعضها ويرمي هذا النظام إلى تحسين صحة الشعوب و الإستجابة لتوقعات الناس و ضمان الحماية المالية من التكاليف المترتبة على الأمراض .

فالنظام الصحي كما عرفته منظمة الصحة العالمية هو " نظام يشمل كافة النشاطات الرامية أساسا إلى تحسين الصحة و إعادتها إلى سالف عهدها " . ومن امثلة ذلك تقديم الخدمات الصحية و تطبيق إجراءات منع المرض واستخدام الادوية و المرافق و الكوادر الصحية و تحسين السلامة البيئية و تحديد الاختصاصات (1).

(1) - منظمة الصحة العالمية : التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين اداء النظم الصحية ، مرجع سابق ، ص5.

ويبقى تعزيز الانظمة الصحية عند الكثير من الدول مهمة عسيرة ومعقدة ، خصوصا تلك التي تركز تقدما غير كاف ، حيث توصف الانظمة الصحية في افقر دول العالم بانها ضعيفة و هشة ، كما انها مثقلة بالمشاكل التي تتدرج من نقص حاد في كوادر العمل المدربة و الإفتقار للتمويل و المعدات و اللوازم التي تآثر على القدرة من استحداث المعلومات و إلى قلة البيانات حول الصحة.

فالعديد من الدول النامية تتميز بعدم اكتمال انظمة معلوماتها الصحية ، الشيء الذي يعقد الجهود الرامية إلى تقرير الوضع الراهن لصحة مواطنيها كـ صحة الامهات و المواليد الجديدة و تطبيق الإستراتيجيات و التدخلات الأكثر ملاءمة لتحسين الوضع ، ومن الادوات التي تستعمل لتسهيل جمع المعلومات هي :

أولاً: التعدادات السكانية و الإستبيانات و المسوحات الاسرية : فهي تعتبر مصدرا اساسيا للبيانات و المعلومات الخاصة بالصحة لانها تقدم غالبا الدراسة المسحية الوحيدة على مستوى الاسرة ، وهي كبيرة بما يكفي لإتاحة قياس البيانات الجغرافية و الإجتماعية و الإقتصادية للدراسات.

ثانيا : جمع البيانات من المرافق و المجتمعات : وهي بيانات مستمدة من مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام و الخاص حول وضع صحة الامهات و المواليد الجديدة و متابعة الوفيات بيسر و سهولة ⁽²⁾.

و تتجلى اهمية النظم الصحية من خلال تغيير طريقة تنظيم و توفير التدخلات المتاحة و في الوقت المناسب و الطريقة الملائمة لذلك .

فحسب تقرير الصحة لعام 2000 انه تم تخفيض تكاليف التدابير الوقائية المتخذة لإنقاذ حياة الفرد من 13000 دولار إلى 2000 دولار بالتركيز على تقصي منشأ الملاريا و معالجتها في وقت مبكر بالإضافة إلى تكثيف الجهود لمكافحة البعوض ⁽²⁾.

فوضع مجموعة متنوعة و واسعة من المؤشرات في المجال الصحي أمرا مفيدا لتوجيه البرامج و متابعتها ، فهذه المقاييس تعزز إدراك الحكومات بأعباء واتجاهات و مخاطر و اسباب وفيات الامهات و المواليد الجديدة و إصابتهم بالامراض.

(1) - اليونيسف : وضع أطفال العالم 2009 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص 70.

(2) - منظمة الصحة العالمية : التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000 ، مرجع سابق ، ص 10.

ومن بين هذه المؤشرات هو معرفة وقياس مدى استجابة الانظمة الصحية لتوقعات المواطنين و رغباتهم ، أي مثلا ، هل يجد المواطنون سهولة في الحصول على الخدمات الصحية ؟ وهل تتوفر البنية الاساسية الملائمة ؟ وهل تتوفر للمراكز الصحية الكميات المناسبة من الادوية و العقاقير ؟ وعن كيفية تمويل أنظمة الخدمات الصحية ؟ وعن نسبة السكان الذين يتمتعون بالتأمين الصحي ؟ .

3- مؤشرات قياس فاعلية النظم الصحية :

3-1- من حيث الحصول على الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمة الصحية من اهم المؤشرات التي تعبر عن مدى نجاعة النظم الصحية و استجابتها لتوقعات الناس ، فهي من اهم وظائف النظم الصحية و التي تعمل على تحقيق الهدف الرئيسي و المتمثل في المحافظة على الصحة. وتعرف الخدمة الصحية بانها " العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصيا او ارشادا او تدخلا طبيا ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى و بما يؤول لان يكون بحالة صحية افضل".⁽¹⁾

فإذا كان الحق في الصحة للجميع يقتضي تمكين الجميع من الوصول إلى الخدمات الصحية، فإن حق الطفل في الصحة يتطلب ان تكون النظم الصحية ملائمة لإحتياجات الطفل الصحية كتوفير برامج شاملة للرعاية الصحية الاولى ، مثل الرعاية الوقائية و علاج بعض الامراض و التدخلات الغذائية كما يمكن ان يفيد تقديم الخدمات و التكنولوجيات الصحية عن طريق مجموعة من المرافق الصحية الترتيبات المتنقلة في تقليص بعض الاخطار بشكل كبير⁽²⁾.

وسوف نستعين بدليل التنمية البشرية وهو دليل مركب يقيس متوسط الإنجازات في ثلاثة أبعاد أساسية للتنمية البشرية وهي الحياة المديدة و الصحية و المعرفة والمستوى المعيشي اللائق⁽³⁾ ، وهذا حتى نتمكن من المقارنة بين مختلف دول العالم.

(1) - ثامر ياسر البكري : تسويق الخدمات الصحية، عمان ، الاردن، 2005، ص168.

(2) - الامم المتحدة: التقرير السنوي لمفوضية الامم المتحدة السامية لحقوق الإنسان بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، الدورة الثانية و العشرون، 2012، ص 19.

(3) - برنامج الامم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية ، نهضة الجنوب ، تر : لجنة الامم المتحدة الاقتصادية و الإجتماعية لغربي اسيا (الإسكوا) ، نيويورك ، 2013، ص159.

و الجدول المركب التالي يعطي لنا صورة عن بعض الخدمات التي يقدمها النظام الصحي للمواطنين في دول مختلفة من حيث التنمية البشرية ، دول عندها تنمية بشرية مرتفعة جدا و دول عندها تنمية بشرية مرتفعة و دول متوسطة التنمية البشرية و أخرى منخفضة التنمية البشرية

جدول مركب رقم (11): مركب يوضح لنا عدد الاطباء لكل 1000 شخص في الفترة (2005 - 2010) و عدد الاسرة في المستشفيات لكل 10000 نسمة في الفترة (2000-2009) ، كما يوضح مسألة الرضا عن الرعاية الصحية في الفترة (2007-2010).

الرضا لنوعية الرعاية الصحية (2007 - 2009)** % المجيبين بالرضا	عدد الاطباء لكل 1000 نسمة (2010-2005)**	عدد الاسرة المتوفرة في المستشفى لكل 10000 نسمة (2009-2000)*	دليل التنمية البشرية
62	2.9	49	تنمية بشرية مرتفعة جدا
55	2.3	34	تنمية بشرية مرتفعة
69	1.0	20	تنمية بشرية متوسطة
50	0.3	13	تنمية بشرية منخفضة
61	1.4	30	العالم

المصدر: (*) : برنامج الامم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية ، الثروة الحقيقية للامم ، تر : لجنة الامم المتحدة الاقتصادية و الإجتماعية لغربي اسيا

(الإسكوا) ، نيويورك ، 2010 ، ص205.

(**) : برنامج الامم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية ، نهضة الجنوب ، تر : لجنة الامم المتحدة الاقتصادية و الإجتماعية لغربي اسيا (

الإسكوا) ، نيويورك ، 2013 ، ص181.

من خلال تحليل هذا الجدول يتبين ان الموارد التي تحققها النظم الصحية لمواطنيها تختلف من دولة لآخرى ، وهذا مرتبط بمعدل التنمية البشرية لكل دولة . فعلى المستوى العالمي بلغ عدد الاسرة لكل 10000 نسمة 30 سريرا، أما عدد الاطباء فلقد بلغ 1.4 طبيب لكل 1000 نسمة .

فالبلدان ذات المستوى المرتفع جدا للتنمية البشرية تأتي في المقدمة من حيث استجابة انظمتها الصحية لإحتياجات مواطنيها ، فعدد الاسرة المتوفرة لكل 10000 نسمة بلغ 49 سرير ، أما عدد الاطباء فلقد بلغ 2.9 طبيب لكل 1000 نسمة .

في حين نجد أن هذه الموارد تنخفض كلما انخفض معدل التنمية البشرية في الدول ، فعدد الاسرة لكل 10000 نسمة في الدل التي لها معدل تنمية بشرية منخفض وصل إلى 13 سرير ، أما عدد الاطباء فلقد وصل إلى 0.3 طبيب لكل 1000 نسمة.

هذا الإنخفاض في الموارد ينعكس على الوضع الصحي لهذه الدول ، فنجد ان الخدمات الصحية جد شحيحة ، وبالتالي فإن مسألة رضا المواطنين في هذه الدول تكاد تكون منعدمة عن انظمتها الصحية وهذا جراء الوضع الصحي المتدهور الذي يعيشونه .

لقد بلغ متوسط الرضا بجودة الرعاية الصحية عالميا 61% ، ولقد سجلت أدنى نسبة في اثيوبيا ب 19% و اعلى نسبة في لكسمبورغ ب 90%، اما الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة فلقد بلغ متوسط الرضا فيها 69% ، في حين سجلت الدول المنخفضة التنمية البشرية 50% فقط .

وهذا إن دلّ على شيء فهو يدل على أن انخفاض مستويات الدخل لا يمنع تحسين نظرة المجتمع إلى الجماعة و الدولة ⁽¹⁾. فالبلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية محرومة من خدمات الرعاية الصحية الاساسية و الفعالة ، وبالتالي فهي لا تستطيع تأمين وضع صحي لائق لاطفالها ، والجدول المركب التالي يوضح ذلك

جدول مركب رقم (12): التغطية بالتحصين للأطفال في عمر سنة و معدل وفيات الرضع و الاطفال الاقل من خمس سنوات حسب دليل التنمية البشرية لسنة 2010

معدل الوفيات لكل 1000 مولود حي	التغطية بالتحصين (% من الاطفال في عمر سنة)			دليل التنمية البشرية
	الرضع	دون الخامسة	الحناق والشهاق و الكزاز	
6	5	94	98	تنمية بشرية مرتفعة جدا
18	16	95	97	تنمية بشرية مرتفعة
42	33	85	90	تنمية بشرية متوسطة
110	73	78	87	تنمية بشرية منخفضة
55	40	85	91	العالم

المصدر: برنامج الامم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2013، نهضة الجنوب ، تر: لجنة الامم المتحدة الاقتصادية و الإجتماعية لغربي اسيا (الإسكوا)

، نيويورك، 2013، ص181.

(1) - برنامج الامم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2013، نهضة الجنوب ، مرجع سابق ، ص30.

من خلال تحليل هذا الجدول يتبين أن النسبة المئوية للتحصين للأطفال في عمر سنة على المستوى العالمي تبلغ 91% بالنسبة للخنق و الشهاق و الكزاز، و 85% بالنسبة للحصبة ، اما معدل الوفيات فلقد بلغ 40 وفاة لكل 1000 مولود حي بالنسبة لوفيات الرضع ، و 55 وفاة لكل 1000 مولود حي بالنسبة للأطفال دون سن الخامسة.

عند ادخال متغير التنمية البشرية لمعرفة مدى نجاعة النظم الصحية في إيصال الخدمة لمواطنيها و نخص بالذكر شريحة الاطفال الاقل من خمس سنوات ، نلاحظ ان الدول التي تنعم بتنمية بشرية مرتفعة جدا ، حققت نجاحا كبيرا في تحصين اطفالها حيث بلغت النسبة 98% في التحصين ضد الخناق و الشهاق و الكزاز ، كما بلغت النسبة 94% في التحصين ضد الحصبة.

أما فيما يخص معدل الوفاة ، فلقد بلغ 5 بالالف فيما يخص وفيات الرضع ، و 6 بالالف فيما يخص وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات ، والشئ الملاحظ من هذا الجدول أنه كلما كان متغير التنمية البشرية منخفض ، كلما ساء مستوى اداء النظم الصحية فيها.

فالدول ذات التنمية البشرية المنخفضة بلغ مستوى التغطية التحصينية للخنق و الشهاق و الكزاز 87% ، و 78% بالنسبة للحصبة . أما فيما يخص معدل الوفيات فيه فلقد بلغ 73 بالالف بالنسبة للرضع و 110 بالالف للأطفال الاقل من خمس سنوات.

من خلال هذا التحليل يتبين ان هناك عدم تكافؤ في الموارد المخصصة للأنظمة الصحية في بلدان العالم ، فالحكومات في الدول الصناعية تهدف إلى تقديم اجود خدمات الرعاية الصحية وبأقل تكلفة⁽¹⁾. كما لا يخفى أن نسبة كبيرة من سكان العالم تعاني من الفقر، الشئ الذي يعيق مسألة تمويل النظم الصحية بالمستلزمات الضرورية من موارد سواء اكانت مادية او بشرية . فتدني المستوى المعيشي له انعكاسات كبيرة على طلب خدمات الرعاية الصحية من طرف المواطنين حتى وإن وجدت .

و نظرا لطبيعة الخدمة الصحية وصعوبة قياسها وهذا لإرتباطها بحياة البشر ، فإنه يتعين على المسؤولين اخضاعها لعمليات تقييم دائمة من حيث الكفاءة و الفعالية و التكلفة لمعرفة اداء جميع المسؤولين لواجباتهم حسب الخطة المرسومة ، ولتحديد العقبات الغير متعمدة و التصدي لها على وجه السرعة.

3-2- من حيث تمويل الأنظمة الصحية

لا تتحصر مسؤولية الأنظمة الصحية على تقديم الخدمات الصحية فقط ، وإنما أيضا في حماية المواطنين من التكلفة المالية للمريض . لذلك فإن التمويل العادل يمثل احد أهم عناصر تلك الأنظمة فحسب ما اقترته المنظمة العالمية للصحة لعام 2000 فإن النظام العادل يشمل جميع افراد المجتمع بغض النظر عن دخلهم او انتمائهم الإجتماعي و الطبقي⁽¹⁾.

يعد توفير المال لتمويل الرعاية الصحية عقبة امام توسيع نطاق الخدمات في الدول ذات الدخل المتدني، حيث تواجه القطاعات الصحية عجزا هائلا في ميزانياتها. فضعف الأنظمة الصحية و قلة التمويل اللازم لتطويرها يهددان بالحد من تأثير توسيع الجهود لمكافحة امراض معينة و ترك الامهات و الاطفال عرضة لعبئ المرض الذي يثقل كاهل البلاد .

فرغم الإلتزام المتزايد الذي يبديه المجتمع الدولي للاهداف الصحية ، إلا ان الدول مازالت تواجه نقصا حادا في التمويل لبناء انظمتها الصحية بما في ذلك تمويل تاهيل موارد بشرية مهمة للإحتفاظ بها⁽²⁾. فالخدمات الصحية تكلف مالا ، إذ لابد من دفع اجور الاطباء والممرضات و اثمان الادوية ورسوم المستشفيات ولقد بلغ الإنفاق الصحي العالمي 5.3 تريليون دولار امريكي في العام ، ومع استمرار ارتفاع عبئ الامراض السارية فإن النفقات الصحية سوف تواصل حتما في الإرتفاع.

و قد يبدو منطقيا في ضوء ذلك ان تكون البلدان الغنية قادرة على توفير خدمات صحية ميسورة التكلفة ، اما البلدان الفقيرة فلا تستطيع ذلك . لاجل هذا لابد من راسمي السياسات الصحية ايجاد طرق لجمع الاموال من اجل الصحة و الإبتعاد عن طريقة الدفع المباشر مثل رسوم استخدام الخدمات في الكثير من الدول التي تعتمد اعتمادا هائلا في تمويل نظمها الصحية على المدفوعات المباشرة من الافراد لمقدمي الخدمات الصحية .

(1) - أنور هاقان قوناك : " الصحة و قضايا الصحة العامة في البلدان الاعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي " ، في / مجلة التعاون الإقتصادي للدول الإسلامية

، 2004، ص109.

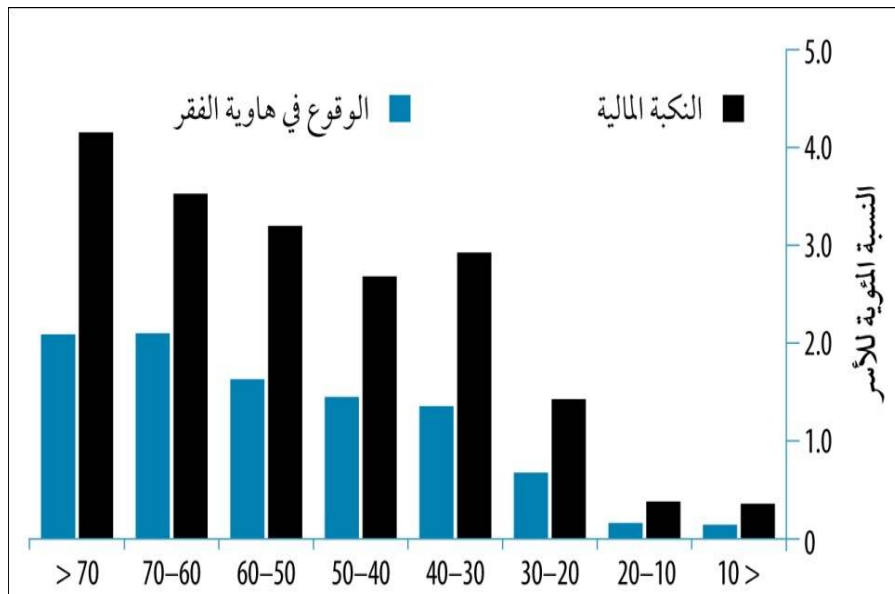
(2) - منظمة الامم المتحدة للطفولة (اليونيسف) : وضع اطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص65.

للمدفوعات المباشرة انعكاسات خطيرة على الصحة . فجعل الناس يدفعون في المكان الذي يتلقون فيه الخدمة ينثيهم عن الإنتفاع بالخدمات ولا سيما الخدمات التعزيزية و الوقائية ويشجعهم على تأجيل الفحوص الصحية ، وهذا يعني عدم تلقيهم للعلاج في وقت مبكر عندما تكون إمكانية الشفاء هي الاوفر حظا.

وتشير التقديرات إلى ان نسبة مرتفعة من فقراء العالم البالغ عددهم 1.3 بليون شخص من كل الشرائح الإجتماعية لا يحصلون على خدمات صحية لانهم لا يستطيعون دفع تكاليفها .

فهذه المدفوعات تضعف الاوضاع المالية للأسر إذ تجعلهم يعانون من مصاعب وخيمة نتيجة ذلك ، حيث تعرض 5% من السكان إلى هاوية الفقر ⁽¹⁾. والرسم البياني يدعم ذلك.

الرسم البياني رقم (12): أثر الإنفاق من أموال المرضى الخاصة على حدوث النكبة المالية و الدفع إلى هاوية الفقر



المصدر: منظمة الصحة العالمية : تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة ، التقرير الخاص بالصحة في العالم ، جنيف ، 2010، ص57.

من خلال هذا الرسم يتبين انه مهما كانت قيمة المدفوعات المباشرة من جيوب المرضى ، فهي تؤدي إلى حدوث النكبة المالية وبالتالي الوقوع في هاوية الفقر ، لان فرض الرسوم على الاسر قد تصرفها عن الإستفادة من خدمات الرعاية الصحية .

(1)- منظمة الصحة العالمية : التقرير الخاص بالصحة في العالم ، جنيف ، 2010، ص6-7.

لقد أظهرت دراسة تجريبية في كينيا أن عند ادخال رسم مقداره 0.75 دولار امريكي مقابل ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية كانت تقدم من قبل بالمجان قد قلل الطلب عليها بنسبة 75% كما أن ادخال رسم بسيط للحصول على الادوية الطاردة للديدان أدى إلى تقليل الإنتفاع بهذه الخدمة بنسبة 80% (1).

إذا فالمدفوعات المباشرة مهما صغرت قد تشجع أيضا على الممارسات الغير سليمة كالمعالجة الذاتية و استخدام ادوية قديمة او دون المستوى أو اخذ جرعات دوائية اقل من اللازمة او تاجيل الإستشارات الضرورية مع احد المهنين الصحيين و يمكننا ان نتصور عقبة ذلك إذا كان طالب الرعاية هو من الاطفال الصغار او المسنون.

لذلك لا بد لهذه الدول البحث عن مصادر اخرى لجمع الاموال وتمويل القطاع الصحي وهذا مثلا بدفع ضرائب على مواد استهلاكية ضارة مثل التبغ و الكحول ، فهذه الضرائب تحد من استهلاكها و تعمل على تحسين الوضع الصحي من خلال تزويد الحكومات بموارد تنفقها على الصحة (2).

يعتبر تامين الوضع الصحي من طرف الحكومات مبادرة فريدة من نوعها ، فهي تمثل حجر الزاوية بالنسبة للانظمة الصحية ، فهي تخفف العبئ المالي على كاهل الاسر ، وبالتالي تكون الخدمات الصحية في متناول الجميع.

3-3 - من حيث الإنفاق على الصحة :

يمكن معرفة مدى الإعتبار الذي توليه السياسات الحكومية للانظمة الصحية من خلال ما تخصصه من نفقات عليها ، إذ ارتفعت حصة اجمالي النفقات العالمية على الصحة في الناتج المحلي الإجمالي العالمي من 5.3% سنة 2000 إلى 6.5% سنة 2010 (3). وقد ادت هذه الزيادة بالمواطنين إلى البحث عن انواع مختلفة من الترتيبات المالية ، بحيث لا يحرم أحد من الحصول على الخدمات الصحية .

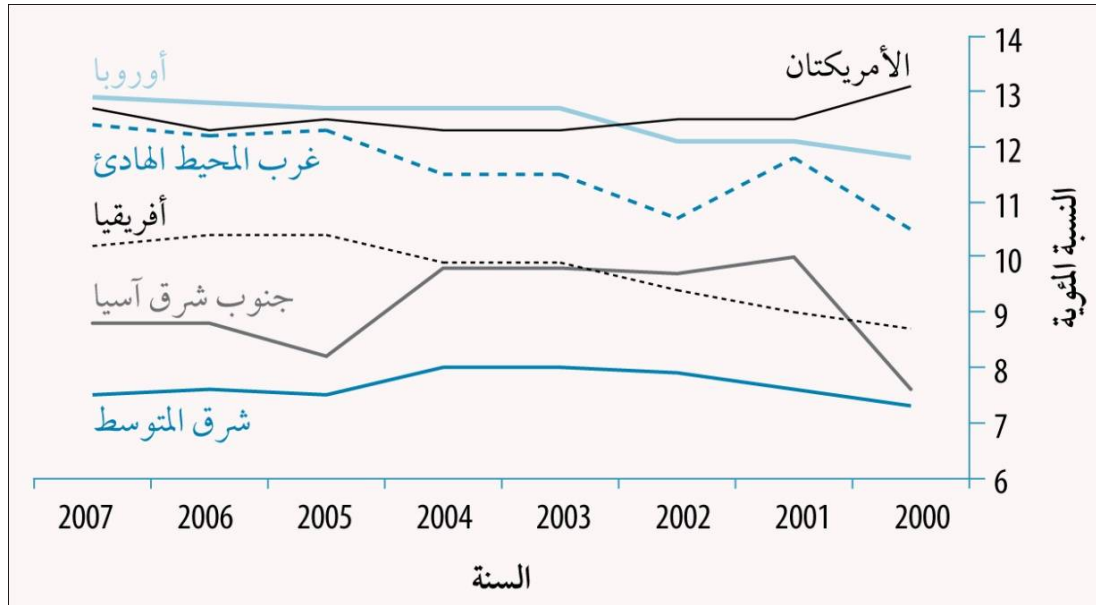
يتفاوت الإنفاق الإجمالي للحكومات على القطاع الصحي تفاوتاً كبيراً بين الاقاليم العالمية ، والرسم البياني التالي يوضح ذلك :

(1) - منظمة الصحة العالمية : تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2010، مرجع سابق ، ص 57.

(2) - نفس المرجع ، ص 26.

(3) - برنامج الامم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2013 ، نهضة الجنوب، مرجع سابق ، ص 177.

الرسم البياني رقم (13): الإنفاق الحكومي على الصحة لأقاليم مختلفة في الفترة (2000-2007).



المصدر : منظمة الصحة العالمية : تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم ، جنيف ، 2010، ص31

من خلال هذا الرسم يتبين ان الحكومات في إقليم الامريكيتين و اوروبا وغرب المحيط الهادي تخصص للصحة أكثر ما تخصصه الاقاليم الاخرى و يمكن تفسير هذا التباين الموجود بين الاقاليم بالتفاوت في ثروات البلدان . وتحظى الصحة بمستوى عالي من الإنفاق كلما ازدادت البلدان ثراء .

إذ تتفق الولايات المتحدة 7000 دولار امريكي على الفرد في العام ، كما تتفق سويسرا 6000 دولار امريكي ، اما بلامد منظمة التعاون و التنمية في الميدان الإقتصادي فتتفق 3600 دولار امريكي (1).

ويشير تقدير منظمة الصحة العالمية للصحة حسب احد المسوح التي قامت بها ، ان الدول المنخفضة الدخل تحتاج إلى انفاق حوالي 44 دولار امريكي على الفرد في 2009 ، وهذا حتى تتمكن من القيام بالتدخلات اللازمة من حيث توفير الخدمات الصحية لمواطنيها خاصة تلك التي تتعلق بالمرامي الاساسية لاهداف الالفية (2).

(1) - منظمة الصحة العالمية : التقرير الخاص بالصحة في العالم، مرجع سابق ، ص28.

(2) - نفس المرجع ، ص29.

فالإقليم الأفريقي يتميز في عدد من البلدان بتقدم بطيئ اتجاه تحقيق مرامي الالفية و خاصة منطقة افريقيا جنوب الصحراء و هذا لإرتفاع مستوى الوفاة فيه خاصة شريحة الاطفال الاقل من خمس سنوات. ففي عام 2007 لم يلتزم بإعلام "ابوجا 2001" الذي تعهد فيه الزعماء الافارقة بوضع هدف يتمثل في تخصيص 15% من ميزانيات بلدانهم السنوية للقطاع الصحي ، سوى ثلاثة دول هي ليبيريا و رواندا و جمهورية تنزانيا الاتحادية ، وهذا راجع لإعتبارات مالية واخرى سياسية واخرى راجعة إلى اعتقاد ان وزارة الصحة لا تتمتع بالكفاءة.(1).

فمسؤولية الانظمة الصحية لا تنحصر في تقديم الخدمات الصحية وحسب بل تعمل من خلال هذا العرض إلى حماية المواطنين من التكلفة المالية للمرض لذلك فإن التمويل العادل يمثل احد اهم عناصر تلك الانظمة، فالنظام الصحي العادل يشمل جميع افراد المجتمع بغض النظر عن دخلهم او إنتمائهم الإجتماعي و الطبقي .

كما ان عامل الثراء لايعتبر دائما المسؤول الوحيد الذي يؤخذ في الإعتبارفي النفقات الصحية فالتفاوتات الضخمة بين البلدان ذات مستويات الدخل المتشابهة تشير إلى مستويات مختلفة من الإلتزام الحكومي اتجاه الصحة ، فلقد تبين ان بعض الدول المنخفضة الدخل تخصص للصحة نسبا أعلى من إجمالي الإنفاق الحكومي أكثر ما يخصصه نظراؤها من البلدان ذات الدخل المرتفع ، فقد خصص 22 بلدا من البلدان المنخفضة الدخل على مستوى العالم اكثر من 10% للصحة في عام 2007 ، بينما خصص 11 بلدا من البلدان ذات الدخل المرتفع أقل من 10% (2).

فتحسين النظام يؤدي إلى تحسين النتائج المرجوة ، و لاجل هذا يجب على كل دولة مراجعة خططها و آليات الميزانية لتعزيز الانظمة الصحية ومواجهة الإحتقانات الموجودة داخلها ، و إلى زيادة حصص الإنفاق على الصحة لأنها عامل مهم في التنمية.

(1) - نفس المرجع ، ص33.

(2) - نفس المرجع ، ص33.

3-4- من حيث توفر الموارد البشرية:

تعاني الدول النامية مشاكل و صعوبات اقتصادية و ازيمات مالية ، الشيء الذي ادى إلى نقص في الإطارات و قلة الكادر الصحي وتعطيل عمله وكانت نتيجة ذلك عائقا حائلا دون توسيع نطاق المقاربات المتكاملة الخاصة بصحة الامهات و المواليد الجدد و الاطفال و تغذيتهم و بقائهم على قيد الحياة على مستوى المجتمع المحلي فمحدودية الفاعلية وكثرة الإستقالات بين صفوف الموظفين وقلة الإشراف هي بمجملها مشاكل تواجه معظم البرامج في الدول النامية.

فالهجرة الكبيرة لموظفي الصحة و وطاة الإيدز الذي دمر قوى العمل في الدول التي اقتحمتها وكذلك الصراع المسلح كلها عوامل تؤدي على تهديد القوى العاملة في مجال الصحة الوطنية في الكثير من الدول النامية التي لا تحقق تقدما أو تحقق تقدما بطيئا في الحد من وفيات الاطفال ، وضمن هذا السياق يلعب عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي دورا مهما في تحسين الصحة في المجتمع المحلي بشكل عام و صحة الاطفال بشكل خاص⁽¹⁾.

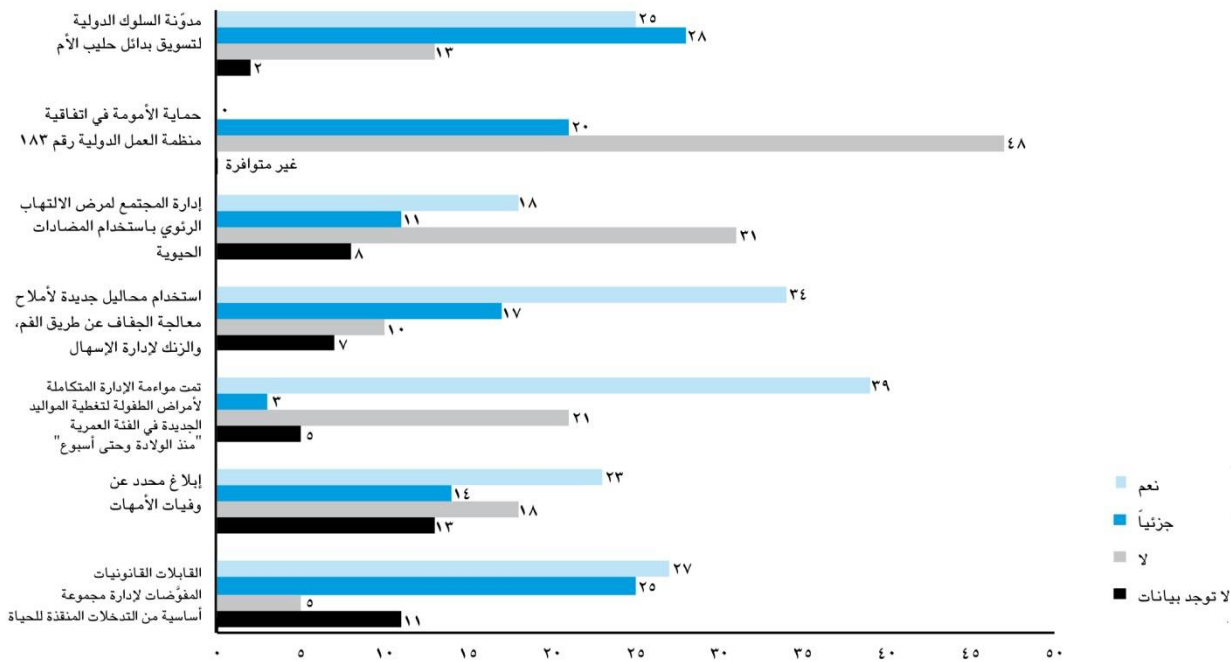
إن نسبة التغطية بعمال الصحة يعتبر محددا مهما للفتاوت في نسب وفيات الرضع و الاطفال دون الخامسة و الامهات فعلى الحكومات ان تضمن ان عدد الأخصائيين المتدربين يتناسب مع الإحتياجات الصحية للسكان و إلا فإن بلوغ الاهداف سيكون بالامر المستحيل .

تبين البحوثات ان احتمالات تحقيق نسبة تغطية مقدارها 80% في التطعيم ضد الحصبة و المرافقين المحترفين عند الولادة تتعزز بشكل كبير عندما تتجاوز كثافة عمال الصحة 2.5 لكل الف ساكن. إلا ان دولا كثيرة نامية وخصوصا تلك الواقعة جنوب الصحراء الإفريقية وجنوب شرق اسيا تواجه نقصا حادا في الكوادر الصحية⁽²⁾. و الرسم البياني التالي يوضح ذلك

(1) - اليونيسف : وضع اطفال العالم 2008 ، بقاء الاطفال على قيد الحياة ، مرجع سابق ، ص76.

(2) - نفس المرجع : ص 76.

الرسم البياني رقم (14) : نقص توافر الكوادر الصحية الماهرة في افريقيا و جنوب شرق اسيا



المصدر : اليونيسف : وضع اطفال العالم 2009 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان الاردن ، ص 74.

من خلال هذا الرسم يتبين أن توفير الكوادر الصحية له علاقة بمدى تقدم الدولة . فالدول ذات الدخل المرتفع هي التي تملك نسبة عالية من الكوادر الصحية مثل دول أوروبا و الأمريكيتان و الدول الواقعة غرب المحيط الهادي . اما الدول التي تعرف مستوى دخل منخفض فهي تحتوي على نسبة منخفضة من حيث الكوادر الصحية وهذا ما نجده في جنوب شرق اسيا و في افريقيا ، فمن الاسباب التي ادت إلى هذا الوضع المتدني في هذه الدول هي هجرة الادمغة إذ أصبحت تسبب قلقا في الكثير من الدول ، فالهجرة لا تكون فقط من الدول الفقيرة إلى الغنية ، و إنما حتى داخل البلد نفسه من الريف إلى الحضر ومن القطاع العام إلى القطاع الخاص ومن القطاع الصحي إلى غيره (1).

أما عن اسباب الهجرة فهي قلة الرواتب وزيادة عدد ساعات الدوام المثقلة بواجبات إضافية ونقص الفرص التعليمية و ظروف العمل الصعبة ونقص الإمدادات و المعدات من أجل تحسين نوعية الخدمة ، ففي هذا المجال مثلا يجب ان تضع الانظمة الصحية محفزات لممارسي الرعاية الصحية في الوطن وهذا يعتبر تحديا كبيرا للإحتفاظ بعمال الصحة وذلك من خلال رفع معنوياتهم بوسائل مثل العلاوات و الإشراف الأفضل وتزويدهم بالسكانات وتوفير المواصلات و الرفع من الرواتب وما شابه ذلك.

(1) - اليونيسف : وضع اطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص 76.

3-5 - من حيث انتقاء التكنولوجيا الصحية و الطبية :

3-5-1 - توفر الادوية الاساسية:

تعد الادوية من العناصر الاساسية لمكافحة الامراض ، ولذلك فإن الحصول عليها بشروط ميسرة وإن كان هذا المطلب غير كافي في حد ذاته يعد ضروريا لتحقيق أهداف إيجابية في المجال الصحي ، لكن وللأسف العديد من الدول النامية تعاني النقص من هذا العنصر الفعال فالسكان في هذه البلدان يعتمدون كثيرا على المرافق العامة لتوزيع الادوية ، فخلال الفترة 2001 و 2009 لم تكن الادوية في المتوسط متاحة إلا بنسبة 42% من القطاع العام ، بينما كانت متاحة في 62% من مرافق القطاع الخاص.

ينتج التوفر المحدود للادوية في القطاع العام غالبا بسبب نقص الموارد او نقص الميزانية أو عدم دقة تنبؤات الطلب او عدم كفاية التوريد و التوزيع . وهذا يدفع بالمرضى إلى شراء الادوية الجنيسة من موردي القطاع الخاص التي غالبا ما يطلبون اسعار تزيد مرتين او ثلاث مرات عن سعرها في القطاع العام ، اما الادوية الأصلية ذات العلامة التجارية فهي أكثر تكلفة الشيء الذي يجعل الناس يبتعدون عنها خاصة ضعيفي الدخل و الفقراء منهم ويفضلون الادوية الجنيسة رغم عدم نجاعتها في الكثير من الاحيان إذ يميل المرضى و المساعدون الطبيون أيضا إلى عدم الثقة في نوعية هذه الادوية لكنها تبقى الحل الوحيد لهذه الفئة من السكان لانها وببساطة اقل تكلفة.

و قد يحدث في الكثير من الأحيان عدم مقدرة هذه الفئة من الناس حتى من تحمل ثمن المنتجات الجنيسة الارخص سعرا ، ولهذا يعد توفر الادوية بتكلفة زهيدة أو دون تكلفة عن طريق النظام الصحي العام أمرا ضروريا لضمان حصول الجميع على الادوية .

من الواضح أن وجود نظام للصحة العامة يعمل بطريقة ملائمة يرتبط بزيادة فرص الحصول على الأدوية الضرورية و تضاعف الحاجة إلى اللجوء لإستخدام المدخرات أو الإقتراض لدفع قيمة الرعاية الصحية⁽¹⁾.

(1) - الأمم المتحدة : تقرير فرقة العمل المعنية برصد الثغرات في تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية، 2011، ص 59-62.

فقيام نظم التأمين الصحي بضمان توفير تغطية واسعة النطاق للأدوية الأساسية قد يساعد في التخفيف من أثار اتساع دائرة الفقر بسبب مشتريات الأدوية ، وقد تساعد التغطية العامة أيضا على عدم تشجيع الطبيب الذاتي الغير الملائم عن طريق استخدام ادوية منتهية الصلاحية أو ذات نوعية متدنية أو التخفيف في عدد الجرعات الذي له اثر بالغ خاصة على صحة الاطفال .

فالادوية التي تحتوي على المضادات الحيوية مثلا يجب ان تقدم للطفل في اوقات منظمة وجرعة يحددها الطبيب لمدة معينة غالبا ما تكون من 8-10 ايام ويجب الالتزام بها والا كان مفعول الدواء باطلا لكن ونظرا لغلاء سعر الأدوية وتدني المستوى الثقافي للاولياء لا يتم الالتزام بهذا الامر، الشيء الذي ينجر عنه انعكاسات وخيمة على صحة الاطفال وتجرحهم إلى ما لا يحمد عقباه.

3-5-2 - الإستفادة من التكنولوجيات الطبية:

يمكن أن تلعب التكنولوجيات الطبية دورا حاسما في إيتاء خدمات صحية جيدة ، شريطة أن يجري اختيارها واستخدامها على النحو الصحيح، وذلك استنادا إلى بيانات علمية ، و وفقا لأفضل الممارسات. وفي أحيان كثيرة تتعرض سياسات الشراء للتشوه بفعل ضغوط التسويق من صانعي الأجهزة و المعدات وهذا كثيرا ما يقع في الدول مرتفعة الدخل .

كما ان الشراء و الاستخدام الغير ضروري للأجهزة و المعدات يمكن ان يحدث أيضا في البلدان منخفضة الدخل ، إلا أن المناطق الفقيرة الموارد تواجه عموما تحديات تكنولوجية أخرى .

يقدر أن ما لا يقل عن 50 % من الاجهزة و المعدات الطبية الموجودة في البلدان النامية ، إما انها تعمل جزئيا فقط او انها لا تعمل على الإطلاق ففي بلدان افريقيا جنوب الصحراء الكبرى يقف ما يصل إلى 70% من الاجهزة و المعدات الطبية معطلا عن العمل . وتشير التقديرات إلى ان اسبابا عديدة تقف وراء هذا الشكل من اشكال الإخفاق الواسع النطاق للأجهزة و من بينها سوء إدارة عملية اقتناء التكنولوجيا و غياب تدريب مستخدميها و كذلك غياب الدعم الفني الفعال.

و حتى عندما تكون التكنولوجيا الطبية متاحة للاستخدام فكثيرا ما تكون سبب في عمل تشخيص دون المستوى و ينطوي على مخاطر، أو تقديم علاج يمكن أن يشكل تهديدا لسلامة المرضى⁽¹⁾. فالنظم الصحية ترتكب مرارا اخطاء طبية باهضة التكاليف و قاتلة يدفع ثمنها المرضى . و تكلف ميزانية كبيرة للدولة⁽²⁾.

(1) - الأمم المتحدة : تقرير فرقة العمل المعنية برصد الثغرات في تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية، 2011، ص 59-62.

(2) - منظمة الصحة العالمية : التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010 ، مرجع سابق ، ص 89.

كما يمكن أن تمثل التكنولوجيا الطبية الغير الملائمة عبئاً مالياً على النظم التي لا تستطيع تحمل تكاليفها. كما انه من بين أهم الأسباب المؤدية إلى عدم الكفاءة و الذي له صلة بالتكنولوجيات الطبية في البلدان المنخفضة الدخل هو التبرعات. ففي بعض البلدان يأتي ما يقرب من 80% من أجهزة و معدات الرعاية الصحية من التبرعات الدولية أو من الحكومات الأجنبية و التي يظل كثيرا منها معطل عن العمل لأسباب مختلفة .

لهذا يمكن تجنب هذه المشكلات إذا تشاور الشركاء في التنمية مع البلدان المتلقية للمعونات لاستيضاح احتياجاتها و قدراتها على صيانة الأجهزة و المعدات المتبرع بها. كما يجب على الحكومات المتلقية إقامة نظم إدارة رشيدة تنظم عملية تخزين الأجهزة و المعدات الطبية وفقاً للنوع و الطراز و الشركة الصانعة، وتفحص البنود المتبرع بها للتأكد من ملاءمتها من حيث الاكتمال و التوافق و الجودة (1).

(1) - نفس المرجع ، ص90.

المبحث الثاني: المؤتمرات و القمم العالمية المهمة بصحة الأطفال و أهم النتائج المحققة

1- أهم المؤتمرات و القمم العالمية ذات الصلة بصحة الأطفال

1-1 - 1- الالتفاتة الأولى التي كان لها الفضل في الاعتراف القانوني لحقوق الطفل :

إن إعطاء الاعتبار للأطفال لم يأتي هكذا فقط، بل جاء نتيجة نضال و جهود متضافرة من أطراف عدة ليصل إلى ما هو عليه. ويعود الفضل في اعتراف القانون الدولي بحقوق الطفل في جزء كبير منه إلى امرأة إنجليزية تدعى "إغلانتين جيب" في سنة 1919 ، فقد أطلقت صندوق إنقاذ الطفولة استجابة لظروف البؤس و الشقاء التي عاشها آلاف الأطفال في أرجاء أوروبا بعد الحرب العالمية الأولى ، غير أن اهتمامها كان منصبا آنذاك على ما يتعدى الإغاثة العاجلة .

نقلت "إغلانتين جيب" إلى جنيف لتشكل الإتحاد الدولي لإنقاذ الطفل الذي أصبح فيما بعد يعرف باسم " الإتحاد الدولي لرعاية الطفل " .

في سنة 1924 عصبة الأمم تتبنى إعلان جنيف لحقوق الطفل الذي صاغه الإتحاد الدولي لرعاية الطفل. يحدد الإعلان حقوق الطفل في الحصول على الوسائل اللازمة للنمو المادي والمعنوي و الروحي ، وفي المساعدة الخاصة عندما يشعر بالجوع أو المرض أو الإعاقة أو يصبح يتيما ، وفي أن يعطى الأولوية في الإغاثة عندما يتعرض للخطر ، وفي الحرية من الاستغلال الاقتصادي و في التنشئة التي تغرس فيه حسا من المسؤولية الاجتماعية.

في سنة 1948 الجمعية العامة للأمم المتحدة تجيز الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي يشير في المادة 25 منه إلى الطفولة باعتبارها " تستحق الرعاية و المساعدة الخاصتين " .

في سنة 1959 الجمعية العامة للأمم المتحدة تتبنى إعلان حقوق الطفل، الذي يعترف بحقوق مختلفة مثل الحق في التحرر من التمييز والحق في الحصول على اسم و جنسية و ينص الإعلان على وجه الخصوص على حقوق الطفل في التعليم و الرعاية الصحية و الحماية الخاصة.و أخذت هذه الاتفاقية شكلها القانوني عام 1979 ودخلت حيز التنفيذ سنة 1989⁽¹⁾.

(1) - اليونيسيف : وضع الأطفال في العالم 2005 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص 2.

1-2- مؤتمر ألما آتا " الرعاية الصحية الأولية ":

نشأ المؤتمر العالمي حول الرعاية الصحية الأولية و الذي عقد في ألما آتا في عام 1978 نتيجة الابتكارات الناجمة عن الرعاية المجتمعية التي طورت بعد الحرب العالمية الثانية في الأماكن شحيحة الموارد .

تضمنت هذه الأماكن عيادات الأطفال دون سن الخامسة في نيجيريا و العاملين الصحيين المحليين في اندونيسيا و الأطباء الحفاة في الصين و الأنظمة الصحية في كوبا و فيتنام ، وقد كان المؤتمر و الإعلان الذي صاحبه معلمان على درجة كبيرة من الأهمية ، فقد كان المؤتمر في ذلك الحين أكبر مؤتمر يعقد حول موضوع واحد في التطوير و الصحة العالمية ، وقد حضره 134 دولة و ممثلين من 67 منظمة غير حكومية و من الأمم المتحدة ، و من خلال بلورة المبادئ الحديثة التي ستصبح فيما بعد منهجا راسخا (1) .

مهد المؤتمر الطريق للالتزامات عالمية كبيرة كالصحة للجميع بحلول عام 2000 ، إذ اعتبر المؤتمر أنّ الرعاية الصحية الأولية هي مفتاح تحقيق هذا الهدف الصحي ، الذي اعتبر جزء من عملية التنمية ، ولقد أوصى الإعلان على الأنشطة التالية :

التثقيف الصحي و الترويج لإمدادات كافية من الطعام و التغذية السليمة و المياه الآمنة و الصرف الصحي و رعاية الأم و الطفل و التطعيم ضدّ أمراض الطفولة الرئيسية و العلاج الملائم للأمراض و الإصابات الشائعة و الوقاية و السيطرة على الأمراض المحلية المستوطنة و توفير الأدوية الأساسية.

ففي عام 1981 تم تحديد أهداف مرحلية كتوفير التغذية الجيدة للجميع بحلول عام 1986 و توفير مياه الشرب النقية و الإصحاح البيئي بحلول عام 1990 و تحصين كل الأطفال ضدّ الأمراض الشائعة بحلول 1990.

كما مهّد المؤتمر أيضا الطريق للالتزامات التي تم التعهد بها في القمة العالمية للأطفال في عام 1990 ومؤخرا إعلان الألفية و الأهداف الإنمائية للألفية (2).

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص 30.

(2) - نفس المرجع ، ص 30.

لقد حث الإعلان الحكومات على صياغة سياسات وطنية لإدماج خدمات الرعاية الصحية الأولية ضمن أنظمتها الصحية الوطنية وطالب بإيلاء الاهتمام بالرعاية المجتمعية المحلية التي تظهر الواقع السياسي و الاقتصادي للدولة ومن شأن هذا النموذج أن يقرب الرعاية الصحية بالقدر الممكن إلى حيث يعيش الناس و يعملون ، وذلك بتمكينهم من السعي وراء الحصول على المعالجة بالشكل المناسب من الكوادر الصحية المجتمعية المدربة ومن الممرضات و الأطباء⁽¹⁾.

ومن شأنه أيضا أن يعزز روح الاعتماد على الذات بين الأفراد ضمن المجتمع المحلي ويشجع مشاركتهم في تخطيط و تنفيذ برامج الرعاية الصحية. ومن شأن أنظمة الإحالة أن تكمل طيف هذه الرعاية عن طريق تقديم خدمات أكثر شمولاً إلى أولئك الذين هم أكثر الناس حاجة إليها وهم الأشد فقراً والأكثر حرماناً⁽²⁾.

رغم المنافع الكثيرة للرعاية الصحية ، إلا أن تطبيقها كان صعباً جداً بسبب الأحوال الاقتصادية الغير الملائمة خاصة في ثمانينات القرن العشرين التي نتج عنها تراجع كبير بين الدول في توفير الخدمات العامة مثل الرعاية الصحية و توزيع المياه و التخلص من النفايات و مراقبة جودة الطعام ، وقد أدى هذا الوضع إلى انهيار الخدمات الصحية في العديد من الدول النامية بالإضافة إلى تدنٍ في مستوى دعم العاملين الصحيين⁽³⁾. الشيء الذي أدى إلى الانحراف عن الرعاية الصحية الأولية و التوجه إلى رعاية صحية انتقائية أرخص تكلفة ، مستهدفاً أمراضاً و ظروفًا محددة.

1-3- الرعاية الصحية الأولية الانتقائية وثورة بقاء الأطفال :

منذ بداية الثمانينات في القرن العشرين ، كانت صحة الأطفال تشكل حالة طوارئ صامته ، حيث أن ما يقارب 15 مليون طفل ما زالوا يموتون سنوياً قبل بلوغ سن الخامسة ، وفي أواخر السبعينات نشر العالمان "جوليا والش و كينيث وارين" كتاب الرعاية الصحية الأولية الانتقائية ، وهي إستراتيجية مؤقتة للسيطرة على الأمراض في الدول النامية .

(1) - اليونيسيف : وضع أطفال العالم 2009 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص 31.

(2) - نفس المرجع ، ص 31.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص 31.

إن هذا التقرير اقترح إستراتيجية بديلة لتخفيض وفيات الأطفال و الرضع بسرعة و بكلفة معقولة حيث استنتج هذان العالمان أن عددا قليلا من الأسباب (الإسهال و الملا ريا و الالتهابات التنفسية و الحصبة وغيرها) مسؤول عن الأغلبية العظمى من وفيات الأطفال دون سن الخامسة وأن هذه الوفيات كان من الممكن منعها بسهولة عن طريق التطعيم في ذلك الوقت ومعالجة الجفاف عن طريق الفم و الرضاعة الطبيعية و الأدوية المقاومة الملا ريا.

لقد أطلقت ثورة بقاء الأطفال عام 1982 ولقد ترأستها اليونيسيف وركزت على أربعة تدخلات منخفضة الكلفة وهي مراقبة النمو لمعالجة سوء التغذية و معالجة الجفاف عن طريق الفم لمعالجة الإسهال و الرضاعة الطبيعية لتأمين صحة الأطفال و التطعيم ضد ستة أمراض فتاكة للأطفال .

وقد تم دعم هذه التدخلات ببرامج رئيسية قادتها منظمة الصحة العالمية بما فيها برنامج التحصين الموسع و برنامج السيطرة على الإسهالات و الالتهابات التنفسية الحادة .

و لقد أضيف إلى تلك التدخلات ثلاثة عناصر أخرى وهي الأغذية التكميلية و مبادئ الولادة في الأسرة وتعليم الفتيات (1).

و بالفعل لقد أثبتت مبادرات الرعاية الأولية الانتقائية أنها ناجحة نسبيا وهذا لاستعمالها لتقنيات طبية غير مكلفة لبلوغ أهداف محددة من جهة و بفضل التحسينات البارزة التي قامت بها منظمة الصحة العالمية خاصة فيما يتعلق بالتطعيم و علاج الجفاف عن طريق الفم من جهة أخرى ، وهذه الجهود ساهمت في تخفيض معدل الوفاة العالمي للأطفال دون سن الخامسة حيث بلغت نسبة الانخفاض 19% خلال الفترة 1980 و 1990(2).

(1) - نفس المرجع ، ص 31.

(2) - نفس المرجع ، ص 32.

1-4- مبادرة باماكو

تعتبر مبادرة باماكو من اهم الإستراتيجيات التي رعتها اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية وتبناها وزراء الصحة الافارقة في عام 1987 ، بنيت على حقيقة مفادها أنه على الرغم من القبول بالمبادئ الاساسية للرعاية الصحية الاولى الشاملة، إلا أن دولا عديدة في الثمانينات خاصة في دول إفريقيا جنوب الصحراء أثقل كاهلها شح الموارد و الإفتقار إلى استراتيجيات التطبيق العملي.

و لقد ركزت هذه الإستراتيجية على زيادة فرص الوصول إلى الرعاية الصحية الاولى وتلبية احتياجات المجتمع المحلي الأساسية في دول إفريقيا جنوب الصحراء ، وذلك بتقديم رزمة من التدخلات تضمن توفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية المتكاملة من خلال المراكز الصحية .

و لقد تم التركيز على الحصول على الادوية بعدما كانت تشتري من اماكن غير مرخصة او غير مراقبة ، كما تم التركيز على التعاون المنتظم بين مزودي الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية . إن هذا الامر دفع بإنخراط اللجان القروية في إدارة المرافق الصحية ، وأدى هذا إلى نتائج إيجابية لصحة الطفل في شرق إفريقيا على وجه الخصوص.

و كانت مبادرة باماكو بمثابة عملية سياسية تضمنت تغيير النماذج السائدة للسلطة و النفوذ ، وكانت مشاركة المجتمع المحلي في إدارة و ضبط الموارد على مستوى المرافق الصحية هي الآلية الرئيسية لضمان النجاح في مجال الخدمات الصحية العامة للمستخدم ، وقد استطاعت اللجان الصحية التي تمثل المجتمعات المحلية عقد جلسات مراقبة تم خلالها وضع أهداف التغطية ومدخلاتها و نفقاتها و مراجعتها و تحليلها ومقارنتها.

و تشير التقديرات أن المبادرة حسنت سبل الوصول إلى الخدمات الصحية و توافرها و القدرة على دفع نفقاتها واستخدامها في انحاء كثيرة في إفريقيا ، كما زادت تغطية التطعيم وحافظت عليها وزادت من استخدام الخدمات بين الاطفال و النساء على وجه الخصوص ، لكن هذه المبادرة لم تكن بلا نواقص لأن تطبيق اجور المستخدم على المنازل الفقيرة و مبادئ استعادة النفقات أثارت انتقادا قويا ، ولم يستخدم جزء كبير منهم الخدمات الصحية الأولية رغم الإعفاءات و الإعانات الحكومية (1).

(1) - نفس المرجع ، ص 36.

1-5- اتفاقية حقوق الطفل :

هي اول معاهدة دولية جرى تبنيها عام 1989 ، وهي تنص على مجموعة كاملة من الحقوق المدنية و السياسية و الإقتصادية و الإجتماعية و الثقافية للأطفال .

تعدد الإتفاقية الملزمة قانونيا للدول الاطراف ، جملة من القواعد و المعايير المعترف بها عالميا و المتعلقة بحماية و تعزيز حقوق الطفل في كل مكان وفي جميع الاوقات.

وتؤكد على التكامل و الترابط لحقوق الطفل . ومن خلال موادها 54 و بروتوكوليهما الإختيارين تؤسس الإتفاقية لرؤية جديدة للطفل تجمع الحق في الحماية من خلال الوالدين و الدولة و المؤسسات ذات الصلة ، مع الإعتراف بان الطفل يملك الحق في المشاركة والحريات.

وقد صادقت كل الدول على الإتفاقية بإستثناء ثلاث دول وهي الصومال و جنوب السودان و الولايات المتحدة الامريكية.

وهذا التبنى الواسع يدل على الإرادة السياسية المشتركة لحماية و ضمان حقوق الطفل ، فضلا عن الإعتراف بانه ، كما جاء في نص الإتفاقية " في جميع بلدان العالم ، هناك اطفال يعيشون في ظروف صعبة للغاية ، وهؤلاء الاطفال يحتاجون على مراعاة خاصة ".

إن هذه الإتفاقية تولي اهتماما كبيرا في مجال صحة الطفل ، إذ تلزم الدول الاطراف بان " تكفل على أقصى حد ممكن بقاء الطفل و نموه (المادة 6) . فلكل طفل الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وفي مرافق علاج الامراض و إعادة التأهيل الصحي " (المادة 24) .

ويشمل هذا رعاية الطفل و الرعاية قبل الولادة وبعدها و الرعاية الوقائية و تنظيم الاسرة و التوعية بصحة الطفل و التغذية و النظافة و المرافق الصحية البيئية و الوقاية من الحوادث و مزايا الرضاعة الطبيعية ، إضافة إلى ضمان توفير الرعاية الصحية الأولية ، إذ تتعهد الاطراف بمكافحة الامراض و سوء التغذية عن طريق توفير الاطعمة المغذية الكافية ومياه الشرب النقية ، اخذة في الإعتبار اخطار و مخاطر التلوث البيئي⁽¹⁾.

(1) - منظمة الامم المتحدة للطفولة (اليونيسف) : وضع اطفال العالم 2012 ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، عمان ، الاردن ، ص17،16

كما تنص الإتفاقية على الحماية الاجتماعية للطفل ، فهي تقر بالدور الرئيسي للوالدين أو الاوصياء القانونيين في تربية الطفل ونموه (المادة 18) ، ولكنها تؤكد على التزام الدولة بدعم الاسر من خلال "المساعدة الملائمة " ، وتطوير مؤسسات ومرافق وخدمات رعاية الاطفال وكل التدابير الملائمة لتضمن لاطفال الوالدين العاملين حق الإنتفاع بخدمات ومرافق رعاية الطفل التي هم مؤهلون لها .ومن الحقوق التي قد تنطبق بصفة خاصة على السياق الحضري إقرار الإتفاقية بحق كل طفل في مستوى معيشي ملائم نموه البدني و العقلي و الروحي والمعنوي و الإجتماعي (المادة 27).

و تقع مسؤولية تامين هذه الشروط اساسا على الوالدين و اولياء الامور ، لكن يتعين على الدول الاطراف تقديم المساعدة وفي حالة الضرورة تقديم المساعدة المادية وبرامج الدعم ، ولاسيما فيما يتعلق بالتغذية و الكساء و الإسكان .و للاطفال الحق في الإستفادة من الضمان الإجتماعي تبعا لظروفهم⁽¹⁾.

6-1 - مؤتمر القمة العالمي من أجل الاطفال:

هو أول قمة عالمية للأطفال ، انعقد في يوم الأحد الموافق ل الثلاثين من أيلول 1990 ب نيويورك ، إلتقى 71 من قادة دول العالم و رؤساء حكوماتها إذ تعهد هؤلاء بالعمل من أجل وضع حد لوفيات الأطفال و انتشار سوء التغذية بينهم بحلول عام 2000 وتوفير الحماية الأساسية للتنمية الجسدية و العقلية لجميع أطفال العالم ولقد تمت تجزئة هذا الهدف العام إلى مايزيد عن عشرين هدفا وردت جميعا ضمن خطة عمل أقرتها البلدان 159 الممثلة في القمة ، واتفقت كافة الحكومات على مراجعة خططها و ميزانياتها ودفع برامج عمل وطنية قبل نهاية عام 1991.

و لقد تم في هذا الوعد توجيه الدعوة إلى كافة المنظمات الوطنية و العالمية للمشاركة كما تم توجيه الدعوة بشكل خاص إلى المؤسسات الدينية و التعليمية و وسائل الإعلام و التجارة و المنظمات الغير حكومية في كافة البلدان الغير مشاركة .

و عند انعقاد هذه القمة كان العالم يقترب من الموعد النهائي الذي تم تحديده قبل مايزيد عن عشرة سنوات لتحقيق هدف إنساني عظيم وهو تحصين 80% من الاطفال في العالم الثالث ضد امراض الطفولة الفتاكة ، فلقد استطاعت دول العالم الثالث تجاوز النسبة المحددة للقاح التدرن الرئوي في حين احرزت تغطية تحصينية ضد شلل الاطفال بلغت 78% في 1989 ، اما لقاح الحصبة فلقد بلغت نسبة التغطية 71%⁽²⁾.

(1) - نفس المرجع ،ص16.

(2) - منظمة الامم المتحدة للطفولة : وضع الاطفال في العالم 1991، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ،عمان ، الاردن ، 1991، ص 1.

أما عن الاهداف التي جاءت بها هذه القمة فهي :

- تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الثلث أو تخفيضها إلى ما دون 70 وفاة لكل 1000 ولادة حية.
- تخفيض معدلات وفيات الأمهات إلى النصف.
- تخفيض حالات سوء التغذية الحادة أو المعتدلة إلى النصف في العالم للأطفال دون سن الخامسة.
- تأمين الماء الصالح للشرب و الصحة العامة لكل العائلات.
- حماية ملايين الأطفال ممن يعيشون في ظروف بالغة الصعوبة و بذل الجهود لتشجيع الدول و الحكومات على حماية الأطفال من الآثار المباشرة و الغير المباشرة للحروب.
- تخفيض عدد الولادات بوزن منخفض (2,0 كغم أو أقل) إلى ما يقل عن 10% .
- تخفيض حالات فقر الدم بين النساء بمقدار الثلث.
- التخلص كلياً من الإضطرابات الناتجة عن نقص فيتامين « أ » و اليود.
- نشر المعرفة بين العائلات جميعها عن أهمية تقديم دعم المرأة في عملية إرضاع الطفل وسد حاجات الطفل الغذائية الخاصة خلال سنوات ضعفه (1).
- القضاء على شلل الأطفال.
- القضاء على كزاز المواليد بحلول عام 1990 .
- تحقيق تغطية تحصينية بنسبة 80% على الأقل ضد الكزاز للأمهات في سنوات الحمل مع المحافظة على هذه النسبة.
- تخفيض معدلات وفيات الأطفال نتيجة الإسهال بمقدار النصف و تخفيض نسبة حدوث الأمراض الإسهالية بنسبة 20% .
- تخفيض نسبة وفيات الأطفال نتيجة الإلتهابات التنفسية الحادة بمقدار الثلث.

(1) - نفس المرجع ، ص2.

فمع انعقاد هذا المؤتمر كان العالم يسوده حقيقتان أساسيتان ، الأولى وهي وفاة 40 طفل يوميا بسبب سوء التغذية و الأمراض و وجود 150 مليون طفل يعانون من اعتلال الصحة و النمو البطيئ و حرمان 100 مليون طفل اخر تتراوح اعمارهم بين 6 - 11 سنة من الالتحاق بالمدرسة.

اما الحقيقة الثانية فهي أن الوسائل الكفيلة بإنهاء هذه الكارثة متوافرة وممكنة من الناحية العملية، وقد أسهمت التجارب و الدراسات التي أجريت على نطاق واسع في كثير من الدول في زيادة قدرة العالم على فهم المشاكل و حلها ⁽¹⁾.

فإذا ما أمكن إحراز تقدم على صعيد تحقيق هذه الاهداف الرئيسية فإن النتيجة الحتمية ستكون فرصا اكبر و افضل لبقاء الاطفال على قيد الحياة و تطورهم و نمائهم ، الشيء الذي يبطئ من عجلة النمو السكاني ، ذلك ان الالباء و الامهات سيميلون إلى إنجاب عدد أقل من الأطفال حينما يطمئنون ان اطفالهم سيقون على قيد الحياة .

1-7 - المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994:

في سبتمبر 1994 استضافت القاهرة اكبر مؤتمر تم عقده على الإطلاق على مستوى الحكومات في دول العالم حول السكان و التنمية بحضور 11.000 مشارك يمثلون الحكومات و منظمات ووكالات الامم المتحدة المتخصصة و المنظمات الحكومية الدولية و المنظمات الغير حكومية ووسائل الإعلام وقد شارك اكثر من 180 دولة في مفاوضات لوضع اللمسات الاخيرة لبرنامج عمل المؤتمر في مجال السكان و التنمية .

ويتضمن عمل المؤتمر الذي تم اعتماده بالتركية في 13 سبتمبر 1994 استراتيجية جديدة تؤكد على الصلة الوثيقة بين السكان و التنمية و تركز على احتياجات الأفراد من النساء و الرجال بدلا من التركيز على تحقيق الاهداف الديموغرافية ، ويرتكز هذا النهج الجديد على تمكين المرأة و توفير المزيد من الخيارات أمامها و ذلك من خلال توسيع فرص الحصول على التعليم و الخدمات الصحية و تطوير مهاراتها و توفير فرص العمل ، وايضا من خلال مشاركتها الكاملة في وضع السياسات و عمليات صنع القرار على كافة المستويات ، هذا و يعد الاعتراف بالحاجة إلى تمكين المرأة احد اعظم الإنجازات لمؤتمر القاهرة الدولي ، نظرا لاهمية هذا الامر في حد ذاته من جانب و بإعتباره عنصرا رئيسيا في تحسين نوعية الحياة للجميع من جانب اخر.

(1) - نفس المرجع ،ص ص 2،3.

و تتوافق اهداف مؤتمر القاهرة مع الاهداف الإنمائية الثمانية لللفية وهذا لانه الاساس الذي تنطلق منه أية مبادرة للتنمية.

لقد تلقى مؤتمر القاهرة اهتماما اعلاميا كبيرا وهذا عائد للجدل المتعلق بشأن التاكيد على الحقوق الإنجابية ، فالكرسي البابوي و عدة بلدان اسلامية بالدرجة الاولى كانت ناقدة قوية للتوجيهات التي جاء بها هذا المؤتمر فيما يخص مسألة الإجهاض و الممارسات الجنسية الحرة و طالبوا بتعديل هذه التوصيات المخالفة للشرع.

لقد كان للمسألة الصحية للاطفال نصيبا في هذا المؤتمر وهذا لما له من اثر كبير على التنمية فمن بين أهدافه الرئيسية الإهتمام بشريحة الاطفال وهذا من خلال العمل على تخفيض وفيات الرضع و الاطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلث اي حوالي 50 إلى 70 وفاة لكل الف شخص بحلول عام 2000 وعلى جميع الدول بحلول عام 2015 ان تحقق معدلا ادناه 35 وفاة لكل ألف ولادة حية ومعدلا للاطفال دون سن الخامسة يكون 45 بالالف كحد ادنى .

كما شملت أهدافه تحقيق امكانية حصول الجميع على التعليم و الرعاية الصحية بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة وخفض معدل وفيات الأمهات في مرحلة النفاس وعلاج الأمراض التي تنتقل جنسيا بما فيها فيروس نقص المناعة المكتسب و الوقاية منه و الحماية من العنف وتمكين المرأة و ضمان امكانية حصولها على التعليم والرعاية الصحية⁽¹⁾.

1-8 - مؤتمر قمة الألفية لسنة 2000:

بحلول عام 2000 ارتفع متوسط الأعمار من 47 عاما في اوائل الخمسينات إلى 65 عاما ، لكن العديد من الدول فشلت في إحراز المكاسب الصحية التي ساهمت في زيادة الاعمار ، وهدد وباء الإيدز بعكس المكاسب في المناطق التي تشهد انتشارا واسعا له . وكان هذا دافعا لإحتواء ثلاثة اهداف ذات علاقة بالصحة في الأهداف الإنمائية للألفية الثمانية التي تبنتها 189 دولة في عام 2000 ، وحددت موعدا أقصاه 2015 للحصول على القائمة الكاملة للأهداف الإنمائية لللفية المرتبطة بالصحة و المؤشرات المصاحبة لها⁽²⁾.

(1) - صندوق الامم المتحدة للسكان (UNFPA) : "أهداف المؤتمر الدولي للسكان و التنمية " ، في/ السكان و الصحة الإنجابية و الاهداف الإنمائية لللفية ،

نيويورك ، صص 9-10.

(2) - منظمة الامم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص37.

ففي سبتمبر 2000 اجتمع زعماء العالم في مقر الامم المتحدة بنيويورك لمؤتمر قمة الالفية من اجل اعتماد إعلان الامم المتحدة بشأن الالفية ملزمين بذلك دولهم بإقامة شراكة عالمية للحد من الفقر المدقع و تحديد سلسلة من الأهداف المحددة زمنيا بموعد نهائي 2015 والتي أصبحت تعرف بإسم الاهداف الإنمائية للالفية و المتمثلة في :

- **الهدف الاول** هو استئصال الفقر و الجوع الشديدين ، اما الغاية المرجوة فهي تخفيض نسبة الناس الذين يعانون الجوع إلى النصف بين الاعوام 1990 و 2015.

- **الهدف الثاني** هو تحقيق تعميم التعليم الابتدائي .

- **الهدف الثالث** هو تعزيز المساواة بين الجنسين .

- **الهدف الرابع** هو تخفيض وفيات الاطفال ، اما الغاية المرجوة فهي تخفيض معدل وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات بنسبة الثلثين بين الاعوام 1990 و 2015.

- **الهدف الخامس** هو تحسين صحة الأم ، اما الغاية المرجوة فهي تخفيض نسبة الوفيات إلى ثلاثة أرباع .

- **الهدف السادس** هو مكافحة فيروس نقص المناعة المكتسب والملاريا و الامراض الاخرى.

- **الهدف السابع** هو ضمان الإستدامة البيئية ، أما الغاية المرجوة فهي تخفيض نسبة الأشخاص المحرومين من سبل الوصول إلى مياه صالحة للشرب و مرافق الصرف الصحي الاساسية إلى النصف بحلول 2015 .

- **الهدف الثامن** هو تطوير شراكة عالمية ⁽¹⁾.

(1) - نفس المرجع ، ص 9.

و في السنوات الأخيرة انعقدت اجتماعات رفيعة المستوى لمعرفة احتمالات تحقق الأهداف الإنمائية لللفية واستكشاف أفضل الممارسات و الإلتزام بتحقيق نتائج جيدة على المستوى القطري ودعم التعديلات المؤسسية وثيقة الصلة على المستويات القطرية أو الإقليمية أو العالمية .

و من الإهتمامات الرئيسية في هذه الاجتماعات التقدم في دول افريقيا جنوب الصحراء وهي المنطقة التي تعاني أعلى معدلات لوفيات الامهات و حديثي الولادة و الاطفال ، إذ تشير التوقعات أن معدل الفقر في هذه الدول كما قيس حسب نسبة الناس الذين يعيشون على اقل من دولار يوميا ستصل إلى 40% في عام 2015 ، الشيء الذي يؤدي إلى حالة مزرية للاطفال خاصة الاقل من خمس سنوات منهم (1).

رغم هذه الدلائل المثيرة للتشائم ، إلا أن هناك أملا من تجارب دول أخرى حققت انخفاضا ملحوظا في معدلات وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات وهذا للجهود المبذولة في تعزيز نظمها الصحية على كافة المستويات ، إذ تحظى هذه النظم بإهتمام كبير في السياسات الوطنية .
ان تطوير سياسات صحية فعالة تركز على الطفل ، وبناء مؤسسات قوية تربط المجتمع المحلي و الانظمة الصحية هما خطوتان هامتان نحو التقدم.

1-9 - قمة 2002 إصدار وثيقة "عالم جدير بالاطفال" :

عقدت الجمعية العامة للأمم المتحدة دورة خاصة حول الاطفال . وتمثل هذه الدورة الإجتماع من نوعه لمناقشة قضايا الاطفال على وجه التحديد .

وقد شاركت في هذه الدورة 190 دولة ، كما شارك مئات الاطفال كأعضاء في الوفود الرسمية و الزم قادة العالم انفسهم ببناء عالم جدير بالاطفال وهذا من خلال وضع مجموعة من الاهداف محددة زمنيا تتمحور في تحقيق أفضل بداية للاطفال و توفير حياة سليمة صحيا لهم ، وتعميم تعليم جيد النوعية لهم وحمايتهم من الإساءة و الإستغلال و العنف و مكافحة فيروس نقص المناعة المكتسب ، وقد انعكست هذه الإلتزامات في وثيقة دولية جديدة هي : "عالم جدير بالاطفال" .

(1) - منظمة الامم المتحدة للطفولة (اليونيسف) : وضع اطفال العالم 2008 ، ص38.

إن الرؤية التي تتصورها هذه الوثيقة ، تكمل أهداف التنمية لللفية المنعقدة في عام 2000 ، وقد غدت تلك الاهداف التي ينبغي تحقيقها بحلول عام 2015 ، أهداف محورية للدول جميعها ، ولوكالات الامم المتحدة بما فيها منظمة الامم المتحدة للطفولة وللدول المانحة و المؤسسات المالية الدولية وتركز هذه الاهداف تركيزا قويا على الاطفال وتأمين حقوقهم⁽¹⁾.

2- أهم النتائج التي حققتها هذه القمم و المؤتمرات فيما يخص صحة الاطفال :

رغم ان العديد من البلدان قد أظهرت إمكانية إحراز تقدم ، إلا ان هناك حاجة إلى تكثيف الجهود ويجب ان تستهدف هذه الجهود أيضا الفئات من السكان التي يصعب الوصول إليهم مثل أشد الفقراء فقرا و المحرومين بسبب الجنس او العرق او السن او الإعاقة إن التفاوت في التقدم بين المناطق الحضرية و الريفية لا يزال مخيفا .

فإعلان الما انا مثلا ، رسما مسارا جديدا للصحة العامة ، وحقق تقدما جديرا بالإعتبار في كل انحاء العالم النامي في ظرف ثلاثين سنة التي تلتها، وهذا فيما يخص مكافحة العديد من الامراض الرئيسية بما في ذلك شلل الاطفال و الحصبة وكذلك في خفض وفيات الاطفال الاقل من شهر والأقل من خمس سنوات⁽²⁾ .

فالوقاية من وفيات المواليد الجديدة تحتاج إلى الرعاية الماهرة اكثر من احتياجها للتكنولوجيا ، فهي تحتاج إلى أنظمة تدخل تتصف بالمرونة وسرعة الإستجابة ، فصحة المواليد الجدد يمكن تحسينها عن طريق الممارسات التي لا ترتبط بها تكاليف مرتفعة ، مثل حالات الولادة النظيفة ، و الترويج للرضاعة الطبيعية المبكرة و الخالصة، وعن طريق ان تكون الام بصحة جيدة عندما تلد.

ولقد تم تحقيق تقدم ملحوظ في هذا المجال من خلال تقديم تدخلات بسيطة اقتصادية الكلفة تعود باثر إيجابي على صحة المواليد كإستعمال التحصين ضد الكزاز وإستعمال الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية لمكافحة الملاريا و المغذيات الدقيقة التكميلية⁽³⁾.

(1) - منظمة الامم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع الأطفال في العالم 2005 ، مرجع سابق ، ص 7.

(2) - اليونيسيف : وضع اطفال العالم 2009 ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، عمان الاردن ، ص 26.

(3) - نفس المرجع :ص 55،56.

كما شهد العالم تحقيق نتائج ملموسة خلال السنوات التي مضت على إقرار إتفاقية حقوق الطفل . فعلى سبيل المثال ، تحققت زيادات جوهرية في توفير السلع و الخدمات الاساسية مثل التحصين ضد الامراض ، والناموسيات المعالجة بالمبيدات المضادة للبعوض ، و املاح التروية التي تعالج الجفاف عن طريق الفم و التي يحتاج إليها الاطفال إذا ما اوريد لهم ان يبقوا على قيد الحياة و ان يتمتعوا بالصحة.

ففي الفترة بين التسعينات و عام 2000 ، انخفضت معدلات وفيات الاطفال بنسبة 11% و انخفض معدل انخفاض وزن الاطفال دون سن الخامسة من 32 % إلى 28% في الدول النامية .

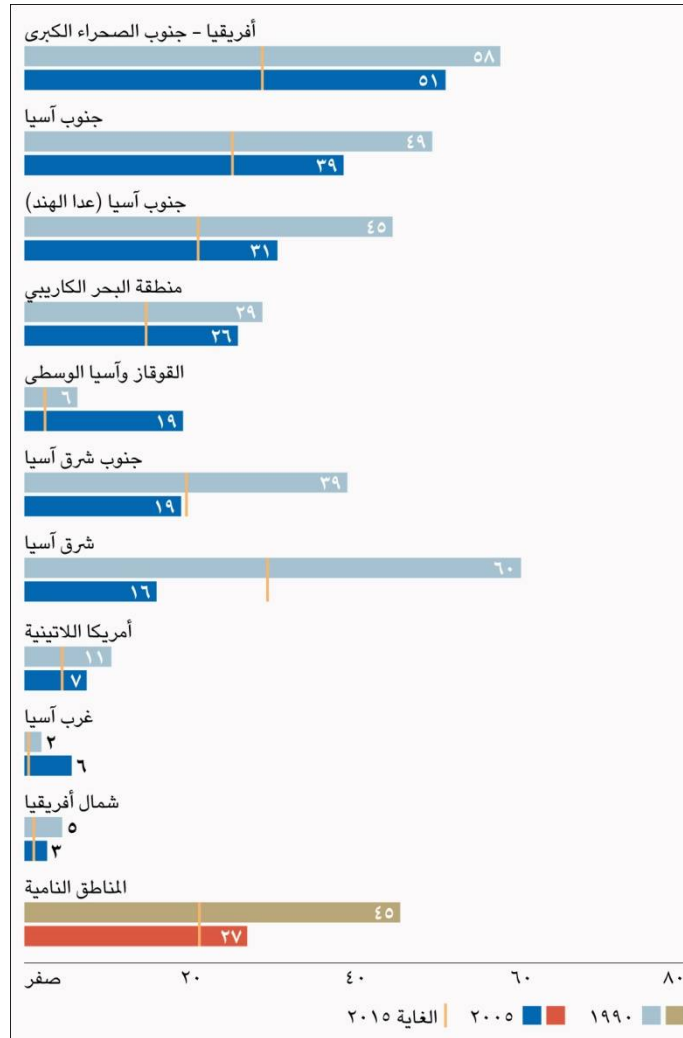
كما ارتفعت نسبة توفر مياه الشرب المأمونة من 77 % إلى 82% ، اما وفيات الاطفال الناجمة عن الإسهال وهو المرض الذي كان اشد فتكا بالاطفال في بداية التسعينات فقد تراجعت بمقدار النصف الشيء الذي ادى انقاذ حياة حوالي مليون طفل .

ولقد ساعدت المبادرة العالمية لإستئصال شلل الاطفال التي اطلقت عام 1988 على خفض عدد حالات الإصابة به من 350 حالة بالالف في ذلك العام إلى ما هو أقل من 700 حالة في نهاية عام 2003⁽¹⁾.

كما بينت نتائج التقرير حول الاهداف الإنمائية لللفية 2011 ، أن هناك تحسن ملحوظ على مستوى كل الاهداف المرسومة ، فبالنسبة لعامل الفقر و الجوع الذي يهدد حياة العديد من الناس خاصة في الدول النامية ، فلقد انخفض عدد السكان الذين يعيشون على اقل من دولار يوميا من 1.8 بليون في عام 1990 إلى 1.4 بليون في عام 2005 ، و في الوقت نفسه انخفض معدل الفقر من 46% إلى 27% في هذه المناطق . و الرسم البياني التالي يوضح ذلك :

(1) - اليونيسيف : وضع اطفال العالم 2005 ، مرجع سابق ، ص 7.

الرسم البياني رقم (15): نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من 1.25 دولار في اليوم في الفترة (1990-2005).



المصدر: الأمم المتحدة: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2011، نيويورك، 2011، ص 6.

من خلال هذا الرسم يتبين ان المناطق التي ترتفع فيها نسب السكان الذين يعيشون على اقل من 1.25 دولار هي منطقة افريقيا جنوب الصحراء ومنطقة جنوب اسيا ، إذ عرفت هذه المناطق تحسنا طفيفا في الفترة 1990 و2005 ، ففي افريقيا جنوب الصحراء انتقلت النسبة من 58% إلى 51% فقط وفي جنوب اسيا انتقلت النسبة من 49% إلى 39% . وهذا عن دل على شىء فهو يدل على ارتفاع نسبة الفقر و الجوع في هذه المناطق والتي سوف تسقط انعكساتها على شريحة الاطفال لامحال⁽¹⁾.

(1) - الأمم المتحدة: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2011، مرجع سابق ، ص 8.

اما باقي مناطق العالم فلقد عرفت تقدما ملحوظا ، وهذا ما يوضحه الرسم فأعلى انخفاض عرفته منطقة شرق آسيا وخاصة الصين إذ انتقلت النسبة من 60% إلى 16% ، تليها منطقة جنوب شرق اسيا حيث انتقلت النسبة من 39% إلى 19%.

اما وتيرة الإنخفاض فهي تسير في الإتجاه العكسي في منطقة القوقاز و آسيا الوسطى و غرب اسيا فهذه المناطق تعرف انخفاضا في هذا المعدل ، ففي منطقة القوقاز وآسيا الوسطى انتقلت النسبة من 6% سنة 1990 إلى 19% سنة 2005 ، وفي منطقة غرب آسيا انتقلت النسبة من 2% سنة 1990 إلى 6% سنة 2005 وهذا راجع إلى مخلفات الازمة الإقتصادية التي ساهمت كثيرا في انخفاض نسبة العمالة و بالتالي ارتفاع معدلات البطالة ، الشيء الذي ولدّ العجز في توفير فرص العمل ⁽¹⁾ .

رغم هذا الإنخفاض المحسوس في نسب السكان الذين يعيشون على دخل أقل من 1.25 دولار ، إلا انه مازال عاملا واحد من بين كل خمسة عمال يعيشون في فقر مدقع في جميع انحاء العالم في عام 2009 و هذا الإنخفاض في مستوى الدخل له انعكاسات كبيرة وضارة خاصة على فئة الاطفال الاقل من خمس سنوات ، لأنها تاتر على مدى بقائهم على قيد الحياة ⁽²⁾ .

تترجم التباينات في الدخل غالبا إلى تباينات في الوضع التغذوي للاطفال ، فما يزيد على 5.5 مليون طفل دون الخامسة يتوفون سنويا لاسباب متصلة بسوء التغذية .

ومما يؤسف له ايضا ان الاطفال الذين يعيشون في المناطق الاشد فقرا يتضررون أيضا عندما يصل الامر إلى التحصين .

فالاطفال الاكثر غنى يمنحون أكثر من ضعفي الفرصة المتاحة للاطفال في افقر 20% من السكان للحصول على التحصين ضد الحصبة مثلا . وإذا لم يتم التصدي لهذه التباينات في الدخل ، فمن المحتمل ان يظل الاطفال الاشد فقرا فئة لها حصة غير متكافئة من ارقام وفيات الاطفال ⁽³⁾ .

(1) - نفس المرجع ، ص 8.

(2) - نفس المرجع ، ص 10.

(3) - اليونيسف : وضع اطفال العالم 2009 ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، عمان الاردن ، ص 20.

كما بينت نتائج التقرير للأهداف الإنمائية للألفية 2011 أنه مازال ربع عدد الاطفال تقريبا دون سن الخامسة في العالم النامي يعانون من سوء التغذية . والرسم البياني التالي يوضح ذلك :

الرسم البياني رقم (16): نسبة الاطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن (1990 - 2009).



المصدر : الأمم المتحدة : تقرير الاهداف الإنمائية للألفية 2011 ، نيويورك ، 2011 ، ص13 .

من خلال هذا الرسم يتبين ان هناك انخفاض في نسبة الاطفال الذين يعانون من نقص الوزن ، حيث انتقلت النسبة من 30% سنة 1990 إلى 23% سنة 2009 .

و لقد حققت كل من شرق اسيا و امريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ومنطقة القوقاز و اسيا الوسطى غاية الحد من نقص وزن الاطفال ، وتسلك كل من جنوب شرق آسيا وشمال افريقيا المسار الصحيح لتحقيق غاية الحد من نقص الوزن بالنسبة للاطفال.

لكن التقدم في الدول النامية ككل غير كافٍ لبلوغ الغاية المرجوة . فمعانات الاطفال في هذه المنطقة ، يعود إلى عدم توفر الغذاء الجيد وممارسات التغذية الغير سليمة والنوبات المتكررة للامراض المعدية ، كما ان عدم توفر المرافق الصحية المحسنة في ارجاء عديدة في هذه المناطق كان عاملا بارزا في تفشي امراض سوء التغذية وهذا نتيجة النوبات المتكررة لمرض الإسهال ، كما ان اكثر من ربع الاطفال في هذه المناطق يبلغ وزنهم أقل من 2500 غرام عند الولادة ، وكثير من هؤلاء الاطفال لن يستطيعوا تعويض النقص الغذائي في المستقبل (1).

فسوء التغذية يشتمل على ما هو اكثر من مجرد الجوع ، إذ قد يؤدي إلى ضعف جهاز المناعة عندما يحدث نقص فيتامين "أ" ويكون الطفل لا هو بالجائع ولا يعاني من نقص الوزن . وحتى عندما لا يؤدي سوء التغذية إلى الوفاة ، فإنه يمكن ان يلحق ضررا بصحة الطفل و نمائه مدى الحياة (1).

اما فيما يخص مستوى الوفاة عند الاطفال الاقل من خمس سنوات والذي يمثل الهدف الرابع من الاهداف الإنمائية لللفية ، فلقد تم احراز تقدم ملحوظ في الحد من وفيات الاطفال . فلقد انخفض معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة عالميا إلى الثلث ، أي من 89 حالة وفاة بالالف عام 1990 إلى 51 حالة عام 2011 لكل ألف ولادة حية بالرغم من النمو السكاني ، إلا ان عدد وفيات الاطفال دون الخامسة قد انخفض من 12 مليون حالة وفاة عام 1990 إلى 6.9 مليون حالة عام 2011 .

والجدول التالي يوضح ذلك :

(1) - اليونيسف : وضع اطفال العالم 2006 ، مرجع سابق ، ص20.

الجدول رقم (13): مستويات واتجاهات معدلات وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات حسب الاهداف الإنمائية لللفية في مناطق مختلفة في العالم في الفترة (1990 - 2011).

التقدم نحو بلوغ مرامي الألفية في 2011	متوسط نسبة التخفيض السنوية			نسبة التخفيض 2011-1990	الأهداف المسطرة في 2015	2011	2010	2005	2000	1995	1990	المناطق
	2011-2000	2000-1990	2011-1990									
في الطريق نحو تحقيق الأهداف	3.5	4.2	3.8	55	5	7	7	8	10	11	15	المناطق المتقدمة
تقدم منخفض في تحقيق الأهداف	3.1	1.9	2.5	41	32	57	59	69	80	91	97	الدول النامية
في الطريق	5.5	5.4	5.5	68	26	25	26	34	45	59	77	إفريقيا الشمالية
تقدم منخفض	3.1	1.5	2.3	39	59	109	112	133	154	170	178	إفريقيا جنوب الصحراء
في الطريق	5.2	4.4	4.8	64	18	19	22	26	34	43	53	أمريكا اللاتينية و الكارييب
تقدم منخفض	3.3	2.2	2.8	44	25	42	44	52	61	70	76	منطقة القوقاز و وسط آسيا
في الطريق	7.8	3.3	5.7	70	16	15	16	24	35	45	48	شرق آسيا
في الطريق	5.0	0.7	2.3	38	9	17	17	19	30	36	28	عدا الصين
تقدم منخفض	3.3	2.8	3.1	47	39	61	63	74	88	102	116	جنوب آسيا
تقدم منخفض	3.4	3.2	3.3	50	40	60	62	72	87	103	119	عدا الهند
في الطريق	4.4	3.9	4.1	58	23	29	30	37	47	57	69	جنوب شرق آسيا
في الطريق	3.0	4.1	3.1	52	21	30	31	37	42	52	63	جنوب آسيا
تقدم منخفض	1.9	1.8	1.9	33	25	50	51	56	61	67	74	أفونيسيا
تقدم منخفض	3.2	1.8	2.5	41	29	51	53	63	73	82	87	العالم

source : UNICEF and World Health Organization: Levels and Trends in Child Mortality, Report 2012, p9.

من خلال هذا الجدول، فالملاحظ انه حتى سنة 2011 ما زال العالم يسير في تقدم منخفض نحو تحقيق الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية والذي يتمثل في تخفيض وفيات الأطفال، لكن التفاوت يبدو جليا بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية و القليلة النمو .

فالدول المتقدمة تمشي في الطريق نحو تحقيق الأهداف الإنمائية وهذا راجع للإنخفاض المستمر لمعدلات الوفاة منذ 1990 ، كما قدرت نسبة الخفض في معدلات الوفاة من 1990 إلى 2011 بـ 55% ، أما الدول النامية فهي مازالت في تقدم منخفض نحو تحقيق الأهداف الإنمائية وهذا لارتفاع معدلات الوفاة عندها .

فرغم الانخفاض الحاصل ، إلا أن معدلات الوفاة مازالت مرتفعة فبعدها كانت تقدر بـ 97 بالآلاف في 1990 انخفضت فقط إلى 57 بالآلاف سنة 2011.

فإفريقيا الشمالية ومنطقة أمريكا اللاتينية و الكارييب وشرق آسيا وجنوب شرق آسيا وجنوب آسيا كلها تمشي في الطريق الصحيح للأهداف الإنمائية وهذا ما تفسره نسبة الخفض في معدلات الوفاة بمنطقة شمال إفريقيا مثلا حققت انجازات هامة على مدى الفترة بين عامي 1990 و 2011 ، حيث انخفضت وفيات الأطفال دون الخامسة 68% ، ووصل معدل الانخفاض إلى 5.5% سنويا .

أما منطقة إفريقيا جنوب الصحراء و منطقة القوقاز و وسط آسيا ومنطقة جنوب آسيا عدا الهند ومنطقة إقيونيسيا ، فهذه المناطق كلها في تقدم منخفض نحو تحقيق مرامي الألفية ، وهذا راجع لارتفاع معدلات الوفاة عندها ، فمعدلات الخفض في هذه المناطق تعد ضعيفة مقارنة بمعدلات الوفاة المرتفعة.

إن الانخفاض في معدلات الوفاة في الدول التي تمشي في الطريق الصحيح لتحقيق الأهداف الإنمائية ، راجع إلى الأنظمة و السياسات الصحية في هذه الدول ، التي أولت الصحة أهمية كبيرة لاعتبارها مؤشرا هام من مؤشرات التنمية ، ويتبين هذا من خلال الإنفاق على نظم الرعاية الصحية فكل هذه الدول الصناعية تتفق ما يتراوح بين 5% و 10% من الناتج القومي الإجمالي .

حيث تسهم حكوماتها المركزية و المحلية في ميزانية الصحة باعتمادات مالية تتراوح ما بين 40% في الولايات المتحدة و 90% في النظم الاشتراكية و السويد و بريطانيا و نيوزيلندا (1).

(1) - لجنة حقوق الإنسان النيابية : الخطة الوطنية لحقوق الإنسان "الحق في الصحة" ، سلسلة الدراسات الخفية ، بيروت ، 2008، ص11.

كما قامت حكومات هذه الدول بتعزيز الشراكات بين القطاعات و تكثيف الإجراءات الرامية إلى التنمية الصحية وهذا من خلال استراتيجيات هامة كالكشف المبكر عن الالتهاب الرئوي و التغطية التحصينية و إدخال اللقاحات الجديدة . كما قامت هذه الدول بالحماية الاجتماعية و تحسين عملية قياس و رصد التقدم المحرز لبلوغ المرامي الإنمائية و تعزيز مشاركة المجتمع المدني في الجهود المبذولة للمضي قدما نحو بلوغ المرامي الإنمائية.

أما الدول الأخرى التي مازالت بعيدة عن تحقيق الأهداف الإنمائية ، فهذا راجع إلى التغيرات العديدة في المجال السياسي و الاقتصادي ، فالعديد منها يعيش في نزاعات مسلحة وحروب كما أن الكثير من سكان هذه المناطق يعيشون على أقل من دولارين ، الشيء الذي أدى إلى تفاقم ظاهرة الفقر وانتشار الأمراض المختلفة ، ضف إلى ذلك مخلفات الكوارث الطبيعية التي كانت قاسية جدا على سكان هذه المناطق ⁽¹⁾.

إن آسيا الوسطى مثلا لقيت أكبر قسما من المرض، ضف إلى ذلك النتائج السلبية للعوامل البيئية مثل مياه الشرب الغير آمنة و سوء أحوال الصحة العامة و التعرض للتلوث بالرصاص ، كما تتميز هذه المناطق بقلّة الدعم من طرف الحكومة للمجال الصحي و غياب نظم التأمين في العديد من الحالات فكل هذا اثر على عملية التنمية و أدى إلى زيادة حالات الاستضعاف و اللامساواة ⁽²⁾.

أما فيما يخص تحقيق الهدف السابع والذي يتمثل في كفالة الاستدامة البيئية، فإن العالم لا يزال بعيدا عن تحقيق هدف الصرف الصحي ، إذ أن هناك ما يقرب 2.6 بليون شخص على الصعيد العالمي لا يستخدمون أي نوع من أنواع الصرف الصحي المحسن في عام 2008 ففي ذلك العام لم يستخدم حوالي 1.1 بليون شخص تقريبا ايا من المرافق الصحية بأي شكل من أشكالها ، و مارسوا التبرز في العراء ، وهذا يشكل مخاطر صحية هائلة ، ولا سيما بالنسبة للقطاعات الأكثر فقرا من السكان الذين هم أكثر عرضة للأخطار الناتجة عن التخلص من النفايات البشرية بطريقة غير ملائمة ⁽³⁾.

(1) - منظمة الصحة العالمية : تقرير مرحلي حول بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، وثيقة إعلامية 3 ، يوليو 2012 ، ص2-3.

(2) - الامم المتحدة : تقرير المجلس الاقتصادي و الاجتماعي ، الدورة 59 ، 2004 ، ص 35.

(3) - الامم المتحدة : تقرير الاهداف الإنمائية للألفية 2011 ، مرجع سابق ، ص 54.

إن هذه الممارسات الغير سليمة لها أثر بالغ على صحة الأطفال ، فهي تؤدي إلى انتشار مرض الإسهال و بالتالي التعرض لمشاكل سوء التغذية التي تفتك بحياة العديد منهم وعلى الصعيد العالمي فإن معدلات التبرز في العراء انخفضت إلى الثلث، أي من 25% عام 1990 إلى 17% عام 2008. فشمال إفريقيا هي المنطقة الوحيدة التي تجاوزت بالفعل غاية الصرف الصحي لتحقيق الهدف الإنمائي للألفية ، حيث زادت التغطية من 72% عام 1990 إلى 89% عام 2008⁽¹⁾.

أما فيما يخص الحصول على مياه الشرب النظيفة ، فحسب النتائج التي جاء بها تقرير وضع أطفال العالم 2005 فإن العديد من الأطفال لا تتوفر لهم إمكانية الحصول على مياه آمنة ، وهذا بمعدل طفل واحد من كل خمسة أطفال ، وتشتد حدة هذا الوضع بصورة خاصة في منطقة افريقيا جنوب الصحراء فأربعة من بين خمسة أطفال في دول مثل إثيوبيا ورواندا و اغندا ، إما أنهم يستعملون المياه السطحية واما أنهم يضطرون إلى السير على الأقدام للحصول على مصدر ماء مأمون كما أن معدلات الحرمان الشديد من المياه أعلى بقدر كبير في المناطق الريفية⁽²⁾.

لكن التقدم في هذا الشأن كان قويا جدا، فلقد زادت نسبة التغطية بالمياه الصالحة للشرب على الصعيد العالمي من 77 % في عام 1990 إلى 87% عام 2008. ووفقا لبرنامج الرصد لإمدادات المياه و الصرف الصحي، فإن معدل التقدم هذا كاف لتلبية و تجاوز الهدف الإنمائي للألفية الخاص بمياه الشرب و الذي سيغطي 89 % من احتياجات مياه الشرب المأمونة بحلول 2015⁽³⁾.

من خلال هذا التحليل يتبين ان المؤتمرات و القمم العالمية لعبت دورا هاما في النهوض بصحة الأطفال و هذا للتراجع والانخفاض الهام لوفيات الأطفال على الصعيد العالمي مع ظهور تفاوت بين مقاطعات و دول العالم ، وهذا راجع للخصائص التي تميز كل دولة عن الأخرى ، كالظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية التي تعيشها ، ومدى إعطاء الجانب الصحي أهمية في سياساتها الوطنية وحيازها على الاستقرار و الأمن الوطني. لكن هذا لا ينفي إمكانية رفع التحدي أمام هذه المعوقات بإتباع مجموعة من الطرق و الإجراءات من اجل بلوغ المرامي المسطرة في هذه المؤتمرات و القمم.

(1) - نفس المرجع ،ص 55.

(2) - اليونيسف : وضع أطفال العالم 2005 ، ص 20.

(3) - الامم المتحدة : تقرير الاهداف الإنمائية للألفية 2011 ، مرجع سابق ، ص 55.

المبحث الثالث: النظام الصحي في الجزائر و أثره على الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات

1 - مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر

1-1 - النظام الصحي في الفترة الاستعمارية :

لقد كانت الوضعية الصحية للجزائر قبل الاستقلال متردية جدا ، حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر و الحرمان ومختلف الأمراض الوبائية و المعدية ، منها الملاريا و السل و الكوليرا و التيفوئيد و الإسهال... الخ . هذه الأمراض ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة المخصصة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر .

إن هذا الأخير عمل على تحطيم كل البنى الاجتماعية و الاقتصادية للجزائريين ، فانتهج سياسة التعمير منذ دخوله البلاد ووضع قوانين تخدم مصالحه بالدرجة الأولى أما مصالح الجزائريين فهي تقع في المراتب الأخيرة .

لقد عرفت الفترة الاستعمارية الارتفاع الكبير في نسبة الوفيات خاصة شريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات ، فلقد كانت من أعلى النسب في العالم ، و القليل من المواطنين لهم الحق في العلاج العام و المتخصص أما المستشفيات و الأطباء فيتمركزون في المدن المتواجد فيها المستعمر بكثافة، أما المناطق الريفية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي و الوسائل البسيطة.

و لقد كان للحركات الشعبية الدور الكبير في إشعال لهيب الثورة التحريرية، فما اخذ بالقوة لا يسترجع إلا بالقوة، لان المستعمر ما جاء إلا لخدم مصالحه الشخصية .فاندلاع الثورة التحريرية اثر في نشأة النظام الصحي الجزائري الذي كان يمتاز بالثورية و الشعبية ، ويمكن أن نميز هنا مرحلتين ، المرحلة الأولى من 1954 - 1956 تميزت بالعشوائية و عدم التنظيم وهذا لان النظام في هذه المرحلة لم يكن مؤطر .أما المرحلة الثانية من 1956 - 1962 فتميزت بانعقاد مؤتمر الصومام 20 أوت 1956 الذي نظم الثورة بما فيها تنظيم القطاع الصحي وهذا من خلال تقسيم العمل و الصلاحيات.

لقد تميزت المؤسسات الصحية في هذه الفترة بالبساطة فهي كانت على شكل مخابئ مهياة ، اما التجهيزات فهي الأخرى بسيطة يتم إحضارها من المؤسسات الصحية الاستعمارية بواسطة أطباء و ممرضين يعملون بها ولكنهم ينتمون لجبهة التحرير الوطني ففي هذه الفترة كان النظام الصحي منعدم

تماما، واستمر الحال إلى غاية إضراب الطلبة الجزائريين 19 ماي 1956، الشيء الذي ساعد دخول العديد من الطلبة في صفوف جيش جبهة التحرير الوطني بما في ذلك كلية الطب ، و الصيادلة و طلبة التمريض ، ولقد كان لهذا اثر كبير على تطوير النظام الصحي الجزائري (1) .

إذا فالوضعية الصحية في هذه المرحلة يمكن ان نقول أنها متدهورة رغم الجهود المبذولة ، وهذا للارتفاع الكبير لنسب الوفيات و الأمراض التي مست كل الشرائح الاجتماعية .

1-2- النظام الصحي بعد الاستقلال :

إن مغادرة المعمر الفرنسي غداة الاستقلال خلف شلل كبير لكل الأجهزة الحكومية الاقتصادية منها و الاجتماعية فمغادرة الكوادر الطبية الفرنسية خلف خلل كبير على المستوى الصحي ، الشيء الذي دفع الجزائر إلى العمل من اجل بناء نظام صحي وسياسة صحية للرفع من الوضع الصحي المتدهور .

لقد مرّ النظام الصحي في الجزائر بعدة مراحل، يمكن تقسيمها إلى فترات زمنية مختلفة وهي على التوالي:

1- الفترة 1962-1972 : كان النظام الصحي الموروث عند الاستقلال متمركزا في كبريات المدن كالجزائر ، وهران و قسنطينة و يتمثل أساسا في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية المجانية ، إلى جانب الطب النفسي المدرسي التي تشرف عليه وزارة التربية و التعليم ، ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب ، جلهم كانوا من الأجانب لقد ترك المستعمر بنى تحتية هشة فوفيات الأطفال بلغت 180 وفاة لكل 1000 ، أما أمل الحياة فقد بلغ 50 سنة (2)

أما عن عدد السكان لكل طبيب في هذه الفترة فهو موضح في الجدول التالي :

(1)- محمد لحسن الزغبيدي : مؤتمر الصومال و تطور ثورة التحرير الوطني الجزائرية 1956-1962، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر ، 1989، ص 266.

(2)- L .Chachoua : système national de sante 1962 a nos jours , colloque international sur les politique de sante ,msp en collaboration avec école nationale supérieure en sciences politiques , Alger 18-19 janvier 2014 , p4.

الجدول رقم (14): عدد السكان لكل طبيب في الفترة (1962-1972)

السنة	الأطباء الجزائريون	الاطباء الاجانب	المجموع	عدد السكان لكل طبيب
1962	342	937	1279	7835
1963	285	1034	1319	7922
1964	288	1013	1301	8376
1965	304	1115	1419	8007
1966	364	929	1356	8738
1967	417	1036	1453	8649
1968	461	1152	1613	8029
1969	519	1179	1698	7861
1970	611	1149	1760	7562
1971	696	1189	1885	7289
1972	784	1201	1985	7139

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص108.

إذا والملاحظ من خلال هذا الجدول ان عدد الأطباء الأجانب مرتفع مقارنة بعدد الأطباء الجزائريين ، وهذا بسبب ظروف الحرب التي عاشتها الجزائر ، وبفضل عملية الإصلاح التي قامت بها الجزائر نلاحظ زيادة في عدد الأطباء ، حيث انتقل العدد من 342 طبيب في 1962 إلى 784 طبيب سنة 1972. أما فيما يخص عدد الصيادلة في هذه الفترة فهو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (15): عدد السكان لكل صيدلي في الفترة (1963 - 1972)

السنة	الصيادلة الجزائريون	الصيادلة الاجانب	المجموع	عدد السكان لكل صيدلي
1963	70	194	204	51225
1964	-	-	266	40966
1965	-	-	186	61091
1966	-	-	216	54856
1967	160	84	244	51504
1968	176	71	247	52433
1969	206	59	265	50369
1970	236	-	-	-
1971	292	46	338	40648
1972	216	38	354	40031

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص109.

أما فيما يخص جراحي الأسنان في هذه الفترة فهو كما يلي :

الجدول رقم (16): تطور جراحي الاسنان في الفترة (1962-1973)

السنة	جراحي اسنان الجزائريون	جراحي اسنان الاجانب	المجموع	عدد السكان لكل جراح اسنان
1963	36	115	151	69205
1964	-	-	135	80718
1965	-	-	127	89472
1966	86	85	171	69292
1967	86	78	164	76628
1968	129	66	195	66715
1969	132	80	212	62692
1970	171	84	255	52192
1971	183	91	274	50142
1972	211	97	308	46010

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص110.

فمن خلال هذا الاستعراض نستنتج أن عدد الأطباء و عدد الصيادلة و جراحي الأسنان يعتبر ضئيل بالمقارنة بعدد السكان الذي كان يقدر بحوالي 9 ملايين نسمة ، ولهذا لجأت الجزائر إلى الأجانب من أجل تحسين المستوى الصحي .

فالساسة الصحية في هذه الفترة تميزت بمحدودية في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة آنذاك ، فالجزائر في تلك الفترة كانت عاجزة تماما على مواجهة انتشار الأمراض الوبائية المعدية التي تسببت في تسجيل عدد مرتفع من الوفيات حيث وصل إلى 180 وفاة لكل 1000 ولادة حية و الإصابة بالإعاقات في وسط المجتمع .

ولهذا السبب كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات و الهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الجزائر عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة و المعدية.

ففي سنة 1964 تم إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية وكان ذو صبغة إدارية، تتمركز مهامه في القيام ببحوث و دراسات من أجل تنمية القطاع الصحي.

فمع نشاط هذا المعهد و صدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء و الصيادلة عام 1966 أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و الشبه طبي ، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1969 و 1979 ، كما كانت هناك محاولة من المسؤولين منح الأولوية للعلاج الأولي وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج و المراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي.

كما قامت الحكومة سنة 1965 بحملات وطنية من أجل مكافحة الملاريا و التراكوما و السل (التدرن) بالمناطق الوبائية وذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية . كما ضمت هذه المقاييس مكافحة مرض الرمد و الإعلان عنه إجباريا ، بالإضافة إلى برنامج الحماية من حوادث العمل ووضع لجان النظافة و الوقاية.

أما في سنة 1969 فلقد صدر مرسوم يرمي إلى إلزامية التلقيح و مجانيته، وهذه خطوة إيجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية. كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الأوبئة مثل السل من خلال إنشاء المراكز الخاصة لمكافحة مرض السل، ليصبح علاجه مجانيا، ونفس الشيء

بالنسبة لمرض الشلل وسوء التغذية، فضلا عن توزيع و تنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة و الطفولة كما تم في سنة 1972 أخذ أول جرعات اللقاح ضد الشلل وهذا عن طريق الفم⁽¹⁾.

2 - الفترة 1972 - 1986:

إن تأمين البترول سنة 1972 رفع من مدا خيل الدولة، الشيء الذي ساعدها الدخول في برنامج تنموي واسع في كل المجالات، و القطاع الصحي بوجه خاص. ففي سنة 1973 تم بروز حدثين مهمين، الأول هو مجانية الطب و الوقاية، حيث تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني سنة 1974 وهذا من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين، مهما كان دخلهم و وضعيتهم الاجتماعية إذ كان لهذه السياسة أثر فعال على القطاع الصحي ، فأصبح العلاج مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة و حاسمة من أجل تدعيمها خاصة في مجال التعليم و التكوين .

كما أكد الميثاق الوطني 1976، حق المواطن في الطب المجاني حيث جاء فيه " الطب المجاني مكسبا ثوريا و قاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسم حق المواطن في العلاج" . كما دعم دستور 1976 هذا الحق في مادته 67 والتي تنص بان "لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية" ، وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة و مجانية .⁽²⁾

أما الحدث الثاني فهو بداية تنفيذ الإصلاح في التكوين الجامعي للأطباء و الصيادلة و جراحي الأسنان ، فهذه المبادرة التي بدأت في 1970 سمحت بتكوين 1000 طبيب كل سنة ، حيث شغروا أماكنهم سنة 1973 كما تميزت هذه الفترة بإنخفاض عدد الأطباء و الصيادلة و جراحي الأسنان الأجانب والجدول التالية تعطي لنا صورة عن تطور عدد الأطباء و الصيادلة و جراحي الأسنان في هذه الفترة الزمنية (1972 - 1986)

(1)- FARID CHAOUI et MICHEL LEGROS et Autres: Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, IPEMED, Avril 2012, p48.

(2)- La Charte nationale de 1976, loi 64, 4^{ème} chapitre.

الجدول رقم (17): تطور عدد الأطباء في الفترة (1972 - 1986)

السنة	الأطباء الجزائريون	الأطباء الأجانب	المجموع	عدد السكان لكل طبيب
1972	316	38	354	40031
1973	332	64	396	36992
1974	441	101	542	27978
1975	849	52	901	17501
1976	764	41	805	20435
1977	866	40	906	18828
1978	958	89	1047	16810
1979	1001	50	1051	17240
1980	1035	70	1105	16892
1981	1061	80	1141	16882
1982	1093	82	1175	16922
1983	1130	64	1194	17188
1984	1226	60	1286	16474
1985	1325	34	1359	16088
1986	1576	8	1584	14212

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص108.

الجدول رقم (18): تطور عدد الصيادلة في الفترة (1972-1986)

السنة	الصيادلة الجزائريون	الصيادلة الأجانب	المجموع	عدد السكان لكل صيدلي
1972	316	38	354	40031
1973	332	64	396	36992
1974	441	101	542	27978
1975	849	52	901	17501
1976	764	41	805	20425
1977	866	40	906	18828
1978	958	89	1047	16810
1979	1001	50	1051	17240
1980	1035	70	1105	16892
1981	1061	80	1141	16882
1982	1093	82	1175	16922
1983	1130	64	1194	17188
1984	1226	60	1286	16474
1985	1325	34	1359	16088
1986	1576	8	1584	14202

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص109.

اما فيما يخص جراحي الأسنان فعددهم في هذه الفترة موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (19): تطور جراحي الأسنان في الفترة (1972 - 1986)

السنة	جراحي الأسنان الجزائريون	جراحي الأسنان الأجانب	المجموع	عدد السكان لكل جراح أسنان
1972	211	97	308	46010
1973	279	93	372	39379
1974	410	84	494	30696
1975	535	82	617	25556
1976	653	90	763	21960
1977	813	120	933	18283
1978	1013	124	1137	15479
1979	1305	121	1426	12706
1980	1577	114	1691	11038
1981	1831	105	1936	9949
1982	1996	148	2144	9274
1983	2171	139	2310	8884
1984	2319	116	2435	8700
1985	2644	106	2750	7950
1986	3735	19	3754	5997

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص110.

كما تم في سنة 1975 وضع برنامج يرمي إلى بناء مركز صحي لكل 6000 أو 7000 مواطن و عيادة متعددة الخدمات لكل 25000 نسمة ، و مستشفى لكل دائرة و لكل ولاية ، كما تم وضع بعض البرامج الوطنية كبرنامج حماية الأمومة و الطفولة و التخطيط العائلي .

أما الشيء الملاحظ سنة 1979 فهو تطور ملحوظ سواء من حيث الكوادر الطبية أو من حيث الموارد المادية ، و المتمثلة في ظهور هياكل جديدة من نمط العيادة المتعددة الخدمات و التي كان الهدف منها هو إيصال العلاج لكل المواطنين ، عبر كامل التراب الوطني ، و القضاء على الفوارق بين المناطق.

كما شهدت هذه الفترة انفجارا ديموغرافيا وتفشيا للأمراض المتنقلة عبر المياه و الحيوانات مما استدعى تكفلا متعدد القطاعات وعن اهم الهياكل الطبية المنشأة في هذه الفترة فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (20): تطور المنشآت القاعدية الصحية في الفترة (1974-1986)

المنشآت	1974	1977	1980	1983	1986
المستشفيات	143	183	183	198	238
مراكز صحية	558	620	662	910	1025
عيادات متعددة الخدمات	106	153	161	249	359
قاعات العلاج	1402	1325	1364	1664	2574
عدد الامة	73404	45029	43028	47360	52898
دور الولادة	50	47	54	-	-

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص111.

ففي سنة 1983 ، تم إنشاء البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي ، والذي يركز حول ثلاثة محاور :

- تطوير الهياكل القاعدية في المجال الصحي و تنظيمها بحيث جعلها تشكل إحدى الدعائم الأساسية لخدمات تباعد الولادات.
- تطوير أنشطة الإعلام و التوعية و التربية الهادفة إلى جلب و إتباع واع للسكان لهدف التحكم في الخصوبة.
- تنظيم أنشطة خاصة حول الدراسات و الأبحاث المتعلقة لمحددات النمو الديموغرافي و علاقتها بالتنظيم الاقتصادي و الاجتماعي⁽¹⁾.

أما ما ميز سنة 1984 فهو وضع برنامج وطني للتقليص من وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات و هذا بالتعاون مع اليونيسيف . أما سنة 1986 فتميزت بتشكيل هياكل صحية جديدة من بينها المستشفيات العامة وهياكل أخرى مثل عيادات متعددة الخدمات و مراكز صحية تهدف إلى توسيع التغطية الصحية عبر القطر الوطني⁽¹⁾.

(1) - وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، جامعة الدول العربية ، التقرير الرئيسي، 2004، ص

3 - الفترة 1987 - 2003:

لقد عرفت الجزائر في فترة الثمانينات أزمة اقتصادية كبيرة كان لها أثر على كل القطاعات بما في ذلك القطاع الصحي وهذا راجع لانخفاض سعر البترول حيث وصل إلى أقل من 10 دولار أمريكي للبرميل الواحد، فهذه الأزمة أدت إلى خلل و نقص كبير في كمية الأدوية و تعطيل البرامج الوطنية المخصصة للصحة كبرنامج التلقيح الموسع و برنامج محاربة السل .

في نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية في مادته 51 التي تنص على أن الرعاية الصحية حق للمواطنين ، تتكفل الدولة بالوقاية من الامراض المعدية وبمكافحتها.

كما جاء في هذه المرحلة وابتداء من سنة 1994 التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركا المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد ، وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي يقدر ب 50 دج في الطب العام و 100 دج في الطب المتخصص، ليشمل ذلك الإيواء و الإطعام والتحاليل الطبية و التي كانت تعوض سابقا من طرف الضمان الاجتماعي⁽²⁾.

كما تعتبر هذه الفترة مرحلة انتقالية للأمراض و يمكن تسميتها بمرحلة التحول الوبائي ، وهذا لظهور وانتشار أمراض جديدة من نوع آخر كالسكري و أمراض الجهاز الهضمي و الأمراض التنفسية و السرطانات ...الخ.

و تميزت هذه المرحلة بارتفاع عدد الأطباء و الصيادلة و جراحي الأسنان ، فبالنسبة للأطباء انتقل العدد من 5648 سنة 1987 إلى 8651 طبيب في 2003 ، أما عدد الصيادلة فانتقل من 1811 سنة 1987 إلى 5705 في 2003 ، أما فيما يخص جراحي الأسنان فلقد انتقل العدد من 5648 إلى 8651 في 2003. و فيما يخص المنشآت القاعدية فهي الأخرى عرفت تقدما ملحوظا و الجدول التالي يوضح ذلك :

(1)- FARID CHAOUÏ et MICHEL LEGROS et Autres:opcit, p48 -49-50.

(2)- REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIREE ,MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION :CIRCULAIRE N°:1 ,avril1995.

الجدول رقم (21): تطور المنشآت القاعدية للفترة (1991-1998)

المنشآت	1991	1993	1995	1998
المستشفيات	263	267	251	245
القطاع الخاص	191	195	202	201
مراكز استشفائية جامعية	53	53	28	13
مؤسسات متخصصة	19	19	21	31
مراكز صحية	1112	1131	1152	1126
عيادات متعددة الخدمات	445	459	471	478
قاعات العلاج	3618	3958	4174	3780
عدد لأسرة	52728	52802	54213	53529
دور الولادة	474	486	789	447
الصيدليات	2954	3417	4429	5047
عمومية	1018	1060	1117	1099
خاصة	1936	2357	3312	3948
مراكز طبية	582	706	716	504
مراكز نقل الدم	38	54	-	-
مختبرات النظافة الولاية	74	43	38	43

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص111.

كما تميزت هذه المرحلة بقيام دراسات وبحوث هامة في المجال الصحي كإعداد المسح الوطني حول الصحة من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية في 1990. المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل وهذا بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات و وزارة الصحة ورابطة الدول العربية 1992. كما تم إعداد المسح حول وفيات الأطفال (MICS 2) في سنة 2000 و المسح الوطني حول صحة الأسرة في 2002 و نشر تقارير سنوية حول صحة الجزائريين و الجزائريات في السنوات 2002-2003 - 2004⁽¹⁾.

إن هذه المسوح و التقارير كان لها دور فعال في الرفع من عجلة التنمية في المجال الصحي ، وهذا من خلال الكشف عن النقائص الموجودة على كل المستويات وإيجاد الحلول اللازمة لها ، وهذا للرفع من أمل الحياة للأفراد و التخفيض من معدل الوفاة ، خاصة وفيات الأطفال.

(1)- FARID CHAOUI et MICHEL LEGROS et Autres:opcit, p48.

ففي هذه المرحلة انتقل احتمال البقاء على قيد الحياة من 67.3 بالألف سنة 1991 إلى 73.4 بالألف سنة 2002 .

أما معدل وفيات الرضع فلقد انتقل من 56.9 بالألف سنة 1991 إلى 34.7 بالألف سنة 2002 وفيما يخص نسبة التطعيم للفترة من 12 إلى 23 شهرا فلقد انتقلت من 83.3% في 1992 إلى 88.9% في 2002 ⁽¹⁾.

كما شهدت هذه المرحلة إنجازات كبيرة ، كميلاد عدة مؤسسات دعمت القطاع على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية و معهد باستور (بالجزائر) الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة و التكوين حول مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية.

كما تم في هذه المرحلة تقسيم البلاد إلى خمسة مقاطعات صحية (شمال - جنوب شرقي وجنوب غربي - شرق - غرب) و 48 قسم إداري في كل ولاية ، وإلى 85 قطاع صحي يهتم بالجانب الوقائي بالمرتبة الأولى ⁽²⁾.

4 - الفترة 2004 - إلى يومنا هذا:

تميزت هذه المرحلة بنوع من الرفاه وهذا راجع لعائدات مدا خيل البترول بالدرجة الأولى. ففي سنة 2005 عرف النظام الصحي تحسنا لكنه غير كافي ، فبالرغم من المبالغ المرصودة للقطاع الصحي إلا أن الخدمات الصحية وخاصة ما يتعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى ، و السبب في ذلك عدم وجود سياسة ناجعة وسوء توزيع الأطباء و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية بين مناطق القطر الوطني ، فهناك 10 ولايات تحتوي على مستشفيات وهناك طبيب مختص لكل 1300 نسمة ، بينما تبقى 38 ولاية من الوطن لا تحتوي على مستشفيات ونجد عندها طبيب مختص لكل 5400 نسمة. ⁽³⁾.

إن هذا الأمر دفع السلطات باتخاذ أسلوب جديد وهو سياسة إصلاح المستشفيات من اجل التخطيط و التنظيم الجيد للعلاج، الشيء الذي يسمح بتقديم خدمة ذات نوعية مع الاحتفاظ بمبدأ العدالة و التضامن المكرسين من طرف الدولة.

(1) - وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الاسرة 2002، مرجع سابق ، ص 4.

(2) - Republique Algerienne Democratique et Populaire ,OMS : stratégie oms de coopération avec les pays, p10

(3) - Mohamed Mebtoul : Article sur le system de soins algérien-ruptures et errance, el waten,22-01-2013,p3.

ففي سنة 2007 أعيد تنظيم القطاعات الصحية حيث تم فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج و تقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن وهذا بخلق مؤسسات للصحة الجوارية اما عن اهم المنشآت القاعدية لهذه الفترة فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (22): تطور المنشآت القاعدية في الفترة (2008 - 2010)

2010		2008		المنشآت
عدد الاسرة	العدد	عدد الاسرة	العدد	
-	271	-	271	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
3272	1491	1988	1419	عيادات متعددة الخدمات
-	5350	-	5077	قاعات العلاج
3200	431	2812	419	دور الولادة العمومية
-	92	-	85	دور الولادة الخاص
-	616	-	611	مركز طبي اجتماعي
-	50	-	50	مخبر النظافة الولائية
-	9264	-	8477	الصيدليات العمومية
-	8322	-	7509	الصيدليات الخاصة
	61779		60532	عدد الأسة

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة ، ص111.

كما تم في 2009 تشجيع تصنيع الأدوية المحلية ودخول الأدوية الجنيسة في الميدان الصيدلاني كما تميزت هذه المرحلة بتخلي الدولة عن احتكارها للمواد الصيدلانية ، وهذا طبقا للقانون 20 يوليو 2008 الذي ينص في مادته 173 انشاء وكالة للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري وهي سلطة إدارية مستقلة تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي وتعمل هذه الوكالة على تشجيع الإنتاج الوطني و المستلزمات الطبية المستعملة في الطب البشري وكذا مراقبة المستلزمات الطبية من حيث الفاعلية و النوعية⁽¹⁾.

(1) - الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية: قانون رقم 8 13 المؤرخ في 20 يوليو 2008 ، العدد 44، ص 5.

و بخصوص التغطية باللقاحات ، حقق القطاع خلال العشرية الأخيرة عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية اللقاحية بنسبة 90% مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة و تراجع الوفيات لدى الأطفال حيث وصل إلى 29.1 بالآلاف سنة 2009 كما تم تعزيز القطاع بتجهيزات طبية عصرية لعبت دورا مهما في الكشف عن الأمراض و التشخيص الدقيق للأمراض المزمنة التي سجلت ظهورها خلال السنوات الأخيرة ، الشيء الذي يدل على مواكبة المجتمع الجزائري للتحويلات التي شهدتها المجتمعات المتقدمة⁽¹⁾.

و خلاصة القول فإن الجزائر قامت بالكثير من أجل مواكبة التطور و تحقيق التنمية، فهي على يقين أن التنمية و التقدم لا تتم إلا بمستوى صحي متقدم ، خاصة ما يتعلق بصحة الأطفال ، لهذا عملت منذ الاستقلال على إصلاح نظامها الصحي وهذا بزيادة هياكلها الصحية بمختلف أنواعها وهذا حتى تكون الخدمات الصحية قريبة من المواطن وفي متناول الجميع و كذا تفعيل البرامج التي من شأنها رفع المستوى الصحي لكل شرائح المجتمع خاصة شريحة الاطفال الاقل من خمس سنوات لإعتبارها عماد الدولة في المستقبل.

2- بعض مميزات النظام الصحي الجزائري

2-1- من حيث النفقات الصحية

لقد حققت الجزائر تحسنا كبيرا في مجال الرعاية الصحية ، ولا سيما من خلال الرفع من مؤشر أمل الحياة و تخفيض معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات . لكنها تواجه تحديات جديدة و المتمثلة أساسا في الاحتياجات المتغيرة و المتزايدة للسكان في ظل التحويلات الديموغرافية وتغير الهرم السكاني و خريطة المرض ، فهذه المتغيرات تفرض على الدول نفقات كبيرة في ظل كل التحويلات القائمة ، ولقد بلغت نسبة النفقات الوطنية على الصحة في سنة 1995 ب 4.17 % ووصلت إلى 4.58 % سنة 2009 و الجدول التالي يوضح ذلك:

(1)- FARID CHAOUI et MICHEL LEGROS et Autres, opcit, p 54,55.

الجدول رقم (23) : تطور النفقات الصحية العامة في الجزائر و بعض الدول العربية وبعض الدول المتقدمة(% من الناتج المحلي الإجمالي)

السنوات	1999	2000	2001	2002	2003	*2005	*2010
الجزائر	3.7	3.5	3.8	3.5	3.5	2.6	3.2
المغرب	4.6	4.7	4.9	5	5.1	1.2	2.0
تونس	5.5	5.6	5.7	5.6	5.4	3.3	3.4
العربية السعودية	4.3	4.2	4.7	4.5	4	3.1	2.7
البحرين	4.7	3.9	4.2	4.2	4.1	2.7	3.6
الإمارات العربية المتحدة	3.8	3.2	3.7	3.4	3.3	2.5	2.7
قطر	3.6	2.8	2.9	3.3	2.7	1.6	1.4
مصر	5	5.2	5.4	5.9	5.8	2.2	1.7
لبنان	11.3	11.7	11.7	10.8	10.2	3.2	2.8
العراق	1.9	1.7	1.6	1.8	2.7	0.4	6.8
الولايات المتحدة	13.1	13.3	14	14.7	15.2	5.8	9.5
فرنسا	9.3	9.3	9.4	9.7	10.1	8.0	9.3
ألمانيا	10.8	10.6	10.8	10.8	11.1	8.2	9.0

source : OMS : rapport sur la sante dans le monde 2006,geneve,pp199-201.

(*) : برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2013 ، لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية و الاجتماعية لغربي اسيا (الإسكوا)، ص...ص

176 175-174.

يتبين من خلال هذا الجدول أن نسبة الإنفاق في القطاع الصحي هي نسبة ضعيفة إذا ما قورنت بدول أخرى مثل تونس و المغرب أو دول متقدمة كالولايات المتحدة أو فرنسا أو ألمانيا ، فلقد انتقلت نسبة الإنفاق في تونس سنة 2003 إلى 5.4% و المغرب إلى 5.1% أما الجزائر فلقد بلغت نسبة الإنفاق 3.5%، في حين بلغت هذه النسب على التوالي 15.2% و 10.1% و 11.1% في كل من الولايات المتحدة وفرنسا و ألمانيا .كما جاءت نتائج تقرير التنمية البشرية 2013 مدعمة لذلك فنسبة الإنفاق في الجزائر انتقلت من 2.6% سنة 2005 إلى 3.2% سنة 2010 .أما تونس فلقد انتقلت نسبة الإنفاق من 3.3 % سنة 2005 إلى 3.4% في 2010 .أما الدول المتقدمة فنسبة الإنفاق على الصحة تعتبر عالية من نوعها إذ انتقلت من 5.8 % إلى 9.5% في الولايات المتحدة الأمريكية ، و من 8.2 % إلى 9.0 % في ألمانيا ونفس الشيء بالنسبة لفرنسا.

فالشئ الملاحظ ان الفارق كبير جدا بين البلدان العربية و الدول المتقدمة من حيث الإنفاق العام على الصحة فالدول ذات التنمية البشرية المرتفعة تعطي اهتماما كبيرا للصحة باعتبارها مؤشر هام للتنمية ، أما الدول ذات التنمية البشرية المنخفضة فحكوماتها لا تستثمر بالقدر الكافي في القطاع الصحي لان اهتمامها منصب في قطاعات أخرى ⁽¹⁾.و يعتبر الإنفاق الصحي لكل فرد من اهم المؤشرات للوقوف على فعالية و نجاعة المنظومات الصحية والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (24): تطور النفقات الصحية في الجزائر في الفترة 1995-2009.

المؤشرات	1963	1999	2005	2006	2007
الناتج المحلي بالدولار الامريكي	249.2	1623.3	3105	3460	6770
الإنفاق على الصحة % من الناتج المحلي الإجمالي	1.49	1.81	4.38	4.64	6.77
الإنفاق العام على الصحة		71.9	74.3	75.39	76.05
الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	4.0	9.0	9.1	10.98	9.61
الإنفاق الصحي للفرد بالدولار الامريكي	3.6	61	141	165	171

source :Yousef Laid: dialogue national interministériel sur le changement climatique secteur clé , pnud ,2010,p19.

من خلال تحليل هذا الجدول يتبين ان الإنفاق على الصحة عرف ارتفاعا ملحوظا ، حيث انتقل من 1.49% سنة 1963 إلى 6.77% سنة 2007 . هذا الإنفاق راجع إلى ارتفاع في الناتج المحلي الإجمالي الذي انتقل من 249.2 دولار امريكي سنة 1963 إلى 6770 دولار امريكي سنة 2007 وهذا راجع اساسا على مداخل الدولة خاصة منها البترول . كما يبين لنا هذا الجدول ان الإنفاق الصحي على الفرد ارتفع هو الاخر بدوره لينتقل من 3.6 دولار سنة 1963 إلى 171 دولار سنة 2007 .

من خلال هذا يمكن أن نقول أنه كلما ارتفع دخل البلد تحسن الوضع الصحي لمواطنيه نظرا لزيادة النفقات الصحية على الفرد.

(1)- انور هقان : مرجع سابق ،ص112.

2-2- من حيث مصادر تمويل المنظومة الصحية .

إن تمويل المنظومة الصحية الجزائرية تعرف حاليا محدودية في تسخر موارد مالية إضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد و الناتج أساسا عن التحولات الديموغرافية و المرضية التي تعرفها البلاد.

ففي الجزائر هناك ثلاث مصادر أساسية لتمويل النفقات الصحية وهي (الدولة ومؤسسات الضمان الاجتماعي و الأسر) .

فتمويل القطاع الصحي الجزائري عرف تغيرا منذ سنة 1970 ، أين نلتمس تراجع لتمويل الدولة في هذا القطاع و الجدول التالي يعطي صورة لمصادر تمويل هذا النظام.

الجدول رقم (25): تطور مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري من النسبة الإجمالية للإنفاق على الصحة

السنوات	الدولة	الضمان الاجتماعي	الأسر
1974	76.51	23.49	0.00
1979	60.88	38.58	0.54
1983	48.04	49.13	2.83
1986	36.60	61.40	2.00
1987	34.21	64.20	1.59
1988	27.50	51.20	21.3
1992	30.50	38.87	29.3
1994	34.50	37.10	27.00
1996	38.45	35.64	25.90
1997	37.93	32.57	29.50
1998	34.09	39.70	26.20
1999	42.56	29.33	28.10
2000	47.27	26.02	26.70
2001	51.62	25.77	22.60
2002	48.42	26.88	24.70

22.60	27.01	50.38	2003
27.50	24.01	48.43	2004
25.20	23.63	51.16	2005
18.8	27.4	53.8	2006
18.4	30.9	50.7	2007
13.9	31	55.1	2008
13.8	31	55.2	2009

source: ZIANI Liela et ZIANI Zoulikha: LE rôle de la Sécurité social dans le financement de la sante en Algérie, Université

Bejaia,2012 ,p9.

من خلال هذا الجدول يتبين أن في سنوات السبعينات الدولة هي التي كانت تتكلف بدفع نفقات النظام الصحي بالدرجة الأولى ثم الضمان الاجتماعي لكن بنسبة اقل.

لكن منذ سنوات الثمانينات نلتمس تراجع دور الدولة من حيث التمويل ، ففي سنة 1983 بلغ تمويل الدولة 48.04% أما تمويل الضمان الاجتماعي فقد بلغ 49.13%، ومنذ هذه السنة إلى غاية 1988 يبقى نظام التمويل على حاله ، لكن الملموس في هذه الفترة هو ارتفاع التمويل من طرف الأسر حيث بلغ 21.3%.

الملاحظ أيضا من هذا الجدول هو عودة ارتفاع التمويل من طرف الدولة ابتداء من سنوات التسعينات من 30.50% سنة 1994 إلى 55.2% سنة 2009 أما بالنسبة لتمويل الضمان الاجتماعي فلقد بلغ في نفس الفترة 37.10% في 1994 لينخفض إلى 31% في 2009 ، أما تمويل الأسر فلقد بلغ 27% في 1994 و انخفض إلى 13.8% في 2009.

ويمكن ان يفسر تراجع دور الدولة في تمويل القطاع في فترة الثمانينات و بداية التسعينات إلى الأزمة الوطنية الناتجة أساسا عن انخفاض سعر البترول ، لهذا الغرض التمسنا نشاط مؤسسة الضمان الاجتماعي ودور الاسر لسد النقص المتواجد ، أما عودة ارتفاع نسبة التمويل من طرف الدولة في فترة التسعينات فهذا راجع لمداخل الدولة التي عرفت ارتفاعا ناتجا من عودة الارتفاع التدريجي لسعر البترول أين بلغ 65.40% دولار سنة 2006.

أما بالنسبة لتمويل الأسر ، فالملاحظ انه تراجع ابتداء من سنة 2005 وهذا لعزوف الأسر للقطاع الخاص وهم الذين يتحملون مصاريف العلاج ، أما الدولة فنستطيع إن نقول أنها استرجعت مكانتها في التمويل وهذا نتيجة تحسين الوضع الاقتصادي .

3 - أهم الإنجازات التي حققها النظام الصحي الجزائري فيما يخص صحة الأطفال :

لقد عمل النظام الصحي الجزائري منذ الاستقلال على الرفع من مستوى صحة الأطفال وهذا بمكافحة الأمراض الفتاكة والوباء الذي كان يحصد أرواح العديد منهم و طبعا و بملاحظة مسيرة هذه المنظومة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا يتبين أن هناك إنجازات و نتائج كثيرة تحققت فيما يخص صحة الأطفال و الشيء الذي يترجم هذا هو التخفيض الفعلي لمعدل الوفاة ، فبعدها كان من أكبر المعدلات في العالم انخفض إلى المستوى المطلوب ، كما ارتفع أمل الحياة عما كان عليه سابقا والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (26): تطور أمل الحياة عند الولادة في الفترة (1970-2014)

السنوات	الرجال	النساء	المجموع
1970	52.6	52.8	52.6
1980	55.9	58.8	57.4
1991	66.9	67.8	67.7
2000	71.5	73.4	72.5
2004	73.9	75.8	74.8
2005	73.6	75.6	74.6
2006	74.7	76.8	75.7
2007	74.7	76.8	75.7
2008	74.9	76.6	75.7
2014*	76.6	77.8	77.2

source : FARID CHAOUI et MICHEL LEGROS et Autres: Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis

nationaux et enjeux partagés ,IPEMED, Avril 2012,p57.

(*) : المديرية التقنية للإحصاءات السكان و التوظيف و مكتب الإحصاء الوطني : ديموغرافيا الجزائر، 2014، ص 15

من خلال هذا الجدول يتبين أن أمل الحياة انتقل من 52.6 سنة عام 1970 إلى 75.7 سنة عام 2008 وهذا إن دلّ على شيء فهو يدل على الإنجازات الهائلة في المستوى الصحي ، كتخفيض معدل الوفاة وعامل سوء التغذية و تمكين الناس من الوصول إلى المياه العذبة و السكن اللائق و غيرها ، كما تم إحراز تقدم كبير في الهياكل الصحية و الوسائل التابعة لها ، فلقد طرأت تغيرات جذرية كمية و نوعية على المشهد الصحي من حيث عدد الهياكل و الإمكانيات وكذا المعنيين العاملين في هذا المجال.

أما فيما يخص المراضة ، فإن الجزائر عرفت تحولات هامة في هذا المجال ، فالعديد من الأمراض تم القضاء عليها وهذا بفضل البرنامج الموسع للتحصين .فأخر حالة مبلّغ عنها لمرض السل كانت سنة 1996، وتم القضاء على حالات الدفتيريا منذ سنة 2006.

الجدول رقم (27) : التحول الوبائي من سنة 1963 إلى سنة 2007

2007	1998	1989	1979	1969	1963	السنوات الأمراض
0	57	9	73	496	381	الدفتيريا
(3+7)10	28	63	37	136	58	تيتانوس
47	13	22	81	1201	591	السعال الديكي
0	0	18	72	228	75	السل
823	3132	4162	14973	3733	902	الحصبة
3467	3378	3078	6346			التهاب الكبد الفيروسي
1583						التهاب الكبد الفيروسي ب

source : FARID CHAOUI et MICHEL LEGROS et Autres: Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis

nationaux et enjeux partagés ,IPEMED, Avril 2012,p62.

من خلال هذا الجدول يتضح أن هناك انخفاض ملحوظ في نسبة الأمراض ، فبعض الأمراض بعد إن كانت بنسب عالية سنة 1963 لم يعد لها أساس من الوجود سنة 2007 مثل الدفتيريا و السل التيتانوس هو الآخر تناقص شيئا فشيئا ، فبعدما كانت هناك 58 حالة مصرح بها سنة 1963 أصبحت فقط 10 حالات سنة 2007 (3 حالات عند البالغين و 7 حالات للأطفال ما حول الولادة) .

الشيء نفسه بالنسبة للحصبة هي الأخرى عرفت انخفاضا ، فبعدها كانت هناك 902 حالة سنة 1963 أصبحت هناك 823 حالة سنة 2007 ، أما عن الارتفاع المسجل في سنوات الثمانينات فهو راجع إلى نقص كمية اللقاح المخصص لهذا المرض نتيجة لأزمة الاقتصادية التي مرت بها الجزائر و التي تأثرت بها كل القطاعات .

و فيما يخص التهاب الكبد الفيروسي هو الآخر عرف انخفاضا ، إذ انتقلت عدد الحالات المصابة من 6346 حالة سنة 1979 إلى 3467 حالة سنة 2007 . أما التحصين ضد التهاب الكبد الفيروسي B لأول مرة كان عام 2000 عند الأطفال، و أصبح يطبق بصورة نظامية في 2003 ومنذ سنة 2007 بينت نتائج التقارير الشهرية للمعهد الوطني للصحة العمومية أن هناك اختلافاً بين التهاب الكبد الفيروسي A و التهاب الكبد الفيروسي B و التهاب الكبد الفيروسي C⁽¹⁾.

فمن خلال هذا التباين يتبين من الجدول أن حالات الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي B وحده بلغت 1583 حالة سنة 2007.

و من خلال المسوح المقدمة مؤخرا حول الصحة ، يتبين أن هناك تحول من حيث المراضة لمختلف الشرائح الاجتماعية ، وأصبحت الأمراض التنفسية تقع في المراتب الأولى من حيث الإصابة بها و البقاء في المستشفيات خاصة عند شريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات ، كذلك ظهور أمراض أخرى كأمراض السكري عند الأطفال الصغار.

فحسب المسح MICS3 لسنة 2006 فلقد بينت النتائج المتوصل إليها أن 8.8 % من الأطفال قاموا بزيارة إلى المستشفى بسبب الإسهال و 6.1% منهم قاموا بالزيارة بسبب الأمراض التنفسية. و الجدول التالي يوضح ذلك :

(1) - IBID:p62.

الجدول رقم (28) : نسبة الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين زاروا المستشفى من خلال إصابتهم بالإسهال و الأمراض التنفسية خلال 15 يوما قبل إجراء المسح

الأمراض الجنس	الإسهال	الأمراض التنفسية
الإناث	8.6	5.2
الذكور	9.0	6.9
المجموع	8.8	6.1

source : MSPet ONS: Enquête national a indicateur multiples MICS3ALGERIE 2006,Rapport Pncipal,Decembre2008,p87 -

92.

و كما ذكرنا سابقا فإن من أهم الإنجازات، هي تخفيض معدل الوفاة خاصة عند شريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم (29): تطور معدل الوفاة عند شريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر

السنوات الشرائح العمرية	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	*2013	*2014
وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات	76.0	49.2	40.2	35.5	31.0	29.9	29.1	26.1	25.6
وفيات الأطفال الأقل من سنة	57.8	36.9	29.7	26.9	26.2	25.5	24.8	22.4	22.0

Source: FARID CHAOUI et MICHEL LEGROS et Autres: Les Systemes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis

nationaux et enjeux partagés ,IPEMED,Avril 2012,p67.

(*) : الديوان الوطني للإحصاءات ، ديموغرافيا الجزائر 2014 ، ص 3.

من خلال هذا الجدول يتبين أن معدل الوفاة عند الأطفال الأقل من خمس سنوات عرف انخفاضا ملحوظا من سنة إلى سنة ، فبعدما كان يقدر 76 بالآلف سنة 1990 انخفض إلى 29.1 بالآلف سنة 2009 ليصل إلى 26.1 بالآلف في 2013 ، ثم إلى 25.6 بالآلف في 2014 و نفس الشيء بالنسبة لمعدل الوفاة للأطفال الأقل من سنة ، فبعدما كان 57.8 بالآلف سنة 1990 أصبح يقدر ب 24.8 بالآلف سنة 2009 لينتقل إلى 22.4 بالآلف سنة 2013 ، و 22 بالآلف سنة 2014.

هذا التراجع في معدلات الوفاة راجع إلى الجهود الجبارة للدولة الجزائرية في المجال الصحي ، وإلى الإصلاح المستمر للمنظومة الصحية منذ الاستقلال ، وهذا من خلال التكوين الجيد للإطارات المهمة بالجانب الصحي ، خاصة منهم الأطباء ، وكذا توفير العتاد الطبي المتطور في أغلبية المستشفيات الذي يساعد على التشخيص الجيد للأمراض من أجل مكافحتها في أسرع وقت ممكن ، كما عملت الدولة على توفير الأدوية ذات العلامة العالمية وبذل الجهود من أجل صنع الأدوية المحلية حتى تكون في متناول الجميع ، كما ساعد نظام التأمين المنتهج من طرف الدولة وكذا سياسة مجانية العلاج إلى مساعدة العائلات على عدم التردد في طلب الرعاية الصحية ، خاصة ما يتعلق بصحة أطفالها.

4- موقع الجزائر من بين بعض الدول فيما يخص صحة الأطفال

إن الجزائر مثلها مثل باقي دول المغرب العربي عرفت تقريبا نفس الوتيرة فيما يخص التنمية الصحية عندها ، فكل من هذه الدول تعرضت للاستعمار الذي نهب و خرب وعمل على تدمير كيان هذه الدول فخرجت كلها بنى تحتية مدمرة ، الشيء الذي دفعها إلى انتهاج سياسات و أنظمة تساعد على إصلاح هذه البنى من أجل الرفع من مستويات الحياة لديها . و يعتبر القطاع الصحي واحدا من هذه البنى التي عملت هذه الدول على إصلاحه من أجل رفع المستوى الصحي لأفراد مجتمعاتها ، هذا المستوى الذي عرف خلا كبيرا وشللا في كل جوانبه سواء من حيث العتاد أو الإمكانيات البشرية الموفرة لذلك وبما أن مؤشر معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات مؤشر هام و عالمي يستعمل لتقييم الوضع الصحي للدول أخذت هذه الدول على عاتقها مسألة الاهتمام بصحة الأطفال و أولتها أهمية بالغة من أجل الرفع بعجلة التنمية ، حتى يكون لها موقع بين الدول المتقدمة.

و بالفعل فإن السياسات المنتهجة لكل دولة أتت بثماره وهذا من خلال الإنجازات الهائلة في هذا المجال ، والجدول المركب التالي يعطي لنا صورة عن مدى الإقبال على الرعاية الصحية .

جدول رقم (30): مركب يعطي صورة عن الرعاية الصحية المقدمة في الجزائر وبعض جيرانها، و استعمال دولة اسبانيا كدولة مرجعية متقدمة حسب تقديرات المنظمة العالمية لسنة 2011 .

الدول	عدد الاسرة في المستشفيات لكل 10000 نسمة	كثافة الأطباء لكل 10000 نسمة	كثافة الصيادلة لكل 10000 نسمة	كثافة الممرضين و عمال الشبه طبي لكل 10000 نسمة
الجزائر	17	12.1	2.7	19.5
المغرب	11	6.2	2.7	8.9
تونس	21	11.9	2	32.8
ليبيا	37	19	3.6	68
موريتانيا	4	1.3	0.4	6.7
اسبانيا	32	37.1	10.7	51.6

Source : FARID CHAOUI et MICHEL LEGROS et Autres: Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis

nationaux et enjeux partagés ,IPEMED, Avril 2012,p28.

نقول عن الرعاية الصحية أنها جيدة من خلال ما توفره الدولة من إمكانيات سواء مادية أو بشرية لخدمة مواطنيها ولكل الشرائح الاجتماعية ، وبما أن الأطفال جزء من هذا المجتمع فهم أيضا يتأثرون بما تخصصه دولهم للاهتمام بصحتهم من أسرة و أطباء وصيادلة و ممرضين و عمال من السلك الشبه طبي .

نلاحظ من خلال هذا الجدول ان هناك تفاوت من دولة إلى أخرى من خلال ما توفره من هذه الإمكانيات ، فالجزائر و تونس تقريبا تمشيان في خط متوازي ، اما ليبيا فهي احسن حالا منهما ، فعدد الاسرة في المستشفيات للجزائر و تونس على التوالي هو 17 سرير و 11 سرير لكل 10000 نسمة ، أما عن كثافة الأطباء فهي على التوالي 12.1 و 11.9 لكل ألف نسمة ، أما فيما يخص كثافة الصيادلة فهي على التوالي 2.7 و 2 لكل 10000 نسمة ، أما عن كثافة الممرضين و عمال الشبه طبي فهي على التوالي 19.5 و 32.8 لكل 10000 نسمة.

أما ليبيا فعدد الأسرة في المستشفيات بلغ 37 سرير لكل 10000 نسمة ، أما عن كثافة الأطباء و الصيادلة و الممرضين و عمال الشبه طبي فهي على التوالي : 19 و 3.6 و 68 لكل 10000 نسمة.

أما دولة المغرب فهي اقل شئنا من هذه الدول و هذا لشح الإمكانيات عندها ، وتعتبر أحسن حالا من موريتانيا التي تعاني من العجز الكبير في قطاعها الصحي . فعدد الأسرة في المستشفيات عند هاتين الدولتين على التوالي بلغ 11 و 4 أسرة لكل 10000 نسمة ، أما عن كثافة الأطباء فلقد بلغ على التوالي 6.2 و 1.3 لكل 10000 نسمة ، أما عن كثافة الصيادلة و الممرضين و عمال الشبه طبي فهي على التوالي : 6.2 و 2.7 و 8.9 لكل 10000 نسمة بالنسبة للمغرب و 1.3 و 0.4 و 6.7 لكل 10000 نسمة بالنسبة لموريتانيا.

و بمقارنة هذه الدول بدولة متقدمة كإسبانيا ، نجد أن هذه الدول جميعها مازالت بعيدة من إثبات ذاتها في مجال الرعاية الصحية ، وهذا مقارنة بما توفره هذه الدول المتقدمة من تجهيزات و إمكانيات فبالنسبة لعدد الأسرة في المستشفيات التي تخصصها إسبانيا فهو 32 سرير لكل 10000 نسمة ، أما عن كثافة الأطباء و الصيادلة و الممرضين و عمال الشبه الطبي فهي على التوالي : 37.1 و 10.7 و 51.6 لكل 10000 نسمة وما يمكن قوله في هذا الشأن أنه ما زال للجزائر و لجيرانها ان يفعلوا الكثير من اجل تحسين مستواهم الصحي فعلى هذه الدول أن تدعم هذا القطاع بما يلزم من إصلاحات حتى يتمكن كل فرد من المجتمع من الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية .

هذا التحليل يعكس حقيقة الوضع الصحي في هذه الدول الذي يعتبر متدنيا مقارنة بالدول المتقدمة ونظرا لأن شريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات هي الشريحة الأكثر ضعفا في المجتمع ، فهي الأكثر تعرضا للأمراض نظرا لضعف جهازها المناعي و بالتالي هي الشريحة الأكثر تضررا من عجز و شلل الأنظمة الصحية في الدول المتخلفة و الذي يترجم هذا هو الارتفاع الكبير لمعدلات الوفاة فيها و انخفاض أمل مقارنة مع الدول المتقدمة ، كما يعاني الكثير من السكان في هذه الدول النامية من عدم إيصالهم بمياه أمنة أو توصيلهم بشبكات صرف صحي سليمة و الجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (31): مركب يبين أمل الحياة عند الولادة و نسبة السكان الموصولون بمياه صالحة للشرب للجزائر و بعض جيرانها و دولة اسبانيا كدولة نموذجية متقدمة حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2011.

الدول	أمل الحياة		نسبة السكان الموصولون بمياه صالحة للشرب
	الرجال	النساء	
الجزائر	71	74	83
المغرب	71	75	81
تونس	73	77	94
ليبيا	70	75	-
موريتانيا	57	60	49
اسبانيا	78	85	100

معطيات الجدول مأخوذة من المرجع :

FARID CHAOUI et MICHEL LEGROS et Autres: Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, IPEMED, Avril 2012,p23,24.

من خلال هذا الجدول يتبين أن أمل الحياة عند الولادة في الجزائر و جيرانها (المغرب - تونس - ليبيا) بلغ في المتوسط 71.25 سنة عند الرجال و 75.25 سنة عند النساء ، بخلاف موريتانيا التي يبلغ عندها أمل الحياة 57 سنة عند الرجال و 60 سنة عند النساء ، أما أمل الحياة في اسبانيا فإنه يبلغ 78 سنة عند الرجال مقابل 85 سنة عند النساء.

أما بالنسبة لنسبة السكان الموصولون بمياه صالحة للشرب فهي على التوالي : 94 % في تونس و 83% في الجزائر و 81% في المغرب و 49% في موريتانيا ، أما هذه النسبة فإنها تقدر ب 100% في اسبانيا.

من خلال هذا التحليل يتبين أن دولة موريتانيا تعاني من مستوى صحي متدني مقارنة بجيرانها ، كما يمكن القول أن كل من الجزائر و تونس و ليبيا و المغرب مازال على عاتقها الكثير لتفعله من اجل الالتحاق بدولة متقدمة كإسبانيا رغم الجهود المبذولة من طرفها .

خلاصة الفصل:

لقد أصبحت حياة العديد من الناس مرهونة بالنظم الصحية ، التي لها مسؤولية أساسية للحفاظ على الصحة سواء في إطار الرعاية الصحية الشخصية أو في إطار خدمات الرعاية الصحية ، ولا بد لصانعي السياسات فهم الأسباب الكامنة وراء سوء أداء النظم الصحية بغية تحديد ما يجب فعله لتصحيح الوضع .

فالسياسة الصحية السليمة هي الأساس في تحقيق الصحة ، وهي تشمل مجمل الأهداف المراد تحقيقها في مجال صحة السكان من خلال وثائق دستورية و إدارية على أن تجسد في الواقع حتى لا تبقى مجرد كلام.

فالملاحظ من هذا الفصل أن الدول التي تتبنى نظم صحية جيدة هي الدول التي استطاعت أن تحرز تقدما نوعيا في مجال الصحة بشكل عام و صحة الطفل بشكل خاص وهي الدول المتقدمة ، أما بقية الدول فلا موازنة بين رسم السياسات و النظم الصحية ، لهذا فالوضع الصحي بما فيه صحة الطفل متدهور جدا .

ففي بلدان الأمريكيتين و الإقليم الأروبي التي يشهد فيها القطاع الصحي نموا سريعا ، يتحقق اقل من ثلث النمو المتوقع في ظل الاتجاهات إلى الإنفاق على الصحة من جيوب المواطنين. ويتحقق الثلثان عن طريق زيادة النفقات الحكومية.

أما في البلدان النامية فمازال الإنفاق منخفضا مقارنة بالنواتج المحلي الإجمالي⁽¹⁾. والذي يعكس هذا هو الارتفاع الكبير لنسب الأمراض بأنواعها و الأخطاء الطبية بسبب لا مسؤولية الأطباء و المسؤولين الناتجة أساسا عن نقص الرقابة و التسبب في المؤسسات الإستشفائية ، وإلى الارتفاع في نسب الوفيات مقارنة بالدول المتقدمة .

فضعف الأنظمة الصحية وقلة التمويل اللازم لتطويرها يهددان الجهود لمكافحة الأمراض ، لذلك فتطوير هذه النظم أمر في غاية الأهمية وهذا بإزالة الاحتقانات و مراجعة خططها و سياساتها بغية تحقيق نتائج ملموسة لصالح كافة المواطنين والأطفال بصفة خاصة.

(1) - منظمة الصحة العالمية : الرعاية الصحية الأولية ، الآن أكثر من أي وقت مضى ، جنيف ، 2008 ، ص 113.

إذ يؤكد دستور منظمة الصحة العالمية ، الحق الأساسي لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه ، و التغطية الشاملة هي أفضل طريقة لبلوغ ذلك الحق ، وهي تمثل الدعامة الأساسية لمبدأ الصحة للجميع الذي نص عليه إعلام المآ آتا (1).

و الجزائر مثلها مثل الدول السائرة في طريق النمو ، نستطيع أن نقول أنها حققت إسهامات كبيرة في المجال الصحي بحكم خروجها مدمرة من استعمار غاشم اغتصب كل ثرواتها ، لكنها مازالت بعيدة عن التغطية الشاملة لهذا القطاع الحساس أي القطاع الصحي ، وعليها أن تراجع نظمها الصحية حتى تلبي متطلبات الرعاية الصحية للمواطنين بشكل عام ، وان ترفع من الوضع الصحي لأطفالها لأنه من بين المؤشرات الهامة للتنمية حتى تستطيع أن تضع لنفسها مكانة بين بقية الدول المتقدمة.

(1) - منظمة الصحة العالمية : التقرير الخاص بالصحة في العالم ، تمويل النظم الصحية ، جنيف، 2010، ص18.

الفصل الرابع

الوضعية الصحية للأطفال

تمهيد

المبحث الأول: الحالة الصحية للأطفال في العالم

1- الوفيات و الأمراض

2- الوضع التغذوي

2-1- مشكل سوء التغذية

2-2 - الرضاعة الطبيعية

3 - التحصين ضدّ الأمراض

4 - شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب

المبحث الثاني: الوضعية الصحية للأطفال في الوطن العربي

1- الوفيات و الأمراض

2- الوضع التغذوي

2-1- مشكل سوء التغذية

2-2 - الرضاعة الطبيعية

3 - التحصين ضدّ الأمراض

4- شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب

المبحث الثالث: الوضعية الصحية للأطفال في الجزائر

1- الوفيات و الأمراض

2 - الوضع التغذوي :

1-2 - مشكل سوء التغذية

2-2- الرضاعة الطبيعية

3 - التحصين ضدّ الأمراض

4- شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب

خلاصة الفصل

الفصل الرابع: الوضعية الصحية للأطفال

تمهيد

يشق الملاين من الأطفال طريقهم عبر الحياة و هم يعانون من الفقر و سوء التغذية و الإهمال و التعرض للخطر، و تشكل الحياة بالنسبة لهم صراعا يوميا من أجل البقاء، و سواء كانوا يعيشون في قلب المدن أو الأرياف فإنهم يتعرضون لخطر فقدان فرصة التمتع بطفولتهم.

و الحرمان في فترة الطفولة سوف يلزمهم طوال فترة حياتهم، فالذين يهملون و لا يلقون الرعاية اللازمة في فترة طفولتهم ، فإذا أصابهم ضرر فربما لن يشفوا منه تماما على الإطلاق و ربما يحول بينهم و بين بلوغ طاقتهم الكامنة كأطفال أكبر سنا و يافعين أو راشدين في نهاية المطاف.

أما سوء التغذية فهو لا يضعف الأطفال جسديا فحسب بل إنه يفسد مقدرتهم على التحصيل العلمي أيضا. كما يعتبر العامل الرئيسي في أكثر من نصف إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة ، ومن المؤكد أن تحسين التغذية سيساعد على تجنب وفيات الأطفال الناجمة عن الإسهال وذات الرئة و الملاريا و فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب و الإيدز و الحصبة ، كما انه سيخفض وفيات ما حول الولادة⁽¹⁾.

و لتقييم الوضع الصحي للأطفال يجب أن نتقيد بالمعايير التي وضعت عالميا كانتشار بعض الأمراض و على معدلات الوفيات الناتجة عن هذه الأمراض و عن الحالة الغذائية و الرضاعة الطبيعية و التحصين ضد الأمراض وعن نسبة الأطفال الذين حصلوا على فيتامين " أ " التكميلي الذي يقوي مقاومة الطفل للأمراض و يقلل احتمالية وفاتهم وعن نسبة الأطفال الذين يستفيدون من المياه الصالحة للشرب ومرافق الصرف الصحي .

فبالرغم من التطور الذي عرفه القرن العشرين في مجال تحسين صحة الناس في كثير من البلدان في جميع أنحاء العالم مثل تخفيض معدلات الوفيات و سوء التغذية لدى الأطفال ، وكذا الإحراز الهائل في الابتكارات و التكنولوجيات في مجال الرعاية الصحية إلا أنه مازال هناك فرق شاسع بين البلدان الغنية و البلدان الفقيرة في مجالي الصحة و مستوى الدخول.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، عمان ، 2008، ص

فالتقدم ليس متساويا ، إذ تتفاوت فرصة بقاء الأطفال على قيد الحياة تفاوتاً حاداً يعتمد على المنطقة التي يولدون فيها ، ففي عام 2002 مثلاً كان هناك 7 أطفال يتوفون من كل 1000 طفل في الدول الصناعية قبل أن يبلغوا سن الخامسة ، وعلى النقيض في دول إفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى كان 174 طفلاً يتوفون من كل 1000 طفل قبل أن يتموا الخامسة أما في جنوب آسيا فقد كان 97 طفلاً يتوفون من كل 1000 طفل قبل أن يبلغوا الخامسة من أعمارهم⁽¹⁾.

وللتعرف على أهم التغيرات التي عرفتتها الحالة الصحية للأطفال دون سن الخامسة ، سوف نستعرضها فيما يلي بنوع من التفصيل في هذه المباحث .

المبحث الأول: الحالة الصحية للأطفال في العالم

أولاً - الوفيات و الأمراض :

لقد عرفت الحالة الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات عدة تغيرات عبر فترات زمنية مختلفة، ففي بداية عقد الستينيات من القرن العشرين كان طفل واحد تقريباً يتوفى من كل خمسة أطفال قبل أن يبلغ سن الخامسة⁽²⁾.

و لولا التقدم الذي حدث في الثمانينات لارتفع معدل الوفاة في دول العالم الثالث إلى ما يقارب 17.5 مليون وفاة بحلول عام 1990 ، وذلك بسبب ارتفاع معدلات النمو السكاني، لكن مع التقدم الحاصل في استراتيجيات بقاء الأطفال مثل معالجة الجفاف عن طريق الفم و التحصين خلال الثمانينات انخفضت حالات الوفاة إلى ما يفوق 8 مليون حالة⁽³⁾.

كما عرفت سنوات التسعينات تحسناً ملحوظاً للحالة الصحية للأطفال وهذا بفضل التغطية التحصينية للأطفال و التي وصلت إلى 80% في نهاية الثمانينات⁽⁴⁾ . و في عام 2002 انخفض المعدل العالمي لوفيات الأطفال دون الخامسة إلى أقل من طفل واحد من كل 12 طفلاً و هذا المعدل مازال عالياً بدرجة غير مقبولة لأنه يمثل ما يقدر بحوالي 11 مليون وفاة من الوفيات التي يمكن الوقاية منها⁽⁵⁾.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : التقدم من أجل الأطفال ، التقرير الدوري عن بقاء الأطفال ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، سبتمبر 2004 ، ص 4.

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : التقدم من أجل الأطفال 2004 ، التقرير الدوري عن بقاء الأطفال ، نيويورك ، سبتمبر 2004 ، ص 4.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 1991 ، مرجع سابق ، صص 1-2.

(4) - UNICEF : Situation Des Enfants Dans Le Monde 1994, New YORK .P16.

(5) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : التقدم من أجل الأطفال 2004 ، مرجع سابق ، ص 4.

فحسب تقارير اليونيسيف هناك تفاوتات واسعة في مدى التقدم ، إذ تتفاوت معدلات الخفض في وفيات الأطفال دون الخامسة بين المناطق ، فبينما انخفض هذا المعدل إلى أكثر من الثلث في أمريكا اللاتينية و الكاريبي بين عامي 1990 و 2002 ، شهدت دول إفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى تقدماً طفيفاً في خفض هذا المعدل ، وذلك لأن نصف وفيات الأطفال دون الخامسة وقع فيها .

و الحقيقة التي تبعث عن القلق تفيد بأن طفلاً واحداً من كل 6 أطفال يولدون في دول إفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى يتوفى قبل بلوغه سن الخامسة بالمقارنة مع وفاة طفل واحد من كل 29 طفلاً في أمريكا اللاتينية و الكاريبي ، و وفاة طفل واحد من كل 143 طفل في الدول الصناعية ⁽¹⁾ . و الجدول التالي يدعم ذلك :

جدول رقم (32): التغير في معدلات الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات حسب الدول و السنوات بالنسبة لكل 1000 ولادة حية

السنوات الدول	1960	1990	2001
الدول الصناعية	37	9	7
الدول النامية	223	103	89
العالم	197	93	82

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2003 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص 49.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات عرف انخفاضا ملحوظا في العالم فبعدما كان يقدر ب 197 وفاة بالنسبة لكل 1000 ولادة حية في سنوات الستينات انتقل إلى 82 وفاة بالنسبة لكل 1000 ولادة حية سنة 2001 ، والجدير بالذكر أن الدول الصناعية هي التي تعرف نسبة انخفاض عالية حيث بلغ المعدل 37 وفاة بالنسبة لكل 1000 ولادة حية سنة 1960 مقابل 7 حالات بالنسبة لكل 1000 ولادة حية سنة 2001 .

أما الدول النامية فهي تعرف أعلى معدلات الوفاة حيث انتقل معدل وفاة الأطفال من 223 وفاة بالنسبة لكل 1000 ولادة حية مقابل 89 وفاة لكل 1000 ولادة حية .

(1) - نفس المرجع : ص 6.

وهذه الحقيقة تبعث بالقلق فيما يخص الدول النامية ، إذ عليها ان تراجع سياستها الصحية و تقوم بالإصلاحات اللازمة.

وفي العادة لا يموت الأطفال نتيجة إصابتهم بمرض واحد ، ولكن تحدث الوفاة بسبب التأثير و التفاعل بين عدة عوامل تؤدي بهم إلى المرض ثم الوفاة ⁽¹⁾، كأمراض ذات الرئة و الإسهال و الحصبة و التيتانوس و السعال الديكي ، فالوفيات الناتجة عن الحصبة مثلا انتقلت من 2.5 مليون سنة 1980 إلى حوالي مليون وفاة في التسعينات ، أما الوفيات الراجعة إلى التيتانوس (الكزاز) فلقد انتقلت من مليون إصابة إلى نصف المليون ، مرض الشلل كان سببا في إعاقة العديد من الأطفال انتقل هو الآخر من 400000 حالة في 1980 إلى 140000 حالة سنة 1992⁽²⁾. فهذا الخفض في عدد الوفاة راجع إلى توسيع البرنامج التحسيني للحملات التحصينية ، فالتحصين ضد الأمراض وحده يمكن أن ينقذ أرواح العديد من الأطفال

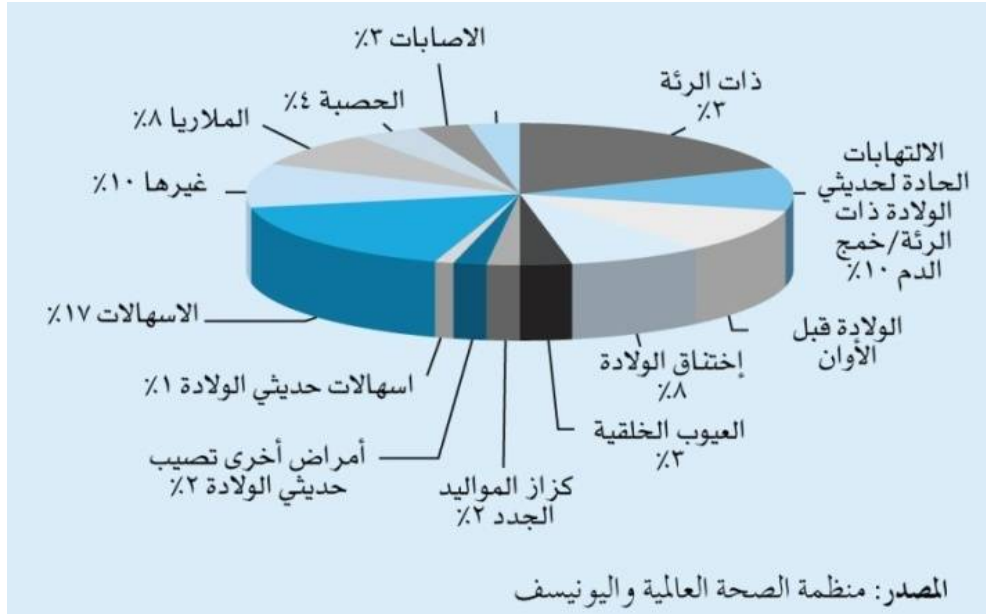
كما أن الرعاية السيئة قبل الولادة و أثناءها و بعدها تمثل السبب الأهم المؤدي إلى وفيات الأطفال دون سن الخامسة ، ففي جنوب آسيا مثلا يعتبر نقص الرعاية السبب المسؤول عن وفاة حوالي ثلث الوفيات جميعها وتشكل التهابات الجهاز التنفسي الحادة و الإسهال الأسباب القاتلة الرئيسية الأخرى ⁽³⁾. و الرسم البياني التالي يوضح أهم الأمراض التي تتسبب في وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات

(1) - باربارا شين : "أسباب وفيات الرضع و الأطفال " في /تنظيم الأسرة يحافظ على الحياة/،تر محسن يوسف، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية بالتعاون مع المكتب المرجعي للسكان، 3 سبتمبر، 1997، ص2.

(2) - UNICEF : Situation Des Enfants Dans Le Monde 1994, opcit.p1.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : التقدم من أجل الأطفال 2004 ، مرجع سابق ، ص 10.

الرسم البياني رقم (17): رسم دائري يبين أهم الأمراض التي تؤدي إلى وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات في الدول النامية .



المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2008، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، ص 8.

من خلال هذا الرسم يتبين أن وفيات حديثي الولادة تشكل 10% من وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات وهذا نتيجة التهابات حادة، وتنتج نسبة كبيرة من هذه الإلتهابات عن ذات الرئة و خمج الدم، ويموت سنويا حوالي مليوني طفل دون سن الخامسة بسبب ذات الرئة. ورغم التقدم الذي تم احرازه منذ الثمانينات مازالت الإسهالات تتسبب في وفاة 17% من وفيات الأطفال دون الخامسة، بينما تتسبب الملاريا و الحصبة و الإيدز مجتمعة في 15% من وفيات الأطفال⁽¹⁾.

أما فيما يخص البلدان الصناعية فلقد حققت معدلات خفض جوهريّة في وفيات الأطفال منذ عام 1990 ففي هذه السنة كان طفل واحد يتوفي من بين كل 1000 طفل قبل أن يبلغ الخامسة من عمره ومع حلول عام 2002 تحسن ذلك المعدل ليبلغ طفلا واحدا من كل 143 طفلا. و تحقق الدول الإسكندنافية أدنى معدل في وفيات الأطفال. ولقد ساعدت الأدوية الجديدة و المكلفة و التكنولوجيا و حملات التحصين ضد الأمراض و التدخلات على خفض المطرد في معدلات الوفيات في الدول الصناعية خلال المدة بين عامي 1990 و 2003 و يتباين هذا الخفض تباينا حادا مع الوضع في الدول النامية التي لا تزال تكافح من أجل السيطرة على العديد من أسباب الوفيات التي يمكن الوقاية منها⁽²⁾.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2008، مرجع سابق، ص 8.

(2) - نفس المرجع السابق، ص 20.

فالإسهال وحده يحصد أرواح ثلاث ملايين طفل سنويا ، لكن مع اتخاذ الإجراءات اللازمة بات من الممكن معالجة الأطفال المصابين به و هذا باستعمال أملاح إعادة التمثيل غير مكلفة ⁽¹⁾ ، إذ انخفضت نسبة الإصابة إلى 25% و هذا حسب ما جاء في الموجز الرسمي لوضع أطفال العالم 2003 وهذا لسنوات (1994 - 2000) ⁽²⁾. أما عن التغير في معدل الوفاة للفترة 1990-1999 و الفترة 2000-2008 فهو موضح في الرسم رقم(2) من الملحق 2.

من خلال الرسم يتبين أن أكثر المناطق التي عرفت ارتفاعا في وفيات الأطفال هي قارة إفريقيا، فهي تظل المكان الأكثر صعوبة في العالم بالنسبة إلى الطفل لكي يبقى على الحياة حتى بلوغ سن الخامسة ثم بعدها نجد قارة آسيا ، فبالرغم من أنها شهدت انخفاضا جديرا بالملاحظة منذ عام 1970 إلا أنها كانت وما تزال تشكل نسبة 41 في المائة من مجموع عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة عام 2007 ⁽³⁾. وبالنسبة لمعدل التخفيض العالمي في نسب وفيات الأطفال فهو موضح في الجدول المركب التالي:

(1) - UNICEF : Situation Des Enfants Dans Le Monde 1994, opcit. pp.17-16

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2003 ، مرجع سابق ، ص 21.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2009 ، مرجع سابق ، ص 22.

الجدول رقم (33): مركب يبين معدل التخفيض السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة الذي شهدته السنوات 1990-2006-2011 و المطلوب تحقيقه خلال الأعوام 2007-2015 لبلوغ هدف الألفية الإنمائي الرابع.

معدل التخفيض السنوي		معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات			المناطق
النسبة المئوية المطلوبة 2015- 2007	النسبة المئوية الملاحظة 2006-1990	2011 *	2006	1990	
10.5	1.0	109	160	187	دول إفريقيا جنوب الصحراء
9.6	1.4	-	131	165	شرق جنوب إفريقيا
11.0	0.7	-	186	208	غرب و وسط إفريقيا
6.2	3.4	25	46	79	الشرق الأوسط و شمال إفريقيا
7.8	2.5	61	83	123	جنوب آسيا
5.1	4.0	15	29	55	شرق آسيا و الباسيفيك
4.3	4.4	19	27	55	أمريكا اللاتينية و دول الكاريبي
4.7	4.2	-	27	53	الدول المستقلة حديثا في وسط و شرق أوروبا
6.6	3.2	7	6	10	المناطق الصناعية
9.3	1.7	57	79	103	الدول النامية
9.4	1.6	51	72	93	العالم

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2008، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، ص7.

(*) : Unicef and World Health Organization :Child Mortality ,Raport 2012 , New York p9.

رغم التقدم الملاحظ في معدل الخفض في وفيات الأطفال و الذي وصل إلى 8.8 مليون وفاة منخفضا بنسبة 30% في 2008 بعدما كان معدل الخفض يقدر ب 12.4% سنة 1990 ، إلا أن بلوغ مرامي الألفية والذي يتمثل في بلوغ معدل الخفض في وفيات الأطفال إلى مقدار الثلثين خلال الفترة 1960 و 2015 مازال بعيد المنال لعدد كبير من دول العالم ، فلا يزال العديد من الأطفال يتوفون لأنهم يفتقرون إلى الرعاية الصحية الجيدة و إلى الوصول إلى الخدمات الأساسية⁽¹⁾.

(1) - منظمة الصحة العالمية : الإحصاءات العالمية 2010 ، إدارة الإحصاءات الصحية ، جنيف 2010، ص 12.

كما تواصل وفيات الأطفال انخفاضها على الصعيد العالمي ، فبعد أن كانت 93 وفاة بالنسبة لكل 1000 مولود حي سنة 1990 انتقلت إلى 72 بالآلاف سنة 2006 ثم إلى 51 بالآلاف سنة 2011 وتبقى الدول الصناعية هي التي حققت انجازا هائلا في هذا المجال ، فبعد أن كان معدل الوفاة 10 بالآلاف سنة 1990 انتقل إلى حدود 7 و 6 بالآلاف خلال الفترة (2006 و 2011) . الشيء الذي يعكس التقدم و التنمية في المجال الصحي عندها.

أما الدول النامية فلا تزال تعاني من النقص و الابتعاد عن تحقيق مرامي الألفية وهذا لما سجلته من ارتفاع في معدل الوفاة رغم التحسن الذي عرفته مقارنة بالماضي ، فبعد أن كان المعدل 103 بالآلاف سنة 1990 انتقل إلى 79 بالآلاف سنة 2006 ثم 57 بالآلاف سنة 2011. فنسبة التخفيض في معدل الوفاة بين 1990-2006 بلغت فقط 1.7% ، وهذه النسبة ضعيفة إذا ما قورنت بالدول الصناعية التي بلغت فيها نسبة التخفيض 3.2%.

أما الدول الأقل نموا مثل أفغانستان و تشاد و جيبوتي و ملاوي و أوغندا وزامبيا و اليمن و موريتانيا و جزر القمر...الخ فمازالت بعيدة كل البعد عن بلوغ مرامي الألفية فمعدل الوفاة عندها يبلغ 71 بالآلاف سنة 2010. وهذا راجع للوضع المتدني فيها نتيجة الفقر المدقع والحروب و النزاعات الداخلية .

كما تشير الإحصاءات إلى أن الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها تتسبب كل عام في موت حوالي 11 مليون طفل في بلدان العالم النامية ، فالملاريا وهي مرض يمكن الوقاية منه تقتل طفلا كل 30 ثانية في مكان ما في العالم ، وتعتبر النساء الحوامل و أطفالهن الذين لم يولدوا بعد عرضة بشكل خاص للمرض الذي يعتبر السبب الرئيسي لانخفاض وزن الطفل عند الولادة و الأنيميا ووفيات الرضع . ففي دول إفريقيا جنوب الصحراء وحدها ، يموت أكثر من 2000 طفل دون الخامسة يوميا متأثرين بالملاريا ، وينتاب أولئك الناجون منها نوبات من الحمى و الأنيميا التي قد تعيق تطور الطفل العقلي و البدني⁽¹⁾.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص ص 13-14.

فعلى الرغم من الزيادات في الإمدادات بالناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية ، فإن معدل توافرها كان أقل بكثير من مستوى الحاجة إليها.

أما فيما يتعلق بالسل فتشير التقديرات إلى أن حدوثه يواصل في الانخفاض إذ بلغ 140 حالة لكل 100 000 نسمة عام 2008⁽¹⁾. كذلك فإن التغطية بالتدابير الحاسمة مثل المعالجة بالإمهاء الفموي في حالات الإسهال و التدبير العلاجي للأمراض التنفسية الحادة باستعمال المضادات الحيوية لا تزال غير كافية و نتيجة لذلك لا يزال الإسهال والالتهاب الرئوي يؤديان سنويا بحياة ما يقارب 3ملايين طفل دون الخامسة ، لاسيما في البلدان ذات الدخل المنخفض⁽²⁾.

ففي عام 2010 توفي حوالي 8 ملايين طفل قبل بلوغهم سن الخامسة، و ترجع هذه الوفيات في غالبيتها إلى الالتهاب الرئوي و الإسهال و مضاعفات الولادة ، و تشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعيشون في المستوطنات الحضرية العشوائية يكونوا أكثر عرضة للمخاطر مثل تلوث الهواء الذي يتسبب بالربو و التسمم بالرصاص عند الأطفال و في المدن ترتفع معدلات وفيات الأطفال في الأماكن التي ينتشر فيها الفقر المدقع و تقل فيها الخدمات المناسبة، كما هو الحال في الأحياء الفقيرة⁽³⁾.

ولقد جاء في تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لسنة 2014 أن معدل الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات في سنة 2012 بلغ نصف ما كان عليه في 1990 ، إذ انتقل من 90 إلى 48 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية وهذا في جميع المناطق ماعدا منطقة إفريقيا و جنوب الصحراء .

والملفت للنظر أن الدول الصناعية دائما هي التي حققت تقدما كبيرا في تخفيض معدل الوفاة ، حيث بلغ عددها في 2012 ستة وفيات لكل ألف ولادة حية وهذا ان دلّ على شيء فهو يدل على نجاعة السياسة الصحية للدول المتقدمة و اهتمامها الكبير بالصحة⁽⁴⁾.

و الجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك

(1) - منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات العالمية 2010 ، المرجع السابق ، ص16.

(2) - نفس المرجع ، ص14.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، 2012، ص14.

(4) - الأمم المتحدة : الأهداف الإنمائية للألفية 2015 ، بإمكاننا إنهاء الفقر ، نيويورك ، 2014 ، ص ص24-25.

الجدول رقم (34): معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في بعض الدول الصناعية في العالم لكل 1000 مولود حي .

الدول	معدل وفيات الاطفال	الدول	معدل وفيات الاطفال
بلجيكا	4	استراليا	5
اسبانيا	5	البرتغال	4
فرنسا	4	النمسا	4
ايطاليا	4	المانيا	4
اليابان	3	ايرلندا	2
السويد	3	كندا	5
امريكا	7	النرويج	3

المصدر : برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2014، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2014 ، ص ، 182.

كما بينت نتائج التقرير أن معظم وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات البالغ عددها 6.6 ملايين عام 2012 ناتجة من الأمراض المعدية و الالتهاب الرئوي و الإسهال و الملاريا ، على أن 2.9 مليون حالة وفاة وقعت خلال الفترة (0-28) يوم من الولادة أي عند حديثي الولادة⁽¹⁾. و الرسم البياني رقم (3) من الملحق 2 يدعم ذلك :

فمن خلال الرسم المذكور اعلاه ، نلاحظ ان الدول النامية هي التي يقع فيها اعلى معدلات الوفاة فالطريق الأفضل لخفض معدل هذه الوفيات هو الزيادة في الاستثمار في رعاية الأم و الحفاظ على صحتها خاصة خلال مرحلة الحمل و الولادة حتى تستطيع ان تقدم رعاية أفضل لأطفالها في سنوات عمرهم الأولى.

ثانيا- الوضع التغذوي :

1- مشكل سوء التغذية :

من أهم المشاكل الرئيسية التي يعاني منها الأطفال في العالم هو مشكل سوء التغذية ، إذ يصيب 1/3 من أطفال العالم الثالث ، و تعتبر من بين الأسباب الرئيسية للوفاة كما أنها تؤدي إلى نقص في النمو العقلي و الجسدي للطفل⁽²⁾.

(1) - نفس المرجع ، ص25.

(2) - UNICEF : Situation Des Enfants Dans Le Monde 1994, opcit.p1.

فحسب النتائج التي جاءت بها الإستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال (2002) ، فإن سوء التغذية يتسبب بشكل مباشر أو غير مباشر في 60% من حالات الوفيات بين الأطفال دون الخامسة سنويا و البالغ عددها 10.9 مليون حالة وفاة . وترتبط ثلثي هذه الوفيات بإتباع ممارسات تغذوية غير مناسبة في السنة الأولى من العمر . ففي الغالب تبدأ التغذية التكميلية إما في مرحلة مبكرة جدا أو متأخرة جدا، وكثيرا ما تكون هذه الأغذية غير كافية ولا مأمونة من الناحية التغذوية ⁽¹⁾.

فحتى الأطفال الذين يبدو ظاهريا أنهم يحصلون على تغذية جيدة ، وهم الذين يحصلون على سرعات حرارية كافية لتغذية أنشطتهم اليومية ، يمكن أن يعانون من "الجوع الخفي" أو عدم الحصول على ما يكفي من مغذيات دقيقة وما ينتج عنه من نقص في تناول مواد أساسية مثل فيتامين (أ) أو الحديد أو الزنك التي تأتي من تناول الفاكهة أو الخضروات أو الأسماك أو اللحوم . ومن دون هذه المغذيات الدقيقة فإن الأطفال يتعرضون لخطر متزايد للإصابة بالعمى و الوفاة و النمو المتعثر و انخفاض معدل الذكاء ⁽²⁾.

فالمقاييس البشرية الثلاثة الأكثر استخداما لتقييم الحالة التغذوية هي النمو المتعثر (نسبة الطول إلى العمر) و نقص الوزن (نسبة الوزن إلى العمر) و الهزال (نسبة الوزن إلى الطول) ، ويعتبر النمو المتعثر المعيار الأكثر صدقا لقياس نقص التغذية ، لأنه يشير إلى حصول إحدى العوامل التالية أكثر من مرة أو لفترة طويلة وهي الاستهلاك الغذائي الغير مناسب أو نقص السرعات الحرارية و البروتينات أو سوء الحالة الصحية لمدة طويلة أو باستمرار ⁽³⁾.

و حسب البيانات التي جاء بها الموجز الرسمي لوضع أطفال العالم 2003 فإن 27% من الأطفال الأقل من خمس سنوات يعانون من نقص في الوزن و 8% منهم يعانون من الهزال و 32% من التقزم و هذا خلال الفترة (1995-2001) ⁽⁴⁾.

(1) - منظمة الصحة العالمية و اليونيسيف : الإستراتيجية العالمية لتغذية الرضع و صغار الأطفال ، 2002 ، ص5.

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2012، مرجع سابق ، ص 19.

(3) - نفس المرجع ، ص 20.

(4) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2003 ، موجز رسمي ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص21.

ففي الهند مثلاً بينت النتائج التي جاء بها المسح حول صحة العائلة 1999 أن 48% من جميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الثالثة يعانون انخفاض الوزن و هذا الرقم يزيد عن مثيلاته في دول إفريقيا الصحراوية (1). فعلى الرغم من أن نسبة الأطفال دون الخامسة لناقصي الوزن قد انخفضت عالمياً من 25% عام 1990 إلى 18% عام 2005 ، إلا أن قصر القامة ظل يؤثر عالمياً في نحو 186 مليون طفل دون الخامسة في عام 2005 (2).

ففي الهند تظهر البيانات وفق أحدث دورة للمسح اكتملت في 2006 انخفاضاً طفيفاً جداً، حيث تبقى معدلات سوء التغذية حوالي 45% للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات. أما عن أسباب هذه المعدلات العالية للانتشار فهو يعود إلى افتقار مقدمي الرعاية للمعرفة الكافية فيما يتعلق بالتغذية الصحيحة للرضع و الأطفال الصغار و الالتهابات الكثيرة التي تتفاقم نتيجة انعدام النظافة الصحية و الضغوط التي تملئها الكثافة السكانية و وضع الفتيات و النساء المتدني و عدم الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية (3).

كما بينت إحصاءات 2009 أنه في سنة 2007 بلغت حالات الأطفال الذين يعانون نقصاً في الوزن قياساً بأعمارهم 148 مليون حالة (4). و تسجل منطقة جنوب آسيا (أفغانستان وبنغلاداش و بوتان و الهند وجزر المالديف ، نيبال باكستان ، سري لانكا) أعلى معدلات سوء التغذية بين المناطق حيث بلغت نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص في الوزن 42% مقابل 19% يعانون الهزال ، مقابل 47% يعانون التقزم المعتدل و الحاد (5). وهذا نتيجة الفقر الذي تعرفه هذه الدول و الذي يرتبط بوضع الأسرة و دخلها المنخفض و سوء البيئة و ظروف السكن وعدم الحصول على الغذاء و المياه النقية و التوجيه و الرعاية الصحية .

و التغير في نسب الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين يعانون من مشكل سوء التغذية في بعض الأقاليم موضح في الجدول التالي:

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، بقاء الأطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ،

ص50.

(2) - منظمة الصحة العالمية : الإحصاءات العالمية 2010 ، ص12.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص50.

(4) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2009 ، مرجع سابق ، ص23.

(5) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2012 ، مرجع سابق ، ص95.

الجدول رقم (35): نسب الأطفال الذين يعانون من مشكل سوء التغذية للسنوات (2000-2006) و(2006-2010) في أقاليم مختلفة في العالم .

الدول	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة 2006 - 2010 * الذين يعانون من				النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة 2000 - 2006 الذين يعانون من			
	وزن منخفض		هزال معتدل وحاد	تقرم معتدل وحاد	وزن منخفض		هزال معتدل وحاد	تقرم معتدل وحاد
	معتدل وحاد	حاد			معتدل وحاد	حاد		
الصناعية	-	-	-	-	-	-	-	-
النامية	26	10	11	32	18	9	10	29
الأقل نموا	35	10	10	42	25	8	10	41
العالم	25	9	11	31	16	9	10	27

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص121

(*) : منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2012، مرجع سابق ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص95

من خلال هذا الجدول وعلى الصعيد العالمي نلاحظ أن نسبة الأطفال الذين يعانون من وزن منخفض بلغت 25% مقابل 11% يعانون من هزال معتدل مقابل 31% يعانون من تقرم معتدل وهذا خلال الفترة (2006-2000)

و هناك تحسن ملحوظ خلال الفترة (2006-2010) ، حيث انتقلت نسبة الأطفال الذين يعانون من وزن منخفض إلى 16% مقابل 10% للذين يعانون من هزال معتدل ، مقابل 27% للذين يعانون من تقرم معتدل و حاد و لقد جاء في التقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2015 ، ان ثمن سكان العالم يعانون من الجوع المزمن في الفترة 2011-2013 وتعيش الغالبية الساحقة و التي تقدر ب 127 مليون شخص في المناطق النامية كما يعاني 99 مليون طفلا دون الخامسة من نقص الوزن ⁽¹⁾. والرسم البياني رقم (4) من الملحق رقم 2 يعطي لنا صورة عن ذلك .

(1) - الأمم المتحدة : الأهداف الإنمائية للألفية 2015 ، بإمكاننا إنهاء الفقر ، مرجع سابق ، ص 13.

من خلال الرسم يتبين ان منطقة آسيا حققت انخفاض نسبي في انتشار نقص الوزن بين جميع المناطق منذ عام 1990 ، وتأتي بعدها مناطق القوقاز و آسيا الوسطى و أمريكا اللاتينية و البحر الكاريبي و غرب آسيا. اما بالنسبة لمشكل التقزم فبالرغم من انخفاض النسبة من 40% عام 1990 إلى 25% عام 2012 ، فإن نحو 162 مليون طفل لا يزالون معرضين لمخاطر نقص التطور المعرفي و البدني المرتبط بهذا الشكل المزمن من أشكال نقص التغذية (1).

رغم التحسن الملاحظ عبر أنحاء العالم بالنسبة لهذا المؤشر، إلا أن بلوغ الهدف الأول من أهداف الألفية الرامي إلى القضاء على الفقر المدقع و الجوع، مازال بعيد المنال عند العديد من الدول خاصة الأقل نموا منها لهذا لا بد لها من بذل مزيد من التحدي، وهذا بالاهتمام بالقطاع الصحي من خلال زيادة الإنفاق على هذا القطاع لتحقيق الأمن الغذائي.

و على النقيض الآخر من مجال التغذية، تنتشر السمنة المفرطة بين أطفال المناطق الحضرية في البلدان ذات الدخل المرتفع، وفي عدد متزايد من بلدان الدخل المنخفض و المتوسط إذ تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية ان في عام 2005 كان عدد الأطفال الذين يعانون من فرط الوزن 20 مليون طفل دون سن الخامسة ، ففي بريطانيا مثلا تزداد سمنة الأطفال بشكل سريع منذ عام 1995 حيث بلغت 22% عند الذكور و 28% عند الإناث في الفئة العمرية 2-15 سنة ، و السبب الرئيسي هو تناول الأطفال كميات كبيرة من الطعام مقابل نشاط بدني قليل (2).

كما جاء في تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونسيف 2012 أن الأطفال أصبحوا أكثر عرضة للإصابة بالبدانة و الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب و السكري و السرطان ، بسبب تناول الأغذية ذات الدهون المشبعة و السكر المكرر و الملح و اقتران ذلك بعدم ممارسة الرياضة (3).

(1) - نفس المرجع ، ص14.

(2) - منظمة الصحة العالمية : واقع السمنة عند أطفال مدارس القطرية ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، الدوحة ، قطر ، 2005 ، ص2.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف) : وضع أطفال العالم 2012، مرجع سابق ، ص19.

2 - الرضاعة الطبيعية :

أما فيما يخص الرضاعة الطبيعية فإنه كان من الممكن حماية أكثر من مليون طفل من الوفاة لو أرضعوا طبيعياً لمدة 6 أشهر الأولى من حياتهم ، إن هؤلاء الأطفال كانوا عرضة للأمراض الصدرية و التنفسية و مرض الإسهال ، كما أنهم ينتمون إلى أسر فقيرة و أمية و تتعدم فيها النظافة و التربية الصحية .

تعتبر الرضاعة الطبيعية غذاء كامل و صحي للطفل فهي تكسبه مناعة جيدة ضد الأمراض ، ولا تضاهيها أي طريقة أخرى وكتوصية عالمية في مجال الصحة العمومية ، ينبغي الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في تغذية الرضع طيلة الشهور الستة الأولى لتحقيق المستوى الأمثل للنمو و التطور و الصحة وبعد ذلك ينبغي ان يتلقى الأطفال من أجل تلبية احتياجاتهم التغذوية المتنامية أغذية تكميلية ملائمة و مأمونة مع استمرار الرضاعة الطبيعية حتى سن عامين⁽¹⁾.

و نظرا لهذه المزايا العظيمة للرضاعة الطبيعية قررت الحكومات التي حضرت القمة العالمية من أجل الأطفال "1990" إلى اتخاذ إجراءات جديدة في هذا الشأن ، و هذا بتشجيع الرضاعة الطبيعية ، ولقد أنشأ لذلك الغرض حوالي مليون مستشفى في العالم تحت راية "المستشفيات أصدقاء الرضع" و ذلك للتحسيس بأهمية الرضاعة الطبيعية⁽²⁾.

و التغير في نسب الأطفال الذين اعتمدوا على الرضاعة الطبيعية خلال الفترة (1996-2005) و الفترة (2006-2010) موضحة في الجدول التالي :

(1) - منظمة الصحة العالمية و اليونيسف : الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع و صغار الأطفال ، مرجع سابق ، ص 8.

(2) - UNICEF : Situation Des Enfants Dans Le Monde 1995 , op.cit,p 21-22.

الجدول رقم (36): النسب المئوية للأطفال ممن يعتمدون على الرضاعة الطبيعية خلال الفترة (1996-2005) و الفترة (2006-2010) في دول العالم.

النسبة المئوية للمدعم باليود 2000 - 2006 النسبة المئوية للأسر التي تستهلك الملح	معدل تغطية بجرعات مكتملة من فيتامين أ من 6 - 9 أشهر 25005	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة 2006 - 2010 الذين			النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة 1996 - 2005 الذين			الدول
		ما يزالون يرضعون رضاعة طبيعية من 20 - 23 شهر	يرضعون رضاعة طبيعية + غذاء مكمل 6 - 9 أشهر	يرضعون رضاعة طبيعية خالصة أقل من ستة أشهر	ما يزالون يرضعون رضاعة طبيعية من 20 - 23 شهر	يرضعون رضاعة طبيعية + غذاء مكمل 6 - 9 أشهر	يرضعون رضاعة طبيعية خالصة أقل من ستة أشهر	
-	-	-	-	-	-	-	-	الصناعية
71	66	56	60	27	46	52	36	النامية
61	88	61	68	42	65	64	34	الأقل نموا
71	66	55	60	27	46	52	36	العالم

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2007، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط

عمان، الأردن، ص109.

(*) : منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط،

عمان، الأردن ص95

من خلال هذا المركب نلاحظ أن هناك تراجع في الرضاعة الطبيعية للرضع الأقل من 6 أشهر في العالم، فبعدما كانت 36% في الفترة (1996-2005) انتقلت إلى 27% في الفترة (2006-2010).

فالدول الآخذة في طريق النمو حافظت على المسار العالمي على مستوى كل الفترات، بينما نلاحظ تمسك الدول الأقل نموا بالرضاعة الطبيعية خاصة للرضع الأقل من 6 أشهر فبعدما كانت 34% في الفترة (1996-2005) انتقلت إلى 42% في الفترة (2006-2010).

و هذا إن دلّ على شيء فهو يدل على أنّ هذه الدول ليس لديها بديل لتغذية أطفالها نتيجة سوء الأحوال المعيشية و الفقر ، فليس بمقدور كل الأسر شراء الحليب الاصطناعي لأطفالها و هذا لسعره المرتفع وحسب رأينا هذا شيء إيجابي وليس سلبي لأن الكثير من الأسر التي مستواها المعيشي مرتفع تلجأ إلى تغذية أطفالها بالحليب الاصطناعي مبتعدة بذلك عن الرضاعة الطبيعية الخالصة خاصة إذا كانت الأم لها اهتمامات أخرى كالعمل خارج المنزل .

و هناك بعض الدلائل على احتمال أن تكون الأمهات الحضريات أقل ممارسة للرضاعة الطبيعية من الأمهات الريفيات ، وأكثر احتمالا لقطاع أطفالهن في وقت مبكر هذا إن مارسن الرضاعة أصلا .

وقد أثبتت بيانات مسح الصحة و السكان أجريت لـ 35 بلدا، انخفاض نسبة الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية في المناطق الحضرية ، كما قد يعزى انخفاض الرضاعة الطبيعية في جزء منه إلى نقص المعرفة بأهمية هذه الممارسة (1).

فالممارسات المثلى للرضاعة الطبيعية ، لاسيما الرضاعة الطبيعية الحصرية حتى بلوغ الطفل ستة أشهر ، لها أكبر تأثير على بقاء الطفل على قيد الحياة لأن المواليد الذين يرضعون طبيعيا تقل كثيرا احتمالات وفاتهم من جراء الإصابة بالإسهال أو أمراض الجهاز التنفسي الحادة أو أمراض أخرى كالبدانة أو السكري كما أنّ للمغذيات الدقيقة كالحديد و فيتامين A أثرا عميقا على تطور صحة الطفل و صحة الأم .

وفي حالات سوء التغذية الحادة ينصح بالغذاء العلاجي وعلى الرغم من أنّ هذه العلاجات منخفضة الكلفة و عالية الفعالية ، مازالت ملايين الأمهات و الأطفال لا يستطيعون الوصول إليها ، ففي الدول النامية هناك أكثر من 30% من العائلات لا تستخدم الملح المعالج باليود ، كما تفنقر 28% منهم للتغطية الكاملة (جرعتين) من فيتامين A التكميلي عام 2005 (2).

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) :وضع أطفال العالم 2012، مرجع سابق ،ص18.

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ،ص11.

ثالثا - التحصين ضد الأمراض :

لقد شهد القرن العشرين جهودا مكثفة للسيطرة على الأمراض خاصة فترة الستينيات و السبعينيات و التي تمثلت في الحملات الجماعية من خلال برامج مستقلة صممت لمكافحة مرض أو حالة معينة وكانت انجح هذه الحملات مبادرة استئصال الجدري الذي أبلغ عن آخر حالة انتقال له بين البشر في عام 1977 ، كما حققت حملات جماعية أخرى نجاحا في استئصال أو تخفيض أمراض مثل مرض دودة غينيا و التراخوما و المصع بدرجة كبيرة.

و لقد كان نجاح حملة استئصال الحصبة عاملا رئيسيا في التأثير على تصميم انجح برنامج وقائي للصحة العامة في التاريخ "برنامج التحصين الموسع" الذي أطلق عام 1984 وقد هدف برنامج التحصين الموسع في البداية إلى تطعيم الأطفال ضد ستة أمراض مستهدفة (الدفتيريا - الكزاز و السعال الديكي وشلل الأطفال و الحصبة و السل) خلال العام الأول من أعمارهم ، وعندما بدأ البرنامج كان اقل من 5% من أطفال العالم محصنين ضد هذه الأمراض ، وتشير آخر الإحصاءات المتوفرة سنة 2008 إلى أن معدلات التطعيم العالمية تتجاوز 85%⁽¹⁾.

فالتحصين يعمل على تجنب وفاة 2.5 مليون طفل دون الخامسة سنويا وهناك تحسن ملحوظ للتعطية العالمية للتحصين ، فلقد تمكنت 130 دولة من إعطاء جميع الجرعات الثلاث الأولية من اللقاح الثلاثي لنسبة 90% من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة ولكن ذلك غير كافي ففي عام 2010 لم يحصل أكثر من 19 مليون طفل على الجرعات الثلاث الأولية من اللقاح⁽²⁾.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق ، ص 29-30.

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2012، مرجع سابق ، ص 17.

الجدول رقم (37): مركب يوضح التغير في نسب التحصين ضد الأمراض للأطفال الذين عمرهم سنة واحدة بدلالة الدول في السنوات 2004-2007-2010.

التغطية التحصينية للأطفال في عمر سنة ضد																			الأقاليم		
أنفلونزا نوع ب			التهاب الكبد B3			الحصبة			شلل الأطفال			اللقاح الثلاثي						السل (BCG)			
												الثلاثي الثاني			الثلاثي الأول						
2010	2007	2004	2010	2007	2004	2010	2007	2004	2010	2007	2004	2010	2007	2004	2010	2007	2004	2010		2007	2004
85	84	92	66	65	63	93	93	92	95	94	94	95	96	96	98	98	98	-	-	-	
38	21	-	75	65	46	84	81	74	84	81	79	84	80	76	90	89	84	90	89	84	
73	28	-	78	75	28	78	76	72	80	79	84	80	79	85	88	89	87	84	85	82	
42	26	-	75	65	79	85	82	76	86	82	80	85	81	78	90	90	86	90	89	84	

المصدر: (*): منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2006، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2006، ص109.

(**): منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2009، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، ص129.

(***): منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، ص99.

من خلال هذا الجدول وعلى المستوى العالمي نلاحظ أن هناك تحسن ملحوظ على مستوى التغطية التحصينية، فبالنسبة للسل مثلاً انتقلت التغطية من 84% سنة 2004 إلى 90% سنة 2010، الحصبة انتقلت التغطية من 76% سنة 2004 إلى 85% سنة 2010، التهاب الكبد انتقلت التغطية التحصينية به من 49% سنة 2004 إلى 75% سنة 2010. لكن الملاحظ من هذا الجدول أن هناك فروق جوهريّة بين الدول الصناعية و الدول النامية في نسب التحصين، حيث تشهد الدول الصناعية أعلى نسب التحصين مقارنة بالدول النامية، فالتحصين باللقاح الثلاثي (B1) مثلاً، بلغ 98% سنة 2010 في الدول الصناعية مقابل 90% في الدول السائرة في طريق النمو مقابل 88% في الدول الأقل نمواً. اللقاح ضد الحصبة انتقل هو الآخر من 93% سنة 2010 في الدول الصناعية مقابل 84% في الدول السائرة في طريق النمو، مقابل 78% في الدول الأقل نمواً.

يتسبب الانخفاض في مستويات التحصين في تفشي الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات و خاصة في المجتمعات التي هي عرضة لذلك بسبب كثافتها السكانية العالية و التدفق المستمر لحاملي الفيروسات ، ومن الأسباب الرئيسية لضعف التغطية التحصينية بين الأطفال في الدول الفقيرة مثل الهند وكينيا هو تدني الخدمات وانخفاض المستوى التعليمي لدى الأولياء و نقص المعلومات عن التحصين (1).

رابعا - شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب :

لقد بينت أحدث البيانات أن هناك 23 دولة تخلفت عن تحقيق هدف الألفية الإنمائي السابع والذي يتمثل في توفير المياه الصالحة للشرب و المرافق الصحية ، ففي دول العالم النامي هناك 1 من كل 5 أشخاص لا يستخدم المياه الصالحة للشرب ، وحوالي النصف تقريبا يفتقرون إلى مرافق الصرف الصحي الكافية وغالبا ما تكون مضاعفات ذلك مميتة.

و تشير التقديرات إلى أن عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يموتون في أنحاء العالم نتيجة الإسهال يبلغ حوالي مليوني طفل سنويا ، ومن الجدير بالذكر أن نسبة وفيات الأطفال الناتجة عن الإسهال في العديد من الدول تبلغ حوالي 20% و تعزى 88% تقريبا من الوفيات الناتجة عن الإسهال إلى عدم إتباع عادات النظافة و المياه غير الصالحة للشرب و عدم توافر المرافق الصحية الكافية (2) ، فالإسهال الحاد الذي يصاحب الإصابة بالكوليرا يمكن أن يسبب الوفاة خلال يوم أو أقل إذا لم يعالج .

كما ترتبط المياه و الصرف الصحي و النظافة الشخصية بأمراض أخرى مثل التراكوما و الأمراض التي تسببها الديدان بما في ذلك مرض دودة غينيا . وعند الأطفال فإن الإحتشار الدودي المستمر يمكن أن يحدث خلل في النمو الفكري و البدني للطفل (3).

تمثل مخلفات الإفرار البشري جوهر التحدي الذي يمثلته الصرف الصحي لان 1غرام من الغائط يحتوي على 10000000 فيروس و 1000000 بكتريا و 1000 من أكياس الطفيليات و 100 بيضة طفيليات .

(1) - نفس المرجع، ص17.

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008 ، مرجع سابق، ص15.

(3) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : "تقرير دوري عن المياه و الصرف الصحي" في / التقدم من أجل الأطفال ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، العدد 5 ، عمان ، الأردن ، 2006 ، ص ص6 - 7.

و تشير التقديرات إلى انه يتم إطلاق ما يزيد 200 مليون طن من النفايات البشرية وملايين لا تحصى من أطنان النفايات السائلة دون سيطرة و دون معالجة في المجاري المائية على نطاق العالم ككل⁽¹⁾.

فالصرف الصحي المحسّن و الوعي بالنظافة الشخصية و الأنماط السلوكية يمكنها مجتمعة أن تخفض المرض بمقدار الثلثين و تشمل هذه الأنماط السلوكية على الاستخدام الدؤوب للحمام و التخلص الآمن من براز الأطفال و غسل الأيدي بالصابون أو الرماد بعد التغطّ و قبل تناول الطعام .

أما نسبة السكان الذين استعملوا مياه صالحة للشرب والذين استفادوا من مصادر الصرف الصحي السليم فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (38): مركب يوضح لنا نسبة السكان الذين يستعملون مياه صالحة و الذين استفادوا من مصادر لصرف الصحي السليم في أقاليم مختلفة

السكان الذين يستخدمون مرافق الصرف الصحية (%)		السكان الذين يستخدمون مصادر محسنة لمياه الشرب (%)		الأقاليم
2008	1990	2008	1990	
34	30	61	50	الإقليم الإفريقي
87	81	96	91	إ . الأمريكيةتين
40	26	86	73	إ . جنوب و شرق آسيا
94	94	98	96	الإقليم الأوروبي
65	53	83	85	إ . الشرق المتوسط
62	49	90	71	إ . غرب المحيط الهادي

المصدر : منظمة الصحة العالمية : الإحصاءات الصحية العالمية 2010، إدارة الإحصاءات الصحية ، جنيف 2010 ، ص110.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الإقليم الإفريقي يعرف أدنى معدلات التغطية بالمياه الصالحة للشرب وكذا مرافق الصرف الصحي ، فلقد انتقلت النسبة من 50% سنة 1990 إلى 61% سنة 2008 بالنسبة للمياه الصالحة للشرب ، أما بالنسبة لمرافق الصرف الصحية فلقد انتقلت النسبة من 30% سنة 1990 إلى 34% سنة 2008.

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : تقرير حول السنة الدولية للصرف الصحي، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن، 2008، ص2.

كما يعرف إقليم جنوب وشرق آسيا انخفاضاً في مستوى التغطية بمرافق الصرف الصحي الحسنة حيث بلغت النسبة 26% سنة 1990 وانتقلت إلى 40% في 2008 أما بالنسبة للتغطية بمصادر مياه حسنة فهي ليست بعيدة عن النسبة المحققة في الأقاليم الأخرى المتقدمة.

ففي الإقليم الإفريقي هناك تحسن طفيف ولكن غير كافٍ فهذه المنطقة عاشت أوضاع مزرية نتيجة الفيضانات و الجفاف الذي يحدث بصورة دورية و غالباً ما تكون كارثية بطبيعتها ، كما تعرف هذه المنطقة أوضاع معيشية سيئة كالنزاع المدني ، الذي يتسبب في انتشار اللاجئين و من نزوح جماعات سكانية داخل أوطانها ، الشيء الذي قلّص من الموارد المتوفرة في المنطقة خاصة منطقة غرب و وسط أفريقيا (1)

أما منطقة جنوب وشرق آسيا والشرق المتوسط و غرب المحيط الهادي ، فلقد عرفت تحسناً ملحوظاً ولكن يبقى غير كافٍ لبلوغ الهدف السابع لمرامي الألفية ، فمناطق عديدة في جنوب آسيا تشهد حدوث تلوث طبيعي للمياه بالزرنيخ و الفلور ، وهما يشكلان تهديداً يقضي على المكاسب التي أحرزت في توفير مياه الشرب المحسنة و يعكس مسارها (2).

أما إقليم الأمريكيتين و الإقليم الأوروبي فلقد حققا على التوالي مستويات التغطية الشاملة بمصادر المياه و مرافق الصرف الصحي حيث انتقلت النسبة من 91% سنة 1990 إلى 96% سنة 2008 (المياه الصالحة للشرب) ، ومن 81% إلى 87% سنة 2008 (مرافق الصرف الصحي) ، و من 96% سنة 1990 إلى 98% سنة 2008 (المياه الصالحة للشرب) و 94% من مرافق الصرف الصحي فجميع الدول الصناعية تواجه تحدياً جوهرياً في تمويل عملية استبدال البنى التحتية الآخذة في التعطل و الخراب و التي تعاني من التسرب .

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : "تقرير دوري عن المياه و الصرف الصحي " :مرجع سابق ص 13.

(2) - نفس المرجع :ص 19.

و بشكل عام يتمتع سكان المناطق الحضرية بفرص أفضل من سكان المناطق الريفية في الحصول على خدمات الصرف الصحي ولكن هنا أيضا تظل التغطية عاجزة عن مواكبة النمو السكاني في المناطق الحضرية. نتيجة لذلك فإن عدد سكان المناطق الحضرية الذين يمارسون التبرز في العراء ازداد من 140 مليون إلى 169 مليون بين عامي 1990 و 2008.

وتهدد هذه الممارسة الصحة العامة في المستوطنات الحضرية ذات الكثافة السكانية العالية فالأوضاع المكتظة وغير الصحية تحول الأحياء الفقيرة في المدن إلى مساحات يسهل فيها انتشار الأمراض بما في ذلك الكوليرا⁽¹⁾.

إذا فمن المأمون صحيا استخدام مرافق الصرف الصحي ، مما يعني أنها تمنع على نحو فعال اتصال الإنسان و الحيوان والحشرات بالمواد البرازية البشرية ، و يجب على ذلك أن تكفل مرافق الصرف الصحي الوصول إلى مياه مأمونة لتحقيق النظافة الصحية .

(1) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) :وضع أطفال العالم 2012، مرجع سابق ،ص25.

المبحث الثاني: الوضعية الصحية للأطفال في الوطن العربي

أولاً - الوفيات و الأمراض :

يشكل الأطفال شريحة كبيرة و مهمة في الهرم السكاني للدول العربية ، وتعد الجهود المبذولة لتحسين أوضاع هذه الشريحة العمرية في المجتمع ، ركيزة أساسية من ركائز إعداد القاعدة البشرية التي تؤهل لاستخدامها فيما بعد استخداماً منتجاً و فعالاً .و نستخدم عبارة العالم العربي للإشارة إلى أعضاء جامعة الدول العربية و هم : الجزائر ، البحرين ، جزر القمر، جيبوتي ، مصر ، العراق ، الأردن ، الكويت ، لبنان ، ليبيا ، موريتانيا ، المغرب ، عمان ، فلسطين ، قطر ، المملكة العربية السعودية ، الصومال ، السودان ، سوريا ، تونس ، الإمارات العربية المتحدة ، اليمن .

لقد شهدت المنطقة العربية خلال العقود الماضية تحسناً في المجال الصحي علماً بأنها بدأت في وضع متأخر جداً ، ففي الفترة الممتدة منذ ستينيات القرن المنصرم و حتى مطلع الألفية الجديدة تفوقت المنطقة العربية في واقع الأمر على معظم بلدان المناطق النامية في مجال تأخير الوفاة و إطالة العمر و يمكن ملاحظة ذلك في زيادة 23 سنة على العمر المتوقع عند الولادة و إنقاص معدل وفيات الأطفال من 152 إلى 39 من كل ألف ولادة حية ⁽¹⁾ . كما تشير البيانات الخاصة بمؤشر متوسط العمر المتوقع عند ميلاد الطفل العربي في البلدان العربية، إلى أنه يتراوح بين 45.8 سنة كحد أدنى في دولة جيبوتي و 76.5 سنة كحد أعلى في دولة الكويت ، وأن متوسطه الإجمالي يبلغ 66.7 سنة و قد قفز إليها بعد أن كان على التوالي 36 و 59.5 و 47.5 سنة عام 1960 و 49.2 و 75.4 و 62.3 سنة عام 1995⁽²⁾ .و يمكن تميز ثلاثة أقاليم في الوطن العربي طبقاً للأوضاع الصحية فيها و هي:

1- إقليم الوضع الصحي الحسن : و يتجسد هذا الإقليم في دول الخليج العربي بالإضافة إلى لبنان إذ يستحوذ على 12% من إجمال السكان و يشغل نحو 17% من إجمالي المساحة.

2- إقليم الوضع الصحي المقبول : ويشمل هذا الإقليم كل من ليبيا و الجزائر و الأردن و فلسطين و سوريا و مصر و تونس و المغرب و العراق ويحتضن هذا الإقليم نحو 67% من إجمالي السكان في الوطن العربي و يستحوذ قرابة 46% من إجمالي المساحة .

(1) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009، المكتب الإقليمي للدول العربية، بيروت، لبنان، 2009، ص 149.

(2) - المجلس العربي للطفولة و التنمية: التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي، دليل تنمية الطفل العربي، العدد التاسع، 2006، ص 39.

3- إقليم الوضع الصحي الغير مقبول : ويتمثل هذا الإقليم في باقي الدول العربية ذات التنمية البشرية المنخفضة و هي موريتانيا و الصومال و جيبوتي و السودان و اليمن ويعول هذا الإقليم نحو 21% من إجمالي سكان الوطن العربي و يستحوذ على نحو 37% من إجمالي المساحة ⁽¹⁾. و يعود تفسير هذا التوزيع إلى الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية و الحضارية المتفاوتة السائدة في البلدان العربية، فحيث تتوفر الموارد يتمكن السكان من تحصيل كم هائل من المعلومات يساعدهم على رفع وعيهم العام و تحسين أنماط معيشتهم و لمزيد من التفصيل ومعرفة أكثر عن الحالة الصحية لهذه الدول سوف نستعرض الجدول التالي:

جدول رقم (39) : معلومات عن الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة (1960-2000).

معدل الوفيات الرضع		وفيات الأطفال معدل		توقع الحياة	توقع الحياة	حالة صحية جيدة
2000	1960	2000	1960	1995-2000	1970-1975	
9	89	13	128	75.9	67.3	الكويت
7	130	11	203	72.9	63.5	البحرين
14	145	19	239	71.7	62.6	قطر
8	149	10	223	74.9	62.5	الإمارات العربية
حالة صحية متوسطة						
26	159	32	270	70.0	52.9	ليبيا
18	170	23	292	71.4	53.9	السعودية
25	65	30	85	69.9	65.0	لبنان
17	164	22	280	70.9	49.0	عمان
25	97	30	139	70.2	56.6	الأردن
26	170	30	254	69.5	55.6	تونس
33	152	39	255	68.9	54.5	الجزائر
24	136	29	201	68.9	57.0	سوريا
42	189	52	282	66.3	52.1	مصر
47	135	60	220	66.6	52.9	المغرب
93	117	121	171	62.4	57.0	العراق
60	200	80	265	58.8	48.9	جزر القمر
حالة صحية متدنية						
81	125	115	210	55.0	43.7	السودان
101	180	164	310	53.5	43.5	موريتانيا
76	220	95	340	58.0	42.1	اليمن
115	186	178	289	50.4	41.0	جيبوتي
42	148.9	58	232.8	66.3	54.1	الدول العربية

المصدر: البنك الدولي (2002).

المصدر: البنك الدولي (2002) / نقلا عن المعهد العربي للتخطيط: اقتصاديات الصحة، العدد 22، الكويت، 2003، ص14.

(1) - احمد حامد علي العبيدي: الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيو سياسي، دراسات إقليمية، جامعة الموصل، ص23.

من خلال قراءتنا لهذا الجدول نلاحظ أن متوسط معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات انتقل من 233.8 وفاة لكل ألف مولود حي عام 1960 إلى 58 وفاة لكل ألف مولود حي عام 2000.

و يلاحظ في هذا الصدد أنه في عام 1960 كان هناك إحدى عشر (11) دولة عربية فاق معدلها متوسط المعدل للدول العربية ، و اشتملت هذه الدول على : موريتانيا ، السعودية ، جيبوتي ، مصر ، عمان ، ليبيا ، جزر القمر ، الجزائر ، تونس و اليمن حيث سجلت هذه الأخيرة أعلى معدل لوفيات الأطفال قدر بـ 340 وفاة لكل ألف مولود حي و سجلت لبنان أدنى معدل قدر بـ 85 بالآلف ، كأحسن حالة صحية.

و في عام 2000 ومع انخفاض متوسط المعدل إلى 58 وفاة لكل ألف مولود حي ، بلغ عدد الدول العربية التي قلّ معدلها عن المتوسط 13 دولة و تتمثل في : الكويت ، قطر ، البحرين ، ليبيا ، السعودية ، سوريا ، تونس ، عمان ، لبنان ، الأردن ، الجزائر ، مصر و الإمارات العربية حيث هذه الأخيرة بلغ فيها المعدل 10 وفيات لكل ألف مولود حي و هذا يمثل أدنى معدل و أحسن حالة صحية.

و ابتداء من سنة 2002 حققت خمس دول من منطقة شمال إفريقيا (الجزائر - مصر - ليبيا - المغرب - تونس) مستويات خفض مهمة ، حيث بلغ معدل الخفض السنوي في المتوسط 6.6 % .

ففي المغرب مثلاً و حسب معطيات المسح الوطني حول السكان و صحة الأسرة (2003-2004) فإن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة انتقل من 92 وفاة بالآلف إلى 47 وفاة بالآلف كما هو موضح في الجدول رقم (3) من الملاحق .

أما في مصر فلقد وجد أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في خلال الخمس سنوات السابقة للمسح السكاني الصحي (مصر 2000) هو 54 حالة وفاة لكل 1000 مولود و عند هذا المستوى فإن هناك طفل من بين كل 20 طفلاً مصرياً سوف يتوفى قبل بلوغه السنة الخامسة من العمر

ففي منتصف الستينيات بلغ احتمال وفات الطفل قبل بلوغه خمس سنوات خمسة أضعاف نظيره في نهاية التسعينيات ، كما تؤكد التقديرات التغير في النمط العمري للوفيات بين الأطفال حيث تناقصت المعدلات بصفة عامة و تركزت الوفيات بشكل متزايد في الشهور الأولى من الحياة ⁽¹⁾.

(1) - جمعية التنمية الصحية و البيئة :الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر ، دراسة تحليلية للوضع الراهن و رؤى مستقبلية ، برنامج السياسات و النظم الصحية، 2005 ، مصر ، ص 107.

أما حسب النتائج التي جاء بها المسح الديموغرافي و الصحي لسنة 2008 فإن المعدل بلغ 54 وفاة لكل ألف مولود حي في الفترة 4 سنوات قبل إجراء المسح وانتقل هذا المعدل إلى 28 وفاة لكل ألف مولود حي. وهذا الإنخفاض يدل على الجهود الجبارة التي قامت بها الدولة المصرية في مجال التنمية الصحية⁽¹⁾. و الجدول رقم (4) من الملحق 2 يوضح ذلك.

أما في لبنان فتبين النتائج التي جاء بها المسح اللبناني 2005 أن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بلغ 19.2 في الألف كما يلاحظ ارتفاع معدلات الوفاة بين الإناث عنها بين الذكور⁽²⁾.

أما في سوريا فلقد أوضحت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 انخفاضا في معدلات الوفيات حيث انخفضت تقديرات وفيات الأطفال دون الخامسة من 30 بالألف عام 1993 إلى 22 بالألف عام 2003⁽³⁾.

و هذا راجع للاهتمام الذي أولته الحكومة لقضايا الطفولة من خلال الخطط الوطنية و توجيهات السياسة العليا للدولة للارتقاء بأوضاع الأطفال (الاجتماعية و الصحية و التربوية و القانونية و الثقافية و الإعلامية) و متابعة تقييمها، و قد أثمرت الجهود المبذولة من قبل جميع الجهات إلى تحسن ملموس في المؤشرات الصحية الخاصة بصحة الطفل و تعاني كل من جيبوتي و العراق و موريتانيا و الصومال و السودان و اليمن بصورة خاصة من معدل مرتفع لوفيات الرضع و الأطفال دون سن الخامسة.

ففي السودان مثلا و حسب النتائج التي جاء بها المسح المنزلي 2006 ، فلقد تبين أن السودان ترتفع فيها معدلات وفيات الأطفال و الرضع مقارنة مع بعض الدول الإفريقية و العربية ، حيث بلغت معدلات وفيات الرضع و الأطفال دون الخامسة ب 41 بالألف و 112 بالألف على التوالي⁽⁴⁾. وهذا الارتفاع في نسبة الوفاة راجع لظاهرة النزوح إلى المدن ، الشيء الذي أدى إلى إصابة الأطفال بأمراض أعاققت نموهم الجسماني و تنمية قدراتهم العقلية ، كذلك التعرض لويلات الفقر و الأزمات الاقتصادية و الجوع و التشرد.

(1) - Ministry of health, Unicef : Egypt demographic and health survey 2008 ,USAID ,Cairo ,Egypt,2009,p117.

(2) - جامعة الدول العربية و وزارة الشؤون الاجتماعية و إدارة الإحصاء المركزي : المسح اللبناني لصحة الأسرة، المشروع العربي لصحة الأسرة ، 2005 ، ص 36.

(3) - المكتب المركزي للإحصاء، اليونيسف، جامعة الدول العربية : المسح العنقودي متعدد المؤشرات سوريا 2006، شباط 2008 ، ص 23.

(4) - ministry of health (moh) and central bureau of statistics : sudan house hold health survey ,2006,p22.

كما أن أطفال السودان يواجهون تهديدا يوميا نتيجة الملا ريا و الأمراض الناتجة عن الإسهال و الإصابات التنفسية الحادة وكذا الأمراض التي يتم الوقاية منها بواسطة إعطاء اللقاحات و أمراض سوء التغذية ، فالبنية التحتية الأساسية الخاصة بالصحة محدودة ، ولقد خفضت النزاعات التي استمرت لعقود من الزمن القدرات الوطنية بدرجة كبيرة .

أما في اليمن و حسب النتائج التي جاء بها المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 فإن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات قدر حوالي 23 % و هو أقل من تقديرات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2003 (102 لكل 1000 مولود حي) (1).

فيما يخص جيبوتي فإن نتائج المسح 2004 تبين أن هناك ارتفاعا في معدلات وفيات الرضع و الأطفال إذ بلغ المعدل 99.8 لكل 1000 مولود حي، أما معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فلقد بلغ 127 بالالف (122.4 ذكور مقابل 131.5 إناث) (2).

أما عن النتائج التي جاءت بها أخر الإحصاءات 2010 و 2012 فيتبين أن هناك تفاوت في الإنخفاض في معدلات الوفاة لكل الدول العربية و الجدول التالي يوضح ذلك :

(1) - وزارة الصحة و السكان واليونيسيف :المسح العنقودي متعدد المؤشرات في اليمن 2006 ،المشروع العربي لصحة الأسرة ،2006، ص 9.

(2) - جامعة الدول العربية : المسح الجيبوتي لصحة الأسرة ،التقرير الرئيسي، المشروع العربي لصحة الأسرة ، فبراير 2004 ، ص 89.

جدول رقم (40): مركب يعرض أمل الحياة عند الولادة و معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الدول العربية للسنوات 1990-2000-2008-2010.

معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات					أمل الحياة عند الولادة عند الجنسين				الدول العربية
2012**	2010*	2008	2000	1990	2012***	2008	2000	1990	
20	36	41	48	64	73.4	71	96	66	الجزائر
10	10	12	13	16	75.2	75	73	74	البحرين
78	86	105	114	128	61.5	60	58	57	جزر القمر
81	91	95	106	123	58.3	59	59	58	جيبوتي
21	22	23	47	89	73.5	69	67	62	مصر
34	31	45	48	53	69.6	63	67	66	العراق
19	22	20	27	38	72.8	72	71	68	الأردن
-	11	11	11	15	74.7	78	76	73	الكويت
9	22	13	32	37	72.8	72	70	66	لبنان
-	17	17	24	38	75	73	71	69	ليبيا
84	111	118	122	129	58.9	58	58	57	موريتانيا
31	36	36	54	88	72.4	72	70	65	المغرب
12		27	42	67	73.2	74	73	70	عمان
23	22	-	-	-	73	-	-	-	فلسطين
7		8	15	21	78.5	76	76	75	قطر
-	18	21	23	43	74.1	72	71	68	المملكة العربية السعودية
91	108	200	200	200	51.5	48	48	46	الصومال
-	103	109	115	124	61.8	57	57	57	السودان
-	16	16	22	37	76	72	71	67	سوريا
16	16	21	27	50	74.7	75	73	70	تونس
8		8	11	17	76.7	78	76	73	إمارات العربية المتحدة
60	77	69	68	127	65.9	64	61	57	اليمن

المصدر: البيانات الغير معلمة مأخوذة من مرجع منظمة الصحة العالمية : إحصاءات عالمية 2010 ، إدارة الإحصاءات الصحية ، جنيف ، ص .. ص، 55.54.53.

(*) : منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، 2012 ، ص ... ص، 91.90.89.88.

(**) : برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2014، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2014 ، ص .. ص 185-184-183-182.

(***) : برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2013، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2014 ، ص .. ص 159-158-157-156.

من خلال الجدول ومن خلال الإحصاءات المتوفرة لسنة 2010 ، نلاحظ أن بعض الدول العربية استطاعت أن تلحق بدرجة التقدم و تحقيق هدف الألفية الرامي إلى تخفيض معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات و هي دول المشرق العربي مثل قطر والإمارات العربية المتحدة و البحرين وعمان حيث بلغ معدل الوفاة 7 بالآلف في الإمارات العربية المتحدة و 8 بالآلف في كل من عمان و قطر و 10 بالآلف في البحرين و 11 بالآلف في الكويت و هناك دول متوسطة الخفض في معدل الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات ، حيث بلغ متوسط المعدلات فيها 23.4 بالآلف.

و هناك دول مازالت بعيدة جدا عن تحقيق هدف الألفية، إذ مازال معدل الوفاة مرتفع فيها مثل الصومال بـ 108 بالآلف و السودان بـ 103 بالآلف و موريتانيا بـ 111 بالآلف و جيبوتي بـ 91 بالآلف و جزر القمر بـ 86 بالآلف و اليمن بـ: 77 بالآلف.

رغم هذا الارتفاع في معدلات الوفاة مقارنة بالدول المتقدمة، إلا أن أمل الحياة قد تحسن و ارتفع عما كان عليه سابقا في جميع هذه الدول وهذا راجع لعدة عوامل أهمها الاستثمار في النفط و تحسين أسعاره خلال نصف القرن الأخير، حيث وفّر عوائد كبيرة للبلدان العربية النفطية مما مكنها من الاهتمام بالشؤون الصحية و الوقائية و الخدمات المتنوعة لسكانها والتقدم الطبي في معالجة أمراض الأطفال و وقاية النساء الحوامل و زيادة أعداد المختصين العاملين على تقديم خدمات الأمومة و الطفولة.

أما الدول التي تأخرت و فشلت في تحقيق معدلات خفض مهمة فهذا راجع للظروف القاسية التي تعيشها مثل الحروب و الاضطرابات الداخلية أو تعرضها للجفاف و شح الموارد ، مما يحولها إلى بؤرة غير مواتية للحياة الآمنة و السليمة و إلى اعتلال الصحة بشكل عام و نقص التغذية و عدم توافر مياه الشرب النقية و الصرف الصحي الآمن، إضافة إلى ارتفاع نسبة الأمية بين الأمهات و العادات و التقاليد الضارة بصحة الأم و الطفل و التي تسبب ارتفاع معدلات الوفيات عندهما.

وفيما يخص أهم الأمراض التي يعاني منها الأطفال في الدول العربية ، فنجد أمراض الجهاز التنفسي وخصوصا الالتهاب الرئوي و الإسهال إذ تعتبر من بين الأسباب الشائعة لوفيات الرضع و الأطفال دون الخامسة من العمر فالتشخيص المبكر و العلاج بالمضادات الحيوية يمكن أن يمنع نسبة كبيرة من الوفيات بسبب الالتهاب الرئوي ، كما أن معظم حالات الإسهال ترجع إلى الجفاف الذي يحدث نتيجة فقد الجسم لكميات كبيرة من السوائل و الأملاح مع خروج البراز السائل .

والسيطرة على الإسهال تكون إما عن طريق الإرواء الفموي أو أي سائل منزلي موصي به يمكنه أن يمنع حدوث عدد كبير من الوفيات ، وتعد معالجة الجفاف و سوء التغذية عن طريق زيادة تناول السوائل و استمرار التغذية من الطرق الهامة لمعالجة الإسهال .

فحسب النتائج التي جاء بها المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في سوريا (2006) أن نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح بلغت 8.1%، كما تتفاوت نسبة الإصابة بين المحافظات وبين الريف و الحضر، وتبلغ أعلى نسبة للإصابة في عمر (6-11) شهرا و تنخفض نسبة الإصابة كلما ارتفع المستوى التعليمي للام وهي أعلى في الأسر الفقيرة منها عن الأسر الغنية (1).

أما حسب النتائج التي جاء بها المسح اليمني (2003) أنه أصيب نحو 20% من الأطفال بحالات حادة للحمى و السعال وصعوبة التنفس وهذا خلال الأسبوعين السابقين للمسح (2).

و حسب الإحصاءات العالمية 2010 تفيد أن أكثر الأمراض انتشارا في الوطن العربي والتي تتسبب في وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات هي الالتهابات التنفسية و الإسهال حيث بلغ متوسط هذه الأمراض عند الدول التي تعرف حالة صحية متوسطة (الجزائر - مصر - العراق - الأردن - لبنان - ليبيا - المغرب - عمان - سوريا - تونس) على التوالي : 12.3% و 6.4%.

أما الدول التي تعرف حالة صحية متدنية (السودان - موريتانيا - جزر القمر - اليمن - جيبوتي) فبلغ متوسط الإصابة 17.8 % لحالات الالتهابات التنفسية و 17.5% لحالات الإسهال، كما بينت الإحصاءات أن من بين أسباب الوفيات بين الأطفال الأقل من خمس سنوات نجد الإصابة بالملا ريا في 25% من الحالات في السودان و 6% في الصومال، أما الحصبة فلقد تسببت في وفاة 5% من أطفال الصومال (3).

(1) - المكتب المركزي للإحصاء واليونيسيف و المشروع العربي لصحة الأسرة : المسح العنقودي متعدد المؤشرات في سوريا 2006 (متابعة أوضاع النساء و الأطفال) : الجمهورية السورية، 2008، ص 34.

(2) - وزارة الصحة و السكان و الجهاز المركزي للإحصاء و جامعة الدول العربية : المشروع اليمني لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي ، المشروع العربي للصحة الأسرة ، اليمن 2003، ص 59.

(3) - منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات الصحية العالمية 2010، مرجع سابق، ص... 63-65-67-69.

يمكن أن يفسر هذا الارتفاع في حالات الإصابة بالملا ريا إلى قلة توفر الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية وهذا لمحدودية البنى التحتية ، إذ عملت عقود من النزاع المسلح على تقليل القدرات الوطنية بشكل ملحوظ ، كما تعتبر مناطق النازحين مناطق تفتقر لأدنى شروط الحياة و لخدمات الرعاية الصحية .

ثانيا- الوضع التغذوي :

1- مشكل سوء التغذية:

على الرغم من الموارد الوفيرة ، وانخفاض معدلات الجوع في البلدان العربية مقارنة بالمناطق الأخرى ، يلاحظ بين شعوبها تزايد نسبة الجوع وسوء التغذية.

ومع أن ثمة تفاوتاً ملحوظاً بوضوح في معدلات الانتشار لسوء التغذية من بلد لآخر فإن المنطقة برمتها لن تتمكن من تحقيق غاية تخفيض الجوع و سوء التغذية من الأهداف الإنمائية للألفية.

وتظهر البيانات الإحصائية وجود أطفال دون الخامسة من العمر يعانون من انخفاض في الوزن وهذا راجع إلى مشكلات خاصة بسوء التغذية . ففي الوقت الذي تختفي فيه مثل هذه الظواهر في الدول المتقدمة إلا أنها مازالت قائمة في الدول النامية بصفة عامة والدول العربية بصفة خاصة.

ومن الأنماط المثيرة للاهتمام انتشار نقص التغذية في البلدان الفقيرة و الدول التي ابتليت بويلات الحرب ، و ذلك دليل على الندرة المتزايدة للغذاء ، وهذا بطبيعة الحال له انعكاساته على واقع الوضع الصحي و بالتالي على العديد من المؤشرات الديموغرافية و الاقتصادية على السواء.

ففي الصومال بلغت نسبة نقص الوزن بين الأطفال الأقل من خمس سنوات 26% أما في اليمن و السودان فقد بلغت نسبة 40%⁽¹⁾.

أما في سوريا فتبين النتائج التي جاء بها المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 ، أنه يوجد تقريبا واحدا من كل عشرة أطفال دون الخامسة يعاني نقصا في الوزن أي حوالي 9.7% و 2.3% مصابون بالهزال أو النحافة الشديدة مقارنة بأطولهم و أن 10.1% يعانون من قصر القامة⁽²⁾ .

(1) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق ، ص153.

(2) - المكتب المركزي للإحصاء، اليونيسيف، جامعة الدول العربية: المسح العنقودي متعدد المؤشرات سوريا 2006 ، مرجع سابق ، ص 25.

و الشيء الملفت للنظر أيضا أن مشكل نقص التغذية يمثل مصدرا آخر للقلق حتى عند الدول الغنية فهو يصل إلى 14% في الإمارات و 10% في الكويت وهذا يدل على أن الفوائد الصحية المتوقعة لم تتحقق على الرغم من وفرة الموارد المالية المتاحة في بعض الدول ، إذ تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن أهم العوامل التي تسبب التفاوت في المستوى الصحي في البلدان العربية هي مستوى الدخل و مكان السكن (المناطق الحضرية أو الريفية) و مستوى التحصيل العلمي للام . فالأطفال الذين تتوفر عندهم هذه المؤشرات يتمتعون بعناية و رعاية صحية أفضل ثلاث مرات أو أربعا منها لدى الأطفال في العائلات ذات الدخل الأقل (1).

و تعود الأسباب المباشرة لسوء التغذية في المنطقة العربية إلى النقص في تناول ما يكفي من المغذيات يوميا وهذا عائد بدوره إلى عدم توافر ما يكفي من الأطعمة المتنوعة وما ينجم عن ذلك من اختلال في التوازن الغذائي.

فإذا كان سوء التغذية من المشاكل التي تعاني منها بعض البلدان العربية على المستويين المطلق و النسبي فإن البدانة الزائدة هي أيضا تمثل خطرا صحيا في المنطقة ، فلقد بدأت السمنة تؤثر في الأطفال عبر العالم العربي في مختلف مراحل حياتهم ، ففي السنوات الأولى من حياتهم يشكل الإطعام من الزجاج ، و الأغذية العديمة الفائدة و أنماط الحياة الحضرية غير الصحية بعض العوامل المسببة لذلك.

أما الأسباب الغير مباشرة لسوء التغذية في المنطقة العربية فهي الفقر و الاحتلال و النزاعات الداخلية و السياسات الاقتصادية المتبعة التي تتماشى مع نظام العولمة .

ويبين تقرير التنمية الإنسانية العربية 2009 أنه بالرغم من تعايش الفقر و سوء التغذية في البلدان العربية فإن الفقر لا يرتبط بالضرورة بقصور التغذية عندما تميل أنماط استهلاك في أوساط الفقراء إلى أطعمة زهيدة الكلفة و مغذية و خلافا لذلك فعندما تؤدي ظروف النزاع إلى تعثر إمدادات الغذاء كما هو الحال في فلسطين و العراق و السودان و الصومال فإننا نشهد ارتفاعا في مستوى سوء التغذية وانعدام الأمن الغذائي (2). و فيما يلي جدول مركب يستعرض التغير في المؤشرات الثلاثة الأساسية لقياس الوضع التغذوي في الدول العربية .

(1) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009، مرجع سابق ، ص153.

(2) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والمكتب الإقليمي للدول العربية: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 (موجز التقرير)، تحديات أمن الإنسان في البلدان

العربية ، بيروت لبنان ، 2009 ، ص 13.

الجدول رقم (41): مركب يوضح لنا نسب الأطفال الذين يعانون من مشكل سوء التغذية للسنوات (2000-2006) و (2006-2010) و الذين يعانون من التقزم و الزيادة في الوزن للفترة (2008-2012).

% الأطفال دون سن الخامسة (2008-2012) *الذين يعانون		% الأطفال دون سن الخامسة (2006-2010) *الذين يعانون			% الأطفال دون سن الخامسة (2000-2006) الذين يعانون			الدول العربية
التقزم	الزيادة في الوزن	النمو المتعثر متوسط و حاد	الهزال متوسط و حاد	نقص الوزن متوسط و حاد	النمو المتعثر متوسط و حاد	الهزال متوسط و حاد	نقص الوزن متوسط و حاد	
12.9	15	15	4	2	11	3	4	الجزائر
		-	-	-	10	5	9	البحرين
9.3	30.4	-	-	-	44	8	5	جزر القمر
8.1	30.8	31	10	23	33	21	29	جيبوتي
20.5	28.9	29	7	6	18	4	6	مصر
11.8	22.6	-	-	-	21	5	8	العراق
4.4	7.7	8	2	2	9	2	4	الأردن
		-	-	-	24	11	10	الكويت
		-	-	-	11	5	4	لبنان
		-	-	-	15	3	5	ليبيا
1.2	22.3	23	7	15	35	13	32	موريتانيا
10.7	14.9	23	10	9	18	9	10	المغرب
-	12.3	-	-	-	10	7	18	عمان
		-	-	-	10	1	3	فلسطين
1.7	9.8	-	-	-	8	2	6	قطر
		-	-	-	20	11	14	المملكة العربية السعودية
4.7	42	42	12	23	38	11	36	الصومال
-	35	40	16	27	43	16	41	السودان
		28	12	10	22	9	10	سوريا
14.3	10.1	9	3	3	18	2	4	تونس
		-	-	-	17	15	14	إمارات العربية المتحدة
5	57.7	58	15	43	53	12	46	اليمن

المصدر: البيانات الغير معلمة مأخوذة من مرجع منظمة الأمم المتحدة للطفولة : وضع أطفال العالم 2008 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن 2008 ، ص .. ص 118 119 120 121.

(*) : منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2012 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص .. ص 92 93 94 95.

(*) : برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2014 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2014 ، ص ... ص 182-183-184-185.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن هناك تحسن في الوضع التغذوي وهذا ما تبينه مقاييس سوء التغذية عند بعض الدول ، ففي جيبوتي مثلاً بعدما كان نقص الوزن يقدر ب 29% في الفترة 2000-2006 أصبح 23% في الفترة 2006-2010، نسبة الإصابة بالهزال كذلك انتقلت من 21% إلى 10% .

النمو المتعثر انتقل هو بدوره من 33% إلى 31%. كما شهدت تونس تحسن في كل المقاييس فالإصابة بالنمو المتعثر مثلاً انتقلت من 18% إلى 9% ، أما المغرب فهناك تحسن في نسبة الإصابة بنقص الوزن إذ انتقلت النسبة من 10% إلى 9% ، أما نسبة الإصابة بالهزال و النمو المتعثر فهي عرفت ارتفاعاً ، حيث انتقلت على التوالي من 9%، 18% إلى 10%، 23% ، نفس الشيء بالنسبة لمصر حيث انتقلت نسبة الإصابة بالهزال من 4% إلى 7% ، كما انتقلت نسبة النمو المتعثر من 18% إلى 29% ، و نفس الشيء بالنسبة للجزائر فنسبة الإصابة بالنمو المتعثر انتقلت من 11% إلى 15%.

فالتباين ملموس بين بلد عربي لأخر في مدى التقدم في مكافحة مشكل سوء التغذية ، فالدول التي حققت تقدماً ملحوظاً هي جيبوتي و السودان و موريتانيا غير أن هذا المشكل مازال يشكل خطراً كبيراً عند هذه الدول وهذا نتيجة الفقر الذي تعاني منه والنزاع المسلح فيها.

أما الدول الأخرى التي تعاني من الاختلال فهذا إن دلّ على شيء فهو يدل على نقص الوعي بالممارسات الغذائية الصحيحة و الأمانة ، هذا من جهة ومن جهة الفقر المدقع الذي تعرفه العديد من الأسر في هذه الدول وهذا لانخفاض الدخل عندها ، حيث يعاني من الفقر نحو 36.2% من السكان في الدول العربية .

فالفقر البشري الذي يعني حرمان المرء من الإمكانات و الفرص معيار مركب من ثلاث مؤشرات وهي طول العمر و المعرفة و مستوى المعيشة .

فالدول العربية ذات الدخل المنخفض تسجل تواتر الفقر الإنساني في أعلى مستوياته وبمعدل يصل إلى 35% مقارنة ب 12% في الدول المتقدمة (ذات الدخل المرتفع).

و يظهر هذا المقياس أن فقدان الأمن يمثل نقصاً في مستويات التعليم و الصحة و المعيشة فالاختلال مثلاً للمياه النظيفة و الأغذية الجيدة للأطفال سوف يؤدي حتماً لمشاكل سوء التغذية ، وهذا يلقي ظلالاً من الشك حول فاعلية أداء الدولة في ضمان حصول المواطنين على ضروريات الحياة الأساسية.

2 - الرضاعة الطبيعية :

لنمط التغذية تأثير هام على صحة الأطفال ، فالرضاعة الطبيعية الحصرية خاصة لفترة 6 أشهر الأولى هي ذلك النمط المطلوب في تغذية الرضع ، وهذا لما لها من مزايا عظيمة.

فلبن الأم يحتوي على كل المغذيات و الأضداد و الهرمونات ومضادات التأكسد التي يحتاجها الرضيع لكي ينمو .

لكن رغم كل المعلومات الهامة للرضاعة الطبيعية ، إلا أن عادات ممارستها لا تزال ضعيفة ، وهو ما قد يكون مسؤولاً عن المعدلات الغير مقبولة لسوء التغذية في بعض البلدان العربية المرتفعة الدخل.

أما البلدان التي تصل فيها معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية إلى ادنى مستوى فهي قطر و الكويت و الجزائر و السودان و اليمن و في مقابل ذلك فإن 80% الأمهات في سوريا يمارسن الرضاعة الطبيعية.

وفي فترة التسعينات وفي محاولة لمعالجة هذه القضية قامت بعض الدول وهي العراق و عمان و المغرب و سوريا و الأراضي الفلسطينية المحتلة و بلدان الخليج بالترويج للرضاعة الطبيعية من خلال مبادرات المستشفيات صديقة الرضع.

وقد أدت هذه الجهود إلى تحقيق زيادة بنسبة 10% في معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية كما لوحظ حدوث تحسينات في التغذية التكميلية و في استمرار الرضاعة الطبيعية للسنة الثانية من العمر و مع ذلك فقد أدى الافتقار إلى الدعم المتواصل لهذه العملية ورصدها إلى تضائل الرضاعة الطبيعية وانخفاض عدد المستشفيات صديقة الرضع ، وبدأت مؤخراً بعض البلدان مثل لبنان و منطقة الخليج في الترويج من جديد للرضاعة الطبيعية⁽¹⁾.

كما أوضحت النتائج التي جاء بها التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي 2006، انه هناك عادات متفاوتة فيما يخص استمرار الرضاعة الطبيعية لمواليدهن لفترة أطول. و الجدول التالي يوضح ذلك

(1) - اليونيسيف و جامعة الدول العربية: ميثاق حقوق الطفل العربي، المكتب الإقليمي لليونسيف في الشرق الأوسط عمان، 2001، ص ص55-56.

جدول رقم (42): التغير في نسب الرضاعة الطبيعية في الدول العربية في العام 2002.

الدول العربية	% للأطفال سبق لهم الرضاعة الطبيعية		
	أقل من 6 أشهر	أغذية مكملية من 6 - 9 أشهر	من 20 - 23 شهرا
الأردن	34	70	12
إمارات العربية المتحدة	34	52	29
البحرين	34	65	41
تونس	46	-	22
الجزائر	13	38	22
جيبوتي	-	-	-
المملكة العربية السعودية	31	60	30
السودان	16	47	40
سوريا	81	50	6
الصومال	9	13	8
العراق	12	51	43
عمان	-	92	73
فلسطين	29	78	11
قطر	12	48	12
جزر القمر	21	34	45
الكويت	12	26	9
لبنان	27	35	11
ليبيا	-	-	23
مصر	57	71	30
المغرب	66	53	11
موريتانيا	20	78	57
اليمن	18	79	41
الدول النامية	38	55	51
الدول الصناعية	-	-	-
دول العالم	37	55	51

المصدر: المجلس العربي للطفولة والتنمية: التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي، دليل تنمية الطفل العربي، العدد التاسع، 2006، ص48.

من خلال هذا الجدول يتبين أن الأمهات اللواتي يرضعن فترات أقل من 6 اشهر هي في تراجع مقابل فترات أطول من الرضاعة كما في الجزائر 13%، السودان 16% ، الصومال 9%، العراق 12% بينما ترتفع نسب الإرضاع إلى سنة كاملة و أكثر مثل الأردن 70%، البحرين 65%، السعودية 60%، 92%

في عمان و 71% في مصر و 78% في موريتانيا و 79% في اليمن و تسجل الرضاعة الطبيعية بصورة عامة نسبة متواضعة كما في تونس، الجزائر، الصومال، قطر، الكويت، لبنان.

أما حسب آخر الإحصاءات للرضاعة الطبيعية المستقاة من الجداول الإحصائية لوضع أطفال العالم 2012 فهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (43) : مركب يوضح التغير في نسب الرضاعة الطبيعية ونسب الأطفال الذين يستخدمون الملح المعالج باليود في الدول العربية (2006-2010) و نسب الأطفال الذين تلقوا رضاعة في الفترة أقل من 6 أشهر في الفترة (2008-2012).

% للأسر التي تستعمل الملح المعامل باليود	% الرضاعة (2008-2012)*	% للأطفال سبق لهم الرضاعة الطبيعية (2006-2010)			الدول العربية
		أقل من 6 أشهر	أغذية مكملية من 6 - 8 أشهر	من 20 - 23 شهرا	
61	7.0	7	29	22	الجزائر
-		-	-	-	البحرين
-		-	-	-	جزر القمر
0	1.0	1	23	18	جيبوتي
79	53.2	52	66	35	مصر
-	19.6	-	-	-	العراق
-	22.7	22	66	11	الأردن
-		-	-	-	الكويت
-	14.8	-	-	-	لبنان
-		-	-	-	ليبيا
23	45.9	46	61	47	موريتانيا
21	31.0	31	66	15	المغرب
-		-	-	-	عمان
86	27.0	27	-	-	فلسطين
-		-	-	-	قطر
-		-	-	-	المملكة العربية السعودية
1	9.0	9	15	35	الصومال
11	41.0	34	56	35	السودان
79		43	-	25	سوريا

تونس	6	61	15	6.0	-
إمارات العربية المتحدة	-	-	-	-	-
اليمن	12	76	-	12.0	30

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن 2012، ص ... ص 92،

93 94 95.

(*) : تقرير التنمية البشرية 2014، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، نيويورك، 2014، ص ... ص 182-183-184-185

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن الأمهات اللواتي يرضعن أطفالهن لفترة أقل من 6 أشهر هي في تراجع مستمر وهذا لصالح فترات أكثر من الرضاعة وهذا عند بعض الدول ، فبعدها كانت النسبة في 2002 مثلا في الجزائر 13% انتقلت إلى 7% في الفترة (2006- 2010) ، كذلك تونس انتقلت النسبة إلى 6% بعدما كانت 46 % ، سوريا انتقلت النسبة فيها إلى 43% ، الأردن 22% ، مصر 52%.

و هذا إن دلّ على شيء فهو يدل على الإحساس باهامية الرضاعة الطبيعية للأطفال فالاستمرار بالرضاعة مع أغذية أخرى وصل إلى 76% في اليمن مقابل 66% في كل من المغرب و الأردن مقابل 61% في كل من تونس وموريتانيا ، مقابل 56% في السودان و أقل النسب المتوفرة نجدها في الصومال ب 15% و الجزائر ب 29% . اما استمرار الرضاعة الطبيعية إلى أكثر من سنة فنجد أعلى نسبة في موريتانيا ب 47% ثم مصر و السودان و الصومال ب 35%.

لكن بالرغم من هذا الارتفاع في ممارسة الرضاعة الطبيعية إلى حوالي 8 أشهر عند البعض أو تمديد ممارستها من 20 إلى 33 شهر عند البعض الآخر، إلا أن الرضاعة الطبيعية الخالصة و المطلوبة تبقى بعيدة كل البعد عن ما يجب أن تكون عليه فعلا.

فتحقيق التغذية المثلى للرضيع والطفل الصغير وما يتصل من ذلك من تغذية الأم سوف يؤدي إلى أفضل النتائج بالنسبة لحياتهم ونموهم وتطورهم ويقلل من الأمراض المزمنة ، وعندما ينفذ ذلك بالكامل فإنه سيؤدي إلى خفض معدل الوفيات دون سن الخامسة إلى النصف.

كما أن نقص التغذية بالعناصر الدقيقة يهدد حياة الأطفال ونموهم البدني و الذهني وتتضمن هذه العناصر نقص الحديد الذي يؤدي إلى فقر الدم (الأنيميا) ، ونقص اليود الذي يؤدي على إعاقة النمو الذهني و البدني ، ونقص فيتامين أ الذي يسبب نقص المناعة من العدوى و العمى⁽¹⁾.

و يمثل نقص اليود مشكلة هامة ، ففي الفترة 1997-2000 كانت القليل من الأسر فقط تستهلك الملح المعالج باليود أما في الفترة (2006-2010) ومن خلال معطيات الجدول الموضح أعلاه فإن أعلى نسبة للأسر التي تستعمل الملح المعالج باليود نجدها في قطر وهذا ب 86% ثم سوريا و مصر ب 79% ثم الجزائر ب 61% ، أما أخفض النسب فنجدتها في اليمن ب 30% ثم موريتانيا ب 23% ، المغرب ب 21% ، السودان 11% و الصومال ب 15% فقط .

ثالثا - التحصين ضد الأمراض :

لقد تبنت جميع الدول العربية إرشادات منظمة الصحة العالمية الخاصة بتطعيمات الطفولة وذلك بان يحصل جميع الأطفال خلال العام الأول من العمر على تطعيم ضد الدرن (BCG) وثلاث جرعات من طعم الثلاثي للحماية من الدفتيريا و السعال الديكي و التيتانوس وثلاث جرعات من طعم شلل الأطفال وجرعة من طعم الحصبة و جرعة من طعم الكبد الوبائي .

و تشير البيانات المسجلة في التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي أن مؤشر نسبة الأطفال المحصنين تحصيلنا تاما في سن 12-23 شهرا في البلدان العربية قد تراوح بين 32.3% كحد أدنى في السودان و 99.59% كحد أعلى في قطر بمتوسط قدره 77.6%⁽²⁾. و تتفاوت نسب تحصين الأطفال في الدول العربية فيما بينها وفقا لنوع التحصين على النحو المبين في الجدول التالي :

(1) - نفس المرجع، ص 53.

(2) - المجلس العربي للطفولة و التنمية :التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي ، مرجع سابق ، ص 47

جدول رقم (44): التغير في نسب التحصين بالتلقيح للأطفال من (12-23) شهر في الدول العربية سنة 2002.

% الأطفال المحصنون في سن 12 - 23 شهر					الدول العربية
التهاب الكبد	الشلل	الثلاثي	الحصبة	السل	
95	95	95	95	-	الأردن
92	94	94	94	98	إمارات العربية المتحدة
95	98	98	99	-	البحرين
94	96	96	94	97	تونس
-	86	86	81	98	الجزائر
-	62	62	62	52	جيبوتي
97	95	95	97	58	المملكة العربية السعودية
-	40	40	49	48	السودان
98	99	99	90.3	99	سوريا
-	40	40	45	60	الصومال
70	84	81	66	63	العراق
99	99	99	99	98	عمان
92	97	97	92.9	81.8	فلسطين
98	100	96	100	100	قطر
-	98	89	71	90	جزر القمر
95	94	98	99	-	الكويت
88	92	92	96	90	لبنان
91	93	93	91	99	ليبيا
96.1	97	97	97.8	98.7	مصر
92	94	94	96	90	المغرب
-	82	83	81	98	موريتانيا
34	69	69	65	74	اليمن
26	73	73	73	81	الدول النامية
77	51	91	90	-	الدول الصناعية
30	75	75	75	81	دول العالم

المصدر: المجلس العربي للطفولة والتنمية: التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي، دليل تنمية الطفل العربي، العدد التاسع، 2006، ص48.

من خلال هذا الجدول يتبين أن نسبة الأطفال المحصنين ضد الالتهاب الكبدي قد تراوحت بين 34% في اليمن كحد أدنى و 99% في عمان كحد أقصى. أما نسبة الأطفال المحصنين ضد الشلل فهي تتراوح بين 40% في السودان و الصومال كحد أدنى و 100% في قطر كحد أقصى ، و أربعة دول تقع في الفئة الوسطى بمتوسط 74.2% وهي جيبوتي والعراق وموريتانيا و اليمن

بينما تقع الدول الأخرى في الفئة التي تعرف أعلى مستويات التحصين أما بالنسبة للحصبة فنلاحظ أن أدنى نسبة تحصين نجدها في الصومال ب 45% وأعلى نسبة نجدها في قطر كحد أقصى وهذا ب 100%.

وتقودنا بيانات هذا المؤشر إلى تقسيم البلدان العربية إلى ثلاث فئات ثلاث دول تقع في الفئة المنخفضة و خمسة دول في الفئة الوسطى و 14 دولة في الفئة المرتفعة للتحصين ضد الحصبة . أما بالنسبة للسل فنسب الأطفال المحصنين ضده بلغت 43% كحد أدنى في السودان و 100% كحد أقصى في قطر .

و يقودنا هذا المؤشر إلى تقسيم البلدان العربية من حيث نسب التحصين ضده إلى ثلاث فئات، أربعة منها في الفئة المنخفضة النسبة وهي السودان، جيبوتي و الصومال و العراق و دولتان في الفئة الوسطى وهي اليمن وفلسطين وهذا ب 74% و 81.8% ، بينما تصنف الدول الباقية الأخرى في الفئة المرتفعة النسبة في التحصين ضد السل.

أما بالنسبة للتغطية باللقاح الثلاثي فنجد أعلى نسبة تمثلها عمان ب 99% كحد أقصى و 40% تمثلها كل من السودان و الصومال كحد أدنى ، أما بالنسبة للتغطية التحصينية للأطفال الأقل من سنة حسب آخر المعطيات التي جاء بها تقرير وضع أطفال العالم 2012 فهي موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (45): التغير في نسب التطعيم للأطفال في عمر سنة لسنة 2010

التطعيم 2010 الأطفال في عمر سنة المحصنين ضد							الدول العربية
أنفلونزا المستدمية	التهاب الكبد الوبائي	الحصبة	الشلل	اللقاح ثلاثي		السل	
				ثلاثي الثاني	ثلاثي الأول		
95	95	95	95	95	99	99	الجزائر
-	99	99	99	99	99	-	البحرين
81	81	72	82	94	81	76	جزر القمر
88	88	95	88	88	90	90	جيبوتي
-	97	96	97	97	97	98	مصر
-	64	73	69	65	81	80	العراق
98	98	98	98	98	98	85	الأردن
98	99	98	98	98	98	98	الكويت
74	74	53	74	74	83	-	لبنان
98	98	98	98	98	98	99	ليبيا
64	64	67	63	64	82	85	موريتانيا
99	98	98	99	99	99	99	المغرب
99	98	67	99	99	99	99	عمان
96	95	98	97	96	98	99	فلسطين
97	97	99	98	97	98	99	قطر
98	98	98	98	98	98	98	المملكة العربية السعودية
-	-	46	79	45	55	29	الصومال
75	75	90	90	90	99	90	السودان
80	84	82	83	80	89	90	سوريا
-	98	97	98	98	98	98	تونس
94	94	94	94	94	94	98	إمارات العربية المتحدة
87	87	73	88	87	94	65	اليمن

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2012، ص. ص. 96، 97، 98، 99.

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن هناك تحسن ملحوظ في نسب التغطية التحصينية لدى جميع الدول العربية لسنة 2010 مقارنة بسنة 2002 وهذا بنسب متقاربة نوعاً ما، فنسب التحصين ضد الأمراض فاقت في مجملها 80%، إلا في بعض الدول مثل الصومال، فنسب التحصين ضد السل بلغت 29% كحد أدنى بعدما كانت 60% في 2002، اليمن أيضاً بلغت فيها نسبة التغطية ضد السل 65% بعدما كانت 74%، جزر القمر انتقلت أيضاً النسبة إلى 76%.

أما فيما يخص التغطية باللقاح الثلاثي فهناك تحسن، ونستطيع أن نقول أن هناك العديد من الدول العربية استطاعت أن تصل إلى ما يفوق 90%، إلا البعض منها ويمكن أن نصنفها في فئتين، فئة وسطى تتراوح فيها النسبة من 70 إلى 89% مثل سوريا و اليمن وموريتانيا و لبنان وجزر القمر و هناك فئة منخفضة النسبة مثل الصومال تتراوح نسبة التغطية باللقاح الثلاثي (B1 و B3) من 45 إلى 55% على التوالي.

وفيما يخص التغطية التحصينية ضد الشلل فالكثير منها استطاعت أن تخطوا قدماً إلى الأمام وهذا بنسبة تغطية تفوق 90%، وهناك من الدول من سجلت تقدماً ملحوظاً مقارنة ب 2002، إلا أننا نضعها في فئة وسطى لأنها لم تصل بعد إلى المستوى المطلوب وتتراوح فيها نسبة التغطية من 70 إلى 90% مثل جزر القمر ب 82%، و لبنان ب 74%، جيبوتي 88%، سوريا 83% و اليمن 88% أما فئة الدول التي سجلت انخفاضاً في نسبة التحصين ضد الشلل فهي تتمثل في الصومال ب 49%، موريتانيا 63%، العراق 69%.

أما بالنسبة للحصبة فبلغت النسبة 99% في قطر والبحرين كحد أقصى و 46% في الصومال كحد أدنى، كما سجلت لبنان 53% و موريتانيا 67%، وهذه النسب تعد منخفضة على المستوى المطلوب.

بالنسبة لإلتهاب الكبد الوبائي، فالكثير من الدول استطاعت أن تصل إلى نسب تغطية مهمة إلا في حالة العراق و موريتانيا ونفس الشيء بالنسبة للتحصين ضد الأنفلونزا المستدمية، والجدول رقم (5) من الملحق 2 يعطي لنا صورة عن الأطفال الغير محصنين ضد الكزاز و الحصبة في بعض الدول العربية.

من خلال هذه المعطيات نستنتج أن العامل المادي لا يبدوا العامل المحدد لعملية التغطية التحصينية لأن الكثير من الدول الكثيفة السكان و الفقيرة حققت أشواطاً مهمة في هذا المجال، مما يوحي بأن هناك عوامل أخرى مؤثرة تعيق تحصين الأطفال باللقاحات ضد الأمراض.

ففي السودان و الصومال وموريتانيا ، تعد النزاعات الداخلية عامل فعال في إعاقة التغطية التحصينية للأمراض ، فالعديد من السكان يقومون بالنزوح بحثا عن الأماكن الآمنة ، الشيء الذي يجعل من عملية التحصين أمرا مستحيلا .

رابعا - شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب :

مع التزايد المتسارع في عدد السكان و تعاظم الضغوط على البيئة الهشة في المنطقة العربية ، بات التلوث المائي مشكل يدق ناقوس الخطر في هذه الدول و هذا التلوث راجع للاستخدام الغير آمن للأسمدة الكيماوية و المبيدات وعلاجات البستنة و الطب البيطري التي تترك أثارا طويلة الأمد و تجد طريقها إلى المياه في نهاية المطاف .

فالدول العربية مازالت بعيدة عن بلوغ الهدف السابع من أهداف الألفية، فلقد ارتفعت قليلا نسبة السكان الذين يستعملون مصادر محسنة للمياه بين عامي 1990 و 2004 من 83% إلى 85%، و ارتفعت من 65 إلى 68% في الدول العربية الأقل نموا⁽¹⁾. و الرسم البياني رقم (5) من الملحق 2 يوضح ذلك

من خلال الرسم المذكور اعلاه يتبين أنه مازال العديد من السكان في الدول العربية يفتقرون إلى كميات كافية من المياه النظيفة ، الشيء الذي بات يشكل تهديدا لأمن الإنسان بصفة عامة و الأطفال الصغار بصفة خاصة ، فالنمو الجيد في هذه المرحلة العمرية يتطلب قدرا من النظافة لا يستهان بها ونقصد هنا نظافة المأكّل و المشرب و الملابس و المكان . فالمياه الغير نظيفة أو وجود الأطفال في أماكن غير آمنة من الصرف الصحي سوف يؤدي إلى انتشار الأمراض الفتاكة في أوساطهم و خاصة منها الإسهال.

كما يرتبط تلوث المياه بالتفاوت في حصول الناس في المنطقة العربية على خدمات الصرف الصحي فمن خلال الرسم رقم 5 من الملحق 2 يتبين أن أكثر من 60% من السكان في البلدان الأقل نموا (جزر القمر - السودان - موريتانيا) ليست لديهم خدمات صرف صحي محسنة . اما على المستوى الإقليمي فإن قرابة 30% من السكان لا يستطيعون الوصول إلى تلك الخدمات ولا يمثل غياب خدمات الصرف الصحي انتهاكا لصحة الإنسان و الكرامة الإنسانية فحسب ، بل يشكل كذلك واحدا من العوامل المؤدية إلى تلوث المياه⁽²⁾.

(1) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية العربية الإنسانية ، المكتب الإقليمي للدول العربية، 2009، ص44.

(2) - نفس المرجع ، ص46.

أما حسب آخر الإحصاءات الموجودة في تقرير وضع أطفال العالم 2012 حول النسب المئوية للسكان الذين يستعملون مصادر مياه محسنة و الذين استفادوا من مرافق صرف صحي محسن فهي موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (46) : التغير في النسب المئوية للسكان الذين يستعملون مصادر مياه محسنة و الذين يستخدمون مرافق صرف صحي في سنة 2008 في المناطق الريفية و الحضرية.

% للسكان الذين يستخدمون مرافق صرف صحي			% للسكان الذين يستخدمون مصادر مياه محسنة للشرب			الدول العربية
المجموع	مناطق حضرية	مناطق ريفية	المجموع	مناطق حضرية	مناطق ريفية	
95	98	88	83	85	79	الجزائر
-	100	-	-	100	-	البحرين
36	50	30	95	91	97	جزر القمر
56	63	10	92	98	52	جيبوتي
94	97	92	99	100	98	مصر
73	76	66	79	91	55	العراق
98	98	97	76	98	91	الأردن
100	100	100	99	99	99	الكويت
-	100	-	100	100	100	لبنان
97	97	96	-	-	-	ليبيا
36	50	9	49	52	47	موريتانيا
69	83	52	81	98	60	المغرب
-	97	-	88	92	77	عمان
89	91	84	91	91	91	فلسطين
100	100	100	100	100	100	قطر
-	100	-	-	97	-	المملكة العربية السعودية
23	52	6	30	67	9	الصومال
34	55	18	57	64	52	السودان
96	96	95	89	94	84	سوريا
85	96	64	94	99	84	تونس
97	98	95	100	100	100	إمارات العربية المتحدة
52	94	32	62	72	57	اليمن

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الاردن، ص. 96 97 98

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن هناك من الدول العربية من حققت تغطية كاملة في هذا المجال مثل قطر و الإمارات العربية المتحدة و لبنان ب 100%، والكويت ب 100% للسكان الذين يستخدمون مرافق صرف صحي سليمة و 99% للسكان الذين يستعملون مياه صالحة للشرب.

أما باقي الدول فهي تعرف تفاوتاً في نسب الحصول على هذه المرافق وهناك اختلافاً بين الريف و الحضر فيها. ففي الأردن مثلاً بلغت نسبة الحصول على مياه محسنة 96% (98% في الحضر مقابل 91% في الريف)، أما بالنسبة للاستفادة من مرافق صرف صحية فلقد بلغت النسبة 98% (98% في الحضر مقابل 97% في الريف)، أما مصر فلقد بلغت فيها نسبة الذين يستفيدون من مياه صالحة 99% مقابل 94% يستفيدون من مرافق صرف صحية .

فيما يخص (الجزائر و جيبوتي و العراق و عمان و المغرب وسوريا و تونس) فتتراوح فيها نسبة السكان الذين يحصلون على مياه صالحة للشرب من 79% إلى 94%، كما نجد ارتفاع هذه النسب في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية.

بالنسبة لنسبة الاستفادة من مرافق الصرف الصحي فهي أقل من نسبة الاستفادة من المياه الصالحة للشرب عند مجمل هذه الدول، ففي العراق مثلاً نسبة الاستفادة 73% (76% في الحضر مقابل 66% في الريف).

أما بالنسبة لـ الصومال و موريتانيا والسودان و اليمن فنسب استخدام المياه الصالحة للشرب تبقى ضئيلة وبنسب أعلى في الحضر وهذا ب 30%، 49%، 57%، 62% على التوالي. أما بالنسبة لنسب استخدام مرافق الصرف الصحي فهي منخفضة تماماً إذ تبلغ 23% في الصومال و 24% في السودان و 36% في موريتانيا و 52% في اليمن و 56% في جيبوتي ونجد هذه النسب منخفضة جداً في المناطق الريفية إذ تصل إلى 6% في الصومال.

من خلال هذا التحليل نستنتج أن الدول العربية في مجملها باستثناء دول الخليج مازالت بعيدة من تحقيق الأمن في الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب و بالتالي الارتفاع إلى حالة صحية أفضل لأطفالها مازال بعيداً عند مجملها خاصة المناطق الريفية منها.

كما أن العديد من الدول العربية تعاني من مشكل التلوث البيئي الناتج من مخلفات المصانع، فمعظم هذه المصانع توجد داخل الحيز العمراني ولم يتم نقلها بعد، إلا في عمان أين تم نقل 405 مصنع ملوث للبيئة و 355 ورشة⁽¹⁾.

ونتيجة لهذا مازال النشاط الملوث للبيئة يهدد ذكاء الأطفال ونموهم النفسي و الجسمي ويساعد على زيادة عدد المعاقين ذهنيا ، لهذا لا بد من إعادة النظر في التشريعات المتعلقة بالبيئة و الدعوة إلى إجراء المزيد من التعديلات لتتلاءم أكثر مع الصحة ، خاصة ما يتعلق بالبيئة الزراعية نظرا لارتباطها المباشر باحتياجات الإنسان من مأكّل و ملبس .

المبحث الثالث: الوضعية الصحية للأطفال في الجزائر

الجزائر مثلها مثل كل البلدان النامية عرفت فيها الحالة الصحية بما فيها صحة الأطفال الأقل من خمس سنوات تغيرات مختلفة تختلف باختلاف الحقبة التاريخية للبلاد و الأوضاع السائدة فيها ، فلقد ورثت البلاد من الاستعمار الفقر و الحرمان ومختلف الأمراض الوبائية و المعدية مثل الملاريا و السل و الكوليرا و التيفوئيد و الإسهال... الخ . هذه الأمراض الناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر و كانت شريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات هي الشريحة الأكثر تضررا من كل هذا الوضع وهذا من خلال الارتفاع في معدل الوفاة.

و نظرا للوضعية الكارثية السائدة ، بدأت الدولة بالإصلاح في القطاع الصحي مباشرة بعد الاستقلال وأولت له أهمية بالغة وخصصت له ميزانية ضخمة لاعتباره قطاع حيوي ومؤشر هام للتنمية وكان التركيز على صحة الأطفال وهذا من خلال تخفيض معدل الوفيات.

و لمعرفة التطور في الوضع الصحي للأطفال الأقل من خمس سنوات سوف نستعرض المؤشرات التالية:

(1) - المجلس العربي للطفولة و التنمية: أوضاع الطفولة المبكرة في الوطن العربي ، برنامج الخليج العربي للتنمية ، 2004 ، ص8.

أولا - الوفيات و الأمراض :

لقد عرفت وفيات الأطفال انخفاضا ملحوظا منذ الاستقلال و خاصة في فترة الثمانينات، و هذا راجع للبرامج المتبعة (تحصين الأطفال و علاج الإسهال) و تحسين مستوى المعيشة و نظافة المحيط وهذا من خلال توفير شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب ، فوفيات الأطفال الأقل من سنة لوحدها انتقلت من 200 بالآلف سنة 1962 إلى 85 بالآلف سنة 1980⁽¹⁾.

أما فيما يخص وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات فنلاحظ أن هناك اختلاف و تناقض في الإحصاءات وهذا حسب المصدر، فحسب النتائج التي جاء بها " ONS " الديوان الوطني للإحصاءات فإن هذا المعدل انتقل من 72 بالآلف سنة 1992 إلى 58 بالآلف سنة 1996⁽²⁾.

أما حسب النتائج التي جاء بها (المسح MMI) لسنة 1989 فإن (TMM5) بلغ 50 بالآلف ، أما بالنسبة للمسح (MDG 1995) فإن النتائج تبين أن (TMM5) بلغ 52 بالآلف ، كما تتفاوت هذه النسب بين الذكور و الإناث . و الجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (47): توزيع وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات بالآلف حسب المدة و الجنس

المدة	الذكور	الإناث	كلا الجنسين
MMI (1985-1989)	52	46	50
MDG (1991-1995)	55	48	52

Source :OMS et UNICEF : Enquete nationale sur les objectifs de la mi-décennie MDG ALGERIE 1995, Direction de la Prévention ,Alger 1996,p127.

إن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات يتأثر بمعدل وفيات الاطفال الاقل من سنة ، وهذا الأخير يتأثر بمعدل وفيات الأطفال ما حول الولادة (أقل من شهر).

(1) - Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie: Quatrième conférence mondiale sur les femmes , opcit , p37 .

(2) - Médecine sans frontière : Analyse de la situation de l'enfance et de la femme en Algérie , Belgique , 2° version , juillet 1999 ,p69.

فلقد بينت نتائج المسح (1995 MDG) أن 50% من وفيات الاطفال الاقل من سنة ، هي وفيات تقع في فترة ما حول الولادة . حيث تبدأ هذه النسبة في الإنخفاض كلما تقدم الطفل في العمر إلى غاية عمر سنة ⁽¹⁾ كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (48): توزيع وفيات الاطفال حسب العمر بالاشهر

عمر الوفاة (بالأشهر)	MDG (%)	MMI (%)
0	49.6	47.15
1	10.9	8.51
2	9.5	7.33
3-5	14.6	21.26
6-8	8.8	9.70
9-11	6.6	5.70
12-0	100	100

Source: OMS et UNICEF : Enquete nationale sur les objectifs de la mi-décennie MDG ALGERIE 1995,

Direction de la Prévention ,Alger 1996 ,P127.

أما عن أهم أسباب وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات ، فحسب البيانات التي جاء بها المسح الجزائري حول صحة الام و الطفل 1992 أن 23% من الاطفال قد عانوا الإسهال و 25% منهم عانوا من نوبات السعال وعانى 8% منهم من سعال مصحوب بصعوبة في التنفس ، أما بالنسبة للأمراض المعدية فقد أظهرت النتائج ان 15% من الأطفال سبق إصابتهم بالحصبة ⁽²⁾ .

اما حسب نتائج المسح (MDG 1995) فإن اسباب وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات فهي راجعة أساسا إلى المشاكل التنفسية الحادة بنسبة 15 % و هذا بالنسبة للأطفال الذين كانوا في المستشفى سنة 1998 و إلى مشاكل أمراض الإسهال و هذا بنسبة 14,3 % خلال نفس السنة و هذا حسب تصريح وزارة الصحة و السكان ⁽³⁾ . و الجدول رقم (6) من الملحق 2 يوضح ذلك

(1)- OMS et UNICEF : MDG ALGERIE 1995, opcit ,p127.

(2)- وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الام و الطفل ، جامعة الدول العربية ، الجزائر ، 1992 ، ص 67.

(3)- Medecine sans frontier : opcit ,p69•

و يرجع الإرتفاع في نسبة الإصابة بالإسهال في تلك الفترة الزمنية حسب المسوح (MMI لسنة 1989 و 1992 PAPCHILD و 1995 MDG) إلى الإستعمال الضئيل لأملاح إعادة التميّه (SRO) من طرف الامهات ، حيث بلغت نسبة الإستعمال 12% سنة 1987 و 15% سنة 1989 و 20% سنة 1992 و 26% سنة 1995 ، مع العلم ان 2 / 3 من الامهات يعرفنّ الأملاح ولا يستعملنها (1).

و لقد جاء المسح الجزائري حول صحة العائلة (2002) بالنتائج الإجمالية الأخيرة لخمس سنوات قبل إجراء البحث و هي موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (49): معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة (Infantile) و الأقل من خمس سنوات (Infanto-juvenile) حسب الجنس و مكان الإقامة.

معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات 5 q 0	معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة 1 q 0	
39,5	35,6	ذكور
38,0	33,3	إناث
35,0	38.2	حضري
43,2	41.4	ريفي
38,8	34,5	المجموع

Source : MSPet ONS : Enquête Algerienne sur la sante de la famille 2002, LEA , rapport préliminaire, juin 2004, p43 .

من خلال هذا الجدول يتبين لنا ان وسط الإقامة عنصر من العناصر التي تتباين حسبها معدلات الوفيات سواء الاقل من سنة أو الاقل من خمس سنوات ، إذ أنّ مستواها في الوسط الحضري أقل منه في الوسط الريفي ، فبالنسبة لمعدل الوفيات الأقل من خمس سنوات قدر بـ 35.0 بالآلف في الوسط الحضري مقابل 43.2 بالآلف في الوسط الريفي ، كما تتأثر معدلات الوفيات بالجنس حيث ان مستواها عند الذكور يكون اعلى منه عند الإناث ، فبالنسبة لنفس المعدل بلغ 39.5 بالآلف عند الذكور مقابل 38.0 بالآلف عند الإناث.

(1)- MSP : Guide de Prise en charge de la diarrhée chez L'enfant ,Direction de la prevention ,2000 ,p18.

أما حسب المعطيات التي جاء بها التقرير الوطني حول أهداف الألفية للتطور (OMD2005) فتبين النتائج ان الحالة الصحية للأطفال عرفت تطورا هاما وهذا من خلال الإنخفاض في معدل الوفاة الراجع أساسا للسياسة الصحية المتبعة كاتوزيع القطاعات الصحية على مستوى التراب الوطني و كذى رفع عدد الاطباء وعمال الشبه طبي وكذى اتباع برنامج التحصين و المباحدة بين الولادات لتحقيق الحياة الصحية للام و الطفل .

كما لوحظ أيضا أن امل الحياة ارتفع عما كان عليه ، فبعدما كان 53.5 سنة في 1970 أصبح يقدر ب 74.8 سنة (73.9 سنة بالنسبة للرجال مقابل 75.8 سنة بالنسبة للنساء) سنة 2004 ⁽¹⁾.

و التغير في معدلات الوفاة للأطفال الاقل من خمس سنوات التي جاء بها هذا التقرير موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (50): التطور في معدل الوفاة للأطفال الاقل من خمس سنوات في فترات زمنية مختلفة من 1985 إلى 2004 (بالالف) .

المؤشرات	1989-1985	1994-1990	1999-1995	2002-2000	2004
وفيات الاطفال الاقل من سنة	50.9	40.6	34.3	31.2	30.4
وفيات الاطفال (1-4سنوات)	9.9	5.3	5.3	5.7	5.3
وفيات الاطفال (0- سنوات 4)	60.3	45.7	39.4	36.7	35.5

Source: ONU :Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement , juillet 2005 ,Algerie , p 49 .

من خلال هذا الجدول يتبين انه بالرغم من التطور الذي عرفته البلاد ، إلا ان معدل وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات مازال يعرف ارتفاعا ملحوظا مقارنة بالدول المتقدمة ، حيث انتقل المعدل من 45.7 بالالف سنة 1990 إلى 35.5 بالالف سنة 2004 .

ويفسر هذا الوضع إلى الإرتفاع في معدل الوفيات الاقل من سنة ، حيث انتقل المعدل من 40.6 بالالف سنة 1990 إلى 30.4 بالالف سنة 2004 وهذا يعود لإنخفاض معدل الوفيات من 1 إلى 12 شهرا الذي بلغ 10.6 بالالف سنة 2004 في حين تبقى الوفيات من (0-1شهر) مقلقة ، حيث بلغت 19.8 بالالف في نفس السنة .

(1)- ONU :Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement , juillet 2005, Algerie ,p49.

اما عن الاسباب الاساسية لهذه الوفيات، فهي العدوى و ضيق في التنفس و الإختناق و الولادة قبل الأوان (1).

إذا الإرتفاع في معدل الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات إنما يعود لإرتفاع الوفيات الأقل من شهر و منه فإن بلوغ مرامي الألفية في تخفيض معدل الوفيات يمكن ان لا يتحقق في الجزائر إذا بقيت الوفيات على هذا المنوال. و الرسم البياني رقم (6) من الملحق 2 المستمد من التقرير الوطني لاهداف الألفية 2005 يعطي صورة عن ذلك .

اما حسب البيانات المتحصل عليها من طرف الديوان الوطني للإحصاءات لسنة 2009 فإن هناك انخفاض ملحوظ في معدل الوفاة سواء معدل وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات او معدل الوفيات ما حول الولادة والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (51): مركب يوضح تطور معدل وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات و معدل وفيات الاطفال ما حول الولادة للفترة (2005-2009).

تطور معدل وفيات الاطفال ما حول الولادة					تطور معدل وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات					
2009	2008	2007	2006	2005	2009	2008	2007	2006	2005	الجنس
19.6	21.3	23.2	22.7	25.0	26.6	26.2	27.9	28.3	32.4	الذكور
17.2	18.4	19.6	20.0	22.1	22.9	23.9	24.4	25.3	28.2	الإناث
18.4	19.9	21.4	21.4	23.6	24.9	25.5	26.2	26.9	30.4	المجموع

Source : ONS: Bultin statistic N°554, Demographie Algerienne 2009. PP 3,4.

من خلال هذا الجدول يتبين ان معدل وفيات الاطفال الأقل من خمس سنوات ، انتقل من 30.4 بالالف سنة 2005 إلى 24.8 بالالف سنة 2009 ، مع وجود تفاوت بين الذكور و الإناث ، حيث قدر المعدل ب 26.6 بالالف بالنسبة للذكور مقابل 22.9 بالالف بالنسبة للإناث .

و السبب في هذا الإنخفاض بالدرجة الاولى هو انخفاض معدل وفيات الاطفال ما حول الولادة ، حيث انتقل المعدل من 23.6 بالالف سنة 2005 إلى 18.4 بالالف سنة 2009 .

(1)-Ibid ,p51.

اما عن اهم الامراض التي يعاني منها الاطفال حسب المسح MICS3 ALGERIE 2006 والتي ادت إلى تواجد الاطفال في المستشفى فهي الإسهال و الأمراض التنفسية فمازال هذان المرضان يشكلان خطر كبير بالنسبة للطفل ، إذ يعتبران من بين أهم الامراض التي تؤدي إلى الوفاة.

أما فيما يتعلق بالإسهال و حسب النتائج التي جاء بها المسح فإن نسبة الإصابة به موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (52): نسبة الاطفال (0-59) شهر الذين أصيبوا بالإسهال و تلقوا علاج سواء املاح

او علاج آخر خلال الاسبوعين السابقين للمسح MICS3 ALGERIE 2006

المتغيرات	انتشار الإسهال خلال الأسبوعين قبل المسح (%)	عدد الأطفال من 0 - 59 شهر	استعمال الأملاح SRO (%)	محلول محضر في البيت (%)	بنون علاج
الجنس	ذكور	7443	17.1	11.5	75.5
	إناث	7150	20.0	12.9	71.1
المنطقة الجغرافية	وسط	4890	21.7	23.1	61.6
	شرق	4449	14.1	4.4	83.1
	غرب	3357	28.9	15.9	60.6
	الجنوب	1897	14.9	12.1	77.9
مكان الإقامة	حضري	7910	18.2	13.3	72.6
	ريفي	6683	18.7	11.0	74.2
العمر بالأشهر	أقل من 6 أشهر	1329	17.9	15.1	69.9
	6 - 11 شهر	1644	20.2	14.4	69.9
	12 - 23 شهر	2294	21.1	12.1	71.3
	34 - 35 شهر	3005	16.0	8.8	76.9
	36 - 37 شهر	2843	14.3	14.6	76.5
	48 - 59 شهر	2778	12.1	5.3	86.9

75.1	11.5	17.1	4434	8.4	أمي	مستوى التعليمي للأم
78.3	9.3	15.7	2772	9.5	ابتدائي	
67.3	12.6	23.2	3547	9.5	متوسط	
73.4	15.8	16.9	3061	8.5	ثانوي	
74.7	10.5	18.6	779	6.8	جامعي	
77.9	11.0	15.3	3365	10.1	فقير جدا	مؤشر الثروة
73.4	11.0	17.5	2998	9.8	فقير	
70.4	13.0	20.5	2881	8.3	متوسط	
70.3	12.7	22.0	2723	8.1	غني	
72.3	14.4	18.7	2626	7.5	غني جدا	
73.4	12.2	18.5	14593	8.8	المجموع	

Source : MSP et ONS: Enquete nationale a indicateurs multiples MICS3 ALGERIE 2006 , Rapport principal,

Decembre 2008, p90.

من خلال هذا الجدول يتبين ان الإسهال الحاد أصاب 9% من الاطفال الذكور مقابل 8.6% عند الإناث ، اما حسب عمر الطفل فهو يبلغ 10.1% عند الاطفال الاقل من 6 اشهر و 17.3% عند الاطفال 6-11 شهر، و تنقص نسبة الإسهال عند الاطفال 48-59 شهر لتصل إلى 3.3% ، كما أن نسب الإصابة بالمرض تتأثر بوسط الإقامة ، حيث بلغت 9.3% في الوسط الريفي مقابل 8.5% في الوسط الحضري.

اما عن نسبة الاطفال الذين تلقوا علاج ضد الإسهال فهي تقدر بـ : 30.7% (18.5% استعمالوا املاح إعادة التمييه مقابل 12.2% محلول معد في البيت) كما أن نسبة استعمال العلاج تبلغ 30.7% في الوسط الحضري مقابل 29.7% في الريف ، كما أن نسبة استعمال العلاج تزيد عند الاطفال في عمر 6-11 شهر بنسبة 34.6% (20.2% استعمالوا املاح و 14.4% استعمال محلول معد في البيت) و تقل هذه النسبة في عمر 48-59 شهر، حيث بلغت 17.4% (12.1% استعمالوا املاح و 5.3% استعمال محلول معد في البيت). فنسب استعمال العلاج تزيد في المرحلة العمرية التي تزيد فيها نسبة الإصابة بالمرض.

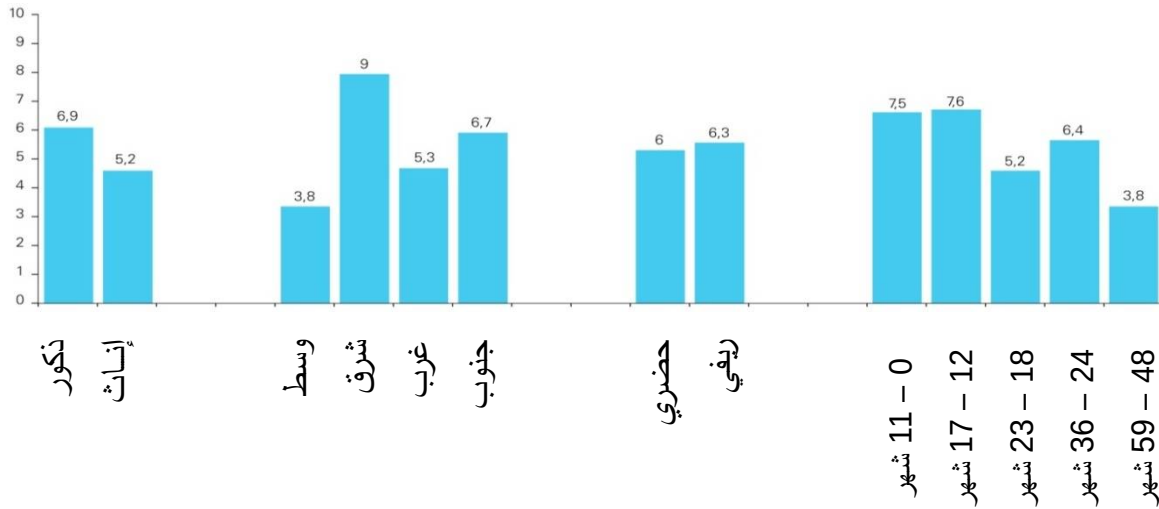
و يمكن ان نفسير انخفاض نسبة الإصابة في المرحلة الاولى إلى الرضاعة الطبيعية الخالصة فهي تحمي الطفل من كل الامراض ، فلبن الام لا يخضع للتلف كما ان التعامل المباشر مع ثدي الام يحمي الطفل من الكثير من الجراثيم . أما في المرحلة الثانية فيعزى هذا الإرتفاع إلى المواد الغذائية المكمل للرضاعة ، ففي الكثير من الاحيان لاتكون آمنة ولا تراعى شروط النظافة فيها أما الانخفاض في المرحلة الثالثة فهذا يعود إلى تقوية الجهاز المناعي للطفل و بالتالي تقل نسبة المرض .

كما تبين من الجدول ان نسبة الإصابة بالإسهال تتاثر بالمستوى التعليمي للام ، فكلما انخفض المستوى التعليمي كلما ارتفعت نسبة الإصابة ، فلقد قدرت ب 9.5% عند ذوات المستوى الإبتدائي والمتوسط مقابل 6.8% عند ذوات المستوى الجامعي ، وهذا له علاقة بتقديم العلاج اللازم للطفل، فالامهات ذوات المستوى المنخفض تتعافن كثيرا عن تقديم الدواء خاصة إذا رفضه الطفل ، فلقد بلغت النسبة 78.3% عند ذوات المستوى الإبتدائي مقابل 74.7% عند ذوات المستوى الجامعي ، كذلك إن لعامل الثروة تاثير فكلما كانت الاسر فقيرة كلما قل استعمال العلاج ، إذ هناك 77.9% من الاطفال الذين ينتمون إلى اسر فقيرة جدا لم يلقيين العلاج مقابل 72.3% من الاطفال يلقون العلاج ينتمون إلى أسر غنية جدا.

فالعديد من الامهات يجهلن مخاطر الإسهال خاصة منه الحاد فهو يؤدي إلى جفاف الطفل في ظرف 24 ساعة إن لم يعالج بالكيفية السليمة و في الوقت المناسب.

أما فيما يخص الامراض التنفسية ، فتبين نتائج المسح حسب تصريح الامهات أن نسب الإصابة بالمرض بلغت 6.1% (6.9% عند الذكور مقابل 5.2% عند الإناث) ، أما حسب مكان الإقامة فتتوزع كما يلي : 6% في الحضر مقابل 6.3% في الريف وهي واسعة الإنتشار في المناطق الشرقية للبلاد كما هو موضح في الرسم البياني التالي :

رسم بياني رقم (18): انتشار الأمراض التنفسية عند الاطفال الاقل من خمس سنوات حسب الجنس و مكان الإقامة و المكان الجغرافي



Source :- MSP et ONS: Enquete national a indicateure multiples MICS3 ALGERIE 2006 , Rapport principal,

Decembre 2008,p92.

أما عن علامات المرض التي أدت بالأم اصطحاب الطفل إلى المستشفى فهي ارتفاع درجة الحرارة وهذا بنسبة 80% من الحالات ، ظهور حالات الإسهال عند 46.8 % ، ظهور علامات المرض في 39% و صعوبة في التنفس عند 35.8% و زيادة سرعة التنفس في 22% و البكاء الشديد في 18.9% و عدم الرغبة في الاكل في 18.2% من الحالات⁽¹⁾.

اما حسب النتائج المستمدة من التقرير السنوي لمعهد الصحة العمومية (INSP) لسنة 2010 (مصلحة التغذية) فإن عدد الاطفال الاقل من خمس سنوات الذين كانوا متواجدين في المستشفى بلغ 197750 طفل ، اما عدد الوفيات المسجلة ضمن هذا العدد فلقد بلغت 8323 وفاة والجدول التالي يوضح ذلك .

(1) - MSP et ONS: Enquete national a indicateure multiples MICS3 ALGERIE 2006 , opcit, p94.

جدول رقم(53): مركب يبين توزيع الاطفال حسب سبب البقاء في المستشفى وحسب سبب الوفاة للأطفال الاقل من خمس سنوات المتواجدين في المستشفى لسنة 2010

الامراض	البقاء في المستشفى		الوفيات	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
الامراض التنفسية	47465	24	910	11
امراض الإسهال	25604	13	231	3
أمراض أخرى	124681	63	7183	86
المجموع	197750	100	8323	100

Source: INSP et MSP :Programme National de lute contre les maladies diarrhéiques et les infection respiratoires aiguee chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2010, juin2011 ,p3.

من خلال هذا الجدول يتبين أن الامراض التنفسية تبقى هي السبب الاول في بقاء الأطفال في المستشفى بنسبة 24% يليها مرض الإسهال بـ 13%، وأمراض أخرى بـ 63% أما بالنسبة للوفاة فتبين انه من بين 8323 وفاة أى 4.21% كانت 11% سببها الامراض التنفسية 3% سببها الإسهال اما 86% من الوفيات فكان سببها امراض أخرى مختلفة.

و الملاحظ ايضا من النتائج التي توصل إليها المعهد (INSP) ان الفئة العمرية التي كانت أكثر بقاءا في المستشفى والتي وقع فيها اكبر عدد من الوفيات هي فترة ما حول الولادة والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم(54): مركب يبين توزيع الاطفال الذين كانوا باقين في المستشفى والذين تعرضوا لخطر الوفاة حسب كل فئة عمرية من 0 يوم إلى 59 شهر لسنة 2010.

الفئات العمرية	البقاء في المستشفى		الوفيات	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
0-6 أيام	55436	28.0	5543.1	66.60
7-28 يوم	12467	06.3	882.2	10.60
29 يوم-4 أشهر	27596	14.0	898.9	10.80
5-11 شهر	32761	16.6	482.8	5.80
12-23 شهر	27568	13.9	249.7	3.00
24-59 شهر	41922	21.2	266.3	3.20
المجموع	197750	100	8323	100

Source: INSP et MSP :Programme National de lute contre les maladies diarrhéiques et les infection respiratoires aiguee

chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2010, juin2011,p4.

من خلال هذا الجدول يتبين ان 34.3% من الاطفال الذين كانوا في المستشفى هم أطفال ينتمون للفئة العمرية (0-28يوم) بعد الولادة كما نلاحظ ايضا ان 77.2% من الوفيات المسجلة تقع في نفس الفترة ، حيث سجلت 66.60% في الفترة 0-6أيام اما 10.60% تقع في الفترة 7-28 يوم ، كما نلاحظ ان نسبة البقاء في المستشفى و الوفاة تقل كلما تقدم الطفل في السن ، حيث سجلت نسبة البقاء في المستشفى 21.2% أما نسبة الوفاة فبلغت 3.20% كادنى نسبة .

و يفسر هذا الإرتفاع سواء في المرض او الوفاة بالدرجة الاولى إلى مشاكل مثل العدوى و الإختناق و الإنخفاض الحراري و التشوهات و نقص الوزن وهي ترجع اساسا لفترة الحمل أي عدم القيام بالمراقبة الطبية المنتظمة من قبل الأم حيث بلغت نسبة النساء اللواتي تلقين مراقبة طبية قبل الحمل بلغت 81% سنة 2002 مقابل 89.4% سنة 2006 ⁽¹⁾ ، فالعلاج الذي يسبق الولادة ضروري من اجل السير الحسن للحمل ولإكتشاف الحمل ذي المخاطر .

(1)- اليونيسف بالجزائر : مخطط العمل الوطني للطفولة 2008-2015 ، الوزارة المنتدبة المكلفة بالاسرة وقضايا المرأة ، الجزائر ، 2008 ، ص16.

اما حسب اخر الإحصاءات التي استطعنا جمعها و المستمدة من معطيات الديوان الوطني للإحصاءات لسنة 2014 لمعدلات وفيات الاطفال الرضع (الاطفال دون سنة من العمر) ، و الاطفال الاقل من خمس سنوات فهي موضحة في الجدول التالي :

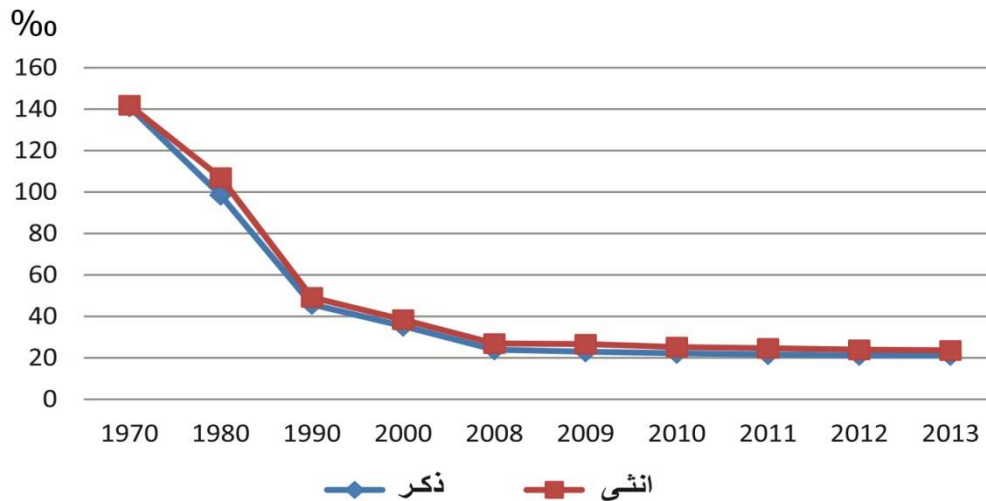
الجدول رقم (55): معدلات وفيات الاطفال الرضع و الاطفال الاقل من خمس سنوات ، وامل الحياة عند الولادة في الفترة (1990 - 2014)

السنوات	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
وفيات الأطفال الرضع	46.8	36.9	25.5	24.8	23.7	23.1	22.6	22.4	22
وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات	55.7	43	22.7	29	27.5	26.8	26.1	26.1	25.6
امل الحياة عند الولادة	66.9	72.5	75.6	75.5	76.3	76.5	76.4	77	77.2

المصدر : المكتب الوطني للإحصاء و المديرية التقنية للإحصاءات السكان و التوظيف : ديموغرافيا الجزائر ، 2014، ص5.

من خلال هذا الجدول يتبين لنا ان معدل وفيات الاطفال الرضع عرف انخفاضا ملحوظا خلال الفترة الممتدة من 1990 و 2014 ، إذ انتقل من 46.8 % سنة 1990 إلى 22 % في 2014 ، كما عرف تراجعاً ب 0.4 نقطة ، ما بين 2013 و 2014 ليبلغ المعدل 22 بالالف مع تباينات حسب الجنسين ليسجل 23.5% لدى الذكور و 20% لدى الإناث و الرسم البياني يعطي لنا صورة عن ذلك

الرسم البياني رقم (19): تطور معدل وفيات الاطفال الرضع منذ 1970



المصدر : مركز الإعلام و التوثيق لحقوق الطفل و المرأة : الدليل الإحصائي ، الجزائر ، 2015 ، ص 18.

أما فيما يخص وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات فقد شهد هو الآخر تراجعاً في نفس الفترة الممتدة من 1990 و 2014 ، حيث انتقل من 55.7 % إلى 25.6 % كما عرف هذا المعدل انخفاضاً ب 0.5 نقطة ما بين 2013 و 2014 ليبلغ 25.6 % (27.5 بالالف لدى الذكور و 23.9 بالالف لدى الإناث) وانخفاض هذا المعدل إنما هو راجع أساساً إلى انخفاض معدل وفيات الرضع .

أما فيما يخص امل الحياة عند الولادة ، فهو الآخر عرف تطوراً ملحوظاً إذ انتقل من 66.9 سنة في 1990 إلى 77.2 سنة في 2014.

إن هذا الانخفاض سواء في معدلات الوفاة أو ارتفاع امل الحياة إنما هو راجع للإصلاحات التي عرفها القطاع الصحي و إلى الإهتمام بصحة الام خاصة في فترة الحمل و إلى تحسن الوضع الصحي للأطفال نتيجة انخفاض الإصابة بالامراض و الى التغطية التحصينية ضد مختلف الامراض المعدية.

ثانيا - الوضع التغذوي :

1 - مشكل سوء التغذية :

يعتبر الوضع التغذوي من بين أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية للطفل ، فالأطفال الذين لا يتناولون الغذاء الصحي السليم هم أطفال في عرضة دائمة ومتكررة للمرض وبالتالي تظهر عليهم علامات سوء التغذية.

فبالرغم من التحسن الذي عرفته الأوضاع المعيشية منذ الاستقلال ، إلا أن مشكل سوء التغذية مازال قائماً ، حيث انتقلت نسبة الإصابة به من 60% سنة 1962 إلى 28% سنة 1975 ثم إلى 11% سنة 1987⁽¹⁾ ، ولقد انخفض إلى 9.2% سنة 1992⁽²⁾.

لقد تناولت معظم التحقيقات الوطنية المتعلقة بالصحة الأم والطفل الوضع التغذوي معتمدة بذلك على ثلاث مقاييس انثروبومترية تشمل الطول بالنسبة للعمر (كمؤشر لقصر القامة) و الوزن بالنسبة للطول (كمؤشر للنحافة) و الوزن بالنسبة للعمر (كمؤشر لنقص الوزن) ، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي :

(1) - Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie: Quatrième conférence mondiale sur les femmes , opcit, p38.

(2) - Medecine sans frontier : opcit , p77.

جدول رقم (56): مركب يبين توزيع نسب الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من مشكل سوء التغذية في حالته المعتدلة والحادة من خلال تحقيقات وطنية مختلفة.

نسب الأطفال المصابين بـ									المسوح الوطنية والتقارير
نقص الوزن			النحافة			قصر القامة			
إجمالي	حاد	متوسط	إجمالي	حاد	متوسط	إجمالي	حاد	متوسط	
9.2	1.5	7.7	5.5	1.4	4.0	18.1	5.3	12.8	
6.0	1.3	4.7	2.8	0.6	2.2	18	5.1	12.9	1992 *
10.4	2.5	7.9	7.5	2.9	4.6	19.1	6.8	12.3	2000 **
3.7	0.6	3.1	2.9	0.6	2.3	11.3	3.0	8.3	2002 ***
3.8	0.8	3.0	5.5	1.4	4.1	15.7	4.0	11.7	2006 ****
									2012-2013 *****

المصدر:

(*) وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الام و الطفل ، جامعة الدول العربية ، الجزائر ، 1992، ص ص48-49.

(**) OMS et INSP : Enquete nationale sur les objectifs de laFin-décennie MICS2-2000 , Algerie ,2001,p 47

(***) وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصاءات : المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 ، التقرير الرئيسي ، بالتعاون مع جامعة الدول العربية ، الجزائر ، 2004، ص63.

(****) MSP et ONS: Enquete national a indicateur multiples MICS3 , Suivi de la situation des enfants et des femmes ALGERIE 2006 , Rapport principal, ALGERIE , Decembre 2008,p65.

(*****)MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4(2012-2013) , Rapport finale, Algérie , 2015, p8.

من خلال هذا الجدول يتبين ان الجزائر كغيرها من الدول النامية تعاني من مشكل سوء التغذية و هذا ما تأكده كل المقاييس المعتمدة ، فحسب البيانات التي جاء بها المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 أن 18.1% من الأطفال مصابون بقصر القامة أي أن أطوالهم تقل عن الطول الطبيعي للأطفال في نفس العمر ، أما فيما يخص النحافة فلقد اتضح أن 5.5 % من الأطفال الذين شملهم المسح مصابون بنقص الوزن بالنسبة للعمر ، كما لوحظ أن مشكل انخفاض الوزن مقارنة بالطول بلغ 9.2%.

أما فيما يخص النتائج التي جاء بها المسح الوطني حول أهداف الألفية لصحة الأم والطفل (EDG 2000 Algérie) فإن هناك ارتفاع طفيف عرفه مؤشر قصر القامة في شكله المعتدل ، حيث بلغ 12.9% بعدما كان 12.8% في 1992 ، اما باقي المؤشرات فلقد عرفت تحسنا ملحوظا فإجمالي الأطفال الذين يعانون النحافة وصلت النسبة إلى 2.8% أما نسبة الذين يعانون نقص الوزن فانتقلت إلى 6% .

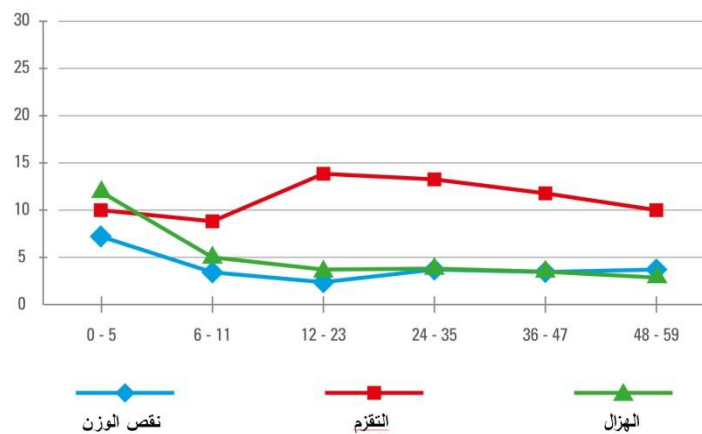
اما من خلال النتائج التي جاء بها المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 فتبين النتائج ان هناك ارتفاعا نسبي في نسب الأطفال المصابين بسوء التغذية مقارنة بالنتائج التي جاءت بها المسوح السابقة .

فبالنسبة للأطفال المصابون بقصر القامة بلغت نسبتهم 19.1% بعدما كانت في حدود 18% في المسوح السابقة ، أما نسبة الأطفال المصابون بالنحافة فلقد بلغت 7.5% ، أما فيما يخص نقص الوزن فلقد بلغت نسبة الإصابة به 10.4%.

أما فيما يخص مسح (Algérie MICS3 2006) فإن النتائج تبين أن هناك تحسن ملحوظ في كل المؤشرات ، حيث انتقلت نسبة الأطفال الذين يعانون من قصر القامة إلى 11.3% ، أما نسبة المصابين بـ النحافة فبلغت 2.9% ، أما فيما يخص نسبة الإصابة بنقص الوزن فبلغت 3.7%.

أما بالنسبة لآخر الإحصاءات المستمدة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر MICS4 2012-2013 ارتفاع في نسبة التقزم بشكله المتوسط و الحاد مقارنة بمسح 2006 من 8.3% إلى 11.7% أما الانخفاض المسجل فهو في مقياس نقص الوزن ، وهذا دليل على تدهور الحالة التغذوية للأطفال الناتجة أساسا عن عدم إتباع حيثيات النظام الغذائي المتزن في عملية التغذية والرسم البياني التالي يدعم ذلك :

الرسم البياني رقم (20): نسبة الاطفال الاقل من خمس سنوات الذين يعانون من نقص وزن معتدل او شديد والذين يعانون من التقزم و الهزال .



Source : MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4(2012-2013) , Rapport finale, Algérie , 2015, p64.

صحيح ان مشكل سوء التغذية عرف انخفاضا ملحوظا منذ الإستقلال وهذا نتيجة تحسين الاوضاع المعيشية من جهة وارتفاع الوعي الصحي للاهالي من جهة اخرى وهذا نتيجة ارتفاع المستوى التعليمي خاصة للامهات ، فلقد تم احرار تقديم كبير في ما يخص مكافحة الامية خاصة بعد سنة 1995.

لقد قدرت نسبة الامية سنة 1989 بـ 43.75% (56.65% عند النساء و 31.07% عند الرجال)⁽¹⁾، كما تتأثر نسبة الامية بوسط الإقامة ، حيث نجد اعلى نسبة في الوسط الريفي ولأجل هذا المشكل قامت الدولة بتعبئة وسائل معتبرة منها البشرية و المالية و مشاركة المجتمع المدني كتثقيف حركة الجمعيات إلى تقليص هذه النسبة . فارتفاع المستوى التعليمي ساعد الكثير من الأمهات الإهتمام بصحة أطفالهن وهذا عن طريق اختيار النمط الغذائي الملائم و السليم وبالتالي تخفيض مشكل سوء التغذية عما كان عليه في سنوات الستينات.

يعود الإرتفاع النسبي الملاحظ في مسح إلى الازمة الإقتصادية في سنوات التسعينات والتي ترتب عليها تخفيض قيمة العملة الوطنية ، الشيء الذي حدد كثيرا من القدرة الشرائية للمواطنين ، فمتوسط الإنفاق على الإستهلاك انخفض بـ 16% بين 1989 و 1997 ونقص الإستهلاك مسّ الكثير من المواد الاساسية كاللّحوم و البيض ومشتقات الحليب و الخضر الطازجة و الفواكه⁽²⁾، وكما هو معروف فهذه الاغذية هي أغذية النمو و الطاقة وهي ضرورية خاصة للطفل ، الشيء الذي يفسر ارتفاع نسبة سوء التغذية بين الاطفال .

بالنسبة للنتائج المستخلصة من مسح Algérie MICS3 2006 فهي تعبر عن تحسن ملحوظ وهذا لزيادة حرص العائلات في تحسين الوضع الصحي لأطفالهن و الاهتمام بالأغذية الصحية و الملائمة وارتفاع الوضع المعيشي نتيجة خروج المرأة للعمل جنبا إلى جنب مع الرجل فالعامل المادي لم يعد عائقا عند الكثير من العائلات رغم غلاء المعيشة ، فنجد الكثير من الأسر وصلت إلى الإفراط في تقديم أنواع مختلفة من الأطعمة للطفل ، الشيء الذي أدى إلى ظهور مؤشر آخر لسوء التغذية و الذي يتمثل في " السمنة " .

(1)- Medecine sans frontier :opcit ,p50.

(2)- INSP et MSP : Programme National de lute contre les carence nutritionnelles chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2010, Algérie , juin 2011 ,p3.4.5.

كما اهتم تقرير معهد الصحة العمومية (INSP) لسنة 2010 بالجانب التغذوي ، فتبين ان نسبة الاطفال الذين شملهم التقرير السنوي و المصابون بقصر القامة قدر بـ 4.8% (3.7% في شكله الخفيف و 0.9% في شكله المعتدل و 0.2% في شكله الحاد) ، أما بالنسبة للنحافة فلقد بلغت نسبة الإصابة بها 3.2% (2.7% في شكلها الخفيف و 0.4% في شكلها المعتدل و 0.1% في شكلها الحاد) أما فيما يخص نقص الوزن فلقد بلغت نسبة الاطفال المصابين به 5% (4.2% في شكله الخفيف و 0.7% في شكله المعتدل و 0.1% في شكله الحاد).

لقد بينت نتائج هذا التقرير أن هناك تحسن مستمر في مشكل سوء التغذية مع نقص في حدته وارتفاع نسبة الشكل الخفيف له . فيما يخص نقص الوزن مثلا فإن أكبر نسبة مثلثها الفئة العمرية 12-23 شهر وهذا بنسبة 5% في شكله الخفيف مقابل 0.6% في شكله المتوسط مقابل 0.08% في شكله الحاد أما فيما يخص قصر القامة فإن أكبر نسبة مثلثها نفس الفئة العمرية وهذا بـ 4.4% أما فيما يخص الشكل المعتدل و الحاد فهما على التوالي : 0.9% ، 0.1%. أما بالنسبة للنحافة فإن أكبر نسبة مثلثها الفئة 24-35 شهر بـ 3.5% في شكله الخفيف مقابل 1.0% في شكله المعتدل و 0.1% في شكله الحاد (1) .

إن تعرض هاتين الفئتين أكثر من غيرهما لمشكل سوء التغذية يعود إلى نمط التغذية التكميلية للرضاعة ، وهذا يعني النقص في الكمية و النوعية الغذائية المقدمة .

كما بينت نتائج التقرير أن 13% من الأطفال الأقل من خمس سنوات مصابون بفقر الدم (2) ، أما عن درجة الإصابة به فهي موضحة في الجدول التالي :

(1)- IBID,p5

(2)- IBID,p7.

جدول رقم (57) : التغير في نسبة فقر الدم حسب درجة الإصابة

النسبة	العدد	درجة الإصابة بفقر الدم
46.5	2402	فقر الدم خفيف
34.4	1778	فقر الدم متوسط
19.1	987	فقر الدم حاد
100	5167	المجموع

Source: INSP et MSP :Programme National de lute contre les carence nutritionnelles chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2010, juin2011 ,p6.

أما بالنسبة للتغطية ب فيتامين D فإن نسبة الاطفال الذين تناولوا الجرعة الاولى في الشهر الاول تبلغ 67.20% أما بالنسبة للجرعة الثانية التي تقدم في عمر ستة اشهر فإلقد بلغت نسبة التغطية 14.75%⁽¹⁾.

أما بالنسبة للمؤشر الرابع لسوء التغذية والذي يتمثل في زيادة الوزن "السمنة" والذي يعرف ب IMC (indice de masse corporelle) وهو مؤشر كتلة الجسم يستعمل بإستمرار لتحديد حالة الجسم (حالة سمنة او نحافة) والذي يحدث نتيجة عدم اتباع النظام الغذائي الصحيح ، وتحسب بقسمة الوزن إلى الطول مربع أي بالشكل التالي :

$$IMC = \text{poids/taill}^2 \text{ en kg /m}^2$$

وحسب النتائج التي جاء بها مسح MICS3 2006 Algérie فإن التغير في هذا المؤشر موضح في الجدول التالي :

(1)- MSP : Etude du surpoids de lobesite et des factures associes du surpoids chez les eleves du systle moyen scolaries dans les colleges publics de LEPSP Bouzareah, SEMEP, 2011 ,p14.

جدول رقم (58): التغير في نسب الزيادة في الوزن في شكله المتوسط و الحاد حسب متغيرات مختلفة

المتغيرات	انتشار الزيادة في الوزن (%)	عدد الأطفال الأقل من 5 سنوات
الجنس	ذكور	6785
	إناث	6573
المنطقة الجغرافية	وسط	4557
	شرق	4036
	غرب	3030
	الجنوب	1735
مكان الإقامة	حضري	7137
	ريفي	6222
العمر بالأشهر	أقل من 6 أشهر	1174
	6 - 11 شهر	1502
	12 - 23 شهر	2760
	34 - 35 شهر	2791
	36 - 37 شهر	2602
	48 - 59 شهر	2529
مستوى التعليمي للأُم	أُمي	4053
	ابتدائي	2553
	متوسط	3266
	ثانوي	2793
	جامعي	692
مؤشر الثروة	فقير جدا	3085
	فقير	2800
	متوسط	2637
	غني	2495
	غني جدا	2341
المجموع	9.3	13358

Source: MSP et ONS: Enquete national a indicateure multiples MICS3 ALGERIE 2006 , Rapport principal, Decembre 2008, p65.

من خلال هذا الجدول يتبين ان مشكل الزيادة في الوزن بلغ نسبة 9.3% في شكله الحاد و المعتدل ، حيث بلغ 10.1% عند الإناث مقابل 8.5% عند الذكور، كما أنّ أعلى نسبة نجدها في المنطقة الغربية من الوطن بنسبة 10.8% وفي المناطق الحضرية بنسبة 10.5% ، اما بالنسبة للفئة العمرية الأكثر تضررا من هذا المشكل فهي الفئة أقل من 6 أشهر بنسبة 15.8% و الفئة 12-23 شهر بنسبة 14.9% ، اما عند ربط هذا المؤشر بالمستوى التعليمي للام فنلاحظ من بيانات الجدول ان أكبر نسبة نجدها عند اطفال الامهات ذوات المستوى العالي و هذا بـ 14% و عند الاسر الغنية و هذا بـ 12.6%.

عند قراءة هذا التحليل نستنتج ان ارتفاع النسبة في الفئة العمرية اقل من 6 أشهر يعود إلى الولادة بوزن مرتفع وهذا لعدم مراعات الجانب التغذوي في فترة الحمل من قبل الام أو لإصابتها بأمراض مزمنة مثل السكري ، كما قد يعود هذا الارتفاع إلى عدم تقيد الام بالرضاعة الطبيعية خلال الستة اشهر و تعويضها بالحليب الاصطناعي .

اما بالنسبة للفئة العمرية الثانية فإن عامل الثروة و التحضر يشكلان وسط غير ملائم لصحة الطفل و هذا للممارسات التغذوية الغير الامنة من قبل الاولياء حتى وإن ارتفع مستواهم التعليمي ، وهذا راجع لنقص التوعية و المعرفة بالأمر الصحية للطفل وكيفية تغذيته ، فحتى الإسلام يامرنا بالوسطية و الاعتدال ، فلا إفراط و لا تفريط ولا إسراف ولا تقصير و هذا لقوله تعالى : " و كلوا واشربوا ولا تسرفوا إنه لا يحب المسرفين " الآية 31 من سورة الأعراف.

فحسب النتائج التي توصل اليها المسح MICS4 2012-2013 بلغت نسبة الزيادة في الوزن عند الاطفال الاقل من خمس سنوات 12%⁽¹⁾. وهذه النسبة في تزايد مستمر ومست جميع الشرائح العمرية ، وكما اشرنا سابقا هذا المؤشر هو انعكاس لعدم اتباع النظام الغذائي الصحي للاطفال.

2- الرضاعة الطبيعية:

تعتبر مسألة الإقبال على الرضاعة الطبيعية من بين أهم النقاط المطروحة في البرنامج الصحي لمكافحة وفيات الاطفال إذ توفر افضل اسلوب لتغذية الاطفال الرضع و تساهم في نموهم و تطورهم الصحيح و تقلل من خطورة إصابتهم بالامراض المعدية .

(1)- MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4(2012-2013), opcit, p 64.

للرضاعة الطبيعية تأثير على صحة الام من خلال تقليل خطر إصابتها بسرطان الثدي من جهة و المبالغة بين الحمل و الآخر من جهة أخرى.

و نظرا لاهمية وفوائد الرضاعة من الثدي يحث الطب الحديث جميع الامهات عليها وذلك منذ الولادة إلى ان يبلغ الطفل الشهر السادس ، ويستحسن استمرار الطفل في الحصول على حليب الام إلى جانب حصوله على التغذية التكميلية بعد هذا السن .

فعلى المستوى الوطني أصبحت مسألة الرضاعة الطبيعية محور اهتمام العديد من الباحثين ففي سنة 1975 اهتمت احدى الدراسات بالوضع التغذوي للاطفال

malnutrition proténo-énergétique de lenfant ، وكان من بين المقاييس المدروسة مؤشر الرضاعة الطبيعية ولقد خلصت هذه الدراسة ان الرضاعة الطبيعية هي الغذاء الاساسي للرضع

ولقد تبين ان نسبة الإستفادة من الرضاعة الطبيعية بلغت 89.77% عند الاطفال الاقل من 3 أشهر و 81% عند الاطفال الذين تتراوح اعمارهم بين 6 و 9 اشهر ، اما متوسط سن الفطام فلقد بلغ 18 شهر⁽¹⁾. لكن هذا المؤشر عرف تراجعا ملحوظا ، ولقد تبين ذلك من خلال النتائج التي توصلت إليها البحوث المنجزة منذ تلك الفترة .

فحسب النتائج التي جاء بها المسح الجزائري 1992 فإن 1/3 فقط من الاطفال استفادوا من الرضاعة الطبيعية و الجدول التالي يوضح ذلك .

(1)- MSP et INSP : Enquete CAP sur l'allaitement maternel apres des menages et des professionnels de sante, resultas préliminaires, octobre 2009, p8.

جدول رقم (59): نسب الأطفال الذين استفادوا من الرضاعة الطبيعية وقت إجراء البحث حسب الجنس ومكان الإقامة

عمر الطفل	مكان الإقامة		جنس الطفل		المجموع
	ريفي	حضري	أنثى	ذكر	
> 3 أشهر	92,9	78,5	90,2	84,1	86,8
5-3	75,4	57,4	66,2	71,4	68,6
8-6	61,2	44,7	50,8	55,1	52,9
11-9	58,1	42,2	54,5	48,5	51,3
14-12	43,1	42,9	40,4	45,7	43,0
17-15	44,3	27,3	41,0	32,5	36,5
20-18	33,1	28,0	27,2	34,5	30,8
23-21	14,9	16,1	14,1	16,9	15,5
29-24	12,4	8,0	9,4	11,8	10,6
30 ≤	1,4	1,0	0,9	1,5	1,2
المجموع	22,4	17,1	19,2	20,9	120,

Source: M.S.P et ONS : Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, «Rapport principal», LEA , 1992 , p103.

من خلال هذا الجدول يتبين أن الفئة العمرية الأكثر استفادة من الرضاعة الخالصة هي الفئة الأقل من 3 أشهر و هذا بـ 86.8% فحسب مكان الإقامة بلغت 92.9% في الريف مقابل 78.5% في الحضر أما حسب الجنس فلقد بلغت 90.2% عند الإناث و 84.1% عند الذكور.

و يبدأ التباين ابتداء من الفئة 3-5 أشهر أين نلاحظ انخفاض هذه النسبة حيث بلغت 68.6% (75.4% في الريف مقابل 57.4% في الحضر).

كما نلاحظ انخفاض نسبة الرضاعة كلما تقدم الطفل في السن حيث بلغت 15.5% في حدود عامين.

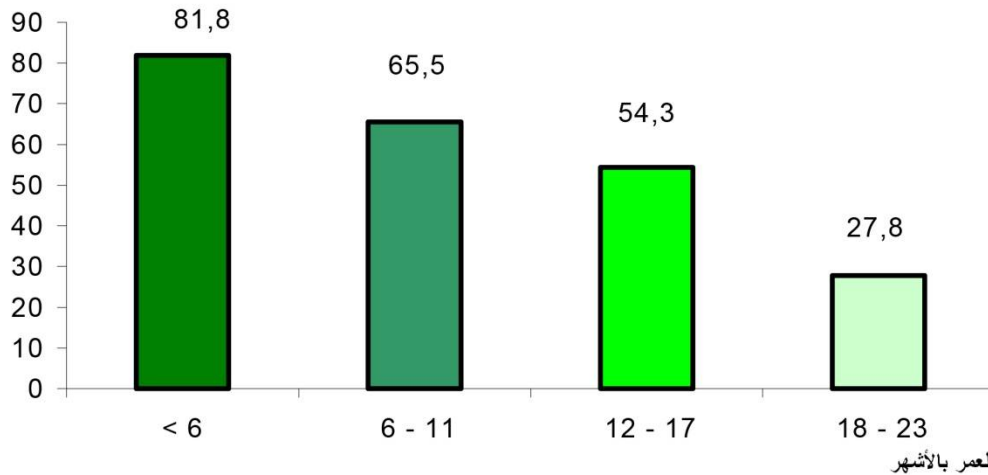
أما عن الأطفال الذين لم يستفيدوا من الرضاعة الطبيعية فالأسباب التي تتذرع بها النساء هي فقدان حليب الأم وقت الولادة وهذا بنسبة 36% , حالة مرض الأم في 16 % من الحالات و هناك اختلاف حسب مكان الإقامة 20% في الحضر مقابل 13% في الريف وهناك أسباب أخرى لكن بنسب أقل كرفض الطفل بـ 6,5 % , مرض الطفل بـ 5,7 % , وفاة الطفل بـ 11,0 % , مشكل الحلمة (tetons) بـ 5,0 %⁽¹⁾.

أما بالنسبة للمسح MDG 1995 فلقد أثبتت النتائج أن نسبة الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية بلغت 56 % لفترة أربعة أشهر فقط التي تلي الولادة وهناك تباين كبير بين الإناث و الذكور وبين المناطق الريفية و الحضرية .

و هناك حوالي 25% من الأطفال فطموا عن الحليب قبل سن ثلاثة أشهر ,والشيئ الملاحظ أن الفطام المبكر نجده في الشمال أكبر من الجنوب و هناك مبادرة هامة تهتم بها كل من OMS و UNICEF و Comitè Nationale De Neonatologie وهي « المستشفيات أصدقاء الرضع » « Hopitaux Amis Des Bebes » وتهدف إلى إرشاد و توعية الأمهات عن أهمية حليب الأم في غذاء الطفل⁽²⁾.

و حسب المسح الجزائري لأخر العشرية " EDG 2000 " أن نسبة الرضاعة الطبيعية للأطفال وقت إجراء المسح كانت تقدر بـ 74.2% في السنة الاولى من العمر و 40.8% في السنة الثانية من العمر، إذا هي تتناقص كلما تقدم الطفل في العمر و الرسم البياني التالي يوضح ذلك :

الرسم البياني رقم(21): انتشار الرضاعة الطبيعية حسب الفئة العمرية بالنسبة للأطفال الأقل من سنتين



source : .. OMS et INSP : Enquete nationale sur les objectifs de laFin-décennie MICS2 , Algerie ,2001,65.

(1)- MSP et ONS : Enquete Algérienne sur la sante de la mere et de lenfant ,opcit , pp 102-103

(2)- Medecine sans frontier :opcit ,pp77,78.

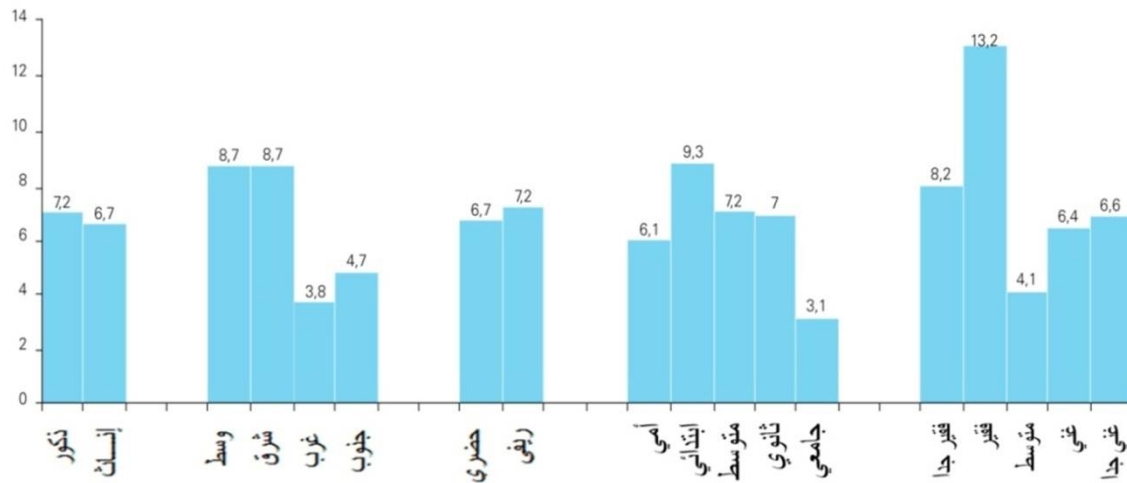
من خلال هذا الرسم يتبين أن متوسط الرضاعة الطبيعية للأطفال الأقل من 6 أشهر تبلغ 81.8% (94.5% للأطفال الأقل من 3 أشهر و 70.4% للأطفال الذين يبلغون من 3-5 أشهر) أما بالنسبة للأطفال من 6 إلى 11 شهر فهي تقدر بـ 65,5 % و بالنسبة للأطفال من 12 إلى 17 شهر فهي تقدر بـ 54,3 % أما من 18 إلى 23 شهر فهي تقدر بـ 27,8 %.

بالنسبة لمسح 2002 حول صحة العائلة فالنتائج التي جاء بها تبين أن الأمهات يعين جيدا أهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة لحياة الطفل ، فنجد أن 91,1 % من النساء أرضعن أطفالهن طبيعيا لكن المدة تختلف من امرأة لأخرى فنجد 30,3 % أرضعن فقط لمدة أقل من أربعة أشهر و 44,4 % لمدة أكثر من 12 شهر ، إذا المدة المتوسطة للرضاعة الطبيعية هي 12,8 % ، (13.11 % شهرا بالنسبة للحضر مقابل 12,7 % بالنسبة للريف).

و عن الأسباب الأساسية التي تذرعت بها نسبة 8% من النساء اللواتي لم يرضعن أطفالهن طبيعيا فهي نقص أو عدم توفر الحليب بنسبة 42,9 % ، حالة مرض الأم في 11.7% من الحالات و 9.7% حالة رفض الطفل ، مشكل الحلمة « tetons » في 7.5 % من الحالات (1).

فيما يخص النتائج التي توصل إليها المسح الوطني MICS3 2006 فالنتائج المتوصل إليها تبين أن نسبة الأطفال الأقل من 6 أشهر الذين تلقوا رضاعة طبيعية تقدر بـ 6.9% وهي تزيد في المناطق الريفية عن الحضرية بالنسب التالية على التوالي 7.2% ، 6.7% . كما تنخفض نسبة الرضاعة عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي المرتفع حيث قدرت النسبة بـ 3.1% والرسم البياني التالي يوضح ذلك :

الرسم البياني رقم (22): نسب الرضاعة الطبيعية الحصرية عند الأطفال الأقل من 6 أشهر حسب متغيرات مختلفة

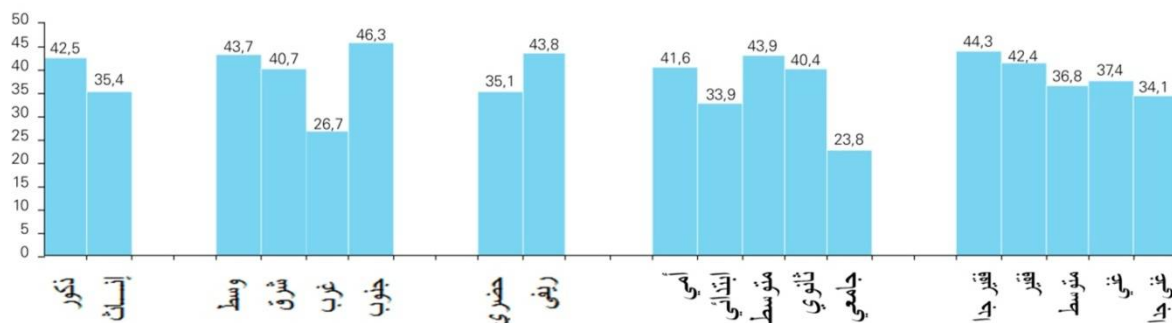


Source: MSP et ONS: Enquete national a indicateure multiples MICS3 ALGERIE 2006 , Rapport principal, Decembre 2008, p68.

(1)- MSP et ONS : Enquete Algérienne sur la sante de la famille 2002 ,LEA , rapport préliminaire,juin2004,p40.

أما بالنسبة للأطفال في الفئة العمرية 6-9 أشهر و الذين يعتمدون على غذاء اخر مكمل فلقد بلغت النسبة 39% (42.5% عند الذكور مقابل 35.4% عند الإناث ، كما بلغت النسبة 43.8% في الريف مقابل 35.15 في الحضر ، كما تنخفض هذه النسبة عند ذوات المستوى التعليمي العالي و عند الاسر الأكثر ثراء). والرسم البياني التالي يدعم ذلك:

الرسم البياني رقم (23): نسب الاطفال في الفئة العمرية 6-9 أشهر الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية مع غذاء تكميلي



Source: MSP et ONS: Enquete national a indicateure multiples MICS3 ALGERIE 2006 , Rapport principal, Decembre 2008, p68.

و فيما يخص النتائج التي توصل إليها المسح الأخير MICS4 2012-2013 فإن 26% من الاطفال الأقل من 6 اشهر استفادوا من الرضاعة الطبيعية و 27% بالنسبة للاطفال من 20 إلى 23 شهر.

كما تزيد ممارسة الرضاعة الطبيعية في الشمال الشرقي للبلاد بنسبة 38% ، في حين بلغت 11% في الوسط .كما تبين من خلال المسح أن ممارسة الرضاعة الطبيعية بلغ 54% عند ذوات المستوى المنخفض و 51% عند ذوات المستوى التعليمي العالي (1).

من خلال هذا التحليل الوجيز نستنتج ان الرضاعة الطبيعية حقا هي في تراجع مستمر رغم ارتفاع مستوى المعيشة و المستوى التعليمي وهذا يدل على قلة الوعي و الثقافة الصحية وهنا لابد من تدخل مسؤولي القطاع الصحي خاصة من خلال الإكثار من الحملات التوعوية ودق ناسور الخطر من جراء الإبتعاد عن هذه الممارسة الحميدة ، وعدم الترويج المغري للحليب الإصطناعي ، فلا شيء يضاهي حليب الام .

ثالثا - التحصين ضد الأمراض :

كما هو معروف أنه يمكن تقليل تعرض الأطفال بالإصابة بالأمراض المعدية و تحسين فرص حياتهم عن طريق تحصينهم ضد الأمراض الشائعة بين الأطفال (الدرن - الدفتريا - السعال الديكي - التيتانوس - شلل الأطفال - الحصبة) وحقيقة عملت التغطية التحصينية على حماية ارواح العديد من الاطفال منذ بداية تنفيذ البرنامج التحصيني 1974.

و لقد تبين من خلال الكارت الصحي الخاص بالأطفال أن حوالي 96 % من الأطفال دون الخامسة الذين شملهم المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل "1992" قد تلقوا نوعين من التطعيم فبالرغم من ارتفاع معدل التطعيم عما كان عليه سابقا ، إلا أن البيانات تشير إلى انخفاض معدل التطعيم كلما انقلنا من جرعة إلى جرعة تالية و كذلك ارتفاع نسبة الآذين لا يأخذون الجرعات في الأعمار المناسبة لها .

(1)- MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012-2013), opcit, p 64.

فمثلا نجد 85 % من الأطفال أكبر من عام قد استكملوا جميع جرعات التطعيم أما بالنسبة للأطفال الذين لم يتلقوا أي نوع من التطعيم أو الذين لم يستكملوا كل الجرعات المقررة فلقد اتضح أن الأسباب الرئيسية وراء ذلك تتلخص في بعد مكان التطعيم في 23% ، عدم معرفة الأم بأهمية التطعيم في 20% ، اعتقاد الأم بصغر الطفل في 12% من الحالات و عدم الإلمام بأهمية إعادة الزيارة و هذا بنسبة 11%⁽¹⁾.

و حسب ما جاء في تقرير تحليل صحة الأم والطفل في الجزائر لسنة 1999 تبين النتائج التي توصل إليها أن نسبة التغطية الوطنية للتحصين لم تصل المستوى 90% في جميع أنحاء الوطن هذا لأنه هناك بعض المناطق من الوطن تبقى فيها نسبة التغطية منخفضة ، فمثلا في بعض ولايات الغرب هناك فقط نسبة 68% من الأطفال محصنون ضد الحصبة و 74 % محصنون ضد DTCP3 سنة 1998⁽²⁾. و الجدول التالي يوضح لنا تطور التغطية في مجال التحصين من سنة 1994 إلى سنة 1998 .

جدول رقم (60): تطور التغطية في مجال التحصين من سنة 1994 إلى سنة 1998 .

1998	1997	1996	1995	1994	اللقاح / vaccin
%95	%94	%95	%94	%93	BCG
%75	%74	%75	%70	%69	VAR
%80	%79	%77	%73	%75	DTCP3
%89	%88	%85	%86	%82	DTCP1
%85	%83	%79	%81	%78	DTCP2

Source: MSP / cité par Medecines Sans Frontieres ,Analyse de la situation de lenfance et de la femme en Algerie , rapport national, Beijing , 4-15 septembre 1995 ,P79.

BCG : السل*

VAR : اللقاح ضد الحصبة *

DTCP : اللقاح ضد الدفتريا - التيتانوس - السعال الديكي - الشلل *

(1)- MSP et ONS : Enquete Algérienne sur la sante de la mere et de lenfant 1992, opcit ,p 286.

(2) - Medecines Sans Frontieres : opcit, p78.

و عن أسباب عدم تلقي أي نوع من التطعيم أو عدم استكمال هذا راجع إلى عدم توفر اللقاح بكميات كبيرة سنة 1993 ، بعد المراكز الصحية في بعض المناطق و عدم توفر الفرق المتنقلة بالقدر المطلوب وأحيانا عدم احترام الأولياء لبرنامج التلقيح⁽¹⁾.

و لقد تبين لنا من خلال المسح EDG 2000 أن هناك تحسن ملحوظ في نسب التلقيح مقارنة بنتائج المسح MDG 1995 بالنسبة للأطفال من 12 - 23 شهر بلغت نسبة التلقيح 82 % بعدما كانت 73 % « MDG1995 » وهذا قبل بلوغهم عيد ميلادهم الأول و قدرت ب 87 % مقابل 84 % « MDG 1995 » قبل بلوغهم عيد ميلادهم الثاني ، فالطفل الملقح كليا هو الطفل الذي أخذ كل الجرعات قبل بلوغه عامين وهذا من خلال الإعتماد على دفتر التلقيح⁽²⁾.

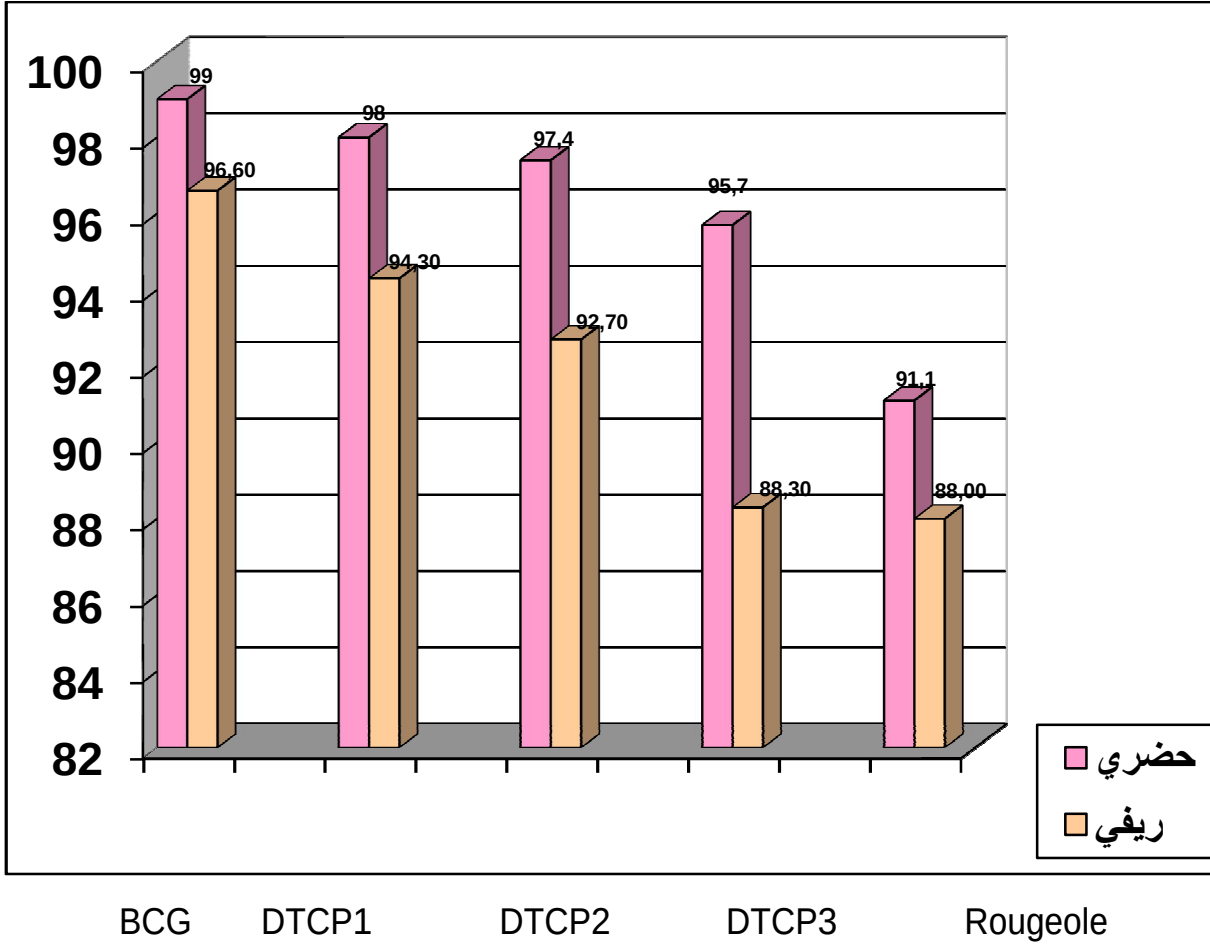
أما بالنسبة للمسح الجزائري حول صحة العائلة لسنة 2002 فالنتائج التي جاء بها تبين أن أكثر من 97,1% من الأطفال يملكون دفتر صحي للتلقيح , 98% في المناطق الحضرية و 96,0% في المناطق الريفية .

فبرنامج التلقيح محترم عموما من طرف الجميع ، إن زيادة نسبة التغطية في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية يرجع إلى بعد المراكز الصحية أو عدم تواجدها خاصة في المناطق النائية⁽¹⁾. و الرسم البياني التالي يوضح لنا نسبة الأطفال المحصنين حسب نوع اللقاح و مكان الإقامة.

(1)- IBID ,p79.

(2)- M.S.P et I.N.S.P : Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie , opcit ,p 104.

رسم بياني رقم (24) : نسبة الأطفال المحصنين حسب نوع اللقاح و مكان الإقامة

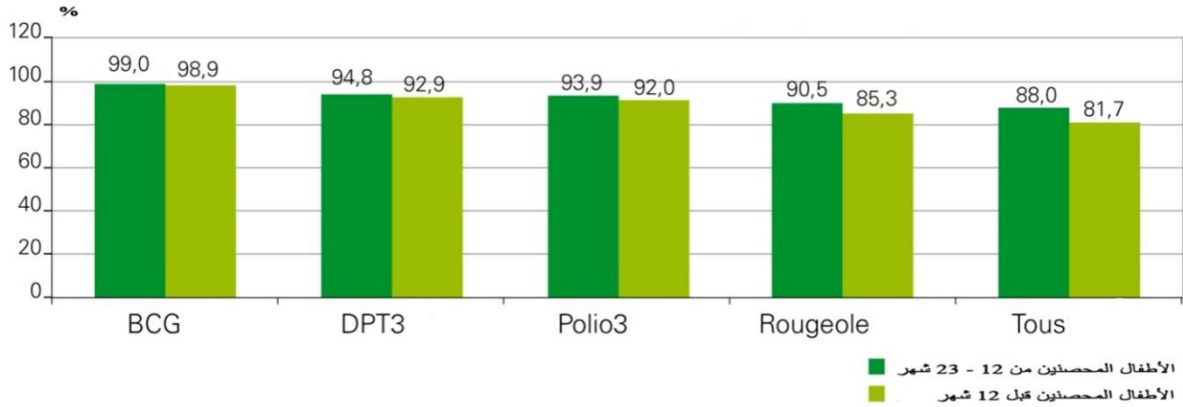


Source : MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sante de la famille 2002, LEA , rapport préliminaire, juin2004 ,p41.

اما بالنسبة للمسح الجزائري MICS3 2006 Algérie فإن نسبة التغطية التحصينية للأطفال 23-12 شهر وصلت إلى 98.9% بالنسبة لـ BCG و 92.9% للجرعة الثالثة من لقاح DTC و 92% للجرعة الثالثة من لقاح POLIO و 85.3% بالنسبة للحصبة ⁽¹⁾. و الرسم البياني التالي يوضح ذلك

(1)- MSP et ONS : Enquete Algérienne sur la sainte de la famille 2002 , opcit ,p 41.

الرسم البياني رقم (25): التغطية التحصينية للأطفال من 12-23 شهر المحصنين ضد أمراض الطفولة



Source: MSP et ONS: Enquete national a indicateure multiples MICS3 ALGERIE 2006 , Rapport principal,

Decembre 2008, p82.

اما بالنسبة للقاح (Hépatite B 3) فلقد أضيف لجدول التلقيح في عام 2000 ولم يبدأ تنفيذه إلا بعد عام 2003⁽²⁾.

و لمعرفة أوسع للتغطية التحصينية من (1992- 2006) في الجزائر نستعرض الجدول التالي و هو كملخص لكل المسوح الوطنية في هذا المجال .

(1)- MSP et ONS: Enquete national a indicateure multiples MICS3 ALGERIE 2006 , opcit, p83.

(1) - ibid, page 83.

الجدول رقم (61): التغطية التحصينية للأطفال من 0-59 شهر من خلال مسح مختلفة وطنية.

MCS4***** 2012-2013	MICS3***** 2006	2002**** صحة الأسرة	***2000 MICS2	1995 **MICS1	Pap 1992 child*	المسوح اللقاح
98.3	99	99	99	91	97	BCG
91	94.8	96.3	91	84	89	DTC3
90.5	93.9	90.6	91	84	-	Plio
90.3	90.5	92.3	96	78	85.7	Rougoul
89.1	79.8	-	-	-	-	Hepatitis B3

ملاحظة : اللقاح Hepatitis B3 وضع في رزمة التلقيحات في سنة 2000 وبدأ تطبيقه ابتداء من سنة 2003

المصدر : (*) وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل ، جامعة الدول العربية ، الجزائر ، 1992، ص

. OMS et MSP : Enquete nationale sur les objectifs de la Mi-décennie MICS1-1995 , UNICEF, Algerie ,1995,p58. (**)

(***) OMS et INSP : Enquete nationale sur les objectifs de la Fin-décennie MICS2-2000 , Algerie ,2001,p79

(****) وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصاءات : المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 ، التقرير الرئيسي ، بالتعاون مع جامعة الدول العربية ، الجزائر ، 2004، ص79.

(*****) MSP et ONS: Enquete national a indicateurs multiples MICS3 , Suivi de la situation des enfants et des femmes ALGERIE 2006 , Rapport principal, ALGERIE , Decembre 2008,p82.

(*****)MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4(2012-2013) , Rapport finale, Algérie , 2015, p8.

من خلال هذا الجدول نستنتج أن الجزائر حققت تقدما ملحوظا في هذا المجال الشيء الذي يفسر انخفاض وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات .

رابعا - شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب :

تؤثر البيئة التي يعيش فيها الأطفال تأثيرا كبيرا على حالتهم الصحية ، فالعديد من الأمراض المعدية التي تصيب الأطفال تنتقل عن طريق المياه الملوثة و يرتبط تلوث المياه بكل من نوعية المصدر الرئيسي للمياه وكذلك بالحاجة إلى تخزين المياه داخل المسكن، وتتأثر البيئة أيضا بمدى توافر شبكات الصرف الصحي، كما يمتد تأثير عوامل البيئة أيضا ليشمل مدى نظافة المنطقة المحيطة بالمسكن.

و لقد بينت نتائج المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل أن هناك علاقة بين هذه العوامل البيئية و انتشار المرض ، حيث لوحظ أن أمراض الإسهال هي الأكثر انتشارا بين الأطفال المقيمين في المنازل

التي لا تحصل على مياه من شبكة عامة ، فالكثير من العائلات خاصة في الريف مصدر مياه الشرب عندها هي الآبار وفي الكثير من الأحيان لا تكون معالجة.

كما لوحظ من نتائج المسح أن الإسهال الحاد أكثر انتشارا عند الأطفال المقيمين في أسر تقتقر إلى مصادر صرف صحي ، أما الأمراض التنفسية فهي تزيد في المدن عنها في الأرياف وهذا نتيجة لتلوث الهواء الناتج عن الازدحام و فضلات المصانع كالإسمنت و التبغ (1).

كما اهتم المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002 بالعلاقة بين وفيات الأطفال وبعض خصائص المسكن ولإسيما المصدر الرئيسي لمياه الشرب و توفر المسكن على شبكة الصرف الصحي و طريقة التخلص من القمامة و بينت النتائج أن نسبة الوفاة تكون 29.8% عندما يكون مصدر المياه الشبكة العامة ، في حين يرتفع إلى 39.9% إذا كان المصدر شيء آخر.

أما بالنسبة للارتباط بشبكة الصرف الصحي فإن المعدل يبلغ 42.2% عندما تقتقر الأسر لشبكة صرف صحي بينما تنخفض النسبة إلى 29.4% عند توفر مرافق الصرف الصحي السليم (2).

و نظرا لأهمية هذا المؤشر (الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب) بذلت الدولة مجهودات جبارة من اجل توصيل هذه الشبكات على مستوى كامل القطر الوطني .

و منه فإن التزويد بالماء المحسن في تزايد في الفترة (2004-2005)، فنسبة السكان المستفيدين من الماء الصالح للشرب المحسن تبلغ 85.1% منها 87.9% في المناطق الحضرية و 81.6% في المناطق الريفية .

أما فيما يخص نسبة السكان الذين يستعملون وسيلة تصريف صحي محسن تقدر بـ 92.7% منها 97.6% في الوسط الحضري مقابل 86.5% في الوسط الريفي (3).

أما حسب البيانات التي جاء بها مسح Algérie MICS3 2006 حول الاستفادة من مياه محسنة ومرافق صرف صحي سليمة فهي موضحة في الجدول التالي :

(1)- وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الام و الطفل ، مرجع سابق ، ص 64.

(2)- وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، جامعة الدول العربية ، التقرير الرئيسي، 2004، ص48.

(3)- اليونيسيف بالجزائر: مخطط العمل الوطني للطفولة 2008-2015 ، مرجع سابق ، ص 19.

جدول رقم (62): مركب يبين النسبة المئوية للسكان الذين يستعملون مصادر مياه محسنة و الذين يستهلكون المياه من مصادر حفظ أمانة و الذين يستعملون مرافق صرف صحي سليمة.

% للسكان الذين يستعملون المياه الصالحة للشرب	نسبة استهلاك المياه من		% للسكان الموصولون بشبكات صرف صحي سليم	
	أماكن حفظ أمانة	أماكن حفظ غير آمنة		
الريف	81.6	81.8	14.6	86.5
الحضر	87.9	88.3	11.7	67.6
المجموع	85.1	85.45	29.3	92.7

source : MSP et ONS: Enquête national a indicateurs multiples MICS3 , Suivi de la situation des enfants et des

femmes ALGÉRIE 2006 , Rapport principal, Algérie , Décembre 2008,pp43-45.

من خلال هذا الجدول يتبين أن 85.1% من السكان موصولون بشبكة مياه محسنة (87.9% في الوسط الحضري مقابل 81.6% في الوسط الريفي) ونظرا لقلّة المياه الصالحة للشرب في الجزائر يحدث انقطاع هذه المياه في العديد من الحالات ، الشيء الذي يدفع بالعائلات إلى عملية تخزينها من أجل الاستهلاك .

فالملاحظ من النتائج المتوصل إليها أن 85.45% يستهلكون مياه موجودة في أماكن حفظ أمانة، (88.3% في الأماكن الحضرية مقابل 81.8% في الأماكن الريفية) ، أما 11.7% من العائلات الحضرية فلا تراعين شروط الحفظ مقابل 14.6% من العائلات الريفية ، الشيء الذي يترتب عنه ظهور العديد من الأمراض مثل الكوليرا و التيفوئيد ، أما بالنسبة للتوصيل بشبكة الصرف الصحي السليم فإن 92.7% من السكان موصولين بشبكة صرف صحي (97.6% في الحضر مقابل 86.5% في الريف .

اما حسب النتائج التي أتى بها المسح MICS4 2012-2013 فإن 86% من السكان يستعملون مياه آمنة للشرب (87% في المناطق الحضرية مقابل 84% في المناطق الريفية)اما المناطق الجنوبية فنسبة استعمال المياه الآمنة ضعيفة و تقدر ب 55%.

اما فيما يخص شبكة الصرف الصحي ، فتبين من نتائج المسح ان 95% من السكان موصولون بشبكة الصرف الصحي ، 97% في الحضر مقابل 92% في الريف.⁽¹⁾

فمن خلال هذه النتائج و رغم التطور الملاحظ إلا أنه مازال على عاتق الدولة أن تدرك الوضع خاصة في المناطق النائية و التي تعاني من العزلة و التهميش .

(1)- MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4(2012-2013) , opcit ,

pp 108.116.

خلاصة الفصل

الطفولة مرحلة لا نظير لها في نمو الطفل و نمائه، لكنها أيضا المرحلة التي يصاب بها بمشاكل صحية خطيرة ، ومن المهم النظر إلى صحة الطفل من خلال نهج يشمل تركيزه على مدى الحياة بما يتماشى مع النهج القائم على حقوق الإنسان بدءا من الولادة إلى الطفولة وصولا على المراهقة.

فحق الطفل في الصحة هو التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه ، وبأن تبذل الدول قصارى جهدها لتضمن أن لا يحرم الطفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ، وعلى الدول اخذ التدابير لخفض وفيات الرضع و الأطفال ، ومكافحة الأمراض و سوء التغذية ، وتوعية الآباء بالتغذية السليمة للطفل و بأهمية الرضاعة الطبيعية ، ومبادئ حفظ الصحة ، و الإصحاح البيئي والابتعاد عن السلوكات التي تضر بصحة الأطفال.

لكن يبقى تحقيق التقدم في مجال صحة الطفل متفاوت عند جميع دول العالم ، وهذا مرتبط بمدى التقدم في المؤشرات المرتبطة بتقييم الوضع الصحي للأطفال .

ولقد تناولنا في هذا الفصل لمحة عن الوضع الصحي للأطفال في العالم ، ثم في الوطن العربي و أخيرا في الجزائر حتى نتمكن من معرفة مدى التقدم الذي حققته هذه الدول في مجال صحة أطفالها.

ولقد توصلنا إلى ان دول العالم المتقدمة حققت تقدما ملموسا في مجال صحة الأطفال و الذي يعكس ذلك هو الإنخفاض في معدلات وفيات أطفالها و ارتفاع أمل الحياة وقلة المشاكل المتعلقة بسوء التغذية و التفوق في تحقيق أعلى مستوى فيما يخص مسالة الإصحاح البيئي و توفير المياه الآمنة لسكانها فلقد زاد مستوى التغطية إلى 86% في عام 2008 بالنسبة لمنطقة شرق أسيا .

أما فيما يخص دول العالم المتخلف وخاصة الدول الإفريقية فالوضع الصحي لأطفالها لا يرثى له فمازالت هذه الدول بعيدة كل البعد عن تحقيق أهداف التنمية المسطرة من خلال القمم العالمية للصحة نتيجة الارتفاع الكبير في معدلات الوفاة و مشاكل سوء التغذية وعدم إيصالهم بشبكة الصرف الصحي المحسن و لا مياه شرب آمنة.

ففي عام 2010 وجد أن أكثر المناطق التي يتفشى فيها الفقر تقع في أفريقيا ، و جنوب الصحراء الكبرى وجنوب أسيا . وما يميز هذه المناطق كثرة الصراعات التي زادت من تدني الوضع الصحي فيها . فحسب تقرير 2011 للأمم المتحدة تبين انه ما يقرب نصف السكان في مناطق الدول

النامية لا يستخدمون أي نوع من أنواع الصرف الصحي المحسن في عام 2008. وهذا يشكل مخاطر صحية هائلة ، أما مستوى التغطية بالمياه الآمنة فلقد بلغ 60% فقط ، وهناك تفاوت بين المدن و الأرياف في هذا المجال ففرص الحصول على مياه آمنة لقاطني المدن يبلغ 1.8 مرة أكثر من فرص قاطني الأرياف (1).

كما يعرف الوضع الصحي في الدول العربية هو الآخر تدهورا ملحوظا رغم الجهود المبذولة من اجل بلوغ أهداف التنمية المرجوة . صحيح أن هذه الدول حققت تقدما مشهودا في مجال الحد من مسببات الوفاة ومن ثم إطالة العمر المتوقع عند الميلاد ، لكن التحديات مازالت قائمة إذ هناك تفاوت كبير بين هذه الدول خاصة الفقيرة و التي ابتليت بويلات الحروب الأهلية و بمشكلة ما يسمى بالربيع العربي ومنه فبلوغ مرامي الألفية لم تتحقق رغم توفر الأموال عند بعض الدول .

والجزائر باعتبارها قطر من الأقطار العربية هي الأخرى رغم ما حققته من مكاسب في المجال الصحي وصحة الأطفال بصفة خاصة ، مثل تخفيض معدلات الوفاة و سوء التغذية و تمكين الناس من الوصول إلى مياه شرب آمنة و توفير شبكات صرف صحي محسنة إلا أنها هي الأخرى مازالت لم ترقى إلى المستوى المطلوب .

لقد شهدت الجزائر تغيرا واضحا في الهيكلية المرضية وهذا بفعل الارتفاع في الأمراض المزمنة و المتقلة و الناتجة أساسا عن مشاكل اجتماعية كأزمة السكن و إلى ضعف أنظمتها الصحية التي أصبحت لا تلبي احتياجات المواطنين سواء من حيث الكم أو الكيف بسبب قلة الهياكل و سوء توزيعها.

و في الفصل الموالي سوف نسلط الضوء على أهم الأمراض التي تفتك بحياة الأطفال الأقل من خمس سنوات والتي في الكثير من الأحيان تبقى أثارها على الطفل في مراحل متقدمة من عمره لذلك فتبني سياسة الإصلاح واجبة في القطاع الصحي من اجل الرفع بصحة الأفراد فعبئ المرض لا تتحمله الأسرة لوحدها بل له انعكاسات على مسيرة التنمية الاقتصادية للبلد بأسره .

(1) - الأمم المتحدة: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية ، نيويورك، 2011، ص ص 56-57.

الفصل الخامس

أمراض الطفولة

تمهيد

المبحث الأول: الأمراض الشائعة و المعدية

1- الأمراض الشائعة و المتكررة الحدوث عند الأطفال

1-1- ارتفاع درجة الحرارة:

1-2- التقيؤ المرضي

1-3- الأمراض الصدرية و التنفسية

1-3-1- الإصابة بالزكام

1-3-2- الإصابة بذات الرئة (الالتهاب الرئوي)

1-4- الإسهال (Diarrée)

1-5- الأمراض الجلدية (Dermatologiste)

1-6- داء الديدان

1- الديدان الخيطية او ديدان " الاكسيورس "

2- ديدان الاسكارس

3- الدودة الشصية (الإثني عشرية)

1-7- فقر الدم عند الأطفال (Anémie)

2- الأمراض المعدية الوبائية

2-1- الحصبة (Rougeole)

2-2- الحصبة الألمانية (الحميراء) (Rubéole)

2-3- ذات الغشاء الأبيض (الخناق) أو الدفتريا

2-4- السعال الديكي (Coqueluche)

2-5- شلل الأطفال (Poliomyelite)

2-6- التهاب الغدة النكافية (Oreillons)

2-7- الكزاز (التيتانوس) (Tétanos)

2-8 - التدرن الرئوي (السل) (Tuberculose)

2-9 - التهاب الكبد الفيروسي :

2-9-1 - التهاب الكبد الفيروسي الوبائي " أ " (HAV)

2-9-2 - التهاب الكبد الفيروسي " ب " (HBV)

المبحث الثاني: الامراض المزمنة عند الاطفال

1- الامراض المزمنة المرتبطة بالتلوث البيئي

1-1- الربو (Asthm)

2- الامراض المزمنة و النظام الغذائي

2-1 مرض السكري عند الأطفال

2-2 - السمنة لدى الاطفال

3- بعض الامراض المزمنة التي يكون مصدرها امتدادا للحالة الصحية في مرحلة

الطفولة المبكرة

3-1- ارتفاع ضغط الدم

3-2- أمراض القلب

3-3- الإصابة بالسرطانات

4- النظام الغذائي و أمراض الفم

المبحث الثالث : الامراض الناتجة عن الحوادث المنزلية للاطفال

1- حوادث السقوط و التزحلق

2- الحروق

3- حالات التسمم

4- الإصابات الناتجة من اللعب

خلاصة الفصل

الفصل الخامس : أمراض الطفولة

تمهيد

يعتبر المرض حدث اجتماعي يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية و الاجتماعية و الاقتصادية ، الشيء الذي يتوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته إن أمكن أو التخفيف من حدته عند حدوثه ، كما انه يؤثر على الناس بطرق مختلفة قد تكون مباشرة أو غير مباشرة و للمرض معاني مختلفة:

- المرض لغة: حسب ما جاء في المصباح المنير للمقريء يعني " التعب " و هو حالة خارجة عن الطبع ضارة بالفعل و المرض كل ما خرج به الإنسان عن الصحة من علة أو نفاق أو تقصير في أمر. و يأخذ مفهوم السقم حيث ورد في المصباح المنير سقم سقما بمعنى تعب و طال مرضه ، و في مختار الصحاح للرازي وردت كلمة مرض بمعنى سقم.

- المرض اصطلاحاً: فتتعدد تعريفاته و تتنوع بتعدد تعريفات الصحة، و يعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية من التعريفات المهمة ، وفي هذا التعريف تشير المنظمة إلى أن " الصحة هي حالة من المعافاة الكاملة الجسدية و العقلية و الاجتماعية و ليست مجرد غياب المرض أو العاهة "(1)

فمن خلال هذا التعريف يتبين أن الناحية البدنية و النفسية و الاجتماعية هي المكونات الأساسية لتمتع الفرد بالصحة ، وقد اعتبر هذا التعريف بمثابة هدف يسعى إلى تحقيقه كل العاملين و المسؤولين عن الصحة.

و يمكن من خلال تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة صياغة تعريف إجرائي للمرض على النحو التالي: " المرض هو الحالة التي يكون عندها العقل أو النفس أو الجسم أو بعض أجهزته أو أعضائه في حالة اضطراب و خلل في وظائفها ".

(1) - منظمة الصحة العالمية : صحتنا من سلامة كوكبنا ، تقرير اللجنة التابعة لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة و البيئة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط،

أما كما عرفته الموسوعة البريطانية هو " انحرافا ضارا و مؤذيا عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي ، حيث تظهر عليه عدة علامات و أعراض تدل على أن حالته غير طبيعية ، لذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض " (1).

إن الاهتمام بالمرض ليس وليد الساعة ، بل كان منذ أقدم العصور ، ولهذا نجد تنوعا في أساليب وإجراءات المجتمعات للتصدي له وقاية و علاجا بدءا من الحماية من أخطار الطبيعة و من البرد و الحر مروراً بالسحر و الطب الشعبي و غيرها وصولاً إلى ما حققه الإنسان من تقدم علمي مكنه من القضاء على العديد من الأمراض وخاصة منها الوبائية و السارية.

لقد كان ابوقراط أول من أشار إلى مصطلح "وبائي" ، كما كان أول من أشار إلى توزيع المرض وفقاً للزمان و المكان و الأشخاص المصابين وتكلم عن احتمال العلاقة بين المرض و البيئة.

وقد تعرض أطباء الحضارة العربية الإسلامية لموضوع الأوبئة بالتفصيل و نجد هذا في كتابات الرازي عن الجدري و الحصبة و ما كتبه ابن سينا في القانون و علي ابن العباس في كامل الصناعة.

أما في العصر الحالي فلقد تطور مفهوم المرض عما كان عليه سابقا و تعتبر مرحلة التركيز على الأمراض المعدية أهم مرحلة فيه لأنها واكبت الاكتشافات الجرثومية الأولى التي كان أهم رجالها لويس باستور (1822-1895) و روبرت كوخ (1843-1910) و حفلت هذه المرحلة باكتشاف العديد من العوامل الممرضة و أصبح كل الانتباه مركزا على الأحياء الدقيقة و دورها في تسبیب المرض.

و اعتبرت مسلمات كوخ مرشدا لإقامة البرهان على نسبة المرض ، فهذه المرحلة لعبت دورا أساسيا في وضع الأسس لمكافحة الأمراض المعدية و القضاء عليها.

كما تعتبر مرحلة الأمراض الغير معدية أيضا مرحلة مهمة و يعتبر جوزيف غولد برغر J.GOLDBERGER (1874-1927) رائدا في هذه المرحلة ، فقد بين خلال مجموعة ممتازة من التجارب الغذائية أن " البلاغرا " تتجم عن عوز غذائي و ليس مرضا معديا.

(1) - عبد السلام بشير الدويبي: علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص54، 53.

كما كان للتحوّل الوبائي و الذي تميز بظهور أنواع جديدة من الأمراض كالسرطانات وأمراض الجهاز القلبي وأمراض السكري و الحوادث ...الخ في فترة الثلاثينات و الأربعينات إلى قيام الباحثين في المجال الصحي إجراء دراسات عديدة حول سياسات هذه الأمراض أدت إلى كشف عوامل الخطر و إلى تطوير مفهوم المراضة⁽¹⁾.

إن الإصابة بالمرض مرتبطة بمتغيرات عدة منها الجنس و السن و المجموعات الإثنية و الوضع العائلي والمهنة ..الخ ، فالعمر مثلا متغير هام يستخدم دائما في الدراسات الوبائية إذ انه ذو علاقة واضحة لوقوع المرض.

ونحن في بحثنا هذا سوف نهتم بالمراضة عند فئة الأطفال الأقل من خمس سنوات ، لأنه كثيرا ما نسمع أن أمراض معينة تصيب هذه الفئة دون سواها فمنها ما هي شائعة ومعروفة عند العامة منها المعدية والغير المعدية ومنها الوبائية وهناك حالات مرضية ناتجة عن الحوادث وحالات التسمم و سوء التغذية ، كما يمكن أن تكون الأمراض خلقية وهي تصيب الطفل أثناء وجوده داخل رحم الأم.

ففي كل مرحلة يمر بها الطفل، يكون جسمه يتميز بعدد من الخصائص التركيبية و الوظيفية تحتاج إلى ظروف شتى في النظام اليومي و في العناية و التغذية و تعتبر السنة الأولى من أصعب المراحل في حياة الطفل، ففي هذه المرحلة تظهر عيوب النمو و الإصابات المتخلفة عن الولادة في مختلف الأعضاء كاختلال الدورة الدموية في المخ إلى درجة النزيف في داخل الجمجمة و كسور العظام و تمزق العضلات و الأعصاب الطرفية و غيرها والأطفال في عامهم الأول يصابون بسرعة بالتسمم الجرثومي في الدم ، و بالأمراض الحادة في المعدة و الأمعاء و التهاب الرئة و الأمراض الجلدية و الكساح و غيرها من الأمراض.

(1) - محمود خليل الشاذلي ، حافظ محمد احمد و آخرون: طب المجتمع ، مرجع سابق 5، ص 45-46.

أما ابتداء من السنة الثالثة فإن أكثر الأمراض انتشارا بين الأطفال فهي أمراض جهاز التنفس الحادة و السعال الديكي و الحماق و الزحار و التهاب الكبد و غيرها. ويعود ذلك إلى زيادة احتمالات العدوى بسبب اتساع نطاق المخالطة و استنفاد المناعة الخلقية ، كما انه كثيرا ما يتعرض الأطفال في هذه المرحلة إلى مجموعة من الحوادث كالحروق و الكسور و السقوط حتى من السلالم و النوافذ وهذا عندما تغيب الرعاية اليقظة بشكل خاص (1).

إن معرفة الخصائص التي تميز كل مرحلة عمرية من حياة الطفل ، والتعرف على الأمراض التي قد يتعرض لها ، يساعد كثيرا على اخذ الحيطة و الحذر منها وهذا يكون بالوقاية ، فالوقاية خير من العلاج.

(1) - م. ستودينكين : صحة الاطفال ، ترجمة دار مير للطباعة و النشر ، الإتحاد السوفييتي ، موسكو ، ط 3 ، 1985 ، ص 31-32.

المبحث الأول: الأمراض الشائعة و المعدية

كما سبق و أن ذكرنا إن الأمراض الشائعة هي أمراض تكاد تكون معروفة عند العامة، وهي تلازم الطفل خلال مراحل نموه المختلفة، ويمكن أن نميز بين نوعين من الأمراض الشائعة.

أمراض شائعة متكررة الحدوث فمنها ما هي معدية ومنها الغير معدية وتصيب الأطفال خاصة في السنة الأولى من عمره ، فهي أمراض لا تسببها الجراثيم ولها أسباب كثيرة تختلف باختلاف المرض و نوعه ، وكثيرا ما يتم التصدي لهذه الأمراض منزليا من طرف الأسرة و الأم بصفة خاصة ، وتختلف طريقة التداوي حسب المستوى الثقافي للأسرة.

أما النوع الثاني من هذه الأمراض، فهي الأمراض المعدية الوبائية، وهي أمراض تسببها الكائنات الدقيقة، لا ترى بالعين المجردة وتسمى الجراثيم، تحدث العدوى نتيجة انتقال هذه الجراثيم المرضية من المريض إلى شخص غير المريض مسببة له نفس الحالة⁽¹⁾.

1- الأمراض الشائعة و المتكررة الحدوث عند الأطفال:**1-1- ارتفاع درجة الحرارة:**

يقع الحديث عن ارتفاع درجة الحرارة إذا ما زادت على 38° م وهي قد ترتفع إلى ما فوق الأربعين درجة ، وارتفاع الحرارة عرض شائع جدا وربما يكون أكثر الأعراض انتشارا عند الطفل.

(1) - ايمن مزاهرة، عصام الصفدي وآخرون: علم اجتماع الصحة، دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع، الاردن، 2003، ط1، ص60.

فإذا كان ارتفاع الحرارة مقلق عند الكبار فإنه إلى جانب ذلك شديد الخطورة عند الصغار وخاصة عند الرضع إذ يمكن أن يتسبب هذا الإرتفاع في مضاعفات قد تؤدي بالطفل إلى الموت أهمها :

- ارتفاع الحرارة المصحوب بغيبوبة وتشنجات عصبية (صرع)
- انخفاض ضغط الدم في الأطراف
- نزيف دموي
- جفاف الجسم

أما عن أسباب الإرتفاع فهي عديدة منها :

- 1- الأمراض الفيروسية و المكروبات بأنواعها
- 2- الأمراض الناتجة عن المحيط وكثرة الملابس
- 3- الأمراض الناتجة عن التهاب الأعصاب و المفاصل (1).

و على الأسرة وبالأخص الأم أن تكون يقظة عند ارتفاع حرارة طفلها ، وعليها أن تسرع بأخذ الإجراءات اللازمة لتخفيض درجة حرارته ، كالتخفيف من عدد الملابس واستعمال الدواء المخفض للحمى بالشكل الصحيح لان الإكثار منه يؤدي إلى تسمم الطفل و الإكثار من شرب السوائل والإسراع بأخذه إلى المستشفى إذا استمرت الحالة على ما هي عليه لتجنب الوقوع في ما لا يحمد عقباه.

و لقد جاءت نتائج الدراسة التي قام بها كل من الدكتورة نجوى عبد الحميد و سعاد عثمان والدكتور فوزي عبد الرحمان حول الصحة و المرض في المجتمع المصري أن معظم الأطفال يصابون بالحمى و يفسر الأهالي هذا المرض بارتفاع درجة حرارة الجو و يترك الأهالي الأطفال يعانون من 7 إلى 15 يوم و يكتفون فقط بدهن أجسام أطفالهم بالليمون، ولقد أدى هذا الإهمال إلى درجة الوفاة ، فلقد صرحت احد الأمهات أن ابنها كان مصاب بالتيفوئيد وهي لا تعلم (2).

للحمى مخاطر كثيرة ، فالطفل مثلا إذا كان مصاب بحمى روماتيزمية ولم تعالج هذه الحالة مبكرا فهذا سوف يؤثر على القلب وتسبب هذه الأخيرة أضرار خطيرة لعضلاته .

و تبدأ أعراض الحمى الروماتيزمية عادة بارتفاع درجة حرارة الطفل المصاب وقد لا يصاحب ارتفاع درجة الحرارة أعراض أخرى وتعتبر حمى غامضة السبب، ويمكن التعرف على الحالة بإجراء بعض التحاليل.

(1) - عبد المجيد رزق الله: طفلك في سنواته الأولى، الدار التونسية للنشر ، الجزائر ، ص76.

(2) - سعاد عثمان و آخرون: الصحة و المرض ، وجهة نظر علم الاجتماع و الانتروبولوجيا ، دار المعرفة الجامعية، جامعة عين الشمس، ط1، 1999، ص 263.

أما إذا صاحب ارتفاع الحرارة ألم في المفاصل ، فإن هذا يؤكد أن الطفل مصاب بحمى روماتيزمية بالمفاصل ويهتم الطبيب بهذه المرحلة بفحص قلب الطفل المصاب ليحدد العلاج اللازم له .

و يجب على الوالدين عدم التقصير في استكمال علاج التهاب الحلق و اللوزتين بالبنسلين المدة الكافية بإعطاء العلاج الكامل فهو أهم وسيلة لمنع حدوث المضاعفات للحمى الروماتيزمية ولا يجب أبدا وقف العلاج قبل ذلك أو بمجرد هبوط درجة الحرارة ، بل يجب استكمال العلاج المدة اللازمة لذلك⁽¹⁾.

كما قد يصاب الاطفال بالتهاب السحايا او ما يعرف بـ " **méningite** " ، وهذه الحالة المرضية أصبحت تهدد حياة الكثير من الأطفال خاصة في الآونة الأخيرة ، من أعراضها الحمى المرتفعة ووجع الرأس و القيء المستمر، فعند إجراء البحث الميداني خاصة في الفترة الصيفية كانت هناك إصابات كثيرة للأطفال أسبوعيا بسبب هذا المرض ، وعند محاولة استفسار الأمر مع الأطباء فهناك من كان يرجع ذلك إلى موجة الحر الشديدة وهناك من أرجع الأمر إلى التلوث .

و لقد صرح الأطباء بالمستشفى أن هذا المرض معدي فهو ينتقل للمحيطين عبر استنشاق بعض الهواء من فم المريض والعلاج يكون بأخذ حقنة في ظهر الطفل لاستخراج الماء ثم وضعه تحت المراقبة والعلاج لمدة ثمانية أيام حتى يسترجع عافيته . والتهاب السحايا الفيروسي اخطر ، إن لم يلقى المريض العلاج في الوقت المناسب وقد يتسبب في العمى او فقدان حاسة السمع او التعرض للشلل . و الجدول التالي يعطي صورة عن تطور المرض من سنة 2005 إلى 2008

الجدول رقم (63): تطور مرض التهاب السحايا في الجزائر للفترة 2005-2008

اسم المرض	2005	2006	2007	2008
التهاب السحايا	3580	2880	3565	3941

SOURCE : MSP ET INSP : Notifications de certaines maladies a déclaration obligatoire, Algérie.

من المرجع : WWW.ONS.DZ/PDF/NOTIFICATION

و نظرا لكثرة الإصابة بهذا المرض عملت الهيئات الصحية على ان يكون هناك تلقيح إجباري ضد هذا النوع القاتل من البكتريا وفعلا لقد ادرج هذ المرض ضمن الرزنامة الجديدة للتلقيحات مع بعض الأمراض الأخرى في هذه السنة 2016 (ولمزيد من المعلومات انظر الملحق 3).

(1) - مديحه الخضري: موسوعة الطفل الصحية مرحلة ما قبل الولادة إلى مرحلة النمو، المكتب الإقليمي الحديث، مصر، 2001، ص165.

1-2- التقيؤ المرضي

التقيؤ أو الإستفراغ ظاهرة طبيعية توجد عند أكثر مكن 70% من الأطفال و خاصة الأطفال العصبيين و الشديدي التوتر وذلك بسبب ما يأخذونه من غازات أثناء الرضاعة الطبيعية ، وخاصة في الأشهر الأولى من السنة الأولى من العمر .

هناك تقيؤ يستمر أشهراً عديدة وحتى نهاية السنة الأولى أحياناً ، وسببه التكوين التركيبي للمعدة ، بحيث يكون القسم الأعلى منها قليل التقلصات بعكس القسم الأسفل، وبذلك ينساب الحليب مع كل حركة وبطريقة مستمرة تجعل الأم تظن أن طفلها لن يكسب وزناً مادام على هذه الصورة.

هناك التقيؤ الدوري والذي لا يتركز على قاعدة ، فقد تمر أيام دون تقيؤ ، وقد يصحب فوراً كل رضعة في أيام أخرى.

أما التقيؤ المرضي فهو يحدث سواء نتيجة تقلصات أو انسداد الصمام الأسفل من المعدة ، ويبدأ عادة فجأة بعد الأسبوع الثاني أو الثالث من العمر ، وبشكل دائم نميزه عن بقية الأنواع المذكورة أعلاه .

يخرج التقيؤ بقوة وبشكل سهم أو قوس ، ويكون كأنه قذف ، ومعه يتوقف زيادة الوزن وربما يحدث النشfan .

و قد يحدث التقيؤ المرضي نتيجة انسداد الأمعاء، فيحدث تقيؤ مادة داكنة اللون (البراز).

كما قد يحدث التقيؤ نتيجة اضطرابات الجهاز العصبي كالنزيف الدماغي ، او يحدث نتيجة التهابات مختلفة ، كالتهابات المسالك البولية (1).

و على الأم أن تشخص حالة طفلها ، ففي حالة التقيؤ الفسيولوجي لا يستدعي القلق ، خاصة إذا كانت زيادة الوزن مستمرة ، أما في حالة اضطراب الوزن وزيادة التقيؤ فلا بدّ من مراجعة الطبيب و القيام بالفحوصات اللازمة لتشخيص الحالة من أجل إنقاذ الطفل.

(1) - علي الحسن : أطفالنا نموهم - تغذيتهم - مشكلاتهم ، دار العلم للملايين، بيروت ، لبنان ، ط1، 1981، صص 159-160.

1-3-1- الأمراض الصدرية و التنفسية**1-3-1- الإصابة بالزكام :**

يعتبر الزكام عدوى فيروسية عادية للأطفال خلال سنوات الأولى من العمر ،أما عن اعراضه فهي الرشح و السعال و ألآم الحلق ، فقد يصاب الطفل من 4 إلى 12 مرة في السنة ، وقد يستمر من اسبوع إلى اسبوعين، ويكون امرا عاديا خلال الشتاء.

تتم العدوى خلال الايام الاولى بعد الإصابة بالمرض ، وينتشر الفيروس عبر السعال و العطس وكذا عبر اللعاب و الرشح الموجود على اليدين ، يكون الرشح في البداية رقيقا و شفافا ، كما يصير اكثر سمكا و يتغير لونه من اصفر إلى احضر حسب تطور الحالة، وعادة ما ينتهي بعد اسبوع او اسبوعين ولا تستدعي المعالجة بالمضادات الحيوية⁽¹⁾.

و فيما يخص السعال فهو رد فعل الجهاز التنفسي عند وجود جرم غريب داخل مسالك هذا الجهاز من الأنف حتى الأكياس الهوائية لذلك فهو يعتبر وسيلة من وسائل دفاع الجسم ضد المرض ولا يعني أن كل من يسعل مصاب بداء في رئته بل يمكن أن يكون مصاب في أنفه أو حنجرته أو غشاء الرئة و السعال قد يكون جافا « séche » أو « grasse » أي مصحوبا بإفرازات⁽²⁾، وغالبا مايكون السعال الجاف عند الطفل سببه زكام يصيب الأنف و الحنجرة أولا ثم يمكن أن ينتقل إلى الأجزاء المنخفضة من مسالك التنفس السفلى.

وهناك نوعا خاصا من المرض وهو التهاب الحنجرة و القصبة الهوائية و صورة ذلك أنه قد يذهب الطفل لينام وهو سليم معافى فإذا به يستيقظ على صعوبة في التنفس حتى يكاد يختنق و تتسع عيناه و يزداد قلقه و كل ذلك مصحوب بسعال له صوت كصوت النباح⁽³⁾ .

و تقيم درجة خطورة هذا المرض امر مهم ، فإذا كان الطفل لديه حرارة خفيفة و سيلان انف و سعال بسيط فهو مصاب بالتهاب مجاري تنفسية علوية او رشح عادي ، وهنا لاداعي للقلق ، اما إذا كانت الحرارة مرتفعة 39 درجة او اكثر ، فقد يكون السعال ناجما عن ذات الرئة او التهاب الرئة خصوصا إذا كان الطفل يعاني من الضجر و التنفس السريع ، وفي هذه الحالة يجب استشارة الطبيب فورا.

(1) - بيرسي نيلسون: معلومات إلى الوالدين إذا مرض طفلك، مركز المعارف للرعاية الصحية للأطفال في مالمو بالتعاون مع معهد الحماية من العدوى في سكونه السويد، 2012، ص5-6.

(2) - A . Domart et autres : Nouveau Larousse médicale, librairie Larousse, Paris, 1981,p1030.

(3) - عبد المجيد رزق الله: مرجع سابق , ص 78 .

فبالإضافة إلى الإصابة بالرشح و السعال ، فقد يتعرض الطفل للإصابة بأمراض الحلق و التهاب اللوزتين بسبب فيروس الزكام ، كما قد ينجم المرض من خلال الإصابة بالبكتريا العقدية.

تؤدي البكتريا العقدية إلى الحمى و الام الحلق ، فتتورم اللوزتان وتحمران و أحيانا تكسبان نقطا بيضاء.

ينشر الطفل العدوى طيلة فترة مرضه وهذا عن طريق رذاذ اللعاب ، اما عن فترة الحضانة فهي تستغرق من يومين إلى أربعة أيام.

فإلتهاب اللوزتين يمكن ان يختفي من تلقاء نفسه خلال اسبوع ، كما يمكن تخفيفه من خلال المشروبات الباردة او الساخنة ، وإذا لم تنزل درجة الحرارة خلال اربعة ايام فقد تكون هناك حاجة للمضادات الحيوية و المركز الصحي هو الذي يقيم الحالة كما يجب اخذ عينات من الحلق للتفريق بين التهاب اللوزتين بسبب البكتريا العقدية و التهاب اللوزتين بسبب الفيروس (1).

1-3-2 - الإصابة بذات الرئة (الالتهاب الرئوي):

ذات الرئة هو المرض الأكثر فتكا بالأطفال، فهو يقتل أكثر ما يقتله الإيدز و الملاريا و الحصبة مجتمعة ، وهو سبب رئيسي في وفيات الأطفال في جميع المناطق ، وقد تظهر على الأطفال المصابين بذات الرئة مجموعة كبيرة من الأعراض وفقا للعمر و سبب الإصابة ، ومن هذه الأعراض الشائعة صعوبة او سرعة التنفس و السعال و الحمى و القشعريرة الصداع و فقدان الشهية و إصدار صفير عند التنفس و قد تؤدي الحالات المتقدمة من ذات الرئة لدى الرضع إلى التشنجات وانخفاض درجة الحرارة و الكسل و مشاكل في التغذية.

و في أمراض الطفولة هناك تداخلات كبيرة بين أعراض ذات الرئة و الملاريا ، وما أن يصاب طفل بذات الرئة حتى يبادر مقدم الرعاية بالتعرف على الأعراض و طلب الرعاية الملائمة.

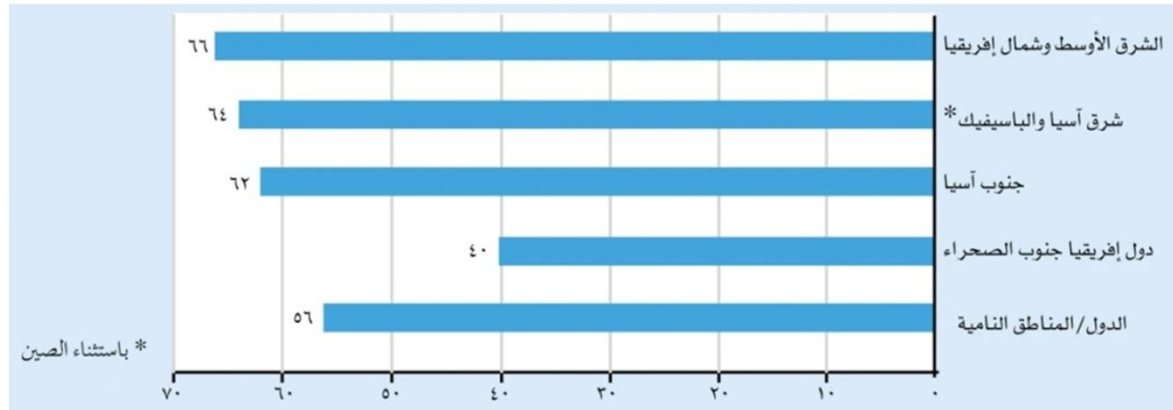
(1) - اليونيسيف: وضع اطفال العالم 2008 بقاء الأطفال على قيد الحياة 2008، مرجع سابق ، ص10.

و يتمتع الأطفال الأصحاء بدفاعات طبيعية تحمي رئاتهم من مسببات الأمراض التي تسبب ذات الرئة ، بينما يكون الأطفال الذين يعانون نقصا في التغذية ، خاصة أولئك الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية خالصة أو الذين لا تستوعب أجسامهم الزنك الكافي أو الأطفال ذوي أجهزة المناعة الضعيفة أكثر عرضة للإصابة بذات الرئة، كما أن الأطفال الذين يعانون امرضا أخرى كالحصبة أو الأطفال الذين يحملون فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب أكثر عرضة للإصابة بذات الرئة.

و نظرا إلى أن نسبة كبيرة من حالات ذات الرئة الحادة لدى أطفال الدول النامية ناشئة عن التهابات بكتيرية في الأصل ، وعلى الأغلب ما تكون بكتيريا المكورات الرئوية أو هييموفليس الأنفلونزا ، فمن الممكن علاجها بفعالية استخدام مضادات حيوية غير مكلفة في البيت، شريطة أن تتقيد العائلات و مقدمي الرعاية بالنصيحة التي يتلقونها ويعالجون الطفل بالطريقة الصحيحة.

و في ما يلي رسم بياني يعرض الأطفال المشتبه بإصابتهم بذات الرئة و الذين تم عرضهم على مقدمي الخدمات الصحية (1).

الرسم البياني رقم (26): أكثر من نصف الأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بذات الرئة والذين تم عرضهم على مقدمي خدمات صحية مؤهلة



المصدر : اليونيسف: وضع اطفال العالم 2008، بقاء الاطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2008، ص10.

وتعتبر الامراض الصدرية و التنفسية الاكثر انتشارا في اوساط الاطفال ، ففي الجزائر وحسب تقديرات المركز الوطني للصحة العمومية أن عدد الاطفال الاقل من خمس سنوات الذين دخلوا المستشفى بسبب هذا المرض موضح في الجدول التالي :

(1) - بيرسي نيلسون و اخرون : مرجع سابق ، ص6.

الجدول رقم (64) : عدد حالات الإصابة بالأمراض الصدرية و التنفسية للأطفال الأقل من خمس سنوات في سنة 2005

النسبة %	عدد الاطفال الذين زاروا المستشفى	السنوات
5.5	316	من 0-28 يوم
8.1	470	من 4-29 اشهر
44.6	2577	من 5-11 شهر
19.8	1148	من 12-23 شهر
22	1270	من 29-59 شهر
100	5781	المجموع

Source : INSP et MSP : Programme National de lute contre les maladies diarrhéiques et les infection respiratoires aiguee chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2005,p4.

الملاحظ من هذا الجدول أن اكبر نسبة موجودة في الفئة العمرية 5-11 شهر ، وهذا راجع لعامل العدوى خاصة الناتج أساسا عن تهاون الأسرة .

اما بالنسبة للتعرض للوفاة فقد بلغت 176 حالة وفاة موزعة كما يلي : 46.6% بالنسبة للفئة 0-28 يوم ، 18.2% بالنسبة 29 يوم إلى 4 اشهر ، 21.0% من 5-11 شهر ، 8.5% للفئة 12-23 شهر و 5.7% للفئة 24-59 شهر⁽¹⁾.

كما بلغت نسبة الإصابة بهذا المرض حسب اخر مسح عنقودي MICS4 2012-2013 6% ، وتزيد نسبة الإصابة عند الفئة العمرية 12-23 شهر .

وانتشار هذا المرض مرتبط بالمستوى التعليمي للأم ، حيث تقل نسبة الإصابة بالمرض كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم⁽²⁾ .

(1)- INSP et MSP : Programme National de lute contre les maladies diarrhéiques et les infection respiratoires aiguee chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2005, ,p4.

(2)- MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4(2012-2013) opcit, p98..

1-4- الإسهال: Diarrée

تعتبر الإسهالات من أخطر الأمراض التي تصيب الأطفال ، و أكثرها شيوعا ، ومن الاسباب الرئيسية المؤدية إلى الوفيات عند الرضع خاصة و الأطفال عامة ، وهذا نتيجة تعرضهم للجفاف الشديد و مضاعفاته.

يعرف الإسهال بكثرة البراز المائع ، و الذي يزيد فيه عدد المرات عن 6 مرات و يمكن أن تصحبه رائحة كريهة أو مواد مخاطية أو الدم أو القيح و التقيئ أحيانا وربما ارتفاع في درجة الحرارة ⁽¹⁾ و ينجم الإسهال عن ترك الرضاعة الطبيعية خاصة وعدم استخدام المراحيض و قلة نظافة الطعام ومياه الشرب وعدم غسل الأيدي عند لمس الطعام .

و قد يؤدي الإسهال إلى جفاف الطفل إن لم يعالج فوراً ، كما يعتبر الإسهال سببا رئيسيا لسوء التغذية و تاخر النمو و الإصابة بالتهابات أخرى بين الأطفال لأنها تذهب بشهية الطفل كما تستنزف السرعات الحرارية وهذا نتيجة ارتفاع درجة الحرارة ⁽²⁾.

و الإسهال نوعان بسيط وحاد، فالإسهالات البسيطة تمتاز بازدياد عدد مرات التبرز مع تلونه باللون الاصفر المخضر ورائحته كاللبن المتخمر مع خروج الغازات . ومن اسبابه عدم انتظام تغذية الطفل او زيادة كميات الحليب المعطاة للطفل في الرضاعة الطبيعية ، او تركيز الحليب الزائد في الرضاعة الصناعية بسبب تحسس الطفل للحليب ، أو في الايام الاولى من حياة الطفل بسبب عدم اكتمال جملة الطفل العصبية نتيجة عدم وجود خمائر معوية كافية . و تكوم حالة الطفل العامة جيدة و لا يحتاج الطفل إلى المعالجة.

اما الإسهالات الحادة فغالبا ما يكون سببها انتاني، أي ان المسبب في الامعاء هو جراثيم و طفيليات و فطريات و فيروسات، او في الاذن الوسطى عند التهابها أو الناميات الانفية او تقيحات في الجلد او جراثيم من الغذاء و الماء.

و من اعراضه انه فجائي الظهور ، مصاحب بالقي و المغص وانخفاض في الوزن وارتفاع في الحرارة و الجفاف ⁽³⁾.

(1) - علي الحسن :مرجع سابق ،ص 13 .

(2) - منظمة الأمم المتحدة للطفولة ، وضع اطفال العالم 1991 ، مرجع سابق ، ص12 .

(3) - أيمن سليمان مزاهرة و ليلي عبد الرؤوف ابو الحسين و اخرون : مبادئ صحة الطفل و تغذيته ، جامعة البلقاء التطبيقية ، دار الخليج ، عمان ، الاردن ، ط1، 2000، ص75-76.

أما عن أسباب الإسهالات ، فلقد بينت نتائج الدراسات أن حوالي 75 إلى 80% من حالات الإسهال هي نتيجة فيروسات مختلفة أو غير معروفة بينما حوالي 20 إلى 25% من الحالات هي نتيجة البكتيريا و الطفيليات المعوية .

أما العوامل المساعدة على المرض فهي عديدة أهمها شح المياه و تلوثها بالميكروبات ، و التصريف الغير صحي للفضلات الإنسانية و القمامة و التحضير والإعداد و الطهو الغير سليم للأطعمة ، و تلوث و عدم تعقيم زجاجة الرضاعة الإصطناعية و كذى التعرض لسوء التغذية عند الاطفال و تعرض الطفل للبرد و الحر (1).

و لقد جاءت نتائج الدراسة الأنتربولوجية التي قامت بها الدكتورة نجوى عبد الحميد و آخرون حول الإسهال عند الرضع و الاطفال في مدينة القاهرة مؤكدة لذلك حيث انطلق البحث من مركز علاج الجفاف ومن عينة الاطفال فيها مصابون بالإسهال وينتمون إلى الطبقة الدنيا ، أما عن اسباب المرض فهو راجع للسلوك الغير صحي سواء في اعداد الطعام او في كيفية تخزينه فكثيرا ما كانت اماكن اعداد الطعام غير مناسبة تنتشر فيها الاتربة و القاذورات و الحشرات و الدواجن و الحيوانات احيانا ، كما تلجأ جميع الاسر إلى تخزين الماء بطرق تبتعد عن قواعد الصحة العامة .

كما تبين من نتائج الدراسة ان الامهات في حالة الرضاعة الطبيعية في الكثير من الاحيان لاتهتم بنظافة ثديها و أيديها قبل الارضاع ، اما في حالة استخدام الرضاعة الإصطناعية فإن الزجاجة التي لا تسلم من وقوف الحشرات فوقها ، كما ان الام لا تهتم بنظافتها وتعقيمها بعد كل رضعة .

و فيما يخص نوعية الطعام ، فإن الاسر في عينة البحث تعتمد على المواد النشوية كعناصر اساسية في غذاء الاطفال و البالغين، كما تعتمد على الاغذية التي تجلب من الاسواق جاهزة . هذا وقد ساعد نقص الوعي الغذائي على إصابة الاطفال بسوء التغذية ، وبعض الامراض مثل لين العظام و الإسهال ، كما ان غالبية الامهات لم يكن لديهن الوعي بتغيير نوعيات الطعام للاطفال المصابين بالإسهال.

و بالنسبة لطرق العلاج فلقد تلخصت في اتباع الوصفات المنزلية واستشارة الصيدلي أو استخدام دواء سبق استخدامه أما عن المقتنعات بجدوى المحلول فكان قليل جدا (2).

(1) - نفس المرجع ، ص 77.

(2) - سعاد عثمان و آخرون ، مرجع سابق ، ص 212-213.

إن الإسهالات في أغلب الأحيان تشفى تلقائياً ما لم تحدث مضاعفات ناجمة عن فقدان السوائل و الأملاح ، وخاصة عند عدم تعويضها بالطريقة الصحيحة ، فمن أهم المضاعفات نجد الجفاف و الذي يؤدي إلى انعدام التوازن بين السوائل و الشوارد الكهربائية في الدم ، وإلى الهبوط الكلي و انعدام التبول و إلى الصدمة وفقدان الوعي و إلى حدوث اختلاجات عند الاطفال نتيجة اختلال نسبة السكر و الأملاح في الدم.

فبالإضافة إلى الجفاف نجد سوء التغذية و الذي يتسبب في الكثير من المشاكل كنقص الوزن و توقف النمو و نقص المواد الزلالية (البروتين) و الاجسام المناعية في الدم ، أي فقر الدم.

كذلك من بين المضاعفات نجد التعرض للإلتهابات المختلفة و جرثمة الدم بسبب انخفاض مستوى الاجسام المناعية و مضادات الإلتهاب كما قد يؤدي الإسهال إلى التكرز⁽¹⁾.

فحسب الإحصاءات التي قدمها مركز الصحة العمومية بالجزائر لسنة 2005 ، تبين ان 9187 طفل دخلوا المستشفى بسبب الإصابة بالإسهال والجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك :

الجدول رقم (65): عدد حالات الإصابة بالإسهال للاطفال الاقل من خمس سنوات في سنة 2005

السنوات	عدد الاطفال الذين زاروا المستشفى	النسبة %
من 0-28 يوم	230	2.5
من 4-29 اشهر	836	9.1
من 5-11 شهر	4706	51.2
من 12-23 شهر	1994	21.7
من 29-59 شهر	1421	15.5
المجموع	9187	100

Source : : INSP et MSP : Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infection respiratoires aigües chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2005, p3.

في الجزائر يعتبر الإسهال ثاني الامراض بعد الإصابة بالمشاكل التنفسية التي تعرض حياة الاطفال للوفاة ، فحسب اخر الإحصاءات المتحصلة من المسح العنقودي MICS4 ، ان 9% من الاطفال اصابوا بالإسهال خلال الاسبوعين قبل اجراء المسح حسب تصريح الامهات .

(1) - أيمن سليمان مزاهرة و اخرون ، مرجع سابق ، ص 78.

و اكثر نسب الإصابة سجلت في المناطق الجنوبية بنسبة 12% ، اما الفئة العمرية الاكثر تضررا بهذا المرض فهي الفئة العمرية 0-23 شهر ، 14% للفئة 0-11شهر ، و 14% للفئة 12-23 شهر ، و تقل الإصابة عند الفئة العمرية 48-59 شهر وهذا بنسبة 4%⁽¹⁾.

و لاجل التصدي و معالجة الإسهالات لابد من اتباع الطرق العلاجية الصحيحة كاستعمال محلول الإمهاء الفموي وهذا لتعويض السوائل و الاملاح المفقودة و إعادة توازنها في الدم ، إذ يمكن معالجة 80 - 90% من حالات الإسهال الحاد بما في ذلك الكوليرا باستعمال الإمهاء ، و الإستمرار بتغذية الطفل تغذية صحية و خاصة الرضاعة الطبيعية .

أما عند وجود إقياء شديد متكرر (5 مرات) ومع حدوث الجفاف الشديد و الصدمة و مع عدم مقدرة الطفل شرب محلول الإمهاء يمكن استعمال المعالجة بالسوائل الوريدية التي تجرى داخل المستشفيات لمدة 2-3 ساعات ، وبعده يمكن العودة إلى استعمال محاليل الإمهاء .

أما في حالة الإسهال دون الجفاف فيمكن استعمال السوائل المنزلية دون الحاجة إلى سوائل الإمهاء⁽²⁾. و لمعرفة مدى الإستفادة من محاليل الجفاف نستعرض المركب التالي :

الجدول رقم (66): مركب يبين النسب المئوية للاطفال دون الخامسة الذين اصابوا بالإسهال وتناولوا محلول معالجة الجفاف مع مواصلة التغذية خلال اسبوعين قبل إجراء كل من تقرير 2008 و 2012 حول الوضع الصحي للاطفال في العالم.

الاقاليم	% الاطفال المصابون بالإسهال الذين يتلقون محاليل الجفاف مع الإستمرار في التغذية	
	2006-2000	*2010-2006
الدول الصناعية	-	-
الدول النامية	38	39
الدول الاقل نموا	37	46
العالم	38	39

المصدر: المعطيات الغير معلمة مأخوذة من مرجع اليونيسف : وضع اطفال العالم 2008 ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، عمان ، الأردن، ص125.

(*) : اليونيسف: وضع اطفال العالم 2012 ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، عمان ، الاردن ، 2012 ، ص99.

(1)- MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4(2012-2013) , opcit,p90.

(2)- أيمن سليمان مزاهرة و اخرون ، مرجع سابق ، ص79-81.

من خلال هذا الجدول يتبين ان نسبة الاطفال الذين اصابوا بالإسهال و استعملوا محلول معالجة الجفاف عرف تطورا في الفترة 2006 - 2010 مقارنة بالفترة 2000-2006 ، فعلى المستوى العالمي انتقلت النسبة من 38% إلى 39% ، أما فيما يخص الدول النامية فلقد انتقلت النسبة من 38% إلى 39% كما انتقلت من 37% إلى 46% في الدول الاقل نموا .

و هذا إن دل على شيء فهو يدل على زيادة وعي الاهالي وهذا بالإتجاه إلى الطريق الصحي الصحيح في علاج الطفل في حالة اصابته بالإسهال ، وهذا بمعرفة محاليل إعادة التمييه ، وكذا الإهتمام بمواصلة تغذيته الغذاء المناسب لحالة الإسهال و الإكثار من السوائل لتفادي حدوث سوء التغذية و الإبتعاد عن الأغذية الضارة بالطفل ، فمثلا في حالة الإسهال عند الرضع يجب توقيف الرضاعة الإصطناعية مع مواصلة الرضاعة الطبيعية ، الإمتناع بقدر الإمكان عن استعمال الزجاجات و البزازة و تعويضها بالكاس و المعلقة حتى يسهل تنظيفها أي الإهتمام الشديد بالنظافة مع وجوب تعقيم الادوات المستعملة لإعداد الطعام .

1-5- الأمراض الجلدية: Dermatologist

يعرف جلد الطفل بلمس ناعم ، وهو يشبه جلد البالغ من الناحية التشريحية للانسجة مع بعض الفروقات البسيطة ، كما ان طبقة البشرة من الجلد في الاطفال هي نفسها عند البالغين إلا أنها اقل تماسكا و الفرق الرئيسي و الهام هو عدم النضوج الكامل لنسيج الكولاجين و جراب الشعر و الغدد الدهنية في الاطفال.

كما ان البشرة السطحية مع طبقة الادمة السفلية اقل تماسكا في الاطفال و هذا ما يفسر حدوث الاثر الاكبر تفاعلا نتيجة المؤثرات السطحية في الاطفال ، حيث ان لدغة الحشرات قد تحدث تأليل جلدية (1).

يتعرض جلد الطفل إلى كثير من المؤثرات و الحوادث التي من شأنها أن تصيبه بأمراض و آفات مختلفة و أحيانا خطيرة إذا لم تتبع الأم الأساليب السليمة للوقاية منها قبل حصولها أو لمعالجتها في حالة الإصابة بها ، و اهم الامراض الجلدية التي تصيب الاطفال و أكثرها شيوعا نجد :

(1) - محمود حجازي : الامراض الجلدية للاطفال ، جامعة البلقاء ، عمان ، الاردن ، 2003 ، ص 1.

- التهاب الأليتين عند الرضيع أو ما يسمى بالتسميط وهذا نتيجة لحموضة البراز و التبول ، إن بشرة الاطفال و الرضع خاصة حساسة جدا و تتعرض بسهولة للإلتهابات ، فهناك البشرة الحساسة و البشرة الدهنية و البشرة القليلة الدهن (الناشفة) أكثر هذه الانواع ميلا للسماط هي البشرة الحساسة و خاصة خلال الاشهر الستة من العمر وخاصة في المؤخرة و بين الفخذين ، وهنا يجب على الام ان تضع مرطب في تلك المنطقة وتهتم بنوعية اللباس المقدم للطفل و بنوعية الحفاضة ، كما يجب تغيير الحفاظ باستمرار⁽¹⁾ .

- التهاب ثنيات الجلد المصحوب باحمرار شديد وارتشاح مائي في بعض الأحيان ، لذلك يستحسن مسح وجه الطفل و عنقه و ثنيات الجلد حول الاذنين بقطعة مبلولة بالقطن لتجنب الإلتهاب.

- أمراض الجلد الجرثومية ، وهي امراض معدية كثيرا ما تنتقل إلى الاطفال الاخرين ، وقد يكون سبب انتشارها بدرجة كبيرة إلى تغيرات السلوك الثقافي و الإجتماعي، إذ ان معظم الامهات في هذه الالونة الأخيرة اصبحن يعتمدن على الخادومات او الممرضعات للعناية باطفالهن الرضع مما قد يعرضهم بدرجة كبيرة إلى الإنتانات و إلى الامراض الجلدية المتنوعة.

فبالرغم من انتشار حدوث الإصابة بالامراض الجرثومية الجلدية عند كل الشرائح الإجتماعية ، إلا ان الاطفال الاكثر عرضة لمثل هذه الحالات هم الاطفال الذين لا يتوفر لديهم الحد الأدنى من الرعاية الصحية و النظافة كما انهم يعيشون تحت ماساة الفقر و سوء التغذية .

أما عن العوامل التي تساعد على سرعة انتشار المرض فهي الحشرات اللاذغة و الذباب و لمس ادوات المريض⁽²⁾

كما نجد من بين الامراض الجرثومية الجلدية الاخرى ، الحصف الجلدي وهو مرض تسببه العنقوديات وهو يحدث عند الاطفال خاصة حديثي الولادة و ينتشر بسرعة. ومن العوامل التي تساعد على الإصابة به نجد الكدمات الصغيرة و الافات الجلدية المتنوعة .

يظهر المرض على شكل لطاخة مؤلمة ، تتحول بسرعة إلى حويصلة او فقاعة ثم إلى بثرة يخرج منها مفرزات لتشكل قشرة التماسية سمكية تسبب خمجا أو التهابا ينقل ذاتيا بواسطة الاصابع إلى الجلد المجاور او اي مناطق اخرى من الجسم.

(1) - علي الحسن مرجع سابق ، ص14.

(2) - محمود حجازي : مرجع سابق، ص53.

من اعراض المرض الإصابة بحمى شديدة و إسهال بلون اخضر و الإصابة بذات الرئة والتهاب في الكلية، عندما تصبح الفقاعة اكبر تتمزق مخلفة ورائها مناطق جلدية متسلخة حيث انها تشمل مناطق واسعة من الجلد مهددة بذلك حياة الطفل .

كما ينتقل الخمج عبر ادوات المريض أو بشكل مباشر بالإلتماس مع المريض ، و اكثر المناطق إصابة هي الوجه و التجويف الانفي و الشفاه و فروة الرأس⁽¹⁾.

- أمراض الجلد الطفيلية مثل مرض الجرب و القمل و سعة الرأس ، إذ يوجد قمل الرأس في فروة الرأس ، ويمكن أن لاي شخص كان ان يصاب بقمل الرأس ، إذ ينتعش هذا القمل سواء في الشعر المنظف حديثا او غير المنظف ، تنتشر العدوى عند الإتصال القريب بين الرؤوس لدقيقة او اكثر ويثير حكة شديدة تؤدي إلى حدوث بثور في الجلد ، وينصح بإستعمال دواء خاص لإزالته و القضاء عليه يشتري من الصيدليات.

أما الجرب فهو الاخر يؤدي إلى حكة شديدة ، و عادة ما تظهر على الجهة الداخلية من مفاصل اليدين و بين الاصابع وحول الصرة حيث يكون الجلد رقيقا و رطبا. يؤدي هذا المرض إلى بثور صغيرة حمراء ، كما قد يبدو احيانا مثل الإكزما . والجرب حيوان صغير عبارة عن العثة التي تهاجم فقط الإنسان، ينتشر الجرب عند الإتصال الجسدي القريب بين الاشخاص و كذلك عبر الملابس و اغطية السرير. ينصح بالفحص الطبي و معالجة كل افراد الاسرة في نفس الفترة للقضاء عليه⁽²⁾.

اما فيما يخص مرض سعة الرأس فهو نوع من انواع العدوى الفطرية ، تصيب فروة الرأس وقد تصيب مناطق اخرى من الجسم، يتم نقل المرض عن طريق الإتصال مع الحيوانات . من اعراضه فقدان الشعر من جزء من فروة الشعر أو ظهور شعر قصير مقارنة بالمناطق الاخرى وجود بقع مستديرة من قشور الجلد ، ظهور تهيج في الجلد او ظهور طفح جلدي أو قد يظهر التهاب بكتيري في الحالات المتقدمة. إن معظم الثدييات لديها نوع من الفطريات الجلدية التي يعيشون فيها في التعايش السلمي من دون اي اعراض للحيوان ولكن يمكن نقل الفطريات إلى البشر.

تنتقل العدوى من الشخص المصاب إلى اخر عن طريق ملامسة جلد الشخص المريض مباشرة او عن طريق لمس الاشياء التي استخدمها الشخص المصاب⁽³⁾.

(1) - نفس المرجع ، ص 58.

(2) - بيرسي نيلسون و اخرون : مرجع سابق ، ص 8-10.

(3) - www.altibbi.com

- أمراض حساسية الجلد و تكون نتيجة عن عوامل داخلية وراثية أو خارجية مثل بعض الملابس و خاصة ملابس البلاستيك و النيلن أو بعض انواع الاطعمة و المشروبات ، أو شعر الحيوانات الاليفة كالقطط و الكلاب أو قلة التهوية أو وجود الغبار الذي يثير حساسية الجهاز التنفسي .

اهم اعراض الحساسية هو التهاب مصحوب بطفح و هرش ، ففي حالة الحساسية الوراثية مثلا يصاحب الطفل ضيق في التنفس أو اعراض اخرى في الجهاز التنفسي ، ويكون الطفل في هذا النوع من الحساسية اكثر استجابة للمؤثرات التنفسية و العوامل الفيزيائية مثل الحرارة و البرودة (1).

تظهر الحساسية الجلدية على الوجنتين و قد تستقر في تلك المنطقة لمدة طويلة و الطفل في معاناة مستمرة و تظهر هذه على شكل احمرار و طفح جلدي على الوجه و قد تظهر بثور و فقائيع تتسلخ و يخرج منها سائل اصفر و يصبح الطفل قلقا و دائم البكاء و يقوم بالهرش في تلك المناطق ، الشيء الذي يؤثر على حالته النفسية و الصحية ، كما قد تنتشر الحساسية لتشمل منطقة الساعدين و خلف الركبتين أو إلى مناطق اخرى من جسمه وقد تستمر هذه الحالة في العادة حتى السنة الثانية و قد تستمر حتى عشر سنوات أو لمدة طويلة.

و عند الإصابة بالحساسية يجب تجنب تطعيم الاطفال بلقاح ضد مرض الجدري خاصة عندما تكون حادة ، إذ ان ذلك قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة للطفل ، وعلى الام ان تتبع تعليمات الطبيب و اخذ الدواء اللازم لذلك ، لان كل مركب يعطى تحت ظروف معينة حسب نوع الحساسية (2) .

الامراض الجلدية مثلها مثل الامراض الاخرى لا ينبغي اهمالها ومن المهم التعامل معها بطريقة علمية حتى يتسنى الوصول إلى تشخيص دقيق .

1-6- داء الديدان:

هذه الديدان من الطفيليات الصغيرة الحجم ، تسكن امعاء الطفل وعندما تكبر تخرج لتضع بيضها حول فتحة الشرج واهم الديدان التي تصيب الطفل و تنتقل بسهولة إلى افراد الاسرة الاخرين و تكون مصحوبة بهرش هي :

(1) - عبد المجيد رزق الله : مرجع سابق ، ص 81.

(2) - www.dermatologie.net/arabic

1- الديدان الخيطية او ديدان " الاكسيورس " :

و هي ديدان صغيرة تنتقل بويضتها من فرد لآخر وذلك يعني ان هذا النوع من الديدان مرض عائلي قد يسبب احيانا نوعا من المغص المحتمل او نادرا الإسهال البسيط، ولكنها دائما تسبب الهرش في منطقة الشرج و ما حولها، ويكون الهرش خاصة في الليل مما ينتج عنه قلة نوم الاطفال وقد يلتهب الجلد نتيجة لذلك (1).

2- ديدان الاسكارس :

هي عدوى دودية في الامعاء الدقيقة تبدأ أعراض المرض بظهور الديدان الحية في البراز وتشمل الاعراض تنفسا غير منتظم ونوبات سعال وحمى والتهاب الرئة الصغرى عند الاطفال وقد ينتج عنها انسداد الامعاء و احيانا الوفاة نتيجة تأثير الكبد و المرارة.

طريقة نقل العدوى تتم بواسطة ابتلاع البيوض المعدية التي قد تكون موجودة في تربة ملوثة ببراز انسان مصاب و يحتوي على البيوض الغير بالغة ، وهذه البيوض تحتاج من اسبوعين إلى عدة أسابيع في التربة تحت درجتي حرارة و رطوبة مناسبتين حتى تكمل تطورها ، حيث تدخل هذه البيوض الخبيثة إلى فم الإنسان مع الخضار و الاطعمة الملوثة.

يفقس البيض في الامعاء الدقيقة وتثقب اليرقات جدار الامعاء لتصل بواسطة الدم إلى الكبد و الرئتين ومن الرئتين تصعد إلى القصبة الهوائية لتصل إلى البلعوم وتصل في النهاية على الامعاء الدقيقة لتستقر هناك حتى طور البلوغ و تبدأ بإخراج البيض الذي يتم التخلص منه مع البراز لتبدأ دورة حياة جديدة .

يكون العلاج بإستعمال الدواء المناسب حسب ارشادات الطبيب ، على ان يتم علاج جميع افراد الاسرة، كما يجب تقليم الاظافر حتى لا تتخبا البويضات أثناء الهرش و اثناء التنظيف بعد التبرز.

كما يجب غسل الخضار جيدا قبل استعمالها بالماء الطاهر، والعمل على ترسيخ العادات الصحية السليمة خاصة عند الاطفال كالتخلص من البراز بالطريقة السليمة (2).

(1)- عبد المجيد رزق الله ، مرجع سابق ، ص 87 .

(2)- منظمة الصحة العالمية و برنامج الامم المتحدة للبيئة: الدليل الشامل للعاملين في خدمات صحة البيئة - الإنسان و الصحة و البيئة ، بالتعاون مع وكالة

الامم المتحدة لإغاثة و تشغيل اللاجئين الفلسطينيين ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، عمان ، الاردن ، الجزء الاول ، 2004، ص 17.

3- الدودة الشصية (الإثني عشرية) :

و هي دودة رفيعة طولها 1سم تعيش في الامعاء الدقيقة للإنسان لها اسنان قوية تلتصق بها في الغشاء المخاطي للامعاء ، وتتغذى على الدم وتفرز مواد سامة تؤثر على الجهاز العصبي، ولهذا فهي تسبب مرض منهك للأطفال ، يؤثر على نموهم الجسدي و العقلي. ينتشر المرض في مناطق عديدة و يتأكد وجوده عند ظهور بيوض الدودة في البراز.

إن البيوض الخارجة مع البراز تبقى في الارض وفي حال توافر الظروف المناسبة من درجة حرارة و رطوبة و نوع التربة ، يفقس البيض و تخرج منه اليرقات التي تتطور و تصبح معدية خلال 7-10 أيام و يصاب الإنسان بإحدى الطريقتين :

1- سواء عن طريق الجلد حيث تخترق اليرقات المعدية الجلد العادي (القدم) عندما يمشي الإنسان حافيا ، ويؤدي ذلك إلى التهاب جلدي ويصل إلى الدم.

2- سواء عن طريق الفم و هذا مع الطعام وخاصة الخضروات الملوثة ، حيث تخترق الامعاء وتصل إلى الدم ، وفي كلتا الحالتين تنتقل اليرقة مع الدم أو الاوعية اللمفاوية وتصل إلى الرئتين ، حيث تصعد إلى القصبة الهوائية حتى البلعوم لتبتلع و لتصل إلى الامعاء الدقيقة حيث تلتصق بجدار الامعاء وتنمو حتى البلوغ وتبدأ بوضع البيوض وتستغرق هذه المدة من 6-7 اسابيع.

قد تظهر اعراض المرض بعد فترة تتراوح بين أسابيع قليلة إلى عدة أشهر تبعا لشدة العدوى و الحالة الغذائية للإنسان المصاب.

كما يبقى الاطفال المصابون في حالة عدم علاجهم مصدرا محتملا لنشر العدوى لعدة سنوات، كما يمكن أن تبقى اليرقات معدية في التربة لعدة اسابيع إذا كانت الظروف البيئية مناسبة (1).

و لوضع حد لهذا المرض تبقى الوقاية الحل الامثل كالتخلص من البراز بطريقة سليمة لمنع تلوث التربة ببيوض الديدان و نشر الوعي و التنقيف الصحي بين السكان ومعالجة المصاب للتخلص من الديدان.

(1) - نفس المرجع ، ص 17.

1-7 - فقر الدم عند الأطفال: Anémie

فقر الدم هو نقص في الهيموغلوبين أو خلايا الدم الحمراء في الجسم ، و الهيموغلوبين هو الحديد الغني بالبروتين في خلايا الدم الحمراء التي تجيز نقل الأكسجين إلى الأنسجة.

يحدث فقر الدم عندما تكون كمية الهيموغلوبين في دم الشخص منخفضة جدا ، هذا يعني انه ليس هناك نقل ما يكفي من الأكسجين إلى الجسم وهذا يمكن أن يسبب شحوب و تعب أو إعياء و ضعف.

ينتج فقر الدم الغذائي عند انخفاض هيموغلوبين الدم عن المعدل الطبيعي نتيجة لعدم كفاية العناصر التي تدخل في تكوين الهيموغلوبين او تساعد على تكوينه وهذه العناصر هي الحديد وحمض الفوليك وفيتامين B12 و فيتامين C و البيريدوكسين و النحاس و الزنك.

يحدث عوز العناصر عند فقدان التوازن بين الكمية الممتصة و الكمية التي يحتاجها الجسم، ويحدث العوز في الكمية الممتصة نتيجة عوز كفاية تناولها او نتيجة اضطراب في عملية الامتصاص ، أما الزيادة في الاحتياجات فتحدث نتيجة سرعة انقسام الخلية و تكوين الأنسجة الجديدة أثناء النمو و الحمل وعند فقدان الدم من الجسم نتيجة النزيف أو العدوى بالطفيليات.

وتظهر حالة عوز العناصر المكونة للهيموغلوبين بعد عدة مراحل إذ تبدأ باستنفاد المخزون الاحتياطي من الجسم و يتبع ذلك تغيير في الوظائف البيولوجية ثم حدوث تغيرات في تكوين خلايا الدم وبالتالي ظهور أعراض فقر الدم.

يعتبر فقر الدم بعوز الحديد من أكثر الأسباب التغذوية شيوعا لفقر الدم يلي ذلك عوز الفولات وخاصة أثناء فترة حمل المرأة أما عوز العناصر الأخرى فحدوثه يكون أقل تواترا.

بالإضافة إلى فقر الدم الغذائي هناك نوع آخر من فقر الدم يسببه المرض كما فقر الدم المنجلي وهو مرض وراثي يجعل من كرات الدم الحمراء تبدو بشكل غير طبيعي وبالتالي نقل كمية أقل من الأكسجين للجسم كما يمكن ان يكون فقر دم الامراض المزمنة ناجما عن الفشل الكلوي و السرطان ومرض نخاع العظم و أمراض المناعة الذاتية.

أما عن أعراض فقر الدم فهي الخمول و التعب و عدم القدرة على التركيز و الأرق ، أضف إلى ذلك شحوب الوجه و الأغشية المخاطية و المصحوب بضعف المناعة و زيادة التعرض للأمراض المعدية و عدم القدرة على القيام بالمجهود العضلي حيث تضاف صعوبة التنفس إلى جانب فقدان الشهية و انتفاخ البطن⁽¹⁾.

أفادت تقارير منظمة الصحة العالمية أن 40% من سكان العالم مصابون بفقر الدم ، وان أكثر الناس تعرضا له هم الأطفال و النساء الحوامل و المسنون ، أما عن أكثر المناطق التي تعرف أعلى معدلات الانتشار فهي الدول النامية و الجدول التالي يوضح ذلك

الجدول رقم (67): تقديرات انتشار فقر الدم في أقاليم مختلفة حسب العمر سنة 2000

الأقاليم	النسبة المئوية للمصابين بفقر الدم	
	الأطفال في سن ما قبل المدرسة	الأطفال في سن المدرسة
البلدان المتقدمة	17	9
البلدان النامية	42	53
العالم	25	40

المصدر: نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي : الغذاء و التغذية ، أكاديميا انترناشيونال ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، ط1 ، 2005 ، ص236 .

كما أظهرت دراسة حديثة نفذت بشكل مشترك من قبل وزارة التخطيط و التعاون الدولي و الوكالة البيانية للتعاون الدولي جايجا وزارة الصحة العامة و السكان 2009 ، أن هناك تفش كبير لفقر الدم بين الأطفال و النساء ، حيث قامت الدراسة بقياس مستويات الهيموغلوبين في الدم لعدد 1249 طفلا في عمر 6 إلى 59 شهرا و 103 امرأة حامل و 806 امرأة غير حامل في ثلاث محافظات وهي صنعاء و حضرموت و إب .

لقد وجد في محافظة صنعاء أن 60% من مجموع الأطفال الأقل من خمس سنوات مصابين بفقر الدم و وجد في حضرموت و إب أن أكثر من 70% من الأطفال يعانون من فقر الدم ، وبعد الأطفال تأتي النساء في فترة الإنجاب.

(1) - نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي : الغذاء و التغذية ، أكاديميا انترناشيونال ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، ط1 ، 2005 ، ص 234-235.

أما عن علاج فقر الدم الغذائي فهو يعتمد على مدى خطورة الحالة سواء بالأدوية و المكملات الغذائية المنتجة للحديد ، أو الاعتماد على المواد الغذائية الغنية بالعناصر المعدنية الناقصة بالجسم مثل الحديد و حامض الفوليك ، وتناول الأغذية المحتوية على فيتامين C لأنها تساعد على امتصاص الحديد من الغذاء و تقوي المناعة .

أما في حالة فقر الدم المرضي فيعالج حسب نوع الإصابة كعملية نقل الدم أو زرع نخاع في حالة فقر الدم المنجلي⁽¹⁾.

2- الأمراض المعدية الوبائية :

1-2 - الحصبة : Rougeole

لقد كانت الحصبة مرضا منتشرا في كل انحاء العالم قبل التطبيق الواسع لبرامج التمنيع ، يعتمد توزيع الحصبة على نسبة الإستعداد و المناعة في مجتمع ما، وعلى درجة التعرض للعدوى ، تكون الإصابة نادرة في الاطفال دون ستة اشهر وهي أيضا نادرة بعد الخامسة عشر من العمر وهذا يختلف من منطقة لاخرى.

ومنذ ان ادخل التمنيع ضد الحصبة على يد فريق من العلماء وعلى رأسهم الباحث الامريكي جون فرانكلين اندروز إلى انتاج لقاح مضاد للحصبة (1963) اخذت هذه الخواص في التغير تدريجيا، فلقد قلت معدلات الإصابة بنسبة تصل إلى 99% من معدلاتها قبل التمنيع⁽²⁾.

و الحصبة مرض وبائي سريع العدوى يقبض شريحة الأطفال خاصة ويعد من أكبر المشاكل الصحية خاصة في افريقيا ، و تقع معظم الإصابات في فصلي الشتاء و الربيع ولا تظهر الحصبة إلا بعد عشرة أيام من إصابة الطفل بالمرض وتسمى هذه الفترة بفترة الحضانة « periode dinavasion » وتكون مصحوبة بارتفاع في درجة الحرارة بين (39 و 40 م°) ، تدميع العينين و افرازات الأنف كما تظهر بقع بيضاء بحجم رأس الدبوس بداخل الشفتين و الخدين (علامة كوبليك) ، ثم يظهر الطفح احمر غير منتظم الشكل متورما حول الأذنين و العنق ثم ينتشر وبعد ثلاثة أيام تقريبا يندثر⁽³⁾.

(1) - المعهد الوطني لبحاث السياسة الغذائية بالتعاون مع وزارة التخطيط و التعاون الدولي باليمن : الإستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي ، المسودة النهائية، الجزء الاول، اليمن ، فبراير 2010، ص34.

(2) - نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي : طب المجتمع ، مرجع سابق ، ص 108.

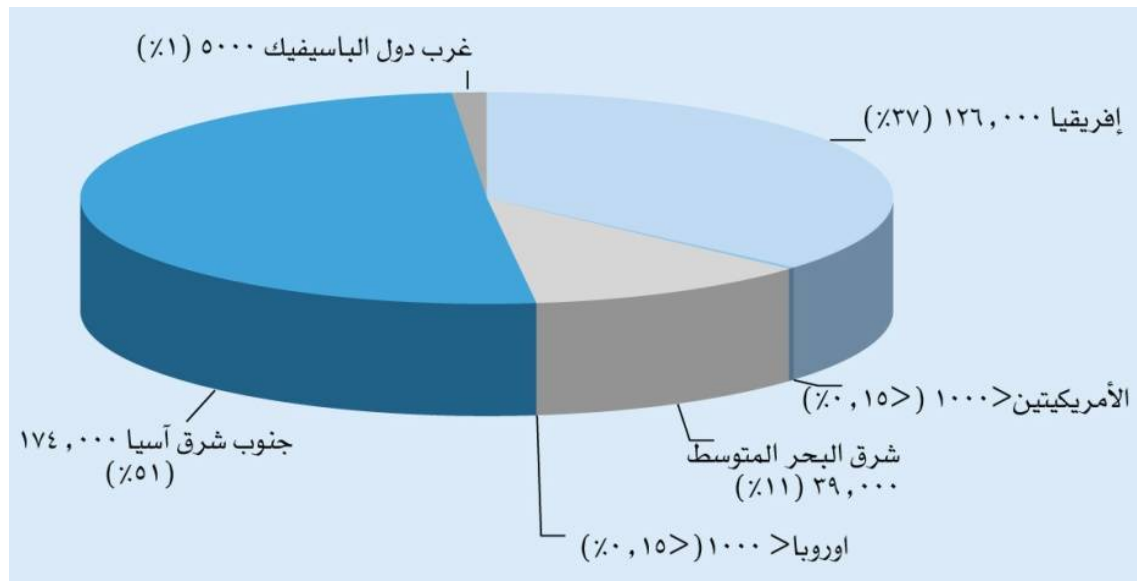
(3) - A . Domart et autres : opcit, p89.

و أكثر المضاعفات ناتجة عن عدم العناية بنظافة الجسم إذ ترفض أغلبية الأمهات غسل وجوه أولادهنّ و أجسامهم أثناء المرض و الواقع أن هذا الغسل ضروري للوقاية من المضاعفات ، كما يجب الإهتمام بتغذية الطفل في هذه الفترة ، و ان تمنع اختلاط الاطفال معه و عدم عرضهم عمدا للإصابة بالمرض كما تفعل بعض الامهات (1).

لقد كانت هناك مبادرات للتقليل من الوفيات الناجمة من الحصبة ، ولقد تبنت المبادرة التي اطلقت عام 2001 الهدف الذي وضع في الجلسة الخاصة للجمعية العامة للامم المتحدة حول الاطفال في مايو 2002 لتخفيف الوفيات الناجمة عن الحصبة بين الاعوام 1999-2005 و لقد كانت هذه المبادرة السبب في تطعيم اكثر من 217 مليون طفل بين الاعوام 2001 و 2005 معظمهم من افريقيا. لقد انخفضت الوفيات الناتجة من الحصبة بنسبة 60% و ساعد التحصين على تجنب حوالي 7.5 مليون وفاة نتيجة الحصبة.

و في مايو 2005 وضعت جمعية الصحة العالمية هدفا عالميا وهو تخفيض وفيات الحصبة بنسبة 90% بحلول عام 2015 ، وهناك دافع قوي لخوض هذه المعركة ، فلقد مات 345000 شخص في الهند و باكستان نتيجة المرض في 2005 و كان 90% منهم من الاطفال دون سن الخامسة. و الرسم البياني التالي يدعم ذلك

الرسم البياني رقم (27): العبء العالمي لوفيات الاطفال الناتجة من الحصبة



المصدر: اليونيسف: وضع اطفال العالم 2008، بقاء الاطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، 2008 ، ص 29

(1)- عبد المجيد رزق الله : مرجع سابق , ص 82 .

من خلال هذا الرسم يتبين ان منطقة جنوب شرق اسيا هي التي تحتل الصدارة من حيث وفيات الحصبة وهذا بـ 51% ، تليها منطقة افريقيا وهذا بـ 37% ، ثم منطقة شرق البحر المتوسط بـ 11% ، اما الدول المتقدمة فتقل فيها نسبة الإصابة عن 1% .

ولاجل الوقاية من المرض يجب تطعيم الطفل بلقاح الحصبة بعد الشهر التاسع و بجرعة واحدة لأن الطفل تكون لديه مناعة طبيعية في الشهور الاولى من عمره و مع تقدم العمر تقل هذه المناعة .

أن اللقاح يعطي 90% مناعة طويلة حياة الطفل ، كما يجب توفير التهوية الجيدة و تجنب الزحام وعدم البصق على الارض ، وتوفير الراحة و عدم الإرهاق و اتباع العادات الصحية السليمة .و يجب العناية بالطفل وهذا بإبقائه في غرفة قليلة الإضاءة لوقاية عينيه و الإهتمام يوميا بنظافة العينين و الفم و الاذن، وعلى عدم تعريض الطفل إلى تيارات هوائية لتجنب النزلات الصدرية و الإهتمام بتغذية الطفل و إعطائه سوائل بكثرة مثل الشورية و المرق و الحليب ، واستشارة الطبيب و التقيد بإرشاداته ، وعدم خلط الطفل المصاب بالسليم و عدم تدفئة الطفل بشكل زائد⁽¹⁾ .

2-2- الحصبة الألمانية (الحميراء) : « Rubéole »

الحصبة الألمانية مرض معد ناتج عن جرثومة فيروسية يتمثل خطره الوحيد في عدوى المرأة الحامل في الثلاثة أشهر الأولى و يبدأ المرض بالأعراض الخفية لأي مرض معد كالتعب و الصداع و الغثيان و السعال الخفيف ، وارتفاع درجة الحرارة ثم يظهر طفح كطفح الحصبة تارة وتطفح الحمى القرمزية تارة أخرى⁽²⁾ .

الحصبة الألمانية مرض غير خطير على المصاب ولكنه إذا اصاب المرأة الحامل فإنه يؤدي إلى إصابة الجنين بتشوهات خلقية عديدة، مثل اليرقان و إصابة العين بالماء الازرق (cataract) وامراض القلب الخلقية و القصور العقلي ، وتضخم الكبد و الطحال ، والتهاب السحايا والدماغ او موت الطفل قبل الولادة⁽³⁾ .

(1) - أيمن سليمان مزاهرة ، مرجع سابق ، ص 62.

(2) - A . Domart et autres : opcit, pp 897-898

(3) - أيمن سليمان مزاهرة ، مرجع سابق ، ص 43.

تظهر الإصابة الخلقية عقب الولادة مباشرة ، اما الحالات الخفية فقد تمر شهور وسنين قبل اكتشافها فقد يحدث مرض السكري المعتمد على الانسولين كنتيجة شائعة و متاخرة لمتلازمة الحصبة الالمانية الخلقية .

ينتشر هذا المرض في كل انحاء العالم بإستثناء بعض المجتمعات المعزولة و البعيدة و يشيع المرض في فصلي الشتاء و الربيع ، اما اوبئته فتحدث على فترات متباعدة من الزمن كل (10 - 15 سنة) وتحدث معظم الإصابات بين الاطفال الصغار ، لكنها تحدث بين المراهقين و الكهول بنسبة أعلى من الحصبة نتيجة تاخر المرض وهنا تكمن خطورة المرض إذ يزداد احتمال حدوث المرض الخلفي إذا حدثت العدوى أثناء الحمل.

إن العامل المعدي هو فيروس الحصبة الالمانية ، ويخرج الفيروس عن طريق مفرزات الانف و البلعوم و بدرجة اقل عن طريق البول و البراز ، تنتقل العدوى عن طريق التنفس و الرذاذ الخارج معه او استعمال ادوات الشخص المصاب .

ينتقل الفيروس عن طريق المشيمة من الحامل إلى الجنين ، كما ينتقل عن طريق الهواء احيانا ولكن على نطاق ضيق ، إذ يدخل الفيروس إلى الجسم عن طريق الانف و البلعوم أما عن مدة الحضانه فهي من 10 إلى 21 يوم .

أما الطريق الانجع للوقاية من هذا الفيروس فهو التمنيع ، إذ يعطى اللقاح بشكل حقنة واحدة تحت الجلد او في العضل إما منفردا او مشتركا مع لقاحي الحصبة و النكاف ، ويؤمن هذا اللقاح استجابة مصلية معتمدة في حوالي 98-99% من الملقحين⁽¹⁾.

في حالة إذا لم تتطعم الفتاة قبل البلوغ بمطعوم الحصبة الالمانية، فإنه يجب عليها التطعيم اثناء الزواج بعد التأكد من انها غير حامل، وانها لن تحمل خلال الشهرين التاليين لتاريخ أخذ المطعوم⁽²⁾

كما يجب ابقاء الطفل المريض في البيت ، إذ لا يحتاج المريض إلى دواء عدا كمادات الماء البارد و مخففات الحرارة ، كما يجب الاحتفاظ بسجلات منزلية لكافة الاطفال لتسجيل الإصابات و المطاعيم التي اخذها الطفل .

(1) - نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي :طب المجتمع ، مرجع سابق ص 113.

(2) - أيمن مزاهرة ، مرجع سابق ، ص 43.

كما يجب التركيز على برامج التنقيف الصحي بمختلف وسائل الإعلام ، لأنها تبقى الوسيلة الانجع لتوعية الناس.

2-3 - ذات الغشاء الأبيض « الخناق » أو الدفتريا :

مرض حاد معد يصيب الاغشية المخاطية في الانف و الفم و الحلق سببه جرثومة الدفتريا وهي جرثومة عصوية تفرز مواد سامة قوية تذوب بسرعة في الجسم ويمتصها ، فتنتقل من مكان الإلتهاب إلى الاعصاب و العضلات في الجسم⁽¹⁾.

أعراض هذا المرض هو الإعياء ، فقدان الشهية و ألآم الحلق الخفية التي لا يكاد يشكو منها الطفل و قد يرى الغشاء في الحلق وقد لا يرى . وذات الغشاء الأبيض أو الخناق مرض خطير إذا لم يعالج بسرعة فقد يتسبب في اختناق ومن هنا جاءت تسميته⁽²⁾.

ينتقل المرض عن طريق الرذاذ المتطاير اثناء الكلام و السعال وكذلك عن طريق الإتصال المباشر مع المريض و ملامسة حاجياته الملوثة ، اما عن فترة الحضانة فهي من 2 إلى 5 ايام ، اما فترة العدوى فهي من أسبوعين إلى اربعة اسابيع⁽³⁾ . و الوقاية منه لا تكون إلا عن طريق التلقيح ، وهذا بإعطاء المصل الواقي.

التطعيم ضد الخناق يعطى مع تطعيم الكزاز (التيتانوس) و السعال الديكي ، ويبدأ بإعطائه للطفل في الشهر الرابع و الخامس و السادس من العمر مع تنشيط التطعيم بعد سنة من ذلك⁽⁴⁾ . ومن الإجراءات الوقائية الاخرى هي غلي الحليب .

أما عن اعراض المرض فهي مختلفة حسب منطقة الإصابة ، فإذا اصاب مرض الدفتريا الاغشية المخاطية الموجودة في الانف ، تكون الاعراض مشابهة لاعراض الرشح أي خروج افرازات مخاطية مع صديد في الانف وعادة يؤدي إلى نزيف في الانف.

(1) - نفس المرجع ، ص49.

(2) - عبد المجيد رزق الله ، مرجع سابق ، ص84 .

(3) - أيمن مزاهرة ، مرجع سابق ، ص 49.

(4) - عبد المجيد رزق الله ، مرجع سابق ، ص84 .

أما إذا أصاب المرض الأغشية المبطنة للوزتين أو البلعوم ، فاهم اعراضه هي انخراط عام في الجسم، وفقدان الشهية ، والتهاب في الحلق و الم في الحنجرة و اغشية بيضاء تبطن مكان الإصابة و ينتج عنونها انسداد في مجرى التنفس ، وفي الحالات الشديدة قد تؤدي إلى الوفاة.

اما إذا أصاب المرض اغشية القصبات الهوائية ، فتكون الاعراض سعال يرافقه ارتفاع في درجة الحرارة مع بحة في الصوت وإذا كانت الإصابة حادة فقد تؤدي إلى الإختناق (1).

أما عن علاج الدفتريا ، فيعطى الطفل المريض مصلا ضد الدفتريا فورا و تعتمد الكمية المعطاة على درجة انتشار غشاء الدفتريا و مدة المرض قبل التشخيص و الحالة العامة للمريض ، كما يجب إعطاء الطفل المضادات الحيوية للوقاية من المضاعفات ، و الإهتمام بتغذية المريض عن طريق الفم باغذية سهلة البلع مثل اللبن و الحساء و عصير الفواكه ، وإذا تعذر ذلك يعطى المريض محاليل الجلوكوز المركزة عن طريق الدم .

كما يجب توفير الراحة التامة و الإقلال من الحركة للمحافظة على عضلة القلب سليمة و عزل الطفل لحين التأكد من الشفاء التام.

يمكن الوقاية من الإصابة بمرض الدفتريا عن طريق اتخاذ اجراءات حماية جهاز المناعة وذلك من خلال التطعيم ضد المرض لتفادي تطور الحالة ومضاعفات المرض التي قد تؤدي إلى الشلل الذي قد يمس أعضاء مختلفة من الجسم و إلى التهاب الكليتين و عضلة القلب و التهاب الشعب الهوائية و الرئتين و إلى انسداد القصبة الهوائية (2).

2-4 - السعال الديكي « Coqueluche » :

و هو مرض وبائي معد سببه عصيات السعال الديكي ، ويكثر انتشاره في فصل الشتاء و الربيع ، ويصيب الإنسان في جميع الاعمار ، ولكنه اكثر إصابة للاطفال الصغار حتى السابعة من العمر ، كما يصاب به بكثرة الاطفال الرضع (3).

(1) - أيمن مزاهرة ، مرجع سابق ، ص 50.

(2) - كتاب امراض الطفولة الشائعة من الموقع : www.To7af.com

(3) - ايمن مزاهرة : مرجع سابق ، ص51.

يؤثر السعال الديكي على صحة الطفل لصعوبة علاجه و لطول مدة المرض التي تبقى من ثلاثة إلى أربعة أسابيع أو أكثر . ما يتميز به السعال الديكي هو سعال تشنجي مصحوب باحمرار الوجه و العينين و ينتهي بشهقة يتلوها نقيء يفرغ أثناءه الطفل كل ما في جوفه.

و تزيد نوبات السعال ليلا حتى يفقد الطفل نومه ، بالإضافة إلى ما يتركه السعال الديكي من أثر شديد على الصدر فهو يؤثر على صحة الطفل نتيجة النقيء المتكرر (1).

يكون معدل الوفاة من جراء الإصابة بالسعال الديكي مرتفع في السنة الاولى من العمر ، خاصة قبل بلوغ 6 اشهر ، ويعد الإلتهاب الرئوي المضاعف الاكثر احداثا للوفاة عند حدوث المرض.

السعال الديكي مرض عالمي الانتشار، إلا أن معدلات حدوثه انخفضت في البلاد التي تمارس التمتع بانتظام وتمثل للغذاء الصحي و الرعاية الصحية الجيدة ، كما ان معدل المرض في المناطق الحضرية أعلى منه في المناطق الريفية ، وقد يرجع ذلك إلى ازدحام السكان في هذه المناطق.

كما تزداد معدلات الحدوث خلال فصلي الشتاء و الربيع ، وهو سائد بين الاطفال وخاصة من هم دون سن الخامسة من العمر إلا ان هذه الصورة الوبائية تغيرت مع زيادة انتشار التلقيح (2).

أما عن طرق انتشار المرض فهو الإلتماس المباشر مع مفرزات الاغشية المخاطية المبطنة للجهاز التنفسي ، وربما عن طريق الفطريات او الإلتماس الغير مباشر مع الادوات الملوثة لمفرزات المريض و فيما يخص فترة حضانة المرض فهي من 7 إلى 20 يوم تقريبا.

إن المرض شديد العدوى في المرحلة النزلية المبكرة و تنخفض السراية بعد ذلك تدريجيا خلال المرحلة الإنتيابية لتصير معدومة بعد ثلاثة اسابيع رغم استمرار السعال الإنتيابي (3).

لذلك يجب عزل المريض وتوفير الراحة التامة مع ابعاده عن الدخان و الغبار ، وتوفير التهوية الجيدة ، و الإهتمام بتغذية واعطائه السوائل بكميات قليلة متكررة ، واعطائه المضادات الحيوية لمنع حدوث المضاعفات والتي نذكر منها : التهاب الشعب الهوائية و الرئتين ، حدوث نزيف في الدماغ ، التهاب الاذن الوسطى ، سوء التغذية ، كما قد يتسبب في الوفاة .

(1)-A . Domart et autres : opcit, pp 897-898.

(2) - نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي: طب المجتمع ، مرجع سابق ، ص 121.

(3) - نفس المرجع ، ص 121.

لذلك فالوقاية ضرورية وهذا بالتثقيف الصحي للجماهير باخطار اصابة الرضع بالسعال الديكي و مزايا البدئ في التمنيع منذ الشهور الاولى من عمر الرضيع بالقاح الثلاثي و الذي يتضمن السعال الديكي⁽¹⁾.

2-5- شلل الأطفال « Poliomyelite » :

و هو مرض وبائي معد ناتج عن فيروس معوي يصيب الطفل عن طريق الفم و الجهاز الهضمي أو عن طريق التنفس إلا أن معظم الأطفال يملكون مناعة طبيعية ضد المرض منقولة عن طريق الأم إلا أن هذه المناعة لا تدوم إلا الأشهر الأولى من العمر ولذا يجب التحصين ضد المرض ابتداء من الشهر الثالث أو الرابع .و تبدأ أعراض المرض في شكل نوبة برد مع التهاب في حلق الصغير ثم سرعان ما يصاب الطفل بارتخاء في الأطراف وفي عضلات البطن و الرقبة أحيانا ، تظهر الإصابة في عضلات التنفس و البلع كما يتعرض الطفل للصداع و فقدان الشهية و تقيؤ و غثيان و ألم حاد في البطن⁽²⁾.

من اعراض شلل الاطفال ايضا التهاب النخاع الشوكي الغير مسبب للشلل ، واعراضه الم و تصلب في عضلات الرقبة ، وتصلب في عضلات الظهر و ألم و تصلب في عضلات القدمين وعند سحب عينة من سائل النخاع الشوكي ، يلاحظ ان هناك ارتفاع في نسبة البروتين و الخلايا اللمفاوية مما يدل على وجود التهاب ،و من اعراض المرض ايضا هو التهاب النخاع الشوكي الذي يسبب الشلل ، وتلازمه أعراض تتمثل في الالم الشديد و رجفة في الاطراف و اخيرا شلل في الجهاز العصبي المركزي.

و الحقيقة أن نسبة الإصابة بالشلل قليلة ، ويعود الفضل في هذا إلى اعطاء المطاعيم الضرورية التي جعلت من المرض مجرد نزلة برد مع التهاب في حلق الصغير⁽³⁾.

كما كان لحملات التلقيح الجماعية ضد شلل الاطفال دور مهم في الحد من هذا المرض ، ولقد شملت هذه الحملات جميع الدول النامية ، وهي تعتبر اجراءات تكميلية لا تغني عن التطعيم الروتيني ، هدفها الاصلي هو منع انتشار شلل الاطفال من خلال تطعيم جميع الاطفال دون سن الخامسة ، بغض النظر عن سجلهم السابق في التطعيم ضد الشلل⁽⁴⁾.

(1) - أيمن مزاهرة ،مرجع سابق ،ص 53.

(2)-A . Domart et autres : opcit, p799.

(3) - أيمن مزاهرة ،مرجع سابق ،ص 57.

(4) - اليونيسف : وضع اطفال العالم 2008،مرجع سابق، ص 32.

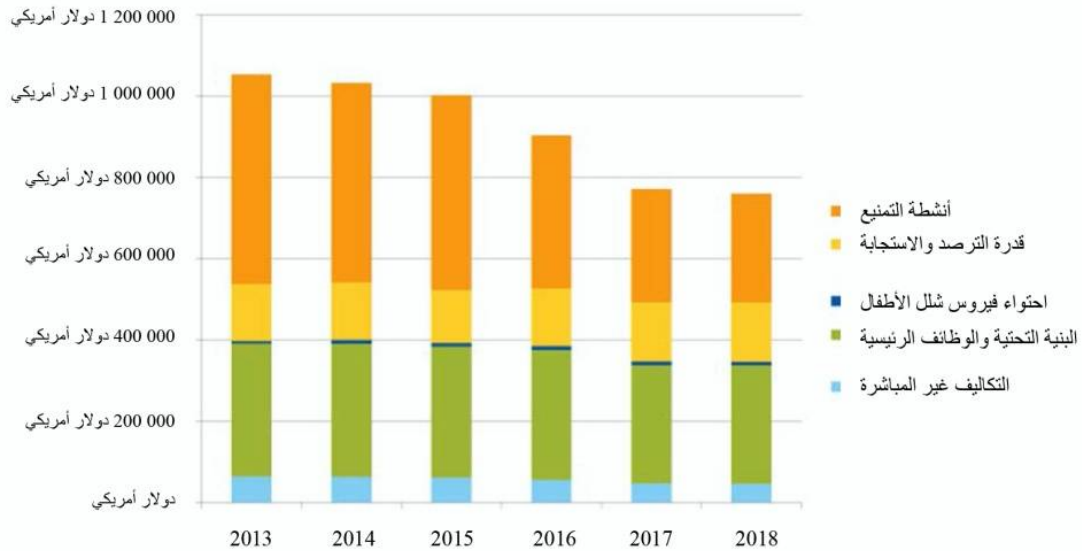
و لقد ساعدت المبادرة العالمية لإستئصال شلل الاطفال منذ انطلاقتها التقليل من انتشار شلل الاطفال على الصعيد العالمي وهذا بنسبة 99% ، وخفض البلدان التي ينتشر فيها شلل الاطفال من 125 بلدا إلى ثلاثة بلدان ، ويتمتع ما يزيد عن 10 ملايين نسمة اليوم بالقدرة على المشي بفضل هذه المبادرة التي لولاها لكانوا مشلولين.

لقد شهد عام 2012 تحقيق انجازات هائلة للبرنامج وهو ما يتيح الفرصة للقضاء على شلل الاطفال نهائيا، وكانت الهند من بين البلدان التي تحققت فيها ابرز الإنجازات.

وبحلول نهاية عام 2012 انخفض العدد الإجمالي لحالات شلل الاطفال انخفاضاً شديداً بنسبة 66% بالمقارنة بالعام الذي سبقه بحيث وصل على 223 حالة.

و يتطلب التنفيذ الكفؤ و الفعال للخطة اكبر قدر مستطاع من التمويل عند انطلاقه ، ولقد اجرت المبادرة تحليلا معمقا للأنشطة و التكاليف ادى إلى وضع ميزانية بمبلغ 5.5 مليار دولار امريكي لتحقيق اغراض الخطة حتى 2019⁽¹⁾. و الرسم البياني التالي يوضح ذلك:

الرسم البياني رقم (28): ميزانية الخطة العالمية لإستئصال شلل الأطفال بحسب الفئات (2013-2018)
بملايين الدولارات الأمريكية



المصدر: منظمة الصحة العالمية: المبادرة العالمية لإستئصال شلل الاطفال، التقرير السنوي 2012، ص12.

(1) - منظمة الصحة العالمية: المبادرة العالمية لإستئصال شلل الاطفال، المجلس التنفيذي ، التقرير السنوي 2012، ص1.

يعرض القسم المتعلق بالموارد المالية في هذا الرسم الافتراضات التي اعتمدت عند حساب تكاليف الخطة و النفقات المحتملة في حال حدوث تاخير في تحقيق المؤشرات الأساسية في بعض المناطق الجغرافية. تشمل الميزانية المخصصة لهذه المبادرة الوصول إلى أكثر من 150 مليون طفل ، وتطعيمه عدة مرات في كل عام وتنفيذ أنشطة الرصد و الترصد في أكثر من 70 بلدا وحماية البنية التحتية التي يمكن ان تعود بالفائدة على البرامج الصحية و الإجتماعية الأخرى.

و ترتبط تكاليف البرنامج ارتباطا مباشرا بعدد حملات التطعيم و نوعيتها ، وتولي الميزانية اهتماما خاصا للنهوض بجودة حملات اللقاحات الفموية لشل الاطفال اللازمة لتعزيز مستويات مناعة الاطفال في المناطق التي يصعب الوصول إليها بشدة كبعض المناطق في أفغانستان و نيجيريا و باكستان (1).

إن القضاء على شلل الاطفال سوف يؤدي إلى تحقيق المنفعة العامة العالمية ، بمعنى الفوائد المتتالية من عالم خال من شلل الاطفال تصل إلى جميع اطفال العالم بما يكفل حمايتهم إلى الابد من مرض فتاك يمكن الوقاية منه.

6-2 - التهاب الغدة النكافية Oreillons

التهاب الغدة النكافية مرض وبائي معد ، وهو انتفاخ في الغدة اللعابية التي مكانها تحت الاذن و امامها وهو يسبب ألما كبيرا ، وقد يتوضع النكاف في جهة واحدة و احيانا في الجهتين ، وقد يمتد إلى الغدة اللعابية تحت الفك و تحت الذقنية فيصبح الوجه كإجاصة.

ينتشر المرض في أي فصل من فصول السنة و تقع الإصابة بهذا المرض بين السنة الرابعة و الرابعة عشر ، وتقل الإصابات بصفة خاصة بين الاطفال الذين يتعرضون للشمس و الهواء ، وقلما تقع إصابة الطفل الرضيع .

اما عن طرق العدوى فهي الرذاذ المتطاير من فم المريض او استعمال ادواته ، اما مدة حضانة المرض فهي من 14-25 يوم (2).

(1) - نفس المرجع، ص 13.

(2) - عبد المجيد رزق الله ، مرجع سابق ، ص 86.

وفيما يخص مضاعفات المرض فهي تتمثل في تورم الخصية عند الذكور في مرحلة البلوغ وقد يتطور هذا إلى عقم ، وفي حالات نادرة قد تلتهب غدة البنكرياس ، كما قد يؤدي المرض إلى حدوث التهاب في الدماغ والتهاب السحايا وإلى الإلتهاب الرئوي ، كما قد يؤدي إلى العقم عند النساء وهذا للإلتهاب المبيضين .

وعلى الام ان تسعى بأن يلازم طفلها الفراش حتى تنخفض درجة حرارته ، وفي البداية يسبب المضغ ألما للطفل لذلك تقتصر تغذيته على السوائل و الاغذية السهلة المضغ مثل الفواكه و الخضار المسلوقة ، كما يجب أن يدهن الورم بدهن طبي ، ويراعى نظافة الفم عدة مرات في اليوم بمواد مطهرة .

أما من باب الوقاية فيجب عزل الطفل المصاب ومنعه من مخالطة الأطفال في البيت و المحيط مدة اسبوعين ، كما يجب تطهير و تعقيم جميع ادوات و العاب و ملابس الطفل المصاب ، أما التطعيم ضد هذا المرض فهو يكسب مناعة لاكثر من أربعة سنوات (1) .

7-2 - الكزاز (التيتانوس) :Tétanos

الكزاز مرض حاد ينتج من تلوث الجروح بميكروب خاص يفرز سمومه في جسم الإنسان فتصل إلى الجهاز العصبي المركزي بواسطة الاعصاب و الدم فتسبب تقلصات في العضلات خاصة عضلات المضغ (الحنك) وينتج عنها قفل الفم و عدم القدرة على فتحه كما تحدث تشنجات في جميع اجزاء الجسم تتكرر عدة مرات .

يعيش ميكروب هذا المرض طبيعيا في امعاء الحيوانات لا سيما اكلات العشب ، كذلك يعيش في امعاء الإنسان احيانا و يخرج مع البراز ويكون كيسا حول نفسه ويبقى على هذا الحال حتى يجد الظروف المناسبة لدخوله في الجرح وعند ذلك يخرج ميكروب المرض من كيسه وينمو ويتكاثر في موضعه ويفرز السموم التي ينتج عنها المرض .

و الميكروب منتشر جدا و موجود في تراب الشوارع وكذلك الحقول التي يتم تسميدها بروث البهائم . يدخل الميكروب الجسم عن طريق جرح إذ لا يستطيع اختراق الجسم السليم ، ويبقى الميكروب في الجرح ولايسير في الدم مطلقا ، لكنه يفرز سمومه التي تسري في الجسم وتصل إلى الجهاز العصبي المركزي عن طريق الاعصاب أو الدم .

(1) - أيمن مزاهرة ، مرجع ساق ، ص68.

من اعراض المرض نجد تصلب و تشنج عضلات الرقبة و الفك ، ولصابة باقي عضلات الجسم بالتشنج خاصة عضلات الظهر، صعوبة البلع و الكلام ، ازرقاق لون المريض مع صعوبة في التنفس وحدوث الوفاة في 35 إلى 40% من الحالات (1).

أما " كزاز الوليد " فهو مشكلة صحية هامة في عديد من دول العالم النامي ، حيث تكون خدمات رعاية الامومة محدودة التغطية باللقاحات غير كافية ، وقد تراجع حجم المشكلة في السنوات الاخيرة بسبب الجهود المبذولة من الدول و بسبب دعم منظمة الصحة العالمية لتغطية النساء في وضع الإنجاب بالجرعات اللازمة من اللقاح .تحدث اكثر حالات كزاز الوليد في المناطق التي تتم فيها الولادات تحت اشراف القابلات التقليديات او الدايات.

تظهر الاعراض في كزاز الوليد في الاسبوع الاول من العمر ، حيث يلاحظ أن الوليد فقد القدرة على الرضاعة مع نفضان في الوجه وصمل في العضلات ويتبع ذلك تشنجات عامة.يحدث هذا المرض عادة نتيجة عدوى السرة بابواغ الكزاز إما اثناء الولادة عند قطع الحبل السري باداة غير معقمة او بعد الوضع عن طريق تضميد الجدعة السرية بمواد ملوثة بابواغ الكزاز، تمتد فترة الحضانة بحدود 6 ايام و تصل معدلات اماتة كزاز الوليد 80%.

تتم الوقاية من المرض من خلال التغطية بلقاح الكزاز للسيدات في عمر الإنجاب اولاً ، وضمان حدوث الولادة في شروط تامة من النظافة ثانياً ،كما يجب اعطاء اللقاح الثلاثي للاطفال الذي يحتوي على مطعوم الكزاز وازالة الاجسام الغريبة عند حدوث الجروح و تنظيف الجرح جيداً كما يجب تجنب وضع اي مواد على السرة وتمنيع النساء للحد من انتقال المرض ، وكذلك إذا جرح الطفل وكان قد اخذ لقاح الكزاز سابق فيجب اعطاؤه جرعة منشطة أما إذا لم ياخذ اللقاح فيجب اعطاؤه جرعة مناعة مؤقتة (2).

و حسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية أنه في سنة 2000 تم الإبلاغ عن 3156 حالة كزاز وليد و ان 97% من هذه الحالات محصورة في ستة من بلدان العالم وهي افغانستان و مصر و باكستان و الصومال و السودان و اليمن ، وخلال الثمانينات كان كزاز الوليد على راس الامراض التي تفتك بالولدان و كان عدد الحالات المبلغ عنها يتجاوز 11400 حالة في الإقليم.

(1) - نفس المرجع ، ص53-54.

(2) - نخبة من اساتذة الجامعات بالوطن العربي ، طب المجتمع ،مرجع سابق ، ص154-155.

و منذ عام 1989 وبعد ادخال التطعيم للحوامل بذوفان الكزاز ، وبعد توسيع أنشطة التطعيم عام 1989 لتشمل جميع النساء في سن الإنجاب ، فقد انخفض عدد حالات الكزاز الوليد انخفاضاً ملحوظاً⁽¹⁾.

8-2 - التدرن الرئوي (السل) Tuberculosis

السل مرض معد ، يكون في معظم الاحيان مزمنًا، وقد يكون في القليل من الاحيان حادًا، تحدث الإصابة في اماكن مختلفة في الجسم ولكن السل الرئوي هو الأكثر انتشارًا ، كما قد يصيب أغشية المخ عند الاطفال الصغار . وتنتج الإصابة نتيجة دخول العامل المسبب بالإستنشاق عن طريق الجهاز التنفسي أو عن طريق شرب حليب الابقار الغير مغلى ولحوم الحيوانات المريضة .

من اعراضه سعال جاف يدوم فترة طويلة مصحوب ببصاق يكون مخلوطاً بالدم احيانا و حمى مسائية يصحبها عرق غزير في الليل ، فقر الدم مع هزال شديد ، ألم في الصدر و اعلى الظهر .

يوجد مرض السل في جميع انحاء العالم و لكنه ينتشر في الدول النامية أكثر منه في الدول المتقدمة ولقد بدأ انخفاض معدلات المرض في بلدان العالم المتقدم وذلك مواكبة للتطور الإجتماعي و الإقتصادي ولكن منذ الثمانينات لوحظ ان معدلات المرض بدأت في الإرتفاع وذلك يعود إلى عدوى العوز المناعي البشري.

تزداد معدلات المرض بالسل مع تقدم العمر وتزيد عند الذكور أكثر من الإناث و تزداد في المدينة وفي المجتمعات الفقيرة⁽²⁾.

فحسب تقرير منظمة الصحة العالمية 2001 عن الامراض السارية ، تبين ان عبئ السل بقي مرتفعاً في بلدان الإقليم المتوسط ، إذ ان ثلث سكان الإقليم كانوا مصابون بالعدوى بالجراثيم السلية ففي كل عام كان يصاب 630000 انسان بمرض السل و مات 136000 بسبب هذا المرض . كما تبين ان معدل حدوث المرض سوف يزداد إذا لم تتجج برامج مكافحة السل في تحقيق أهدافها⁽³⁾.

(1) - منظمة الصحة العالمية: قسم مكافحة الامراض السارية ، التقرير السنوي 2001 ، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط ، القاهرة ، 2001، ص 11.

(2) - نخبة من اساتذة الجامعات بالوطن العربي ، طب المجتمع ، مرجع سابق ، ص 129.

(3) - منظمة الصحة العلمية : مكافحة الامراض السارية ، التقرير السنوي 2001، مرجع سابق ، ص 12.

إن مدة حضانة المرض تمتد من 4 إلى 12 اسبوع ، أما عن خطر المرض فهو يزيد عند الاطفال الاقل من ثلاث سنوات .

أما علاج المرض فهو يحتاج إلى مدة طويلة قد تستغرق من سنة إلى سنتين ، لذلك تبقى الوقاية هي الحل الانجع لتفادي الإصابة بهذا المرض و أهم السبل الوقائية تتمثل في كشف الحالات و تشخيصها و علاجها للحد من فرص الانتقال و التنقيف الصحي لأفراد المجتمع وهذا لمعرفة اهمية المرض و خطورته وطرق انتقاله ، العناية بالنظافة الشخصية ونظافة البيئة المحيطة ، بستره الحليب وغليه جيدا قبل الشرب و التأكد من الذبح الجيد للحيوانات⁽¹⁾.

كما يعطى الطفل اللقاح الواقي " BCG " ، ويجب اجراؤه في الايام الاولى بعد الولادة ، فمعظم الدراسات تشير ان اللقاح له فائدة كبيرة في منع الإصابة بالاشكال الوخيمة من المرض التي تحدث خلال السنوات الاولى من العمر .

9-2 - التهاب الكبد الفيروسي :

2-9-1 - التهاب الكبد الفيروسي الوبائي " أ " (HAV) :

هو مرض فيروسي حاد يصيب الكبد و يكون البدئ عادة فجائيا بحمى و فقدان الشهية وغثيان وانزعاج بطني ، ويعقب ذلك خلال ايام قليلة يرقان واصفرار .
تزداد شدة المرض مع تقدم العمر ويكون كثير من حالات الإصابة بالعدوى بلا اعراض وبعضها خفيف بدون يرقان ولا سيما في الاطفال .

أما عن فترة الحضانة فهي تتراوح بين 15 و 50 يوم ، ويعتبر الإنسان هو مصدر العدوى .
تنتقل العدوى من شخص إلى آخر بالطريق البرازي الفموي ، إذ يفرز الشخص المصاب الفيروسات في البراز ، وعندما يتناول الإنسان الطعام او الشراب الملوث بالمادة البرازية فإنه يصاب بالعدوى.

ولتجنب الوقوع في المرض تبقى الوقاية هي الحل الانسب وذلك بإعطاء اللقاح الخاص و توعية المواطنين بخصوص الإصحاح الجيد وحفظ الصحة الشخصية مع تركيز خاص على التخلص الصحي من البراز، وغسل الايدي جيدا بالماء و الصابون .

(1) - أيمن سليمان مزاهرة ، مرجع سابق، ص59.

العناية بإصحاح البيئة وامدادات المياه المأمونة و تصريف المجاري ، وبذل جهود لتحسين الممارسات الإصحاحية لإزالة التلوث البرازي للاطعمة و الماء ، كما يجب الإلتزام بالتعقيم الجيد للمحاقن و الإبر و المعدات الاخرى قبل استعمالها (1).

2-9-2 - التهاب الكبد الفيروسي "ب" (HBV):

هو مرض فيروسي يبدأ بشكل تدريجي باعراض هضمية (ألم بطني - اقياء - غثيان - فقدان الشهية) ، وغالبا ما يترقى إلى يرقان أو ما يسمى الصفار او ابو صفار وهو تلون العين و الجلد باللون الاصفر نتيجة ارتفاع نسبة مادة **البيلروبين** في الدم.

تتراوح نسبة العدوى المرضية بالتهاب الكبد ب من 0.1%-20% في انحاء العالم المختلفة و تنتشر العدوى في الاعمار المبكرة.

تنتج حالة الحمل الفيروسي الإصابة بالمرض ، وتشمل مضاعفات العدوى التهاب الكبد المزمن وتشمع الكبد وسرطانة الخلية الكبدية ، إذ يقدر ان العدوى بالتهاب الكبد ب مسؤولة عن 80% من حالات سرطانة الخلية الكبدية في العالم (2).

فالمرض عالمي الإنتشار ويحدث بشكل كبير بين فئة الرضع و الاطفال في البلدان النامية ، اما في الدول المتقدمة فهو يصيب الكهول بكثرة.

أما عن طريقة انتقاله بالنسبة للرضع فيكون بالإلتماس المباشر او في فترة ما حول الولادة من الام إلى الطفل ، او استخدام المحاقن الملوثة في المستشفيات (3).

و تكون الوقاية بإعطاء الطفل اللقاح الخاص بالمرض .

(1) - أمين بن عبد الحميد مشخص و ايهاب مراد دهبه عياد : الادلة الإرشادية للمراقبة و الإجراءات الوقائية للأمراض المعدية ، وزارة الصحة ، إدارة الامراض

المعدية ، المملكة السعودية، 2007، ص 153-157.

(2) - نخبة من اساتذة الجامعات بالوطن العربي ، طب المجتمع ، مرجع سابق ، ص171.

(3) - نفس المرجع ، ص.173.

المبحث الثاني: الأمراض المزمنة عند الأطفال

تتغير الانماط الصحية و المرضية بمرور الوقت في المجتمعات استنادا إلى درجة التغير في الهيكل السكاني و معدل التنمية الإقتصادية ويؤدي ذلك إلى ما يسمى بالتحول الوبائي، فكلما تطورت المجتمعات تصبح الأمراض الغير معدية أكثر انتشارا ، خاصة بين سكان الحضر ، و يرجع ذلك إلى التغير في الظروف البيئية و الجوانب السلوكية (1).

إن الإضطرابات الغير سارية متعددة و مختلفة ، ولكنها في الوقت نفسه تشكل مجموعة لها خصائص مشتركة ، وربما كان أهم هذه الخصائص انها تؤدي إلى درجات كبيرة من العجز التي تستلزم الرعاية الصحية و الطبية لفترات طويلة قد تغطي فترة حياة المريض كلها. فالأمراض المزمنة هي مجموعة من الأمراض التي تتصف بان امراضيتها غير مؤكدة ، كما تتسم بوجود عوامل اختطار متعددة وفترة كمون طويلة وسير طويل ومنشأها غير معروف ، وتتصف بوجود العجز او التعوق واحيانا امكانية الشفاء (2).

و قد ظهرت هذه المجموعة من الإضطرابات الصحية اثناء القرن العشرين ، خاصة في الدول المتقدمة ، فقد اقترن هذا القرن بتغيير في حياة البيئة و حركة التصنيع وفي المستوى الغذائي والمعيشي للمجتمع و كذلك بنقص ملموس في عدد افراد الاسرة مما أدى إلى الإقلال من احتمالات الإصابة بالأمراض السارية .

لقد صاحب هذه التغيرات ارتفاع في مستوى التكنولوجيا السريرية والعلمية لعلاج عدد من الأمراض المعدية ، ادت هذه العوامل إلى انخفاض معدلات الإصابة بها و الوقاية منها وبالتالي ظهرت أنواع اخرى من الإضطرابات الصحية بدأت تنصدر الاسباب الرئيسية للوفاة و المرض و ذلك ليس فقط في الدول المتقدمة بل حتى في الدول النامية (3).

و حتى سنوات قليلة ماضية كانت الأمراض المزمنة محدودة الإنتشار في الوطن العربي ، إلا أن توفر الخدمات الصحية الجيدة أدى إلى انخفاض كبير في معدلات الإصابة بالأمراض السارية وارتفاع متوسط عمر الإنسان وارتبط هذا بحدوث ما يشبه الوباء من الأمراض المزمنة الغير سارية.

(1) - الإتحاد الإفريقي لوزراء الصحة: أثر الأمراض الغير معدية و الأمراض الإستوائية المهملة على التنمية في افريقيا، أديسا بابا ، الدورة السادسة ، أبريل 2013، ص 4.

(2) - نخبة من اساتذة الجامعات بالوطن العربي ، طب المجتمع، مرجع سابق ، ص.216.

(3) - نفس المرجع ، ص.214.

و الأمراض المزمنة ليست حكرا على الكبار فقط بل تصيب الاطفال في مراحل نموهم الاولى وتختلف اسباب حدوثها ، فمنها ما هو وراثي ومنها ما هو ناتج عن تشوهات خلقية ومنها ما هو ناتج عن عوامل خارجية كالتلوث البيئي ، ومنها ما هو ناتج عن خلل في النظام الغذائي.

و سوف نشير في بحثنا هذا إلى بعض الأمراض المزمنة التي تصيب الاطفال والتي يمكن الوقاية منها إن حظي الطفل بالرعاية الصحية اللازمة من محيطه الاسري ، يمكن للأمراض المزمنة أن تسببها عوامل خارجية كالتلوث المحيط كما يمكن أن يسببها سوء النظام الغذائي . اما الأمراض الاخرى الوراثية و الخلقية فهي فوق طاقة الاسرة .

1- الأمراض المزمنة المرتبطة بالتلوث البيئي

1-1- الربو (Asthm) :

يعد الربو مشكلة صحية عالمية الإنتشار، وهو من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا عند الاطفال ففي كندا مثلا اصبح الربو واحدا من اهم الاسباب لدخول الطفل المستشفى.

تحدث النزلة الشعبية عندما يتعرض الاطفال لنوبات من البرد الحادة في الشتاء و الجو الملبد بالضباب و بالقرب من المدن الصناعية حيث ينتشر في الجو كميات كبيرة من ثاني اكسيد الكبريت مما يؤدي إلى الإصابة بالنزلة الشعبية التهاب الزوائد الانفية عند الاطفال والتي هي عبارة عن تجمع الانسجة الليمفاوية في مؤخرة الانف.

فالربو هو اضطراب التهابي مزمن في الطرق الهوائية، يؤدي إلى نوبات متكررة من السعال و الازير و النزلة التنفسية و الضغط على الصدر⁽¹⁾. إن معظم حالات ربو الاطفال تشاهد في السنوات الاولى من العمر، و يسمى بالربو الكاذب لانه نادرا ما يستمر الربو مع الطفل عندما يكبر، لان الطفل كلما نما ينمو معه القفص الصدري و تنمو الشعب الهوائية فيتغلب إلى حد كبير على هذه الحساسية ، وهذا ما اكدته احدى الدراسات حول الربو اقيمت في Tucson أن 60% من الاطفال الاقل من 3 سنوات والذين يعانون من حالات من الازير سوف تختفي عنهم هذه الاعراض كلما تقدموا في السن⁽²⁾.

(1)- societe Algerienne de pediatrie : Guide sur le diagnostic et la prise en charge de lasthme de lenfant, decembre 2010, p6.

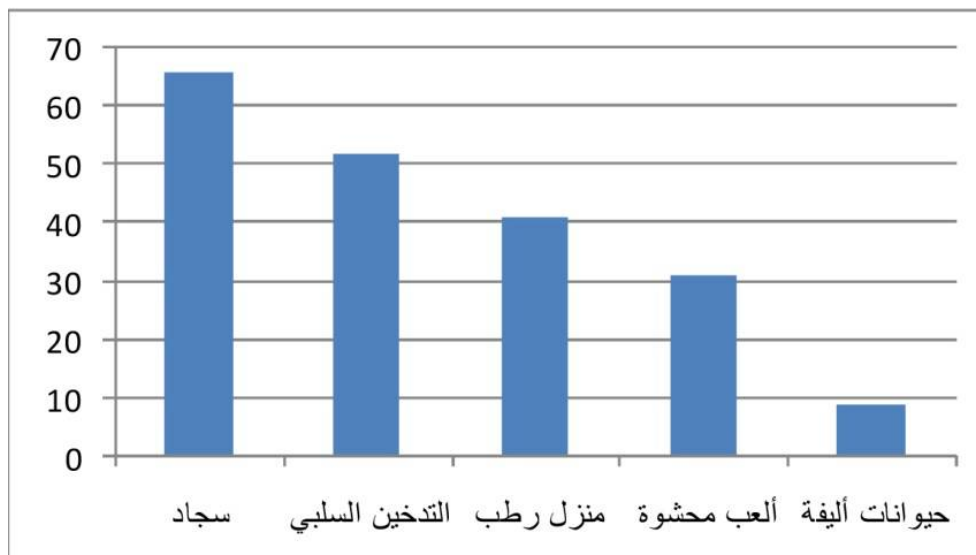
(2)- IBID,P22.

تزداد نسبة حدوث الربو في العالم بسبب زيادة التلوث البيئي ، تساعد على حدوثه محسسات او منبهات ينتج عنها تضيق في الطرق التنفسية ، وهذا المرض عبئ ثقيل على المريض و عائلته (1). إذ يلعب العامل الوراثي دورا مهما في الإصابة بالمرض ، حيث تزداد نسبة الإصابة إذا كان احد الوالدين أو كلاهما مصابا بالربو وهناك عدة اسباب تساعد على تهيج الجهاز التنفسي عند توافر القابلية للإصابة بالربو وتعرف بالمهيجات ، ومن اهم هذه العوامل نجد :

الرشح و الزكام الذي يصيب الطفل ، فيلاحظ الاهل عادة ان الطفل يصاب بنوبات من السعال على اثر كل حالة رشح يمر بها ، دخان السجائر، الروائح النفاذة كالمنظفات و العطور ، الغبار ، غبار الطلع ، عثة الفراش ، فراء الحيوانات المنزلية مثل القطط و الكلاب و الطيور ، التمارين الرياضية (2).

فحسب الدراسة التي قام بها د . مامون حكيم أستاذ في كلية الطب البشري في اللاذقية حول " الربو عند الاطفال " لعينة تتكون من 244 طفلا تتراوح اعمارهم من 2 إلى 15 سنة تبين من خلال استبيان الاهل أن أهم العوامل المحرصة للنوبة هي التدخين السلبي ب 52% ، سجاد الارض ب 66% ، رطوبة المنزل ب 41% ، الالعاب المحشوة ب 31% و الحيوانات المنزلية ب 9% والرسم البياني يوضح ذلك

رسم بياني رقم (29) : اعمدة بيانية حول اهم العوامل المحرصة للربو في محيط الطفل .



المصدر: مامون حكيم : الربو عند الاطفال في اللاذقية، في / مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية ، المجلد الاول ، 2009 ، ص80.

(1) - المملكة العربية السعودية: كرسى أبحاث الربو، جامعة الملك سعود بالموقع : www.asthma-ksu.com

(2)-Centre de l'asthme de l'hôpital de Montréal pour enfants: " l' enfant avant tout " l'asthme chez l'enfant , centre universitaire de sante McGill , québec, canada, 2010,p3.

اما عن اعراض مرض الربو فهو السعال المستمر او المتقطع خاصة في الليل ، صوت صفير او خششة في الصدر تسمع اثناء زفير الطفل ، صعوبة او سرعة التنفس ، صعوبة في الكلام فلا يستطيع الطفل ان ينطق جملة كاملة بنفس واحد ، ضف إلى ذلك قلة الشهية وزيادة الإنهاك و الميل للنوم.

أما علاج هذا المرض فيكون اولاً بالوقاية و الإبتعاد قدر الإمكان عن المهيجات وينصح بغسل البطانيات بالماء الساخن مرة كل شهر أو تغطيتها بغطاء بلاستيكي خاص للتخلص من عثة الفراش التي تشكل احد المسببات الاساسية لنوبات الربو في المناطق الرطبة ، كما ينصح بعدم اقتناء الحيوانات ذات الفراء كالقطط .

اما العلاج الثاني لهذا المرض فهو العلاج الدوائي وينقسم إلى نوعين :

يتمثل النوع الاول في موسعات الشعب الهوائية ، مثل "الفينتولين" حيث يستخدم عند الحاجة لتوسيع الشعب الهوائية ، ويجب ان تكون بصحبة المريض ، كما يجب استخدامها قبل ممارسة الرياضة.

أما النوع الثاني فهو الاساس في علاج الربو ويتمثل في "بخاخات الكرتيزون" ، حيث يجعل مجرى التنفس اقل حساسية ويجب اخذه حتى اثناء الشعور بالتحسن ، ولا يوقف إلا بأمر من الطبيب (1). من هذا العرض يتبين أن الربو مشكلة شائعة الحدوث عند الاطفال ، اما نسبة الحدوث فهي تتاثر في أغلب الاحيان بزيادة تلوث الهواء داخل المنزل بسبب بعض الغازات و المحسسات ولاسيما غبار المنزل بسبب تكاثر العت المنزلي الناتج عن المبالغة في العزل و التدفئة ، و زيادة نسبة البدئ المبكر للأخماج الفيروسية التنفسية ، الشيء الذي يؤكد على ضرورة تشخيصها وعلاجها باكرا واعطاء اللقاح الضروري لذلك سنويا.

2- الامراض المزمنة المرتبطة بالنظام الغذائي :

الغذاء الذي يتناوله الناس على اختلاف تنوعهم الثقافي يحدد إلى حد كبير صحتهم ونموهم ، ولقد اجمع مختصون في التغذية وتنمية الطفولة المبكرة على ان الاولياء و مقدمي الرعاية للطفل دور اساسي في نوعية الغذاء الذي يقدم له.

(1)- Centre de l'asthme de l'hôpital de montréal pour enfants: "l' enfant avant tout" l'asthme chez l'enfant ,opcit ,p4.

كما بينت الدراسات ان النحافة والسمنة نتيجة طبيعية لعادات غذائية سيئة ادت إلى تلك الامراض الخطيرة ، جعلت من بعض الاطفال يظهرون بصورة جسمية ضعيفة وحالة صحية منهكة وهذا بسبب انخفاض الوعي الاسري.

فحسب ماجاء عن منظمة الاغذية و الزراعة للامم المتحدة ، ان هناك طفل واحد من اصل أربعة اطفال في العالم دون الخامسة من العمر يعانون من التقزم ، الشيء الذي يؤثر على الطاقة الإدراكية للطفل لاحقاً (1).

فمن المشاكل المنتشرة في عام الطفل الاول هو فقر الدم وهو ينتج عن نقص الحديد في غذاء الطفل وذلك له عواقب وخيمة كون فقر الدم يؤثر على تطور القدرات الإدراكية و المهارات الذهنية للطفل فيما بعد وهذا يجعل الطفل يعاني من صعوبات تعليمية مستقبلاً .

ومن المتطلبات الهامة جداً للاطفال نجد كذلك الكالسيوم و فيتامين D ، فوجودهما يضمن صلابة العظام و الاسنان و يقيه من الإصابة بالكساح و تقوس في مستوى الارجل و قصر القامة (2).

فمن الحقائق الثابتة علاقة الغذاء بالصحة، فالتغذية هي أحد أحجار الزاوية في الممارسة السليمة من اجل صحة جيدة ، ومن اجل الوقاية من الامراض المزمنة ، الكثيرين لا يقومون باختيار أنواع الاطعمة الأكثر فائدة لصحتهم .

فالغذاء الصحي هو الغذاء المتوازن الذي يحتوي على كافة العناصر الغذائية اللازمة لضمان صحة الجسم و الوقاية من الامراض المزمنة.

ويقصد بالغذاء المتوازن هو الغذاء الذي يحتوي على جميع العناصر الغذائية الضرورية للجسم وبكميات مناسبة للإحتياجات اليومية ، ولا يوجد غذاء في الطبيعة يحتوي على جميع العناصر الغذائية لذا فإن عملية توازن الغذاء تعتمد على التنوع في الأطعمة بحيث يتم الإختيار من مختلف المجموعات الغذائية في كل وجبة بغرض تحقيق التوازن في قيمتها الغذائية (3).

(1) - منظمة الاغذية و الزراعة للامم المتحدة: يوم الاغذية العالمي ، الاشخاص المعتمدون على نظم غذائية صحية ، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، عمان ، الاردن ، 2013، ص2.

(2) - المجلس الاعلى للامومة و الطفولة، مركز الموارد لتنمية الطفولة المبكرة : البنون (أطفالنا و الغذاء السليم)، منظمة سول لتنمية المرأة و الطفل، العدد 7: مارس 2008 ، ص 3.

(3) - آمال حسين البحي ، منال سليمان المطر : حقائق للحياة ، وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التربية ، الكويت ، 2009، ص 28.

إن الأمراض المزمنة تتفاعل فيما بينها و يرتبط بعضها ببعض لدرجة كبيرة توجب التعامل معها في إطار واحد ، حيث تتماثل طرق الوقاية منها خاصة فيما يتعلق بارتباطها بأنماط التغذية ، وربما أن بعض العوامل المسببة لهذه المجموعة من الأمراض تساهم في حدوث أكثر من مرض في وقت واحد ، ولعلّ أفضل مثال هو الإصابة بالسمنة التي تمهد الإصابة بالسكري و أمراض القلب في مرحلة تالية من العمر .

و حتى سنوات قليلة ماضية كانت الأمراض المزمنة محدودة الانتشار في الوطن العربي ، إلا أن توفر الخدمات الصحية الجيدة أدى إلى انخفاض كبير في معدلات الإصابة بالأمراض السارية وارتفاع متوسط عمر الإنسان .

2-1- مرض السكري عند الأطفال :

مرض السكري من الأمراض المزمنة و المعقدة التي تصيب عددا كبيرا من الناس من كل الشرائح بدون استثناء ، وهو معروف منذ القدم وكان يعتبر من الأمراض القاتلة ، حيث أن مريض السكر لا يعيش أكثر من سنتين بعد ظهور المرض، وخصوصا في صغار السن وكان يعالج بطرق بدائية .

إن المعرفة الحقيقية لأسباب المرض و طرق علاجه بدأت في النصف الأول من القرن العشرين منذ اكتشاف الأنسولين سنة 1921 و العلاج بالأقراص المخفضة لسكر الدم. يطلق على مرض السكر **ديابيتس ميليتس** وهي تسمية لاتينية ترجع إلى ما قبل الميلاد حيث أطلقها الرومان لوصف هذا المرض لأول مرة ، وتعني كلمة **ديابيتس** الماء الجاري إشارة إلى كثرة التبول بكميات كبيرة و معنى كلمة **ميلتس** هو العسل إشارة إلى مرور السكر مع البول ⁽¹⁾.

و لقد عرفت منظمة الصحة العالمية مرض السكر بأنه " اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم بصورة غير طبيعية لاسباب مختلفة قد تكون نفسية او عضوية أو بسبب الإفراط في تناول السكريات او بسبب عوامل وراثية" . يحدث المرض نتيجة خلل في افراز الانسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الانسولين المفرزة اقل من المطلوب او ان يكون هناك توقف تام عن انتاجه ، ويطلق على هذه الحالة " مقاومة الانسولين".

(1) - الوكالة المساعدة للطب الوقائي الإدارة العامة للأمراض الغير معدية : المرجع الوطني لتثقيف مرضي داء السكري ، وزارة الصحة السعودية ، الإصدار الاول

و في كلتا الحالتين يكون الجلوكوز غير قادر على دخول الخلايا مما يؤدي إلى تراكمه في الدم و إمكانية ظهوره في البول.

و بمرور الوقت ومع ازدياد تراكم السكر في الدم بدلا من دخوله خلايا الجسم قد يؤدي إلى مضاعفات مزمنة على بعض اجزاء الجسم كالاعوية الدموية الدقيقة في شبكة العين، وحوصلات الكلى و تلك التي تغذي الاعصاب (1).

إن الاطفال عادة ما يصابون بالنوع الاول من مرض السكر ، لذلك فهو يسمى ايضا بـ **سكر الصغار guvenile diabetes** وهذا النوع من المرض يظهر بين مرحلة الولادة حتى سن الثلاثين ، وهو يصيب صغار السن من ذكور و إناث بنسب متساوية (2).

يعود السبب الرئيسي في حدوث النوع الاول من السكر إلى نقص كفاءة الجهاز الماعي للجسم و التي يصاحبها ظهور اجسام مضادة ، تهاجم بروتينات الانسولين وخلايا لانجرهانس و تسبب تلف في خلايا بيتا في البنكرياس التي تفرز الأنسولين.

و لا يعرف السبب الحقيقي عن كيفية بدئ التأثير على الجهاز المناعي للجسم، لكن الدراسات تشير إلى ان الإستعداد الوراثي و الإصابة ببعض الفيروسات قد تكون السبب في حدوث نقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم.

من بين عوامل الخطورة التي تسبب المرض نجد عدم الرضاعة الطبيعية المدة اللازمة و شرب حليب البقر ، حيث ان معدة الطفل لا تستطيع هضم الاطعمة بما فيها البروتينات بصورة جيدة. فالبروتينات الكبيرة الغير مهضومة تمر عبر جدران الامعاء إلى الدم ويعتبر الجسم مثل هذه البروتينات مواد غريبة فيقوم بإفراز الأجسام المضادة لمهاجمتها وقد يحصل خطأ في التعرف على خلايا بيتا فتقوم الاجسام المضادة بمهاجمتها و تدميرها .

كما تبين أن من بين عوامل الخطورة الاخرى هناك مرض الطفل في سن مبكرة ، و كبر سن الام و إصابة الام بالنوع الاول من السكر و إصابة الام بارتفاع ضغط الدم اثناء الحمل.

(1) - محمد بن سعد الحميد : السكري أسبابه مضاعفاته علاجه، جامعة الملك سعود، الرياض ، الطبعة الاولى، 2007، ص4.

(2) - Annick Morel, Dr Gilles Lecoq et autre: Evaluation de la prise en charge du diabète, tom 1, france, avrile 2012, p13.

كما تم ربط السمنة لدى الاطفال بإمكانية إصابتهم بنسبة كبيرة من النوع الثاني من السكر في سن متقدمة.

و قد أظهرت بعض الدراسات أن هناك علاقة وطيدة بين زيادة الوزن عند الولادة و السمنة خلال الطفولة بأنها سبب رئيسي لحدوث مرض السكر من النوع الاول ⁽¹⁾.

تشير الإحصاءات إلى وجود أكثر من 280 مليون مصاب بمرض السكر في العالم وستزيد هذه النسبة إلى 420 مليون في عام 2030 ، إذ يعيش 80% في الدول النامية ⁽²⁾.

أما بالنسبة للإصابة بالسكري عند فئة الاطفال الاقل من خمس سنوات ، فإن الدراسات في هذا المجال محدودة وإن وجدت فإن شريحة الاطفال المعنية هم الاطفال الاقل من 15 سنة.

فحسب الدراسة التي قامت بها الدكتورة سميرة عبروق حول مرض السكري عند الاطفال الاقل من 15 سنة في ولاية الجزائر في 2010 ، فلقد تم تعداد 1426 حالة إصابة بالمرض متوزعين على مستوى قطاعات صحية مختلفة عامة و متخصصة ، ولقد تبين أن الرعاية الصحية لهؤلاء الاطفال تتم في الجناح الخاص بطب الاطفال على يد أخصائين بطب الاطفال و اخصائين بمرض السكري ⁽³⁾.

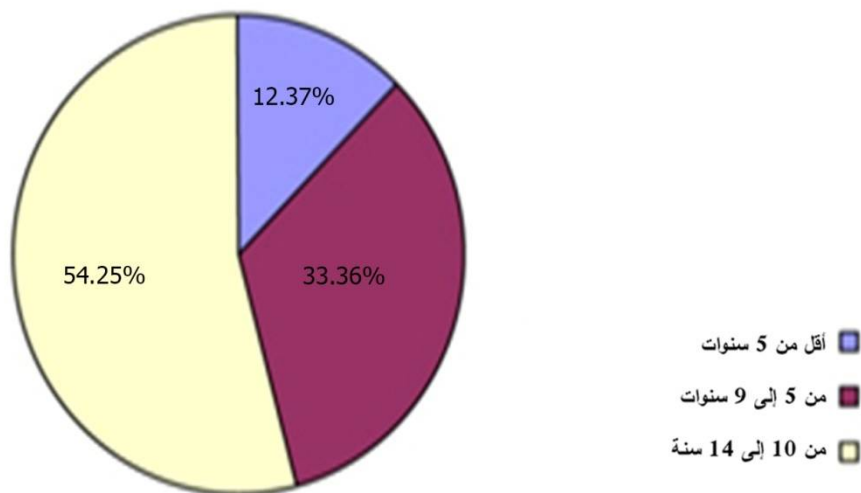
لكن عدد الحالات التي تستوفي شروط الدراسة (السن و مكان الإقامة) هي 1034 حالة و الرسم البياني التالي يوضح ذلك.

(1) - محمد بن سعد الحميد : مرجع سابق ، ص 14.

(2) - الوكالة المساعدة للطب الوقائي : الإدارة العامة للأمراض الغير معدية، مرجع سابق ، ص15.

(3) - Samira Abrouk : Epidémiologie du diabète de lenfant dans la wilaya d'alger,INSP,2010,p9.

الرسم البياني رقم (30): دائرة نسبية لعدد الاطفال المصابين بالسكري في الجزائر



source: Samira Abrouk : Epidémiologie du diabète de l'enfant dans la wilaya d'alger, INSP, 2010, p11.

من خلال هذا الرسم يتضح لنا أن شريحة الاطفال الاقل من خمس سنوات هي الاخرى معنية بالمرض ، لكن بنسبة اقل مقارنة بالاطفال فوق 5 سنوات فعدد الحالات المسجلة بلغ 128 حالة من بين 1034 حالة مرض أي بنسبة 12.37%. إن انتشار مرض السكري عند فئة الاطفال يعد خطرا كبيرا كما انه يمثل عبئ اقتصادي للدولة من حيث تحقيق خدمات الصحة العامة كتوفير الدواء للمصابين وهذا ليس فقط في الجزائر و إنما حتى في الدول المتقدمة فمرض السكري يعد مشكل اقتصادي كبير حيث ارتفع الإنفاق إلى 345 مليار دولار امريكي في دول "L'OCDE"، فالولايات المتحدة وحدها خصصت له مبلغ 116 مليار دولار امريكي سنة 2007⁽¹⁾. و الجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (68): توقع انتشار الإصابة بمرض السكري عند الاطفال الاقل من 14 سنة في الدول المتقدمة بالنسبة لكل 100000 شخص.

الدول	عدد حالات الإصابة	الدول	عدد حالات الإصابة
الصين	0.6	بلجيكا	15.4
اليابان	2.4	المانيا	18
ايطاليا	8.4	الولايات المتحدة	23.7
فرنسا	12.2	فرنلندا	57.4

Source: OCDE : panorama de la sante 2011, les indicateurs de l'ocde , paris , France , 2012, p 43.

(1)- OCDE : panorama de la sante 2011, les indicateurs de l'ocde , paris , France , 2012, p 42.

لقد اظهرت الدراسات التي أجريت في إقليم الشرق المتوسط انتشار السكري في بعض مجتمعاته بنسب تتجاوز مثيلاتها في المجتمعات الغربية ، الشيء الذي يؤكد وجود ملايين المصابين بالداء خاصة الذين يفتقرون إلى الرعاية الصحية اللازمة ، والذين ينقصهم الوعي عن مخاطر و مضاعفات المرض .

لـ السكري مضاعفات خطيرة على الشخص ، فقد تتدهور الحالة لتصل إلى السبات (الغيبوبة) و الموت إن لم تتوفر له المعالجة الفعالة ، و يعتبر تلف شبكة العين هو السبب الرئيسي للعمى في العالم واحد المضاعفات الوعائية للسكري.

و هناك مضاعفات خطيرة أخرى أهمها ضعف وظيفة الكليتين والتي تقود إلى الفشل الكلوي و الإعتلال العصبي و الإستعداد للإصابة بمرض الشريان التاجي في القلب والتعرض لبتتر الاعضاء و غير ذلك من المضاعفات .

و مع تفاقم المرض أضحي التنقيف الصحي في هذا المجال امرا ضروريا للمصابين وعائلاتهم من اجل التصدي لاطار المرض و جعل امكانية التعايش معه امرا ممكنا ⁽¹⁾.

2-2 - السمنة لدى الاطفال :

باتت السمنة تشكل وباءا عالميا ، إذ حدث في الاونة الاخيرة ازدياد ملحوظ في نسبة البدانة لدى الاطفال عموما ، بمن فيهم الاطفال في مرحلة الطفولة المبكرة . و تتعدد أسباب انتشارها إلى عوامل عدة ابرزها العوامل البيئية و الجينية و الإجتماعية.

هذه الزيادة في الوزن لم تقتصر على الاطفال في الدول النامية ، بل شملت أيضا الاطفال في معظم الدول التي في طور النمو ، بما في ذلك غالبية الدول العربية .

و طبقا لدراسة دولية نشرت عام 2000 تناولت معدلات البدانة لدى الاطفال الذين تقل اعمارهم عن 5 سنوات ، اعتمدت على بيانات متوفرة لدى منظمة الصحة العالمية لـ 94 دولة نامية ، ولقد تم تحديد البدانة بناء على تجاوز تناسب الوزن إلى الطول مقدار بإنحرافين معياريين طبقا لبيانات المركز الوطني الامريكي للإحصائيات ومنظمة الصحة العالمية .

(1) - منظمة الصحة العالمية : دليل السكري للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية، المكتب الإقليمي للشرق الاوسط ، الإسكندرية ، 1995، ص 4-8.

خلصت نتائج تلك الدراسة إلى أن معدل البدانة لدى الاطفال منذ الولادة إلى 5 سنوات في تلك الدول النامية بلغ 3.3% ، وكانت أعلى المعدلات في الشرق الاوسط و شمال افريقيا ، ودول امريكا اللاتينية ، و تراوحت نسبة البدانة في الدول العربية ما بين 3.5% إلى 9.2%⁽¹⁾.

و قدرت معدلات انتشار السمنة في بعض الدول المتقدمة بـ 40% وهو ما يعد خطرا جسيما على مستقبل الاطفال وذلك لانعكاسها المباشر على زيادة معدل انتشار الأمراض الغير سارية و اهمها امراض القلب و بالتالي انعكاسها المباشر على التغير في معدل متوسط العمر كونها أحد اسباب الوفاة في العالم⁽²⁾.

والسمنة كما عرفت منظمة الصحة العالمية هي تراكم الدهون بشكل شاذ و مفرط قد يؤدي إلى الإصابة بالامراض⁽³⁾.

إن احتمالات الإصابة بالبدانة في الكبر تزداد بصورة مطردة كلما كان الطفل بدينا في الصغر و تعد سنوات الطفولة المبكرة مرحلة مهمة و حرجة في الوقاية من البدانة في مرحلة الرشد.

و يعد منسب كتلة الجسم مؤشرا بسيطا للوزن مقابل الطول يستخدم عادة لتصنيف فرط الوزن و السمنة بين البالغين و الافراد عموما ، و يحسب ذلك المنسب بتقسيم الوزن (بالكيلوغرام) على مربع الطول (المتر) ، الوحدة هي (كلغ/م²).

نقول عن الفرد انه يعاني من الزيادة في الوزن إذا كان معامل كتلة الجسم (BMI) Body Mass Index أكثر من 25 كلغ/م² ، أما الفرد الذي يعاني من السمنة ، فهو الفرد الذي يكون معامل كتلة الجسم لديه (BMI) أكثر من 30 كلغ/م²⁽⁴⁾.

(1)- هزاع بن محمد الهزاع: السمنة و النشاط البدني في مرحلة الطفولة المبكرة، جامعة الملك سعود ، الرياض، المملكة العربية السعودية ، 2006، ص11.

(2)- منظمة الصحة العالمية: واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين ، المركز الثقافي للطفولة بالتعاون مع المكتب الإقليمي للشرق الاوسط، الدوحة ، قطر، 2009، ص1-2.

(3)- نفس المرجع ، ص 1-2.

(4)- MSP: Etude du surpoids de l'obésité et des facteurs associés au surpoids chez les élèves du cycle moyen scolarisés dans les collèges publics du l'EPSP Bouzareah, service d'épidémiologie préventive, Bouzareah, 2011,p 14.

أما معرفة ما إذا كان الاطفال يعانون من السمنة أو الزيادة في الوزن فهو من الامور المعقدة و ذلك لان الاطفال مازالوا في مرحلة النمو و التطور.

يعتبر الاطباء أن الطفل يعاني من فرط الوزن إذا كان مؤشر كتلة الجسم أعلى مما هو عند 85% و 95 % من الاطفال من نفس العمر و الجنس ونقول عنه أنه يعاني من السمنة إذا كان مؤشر كتلة الجسم أعلى مما هو المقياس عند 95 % من الاطفال من نفس العمر و الجنس.

فحسب احصاءات منظمة الصحة العالمية أنه هناك نحو 1.6 مليار و ستمائة مليون من البالغين (15 عاما فما فوق يعانون من فرط الوزن) ، وهناك 20 مليون طفل دون الخامسة يعانون من السمنة.

لقد تبين من خلال الدراسات أن السمنة مرتبطة إلى حد كبير بقلة النشاط البدني ، ففي بريطانيا ازدادت سمنة الاطفال بشكل سريع منذ عام 1995 ، ففي عام 2002 بلغت نسبة فرط الوزن و السمنة معا عند البنين 22% وعند البنات 28% من عمر 2-15 سنة و السبب الاولي لهذه الزيادة هو تناول الاطفال كميات كبيرة من الطعام مقابل نشاط بدني قليل (1).

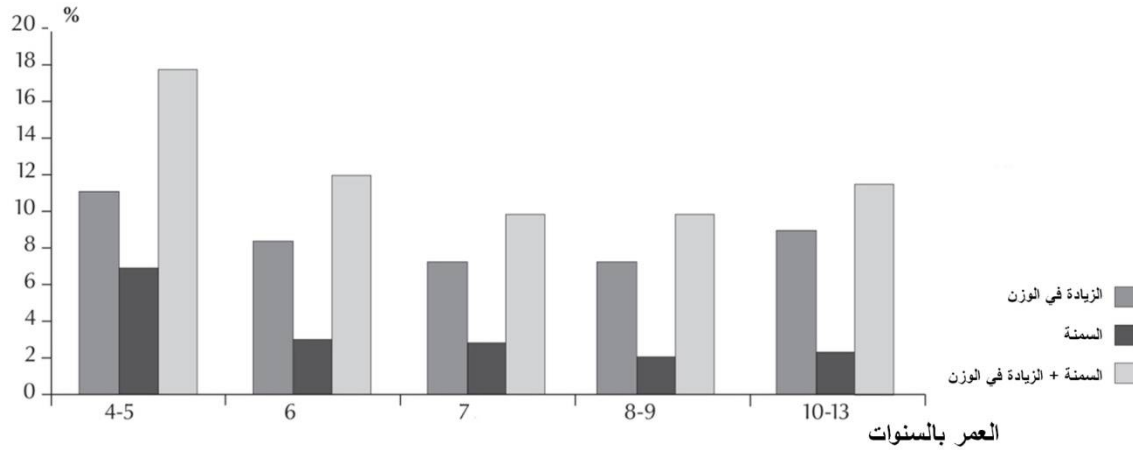
كما جاء في الدراسة التي قام بها كل من الباحثين : سليمة طالب و حياة اولعمارة و عبد الناصر عقلي حول معدل انتشار السمنة و ازدياد الوزن بين اطفال المدارس في ولاية تبسة في الجزائر في الفترة 1995-2007 ، والتي شملت 21618 تلميذا منهم 49.4% إناث و 50.6% ذكور أن نسبة ازدياد الوزن و السمنة خلال الفترة 2005 و 2007 اصبح 8.49% بعدما كان 17.39% في الفترة 1995-1998 و قد نقص معدل انتشار ازدياد الوزن من 12.55% ليصل إلى 6.38% (2).

كما تبين من خلال الدراسة ان نسب انتشار السمنة و الزيادة في الوزن يختلف من فئة عمرية لآخرى ، و الرسم البياني التالي يوضح ذلك:

(1) - منظمة الصحة العالمية: واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين، مرجع سابق، ص 1-2.

(2) - La Revue de sante de la mediteranée orientale: prevalence du surpoids et de l'obésité chez des enfants scolarisés a tebessa entre 1995et 2007, Algerie, Vol 19,N7,2013,p652.

الرسم البياني رقم (31): انتشار السمنة و الزيادة في الوزن حسب الفئات العمرية للأطفال الاقل من 13 سنة



source: La Revue de sante de la mediteranee orientale: prevalence du surpoids et de l'obesité chez des enfants scolarisés a tebessa entre 1995et 2007, Algerie, Vol 19,N7,2013,p652.

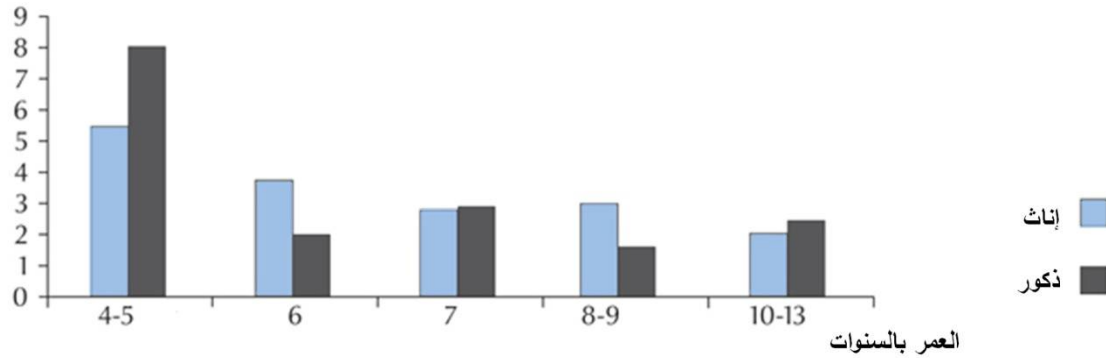
من خلال الرسم نلاحظ أن أعلى نسب إنتشار السمنة و الزيادة في الوزن و الإثنين معا يقع في الفئة العمرية 4-5 سنوات ، أما أضعف نسبة انتشار للزيادة في الوزن هي في سن 7 سنوات ، اما اضعف نسبة لإنتشار السمنة و الزيادة في الوزن و الإثنين معا فهو يقع في الفئة العمرية 8-9 سنوات .

من خلال هذا التحليل يتضح لنا أن ارتفاع نسبة انتشار السمنة و الزيادة في الوزن عند الفئة العمرية 4-5 سنوات راجع لسوء النظام الغذائي المتبع في تغذية الطفل والذي يعود بالدرجة الاولى إلى الإبتعاد عن الرضاعة الطبيعية في المرحلة العمرية الاولى ، وإلى عدم مراعات ما يحتاجه جسم الطفل من سعرات.

فبالرغم من ان الاطفال في هذه المرحلة كثيرا ما يغلب عندهم حب النشاط البدني و الحركة ، إلا ان العديد منهم لا يحصلون على ما يحتاجونه من أنشطة حركية ضرورية لصحتهم ونموهم البدني ، وذلك بسبب عدم وجود المكان المتاح للعب الحركي ، او بسبب الخوف و الحماية الزائدة من قبل الاهل ، أو لعدم ادراك الاهل عن أهمية النشاط الحركي للطفل بدنيا و نفسيا واجتماعيا .

كما توصلت الدراسة إلى ان نسبة انتشار السمنة أعلى عند الإناث منها عن الذكور والرسم التالي يوضح ذلك

الرسم البياني رقم (32): انتشار السمنة و الزيادة في الوزن حسب الجنس للأطفال الأقل من 13 سنة



source: La Revue de sante de la mediteranee orientale: prevalence du surpoids et de l'obesité chez des enfants scolarisés a tebessa entre 1995et 2007, Algerie, Vol 19,N7,2013,p653.

من خلال هذا الرسم يتبين أن الإناث أكثر عرضة لمشكل البدانة عن الذكور و هذا إن دلّ على شيء فهو يدل على أن الذكور يمارسون نشاطات حركية أكثر من الإناث كاللعب خارجا، أما الإناث فغالبا ما يمنعن من اللعب خارجا بعد بلوغهن ، وهذا امر شائع عند المجتمعات العربية وهذا ما يفسر قلة النشاط الحركي عندهنّ ، إذ يقضين جل وقتهنّ اليومي في أنشطة غير حركية ، قد تعزز سلوك الخمول لديهنّ مثل مشاهدة التلفزيون الشيء الذي يؤدي إلى اصابتهن بالبدانة خاصة إن لم تراعين شروط التغذية الصحية السليمة.

فالعلاقة بين النشاط البدني والبدانة هي علاقة تآثير و تآثر لان انخفاض مستوى النشاط البدني من الممكن ان يؤدي بسهولة إلى اختلال توازن الطاقة في الجسم ، يؤدي ذلك إلى السمنة و الزيادة في الوزن، كما ان زيادة الوزن و السمنة لدى الطفل يمكنها ان تؤدي إلى جعل الطفل اقل نشاطا و اكثر ميلا إلى الخمول البدني ، فعملية القيام بنشاط بدني يعد عملا مجهدا لدى البدين.

أما عن المشاكل الصحية الناجمة عن الزيادة في الوزن فهي عديدة ، فهي تسبب تعب وعدم راحة للطفل مما يزيد الضغط على جسده وخاصة عظام و مفاصل الارجل ، ليس هذا فقط بل ان هؤلاء الاطفال معرضون للإصابة بالسكري و امراض القلب وارتفاع ضغط الدم بسن مبكرة جدا ، كما قد يعاني هؤلاء الاطفال من التهاب المفاصل ومشاكل في التنفس خاصة أثناء النوم.

3- بعض الامراض المزمنة التي يكون مصدرها امتدادا للحالة الصحية في مرحلة الطفولة المبكرة:

قد يكون لسوء النظام الغذائي المتبع تاثيرات سلبية في مراحل لاحقة من عمر الطفل ، ومن بين هذه العوامل نجد السمنة و الزيادة في الوزن ، وهذا لإتباع الانماط الغذائية الغير صحية كالإفراط في تناول الأغذية المالحة و قلة تناول الاغذية الغنية بالبوتاسيوم و الخمول البدني و الضغوط النفسية بما في ذلك القلق و الإكتئاب⁽¹⁾.

فإذا كانت الامراض المزمنة في الغالب تحدث للشخص ابتداء من سن الاربعين ، فهناك بعض الامراض يمكن أن تصيب الطفل في مرحلة مبكرة جدا من حياته كا سن 10 سنوات ، وتكون اسبابها في الغالب التغذية الغير صحية في مرحلة الطفولة المبكرة أي الاقل من خمس سنوات ، ومن بين هذه الامراض نجد:

3-1- ارتفاع ضغط الدم:

يسمى ضغط الدم بالقاتل الصامت حيث لا يشعر به الفرد في الكثير من الاحيان ، وهو يحدث عندما تضيق اوعية الدم في اطراف الجسم ذات الحجم الصغير ، مما يجعل الدم يضغط على جدران الاوعية الدموية اكثر من السابق . لذلك فعلى القلب ان يعمل بصورة شديدة او ان يبذل جهدا اكثر فبالرغم من ان القلب يتحمل هذا الجهد الزائد عدة اشهر إلا انه في النهاية سوف يصاب بالتضخم ومن ثم العطب ، كما ان الضرر سوف يصيب اوعية الدم في الدماغ و الكلى و العيون.

هناك رقمان لتحديد ضغط الدم ، الرقم الإنقباضي و الرقم الإنبساطي. فاما الإنقباضي (الاعلى) فهو يعبر عن القوة التي يبذلها القلب ليضخ الدم إلى الاطراف عبر اوعية الدم . أما الإنبساطي (السفلي أو الاقل) فيعبر عن ضغط الدم الذي ينتج بعد ارتخاء عضلة القلب و الذي يسمح بعودة الدم إلى داخل القلب.

إن الضغط المثالي عند الأشخاص البالغين هو ما بين **80/120** و **80/135** ، أما عند الاطفال فهو مختلف حسب الاعداد ، فالضغط المثالي عند الاطفال ما بين 3-5 سنوات فهو **76/116**.

(1)-وزارة الصحة المملكة العربية السعودية : الدليل الإرشادي للمدارس للمشاركة في يوم الصحة العالمي 2013 للوقاية من مرض ارتفاع ضغط الدم ، المملكة

العربية السعودية ، 2013، ص12.

و يكفي ملاحظة الارتفاع في احد الرقمين الإنبساطي أو الإنقباضي لتشخيص ارتفاع ضغط الدم⁽¹⁾. رغم أن ضغط الدم لا تصاحبه أعراض بصفة عامة إلا أنه يؤدي إلى مضاعفات تكون مسؤولة عن نسبة كبيرة من الإعتلال والوفيات ، فقد يؤدي ارتفاع ضغط الدم بصفة عامة إلى إصابة الشرايين و الدماغ و القلب و الكلى ، وهذه المضاعفات على وجه التحديد هي :

أمراض تتعلق بالقلب تشمل اخفاق القلب ، وأمراض الشريان التاجي و انسداد الشرايين و السكتة القلبية ، كما قد يؤدي إلى امراض تتعلق بالمخ و الاوعية الدموية ، وكذا أمراض تتعلق بالكلية و تشمل الفشل الكلوي، كما قد تصاب شبكية العين بإعتلال يؤدي إلى اضعاف البصر⁽²⁾.

كما قد تكون هناك عوامل أخرى مسببة لمرض ارتفاع ضغط الدم وهي نتيجة مضاعفات واعتلالات صحية في الجسم من اهمها بعض امراض الكلى المزمنة و امراض الغدة الدرقية و مضاعفات مرضى السكري.

فبناء على دراسة اجرتها وزارة الصحة في 2005 في المملكة العربية السعودية بلغ عدد الاطفال في عمر 15 سنة المصابين بضغط الدم 21.30% ، وبناء على التقرير الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2012 بلغ عدد المصابين في عمر اكثر من 25 سنة 32.9% رجال و 28.7% نساء⁽³⁾.

يستدعي علاج ارتفاع ضغط الدم اتباع انماط حياتية صحية و الوقاية للحد من مضاعفات المرض ، كما يستدعي العلاج في العديد من الاحيان تناول ادوية محددة بصفة مستمرة و بانتظام، كما ينصح المرضى باتباع حمية داش (DASH) و التي تركز على تناول الخضار و الفواكه و الاطعمة الغنية بالحبوب الكاملة غير منزوعة القشرة ، وكذلك تناول الحليب و منتجاته القليلة الدسم و الأغذية الغنية بالبوتاسيوم و الحد من الاغذية الغنية بالدهون و الملح⁽⁴⁾.

(1) - عثمان الفريح : ارتفاع ضغط الدم ، مستشفى فيصل التخصصي ، المملكة العربية السعودية ، 2010 ، ص 4-5.

(2) - الإتحاد الإفريقي لوزراء الصحة: أثر الامراض الغير معدية و الامراض الإستوائية المهملة على التنمية في افريقيا، أديسا بابا ، الدورة السادسة ، أبريل 2013، ص، 4.

(3) - وزارة الصحة المملكة العربية السعودية : مرجع سابق ، ص 11-12.

(4) - نفس المرجع ، ص15.

3-2- أمراض القلب :

هي مجموعة امراض تحدث نتيجة نقص وصول الدم و الاكسجين لعضلة القلب مما يؤدي لظهور مجموعة من الاعراض تعرف بالذبحة الصدرية و السكتة القلبية.

اما عن اسباب المرض فهو ضيق الشرايين التاجية التي تحمل الدم لعظلة القلب مما يسبب نقص الاكسجين لجزء عضلة القلب وذلك بسبب ارتفاع الدهون و ارتفاع ضغط الدم و الضغوط النفسية و مرض السكري و التدخين و الكوكايين⁽¹⁾.

فحسب منظمة الصحة العالمية فإن امراض القلب كانت السبب في 28.5% من الوفيات في الدول النامية.

لقد كانت هذه الامراض أقل انتشارا في الدول العربية و كانت تصيب كبار السن بصفة خاصة ، إلا أن تغير نمط التغذية و التحضر و الانتقال السريع إلى مرحلة تنسم بزيادة الدخل أدت جميعها إلى انتشار المرض عند فئات في مقتبل العمر .

أما اهم العوامل المرتبطة بحدوث المرض فنجد بالدرجة الاولى الإختلال في النظام الغذائي المتبع والذي من أبرزه زيادة استهلاك المواد الدهنية .

تنقسم هذه الدهون إلى نوعين ، النوع الاول يشمل الدهون الموجودة في الاغذية الحيوانية مثل اللحوم الحمراء و الالبان و منتجاتها و الزبدة و السمن و لحوم الدواجن إلى جانب بعض الزيوت النباتية المشبعة مثل زيت النخيل و زيت جوز الهند .كما ان عملية هدرجة الزيوت النباتية لصناعة المارغارين يؤدي تلقائيا إلى رفع محتواها من الحموض الدهنية المشبعة.

يؤدي تناول الدهون الحيوانية المشبعة إلى رفع تركيز الكوليسترول في الدم ، كما انه يزيد من تجلط و تكسد الصفحات الدموية وهي اليات ضرورية لإحداث التخثر الذي يسهم في تصلب الشرايين.

تؤثر الدهون الحيوانية المشبعة بشكل مباشر في زيادة تركيز الكوليسترول و الدهون الثلاثية TG Triglycerides ، كما تغير من نوع الكوليسترول فتحوله إلى النوع المنخفض الكثافة LDL وتؤدي هذه التغيرات بصورة تدريجية إلى تصلب الشرايين .

(1) - آمال حسين البحي و منال سليمان المطر : حقائق للحياة، مرجع سابق ، ص98.

يؤدي تناول الاغذية التي تحتوي على نسبة كبيرة من الحموض الدهنية المتعددة اللاتشبع إلى حدوث انخفاض في تركيز الكوليسترول في الدم ، خاصة عند احلالها محل الدهون المشبعة في الطعام و يؤدي ذلك إلى انقاص خطر التعرض لتصلب الشرايين.

يخفض حمض (أميغا-6 -) من نسبة الكوليسترول المنخفض الكثافة (LDL) بالدم عندما يحل محل الدهون المشبعة في الغذاء ، لكن عند تناوله بكميات كبيرة يحدث ارتفاع في نسبة الكوليسترول المرتفع الكثافة (HDL) والذي يسمى أيضا بالكوليسترول الحميد و انخفاض نسبة الدهون الثلاثية ، و اثبتت كل الدراسات أن تناول هذا الحمض يقلل من الإستعداد للإصابة بمرض شرايين القلب التاجية (1).

بالإضافة إلى السبب الاول والذي يتمثل في الإستهلاك المفرط للمواد الدهنية ، هناك سبب اخر لمرض القلب عند الاطفال و الذي يتمثل في التهاب اللوزتين ، و هو يعدّ من الامراض الاكثر شيوعا في مجتمعاتنا ، كما تشكل عمليات استئصالهما من اكثر العمليات التي تجرى في الميدان الطبي ، فهي تتسبب في 50% من الإصابات بامراض القلب عند الاطفال في حالة عدم التكفل الجيد بالتهاب اللوزتين خاصة عند الإصابة بالحمى الروماتيزمية.

فالطفل المريض بالتهاب اللوزتين عادة ما يشكو من جفاف الحنجرة المستمر و الالم عند البلع مع صعوبة في التنفس ، وقد يصاحب ذلك رائحة كريهة من الفم.

وتصبح هذه الاعراض اكثر شيوعا عندما يبدأ الطفل في التنفس عن طريق الفم ويترافق ايضا مع ذلك تضخم العقد اللمفاوية في الرقبة و نقص في الشهية و الشخير.

اما عن اسباب التهاب اللوزتين ، ففي معظم الحالات يكون الإلتهابا فيروسيا لكن في 30% من الإصابات تكون بكتيرية وفي هذ الحالة تكون الإصابة اقوى تاثيرا.

و منه فعملية التكفل بالتهاب اللوزتين امر ضروري ، وعلى الطبيب المختص ان يقرر على ابقائهما او التخلص منهما إذا كانا يشكلان ضررا كبيرا على الطفل (2).

(1) - نخبة من اساتذة الجامعات في الوطن العربي : الغذاء و التغذية ، مرجع سابق ، ص 256.

(2) - مجلة الحياة الجديدة : التهاب اللوزتين اشهر امراض الاطفال في سن مبكرة ، العدد 5723 ، اكتوبر 2011، ص23 من الموقع www.alhaya.ps

3-3- الإصابة بالسرطانات :

السرطان هو مجموعة من الأمراض الناتجة عن تحول نوع من الخلايا الطبيعية في الجسم إلى خلية سرطانية ينتج عنها انقسام سريع و عشوائي للخلايا السرطانية و تغزوا المنطقة المحيطة بالورم و تنتقل لأماكن أخرى عن طريق الدم و السائل اللمفاوي وهو مرض خطير إن لم يعالج⁽¹⁾.

تتميز الأورام عامة بنمو غير طبيعي في الخلايا ، وقد تكون الاورام حميدة أو خبيثة . أما الحميدة فهي التي لا تغزوا خلايا الانسجة المجاورة لها ، وبالرغم من هذه التسمية إلا أن بعض هذه الاورام قد تؤدي إلى الوفاة كالاورام الحميدة في الدماغ ، كما ان بعض هذه الاورام الحميدة قد تتحول إلى خبيثة . تغزوا الاورام الخبيثة الانسجة عادة و يطلق غالبا عليها اسم السرطان.

لا يعرف أسباب العديد من الأمراض السرطانية ويعرف عوامل مسببة لبعضها كالتعرض لبعض الأشعة و الوراثة و السمنة و المأكولات الدهنية و الإصابة بعدوى بعض الفيروسات وعدم تناول كمية كافية من الألياف في الطعام⁽²⁾.

لقد أثبتت البحوث الوبائية وجود علاقة بين العديد من السرطانات و بين الأطعمة المتناولة، فالغذاء يتلوث بالمسرطنات كمركبات الافلاتوكسين التي تفرزها الفطريات أو قد يحتوي الغذاء على مواد تتحول ضمن الجسم إلى مسرطنات بواسطة الجراثيم.

لقد بينت الدراسات أن هناك علاقة بين تناول السمك الصيني المملح و الإصابة بسرطان البلعوم الأنفي وبين أكل السمك المدخن و سرطان المعدة ، كما توجد علاقة معتدة بين حدوث سرطان الأمعاء وبين تناول لحم البقر ، كما أن تناول وجبات غنية بالدهن له علاقة بسرطان القولون و الثدي و البروستات ، وقد تساهم البدانة في احداث سرطان الثدي وهناك علاقة عكسية بين تناول الألياف و حدوث السرطانات.⁽³⁾

تمثل السرطان في وقتنا الحالي اول الإصابات المسببة للوفاة في العالم ، فقد تسبب هذا المرض في وفاة 7.6 مليون نسمة أي 13% من مجموع الوفيات في عام 2008.

(1) - www.djazairress.com/alfadjr

(2) - آمال حسين البحي و منال سليمان المطر : حقائق للحياة، مرجع سابق ، ص98.

(3) - نخبة من اساتذة الجامعات في الوطن العربي : طب المجتمع، مرجع سابق ، ص238.

وحدثت نحو 70% من مجمل وفيات السرطان في البلدان المنخفضة الدخل و البلدان المتوسطة الدخل ، ومن المتوقع ان يصل ارتفاع عدد الوفيات الناجمة عن السرطان على الصعيد العالمي إلى 13.1 مليون وفاة عام 2030⁽¹⁾.

إن امراض السرطان ليست حكرا على الكبار و إنما الأطفال الصغار يصابون أيضا بهذا المرض، ففي فرنسا مثلا تبين الإحصائيات أنه من بين 281 حالة وفاة في 2008 تمثل الوفيات الناتجة عن السرطانات 7% عند الأطفال في الفئة العمرية 0-15 سنة .

فالوفيات الناتجة عن السرطانات تمثل 1% عند الأطفال الأقل من سنة و تمثل 21% في الفئة العمرية 1-14 سنة ، فهي تأتي في المرتبة الثانية بعد الحوادث والتي تمثل نسبة 26% عند الأطفال⁽²⁾. من بين الخصائص التي يتميز بها سرطان الطفل هو سرعة النمو و الإنتشار التي قد تتم في ظرف أسابيع ، لكن في الوقت نفسه يتميز سرطان الطفل بالقابلية و الإستجابة الكبيرة للعلاج شرط التشخيص المبكر للمرض⁽³⁾.

4- النظام الغذائي و أمراض الفم

ترتبط صحة الفم بالنظام الغذائي بطرق كثيرة ، فالحالة التغذوية تؤثر على الاسنان قبل ظهور مشكلة فيها ، فقد وجد ارتباط بين نقص فيتامين د و فيتامين أ و سوء التغذية من حيث طاقة البروتين و بين نقص نمو طبقة المينا و ضمور الغدد اللعابية التي تقلل قدرة الفم على عزل احماض اللويحة والتي تمثل الطبقة اللزجة التي تتراكم على الاسنان ، إن هذا الامر يجعل الاسنان اكثر عرضة للتسوس.

يقصد بتسوس الاسنان بأنه عملية باثولوجية موضعية ذات مصدر خارجي تظهر بعد ظهور الاسنان و تصحبها ليونة في النسيج الصلب للسن و تتطور لتصل إلى حدوث تجويف في السن و يختلف مظهر الإصابة باختلاف موضعها فيما إذا كانت تسوس النقوب و التشققات او تسوس الاسطح الملساء أو تسوس الاسطح الأسمنتية للجذور المعرضة، و يبدو أن العملية الباثولوجية ليست واحدة في الحالات الثلاث.

(1)- www.who.int/mediacentre/factsheets/fs227/ar.

(2)- Institut National de cancer : la situation du cancer en france 2012, france, 2012, p44.

(3)- Ligue Nationale contr le cancer: Les cancer chez l'enfant et l'adulescent, information et prevention, france, p2.

و من مضاعفات تسوس الاسنان عجز السن عن اداء وظيفته وهي قضم و مضغ و طحن الطعام مما يؤدي إلى التهابات معدية نتيجة تعذر المضغ الجيد للطعام في الفم والذي يعد اول مرحلة من مراحل هضم الطعام .

و يؤدي تعذر المضغ الجيد للطعام إلى الإمتناع عن تناول الكثير من الأغذية المفيدة للجسم كـ بعض انواع الخضراوات و الفواكه وهذا قد يساهم في حدوث نقص في بعض العناصر الغذائية ويساعد تسوس الاسنان على حدوث التهابات اللثة و الفم و الكلى و المفاصل و اللوزتين و رائحة الفم الكريهة⁽¹⁾.

تشير بعض الإحصاءات ان تسوس الاسنان و عدم الإعتناء بنظافة الفم قد ترتبط بسرطان الفم وترجع الإصابة بتسوس الاسنان إلى قلة الإهتمام بتنظيف الفم و الإكثار من تناول الحلويات و المواد السكرية مع عدم الإهتمام بتنظيف الاسنان بعد تناولها و قلة تناول بعض الاطعمة التي تساعد على تقليل الإصابة بتسوس الأسنان أو تساعد على تنظيفها مثل الفواكه و الخضراوات الطازجة⁽²⁾.

إن اسنان الطفل كغيره مهددة بالتسوس ولعل اهم سبب لذلك يعود إلى فترة الرضاعة ، حيث تتعرض اسنان الطفل للسوائل الحاوية على السكر لفترات طويلة و متكررة في اليوم و يكون الخطر حين تضع الام طفلها في سريره لينام اثناء الليل او النهار ولبقاء الزجاجاة في فمه او تنام معه وهو يرضع من ثديها و الحلمة في فمه.

في هذه الحالة فإن الام تعطي للجراثيم الفرصة المناسبة لمهاجمة اسنان طفلها من كل الجهات لان هذه الاسنان تكون محاطة بشكل كامل بالاحماض الناتجة إما عن تخمر الحليب او المواد السكرية الموجودة في الرضاعة او البزازة ، فوجود الجراثيم في وسط دافئ (درجة حرارة جسم الطفل) و حال من الهواء نتيجة اغلاق الطفل لفمه ورطب لوجود اللعاب ووجود الغذاء السكري يعطيها وسطا مناسباً جداً لعمله و تكاثرها و يعتبر هذا النوع من التسوس سريع التطور ويؤدي إلى تلف الاسنان الامامية العلوية و الاسنان الخلفية السفلية بسرعة كبيرة إذا لم يتم اكتشاف الحالة و تقديم العلاج المناسب بسرعة.

(1)- عبد الرحمان عبيد مصيقر و محمد زين علي : الغذاء و الإنسان (مبادئ علوم الغذاء و التغذية)، جمعية التغذية العربية ، ط الاولى ، 1999، ص120.

(2)- عبد الرحمان عبيد مصيقر : التغذية الصحية لطلاب المدارس، السلسلة الثقافية لإتحاد التربية البدنية والرياضية، العدد 11 المملكة العربية السعودية ،

تعد أمراض الفم رابع الأمراض من حيث ارتفاع تكاليف العلاج في البلدان المرتفعة الدخل ، حيث تتم فيها مواجهة عبئ أمراض الفم عن طريق إقامة نظم متقدمة لصحة الفم وهي تقدم في المقام الأول خدمات علاجية للمرضى وتستند معظم تلك النظم إلى طلب الرعاية التي يقدمها أطباء الأسنان الخصوصيون ، وإن كانت بعض البلدان المرتفعة الدخل أنشأت نظاما عمومية لصحة الفم .

أما في معظم البلدان المتوسطة و المنخفضة الدخل فإن الاستثمار ضعيف حيث تخصص الموارد بالدرجة الأولى لرعاية الفم الطارئة ولتخفيف الألم.

تتشترك معظم أمراض الفم المزمنة في عوامل الإختطار ، فكما هو الشأن في حالة الأمراض المزمنة الرئيسية ترتبط أمراض الفم بالبيئة غير الصحية كالإفراط من تناول السكريات عند الصغار والتبغ و الكحول عند الكبار ، وإلى جانب السلوك الصحي يعتمد تعزيز صحة الفم على استعمال المياه النظيفة وكفاية الإصحاح وإتباع شروط نظافة الفم و التعرض المناسب للفلور .

و من بين الأساليب ذات المردودية في الوقاية من أمراض الفم تنفيذ البرامج الوطنية التي تشمل تعزيز الصحة واتخاذ التدابير الصحية على الصعيد الفردي و المهني وعلى صعيد المجتمع ككل.

المبحث الثالث : الأمراض الناتجة عن الحوادث المنزلية للأطفال

الأطفال كغيرهم يتعرضون بدرجة كبيرة للإصابات و الحوادث ، الشيء الذي يكلفهم الكثير ربما حتى حياتهم. و تعتبر الإصابات احد الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم ، حيث أنها مسؤولة عما يربو على 950000 حالة وفاة بين الأطفال و الشباب دون الثامنة عشرة سنة 2004.

فالإصابات مسؤولة عن 30% من وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عام و ثلاثة أعوام ، في حين ترتفع هذه النسبة إلى قرابة 40% لدى الأطفال في الرابعة من عمرهم و إلى ما بين 50% و 60% بين الأطفال من الخامسة إلى السابعة عشرة من العمر.

و يمكن تعريف الإصابة بأنها تعرض شديد لعوامل بدنية مثل الإصابات الميكانيكية أو الإصابات بالحرارة أو بالكهرباء أو بالمواد الكيميائية ، أو بالإشعاع المؤين ، والتي تتفاعل مع الجسم بكميات أو بمعدلات تتجاوز عتبة التحمل البشري.

و في بعض الحالات تنجم الإصابات عن نقص مفاجئ في العوامل الأساسية مثل الأكسجين أو الحرارة ويتمحور هذا التعريف للإصابة حول العواقب البدنية التي تسببها هذه التعرضات في الجسم ، كما يمكن تصنيف الإصابات كإصابات متعمدة أو غير متعمدة ، أو عن غير سابق تصميم.

و ينظر إلى الإصابات على نحو تقليدي على أنها حوادث عشوائية لا يمكن تفاديها ، إلا أن مفهوما أفضل لطبيعة الإصابات و الذي ظهر خلال العقود القليلة الماضية ساعد على تغيير هذه التصورات ومن ثم المواقف إلى الدرجة التي أصبح ينظر فيها اليوم إلى كل من الإصابات غير المتعمدة و المتعمدة على أنها أحداث يمكن الوقاية منها بشكل كبير.

و نتيجة إلى هذا التحول في الإدراك بدأت الإصابات و تأثيراتها الصحية تشد انتباه رسمي السياسات في سائر أنحاء العالم مما وضع سياسات الوقاية من الإصابات و مكافحتها بشكل راسخ داخل ساحة الصحة العمومية.

علاوة على ذلك فإن القبول بأن الإصابات هي مشكلة من مشاكل الصحة العمومية التي يمكن توقيها، ساهم هذا الأمر في وضع استراتيجيات للوقاية ، ومن ثم تقليص أعداد الوفيات البشرية و حالات العجز الناجمة عن الإصابات في بعض البلدان⁽¹⁾.

فمعظم الإصابات التي تصيب الأطفال هي إصابات منزلية ، وهي مجموعة من الحوادث التي تقع داخل المنزل أو في البيئة المحيطة به ، وهي تصيب الأطفال و المسنين على الأغلب وتؤدي إلى المراضة و الوفاة أو العجز إضافة للأذى النفسي المرتبط بها في اغلب الأحيان، ويتعلم الأطفال في مراحل نموهم المختلفة الكثير من خلال استكشافهم للعالم المحيط بهم، وهم في هذه المراحل كثيرا ما يلعبون بمسكون بأشياء قد تؤدي إلى إصابتهم كما يحاولون تقليد الكبار في تصرفاتهم و سلوكهم فيصاب من جراء ذلك في كل عام العديد من الأطفال او يلقون حتفهم نتيجة الإصابات التي تعتبر من أهم أسباب وفيات الطفولة⁽²⁾.

من بين الإصابات التي يمكن أن تلحق بالطفل و تشكل ضررا على حياته نجد:

1- حوادث السقوط و التزحلق :

يمثل السقوط جزءا طبيعيا في نمو الطفل فهو يسقط عند تعلمه المشي و التسلق و الجري و القفز و استكشاف البيئة المحيطة به .

و من حسن الحظ أن عواقب معظم حوادث السقوط محدودة حيث يتعرض الأطفال للسقوط مرارا و تكرارا في حياتهم دون التعرض لأذى ، اللهم إلا بعض الجروح و الكدمات البسيطة ، ولكن لهذه القاعدة استثناءات إذ تتعدى بعض السقطات مرونة الجسم البشري و قدرة السطح المصطدم به على امتصاص الطاقة المحولة⁽³⁾.

و قد ينظر إلى غالبية حوادث السقوط التي يتعرض لها الأطفال الصغار باعتبارها جزءا طبيعيا من نموهم و خبراتهم في التعلم ، بيد أن الفضول الذي يتمتع به الأطفال و الذي يدفعهم لاكتشاف البيئة المحيطة بهم لا يتناسب بوجه عام مع قدراتهم على تقدير المخاطر أو التعامل معها .

(1) - منظمة الصحة العالمية : الوقاية من الإصابات و مكافحتها، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2008، ص7.

(2) - نخبة من اساتذة الجامعات في الوطن العربي :طب المجتمع ،مرجع سابق ، ص255.

(3) - منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من اصابات الاطفال،المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2009، ص109.

و مع تقدم عمر الأطفال يصبحون أكثر استقلالية ويتسع مجال تحركهم و يصبح في استطاعتهم ممارسة قدر اكبر من النشاط البدني و كذلك فإن الأطفال غالباً ما يسعون للإتيان بأفعال جريئة و مقدامة و هو السلوك الذي يعرف بأنه محفوف بالمخاطر⁽¹⁾.

تتسبب حوادث السقوط أو التزلق إلى إصابة الأطفال بالكسور و الرضوض خاصة في سن الطفولة و المراهقة وكذلك حدوث نزيف داخلي بالمخ أو الجمجمة خاصة إذا كان السقوط على الرأس.

و من أهم أسباب السقوط هو ترك الأشياء و الأغراض على الأرض وعدم ترتيبها بعد الانتهاء من استخدامها، وعدم تجفيف الأرض المبللة خاصة في المطبخ و الحمامات.

من أسباب السقوط أيضاً هو عدم الانتباه لسرير الطفل خاصة ذي الطابقين، وكذلك ترك الطفل يهبط و يصعد درجات السلم بدون سياج متين أو يلعب فيه بدون مرافق.

فلقد توصلت إحدى الدراسات التي تناولت عوامل الخطر المرتبطة بحوادث السقوط في الفئة العمرية حتى سن السادسة إلى أن خطر هذه الإصابات يزداد عند استخدام الأسرة المعلقة بين صغار الأطفال وبين أطفال الأسر الشديدة الفقر و الأطفال الذين يستخدمون أسرة جديدة.

للقاية من حوادث السقوط لابد من تجنب وضع الأثاث خاصة الكراسي و الكتب قريباً من النوافذ حتى لا يتخذها الطفل وسيلة للصعود و الهبوط ، كذلك لا بد من وضع حواجز على السلالم و الشبائيك لحماية الطفل ، وإلى عدم ترك الماء و المنظفات على الأرض لتجنب انزلاق الطفل أو ارتضاضه ، كما يجب الحرص على وجود إضاءة كافية في الليل يستطيع معها الطفل أن يستدل على طريقه ، ضرورة متابعة الطفل عند وضعه على السرير و الأفضل عدم استخدام السرير ذي الطابقين.

و لقد تبين من خلال بعض الدراسات أن هناك علاقة قوية بين الطبقة الاجتماعية و معدلات وقوع حوادث السقوط ، أما عن العوامل المساعدة في ذلك فهي المساكن المزدحمة و البيئات الخطرة و وجود احد الوالدين فقط و كذا البطالة و بدئ الأمومة في سن مبكرة نسبياً و الانخفاض النسبي في مستوى تعليم الأم.

(1) - نفس المرجع ، ص 115.

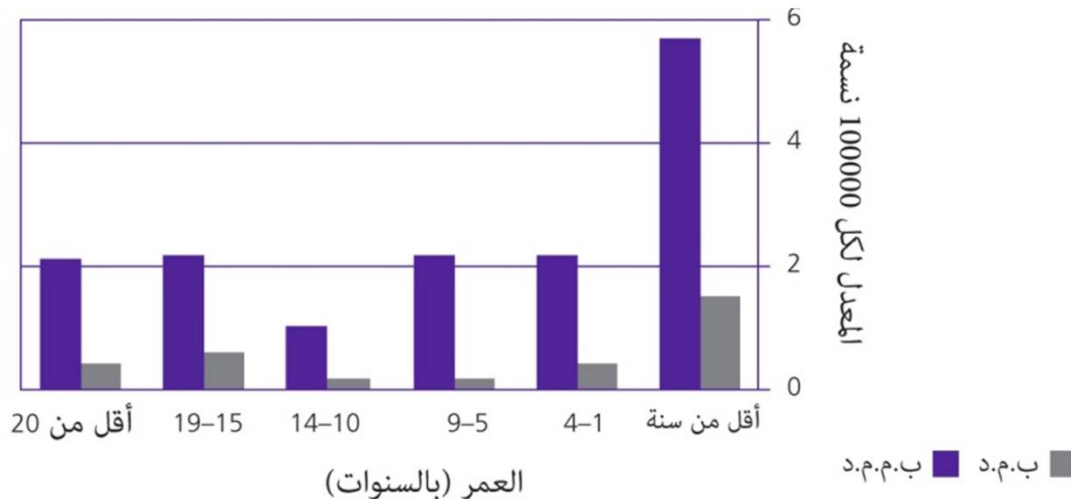
كما قد تكون الرقابة غير الكافية من قبل البالغين عاملا مهما وراء إصابات الأطفال و في بعض الحالات تكون المساكن سيئة الأوضاع هي الأكثر خطورة بالنسبة لحوادث السقوط نظرا لموقعها كالمنازل المبنية على المنحدرات في المناطق الجبلية و التجمعات العشوائية المشيدة فوق أراضي وعرة.

كما توصلت إحدى الدراسات التي تناولت عوامل الخطر المرتبطة بحوادث السقوط في الفئة العمرية حتى سن السادسة إلى ان خطر هذه الإصابات يزداد عند استخدام الأسرة المعلقة بين صغار الأطفال وبين أطفال الأسر شديدة الفقر.

كما قد تكون البيئة المادية مصدرا لحالات السقوط وهذا راجع لعوامل خطورة مثل عدم صيانة المباني ولا سيما في المنازل التي تستأجرها الأسر المنخفضة الدخل ، كما قد ترجع الإصابة إلى سوء تصميم المباني و المنتجات دون الأخذ في الحسبان القدرات المتغيرة للأطفال الصغار كعدم تزويد نوافذ الأبنية المرتفعة بقضبان واقية (1).

إن معدلات الإصابة بالسقوط تختلف من الدول المرتفعة الدخل إلى الدول المنخفضة الدخل و الرسم البياني التالي يوضح ذلك

الرسم البياني رقم (33) : معدلات الإصابة المميتة الناجمة عن السقوط لكل 100000 طفل بحسب العمر و مستوى دخل البلدان على مستوى العالم 2004



المصدر : منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2009، ص 111.

(1) - نفس المرجع ، ص 116-118.

من خلال الرسم يتبين انه في البلدان المرتفعة الدخل تتساوى إلى حد كبير متوسطات معدل الوفيات الناجمة عن السقوط بحسب العمر خلال السنوات العشرين الأولى من العمر.

أما في البلدان المنخفضة و المتوسطة الدخل فترتفع نسبة الوفيات ارتفاعا كبيرا بين الرضع اقل من سن سنة.

2- الحروق:

إن ثلث عدد الحروق المنزلية تبدأ من المطبخ ، فالمطبخ هو المكان الأكثر احتمالا لاندلاع الحرائق داخل المنزل و تنتج غالبية هذه الحرائق عن الإهمال و عدم الانتباه وبالتالي يمكن تفادي معظم هذه الحرائق بإتباع قواعد السلامة و الأمان ، فالإصابة المؤسفة بسبب الحريق يمكن أن تحدث خلال دقيقة واحدة أما علاج المصاب فقد يستغرق سنوات للشفاء.

أما عن مسببات الحروق فهي كثيرة ، فمنها ما هو ناتج عن الاحتراق بالنار ، كأعواد الكبريت و ثقاب السجائر و الشمع و الغاز و الفحم و الألعاب النارية.

كما قد يكون الاحتراق ناتج عن الأجسام الساخنة مثل المكواة و الطناجر و الفرن و الغاز ، كما قد يكون ناتج عن السوائل الساخنة كالماء و الشاي و القهوة و الحليب و الزيت .

كما يوجد أيضا الاحتراق بالمواد الكيماوية مثل مواد التنظيف ، والاحتراق بالمواد النفطية و بأشعة الشمس⁽¹⁾.

و حسب تقديرات العبيء العالمي للأمراض لعام 2004 لمنظمة الصحة العالمية يلقي أكثر من 310000 شخصا مصرعهم نتيجة الحروق المرتبطة بالنار منهم 30% دون العشرين من العمر.

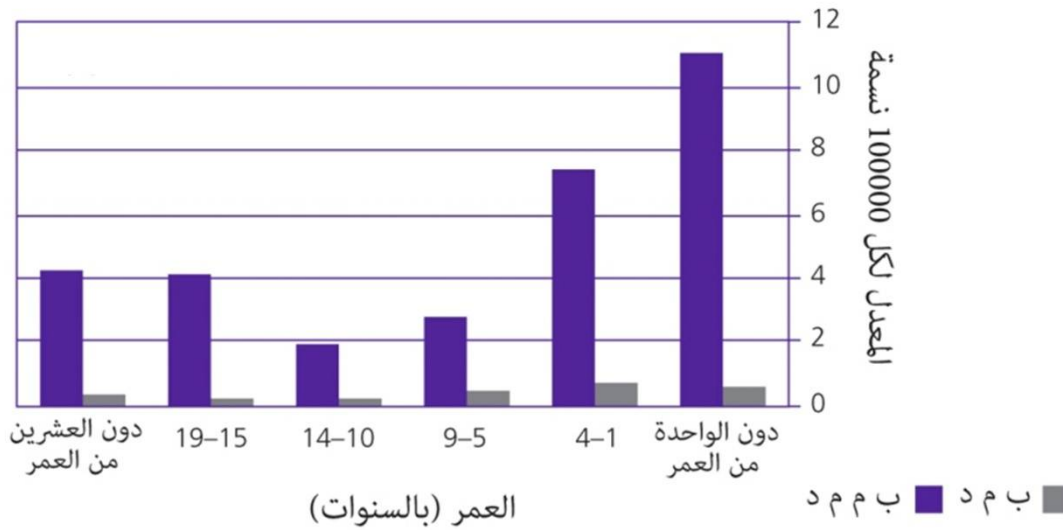
و تمثل الحروق المرتبطة بالنار السبب الرئيسي الحادي عشر من أسباب وفيات الأطفال بين سن عام و سن التاسعة.

(1) - اليونيسيف : حقائق للحياة ، مكتب اليونيسيف للشرق الأوسط ، لبنان ، ص 106.

و بوجه عام يواجه الأطفال خطرا محدقا بالوفاة من جراء الحروق بنسبة عالمية تبلغ 3.9 حالة وفاة لكل 100000 شخص . ومن بين سكان العالم يمثل الأطفال اعلی نسبة وفيات بسبب الحروق و تتراجع هذه النسبة ببطء مع تقدم العمر ثم تعود مرة أخرى للارتفاع بين المسنين.

و الرسم لبياني يوضح ذلك

الرسم البياني رقم (34): معدلات الحروق المميتة بسبب النار لكل 100000 طفل حسب الفئة العمرية و مستوى دخل البلدان في العالم 2004



المصدر : منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من اصابات الاطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2009، ص 88.

من خلال الرسم يتبين أن الأطفال دون الخامسة من العمر في البلدان منخفضة الدخل هم الأكثر عرضة للحروق ، و خاصة الأطفال الأقل من سنة و يذكر ان 75% من الحروق التي تصيب صغار الأطفال تنتج عن السوائل الساخنة أو مياه الصنبور الساخنة أو البخار .

كما قد تنتج من أكواب المشروبات الساخنة أو لمس المواد الساخنة مثل أجهزة التدفئة .

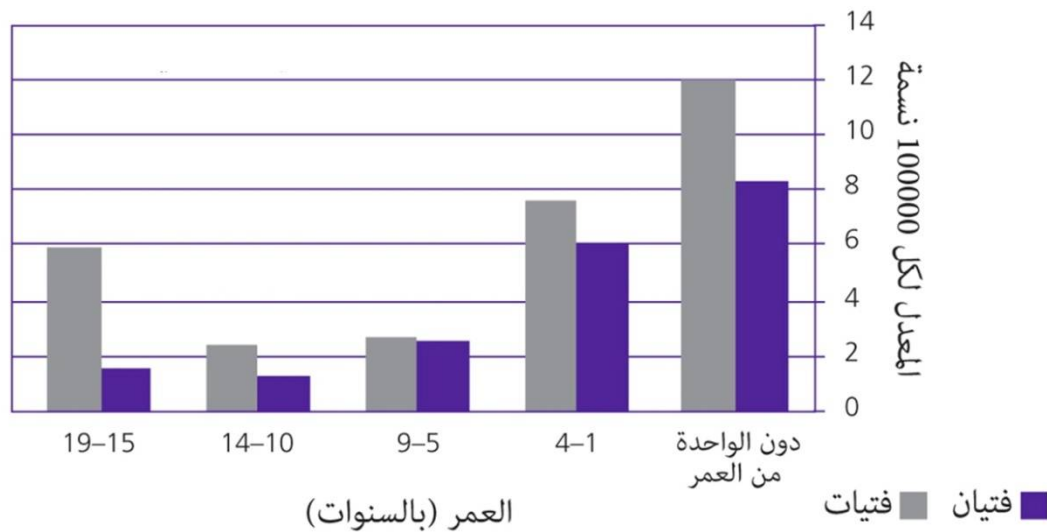
ففي فنلندا كشفت دراسة استمرت 11 عاما أن السمط (الحرق السطحي في الجلد بسبب انسكاب المياه الساخنة) كان مسؤولا عن 42.2% من الحالات التي استقبلتها وحدات حرق الأطفال، أما بالنسبة للأطفال دون سن الثالثة فإن المياه الساخنة هي المسؤولة عن 100% مما يصيبهم من حروق ، وفي الفئة العمرية 11-16 عاما فإن 50% من الحروق كانت نتيجة الصعق الكهربائي ، بينما تعزى النسبة الباقية أي 50% إلى النار و اللهب.

إن نسبة الإصابة بالحروق ترتفع في البلدان المنخفضة و المتوسطة الدخل مقارنة بالدول المرتفعة الدخل، ففي كينيا على سبيل المثال نجد أن 48.6% من الأطفال الذين دخلوا المستشفى بسبب الحروق كانوا دون الخامسة من العمر. أما الرضع في إفريقيا دون العام فيبلغ المعدل السنوي لإصابتهم بالحروق بسبب النار 35 لكل 100000 ، أي ثلاثة أضعاف المتوسط العالمي لهذه الفئة العمرية.

كما بينت الدراسات أن نسبة الإصابة بالحروق تختلف حسب الجنس ، إذ تختلف عند الإناث عنها عن الذكور، فهي ترتفع عند الفتيات مع تقدمهن في العمر بالنظر إلى الأنشطة المتغيرة للنوعين.

فبينما تشارك الفتيات بشكل أكبر في أعمال المطبخ مساعدة منهن لأمهاتهن، و بالتالي يصبح أكثر عرضة للنار و السوائل وغيرها من المواد الساخنة، يميل الفتيان إلى عدم البقاء في المنزل لفترات أطول ⁽¹⁾. و الرسم البياني يوضح ذلك

الرسم البياني رقم (35): معدلات الحروق المميتة بسبب النار لكل 100000 طفل حسب النوع (الجنس) في العالم 2004.



المصدر : منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، مصر ، القاهرة ، 2009 ، ص 88.

يمكن تقسيم الحروق إلى ثلاث درجات وهي سطحية و متوسطة و شديدة. فالسطحية هي حروق من الدرجة الأولى من موصافاتها هي التسبب في احمرار الجلد وورم خفيف مع الشعور بالألم الموضعي.

(1) - منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، مرجع سابق، ص 87-88.

أما الحروق المتوسطة فهي حروق من الدرجة الثانية وهي تؤدي إلى ظهور فقائيع مع ورم ظاهر و شعور بألم شديد مع احمرار خفي. أما فيما يخص الحروق الشديدة فهي حروق من الدرجة الثالثة وتتميز بوصول الحرق إلى طبقة اللحم أو العظم وفيه يفقد المصاب الإحساس بالألم في المنطقة المحترقة نتيجة تلف الأعضاء الحسية وقد يبدو منظر الجلد محروقا و أسود⁽¹⁾.

و نظرا لهذه المخاطر العديدة للحروق تبقى الوقاية الحل الأنجع لها كالاهتمام و الالتفات إلى الأماكن التي يتواجد فيها الأطفال كالمطابخ بوصفها من أكثر الأماكن التي تشهد إصابات الحروق تظهر أيضا الحاجة إلى ضمان توافر إشراف مناسب على الأطفال و معافاتهم ولا سيما المعاقين منهم كما ينبغي نشر الوعي في كل مكان بمخاطر تخزين المواد القابلة للاشتعال داخل المنازل.

3- حالات التسمم :

التسمم يعني الحالات المرضية التي تتبع أكل أو شرب أو استنشاق أو ملامسة أغذية حدث بها فساد أو تلوث ضار بالصحة و التي تتبلور و تظهر في أعراض مرضية مختلفة ، و التسمم الغذائي يعني تناول أو شرب أغذية تؤدي إلى حالات مرضية ترتبط بالغذاء دون غيره من المواد⁽²⁾.

فكلمة تسمم تشير إلى أي إصابة تنجم عن التعرض لمادة خارجية تتسبب في تلف للخلايا أو الوفاة فالسموم قد تستنشق أو تبتلع أو تحقن أو تمتص ، كما قد يكتسبها الجنين في رحم الأم. و بما أن التعرض يكون لفترة وجيزة أو متواصلا، فإن الأعراض السريرية قد تتفاوت وهكذا تتداخل العوامل المحددة لشدة التسمم لدى الطفل وما ينتج عنه وتشمل هذه العوامل نوع المادة السامة و الجرعة و التركيب و أسلوب التعرض و عمر الطفل ووجود مواد سامة أخرى و وجود أمراض و إصابات أخرى.

ومن الجدير بالذكر أن المدة ما بين التعرض للمادة السامة و ظهور الأعراض السريرية تعد فرصة عظيمة ، فخلال هذه المدة يكون بالإمكان الحد من امتصاص الجسم لهذه المادة إلى أدنى حد عن طريق إزالة السم وإبطال مفعوله(في حالة ابتلاعه) أو إعطاء الأدوية التي تقي من حدوث ضرر للأعضاء في حالة التسمم بالبراسيتامول.

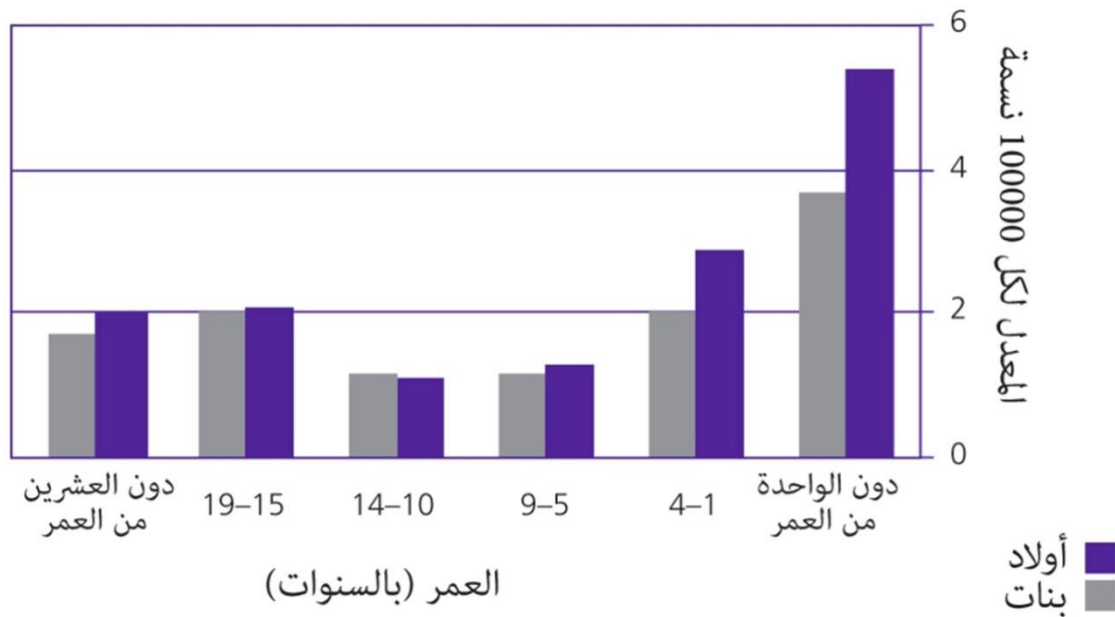
(1) - اليونيسيف، حقائق للحياة ، مرجع سابق ، ص107.

(2) - عبد الرحمن مصيقر و محمد زين علي : الغذاء و الإنسان ، مرجع سابق ، ص45.

و من المعروف أن التسمم بمواد معينة له أعراض سريريته غالبا ما يمكن التعرف عليها ، ومع ذلك قد تشخص الأعراض بشكل خاطئ أو لا يتم التعرف عليها في الأطفال . ولهذا السبب فإن العلاج قد يتأخر مما يؤدي إلى عواقب خطيرة .و حسب منظمة الصحة العالمية هناك ما يقدر بحوالي 345814 شخصا من جميع الأعمار على مستوى العالم قد لقوا مصرعهم من جراء حالات التسمم غير المتعمد عام 2004 وحدثت 13% من الحالات بين الأطفال و الشباب الأقل من عشرين سنة من العمر.

يعد التسمم الحاد مسؤولا عما يقدر بحوالي 45 ألف حالة وفاة سنويا بين الأطفال و الشباب دون العشرين من العمر ، ويبلغ معدل الوفيات العالمي بسبب حالات التسمم بين الأطفال ومن هم دون العشرين من العمر 1.8 من بين كل 100000 نسمة ، ويبلغ المعدل 0.5 من بين كل 100000 نسمة في البلدان المرتفعة الدخل و يبلغ أربعة أضعاف هذا المعدل أي 2.0 من بين كل 100000 نسمة في البلدان المنخفضة و المتوسطة الدخل⁽¹⁾. كما تختلف معدلات التسمم من فئة عمرية لأخرى والرسم البياني التالي يوضح ذلك

الرسم البياني رقم (36): معدلات حالات التسمم المميتة لكل 100000 طفل حسب السن و الجنس سنة 2004



المصدر : منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2009، ص134.

(1) - منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، مرجع سابق، ص 87-88.

لقد سجلت أعلى معدلات التسمم المميتة بين الأطفال دون العام من العمر، وبوجه عام تبلغ معدلات الوفاة أعلى مستوياتها بين الرضع و تتراجع مع التقدم في العمر حتى الرابعة عشرة وبعده تحدث زيادة أخرى في كل مكان تقريبا بين الأطفال من الخامسة عشرة وما فوقها وفي الكثير من الأحيان تعزى هذه الزيادة إلى استخدام المواد السامة أو تناول جرعات زائدة من الأدوية من غير قصد أو تعمد.

أما عن أنواع السموم فهي كثيرة وهي تتأثر بالوضع الاجتماعي و الاقتصادي و الممارسات الثقافية و كذا الأنشطة الصناعية و الزراعية المحلية.

من بين السموم الشائعة نجد الأدوية و العقاقير البيطرية ، والمنظفات المنزلية بما فيها مواد تبيض الملابس و المطهرات و مساحيق التجميل و الخل ، والمبيدات بما فيها مبيدات الحشرات و القوارض و الحشائش ، المواد المخدرة و عضات الحيوانات و لدغات الحشرات.

لقد كشفت إحدى الدراسات التي أجريت في الإمارات العربية المتحدة استنادا إلى بيانات المستشفيات أن هناك 55% من حالات تسمم الأطفال نتجت عن الأدوية ، وكانت المسكنات ومضادات الالتهاب التي لا تحتوي على مادة الاسترويد المنشطة و مضادات الحساسية أكثر الأدوية التي يتناولها الأطفال في الفئة العمرية من عام إلى خمسة أعوام.

كما أظهرت دراسة أجريت في تركيا ان التناول غير المقصود للأدوية كان الأمر الأكثر شيوعا بنسبة 57.7% بين الأطفال ما بين عام و خمسة أعوام و أن أكثر العناصر السامة ضررا كانت المسكنات (1).

كما أن المواد الكيميائية الموجودة داخل المنازل و التي قد تكون في متناول أيدي الأطفال تساهم بشكل كبير في حدوث حالات تسمم غير متعمدة بينهم ، ففي الولايات المتحدة عام 2004 كان هناك 120000 حالة تعرض لمواد التنظيف المنزلية مثل الامونيا و مواد التبيض و المنظفات .

تتطلب معالجة التسمم تقديم الاستشارة العاجلة و الإسعافات الأولية يليها العلاج الموجه إذا لزم الأمر. و تبقى الرقابة الأسرية المستمرة تقلل من وصول الأطفال إلى المواد السامة.

(1) - منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، مرجع سابق، ص 135-136.

4- الإصابات الناتجة من اللعب :

كل الأطفال يلعبون ، فاللعب جزء هام من نموهم ، وهم يلعبون و يتسلون عن طريق اللعب ويتمرنون و يفرغون طاقتهم ، ويستكشفون العالم المادي و يكتسبون المعارف و المهارات في العالم الاجتماعي الذي يتربون فيه .

فللعبه تعد جزءا لا يتجزأ من اللعب في جميع مراحل نمو الطفل و يمكن ان تزيد النمو الفكري و تحفز روح الإبداع لدى الطفل وتعزز التفاعل الاجتماعي و التعلم .

و يبدأ التعامل مع اللعب بعد الولادة بفترة وجيزة و يستمر على مدى فترة الطفولة كلها ، لكن الطريقة التي يستخدم فيها الطفل اللعبة تتغير حسب السن و مرحلة النماء و الفكر و القدرة الجسدية و ما يعتبر لعبة من اللعب في سن ما قد لا يثير الاهتمام او يعتبر خطرا في سن آخر ، ولا بد ان تكون اللعبة مأمونة كي تشكل عاملا إيجابيا في حياة الطفل ، كما يجب ان تكون جيدة التصميم و تتناسب مع سن الطفل و غير سامة .

لكن وفي الكثير من الحالات تسبب اللعب الأذى اغلبها الناجمة عن حوادث غير متعمدة كالتمزق الذي تسببه الحواف أو الرؤوس الحادة و حوادث الاختناق الناجمة عن البلع او رشق أجزاء صغيرة او الإصابات الميكانيكية كالإصابات الكهربائية، وفقدان السمع بسبب الضجيج المفرط و الجروح التي تسببها القذائف أو الحروق الناجمة عن المواد السريعة الالتهاب .

و لقد اظهر تحليل للمخاطر أجرته مؤخرا الولايات المتحدة الأمريكية اللجنة الأمريكية المعنية بسلامة المنتجات الاستهلاكية (CPCS) أن 144240 غرفة طوارئ في المستشفيات عالجت إصابات ذات صلة باللعب عام 2002.

و كانت نسبة 59.4 مليار دولار أمريكي ، مما يعني ان مليارات اللعب تباع سنويا ، لكن الشيء الملفت للانتباه هو وجود مواد كيميائية ضارة مستخدمة في تصميم هذه اللعب ، يمكن ان تنتقل للطفل.

فالأطفال غير ناضجين من الناحيتين البدنية و الفيزيولوجية إذ أنهم ينمون و يتغيرون طوال فترة الطفولة من حيث حجم أجسامهم و تناسبها و كذلك أعضائهم الحيوية ووظائف أجهزتهم العضوية ويمكن ان ينجم التعرض الكيميائي خلال فترات حرجة معينة من نمائهم قد تكون دائمة تلحق ضرر ببنييتهم و وظائفها مثل الدماغ و الجهاز العصبي و الغدد الصماء و الجهاز التناسلي⁽¹⁾.

ويمكن تصنيف الآثار الصحية الضارة المبلغ عنها و المرتبطة بالمواد الكيميائية في اللعب في فئة التسمم الحاد او الحروق الكيميائية وقد يكون الضرر طويل الأمد او قصير الأمد ، كل منهما يساهمان في اعتلال الصحة في مرحلة البلوغ.

و تعود حالات التسمم الحاد في الغالب إلى ابتلاع لعبة او قطعة من لعبة ، وقد تحدث أيضا نتيجة استنشاق المواد الطيارة او نتيجة الامتصاص بسبب الالتماس الجلدي المفرط ، ويمكن أن تؤثر الحروق الناجمة عن المواد الكيميائية على الجلد و الأغشية المخاطية بما في ذلك العين و بطانة الأمعاء و الرئتين⁽²⁾. و من اجل سلامة الأطفال يجب استحداث نظم و القيام بحملات تحسيسية و توعوية لمخاطر اللعب و هذا بالانتباه إلى مكوناتها لتوفير قدر اكبر من الحماية لهم .

وكخلاصة لأهم الأمراض و الإصابات التي تصيب الأطفال ، أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة قامت فيها بترصد إصابات الأطفال الغير متعمدة على مستوى العالم ، والنتائج المتحصل عليها والتي تهم الإقليم الإفريقي بما فيها الجزائر موضحة في الجدول التالي :

(1) - المحفل الحكومي الدولي المعني بالسلامة الكيميائية: اللعب و السلامة الكيميائية ، الدورة الخامسة ، بودابست، سبتمبر 2006 ، صص1-2.

(2) - نفس المرجع ، ص3.

الجدول رقم (69): أسباب وفيات الأطفال حسب نوع المرض في الإقليم الإفريقي

المرتبة	سبب الوفاة	النسبة المئوية %
1	عدوى الجهاز التنفسي	20
2	أسباب المحيطة بمرحلة الولادة	18.8
3	الملاريا	15.5
4	أمراض الإسهال	15.4
5	مرض الإيدز و العدوى بفيروسه	5.3
6	الحصبة	3.5
7	التهاب السحايا	2.1
8	الشاهوق	2
9	التشنج الخلقي	1.8
10	سوء التغذية بالطاقة الحيوانية	1.7
11	الإصابات الناتجة عن تصادم الطرق	1.3
12	الكزاز	1.3
13	السل	0.9
14	الحروق المرتبطة بالنار	0.7
15	الزهري	0.6

المصدر : منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، القاهرة ، مصر ، 2009، ص190.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الإصابة بالمرض مازالت تحصد أرواح العديد الأطفال بما فيها الحوادث ، سواء حوادث الاصطدام او الحوادث الناتجة عن الحروق ، و بقية الأمراض الأخرى ، وعليه فالإجراءات الوقائية بالغة الأهمية للتصدي للأمراض الطفولة ، و الأسرة هي المسؤول الأول عن الأمراض التي قد يتعرض لها أطفالها ، جراء تقصير في توفير الرعاية اللازمة لهم .

خلاصة الفصل

الطفولة مرحلة هامة في الحياة ، ولكنها في نفس الوقت الفترة التي يمكن ان يصاب فيها الطفل بمختلف الأمراض .

و تختلف أمراض الطفولة متأثرة بجنس و عمر و الموقع الجغرافي للطفل وبعض المؤشرات التي تتمتع بها الأسرة التي تحتضن الطفل كالدخل و المستوى التعليمي خاصة .

كما تتأثر صحة الطفل بمدى الاهتمام الذي توليه الحكومات للصحة بصفة عامة و صحة الطفل بصفة خاصة كتوفير التخصيمات الخاصة بالأمراض و الأدوية الفعالة التي يحتاجها الأطفال حقا... الخ.

و كما رأينا في هذا الفصل أن الطفل قد يصاب بأمراض مختلفة منها ما هي عابرة لا تترك اثر على الطفل فقد تزول بمجرد معرفة السبب ، ومنها ما هي شديدة الخطورة كالأمراض الصدرية و التنفسية و الإسهال التي أصبحت تنصدر أمراض الطفولة ، فقد تتعد الحالة الصحية للطفل إن لم يلقي الرعاية اللازمة في الوقت المحدد .

و هناك الأمراض المعدية فبالرغم من توفر التلقيحات لهذه الأمراض، إلا أن نسبة كبيرة من الأطفال مازالوا يعانون منها خاصة في الدول الفقيرة من أرجاء العالم ، إذ تزيد نسب الإصابة بالمرض في الظروف الصعبة و البيئات التي لا تتوفر فيها شروط النظافة ، فالبينة النظيفة تساوي صحة جيدة .

أما النوع الآخر من الأمراض فهي الأمراض المتعلقة بالنظام الغذائي ، و تسمى أيضا بأمراض العصر أو الأمراض المزمنة .

و يتزايد عبء هذه الأمراض على المستوى العالمي ، فلقد قدر أن الأمراض المزمنة ساهمت في عام 2000 في حدوث 60% من مجموع الوفيات المبلغ عنها في العالم و قدرها 56.5 مليون حالة و هناك تقديرات تشير أن نسبة هذه الأمراض قد تصل إلى 57% بحلول عام 2020 .⁽¹⁾

(1) - منظمة الصحة العالمية : النظام الغذائي و التغذية و الوقاية من الأمراض المزمنة ، جنيف ، 2003 ، ص 5.

و قرابة نصف مجموع الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة ترجع إلى أمراض أوعية القلب، كما أن البدانة و مرض السكري يبديان اتجاهات تدعو إلى القلق فهما يصيبان نسبة كبيرة من السكان و يظهران في مرحلة مبكرة من العمر .

و لا تقتصر هذه الأمراض على المناطق المتقدمة ، فالبلدان النامية تعاني بدرجات متزايدة من عبئ هذه الأمراض .

كما رأينا في هذا الفصل أن الحوادث تلعب دورا هاما في تعرض الأطفال للأمراض أو الوفاة كحوادث السقوط أو الاحتراق أو التسمم سواء من جراء تناول جرعة كبيرة من الأدوية ، أو من جراء تناول مواد سامة ، أو من خلال بلع بعض مجسمات الألعاب لذلك فالاهتمام بنوع اللعبة أمر ضروري لصحة الطفل .

و في الباب الثاني من هذا الفصل (الجانب الميداني) سوف نتعرض لأهم الأسباب التي تعيق الأسرة عن تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها ، فصحّة الطفل تعني صحّة الأسرة و المجتمع والبلد بأسره وهي خطوة أساسية لتحقيق التنمية.

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل الأول

عينة البحث و خصائصها

تمهيد

المبحث الأول: الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية لأفراد العينة

المبحث الثاني: الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

المبحث الثالث: الخصائص الثقافية لأفراد العينة

المبحث الرابع: الخصائص المتعلقة بالخدمات الصحية

خلاصة الفصل

تمهيد :

قبل الشروع في تقديم الجداول و تحليلها حسب فرضيات البحث نقوم بإعطاء صورة عامة للموضوع و هذا بالاستناد على بعض الجداول و الرسوم البيانية .

إن الهدف من التطرق لهذا النوع من الجداول هو معرفة أهم الخصائص التي يتميز بها أفراد عينتنا ، إذ تساعد هذه المعلومات الوصفية على إعطاء تحليلات بسيطة للجداول و الرسوم البيانية وهذا حتى يكون لدينا فهم أفضل عن الموضوع محل الدراسة.

إن تمايز هذه الخصائص الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية تجعل من موضوع بحثنا محل دراسة واهتمام.

فموضوع بحثنا هو الأسرة و دورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات ، ولقد استجوبنا 600 امرأة في مستشفى محمد لمين دباغين في باب الوادي و لهنّ أطفال أقل من خمس سنوات وكنا نتنقل بين المصلحة و قسم الإستعجالات الشئ الذي مكننا من الإقتراب و التعرف على شريحة واسعة من المجتمع من مختلف ربوع وطننا تم تحويلهم إلى هذا المستشفى لعدة اعتبارات سوف نعرفها لاحقا ، وحاولنا من خلال ذلك معرفة أهم العوامل و الأسباب التي تأثر على دور الاسرة و خصوصا الام في تقديم الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها الاقل من خمس سنوات .

لقد تبين من خلال دراستنا الميدانية أن عينتنا تتمتع بخصائص متنوعة ، لخصناها في أربعة مباحث وهي : خصائص اجتماعية واقتصادية ، خصائص ثقافية وأخرى ديموغرافية ، خصائص أخرى تتعلق بالخدمات الصحية التي قدمت للمبحوثة في المؤسسات الإستشفائية التي زارتها مع ابنها المريض أو احد ابنائها الاقل من خمس سنوات وابداء رأيها في الخدمات المقدمة في المؤسسة الإستشفائية الحالية (مستشفى محمد لمين دباغين) .

و لقد كانت هذه الخصائص الوصفية بمثابة الجسر الذي استطعنا من خلاله معرفة أهم العلاقات السببية المفسرة لفرضيات بحثنا والتي استطعنا من خلالها معرفة أهم العوامل و الاسباب المؤثرة في موضوع بحثنا .

المبحث الأول: الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية لأفراد العينة

الجدول رقم (1): توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة

التكرار مكان الإقامة	ك	%
منطقة حضرية	386	64.3
منطقة ريفية	214	35.7
المجموع	600	100

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن 64.3% من أفراد عينتنا تقمن في منطقة حضرية ، وهو منوال عينتنا ، مقابل 35.7% تقمن في منطقة ريفية .

إن هذا التمايز في النسب راجع إلى مكان إجراء بحثنا والذي يتمثل في احد اكبر المستشفيات الجامعية الوطنية ، التي تقع في مدينة الجزائر وهي منطقة حضرية تتوافد إليه أغلب الأسر التي تسكن بنواحي المنطقة كما يتوافد إليه المرضى من جميع ولايات الوطن وهذا لعدة اعتبارات .

الجدول رقم (2): توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن

التكرار نوع السكن	ك	%
فيلا	76	12.7
شقة	321	53.5
بيت تقليدي	145	24.2
بيت قصديري	52	8.7
شيئ آخر	6	1
المجموع	600	100

من خلال قراءتنا لهذا الجدول يتضح أن 53.5% من المبحوثات تقمن في شقق مقابل 24.2% في بيوت أرضية و 12.7% في فيلات و تبقى 8.7% تقمن في بيوت قصديرية و 1% في مساكن من نوع آخر كأسطح العمارات أو في خيمات و شالي هات .

و بما أن مكان إجراء البحث هو منطقة حضرية فإن طابع العمارات هو السائد فيها وهذا ما يترجم أن اغلب أفراد عينتنا تقمن في شقق وهو منوال عينتنا ، أي نوع السكن الغالب هو السكن في شقق. أما عن طبيعة هذه المساكن فهي موضحة في الجدول التالي: .

الجدول رقم (3): توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المسكن

الطبيعة المسكن	التكرار	%
مسكن جماعي	189	31.5
مسكن فردي ملكية خاصة	239	39.5
مسكن فردي مستأجر	116	19.3
مسكن فردي اخر	56	9.3
المجموع	600	100

من خلال قراءة الجدول يتبين لنا ان 39.5% لهم مسكن فردي مقابل 31.5% لهم مسكن جماعي (يعيشون مع اهل الزوج ، قد تكون امه و ابوه أو حتى اخوته و اخواته سواء كانوا متزوجين ام غير متزوجين) ، و 19.3% لهم مسكن فردي مستأجر و 9.3% يقطنون مساكن بصفة غير قانونية (كالمساكن الفوضوية و اقبية العمارات) وقد تكون شاليهات تجاوزت بكثير الفترة المحددة للخروج منها .

فالأسر الجزائرية مازالت تعاني من مشكل السكن وهذا ما تفسره النسبة العالية للمساكن الجماعية 31.5% ، الشيء الذي يترك العديد من الأسر تتخبط في العديد من المشاكل من أنواع مختلفة حسب تصريح العديد من المبحوثات.

فهذا المشكل يعتبر كدافع للعديد من الأسر ميسورة الحال، البحث عن استئجار شقة لنيل قسط من الأمان هروبا من المشاكل العائلية في الكثير من الحالات أو الخروج من المسكن العائلي و السكن في بيوت قصديرية لذات الأسباب دائما أو للظفر بمسكن اجتماعي محترم.

كما يوجد هناك مجموعة من المبحوثات من صرحن انهن يقمن بشاليهات قدمت لهن اثار حدوث الكوارث الطبيعية ، لكن لحد الساعة لم يظفرن بسكن محترم و أصبحت مبعث للعديد من الأمراض أما عن عدد الغرف في في مساكن أفراد عينتنا فهي كالآتي :

الجدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب عدد الغرف في المسكن

عدد الغرف	التكرار	%
غرفة واحدة	136	22.7
غرفتين	154	25.7
ثلاث غرف	262	43.7
أربع غرف	34	5.7
خمسة غرف فأكثر	14	2.3
المجموع	600	100

يبين لنا الجدول أن 43.7% من أفراد عينتنا لهن ثلاث غرف و 25.7 % لهن غرفتين أما 22.7% فلهن غرفة واحدة ونسب صغيرة ممن لهن أربع غرف او خمسة غرف فأكثر و هي على التوالي 5.7% ، و 2.3%.

فالارتفاع في نسب العائلات التي تقيم في مساكن ذات غرفتين أو غرفة واحدة يؤكد الكلام السابق فأغلب الجزائريون يعانون من ضيق المسكن خاصة سكان المدن.

الجدول رقم (5): توزيع أفراد العينة حسب ما تملكه الأسرة من بعض التجهيزات الأساسية

%	ك	التكرار
		تجهيزات الأسرة
12.3	74	1-4
30	180	5-8
39.2	235	9-12
18.5	111	13-16
100	600	المجموع

من خلال قراءة هذا الجدول يتضح أن 39.2 % من الأسر تملك من 9 إلى 12 تجهيز ، تليها نسبة 30% تملك من 5 إلى 8 تجهيزات أما 18.5 % فتملك من 13 إلى 16 تجهيز ، وتبقى نسبة 12.3% تملك من 1 إلى 4 تجهيزات .

و لقد تم الاعتماد على هذه التجهيزات في تحديد المستوى المعيشي للأسرة ، فالأسرة التي لها اقل من أربعة تجهيزات يمكن اعتبار وضعيتها المعيشية مزرية ، أما الأسر التي لها من 5 إلى 8 تجهيزات فنقول ان وضعيتها المعيشية متوسطة ، أما الأسر التي لها من 9 إلى 12 تجهيز فيمكن اعتبار أن مستواها المعيشي مقبول ، أما الأسر التي لها من 13 إلى 16 تجهيز فيمكن اعتبارها أسر ذات مستوى معيشي جيد ، و الجدول التالي يوضح لنا ذلك .

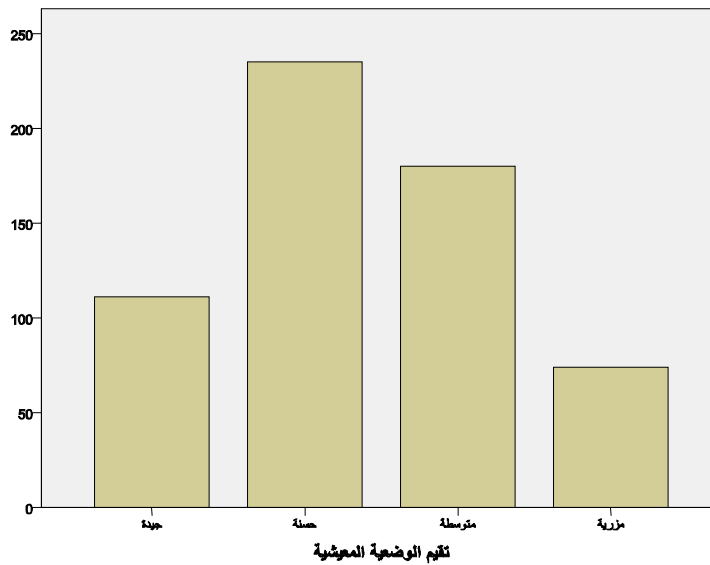
الجدول رقم (6): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المعيشية للأسرة

%	ك	التكرار
		الوضعية المعيشية
18,5	111	جيدة
39,2	235	حسنة
30	180	متوسطة
12,3	74	مزرية
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا 39.2% وضعيتهم المعيشية حسنة وهي تمثل منوال عينتنا ، مقابل 30% وضعيتهم متوسطة أما 18.5% فوضعيتهم جيدة فوضعهم المادي جيد و المسكن محترم يتوفر على جميع التجهيزات(الأساسية منها و الكمالية) وتبقى نسبة 12.3% يعيشون وضعية مزرية

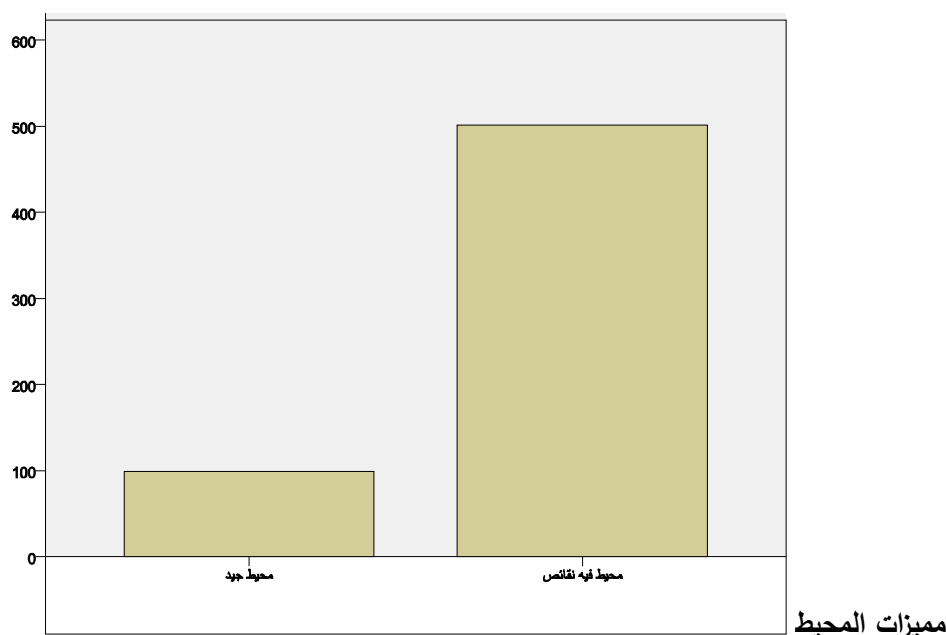
و هذا لعدم توفر دخل محترم للأسرة يكفي مختلف حاجياتها الأساسية من مأكّل و ملابس ومسكن و رعاية صحية...الخ. و الرسم البياني التالي يوضح ذلك :

الرسم البياني رقم (1): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المعيشية للأسرة



و عند سؤال افراد العينة عن مميزات البيئة المحيطة بالمسكن ، تحصلنا على النتائج الموضحة في الرسم البياني التالي :

الرسم البياني رقم (2): أعمدة بيانية تبين توزيع افراد العينة حسب مميزات البيئة المحيطة بالمسكن.



من خلال الرسم يتبين أن أغلب أفراد العينة صرحن أن البيئة المحيطة بالمسكن سواء داخلية أو خارجية تتميز بوجود نقائص بنسبة 83.5% وهو منوال عينتنا ، مقابل 16.5% فقط من أفراد العينة اللواتي صرحن أن البيئة المحيطة بالمسكن هي بيئة جيدة.

أما عن أهم النقائص الموجودة من خلال تصريح المبحوثات فهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (7): توزيع أفراد العينة حسب أهم النقائص المحيطة بالمسكن

الترتيب	أهم النقائص المحيطة بالمسكن	ك	%
1	تراكم كمادات الأوساخ	174	33,8
2	تلوث الهواء الجوي	78	15,1
3	الرطوبة العالية	147	28,5
4	تسرب لقنوات الصرف الصحي	73	14,2
5	أخرى	43	8,3
المجموع		515	100

من خلال الجدول يتبين ان 33.8% صرحن أنهن يعانين من تراكم كمادات الاوساخ امام مساكنهن وهو منوال عينتنا ، مقابل 28.5% صرحن أن مساكنهن تعاني من الرطوبة العالية بنسبة 28.5% مقابل 15.1% صرحن ان مساكنهن تعاني من تلوث الهواء الجوي ، اما 14.2% فصرحن انهن يعانين من تسرب لقنوات الصرف الصحي أما 8.3% فيعانين من مشاكل أخرى.

الجدول رقم (8): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للزوجين

الزوج		الزوجة		الزوجين الوضعية المهنية
%	ك	%	ك	
89.7	538	25	150	يعمل (ت)
10.3	62	75	450	لا يعمل (ت)
100	600	100	600	المجموع

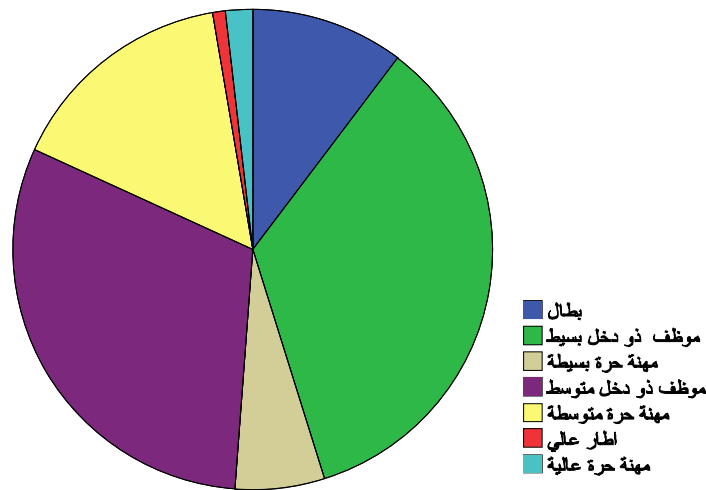
من خلال قراءتنا لهذا الجدول يتبين لنا أن 75% من الزوجات لا تعملن مقابل 25% تعملن ، في حين نسبة الأزواج العاملون تقدر ب 89.7% مقابل 10.3% لا يمارسون عمل. أما عن نوع المهن التي يمارسها افراد عينتنا ، فهي موضحة كما يلي :

الجدول رقم (9): توزيع افراد العينة حسب نوع مهنة الزوج

%	ك	التكرار
		نوع مهنة الزوج
10,3	62	بطل
34,8	209	موظف ذو دخل بسيط
6,0	36	مهنة حرة بسيطة
30,7	184	موظف ذو دخل متوسط
15,5	93	مهنة حرة متوسطة
,8	5	اطار عالي
1,8	11	مهنة حرة عالية
100,0	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن 34.8% من أفراد عينتنا صرحَ أن أزواجهن موظفون ذو دخل بسيط وهذا ب 34.8% وهو منوال عينتنا ، مقابل 30.7% من الأزواج موظفون ذو دخل متوسط ، أما 15.5% من الأزواج فيمارسون مهن حرة متوسطة ، مقابل 10.3% بطالون ، وتبقى نسبة قليلة ممن يمارسون مهن حرة عالية ، أو إطارات عالية في الدولة وهذا بالنسب التالية 1.8% ، 0.8% .
والرسم البياني التالي يوضح ذلك :

الرسم البياني رقم (3):دائرة نسببة تبين توزيع أفراد العينة حسب نوع عمل الزوج

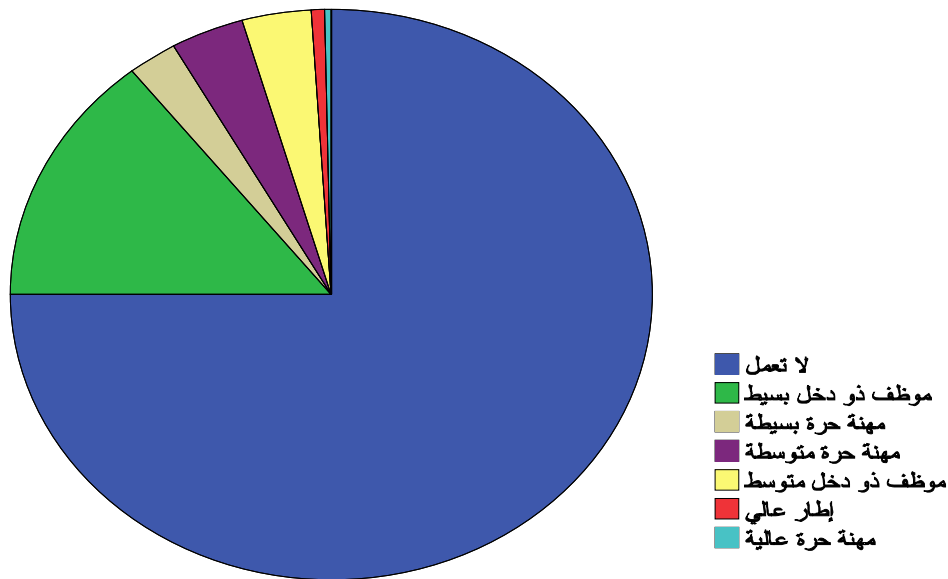


الجدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب نوع مهنة الزوجة

%	ك	التكرار
		نوع مهنة الزوجة
75,0	450	لا تعمل
14,3	86	موظف ذو دخل بسيط
2,5	15	مهنة حرة بسيطة
3,7	22	مهنة حرة متوسطة
3,5	21	موظف ذو دخل متوسط
0,7	4	إطار عالي
0,3	2	مهنة حرة عالية
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان نسبة كبيرة تقدر بـ 75% من أفراد عينتنا لا تعملن ، وهو منوال عينتنا ، مقابل 14.3% صرحن انهن موظفات ذو دخل بسيط ، اما 3.7% فيمارسن مهن حرة متوسطة المدخول في حين 3.5% منهن موظفات ذو دخل متوسط أما 2.5% فيمارسن مهن حرة بسيطة ، وتبقى نسبة قليلة ممن هنّ أطار عالي ، أو لهنّ مهن حرة عالية وهذا بالنسب التالية 0.7% ، 0.3% . والرسم البياني التالي يوضح ذلك :

الرسم البياني رقم (4): دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب نوع مهنة الزوجة



الجدول رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب الانتساب للضمان الاجتماعي

%	ك	التكرار
		الانتساب للضمان الاجتماعي
58.5	135	منتمية
41.5	924	غير منتمية
100	600	المجموع

أما بالنسبة للانتماء للضمان الاجتماعي فليس كل الأزواج العاملون و الزوجات العاملات مؤمنون اجتماعيا، خاصة الذين يعملون عند الخواص ، فنسبة الأسر المؤمنة حسب تصريح المبحوثات بلغ 58.5% وهو الذي يمثل منوال عينتنا أما نسبة الأسر الغير مؤمنة فقد بلغ 41.5% .

و لا يخفى عن أحد الأضرار التي تترتب عن عدم امتلاك مهنة أو عدم الانتماء للضمان الاجتماعي فكل منهما يؤثر سلبا على الرعاية الصحية للطفل ، فالكثير من الأسر تلجأ لممارسة الطب التقليدي أو طرق أخرى في العلاج أقل تكليفا هروبا من عناء المصاريف الكثيرة للأدوية و الفحوصات اللازمة للمريض.

الجدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري

ال تكرار	ك	%
بدون دخل شهري	51	8,5
أقل من 18000 دج	6	1
[18000 - 25000] دج	85	14,2
[25000 - 32000] دج	129	21.5
[32000 - 39000] دج	138	23
[39000 - 46000] دج	50	8.3
أكثر من 46000 دج	141	23.5
المجموع	600	100

يبين لنا الجدول ان 23% من المبحوثات صرحن ان دخل أسرتهن محصور بين 32000 - 39000 دج ، مقابل 23.5% صرحن ان دخلهن الاسري يفوق 46000 ألف وهذا نتيجة عمل الزوجين معا ، أما 21.5% فصرحن أن دخلهن محصور بين 25000 و 32000 دج ، 14.2% دخلهن محصور بين 18000 و 25000 دج ، 8.3% دخلهن الاسري محصور ما بين 39000 و 46000 دج ، و تتقارب النسبة تقريبا مع اللواتي صرحن انهن لا يملكن دخل شهري وهذا لعدة اسباب كمرض الزوج أو تسريح العمال من المؤسسات ، او لعدم توفر منصب عمل نظرا لما يعانيه مشكل التوظيف في الجزائر ، كما صرحت 1% من المبحوثات أن دخل اسرهن لا يتجاوز 1800 دج . ولقد بلغ وسيط دخل الاسرة 3382.6 دج

أما فيما يخص نوع العلاقات التي كانت تربط أفراد الأسرة فهي مبينة في الجدول التالي :

الجدول رقم (13): توزيع أفراد العينة حسب العلاقات التي تربط أفراد الأسرة

%	ك	التكرار
		العلاقات التي تربط أفراد الأسرة
68	408	علاقات يسودها التفاهم
25,7	154	علاقات يكثر فيها العنف اللفظي من طرف الزوج
6,3	38	علاقات شجار دائم مع أهل الزوج
100	600	المجموع

من خلال قراءتنا لهذا الجدول يتبين لنا أن 68% من الأسر تسودها علاقات تفاهم، في حين نجد 25.7% من العائلات اشتكين من العنف اللفظي من طرف أزواجهنّ ، أما 6.3% من العائلات تسود فيها علاقات شجار دائم مع أهل الزوج.

و حسب تصريح المبحوثات فإن سوء الوضعية المعيشية و ضيق المسكن هما السببان الرئيسيان وراء هذه العلاقات .

و لا يخفى عن أحد الأضرار التي تتركها سوء العلاقات الأسرية على صحة الطفل ، فالأم في ظل المشاكل الثقيلة على عاتقها لا تستطيع أن تقوم بالرعاية اللازمة لأطفالها ، كما أن سوء العلاقات الأسرية يؤثر على نفسية الطفل ، مما تترتب انعكاسات سلبية على صحته.

المبحث الثاني: الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

الجدول رقم (14): توزيع أفراد العينة حسب سن الزوجة

التكرار سن الزوجة	ك	%
24-28	56	9,3
29-33	108	18
34-38	163	27,2
39-43	238	39,7
44-48	35	5,8
المجموع	600	100

من خلال الجدول يتبين أن أكبر نسبة وهي 39.7% من النساء سنهن يتراوح بين 39-43 سنة تليها نسبة 27.2% من النساء اللواتي سنهن 34-38 سنة، في حين أصغر نسبة وهي 5.8% من النساء اللواتي سنهن ما بين 44 و 48 سنة ، تليها نسبة 9.3% من النساء اللواتي سنهن 24-28 سنة .

و بهذا قدر متوسط سن المبحوثات بـ 36 سنة . هذا الاختلاف في فئات السن إنما هو راجع لارتفاع سن زواج المرأة و الذي يؤثر بدوره على حياتها الإنجابية كترجع خصوصتها .

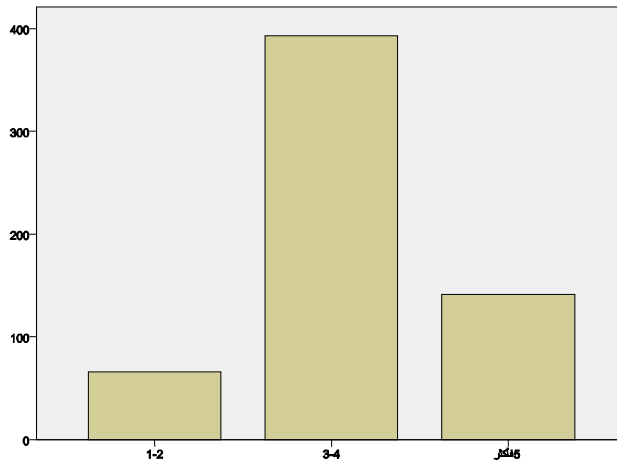
الجدول رقم (15): توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال في الأسرة

التكرار عدد الأطفال في الأسرة	ك	%
2-1	66	11
4-3	333	65.5
5 فأكثر	141	23.5
المجموع	600	100

من خلال الجدول يتبين أن 65.5% من المبحوثات لديهنّ من 3 إلى 4 أطفال ، و 23.5% لديهنّ 5 أطفال فأكثر ، أما 11% من المبحوثات فلهنّ من 1 إلى 2 أطفال.

وعند حساب وسيط عدد أطفال المبحوثات وجدناه يساوي 4 أطفال ، وهذا إن دلّ على شيء فهو يدلّ على تراجع في خصوبة المرأة ، إذ أصبحت تكتفي بالعدد القليل من الأطفال ، وهذا بعد التحسن الذي عرفه الوضع الصحي والرسم البياني التالي يدعم ذلك :

الرسم البياني رقم (5): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال في الأسرة



عدد الأطفال

الجدول رقم (16): توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال الأقل من خمس سنوات

%	ك	التكرار
		عدد الأطفال الأقل من خمس سنوات
43	258	طفل واحد
54,7	328	طفلان
2,3	14	ثلاثة أطفال فأكثر
100	600	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين أن 54.7% من المبحوثات لديهنّ طفلان أقل من خمس سنوات ، هو يمثل منوال عينتنا و 43% لديهنّ طفل واحد أما 2.3% من المبحوثات فلديهنّ ثلاثة أطفال فأكثر وفي اغلب الحالات نجد هذه الحالة عند المبحوثات اللواتي لديهنّ توأم.

أما ارتفاع النسبة عند اللواتي لديهنّ طفلان أقل من خمس سنوات هو كما قلنا مسبقا راجع لارتفاع سن زواج المرأة و بالتالي عدم وجود فاصل زمني طويل بين ولادة وأخرى سعيًا منها إنجاب العدد المحبذ من الأطفال وتستريح.

أما عند سؤال افراد عينتنا عن ما إذا حدثت حالة وفاة لأحد أطفالهن ، فالنتائج مدونة في الجدول التالي :

الجدول رقم (17): توزيع المبحوثات حسب حدوث وفاة لطفل في مرحلة الأقل من خمس سنوات

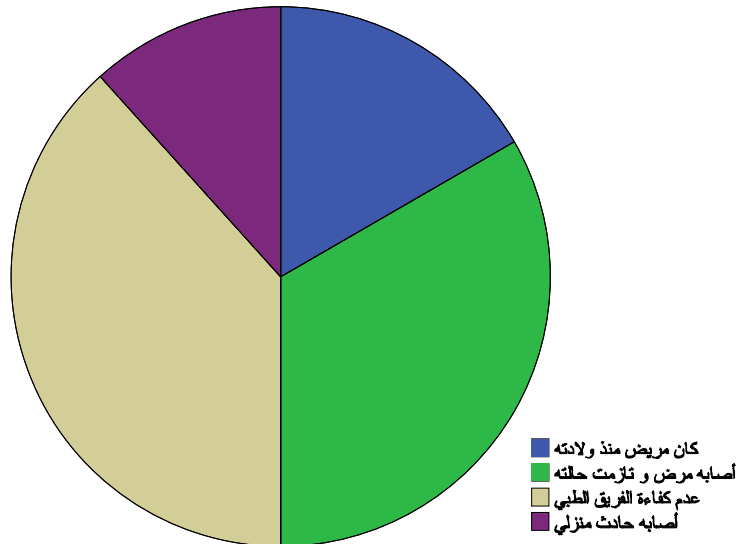
%	ك	التكرار
		وفيات أطفال اقل من خمس سنوات
90	540	عدم حدوث حالة وفاة
10	60	حدوث حالة وفاة
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتضح ان 90% من المبحوثات صرحنّ أنهن لم يفقدنّ أطفال اقل من خمس سنوات ، في حين 10% حدث و أن فقدنّ أطفال أقل من خمس سنوات .
أما عن أسباب الوفاة حسب تصريحهنّ فهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (18): توزيع المبحوثات حسب اسباب وفاة اطفالهن

الأسباب الوفاة / التكرار	ك	%
كان مريض منذ ولادته	10	16,7
أصابه مرض و تأزمت حالته	20	33,3
عدم كفاءة الفريق الطبي	23	38,3
أصابه حادث منزلي	7	11,7
المجموع	60	100

الرسم البياني رقم (6): دائرة نسبية تبين توزيع المبحوثات حسب أسباب وفاة أطفالهن



من خلال الرسم يتبين لنا أن 38.3 % من أسباب حدوث الوفاة يعود إلى عدم كفاءة الفريق الطبي نتيجة تهاون أو نقص في الخبرة، تليها نسبة 33.3% نتيجة تأزم الحالة الصحية للطفل نتيجة تعرضه لمرض، أما 16.7% من أسباب الوفاة فتعود إلى أن الطفل كان مريض منذ ولادته ، أما 11.7% من أسباب الوفاة فتعود إلى إصابة الطفل بحادث منزلي.

و عند محاولة التعرف عن مدى مساهمة الأسرة في تنظيم نسلها تحصلنا عن النتائج الموضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (19): توزيع أفراد العينة حسب تنظيمهن لنسلهن

التكرار / تنظيم النسل	ك	%
تنظم	489	81.5
لا تنظم	111	18.5
المجموع	600	100

من خلال الجدول يتبين أن 81.5% من المبحوثات يقرن بتنظيم نسلهنّ وهو منوال عينتنا ، مقابل 18.5% لا تنظمّن نسلهنّ ، وعند الاستفسار عن الأسباب التي وراء ذلك تحصلنا عن النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (20): توزيع المبحوثات حسب أسباب تنظيم النسل

أسباب تنظيم النسل / التكرار	ك	%
حتى تستطيع تلبية الحاجيات رغم غلاء المعيشة	140	28,6
لتوفير الرعاية اللازمة	234	47,9
الحفاظ على صحتي وصحة العائلة	113	23,1
أخرى	2	0,40
المجموع	489	100

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الأسباب التي جعلت المبحوثات تنظمّن نسلهنّ هي 47.9% لتوفير الرعاية اللازمة للأطفال ، مقابل 28.6% حتى تتمكن من تلبية الحاجيات الأساسية لأفراد العائلة رغم غلاء المعيشة ، أما 23.1% للحفاظ على صحتها و صحة العائلة ، و تبقى نسبة 0.4% لأسباب أخرى.

أما عن الأسباب التي جعلت المبحوثات لا تنظمّن نسلهنّ فهي موضحة في الجدول رقم 08 من الملحق 2 حيث أن 34.2% تردنّ أن ترزقن بمولود ذكر ، أما 28.8% فالزوج هو الذي يمنعها من

باب انه حرام و 20.7% صرحنّ أنهم لا تجدنّ وسيلة منع حمل مناسبة ، و تبقى نسبة 16.2% صرحنّ أنهم يردنّ إنجاب مولود آخر .

اما عن نوع الرضاعة التي استفاد منها الطفل فهي موضحة في الجدول التالي :

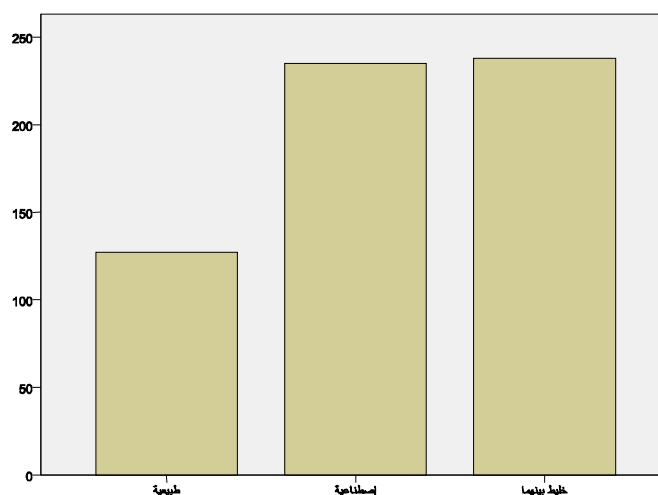
الجدول رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب نوع الرضاعة المقدمة للطفل

التكرار نوع الرضاعة	ك	%
طبيعية	127	21.2
اصطناعية	235	39.2
خليط بينهما	238	39.7
المجموع	600	100

من خلال الجدول يتبين لنا ان 39.7% من المبحوثات قدمن لأطفالهن رضاعة مختلطة، وهو منوال عينتنا ، مقابل 39.2% قدمن رضاعة إصطناعية ، أما 21.2% فقدمن رضاعة طبيعية لأطفالهن .

فمن ملاحظتنا لهذا الجدول نستنتج أن الرضاعة الطبيعية حقا هي في تراجع مستمر ، رغم فائدها العظيمة التي أقرت بها معظم المبحوثات .

الرسم البياني رقم (7): اعمدة بيانية تبين توزيع افراد العينة حسب نوع الرضاعة الطبيعية المقدمة للطفل.



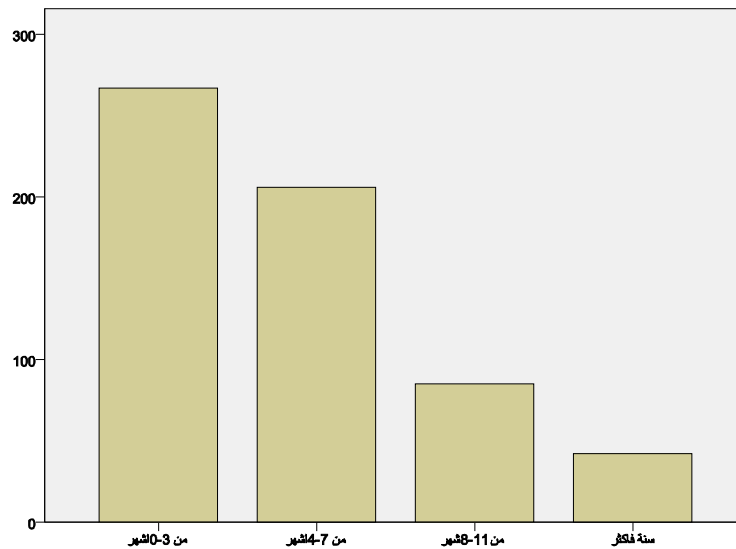
اما عن المدة التي استفاد منها الطفل بالرضاعة الطبيعية الخالصة فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (22): توزيع افراد العينة حسب المدة التي استفاد منها الطفل بالرضاعة الطبيعية الخالصة

%	ك	التكرار
		مدة الرضاعة الخالصة
44,5	267	من 0-3 أشهر
34,3	206	من 4-7 أشهر
14,2	85	من 8-11 شهر
7	42	سنة فأكثر
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين إن 44.5% ارضعن اطفالهن مدة أقل من ثلاثة اشهر ، مقابل 34.3% ارضعن اطفالهن من 4 إلى 7 اشهر ، أما 14.2% فارضعن لمدة أقل من سنة ، أما 7% فارضعن لمدة اكثر من سنة والرسم البياني التالي يوضح ذلك :

الرسم البياني رقم (8): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب مدة الرضاعة الطبيعية الخالصة .



المبحث الثالث : الخصائص الثقافية لأفراد العينة

الجدول رقم (23): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوج و الزوجة

المستوى التعليمي للزوج		المستوى التعليمي للزوجة		الزوجين المستوى التعليمي
ك	%	ك	%	
07	1.2	30	5	أمي
70	11.7	57	9.5	ابتدائي
254	42.3	260	43.3	متوسط
196	32.7	206	34.3	ثانوي
73	12.2	47	7.8	جامعي
600	100	600	100	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن 42.3% من الأزواج عندهم مستوى تعليمي متوسط ، مقابل 32.7% عندهم مستوى ثانوي و 12.2% لهم مستوى جامعي ، 11.7% لهم مستوى ابتدائي ، و 1.2% ممن لا يعرفون القراءة و الكتابة .

وبالمقارنة مع المستوى التعليمي للزوجات يتضح لنا أن نسبة تدرس الإناث احسن من الذكور وهذا ما توضحه لنا معطيات الجدول ، فأغلب الزوجات من ذوات المستوى التعليمي المتوسط وهذا ب 43.3% ، مقابل 34.3% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي تليها نسبة 9.5% من ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و 7.8% ممن لهن مستوى تعليمي جامعي ، أما نسبة الزوجات من ذوات المستوى الأمي فتبلغ 5% وهي أقل من نسبة الأزواج الاميين.

يرجع انخفاض تدرس النساء مقارنة بالأزواج حسب تصريحات المبحوثات إلى البعد المكاني للمدارس عن مكان الإقامة خاصة في المناطق الريفية النائية ، إذ تفضل الأسر الواقعة في تلك المناطق على أن يبقى أولادهن في البيت على أن يقطعوا تلك المسافات البعيدة الغير مؤتمنة ، كما يرجع السبب في بعض الحالات إلى انخفاض المستوى المعيشي للأسر حيث لا تستطيع دفع تكاليف التمدريس والتي هي في ارتفاع مستمر

أما ما يفسر ارتفاع نسبة النساء في المستوى المتوسط و الثانوي فهو لأن المرأة تحب أن تكمل مسارها التعليمي إذا ما أتاحت لها الفرصة لان التعليم يبقى المتنفس الوحيد الذي ينمي مكانة المرأة ومركزها الاجتماعي وتستطيع بذلك تأكيد ذاتها ، وهذا على عكس الرجل الذي تختلف اهتماماته إذ يضع الأولوية للكسب و المادة في مقدمة اهتماماته خاصة إذا كان رب أسرة لذلك فهو قلما يكمل مساره التعليمي العالي.

أما انخفاض نسبة تـمدرس النساء مقارنة بالرجال في المستوى الجامعي فهذا راجع للبعد الثقافي للأسرة الجزائرية التي تحبذ أن تتفرغ البنت و تختار الزواج لبناء أسرة أحسن من متابعة مسارها التعليمي.

أما فيما يخص الامراض المنتشرة عند اطفال افراد عينتنا فهي موزعة كما يلي :

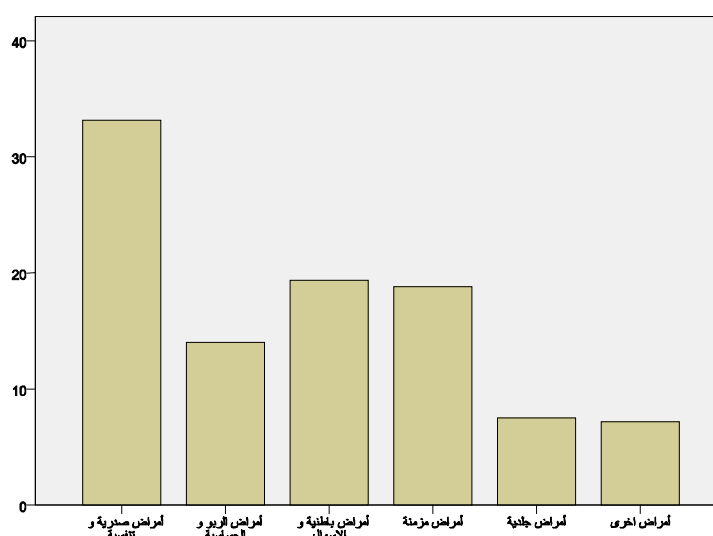
الجدول رقم (24): توزيع أفراد العينة حسب نوع المشكل المرضي الذي يعاني منه الطفل

المتكرار	ك	%
المشكل المرضي	199	33.2
أمراض صدرية و تنفسية		

14	84	أمراض الربو و الحساسية
19.3	116	مرض الإسهال
18.8	113	أمراض مزمنة
7,5	45	أمراض جلدية
7.2	43	أمراض أخرى
100	600	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ ان أغلب الأطفال حسب تصريح المبحوثات مصابون بأمراض صدرية و تنفسية بنسبة 33.2% ، مقابل 19.3% مصابون بمرض الإسهال ، 18.8% من الأطفال مصابون بأمراض مزمنة ، 14% مصابون بأمراض الحساسية ، 7.5% مصابون بأمراض جلدية أما 7.2% فهم مصابون بأمراض مختلفة منها الأنيميا و **méningite** التهاب السحايا.

الرسم البياني رقم (9): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب نوع المشكل المرضي الذي يعاني منه الطفل



الجدول رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب درجة تعرض الأطفال للمرض

%	ك	التكرار
		درجة تعرض للمرض
65,3	392	كثير المرض
34,7	208	نادرا ما يصيبه مرض

%	ك	التكرار
		درجة تعرض للمرض
65,3	392	كثير المرض
34,7	208	نادرا ما يصيبه مرض
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا أن 65.3% من الأطفال حسب تصريح المبحوثات كثيرون المرض في حين 34.7% من الأطفال نادرا ما يمرضون أما عن كيفية التصرف مع الحالة المرضية ، فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (26) : توزيع أفراد العينة حسب كيفية التصرف مع الحالة المرضية

%	ك	التكرار
		كيفية التصرف مع المرض
37	222	توجهت مباشرة إلى الطبيب
22.2	133	أعطيته بعض المسكنات
35	210	أعطيته بعض الوصفات الشعبية
4.7	28	اشترت له دواء من الصيدلي
1.2	7	أخرى
100	600	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن 37% من المبحوثات تتوجهن مباشرة إلى الطبيب أثناء سوء الحالة الصحية للطفل ، وهو منوال عينة البحث ، وهذا راجع لخوف الاسرة على الطفل ، في حين نجد نسبة أخرى كبيرة لا يستهان بها تقدر بـ 35% تتوجه إلى الطريق الشعبي في العلاج ، اما 22.2% من المبحوثات فصرحنّ أنهن يقدمن بعض المسكنات لتخفيف الالم عن الطفل ، أما 4.7% فيتوجهن إلى الصيدلي لشراء الدواء دون مراجعة أي طبيب ، وهذا على حسبهنّ انهن يعرفن تشخيص المرض وهذا بفضل وسيلة الانترنت ، فهذه الأخيرة أصبحت الوجهة الاولى للمريض من اجل البحث و فهم مرضه.

و تبقى نسبة 1.2% أنهن لجأن لأشياء أخرى كاستعمال دواء معروف لديها أو سبق أن استعملته هي أو احد أقاربها أو جيرانها لحالة تشبه حالة الطفل المريض.

أما عن المدة التي ترك فيها الطفل في المنزل منذ بداية ظهور أعراض المرض فهي مدونة في الجدول التالي :

الجدول رقم (27): توزيع أفراد العينة حسب المدة التي قضاها مع المرض قبل تلقي العلاج الرسمي

المتكرار	ك	%
أخذته في الحال	222	37
يوم واحد	6	1
يومان	95	15.8
ثلاثة أيام	129	21.5
أكثر من ثلاثة أيام	148	24.7
المجموع	600	100

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن 37% من المبحوثات توجهنّ باطفالهن في الحال إلى الطبيب ، أما 24.7% فتركن اطفالهن أكثر من ثلاثة أيام مع المرض ، في حين 21.5 تركن اطفالهن ثلاثة ايام مع المرض ، أما 15.5% فتركن الطفل لمدة يومان ، لتبقى نسبة 1% من اللواتي تركن اطفالهن لمدة يوم واحد.

و عند محاولة الإستفسار أكثر عن مدى اهتمام الاسرة ببعض النقاط التي تعتبر مهمة في الرعاية الصحية ، كصحة الفم و نظافة التغذية المقدمة للطفل تحصلنا على النتائج الموضحة في الجداول التالية :

الجدول رقم (28): توزيع أفراد العينة حسب الفترة التي يجب فيها الاعتناء بصحة فم الطفل

الترار	ك	%
فترة الاعتناء بصحة فم الطفل		
فترة الأقل من خمس سنوات	258	43
من خمس سنوات فما فوق تزامنا مع اختفاء الأسنان اللبنية	342	57
المجموع	600	100

من خلال هذا الجدول يتبين لنا 57% من المبحوثات يعتقدن أن الاعتناء بصحة فم الطفل تبدأ مع اختفاء الأسنان اللبنية ، أي خمس سنوات فما فوق ، فالأسنان الدائمة هي التي يجب أن يعتني بها أما 43% من المبحوثات فلقد أكدن على ضرورة الاعتناء بصحة فم الطفل في سن مبكرة أي مرحلة الأقل من خمس سنوات لأنها هي الدعامة التي تبنى عليها أسنانه فيما بعد .

و عند محاولة الإستفسار عن مدى إلمام المبحوثة عن كيفية الاهتمام بالأغذية قبل تقديمها للطفل تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول رقم (29): توزيع أفراد العينة حسب المدة التي تترك فيها الخضار و الفواكه داخل الماء قبل استهلاكها

الترار	ك	%
ترك الخضار و الفواكه داخل الماء		
لا أتركها ، أغسلها و اقدمها مباشرة	341	56,8
أتركها بضع دقائق	259	43,2
المجموع	600	100

من خلال هذا الجدول يتبين لنا ان 56.8% من المبحوثات صرحن أن الخضار و الفواكه تغسل و تقدم مباشرة في حين 43.2% تتركها داخل الماء بضع دقائق .

فالكثير من المبحوثات لا تدركن الخطر الذي قد يحدث إذا لم تغسل الخضار و الفواكه جيدا خاصة تلك التي تقدم طازجة ، فمن المعلوم أنه ليس هناك شيء طبيعي في الوقت الحالي يباع في الأسواق ،

فكل الخضار و الفواكه تضاف إليها المبيدات و أنواع من الأسمدة سواء لقتل الحشرات او لتبدووا كبيرة و بمنظر جميل كالتعديل الهرموني للمواد المستهلكة ، ولا احد ينكر الأضرار التي تسببها هذه المواد خاصة إذا استهلكها كائن ضعيف البنية مثل الطفل .

الجدول رقم (30): توزيع أفراد العينة حسب نوع القنينة المستعملة لإرضاع الطفل

التكرار	ك	%
نوع قنينة الرضاعة المستعملة		
قنينة من الزجاج	251	41,8
قنينة من البلاستيك	196	32,7
النوعين معا	153	25,5
المجموع	600	100

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن 41.8% تستعملن قنينة من الزجاج لإرضاع الطفل او تقديم أي سائل آخر ، أما 32.7% من المبحوثات فتستعملن قنينة من البلاستيك و حسب تصريح المبحوثات فإنهن يفضلن هذا النوع من القنينات لأنه غير مكلف مثل قنينة الزجاج ، و حتى لا يكسره الطفل ، أما 25.5% فتستعمل النوعين معا ، و حسب تصريح المبحوثات يستعملن قنينة الزجاج لتقديم الحليب أما قنينة البلاستيك فتستعمل للماء أو لتقديم عصير للطفل .

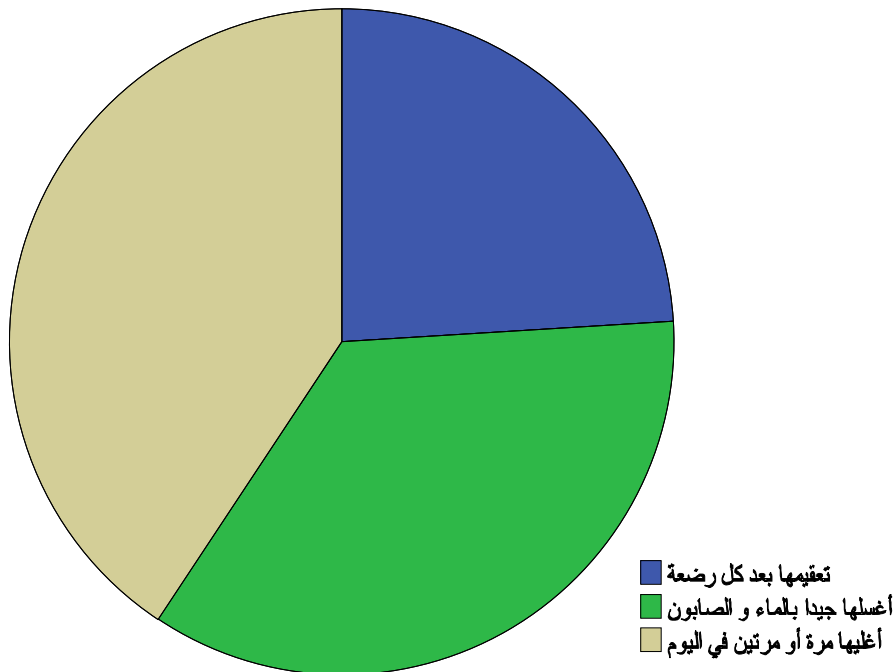
و كما هو معلوم فإن قنينة الزجاج هي الأنصح للطفل في سنواته الأولى ، أما البلاستيك فغير منصح به ، و غير صحي خاصة إذا ما تعرض للحرارة ، فالمواد التي تدخل في تركيبة البلاستيك والتي هي مواد بترولية ذات أسماء فقط مختلفة ، إذا ما تعرضت للحرارة تذوب وتدخل في تركيب الأطعمة وهي مضرّة للصحة .

الجدول رقم (31) : توزيع افراد العينة حسب الاهتمام بنظافة القنينة

الاهتمام بنظافة القنينة	التكرار	ك	%
تعقيمها بعد كل رضعة	144	24	
أغسلها جيدا بالماء و الصابون	212	35,3	
أغليها مرة أو مرتين في اليوم	244	40,7	
المجموع	600	100	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن 40.7% من المبحوثات صرحنّ أنهن يقمن بتنظيف القنينة وهذا بغليها مرة او مرتين في اليوم وهو منوال عينتنا ، أما 35.3% فصرحن ان تنظيف القنينة عندهنّ تعني غسلها جيدا بالماء و الصابون ، أما 24% فيقمنّ بتعقيمها بعد كل رضعة ، وهذا حفاظا على صحة الطفل خاصة في فصل الصيف اين تكثر الجراثيم.

الرسم البياني رقم (10): دائرة نسبوية تبين توزيع افراد العينة حسب الاهتمام بنظافة القنينة



الجدول رقم (32): توزيع أفراد العينة حسب نوع الماء المقدم للطفل

التكرار / نوع الماء المقدم للطفل	ك	%
ماء الحنفية	191	31,8
ماء مغلي	150	25
ماء معدني	183	30,5
أخرى	76	12,7
المجموع	600	100

من خلال الجدول يتبين لنا ان 31.8% من افراد العينة يقدمون ماء الحنفية لأطفالهن ، اما 30.5% فيقدمون لهم ماء معدني ، أما 25% فيقدمون لهم ماء مغلي ، في حين 12.75 فيقدمون لهم مياه من مصادر مختلفة كالأبار أو من منبع مائي .

الجدول رقم (33): توزيع افراد العينة حسب نوع الأواني المستعملة لإعداد الطعام

التكرار / نوع الاواني المستعملة	ك	%
أواني من الالمنيوم	416	69,3
أواني من الإنكس inox	126	21
أخرى	58	9,7
المجموع	600	100

من خلال الجدول يتبين لنا أن 69.3% يستعملون أواني من الالمنيوم ، أما 21% فيستعملون أواني من الإنكس، أما 9.7% فيستعملون اواني أخرى ، مثل الطين أو مصنوعة من مواد معدنية اخرى .

و لا يخفى على أحد تأثير نوعية الأواني على الصحة فعند ارتفاع درجة الحرارة فإن الجزيئات الداخلة في تركيب هذه الاواني يمكن ان تدخل في تركيب الاغذية .

الجدول رقم (34): توزيع أفراد العينة حسب نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل

%	ك	التكرار
		نوع الوجبات المقدمة للطفل
60.7	364	وجبات غذائية صحية كاملة
39.3	236	وجبات غذائية ناقصة
100	600	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين لنا ان 60.7% من المبحوثات تقدمن وجبات غذائية صحية كاملة للطفل ، مقابل 39.3% تقدمن وجبات غذائية ناقصة.

فعدم اتباع نظام غذائي صحي ينتج عنه اختلال في وزن الاطفال والجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك :

الجدول رقم (35): توزيع أفراد العينة حسب وزن الطفل

%	ك	التكرار
		وزن الطفل
25,5	153	يعاني من زيادة في الوزن
37,7	226	له وزن طبيعي
36,8	221	يعاني من نقص في الوزن
100	600	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن 37.7% من أفراد العينة صرحن بان اطفالهن وزنهم طبيعي ، وهو منوال عينتنا ، أما 36.8% فصرحن أن اطفالهن يعانون من نقص في الوزن ، في حين نجد 25.5% صرحن ان اطفالهن يعانون من زيادة في الوزن .

فهذه المشاكل الصحية المتعلقة بوزن الطفل ترجع إلى نوع الغذاء المقدم للطفل أي هل تتوفر فيه كل المعايير حتى يكون مفيدا للطفل ، وهنا نقطة اساسية وهي تعامل الاسرة و بالاخص الام مع رغبة الطفل فالطفل إذا ترك له العنان في الاكل فحتما سوف يختار كل ما هو مضر بصحته فهو يحب المذاق الحلو بكل اشكاله ، يحب كل ما هو مصنع وملفت للنظر ، يحب الاكلات المقلية ، فكل هذه الاكلات غير صحية للطفل ، وتمنع الجسم من إمتصاص المواد المفيدة ، الشيء الذي يترتب عنه نقص الشهية و الوقوع في مرض الانيميا والجدول التالي يوضح ذلك :

الإنتماء	التردد	النسبة المئوية
أبدي له الرغبة	154	25,7
أمتنع	159	26,5
في بعض الأحيان	287	47,8
المجموع	600	100

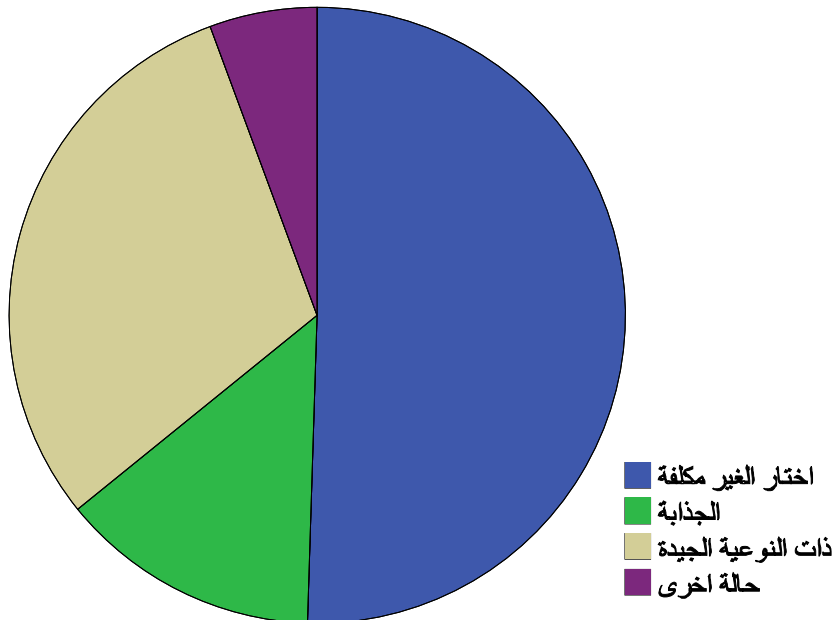
المكان المخصص للعب الأطفال	التكرار	ك	%
في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب	317	52,8	
في الحي	283	47,2	
المجموع	600	100	

370

التكرار	ك	%
كيفية اختيار لعب الأطفال		
اختار الغير مكلفة	303	50,5
الجذابة	82	13,7
ذات النوعية الجيدة	181	30,2
حالة اخرى	34	5,7
المجموع	600	100

من خلال قراءة الجدول يتبين أن 50.5% تختار لأطفالهن اللعب الغير مكلفة ، أما 30.2% فتشترين لأطفالهن لعب ذات نوعية جيدة ، أما 13.7% فتشترين لعب جذابة لأطفالهن أما 5.7% فلا تشتري لعب لأطفالهن لقلة دخلهن ، وتكتفين ببعض صدقات الأهل و الجيران . كما هو موضح في الرسم البياني التالي :

الرسم البياني رقم (11): دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب المعايير التي تتقيد بها المبحوثات عند اقتناء لعب الأطفال



المبحث الرابع : الخصائص المتعلقة بالخدمات الصحية

الجدول (39): توزيع أفراد العينة حسب مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل

التردد	ك	%
مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل		
نعم	536	89.3
لا	64	10.7
المجموع	600	100

من خلال قراءة هذا الجدول يتبين لنا أن 89.3 % من المبحوثات يواجهن صعوبات أثناء تقديم الرعاية الصحية للطفل ، مقابل 10.7% صرحن انهن لا يواجهن أية صعوبة .

اما عن اهم الصعوبات التي تعترض المبحوثات فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول (40) : توزيع أفراد العينة حسب العوامل التي تؤثر على تقديم الرعاية الصحية للطفل.

العوامل المؤثرة	ك	%
انخفاض مستوى الدخل	156	29,2
مشكل السكن	119	22,2
قلة المعارف حول المسائل الصحية	99	18,5
الحجم الكبير للأسرة	62	11,6
أخرى	99	18,5
المجموع	535	100

من خلال الجدول يتبين ان نسبة تقدر بـ 29.2% من المبحوثات ارجعن الصعوبات التي تعترضهن في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالهن إلى انخفاض مستوى الدخل ، مقابل 22.2% ارجعن ذلك

إلى مشكل السكن ، مقابل نسبة متساوية تقدر بـ 18.5% ممن ارجعن ذلك إلى قلة المعارف حول المسائل الصحية و أشياء أخرى مثل رداءة الخدمات الصحية المقدمة للطفل في المؤسسات الإستشفائية أما 11.6% فيرجعن ذلك إلى الحجم الكبير للأسرة .

الجدول رقم (41): توزيع أفراد العينة حسب القطاع المفضل لطلب العلاج

%	ك	التكرار
		القطاع المفضل لطلب العلاج
72,2	433	القطاع العمومي
27,8	167	القطاع الخاص
100	600	المجموع

من خلال قراءة الجدول يتبين لنا أن 72.2% من المبحوثات يفضلن القطاع العمومي على القطاع الخاص ، و 27.8% يفضلن القطاع الخاص ، اما عن الأسباب التي وراء ذلك فهي موضحة كما يلي :

الجدول رقم (42): توزيع أفراد العينة حسب أسباب اختيار القطاع العام

%	ك	التكرار
		أسباب اختيار القطاع العام
44,1	191	توفير العتاد الصحي و الإمكانيات البشرية
50,8	220	مجانية العلاج
5,1	22	أخرى
100	433	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين ان 50.8% من المبحوثات يعود سبب اختيارهن للقطاع العام لمجانية العلاج ، أما 44.1% فالسبب يرجع لتوفير العتاد الصحي و الإمكانيات البشرية ، أما 5.1% فالسبب

وراء ذلك يرجع لأسباب أخرى مثل القرب من مكان الإقامة أو لوجود علاقات مع العاملين الصحيين تسهل اجراءات العلاج.

الجدول رقم (43): توزيع أفراد العينة حسب أسباب اختيار القطاع الخاص

الترار	ك	%
أسباب اختيار القطاع الخاص		
لأنه يقدم خدمات أفضل للأطفال	64	38,3
الاستقبال الجيد	58	34,7
لتفادي الانتظار	41	24,6
أخرى	4	2,4
المجموع	167	100

من خلال الجدول نلاحظ ان 38.3% يفضلن القطاع الخاص لأنه يقدم خدمات أفضل للأطفال ، أما 34.7% فالسبب وراء ذلك هو الاستقبال الجيد ، اما 24.6% فالسبب وراء ذلك هو تفادي الإنتظار، أما 2.4% فالسبب هو اشياء اخرى مثل الشعور بالإرتياح من الخدمات المقدمة او لقرب المركز الصحي من مكان الإقامة.

الجدول رقم (44): توزيع أفراد العينة حسب اختصاص الطبيب المتوجه إليه في القطاع الخاص

الترار	ك	%
اختصاص الطبيب		
طبيب مختص في طب الأطفال	121	72,5
طبيب عام	46	27,5
المجموع	167	100

من خلال الجدول يتبين لنا ان 72.5% من المبحوثات يتجهون إلى طبيب مختص في طب الأطفال أما 27.5% يتوجهون إلى طبيب خاص في الطب العام.

أما السبب في التهافت إلى الطبيب الخاص بالأطفال هو أنه متمكن من الناحية العلمية و بالتالي يقدم خدمات أحسن.

الجدول رقم (45): توزيع أفراد العينة حسب الاستفسار عن ما إذا تسببت الخدمة الصحية في تدهور الحالة الصحية لأحد أطفالها أثناء تلقي العلاج

التكرار	ك	%
التسبب في تدهور الحالة الصحية		
نعم	372	62,0
لا	228	38,0
المجموع	600	100

من خلال هذا الجدول يتبين لنا ان 62% من أفراد العينة صرحن أن الخدمات الصحية التي تلقوها سبق و أن تسببت في تدهور الحالة الصحية للطفل ، مقابل 38% صرحن أنهن لم يتلقين اية مشاكل من جراء الخدمة ، أما عن الأخطاء الطبية المرتكبة حسب تصريح المبحوثات فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (46): توزيع أفراد العينة حسب ذكر الخطأ الطبي المرتكب

التكرار	ك	%
ر الخطأ الطبي المرتكب		
خطأ في تشخيص المرض	166	44,6
خطأ في تحديد كمية الجرعة	158	42,5
خطأ في تحديد نوع الدواء	42	11,3
أخرى	6	1,6
المجموع	372	100

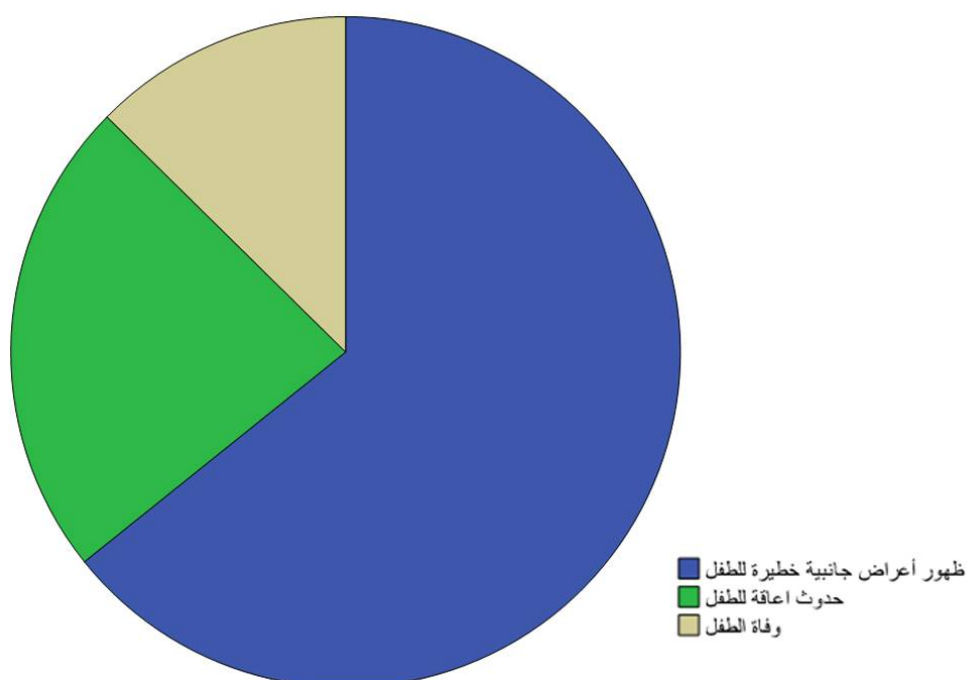
من خلال الجدول نلاحظ ان 44.6% من الاخطاء الطبية المرتكبة راجعة إلى خطأ في تشخيص المرض ، أما 42.5% فهي أخطاء راجعة إلى تحديد كمية الجرعة ، أما 11.3% فالخطأ يرجع إلى تحديد نوع الدواء ، أما 1.6% فهي اخطاء من نوع اخر.

الجدول رقم (47): توزيع أفراد العينة حسب نتيجة الخطأ المرتكب

نتيجة الخطأ المرتكب	التكرار	ك	%
ظهور أعراض جانبية خطيرة للطفل	239	64,2	
حدوث إعاقة للطفل	86	23,1	
وفاة الطفل	47	12,6	
المجموع	372	100	

من خلال الجدول يتبين ان 64.2% من الأخطاء تسببت في ظهور أعراض جانبية خطيرة للطفل اما 23.1% فلقد تسببت في إعاقة للطفل ، أما 12.6% فلقد أدت إلى وفاة الطفل

الرسم البياني رقم (12) : دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب نتيجة الخطأ المرتكب



الجدول رقم

(48):

توزيع أفراد

376

العينة حسب أسباب الوقوع في تلك الأخطاء الطبية

التردد	ك	%
نقص التجهيزات و العتاد الصحي	152	40,9
نقص في الخبرة و عدم التأهيل	153	41,1
أخطاء في نتيجة التحاليل الطبية	51	13,7
أخرى	16	4,3
المجموع	372	100

من خلال الجدول نلاحظ أن 41.1% من افراد العينة صرحن ان السبب في وقوع الأخطاء الطبية هو نقص في الخبرة و عدم التأهيل ، اما 40.9 % فسبب الوقوع في الاخطاء هو نقص التجهيزات و العتاد الصحي ، أما 13.7% من هذه الاخطاء فهي نتيجة أخطاء في التحاليل الطبية ، أما 4.3% فهو راجع لأشياء أخرى كعدم الاكتراث و الاهتمام بحياة المريض .

الجدول رقم (49): توزيع أفراد العينة حسب العلاقة التي كانت بين المبحوثة و الطبيب المعين للطفل

التردد	ك	%
علاقة إنسانية كلها عطف و تفهم	318	53
علاقة كبرياء والتكلم بمصطلحات علمية بلغة أجنبية	282	47
المجموع	600	100

من خلال الجدول نلاحظ أن 53% من المبحوثات صرحن أن العلاقة بينها و بين الطبيب المعين للطفل كانت كلها إنسانية عطف و تفهم ، أما 47% فصرحن أن العلاقة كانت كلها كبرياء فالطبيب يقوم بالفحص دون أن يولي أدنى اهتمام للمريض ، كما أن الطبيب كان يستعمل مصطلحات علمية و بلغة أجنبية لم تفهمها المبحوثة

الجدول رقم (50) : توزيع المبحوثات حسب الاستفسار عن ما إذا وفاها الطبيب بجميع المعلومات عن المرض

%	ك	التكرار
		الإيفاء بمعلومات حول المرض
60,5	363	نعم
39,5	237	لا
100	600	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن 60.5% صرحن أن الطبيب وفاهن بكافة المعلومات حول مرض أطفالهن مقابل 39.5% صرحن أن الطبيب لم يوافهن بحديثات مرض أطفالهن.

الجدول رقم (51): توزيع أفراد العينة حسب الاستفسار عن ما إذا وفاها الطبيب بكيفية اخذ الدواء

%	ك	التكرار
		الإيفاء بكيفية أخذ الدواء
65,3	392	نعم
34,7	208	لا
100	600	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن 65.3% صرحن أن الطبيب وفاهن بكيفية اخذ دواء أطفالهن مقابل 34.7% صرحن أن الطبيب لم يوافهن بكيفية أخذ الدواء.

الجدول رقم (52): توزيع أفراد العينة حسب الشعور بالرضا و الارتياح من الخدمة الصحية

التكرار	ك	%
الشعور بالرضا و الارتياح		
نعم	316	52.7
لا	284	47.3
المجموع	600	100

من خلال الجدول نلاحظ ان 52.7% من المبحوثات صرحنّ أنهنّ كنّ يشعرنّ بالإرتياح أثناء تلقي العلاج مقابل 47.3% لم تكن تشعرنّ بالارتياح.

و عند محاولة معرفة الأسباب التي وراء الشعور بعدم الارتياح ، توصلنا إلى النتائج المدونة في الجدول التالي :

الجدول رقم (53): توزيع أفراد العينة حسب النقائص التي واجهتها وجعلتها لا تشعر بالارتياح أثناء طلب الخدمة الصحية

التكرار	ك	%
أهم النقائص المواجهة أثناء طلب الخدمة الصحية		
التعرض لأخطاء طبية	133	47
سوء في التوجيه	85	30
نقائص في حفظ المعلومات	42	14,8
أخرى	23	8,1
المجموع	283	100

من خلال الجدول يتبين لنا 47% من المبحوثات اشتكينّ من مشكل التعرض لأخطاء طبية في المؤسسات الإستشفائية ، 30% اشتكين من سوء التوجيه فلا احد يرشد للمكان الصحيح ، 14.8% اشتكين من نقص في حفظ المعلومات ، ففي العديد من الحالات تتعرض نتائج التحاليل للتلف ، بعض الملفات غير موجودة ، والغريب في الأمر أن لا أحد مسؤول ، و 8.1% اشتكين من امور أخرى كالبعد المكاني و موقع المؤسسة الإستشفائية وقلة النظافة .

ونتيجة لهذه الظروف فالإقبال لطلب الخدمة الصحية يختلف حسب تجربة كل واحد مع المؤسسات الاستشفائية التي تم التوجه إليها و نوع الخدمة المقدمة .

وعند محاولة الإستفسار حول هذه النقطة توصلنا إلى النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (54): توزيع أفراد العينة حسب مدى تأثير الخدمة الصحية الملقاة على الإقبال على طلب العلاج

%	ك	التكرار
		الإقبال على طلب العلاج
53	318	الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية
47	282	العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج
100	600	المجموع

يتبين من خلال الجدول ان 53% من افراد العينة يسرعن و يقبلن إلى المؤسسة الإستشفائية عند مرض الطفل ، أما 47% فكان عندهم نوع من العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج. وعند محاولة الاستفسار عن ما إذا واجهت المبحوثات صعوبات في المؤسسة الإستشفائية الحالية تحصلنا على الجدول التالي:

الجدول رقم (55) : توزيع أفراد العينة حسب الاستفسار عن وجود صعوبات أثناء طلب الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية الحالية (محمد لمين دباغين)

%	ك	التكرار
		الاستفسار عن وجود صعوبات في المؤسسة الصحية الحالية
82.8	497	نعم
17.2	103	لا
100	600	المجموع

من خلال الجدول تبين لنا ان 82.8% من افراد العينة صرحن بانه واجهتهن صعوبات عند طلب الخدمة ، مقابل 17.2% لم تواجهن اية مشاكل .
أما عن الصعوبات التي واجهتهن فهي مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (56): توزيع أفراد العينة حسب ذكر الصعوبات التي واجهتها في المؤسسة الحالية

%	ك	التكرار
		أهم الصعوبات المواجهة
31,2	155	انعدام النظام
25,6	127	البيروقراطية
36,8	183	الازدحام و كثرة الانتظار
5,4	27	قلة الكفاءات
1	5	أخرى
100	497	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن 36.8% من المبحوثات اشتكين من الازدحام و كثرة الانتظار مقابل 31.2% من انعدام النظام أما 25.6% فلقد اشتكين من البيروقراطية ، أما 5.4% فلقد اشتكين من قلة الكفاءات ، أما 1% فلقد اشتكين من أمور أخرى مثل قلة النظافة و سوء التوجيه و ضياع الملفات الطبية بسبب لا مسؤولية الموظفين في القطاع و ضياع بعض التجهيزات وعدم التعاطف مع المريض و الإحساس بمعاناته. والجدول التالية توضح لنا ذلك بنوع من التفصيل.

الجدول رقم (57): توزيع أفراد العينة حسب تقييم المبحوثة لجودة الخدمة الصحية التي قدمها الأطباء للطفل أثناء العلاج في المؤسسة الإستشفائية الحالية.

%	ك	التكرار
		تقييم جودة الخدمة الصحية
1,5	9	رديئة
6,7	40	متوسطة
42,3	254	حسنة
49,5	297	جيدة
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا أن 49.5% صرحن بأن الأطباء يقدمون خدمات جيدة ، مقابل 42.3% يقدمون خدمات حسنة ، مقابل 6.7% يقدمون خدمات متوسطة ، أما 1.5% لم يكن راضيات عن الخدمة وصرحن بأنها رديئة. وعند محاولة الاستفسار عن ما إذا واجهت المبحوثات صعوبات تتعلق بالتوجيه ، تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول رقم (58): توزيع افراد العينة حسب الإستفسار عن مواجهة صعوبات تتعلق بالتوجيه في المؤسسة الإستشفائية الحالية

%	ك	التكرار
		مواجهة صعوبات
38,8	233	واجهت صعوبات
61,2	367	لم تواجه صعوبات
100	600	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ ان 61.2% من افراد عينتنا صرحن أنهن لم تواجهن صعوبات تتعلق بالتوجيه في المستشفى ، في حين بلغت نسبة اللواتي صرحن بوجود صعوبات فهي تقدر بـ 38.8%.

وعند الاستفسار عن توفر عامل النظافة تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول رقم (59) : توزيع افراد العينة حسب توفر النظافة في المستشفى الحالي

%	ك	التكرار
		توفر النظافة
70	420	مكان تتوفر فيه النظافة
30	180	مكان لا تتوفر فيه النظافة
100	600	المجموع

نلاحظ من خلال هذا الجدول ان 70% من المبحوثات صرحن أن المستشفى الحالي تتوفر فيه النظافة ، في حين 30% صرحن أنه يفتقد لشروط النظافة.

وفيما يخص توفر الكفاءة الطبية في المستشفى تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول رقم (60): توزيع أفراد العينة حسب رأي المبحوثة في مهارة الأطباء

%	ك	التكرار
		مهارة الأطباء
77,2	463	اطباء اكفاء
22,8	137	اطباء تنقصهم المهارة
100	600	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن 77.2% من المبحوثات صرحن أن أطباء المستشفى الحالي أكفاء مقابل 22.8% صرحن الأطباء تنقصهم المهارة الطبية.

الجدول رقم (61): توزيع أفراد العينة حسب الاستفسار عن وجود التجهيزات الضرورية في المستشفى الحالي

%	ك	التكرار
		توفر التجهيزات
62	372	يملك أحدث التجهيزات
38	228	تنقصه بعض التجهيزات
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن 62% من المبحوثات صرحن أن المستشفيات تتوفر فيه أحدث التجهيزات مقابل 38% صرحن أن المستشفى تنقصه بعض التجهيزات .

خلاصة الفصل

بعد اطلاعنا عن الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية لأفراد عينتنا نستنتج أن مجتمع بحثنا و المتكون من 600 مبحوثة لديهم أطفال اقل من خمس سنوات متوسط سنهن هو 36 سنة وهذا بنسبة 39.7% ، إذ أن 65.5% لديهن من 3 إلى 4 أطفال .

بالنسبة لمكان الإقامة فإن 64.3% من افراد عينتنا تقمن في منطقة حضرية ، حيث أن 53.5% تسكن في شقق و 39.5% منهن لهن مسكن فردي يتكون من ثلاث غرف بنسبة 43.7%. اما عن اهم التجهيزات التي تملكها الأسرة فلقد اتضح أن 39.2% من الاسر تملك من 9 إلى 12 تجهيز، الشيء الذي مكننا من تحديد وضعهن المعيشي ، حيث أن 39.2% منهن وضعهن المعيشي حسن. وفيما يخص البيئة المحيطة بالسكن ، فلقد تبين أن 83.5% هي بيئة فيها نقائص ، وتتمثل أساسا في تراكم كمادات الأوساخ بنسبة 33.8%.

وفيما يخص المستوى التعليمي للزوجين فلقد تبين أن المستوى المتوسط هو الغالب وهذا ب 42.3% بالنسبة للازواج مقابل 43.3% بالنسبة للزوجات و بالنسبة للوضعية المهنية فإن 75% من الزوجات ماكثات بالبيت ، أما الأزواج العاملون فنسبتهم تقدر ب 89.7% . أما فيما يخص نوع المهنة الممتهنة الغالبة من طرف الزوجين فهي الموظف البسيط وهذا ب 34.8% بالنسبة للزوجات و 14.3% بالنسبة للزوجات . أما عن انتساب الأسر للضمان الاجتماعي فلقد اتضح أن 58.5% من الأسر مؤمنة اجتماعيا اما دخلها الشهري فهناك تقريبا نسبة متساوية من الاسر التي دخلها محصور ما بين 32000 - 39000 دج و 46000 دج.

أما عن العلاقات التي تربط بين أفراد الأسرة فلقد صرحت المبحوثات أن 68% من الأسر تسودها علاقات تفاهم مما ينعكس إيجابا على صحة أطفالها .

وعند سؤال المبحوثات عن ما إذا فقدن أطفال اقل من خمس سنوات ، تبين أن 90% من المبحوثات لم يفقدن أطفال ، أما 10% من الحالات حدثت لهن وفاة ، وكان السبب وراء ذلك عدم كفاءة الفريق الطبي بنسبة 38.3% .

أما عن مسالة تنظيم النسل فإن 81.5% من أفراد العينة ينظمون نسلهم ويرجعن السبب وراء ذلك إلى توفير الرعاية الصحية للأطفال وهذا بنسبة 49.9% ، أما عن أسباب عدم تنظيم النسل فهو الظفر بمولود ذكر بنسبة 34.2%.

أما فيما يخص الرضاعة المقدمة للطفل فلقد تبين أن 39.7% قدمن لأطفالهن رضاعة مختلطة أما عن المدة التي استفاد منها الطفل بالرضاعة الطبيعية الخالصة فهي الأقل من ثلاثة أشهر وهذا بـ 44.5% . وبالنسبة لنوع القنينة المستعملة لإرضاع الطفل فإن 41.8% يستعملن القنينة الزجاجية و 40.7% يقمن بتغذية القنينة مرة أو مرتين في اليوم.

بالنسبة للماء المقدم للأطفال البالغين أكثر من سنة ، فهو ماء الحنفية بنسبة 31.8% ، أما عن نوع الأواني التي تستعمل في إعداد الطعام ، فهي أواني الألومنيوم بنسبة 69.3% ، وعن الوجبات المقدمة للطفل فإن 59.2% يقدمن وجبات غذائية كاملة حسب اعتقادهن، وبالنسبة لوزن أطفال عينتنا فإن 37.7% صرحن أن وزنهم طبيعي . إذ أن 47.8% منهن يمتثلن لرغبات أطفالهن أحيانا ، أما عن المكان المخصص للعب الأطفال فهو البيت أو الأماكن المخصصة لذلك بنسبة 52.8%.

و فيما يخص المشكل المرضي الذي يعاني منه أطفال أفراد العينة فإن 33.2% منهم يعانون من أمراض صدرية و تنفسية ، و عن كيفية التصرف مع الحالة المرضية ، فلقد تبين أن 37% يتوجهن مباشرة إلى الطبيب فور مرض الطفل ولا يضيعن وقتا في ذلك .أما عن القطاع المستعمل للعلاج فهو القطاع العمومي بنسبة 72.2% بسبب مجانية العلاج في 50.8% من الحالات ، أما عن الطبيب المتوجه إليه في القطاع الخاص فهو المختص في طب الأطفال بنسبة 72.5%.

وفيما يخص التعرض لأخطاء طبية فإن 62% تعرض أطفالهن لأخطاء طبية وهذا راجع لأخطاء في تشخيص المرض في 44.6%، اما نتيجة الخطأ المرتكب فهو ظهور أعراض جانبية خطيرة للطفل بنسبة 64.2% والسبب وراء ذلك هو نقص الخبرة و التأهيل في 40.9% من الحالات .

وعن العلاقة التي كانت بين الطبيب و طالبي الخدمة فهي علاقة كلها إنسانية و عطف و تفهم في 53% من الحالات، كما صرحت 60.5% من المبحوثات أن الطبيب وفاهن بكافة المعلومات عن مرض أطفالهن ، و 65.3% وفاهن بكيفية اخذ الدواء ، وبالتالي فإن 52.7% راضيات وكن تشعرن بالإرتياح من الخدمة المقدمة .

أما 47.3% فتذمرن من الخدمات الصحية المقدمة وعند محاولة الإستفسار عن ذلك صرحت 47% من المبحوثات ان السبب وراء ذلك هو الأخطاء الطبية وعند سؤال المبحوثة عن ما إذا كانت الخدمات الصحية تشجعها على الإقبال ام العزوف عن الخدمة الصحية صرحت 53% من المبحوثات أنهن يقبلن على طلب الخدمة الصحية لأطفالهن وليس لهن خيار .

أما فيما يخص الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية الحالية محمد لمين دباغين بباب الوادي فلقد صرحت 82.8% أنهن تلقين صعوبات و تتمثل أساسا في مشكل الازدحام و كثرة الانتظار في 36.8% من الحالات، أما فيما يخص الخدمة التي يقدمها الأطباء فإن 49.5% صرحن أنها جيدة .

الفصل الثاني

المستوى المعيشي للأسرة كالدخل الأسري و خصائص المسكن وتأثيره
على تقديم الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات

تمهيد

المبحث الأول: اختبار مدى مساهمة الدخل و الوضع المعيشي للأسرة على دورها في تقديم الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات.

- تأثير الدخل الأسري على تقديم الرعاية الصحية للأطفال
- تأثير الوضع المعيشي للأسرة على تقديم الرعاية الصحية للأطفال

المبحث الثاني: اختبار مدى مساهمة المسكن وخصائصه على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

- تأثير نوع المسكن على تقديم الرعاية الصحية للأطفال
- تأثير طبيعة المسكن على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال

خلاصة الفصل

تمهيد :

يعتبر المستوى المعيشي للأسرة من أهم المحددات التي يمكن من خلالها التعرف على الوضع المعيشي الحقيقي للأسرة ، هل هي أسر غنية أم متوسطة أم فقيرة ، ولا يخفى عن أحد أن المستوى المعيشي من أهم العوامل المساعدة و المحفزة للمسائل الصحية خاصة جانب الرعاية و العناية بالصحة .

لهذا الغرض اخترنا هذا المتغير في فرضيتنا لنعرف من خلاله مدى فعاليته و تأثيره على دور الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات .
إذا فمؤشرات المتغير المستقل (المستوى المعيشي للأسرة) تتمثل في :

- الدخل الشهري الأسري و الحالة المعيشية للأسرة
- نوع السكن و طبيعته و البيئة المحيطة به.

أما مؤشرات المتغير التابع (الرعاية الصحية للطفل) لهذه الفرضية فهي تتمثل في مايلي :

- نوع المرض الذي يعاني منه الطفل
- الحالة الصحية للطفل
- كيفية التصرف عند ملاحظة أعراض المرض على الطفل
- مدة ترك الطفل في حالة المرض
- اختيار القطاع الإستشفائي
- الرضاعة المقدمة للطفل
- نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل
- وزن الطفل
- نوع الماء المقدم للطفل
- نوع الأواني التي يعد فيها طعام الطفل
- اختيار مكان لعب الأطفال
- اختيار لعب الأطفال
- الامتثال لرغبات الطفل اللامتناهية

المبحث الاول : اختبار مدى مساهمة الدخل الشهري الأسري و الوضع المعيشي للأسرة على دورها في تقديم الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

1- تأثير الدخل الشهري على تقديم الرعاية الصحية للأطفال

الجدول رقم (62): العلاقة بين الدخل الشهري الأسري و الحالة الصحية للطفل

الحالة الصحية للطفل الدخل الأسري		كثير المرض		نادرا ما يصابه مرض		المجموع	
		%	ك	%	ك	%	ك
بدون دخل شهري		90,2	46	9,8	5	100	51
أقل من 18000 دج		83,3	5	16,7	1	100	6
[18000 - 25000] دج		72,9	62	27,1	23	100	85
[25000 - 32000] دج		75,2	97	24,8	32	100	129
[32000 - 39000] دج		60,9	84	39,1	54	100	138
[39000 - 46000] دج		68	34	32	16	100	50
أكثر من 46000 دج		45,4	64	54,6	77	100	141
المجموع		65,3	392	34,7	208	100	600

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن كثيري المرض وهذا بنسبة 65.3% ، مقابل 34.7% نادرا ما يصابون بمرض .

و عند محاولة الإستفسار عن الاسباب الكامنة وراء ذلك ، ادخلنا متغير الدخل الأسري ، فتبين لنا ان نسبة التعرض للمرض تزيد مع انخفاض الدخل ، حيث قدرت بـ: 90.2% عند اللواتي هنّ بدون دخل شهري ، و 83.3% عند اللواتي يقل دخل اسرهن عن 18000 دج ، و 72.9% عند فئة الدخل 18000 - 25000 دج ، و 75.2% عند فئة الدخل 25000 دج - 32000 دج ، و 60.9% عند فئة الدخل 32000 دج - 39000 دج ، و 68% عند فئة الدخل 39000 دج - 46000 دج ليتغير الإتجاه نحو اللواتي صرحن ان الطفل نادرا ما يصاب بالمرض عند اللواتي دخلهن اكثر من 46000 دج .

فمن خلال هذا التحليل يتبين لنا ان هناك علاقة بين المتغيرين ، بدليل انه عند حسابنا اختبار كا2 وجدناها تقدر ب 48.620 عند درجة حرية 6 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية قدرت بـ

12.592 دليل على وجود فروق جوهرية ، ومنه نقول ان هناك علاقة بين الدخل و نسبة التعرض للمرض.

فمع افتقار الاسرة لدخل محترم او مع انخفاضه لا تستطيع هذه الاخيرة تأمين حاجيات الطفل من مأكّل و ملبس و مسكن صحي بكل تجهيزاته الاساسية ... الخ . الشيء الذي يوقع الاطفال دائما في المرض بحكم بنيتهم الضعيفة ، هذا من جهة .

ومن جهة اخرى لاحظنا هذه الظاهرة بنسب اقل مع اسر ذات دخل محترم ، وهذا يعود سواء لضعف بنية الطفل منذ ولادته او لعدم المام الاسرة بقواعد النظام الصحي السليم الشيء الذي يوقع الطفل في حالات مرضية عديدة ، و الجدول التالي يعطي لنا صورة عن اهم الامراض التي يعاني منها اطفال عينتنا .

الجدول رقم (63): العلاقة بين الدخل الاسري و الامراض التي يعاني منها الطفل

المجموع	أمراض أخرى		أمراض جلدية		أمراض مزمنة		مرض الإسهال		أمراض الربو و الحساسية		أمراض صدرية و تنفسية		أمراض الطفل
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
بدون دخل شهري	100	0	0	7,8	4	27,5	14	39,2	20	9,8	5	15,7	8
أقل من 18000 دج	100	6	0	16,7	1	0	0	16,7	1	0	0	66,7	4
[18000 - 25000] دج	100	85	8,2	7	5,9	5	16,5	14	16,5	14	15,3	13	32
[25000 - 32000] دج	100	129	7,8	10	4,7	6	22,5	29	18,6	24	17,1	22	38
[32000 - 39000] دج	100	138	10,9	15	10,1	14	21	29	21	29	11,6	16	35
[39000 - 46000] دج	100	50	8	4	8	4	20	10	20	10	6	3	38
أكثر من 46000 دج	100	141	5,0	7	7,8	11	12,1	17	12,8	18	17,7	25	44,7
المجموع	100	600	7,2	43	7,5	45	18,8	113	19,3	116	14,0	84	33,2

يتبين لنا من خلال هذه النتائج ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي أطفالهن يعانون من امراض صدرية و تنفسية بنسبة 33.2% ، مقابل 7.2% يعانون من امراض اخرى .

وعند ادخال متغير الدخل الاسري لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع المرض الذي يعاني منه الطفل تبين لنا ان المبحوثات اللواتي هن بدون دخل شهري تزيد عندهن نسبة الإصابة بمرض الإسهال ، وهذا بـ 39.2% .

في حين المبحوثات اللواتي لهن دخل يقل عن 18000 دج او اكثر منه واطبن على الإتجاه العام للجدول ، اي الإصابة بالامراض الصدرية و التنفسية بالنسب التالية على التوالي : 66.7% عند اللواتي يقل دخلهن عن 18000 دج ، و 37.6% عند اللواتي دخلهن من 18000 دج إلى 25000 دج.

كما بلغت النسبة 29.5% عند اللواتي دخلهن من 25000 دج إلى 32000 دج ، و 25.4% عند اللواتي دخلهن من 32000 دج إلى 39000 دج ، و 38% عند اللواتي لهن دخل يتراوح من 39000 دج إلى 46000 دج ، و 44.7% عند اللواتي دخلهن اكثر من 46000 دج.

إذا فالامراض الصدرية و التنفسية تأتي في المرتبة الاولى من حيث اصابة الطفل بالمرض تليها حالات الإصابة بالإسهال والامراض المزمنة كما هو موضح في الجدول أعلاه .

فمن خلال هذا التحليل نقول ان هناك علاقة بين دخل الاسرة و نوع المرض الذي يتعرض له الطفل ، فعند حسابنا لاختبار كا2 وجدناها تقدر ب 56.952 عند درجة حرية 30 و مستوى دلالة 5% بينما كا2 الجدولية قدرت ب 43.773 دليل على وجود فروق جوهرية ، ومنه نقول ان هناك علاقة بين الدخل و نسبة التعرض للمرض.

فالاسر التي لا تملك دخل شهري ، اطفالها يتعرضون اكثر للإصابة بالإسهال ، وكما هو معروف ان هذا المرض مرتبط بدرجة كبيرة بعامل النظافة ، من ماكل و مشرب و ملابس و خصائص البيئة المحيطة بالطفل .

اما ارتفاع نسب الإصابة بالامراض الصدرية و التنفسية فهذا راجع لعدة عوامل كقلة خبرة المبحوثة في كيفية التعامل مع الطفل فيما يخص مسالة التدفئة و تهوية المكان خاصة وان جلّ سكان المدينة يعانون من مشكل الرطوبة ، كما ان هناك مشكل اخر و هو تأثير هواء البيئة المحيطة بالمسكن .

و بالمقابل يفسر ارتفاع نسب الإصابة بالإسهال بقلة وعي المبحوثات عن شروط النظافة الصحية للطفل اما الإرتفاع في نسب الامراض المزمنة فهي مرتبطة اساسا بنظام التغذية .

و تختلف حدة المرض حسب كيفية التعامل معه و مدة ترك الطفل معه ، كما هو موضح في الجدولين التاليين

الجدول رقم (64): العلاقة بين الدخل الاسري و كيفية التصرف عند ملاحظة أعراض المرض على الطفل

المجموع		أخرى		اشتريت له دواء من الصيدلي		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أعطيته بعض المسكنات		توجهت مباشرة إلى الطبيب		تصرفك عند حدوث المرض الدخل الأسري
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	51	0	0	2	1	56,9	29	13,7	7	27,5	14	بدون دخل شهري
100	6	0	0	0	0	66,7	4	0	0	33,3	2	أقل من 18000 دج
100	85	2,4	2	4,7	4	64,7	55	16,5	14	11,8	10	[25000 - 18000] دج
100	129	0,8	1	3,9	5	40,3	52	20,9	27	34,1	44	[32000 - 25000] دج
100	138	0,7	1	7,2	10	32,6	45	15,9	22	43,5	60	[39000 - 32000] دج
100	50	0	0	4	2	32	16	36	18	28	14	[46000 - 39000] دج
100	141	2,1	3	4,3	6	6,4	9	31,9	45	55,3	78	أكثر من 46000 دج
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يتوجهن مباشرة إلى الطبيب وهذا ب 37% ،مقابل 4.7% يقمن بشراء دواء لأطفالهن من عند الصيدلي ، و 1.2% استعملن وسائل اخرى لعلاج الطفل .

و عند إدخال متغير دخل الاسرة لمعرفة تأثير هذا الأخير على كيفية التعامل مع مرض الطفل تبين أن المبحوثات اللواتي يقل دخلهن عن 32000 دج يقمن بمعالجة اطفالهن بالطرق الشعبية في العلاج بنسبة 56.9% عند اللواتي صرحن أنهم بدون دخل شهري و 66.7% عند اللواتي لهن دخل اقل من 18000 دج و 64.7% عند اللواتي دخلهن يتراوح ما بين 18000 و 25000 دج .

في حين نجد ان اللواتي لهن دخل مقبول و يتراوح ما بين 32000 و 39000 دج و اللواتي يزيد دخلهن عن 46000 دج واضبن على الإ تجاه العام للجدول اي انهن يتوجهن مباشرة إلى الطبيب فور مرض الطفل بنسبة 43.5% و 55.3% على التوالي .

و منه نلاحظ وجود علاقة بين دخل الأسرة وطريقة العلاج و الدليل على ذلك انه عند حسابنا اختبار كا2 وجدناها تقدر ب 120.33 عند درجة حرية 24 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية قدرت ب 36.415 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين .

أما عن قيمة هذه العلاقة فقمنا بحساب معامل التوافق (ق) ، حيث وجدناه يقدر ب 0.40 ومنه نقول ان درجة التوافق بين الدخل و تصرف المبحوثة مع مرض الطفل هي علاقة طردية متوسطة .

فكلما ارتفع الدخل الاسري كلما ساعد ذلك الأسرة على اتخاذ الحل الانجع للتصدي لمرض الطفل .

فالاسر ذات الدخل المحدود قلما تتوجه بطفلها إلى الطبيب ، و تتعامل مع مرض الطفل بطرق اخرى للعلاج كاستعمال دواء كان معروف لديها او استعملته احدى قريباتها لحالة مشابهة لحالة مرض ابنها إلا في حالة تازم الحالة المرضية كحصول النوبات المتكررة للطفل خاصة في حالة الامراض المزمنة، أما إذا كان المرض غير ظاهر ولم تظهر الأعراض الشديدة الخطورة فالأسرة تتجاهل الأمر وتسلك طرق أخرى للعلاج بحثا عن الشفاء وتقاديا لكلفة العلاج التي تعتبر عبئا ثقيلا عليها.

لكن الأمر يختلف مع ارتفاع الدخل الأسري فاتجاه و تعامل الأسرة مع المرض يختلف ، فقد لا تتوجه الأسرة للطبيب مباشرة و تكتفي ببعض المسكنات وهذا تقاديا لكثرة الأدوية للطفل وانتظار ردة فعل جهازه المناعي كخط أول للدفاع ، إلا في حالة تعسر الحالة المرضية .

فالدخل هو مؤشر يقيس مدى الحصول على الموارد الهامة لتطوير امكانات الإنسان و توسيع حرياته، كإمتلاك الموارد اللازمة للحصول على الغذاء و المسكن و الملابس ، كما ان ارتفاع الدخل يعزز قدرة الفقراء على الحصول على خدمات الصحة و التعليم⁽¹⁾.

أما عن مدة ترك الطفل في حالة المرض فهي موضحة في الجدول التالي.

(1) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2010، الثروة الحقيقية للأمم ، تر، الإسكوا (لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية و الاجتماعية لغربي

اسيا) ، نيويورك ، 2010 ، ص49.

الجدول رقم (65): العلاقة بين الدخل الشهري الاسري و مدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		أخذته في الحال		مدة ترك الطفل في حالة المرض
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الدخل الاسري
100	51	51	26	13,7	7	7,8	4	0	0	27,5	14	بدون دخل شهري
100	6	50	3	16,7	1	0	0	0	0	33,3	2	أقل من 18000 دج
100	85	45,9	39	24,7	21	16,5	14	1,2	1	11,8	10	[25000 - 18000 دج
100	129	30,2	39	20,9	27	14,7	19	0	0	34,1	44	[32000 - 25000 دج
100	138	20,3	28	22,5	31	13,8	19	0	0	43,5	60	[39000 - 32000 دج
100	50	22	11	28	14	22	11	0	0	28	14	[46000 - 39000 دج
100	141	1,4	2	19,9	28	19,9	28	3,5	5	55,3	78	أكثر من 46000 دج
100	600	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1	6	37	222	المجموع

فمن خلال هذا التحليل نلاحظ ان هناك علاقة طردية بين الدخل و مدة ترك الطفل في حالة المرض فكلما ارتفع الدخل الاسري كلما اسرعت المبحوثة باخذ الطفل إلى الطبيب ، و الدليل على ذلك انه عند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 118.9 عند درجة حرية 24 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية قدرت ب 36.415 دليل على وجود علاقة بين المتغيرين.

أما عن قيمة هذه العلاقة ، قمنا بحساب معامل ق ، حيث وجدناه يقدر ب 0.40 ومنه نقول ان العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

أما عن الاسباب التي كانت وراء تصرف ومدة ترك الطفل في حالة المرض حسب تصريح المبحوثات فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم(66): توزيع أفراد العينة حسب الأسباب المتحكمة في تصرف المبحوثة مع مرض الطفل

التكرار	ك	%
أسباب التوجه المباشر إلى الطبيب		
الخوف من تأزم الحالة المرضية للطفل	154	69,4
التجربة القاسية للام هي السبب	13	5,9
الخوف من أن يكون السبب حالة مرضية خفية	51	23
أخرى	4	1,8
المجموع	222	100

من خلال قراءتنا لهذا الجدول نلاحظ ان 69.4% ممن توجهن بالطفل مباشرة إلى الطبيب راجع لخوفهن من تأزم الحالة الصحية للطفل ، أما 23% فخوفا من ان يكون السبب حالة مرضية خفية ، أما 5.9% فتوجهن المباشر كان نتيجة التجربة القاسية لهن والتي كان من خلالها فقدان أحد أكباد فلذتهن أو انتهى الامر بحدوث اعاقة لأحد ابنائهن ، أما 1.8% فتوجهن المباشر كان نتيجة عدم معرفة المبحوثة التعامل مع أي مرض كان ولا تضع الثقة إلا في الطبيب ، كما صرحت بعض المبحوثات أن مرض الطفل يعد متفهما للمرأة للخروج من البيت حتى وإن كان الامر مجرد نزلة برد.

أما عن اسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب حسب تصريح المبحوثات فلقد تبين من خلال الجدول رقم 07 من الملحق 2 أن 34.9% من المبحوثات لا يتوجهن مباشرة إلى الطبيب تفادياً للدوية الكثيرة للطفل ، لذى تقدمن له فقط بعض المسكنات لتخفيض الحمى و الألم ، و ينتظرن يومين أو ثلاثة أيام حسب حالة الطفل ، أما 22.8% من المبحوثات فعدم توجههن كان نتيجة تكاليف العلاج و الدواء خاصة عند الاسر الغير منتسبة للضمان الإجتماعي .

فالإنتساب للضمان الإجتماعي بتأمين صحة المواطن يعتبر وسيلة لدفع بعض او كل تكلفة الرعاية الصحية ، فهو يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في احوال المرض ، هدفه ازالة العائق بين المريض و حصوله على الخدمة الطبية و توفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بتكلفة مقبولة، و رفع مستوى الإطمئنان الإجتماعي لدى الفرد.

فالمرض الذي يهدد المريض لا يشكل هما لما يحمله من معانات جسدية بقدر ما يعتبر هما لما يرافقه من اعباء مالية (1).

فبدون التأمين الصحي ، فإن الخيارات لمن ابتلي بالمرض إما الصبر على المرض و عدم المعالجة و البحث عن طرق اخرى للعلاج كالإتجاه للطريقة الشعبية للعلاج هروبا من عناء التكاليف الباهضة او بيع الممتلكات و الإستدانة ، اوحتى اللجوء لممارسات غير اخلاقية كالسرقة. ومنه نقول ان انتساب الاسرة للضمان الإجتماعي محفز اساسي لطلب الرعاية الصحية و العلاج الفوري للمريض.

كما تبين لنا من خلال الجدول ان 20.9% من افراد عينتنا كان عدم توجههن للمؤسسات الإستشفائية نتيجة البعد المكاني ، أما 11.9% فعدم توجههن كان نتيجة عدم امتلاك وسيلة نقل ، أما 9.5% فلأسباب أخرى كحجم الاسرة ، فكثرة أفراد الأسرة أو عدم إيجاد أماكن لترك أطفالها يعيقها من الخروج من البيت و التوجه لأي مكان كان حتى ولو كان مستشفى.

اما فيما يخص المؤسسة الإستشفائية التي يتم التوجه إليها في حالة المرض فهي موضحة في الجدول التالي :

(1) - خديجة حسين نصر: نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية ، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن ، تقارير قانونية رقم 68، 2007، ص

الجدول رقم (67): العلاقة بين الدخل الاسري واختيار نوع المؤسسة الإستشفائية

المجموع		القطاع الخاص		القطاع العمومي		المؤسسة الإستشفائية
%	ك	%	ك	%	ك	الدخل الاسري
100	51	3,9	2	96,1	49	بدون دخل شهري
100	6	0	0	100	6	أقل من 18000 دج
100	85	3,5	3	96,5	82	[25000 - 18000] دج
100	129	18,6	24	81,4	105	[32000 - 25000] دج
100	138	23,9	33	76,1	105	[39000 - 32000] دج
100	50	58	29	42	21	[46000 - 39000] دج
100	141	53,9	76	46,1	65	أكثر من 46000 دج
100	600	27,8	167	72,2	433	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تتوجهن إلى القطاع العمومي عند مرض الطفل وهذا ب 72.2% مقابل 27.8% تتوجهن للقطاع الخاص.

وعند إدخال متغير الدخل لمعرفة تأثير هذا الأخير على نوع المؤسسة المتوجه إليها عند مرض الطفل تبين ان المبحوثات اللواتي ليس لهن دخل شهري يتوجهن للقطاع العمومي بنسبة 96.1% مقابل 3.9% يتوجهن للقطاع الخاص لكن الامر يختلف مع ارتفاع الدخل الأسري إذ يتغير الاتجاه نحو القطاع الخاص .

فالمبحوثات اللواتي لهن دخل مقبول محصور بين [39000 - 46000] دج مثلاً تتوجهن باطفالهن للقطاع الخاص بنسبة 53.9% مقابل 46.1% تتوجهن للقطاع العام.

وتقريباً نفس الشيء مع المبحوثات اللواتي دخلهن أكثر من 46000 دج فوجهة هذه الاسر عند مرض الطفل يكون نحو القطاع الخاص وهذا بنسبة 53.9% ، مقابل 46.1% يتوجهن للقطاع العام.

و عند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 118.705 عند درجة حرية 6 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت بـ 12.592 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين ، و عند حسابنا لمعامل التوافق ق بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.40 ومنه نقول ان العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

من خلال التحليل يتبين ان الدخل عامل مهم يتحدد على اثره قطاع العلاج ، فكلما انخفض الدخل الاسري كلما كانت وجهة الاسرة من اجل طلب العلاج القطاع العام . اما في حالة ارتفاع الدخل ، فالاسرة في غالب الحالات تفضل القطاع الخاص وهذا لعدة اعتبارات كحسن الإستقبال .

اما التوجه للقطاع العام رغم ارتفاع الدخل في بعض الحالات حسب تصريح المبحوثات يكون في حالة الامراض المزمنة اين تقتضي الحالة متابعة خاصة للمريض أو نتيجة تحويل المريض للقطاع العام نتيجة نقص التجهيزات في القطاع الخاص .

كما تقاس رعاية الاسرة لاطفالها من خلال نوع الماء المقدم لهم و الوجبات الغذائية و التي لها علاقة بوزن اطفالها ايضا بنوع الاواني التي تستعمل لطبخ الطفل و اختيار مكان لعبهم و اللعب المستعملة للترفيه عنهم و الجداول التالية تعطي لنا صورة عن ذلك :

الجدول رقم (68): العلاقة بين الدخل الاسري و نوع الماء المستعمل للطفل

نوع الماء المستعمل للطفل		ماء الحنفية		ماء مغلي		ماء معدني		أخرى		المجموع	
الدخل الاسري		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بدون دخل شهري		21	41,2	9	17,6	6	11,8	15	29,4	51	100
أقل من 18000 دج		3	50	1	16,7	1	16,7	1	16,7	6	100
[18000 - 25000] دج		40	47,1	22	25,9	7	8,2	16	18,8	85	100
[25000 - 32000] دج		52	40,3	23	17,8	29	22,5	25	19,4	129	100
[32000 - 39000] دج		35	25,4	46	33,3	43	31,2	14	10,1	138	100
[39000 - 46000] دج		20	40	13	26	13	26	4	8	50	100
أكثر من 46000 دج		20	14,2	36	25,5	84	59,6	1	0,7	141	100
المجموع		191	31,8	150	25	183	30,5	76	12,7	600	100

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن إتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تستعملن مياه الحنفية وهذا بنسبة 31.8% ، مقابل 12.7% فتستعملن مياه من مصادر أخرى ، كمياه الابار او منابع اخرى

و عند ادخالنا متغير الدخل الاسري لمعرفة تاثير هذا الأخير على نوعية المياه المستعملة لشرب الاطفال ، نلاحظ ان المبحوثات اللواتي يزيد دخلهن عن 32000 دج ، قلما يقدمن لاطفالهن مياه الحنفية ، وفي مقابل ذلك يستعملن المياه المعدنية بشكل اكثر كما هو مبين في الجدول إذ تبلغ نسبة استعمال الماء المعدني 31.2% عند اللواتي دخلهن ما بين 32000 دج و 39000 دج ، و 26% عند اللواتي دخلهن 39000 دج و 46000 دج ، و 59.6% عند اللواتي يزيد دخلهن عن 46000 دج .

اما عن نسب استعمال مياه الحنفية فهي 25.4% عند اللواتي دخلهن يتراوح من 32000 دج و 39000 دج ، و 14.2% عند اللواتي دخلهن يزيد عن 46000 دج .

في حين نجد ان المبحوثات اللواتي يقل دخلهن عن 32000 دج واطبن الإتجاه العام للجدول بحيث نجد نسبة استعمال مياه الحنفية تبلغ 50% عند اللواتي دخلهن يقل عن 18000 دج ، و 47.1% عند اللواتي دخلهن يتراوح من 18000 دج و 25000 دج ، كما تبلغ النسبة 41.2% عند اللواتي صرحن أنهم بدون دخل شهري ، و 40.3% عند اللواتي دخلهن يتراوح من 25000 دج و 32000 دج .

و منه نقول ان هناك علاقة بين الدخل الاسري و نوع الماء المقدم للطفل ، وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 133.779 عند درجة حرية 18 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 28.869 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين . أما عن قيمة هذه العلاقة فقمنا بحساب متغير التوافق (ق) والذي قدر ب 0.42 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

فالجزائر كما هو معروف تعاني من شحة الموارد المائية ، وحتى وإن وجدت فهي موزعة بطريقة غير عادلة بين الشمال و الجنوب و الشرق و الغرب ، كما انه كثيرا ما نسمع بحدوث تسمم مائي بسبب تسرب بعض المواد السامة إلى مجاري المياه الصالحة للشرب .

لذلك نجد ان الاسر ميسورة الحال تفضل في الغالب استعمال المياه المعدنية للشرب ، ولا تضع الثقة في مياه الحنفية ، كما نجدها في بعض الاحيان تعتمد إلى تغليتها لقتل جميع الجراثيم فيها إن وجدت أما الاسر اللواتي دخلها منخفض فهي تستعمل مياه الحنفية للشرب إن وجدت ، اما في حالات انقطاع المياه أو حالات عدم ارتباط الاسرة بالمياه الصالحة للشرب ، تعتمد هذه الاسر إلى احضارها من اماكن مختلفة ، وقد تقطع في سبيل ذلك مسافات طويلة .

فقد تكون هذه الاماكن ابار او منابع مائية كثيرا ما تكون غير معالجة ، الشيء الذي يدفع هذه الاسر إلى تخزينها ، وهذه العملية تتجر منها امراض كثيرة خاصة منها الإسهال و الكوليرا ، إن لم تخضع للتغذية المستمرة و الإعتناء بنظافة الوعاء الذي يخزن فيه الماء .

الجدول رقم (69) : العلاقة بين الدخل الاسري و نوع الوجبة المقدمة للطفل

نوع الوجبة المقدمة للطفل		وجبة غذائية صحية كاملة		وجبة غذائية ناقصة		المجموع	
الدخل الاسري		ك	%	ك	%	ك	%
بدون دخل شهري		5	9,8	46	90,2	51	100
أقل من 18000 دج		1	16,7	5	83,3	6	100
[18000 - 25000] دج		24	28,2	61	71,8	85	100
[25000 - 32000] دج		58	45	71	55	129	100
[32000 - 39000] دج		98	71	40	29	138	100
[39000 - 46000] دج		46	92	4	8	50	100
أكثر من 46000 دج		132	93,6	9	6,4	141	100
المجموع		364	60,7	236	39,3	600	100

من خلال الجدول نلاحظ ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تقدمن وجبات غذائية صحية لاطفالهن وهذا بنسبة 60.7% ، مقابل 39.3% تقدمن وجبات غذائية ناقصة . وعند ادخالنا للمتغير المستقل ألا وهو الدخل الاسري لمعرفة تاثير هذا الاخير على نوع الوجبة المقدمة للطفل ، تبين أن المبحوثات اللواتي دخلهن أقل من 32000 دج يقدمن لاطفالهن وجبات غذائية ناقصة بـ 90.2% عند اللواتي ليس لهن دخل شهري ، و 83.3% عند المبحوثات اللواتي دخلهن اقل من 18000 دج و 71.8% عند اللواتي دخلهن يتراوح من 18000 دج و 25000 دج .

أما المبحوثات اللواتي يزيد دخلهن عن 32000 دج واضبن على الإتجاه العام ، وهذا ب 71% عند اللواتي دخلهن يتراوح من 32000 دج و 39000 دج ، و بنسبة 92% عند اللواتي دخلهن 39000 دج و 46000 دج ، و 93.6% عند اللواتي دخلهن اكثر من 46000 دج . وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 201.879 عند درجة حرية 6 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 12.592 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

فالملاحظ من خلال هذا التحليل الإحصائي أنه كلما ارتفع دخل الاسرة كلما كان الإتجاه نحو تصريح المبحوثات انهن تقدمن وجبات غذائية صحية كاملة للطفل ، وهذا لان هذه الاسر لا تجد عائقا في شراء ما يلزم الطفل من حاجيات .

لكن الشيء المؤسف ، هذه الاسر اصبحت تفرط في تقديم اشياء غير صحية للغاية للطفل ،كلها مواد مصنعة ذات اشكال و الوان ومذاقات مختلفة بفضل محسنات كيميائية يضيفها المصنع لتحسين الذوق لإستقطاب اكبر عدد من الزبائن ، فهذه المصنعات ما هي إلا سموم تقدم للطفل و تساهم بقدر كبير في عرقلة نموه كحدوث نقص في التركيز و الإصابة بالانيميا هذا من جهة ومن جهة اخرى تتسبب هذه المواد في الوقوع فريسة في نوع اخر من الامراض يطلق عليها امراض العصر كالبدانة و امراض القلب و تصلب الشرايين وهذا لجهل هذه الامهات بمقاييس النظام الصحي الشيء الذي يترتب عنه مشكل سوء التغذية.

فحسب بيانات تقرير صحة اطفال العالم لعام 1991 ان معظم حالات سوء التغذية تحدث في بيوت يتوافر فيها الغذاء بكميات كافية وهذا بسبب نقص المعلومات المتعلقة بالحاجات الغذائية الخاصة بالاطفال الصغار، أما حالة الاسر محدودة الدخل فنجدها تستعمل الغذاء فقط لسد الحاجة (الجوع) ، لانها لا تستطيع توفير الطعام الملائم للطفل ، الشيء الذي ينجر عنه سوء الحالة الصحية للطفل و عرقلة نموه (1).

و منه نقول ان الدخل يساهم بشكل واسع في تحديد نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل و كثيرا ما يزيد وزنه او يقل عن الحد الطبيعي بسبب هذه الانواع المختلفة من الاغذية ، و الجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك :

(1) - اليونيسف : وضع اطفال العالم 1991، مرجع سابق، ص10

الجدول رقم (70) : العلاقة بين دخل الاسرة و وزن الطفل

وزن الطفل		طبيعي		يعاني من زيادة في الوزن		يعاني من نقص في الوزن		المجموع	
الدخل الاسري									
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بدون دخل شهري	5	9,8	8	15,7	38	74,5	51	100	
أقل من 18000 دج	3	50	0	0	3	50	6	100	
[18000 - 25000] دج	39	45,9	10	11,8	36	42,4	85	100	
[25000 - 32000] دج	37	28,7	29	22,5	63	48,8	129	100	
[32000 - 39000] دج	59	42,8	33	23,9	46	33,3	138	100	
[39000 - 46000] دج	16	32	19	38	15	30	50	100	
أكثر من 46000 دج	67	47,5	54	38,3	20	14,2	141	100	
المجموع	226	37,7	153	25,5	221	36,8	600	100	

يتبين لنا من خلال هذا الجدول ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن وزنهم طبيعي بنسبة 37.7% ، مقابل 25.5% يعانون من زيادة في الوزن .

وعند ادخال متغير دخل الاسرة لمعرفة تأثير هذا الاحير على وزن الطفل تبين لنا ان المبحوثات اللواتي بدون دخل شهري او يقل دخلهن الاسري عن 32000 دج ، اطفالهن يعانون من نقص في الوزن ب 74.5% عند اللواتي هن بدون دخل شهري و 50% عند اللواتي يقل دخلهن 18000 دج ، و 48.8% عند اللواتي دخلهن يتراوح من 25000 و 32000 دج .

اما المبحوثات اللواتي لهن دخل اكثر من 32000 دج ، فإن اطفالهن وزنهم طبيعي بالنسب التالية على التوالي : 42.8% عند فئة الدخل 32000 دج - 39000 دج ، و 47.5% عند اللواتي دخلهن اكثر من 46000 دج ، في حين 38% من الاطفال يعانون من زيادة في الوزن عند فئة الدخل 39000 - 46000 دج .

من خلال هذا التحليل نستنتج وجود علاقة بين دخل الاسرة و وزن الطفل. وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 88.927 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (71): العلاقة بين الدخل الاسري و نوع الاواني المستعملة للطفل

نوع الاواني الدخل الاسري		أواني من الالمنيوم		أواني من الإنوكس inox		أخرى		المجموع	
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
بدون دخل شهري		82,4	42	3,9	2	13,7	7	51	100
أقل من 18000 دج		83,3	5	0	0	16,7	1	6	100
[25000 - 18000] دج		84,7	72	3,5	3	11,8	10	85	100
[32000 - 25000] دج		82,2	106	7	9	10,9	14	129	100
[39000 - 32000] دج		72,5	100	14,5	20	13	18	138	100
[46000 - 39000] دج		76	38	18	9	6	3	50	100
أكثر من 46000 دج		37,6	53	58,9	83	3,5	5	141	100
المجموع		69,3	416	21	126	9,7	58	600	100

من خلال الجدول يتبين أن إتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تستعملن اواني من الالومنيوم وهذا بنسبة 69.3% ، مقابل 21% يستعملون اواني من الإنكس ، أما 9.7% فيستعملون اواني من من نوع اخر .

وعند ادخال متغير الدخل الاسري لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع الاواني المستعملة لطبيخ الطفل نلاحظ المبحوثات اللواتي يقل دخلهن عن 32000 دج يواضبن على الإتجاه العام وهذا ب 82.4% عند اللواتي ليس لهن دخل شهري و 83.3% عند اللواتي يقل دخلهن عن 18000 دج ، و 84.7% عند اللواتي يتراوح دخلهن من 18000 دج و 25000 دج .

في حين نجد ان المبحوثات اللواتي يزيد دخلهن عن 32000 دج ، يقل استعمالهن لاواني الالومنيوم ، وفي مقابل ذلك يزيد استعمالهن لاواني الإنكس بالنسب التالية : 14.5% عند اللواتي دخلهن من 32000 دج و 39000 دج ، و 18% عند اللواتي دخلهن يتراوح من 39000 دج و 46000 دج ، و 58.9% عند اللواتي دخلهن أكثر من 46000 دج .

وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 129.967 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

تبين من خلال الجدول ان اواني الالومنيوم هي الاكثر استعمالا عند معظم المبحوثات ، وهذا إن دلّ على شيء فهو يدل على نقص الثقافة الصحية للمبحوثات حول المسائل الصحية وعن الخطر الذي يتركه الالومنيوم على الصحة بشكل عام .

فمع التقدم ظهرت انواع من الاواني وكثير ما تختار ربات البيوت الاواني الرخيصة الثمن والتي لا تنكسر وهذا الشيء ملاحظ بكثرة عند ربات البيوت اللواتي تعانين من قلة الدخل الشهري .

اما ربات البيوت اللواتي لهن دخل شهري مرتفع فكثيرا ما نجدها تقتني اواني الطبخ الغالية الثمن وفي الكثير من الاحيان من اجل التباهي امام الاخريات .

فكل من هذا وذاك فيهما تغليب كبير ونقص في وعي ربات البيوت و الاسرة بشكل عام. فكثيرا ما تتسرب اجزاء من المركبات الكيميائية التي تدخل في تركيب هذه الاواني إلى الطعام المحضر فيها و تتسبب في حدوث مشكلات صحية .

فالطهي في الالومنيوم مثلا ، يتسبب في ذوبان عنصر الالومنيوم من اواني الطبخ و تكوين رواسب بيضاء تلوث الطعام الموجود فيها ، ويتوقف معدل ذوبان هذا المعدن على درجة الحموضة PH لمكونات الطعام و درجة الحرارة المستخدمة في عمليات الطبخ و طول مدتها.

ويؤدي دخول كميات كبيرة من الالومنيوم إلى الجسم في تجمعه في العظام و الجهاز العصبي للطفل ، واكتشف العلماء ارتفاع تركيز هذا العنصر في ضحايا مرض الزهيمر الذي يسبب تلفا في جهازهم العصبي . فالمعادن الثقيلة تاتر على الطفل اكثر من البالغ ، وهذا لعدم اكتمال حاجز يمنع انتقال السموم إلى الدماغ ويسمى هذا الحاجز ب " **Barrière hémato-encéphalique** " ⁽¹⁾، و بالتالي يمكن ان تنتقل هذه المعادن إلى الدماغ مما تسبب في عرقلة نموه ، وظهور اضطرابات في التركيز

(1) - محمد الفايد : "المعادن الثقيلة والصحة " في / نخل و رمان ، حصة اذاعية في اذاعة محمد الخامس ، المغرب ، 2003.

لكن وللأسف الكثير من العائلات لا تستطيع ان تتحكم في ميول او رغبات الطفل ، والجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك :

الجدول رقم (72) : العلاقة بين الدخل الاسري و التعامل مع رغبة الطفل

التعامل مع رغبة الطفل		أبى له الرغبة		أمتنع		في بعض الأحيان		المجموع	
الدخل الاسري		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بدون دخل شهري		1	2,0	30	58,8	20	39,2	51	100
أقل من 18000 دج		0	0	4	66,7	2	33,3	6	100
[18000 - 25000] دج		11	12,9	33	38,8	41	48,2	85	100
[25000 - 32000] دج		18	14	41	31,8	70	54,3	129	100
[32000 - 39000] دج		46	33,3	24	17,4	68	49,3	138	100
[39000 - 46000] دج		26	52	7	14	17	34	50	100
أكثر من 46000 دج		52	36,9	20	14,2	69	48,9	141	100
المجموع		154	25,7	159	26,5	287	47,8	600	100

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تلبين رغبات اطفالهن في بعض الاحيان ، وهذا بنسبة 47.8% ، مقابل 25.7% صرحن انهن لا تستطعن ان ترفطن طلبات اطفالهن .

وعند إدخال متغير الدخل الاسري لمعرفة تأثير هذا الأخير على كيفية التعامل مع رغبة الطفل نلاحظ ان المبحوثات اللواتي لا تملكن دخل شهري تمتنع عن تلبية رغبة الطفل وهذا ب 58.8% مقابل 39.25% تليي له الرغبة في بعض الأحيان ، اما 2% فصرحن أنهن لا تستطعن رفض طلبات الطفل .

فكما هو موضح في هذا الجدول أنه مع ارتفاع الدخل الشهري الاسري تتزايد تلبية رغبات الأطفال فالعائلات اللواتي دخلهن الشهري يتراوح بين - [32000 - 39000] دج تلبين رغبة اطفالهن بنسبة 33.3% مقابل 49.3% تليي الرغبة في بعض الاحيان ، أما 17.4% فهي تمتنع عن تلبية رغب طفلها ، ونفس الملاحظة عند المبحوثات اللواتي يتجاوز دخلهن 46000 دج ، فنسبة اللواتي تلبين رغبات اطفالهن تبلغ 36.9% مقابل 48.9% تليي له ذلك في بعض الاحيان ، أما 14.2% فتمتنعن عن ذلك.

فتلبية رغبة الطفل عند بعض العائلات أصبح يعتبر نوع من التفاخر ، خاصة عندما دخلت المرأة سوق العمل واستقلالها ماديا ، دون ان تولي الاعتبار لما هو مفيد و صحي للطفل ، الشيء الذي ادى إلى انتشار مشكل صحي عويص وهو البدانة والتي اصبحت تمس نسبة عالية من الاطفال .

اما عزوف الأسر عن تلبية رغبة الطفل في العائلات الفقيرة فهذا ليس راجع إلى ادراك و رفع المستوى الثقافي لهذه الأسر بالمسائل الصحية وإنما سوء الوضع المعيشي وقلة او انعدام دخل شهري لهذه الأسر هو الدافع وراء ذلك ، فالمال إن وجد يصرف في الأشياء الأساسية أما الكماليات فلا ينظر إليها.

وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 98.140 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين . وعند حساب متغير لامدا وجدنا قيمته تقدر ب 0.48 ومنه نقول ان العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

الجدول رقم (73): العلاقة بين الدخل الأسري و اختيار لعب الأطفال

اختيار لعب الأطفال الدخل الاسري		اختار الغير مكلفة		الاجابة		ذات النوعية الجيدة		حالة اخرى		المجموع	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
38	74,5	0	0	0	0	0	0	13	25,5	51	100
1	16,7	0	0	1	16,7	4	66,7	4	66,7	6	100
71	83,5	1	1,2	6	7,1	7	8,2	7	8,2	85	100
100	77,5	8	6,2	16	12,4	5	3,9	5	3,9	129	100
86	62,3	10	7,2	39	28,3	3	2,2	3	2,2	138	100
6	12	15	30	28	56	1	2	1	2	50	100
1	0,7	48	34	91	64,5	1	0,7	1	0,7	141	100
303	50,5	82	13,7	181	30,2	34	5,7	34	5,7	600	100

من خلال هذا الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يخترن لأطفالهن اللعب الغير مكلفة وهذا ب 50.5% ، مقابل 5.7% صرحن انهن لا تشتترين لعب لاطفالهن و إنما تتحصلن عليها بطرق اخرى مثل الصدقة من الاهل و الجيران و العامة من الناس ممن يحبون الاعمال الخيرية .

وعند ادخال متغير الدخل الاسري لمعرفة تاثير هذا الاخير على اختيار لعب الأطفال تبين أن الاسر التي دخلها الشهري يقل عن 32000 دج واضبن على الإتجاه العام ، وهذا ب 74.5% عند اللواتي ليس لهن دخل شهري ، و 83.5% عند اللواتي دخلهن يتراوح بين 18000 دج و 25000 دج ، و 77.5% عند اللواتي دخلهن يتراوح بين 25000 دج و 32000 دج .

في حين نجد أن الاسر التي لديها دخل مقبول ويتراوح بين 32000 و 39000 دج و الذي يزيد عن 46000 دج تختار لاطفالها اللعب ذات النوعية الجيدة بنسبة التالية على التوالي 28.3% و 64.5% .

وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 408.908 عند درجة حرية 18 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدت ب 28.869 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين. اما عن مقدار هذه العلاقة فقما بحساب معامل التوافق والذي قدر ب 0.63 ومنه نقول أن العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

فكلما كانت الاسرة دخلها مرتفع كلما زاد اختيارها للعب ذات النوعية العالية ، فهذه اللعب صحيح ان ثمنها مرتفع وهذا لطبيعة المادة الاولى التي صنعت منها ، لكنها في المقابل صحية و لاتشكل ضرر إذا ما لعب بها الطفل او ادخلها في فمه.

أما الالعب الغير مكلفة فقد تتسبب في العديد من المشاكل الصحية للطفل ، صحيح ان ثمنها رخيص وهذا طبعا لنوع المادة التي صنعت منها ، فقد تكون ناتجة من رسكلة مواد ملوثة ، كما ان هذه المواد لا تراعى فيه الشروط الصحية فقد تكون حادة أو مقطعة لاجزاء صغيرة تسهل عملية بلعها عن خطأ من الطفل ، ولقد صرحت بعض المبحوثات تعرض اطفالهن لمثل هذه المشاكل فقد كاد هذا المشكل ان يقضي على حياة اطفالهن . إذا فالدخل المرتفع عامل هام يساهم في اختيار اللعبة ذات النوعية الجيدة للطفل.

2 - تأثير الوضع المعيشي للأسرة على تقديم الرعاية الصحية للأطفال.

الجدول (74): العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و الحالة الصحية للطفل

المجموع		نادرا ما يصيبه مرض		كثير المرض		الحالة الصحية للطفل تقيم الوضعية المعيشية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	111	52,3	58	47,7	53	جيدة
100	235	44,7	105	55,3	130	حسنة
100	180	22,8	41	77,2	139	متوسطة
100	74	5,4	4	94,6	70	مزرية
100	600	34,7	208	65,3	392	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن كثيري المرض وهذا بنسبة 65.3% ، مقابل 34.7% نادرا ما يصابون بمرض.

وعند ادخال متغير الوضع المعيشي للأسرة لمعرفة تاثير هذا الاخير على الحالة الصحية للطفل ، تبين لنا أن الاسر التي تعيش في وضعية مزرية او متوسطة اطفالها كثيري المرض بنسب اكثر هي على التوالي : 94.6% ، و 77.2% لتقل النسبة عند ذوات المستوى المعيشي الحسن إذ قدرت ب 55.3%.

في حين نجد المبحوثات ذوات المستوى المعيشي الجيد اطفالهن نادرا ما يصابون بمرض وهذا بنسبة 52.3% ، مقابل 47.7% اطفالهن كثيري المرض.

من خلال هذا التحليل نستنتج وجود علاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و عدد حالات الإصابة بالمرض ، بدليل انه عند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 64.770 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدت ب 7.815 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

فالاسر التي تعيش اوضاعا صعبة كثيرا ما يتعرض اطفالها لحالات المرض ، وهذا لعدم تمكين هذه الاسر من توفير بيئة صحية ينعم فيها الطفل بالحياة الهادئة ، فالإزدحام في مساحة ضيقة مثلا يمثل عامل هام لإنتشار العدوى خاصة إذا كانت البيئة المحيطة ملوثة ضف إلى ذلك مشكل عدم احتواء المسكن على كل المرافق الاساسية و التي تعتبر عوامل محفزة لحالات مرضية عديدة اولها الإصابة بالإسهال.

الجدول (75): العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و نوع الامراض التي اصيب بها الاطفال

المجموع		أمراض أخرى		أمراض جلدية		أمراض مزمنة		مرض الإسهال		أمراض الربو و الحساسية		أمراض صدرية و تنفسية		نوع الامراض الوضع المعيشي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	111	6,3	7	9	10	16,2	18	12,6	14	13,5	15	42,3	47	جيدة
100	235	9,4	22	9,8	23	18,3	43	17,9	42	13,6	32	31,1	73	حسنة
100	180	6,7	12	4,4	8	20	36	20	36	15,6	28	33,3	60	متوسطة
100	74	2,7	2	5,4	4	21,6	16	32,4	24	12,2	9	25,7	19	مزرية
100	600	7,2	43	7,5	45	18,8	113	19,3	116	14	84	33,2	199	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي اصيب اطفالهن بامراض صدرية و تنفسية بنسبة 33.2% ، مقابل 7.2% من الاطفال مصابون بامراض اخرى.

وعند ادخال متغير الوضع المعيشي للأسرة لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع الامراض التي يصاب بها الاطفال ، تبين ان المبحوثات اللواتي وضعيتهن المعيشية جيدة و حسنة و متوسطة واطبن على الإتجاه العام للجدول أي الإصابة بالامراض الصدرية و التنفسية بالنسب التالية على التوالي : 42.3% ، 31.1% ، 33.3% .

في حين نجد المبحوثات اللواتي يعشن اوضاعا مزرية ، اطفالهن يصابون بامراض الإسهال بنسبة اكبر ، حيث قدرت ب 32.4% .

فمن هنا نستنتج وجود علاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و نوع الامراض التي يصاب بها الاطفال ، وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 23.714 عند درجة حرية 15 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 24.996 ، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 الحسابية فإن الفروق ظاهرة راجعة للصدفة ، ومنه تقبل فرضية العدم ونقول انه لا توجد علاقة بين المتغيرين .

الجدول رقم (76) : العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و كيفية التعامل مع المرض

المجموع		أخرى		أشترت له دواء من الصيدلي		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أعطيته بعض المسكنات		توجهت مباشرة إلى الطبيب		كيفية التعامل مع المرض
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الوضعية المعيشية
100	111	0	0	3,6	4	18	20	28,8	32	49,5	55	جيدة
100	235	2,1	5	6,4	15	24,7	58	24,3	57	42,6	100	حسنة
100	180	0,6	1	3,9	7	46,1	83	17,2	31	32,2	58	متوسطة
100	74	1,4	1	2,7	2	66,2	49	17,6	13	12,2	9	مزرية
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن مباشرة إلى الطبيب وهذا بنسبة 37% ، مقابل 4.7% صرحن انهن اشترين دواء من الصيدلي ، أما 1.2% فإستعملن وسائل أخرى.

وعند ادخال المتغير المستقل الا وهو الوضع المعيشي للأسرة تبين لنا ان المبحوثات اللواتي صرحن ان مستواه المعيشي متوسط او مزرى اخترن الطريقة التقليدية في العلاج وهذا ب 46.1% عند اللواتي وضعهن المعيشي متوسط و 66.2% عند اللواتي وضعهن المعيشي مزرى.

في حين نجد أن المبحوثات اللواتي وضعهن المعيشي حسن أو جيد واضبن على الإتجاه العام للجدول وهذا بالنسب التالية على التوالي : 42.6% و 49.5% .

وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 75.106 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين، أما عن قيمة هذه العلاقة فقمنا بحساب معامل الارتباط لامدا والذي قدر ب 0.68 ومنه نقول أن العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

من خلال الجدول يتبين انه كلما كان الوضع المعيشي حسن او جيد كلما توجهت الاسرة بالطفل مباشرة إلى الطبيب في حال مرض الطفل وهذا لانها لا تجد صعوبة في دفع تكاليف العلاج ، كما ان اختيار القطاع و الطبيب المعالج يعتبر رمز للمكانة الإجتماعية لهذه الاسرة .

اما الاسر ذات المستوى المعيشي المنخفض فهي تجد صعوبة في كيفية التصرف مع مرض الطفل واخذ القرار المناسب مرتبط بدرجة انخفاض مستواها المعيشي أي من متوسط إلى مزمري ، لذلك فهي تلجأ إلى طرق اخرى للعلاج غير مكلفة عليها تجد الشفاء هناك كالاتجاه إلى الطب الشعبي ، فكما لاحظنا انه احتل مركز الصدارة في حالة عدم التوجه المباشر إلى الطبيب.

ومنه نقول ان المستوى المعيشي عامل مهم في اختيار طريق علاج الطفل . اما عن مدة ترك الطفل في حالة المرض فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (77) : العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و مدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		أخذته في الحال		مدة ترك الطفل في حالة المرض
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الوضعية المعيشية
100	111	9	10	18,9	21	18,0	20	4,5	5	49,5	55	جيدة
100	235	17,9	42	22,6	53	17	40	0	0	42,6	100	حسنة
100	180	27,2	49	23,3	42	17,2	31	0	0	32,2	58	متوسطة
100	74	63,5	47	17,6	13	5,4	4	1,4	1	12,2	9	مزرية
100	600	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1,0	6	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن يتوجهن مباشرة إلى الطبيب و هذا بنسبة 37% مقابل 15.8% تركن اطفالهن لمد يومان في حالة المرض ، أما 1% فتركن اطفالهن لمدة يوم واحد.

وعند ادخال متغير المستوى المعيشي للأسرة لمعرفة تأثير هذا الاخير على مدة ترك الطفل في حالة المرض تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن ان مستواه المعيشي متوسط و مزري يتركن اطفالهن اكثر من ثلاثة أيام في حالة المرض و هذا بنسبة 27.25% عند اللواتي مستواه المعيشي متوسط ، مقابل 63.5% عند اللواتي مستواه مزري.

في حين نجد ان المبحوثات اللواتي مستواه المعيشي حسن و جيد واضبن على الإتجاه العام أي الإتجاه المباشر للطبيب في حالة مرض الطفل ، وهذا بالنسب التالية على التوالي : 42.6% و 49.5%. وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 106.310 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% بينما كا2 الجدولية فقدرت بـ 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

فكما لاحظنا سابقا وقلنا ان المستوى المعيشي لا يساهم فقط في اختيار طريقة علاج الطفل ، و إنما عامل مهم يساهم في القرار الذي تتخذه الأسرة عن مدة ترك الطفل في حالة المرض .

لذلك تبين ان المبحوثات اللواتي تعشن اوضاع جيدة و حسنة لا يتأخرن كثيرا في الإسراع بالطفل إلى الطبيب ، في حين نجد انه كلما تدهور المستوى المعيشي كلما تأخرت الأسرة في اخذ طفلها للطبيب وهذا لانها تلجا إلى طرق اخرى للعلاج في الوهلة الاولى ، وعندما تتأزم الامور بعد مدة يومين او ثلاثة ايام او اكثر نجدها تبحث عن مخرج اخر تتفقد به ابنها المريض وهو التوجه به إلى الطبيب ، رغم اعباء العلاج الثقيلة عليها.

وعند محاولة التطلع عن القطاع الإستشفائي الذي يفضل التوجه إليه في حالة مرض الطفل تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (78) : العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و اختيار القطاع الإستشفائي للطفل

القطاع الإستشفائي		القطاع العمومي		القطاع الخاص		المجموع	
الوضع المعيشي		ك		%		ك	
		%		ك		%	
جيدة		47	42,3	64	57,7	111	100
حسنة		160	68,1	75	31,9	235	100
متوسطة		153	85	27	15	180	100
مزرية		73	98,6	1	1,4	74	100
المجموع		433	72,2	167	27,8	600	100

من خلال الجدول يتبين إن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يقصدن القطاع العمومي بنسبة 72.2% مقابل 27.8% يقصدن القطاع الخاص لتلقي العلاج لأطفالهم .

وعند ادخال متغير الوضعية المعيشية تبين لنا ان المبحوثات اللواتي صرحن ان وضعيتهن المعيشية حسنة او متوسطة او مزرية حافظن على الإتجاه العام للجدول ، أي التوجه للقطاع العام بالنسب التالية على التوالي : 68.1% ، 85% ، و 98.6% ، في حين نجد فقط ان المبحوثات ممن لهن مستوى جيد صرحن انهن تفضلن القطاع الخاص في علاج اطفالهن وهذا بنسبة كبيرة نوعا ما تقدر ب 57.7% .

وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 91.699 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 7.815 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان الوضع المعيشي للأسرة يتحكم في القطاع المختار لطلب العلاج ، فنجد اقبال الاسر ذات المستوى المعيشي الجيد والحسن على القطاع الخاص ، فنظرتهم تكمن في ان القطاع العام لا يقصده إلا الفئات المتوسطة او منخفضة المستوى المعيشي ، ولا يليق بمقامهم ان يتعرضوا لمساوئ القطاع العام كعامل الإكتضاض، إلا إذا تم تحويلهم إلى هذا القطاع لإعتبارات صحية قررنا القطاع الخاص.

اما انخفاض المستوى المعيشي فيساهم بدرجة كبيرة في اقبال الاسر إلى القطاع العام ، لانه يخفف لهم عناء تكلفة العلاج بالدرجة الاولى.

الجدول (79): العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و نوع الرضاعة المقدمة للطفل

نوع الرضاعة		طبيعية		إصطناعية		خليط بينهما		المجموع	
الوضع المعيشي		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة		15	13,5	46	41,4	50	45	111	100
حسنة		43	18,3	98	41,7	94	40	235	100
متوسطة		43	23,9	71	39,4	66	36,7	180	100
مزرية		26	35,1	20	27	28	37,8	74	100
المجموع		127	21,2	235	39,2	238	39,7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان نوع الرضاعة المقدمة للطفل هي خليط بين الرضاعة الطبيعية و الإصطناعية بنسبة 39.7% مقابل 21.2% استفاد اطفالهن بالرضاعة الطبيعية.

وعند ادخال متغير المستوى المعيشي للأسرة لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، تبين ان المبحوثات اللواتي مستواهن المعيشي جيد و حسن واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية 45% و 40% ، أي تقديم رضاعة مختلطة للطفل ، مع ارتفاع نسبة اللواتي تقدمن رضاعة اصطناعية ، حيث قدرت 41.4% عند ذوات المستوى الجيد و 41.7% عند المستوى الحسن وفي المقابل نلاحظ انخفاض محسوس لنسبة المبحوثات اللواتي استفادى اطفالهن برضاعة طبيعية.

بينما المبحوثات اللواتي لهن مستوى متوسط فصرحن انهن قدمن لاطفالهن رضاعة اصطناعية بنسبة 39.4% مقابل 23.9% قدمن رضاعة طبيعية لاطفالهن .اما ذوات المستوى المعيشي المزري فإنهن قدمن لاطفالهن رضاعة مختلطة بنسبة 37.8% ، مقابل 35.1% قدمن رضاعة طبيعية للطفل .

من خلال هذا التحليل يتبين لنا وجود علاقة بين المستوى المعيشي للأسرة و نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، فكلما ارتفع المستوى المعيشي كلما كان هناك ابتعاد عن الرضاعة الطبيعية ، وكلما انخفض هذا الاخير كلما زاد الإقبال على الرضاعة الطبيعية.

وعند حساب اختبار كا2 وجدناه يقدر ب 16.044 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 المحسوبة فقدرت ب 12.592 وهذا دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

أما عن مقدار العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.16 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فمن هنا نستنتج انه كلما كانت الاسرة ميسورة الحال كلما زاد اتجاهها للرضاعة الإصطناعية أو الخلط بين الرضاعتين ، وهذا لانها لا تجد عائقا في شراء الحليب المعبى من جهة ، ومن جهة اخرى حتى لا يرتبط الطفل بها خاصة إذا كانت عاملة ، ومن ناحية اخرى تعتقد المرضعات ان الرضاعة الطبيعية ترهل الثدي وتزيد في وزنها لهذا نجدها تقطع طفلها مبكرا.

اما المبحوثات اللواتي مستواهن المعيشي منخفض نجدهن تعتمدن على الرضاعة الطبيعية وهذا لعجزهن عن شراء الحليب الإصطناعي للطفل المعروف بارتفاع اسعاره ، فإذا كانت العلبة تنتهي في حدود ثلاثة ايام ، فعليك ان تقدر كم علبة يستحق هذا الطفل حتى ينمو ؟ وهل تستطيع هذه الاسرة دفع هذه التكلفة باستمرار؟ خاصة إذا كان حجمها كبير .

لذلك كثيرا ما تلجأ هذه الاسرة للرضاعة الطبيعية حتى توفر المال وتقتصده لأمور اخرى هي في حاجة إليها .

ومن هنا يمكن ان نقول ان انخفاض المستوى المعيشي للأسرة في بعض الاحيان يعتبر نعمة على الطفل الرضيع.

الجدول رقم (80): العلاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و نوع الوجبات المحضرة للطفل

نوع الوجبات الوضع المعيشي		وجبات غذائية صحية كاملة		وجبات غذائية ناقصة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	
جيدة	98	88,3	13	11,7	111	100	
حسنة	174	74	61	26	235	100	
متوسطة	87	48,3	93	51,7	180	100	
مزرية	5	6,8	69	93,2	74	100	
المجموع	364	60,7	236	39,3	600	100	

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يقدمن وجبات غذائية صحية كاملة وهذا بنسبة 60.7% مقابل 39.3% تقدمن وجبات غذائية ناقصة .

و عند ادخال متغير تقييم الوضع المعيشي تبين لنا ان المبحوثات اللواتي صرحن ان وضعهن المعيشي جيد يقدمن وجبات صحية لاطفالهن بنسبة 88.3% ، مقابل 11.7% تقدمن وجبات ناقصة في حين المبحوثات اللواتي صرحن ان وضعهن المعيشي حسن يقدمن وجبات صحية لاطفالهن بنسبة 74% مقابل 26% يقدمن وجبات ناقصة .

أما المبحوثات اللواتي صرحن ان وضعيتهن المعيشية متوسطة فإنهن يقدمن وجبات غذائية ناقصة وهذا بنسبة 51.7% مقابل 48.3% يقدمن وجبات صحية كاملة. في حين المبحوثات اللواتي صرحن أن وضعيتهن المعيشية مزرية ، فإنهن يقدمن وجبات غذائية ناقصة بنسبة 93.2% مقابل 6.8% يقدمن وجبات غذائية كاملة.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين الوضع المعيشي للأسرة و الاغذية المقدمة للطفل . وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 154.712 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 7.815 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

فكلما كانت الاسرة في وضعية معيشية جيدة كلما صرحت بانها تقدم وجبات غذائية صحية للطفل فلقد صرحت بعض المبحوثات انهن تقدمن للطفل كل شئ من مأكولات و فواكه و عصائر حتى تكون له بنية سليمة ، وتضمن بخلط اغذية متنوعة حتى يستفيد منها جميعا وليس هناك وقت محدد للاكل فكلما طلب الطفل شئ قدم له في الحال .

فارتفاع المستوى المعيشي في ظل انخفاض الوعي الصحي بمخاطر التخلي عن النظام الغذائي الصحي يعتبر خطأ كبير تقع فيه اسر كثيرة من هذا النوع يدفع ثمنه الطفل ، وتترتب عواقبه على جميع افراد الاسرة .

فالطفل يحتاج إلى اكلات صحية تناسب كل مرحلة عمرية ، فمثلا لا يجب البدء في ادخال الاكل للطفل إلا ابتداء من نهاية الشهر السادس من عمره و هذا لحكمة ان جهازه الهضمي قبل هذه الفترة يكون غير مكتمل ، وتقديم وجبات قبل هذا التاريخ يجهد الجهاز الهضمي وقد تظهر اعراض هذا لاحقا.

اما المبحوثات اللواتي تعشن اوضاع صعبة ، فهن تجدن صعوبة في احضار كل ما يلزم الطفل من مأكولات ، وقد نجدها تقدم نوع واحد من الاكل للطفل دون تنوع في الوجبات ، وهذا ايضا يوقع الطفل في العديد من الامراض كالهزال و مرض الإسقربوط و العشى الليلي ، إذا فالوضعية المعيشية للأسرة تعتبر عامل مهم في تحديد المستوى الصحي للطفل.

الجدول رقم (81): توزيع افراد العينة حسب تقييم المبحوثة لوضعها المعيشي و نوع الماء المقدم للطفل

نوع الماء الوضع المعيشي		ماء الحنفية		ماء مغلي		ماء معدني		أخرى		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة حسنة متوسطة مزرية المجموع	جيدة	20	18	34	30,6	56	50,5	1	0,9	111	100
	حسنة	66	28,1	58	24,7	86	36,6	25	10,6	235	100
	متوسطة	72	40	43	23,9	32	17,8	33	18,3	180	100
	مزرية	33	44,6	15	20,3	9	12,2	17	23	74	100
	المجموع	191	31,8	150	25	183	30,5	76	12,7	600	100

نلاحظ من خلال الجدول ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي تستعملن مياه الحنفية لاطفالهن الاقل من خمس سنوات وهذا بنسبة 31.8% ، مقابل 12.7% يستعملن مياه من مصادر مختلفة .

وعند ادخال متغير المستوى المعيشي للأسرة لمعرفة تاثير هذا الاخير على المياه المستعملة للطفل تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن ان مستواه المعيشي متوسط و مزري واضبن على الإتجاه العام بالنسب التالية على التوالي : 40% و 44.6% .

في حين نجد المبحوثات اللواتي صرحن ان وضعيتهن المعيشية حسنة و جيدة ، يستعملن مياه معدنية بالنسب التالية على التوالي 36.6% و 50.5%.

وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 76.140 عند درجة حرية 9 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 16.919 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

من خلال التحليل يتبين أن المستوى المعيشي الجيد يحفز الاسرة على استعمال المياه المعدنية لانها تعتبر اقل خطورة من مياه الحنفية او مياه من مصادر اخرى ، فالاسر الميسورة الحال لا تجد صعوبة في اقتنائها .

اما الاسر المنخفضة المستوى المعيشي فقلما تستعمل هذه المياه لكلفتها ، لذلك فهي تستعمل الماء المغلي وهذه الحالة نجدها عند المبحوثات اللواتي هن واعيات بالمشاكل المترتبة من تلوث المياه. او نجدها تستعمل مباشرة مياه الحنفية فهي سواء تجهل ما قد تسببه هذه المياه على صحة الطفل ، او عدم اكتراثها بالامر وهذا لإنشغالها بامور اخرى .

فلقد صرحت بعض المبحوثات اللواتي يعشن اوضاعا صعبة ،انه ليس لهن الوقت الكافي لتحضير الماء المغلي دائما للطفل ، و ان ماء الحنفية لا يقتل فهو ايضا معالج.

الجدول رقم (82): توزيع أفراد العينة حسب تقييم المبحوثة لوضعها المعيشي و نوع الأواني التي يعد فيها طعام للطفل

نوع الأواني		أواني من الألمنيوم		أواني من الإنكس inox		أخرى		المجموع	
الوضع المعيشي		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة		44	39,6	58	52,3	9	8,1	111	100
حسنة		155	66	56	23,8	24	10,2	235	100
متوسطة		154	85,6	11	6,1	15	8,3	180	100
مزرية		63	85,1	1	1,4	10	13,5	74	100
المجموع		416	69,3	126	21	58	9,7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يستعملن اواني الالومنيوم في إعداد الطعام بنسبة 69.3% مقابل 21% يستعملن اواني الإنكس ، مقابل 9.7% يستعملن أواني من نوع اخر .

وعند ادخال متغير الوضع المعيشي ، لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع الاواني المستعملة لإعداد طعام الطفل ، تبين ان المبحوثات اللواتي وضعيتهن المعيشية متوسطة و مزرية حافظن على الإتجاه العام للجدول ، أي استعمال اواني الالومنيوم لإعداد طعام الطفل بالنسب التالية على التوالي : 85.6% و 85.1% . في حين نجد ان المبحوثات اللواتي وضعيتهن المعيشية حسنة و جيدة يستعملن أواني الإنكس بالنسب التالية على التوالي : 23.8% و 52.3% .

فمن خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة بين متغير الوضع المعيشي للأسرة و نوع الاواني التي يحظر فيها اكل الطفل ، بدليل انه عند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 154.712 عند درجة حرية 6 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 12.592 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين. فالوضع المعيشي الجيد للأسرة يمكن ان نلاحظه من خلال نوع الاواني التي يحظر أو يقدم فيها الاكل.

ففي بعض الحالات تستعمل هذه الاسر اواني من النحاس او الإنكس أو اواني اخرى باهضة الثمن دون ان تعي ربة البيت فائدتها او خطورتها على الصحة بشكل عام و صحة الطفل بشكل خاص ، وهذا ما التمسناه عند فئة من المبحوثات.

و لقد لاحظنا ان هناك فئة صغيرة لها دراية ببعض هذه الامور ، فهي تستعمل اواني صحية لإعداد الطعام كالإنكس و الطين و النحاس ، وتحايد وبدرجة كبيرة اواني الالومنيوم و البلاستيك من المنزل للآثر الذي تتركه على صحة الطفل.

و يبقى استعمال الالومنيوم و بنسبة كبيرة ، خاصة عند ذوات الوضع المعيشي المنخفض وهذا لاسعارها المنخفضة من جهة ولانها لا تتكسر من جهة اخرى و لعدم اقتناعها بالاضرار التي تخلفها هذه الاواني على الصحة ، وقالت البعض منهنّ : " إذا كان الالومنيوم و البلاستيك خطير ، فلماذا يباع في الاسواق و بكثرة وفي العلن ؟ ".

فمن خلال هذا الكلام استخلصنا أن عامل الجودة لاياخذ بعين الاعتبار عند شراء مستلزمات البيت ، فالاواني الغير المكلفة هي التي لها اقبال كبير رغم خطورتها ، والباعة لا يهتمهم الامر ولا يكثرثون فحتى هم غير ملمون بهذه الامور إلاّ البعض منهم.

الجدول رقم (83): العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و اختيار لعب الأطفال

المجموع		حالة اخرى		ذات النوعية الجيدة		الجاذبة		اختار الغير مكلفة		اختيار لعب الأطفال الوضع المعيشي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	111	1,8	2	60,4	67	27,9	31	9,9	11	جيدة
100	235	2,6	6	35,3	83	20	47	42,1	99	حسنة
100	180	4,4	8	16,1	29	2,2	4	77,2	139	متوسطة
100	74	24,3	18	2,7	2	0	0	73	54	مزرية
100	600	5,7	34	30,2	181	13,7	82	50,5	303	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يشتريان اللعب الغير مكلفة بنسبة 50.5% مقابل 5.7% يتحصلن على اللعب بطرق اخرى، أي كما اشرنا إليها مسبقا من امدادات الاهل و الاقارب او الجيران و المحسنين من ذوي القلوب الرحيمة.

وعند ادخال متغير الوضعية المعيشية للأسرة لمعرفة تأثير هذه الأخيرة على كيفية اختيار لعب الأطفال تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن ان وضعيتهن المعيشية متوسطة و مزرية واطبن على الاتجاه العام للجدول وبنسب عالية وهي على التوالي 77.2% و 73% .

وهذا الإنخفاض الطفيف يقابله ارتفاع النسبة عند اللواتي صرحن انهن لا تشتريان لعب لاطفالهن وإنما تتحصلن عليها بطرق اخرى (كما هو موضح اعلاه) فهن لا تفكرن اصلا في هذه الامور لانه يعتبر من الكماليات بالنسبة لهن .

في حين نجد ان المبحوثات اللواتي صرحن أن وضعيتهن المعيشية جيدة يخترن لاطفالهن اللعب ذات النوعية الجيدة بنسبة 60.4% ، كما نجد نسبة معتبرة عند ذوات المستوى المعيشي الحسن ممن أدلين بنفس التصريح وهذا ب 35.3%.

و عند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 241.891 عند درجة حرية 9 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 16.919 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

من خلال هذا الجدول يتبين ان الاسر التي وضعها المعيشي جيد او حسن تهتم بنوع الالعاب المقدمة للطفل ، فهي تحرص على ان تقدم لاطفالها اللعب ذات النوعية الجيدة لتعكس الوضع الذي تعيشه احيانا دون ادراك او وعي بالاططار التي تتركها اللعب على صحة الطفل فإقتناء هذا النوع من اللعب هو من اجل التباهي لا غير عند معظمهن ، أما بعض المبحوثات من نفس المستوى المعيشي فهن واعيات بمخاطر اللعب على الاطفال و لا تشتريان إلا التي توفرت فيها الشروط الصحية .

أما انخفاض المستوى المعيشي فيعتبر عائق امام البعض لانه يحدد خياراتهم حتى ولو كانوا ملمين وذوي ثقافة صحية لذلك نجدهم يبتعدون كل البعد عن هذه الامور إلا إذا تيسر لهم الامر احيانا ، أما البعض الاخر من نفس المستوى المعيشي المنخفض فلا يكثرثون ، ويقبلون على الالعب الغير مكلفة التي لا تتوفر فيها الشروط الصحية فلا تريد إلا العناية للاطفال ولاولياؤهم.

الجدول رقم (84) : العلاقة بين الوضعية المعيشية للأسرة و الامتثال لرغبات الطفل

الامتثال لرغبات الطفل		ألبي له الرغبة		أمتنع		في بعض الأحيان		المجموع	
الوضع المعيشي		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة		35	31,5	19	17,1	57	51,4	111	100
حسنة		87	37	36	15,3	112	47,7	235	100
متوسطة		31	17,2	55	30,6	94	52,2	180	100
مزرية		1	1,4	49	66,2	24	32,4	74	100
المجموع		154	25,7	159	26,5	287	47,8	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن تمتثلن لرغبات أطفالهن في بعض الاحيان وهذا بنسبة 47.8% مقابل 25.7% ممن صرحن انهن تلبين كل رغبات اطفالهن . وعند ادخال متغير الوضعية المعيشية لمعرفة تأثير هذه الأخيرة على الامتثال لرغبات الطفل تبين لنا ان المبحوثات اللواتي وضعيتهن المعيشية مزرية تمتنعن عن تلبية رغبات اطفالهن فيما يخص كل الاشياء المصنعة ذات الاشكال و الالوان والمذاقات التي تبهر اعين الناظرين .

في حين نجد المبحوثات اللواتي وضعيتهن المعيشية متوسطة و حسنة و جيدة واضبن على الإتجاه العام للجدول ، أي الإمتثال لرغبات الطفل في بعض الاحيان بالنسب التالية على التوالي : 52.2% و 47.7% و 51.4%.

وعند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 99.960 عند درجة حرية 6 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدرت ب 12.592 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين. من خلال هذا التحليل يتبين لنا كلما كان الوضع المعيشي للأسرة جيد كلما زاد امتثالها لتلبية رغبات أطفالها دون مراعاة نوع المواد المقدمة للطفل .

فالإشهار ببعض المواد يساهم في إقبال الأسر لشراء هذا المنتج ، فالسعر المرتفع يترجم بجودة المنتج . فالصانع يتحایل بالمنتج ، بشكله و بغلافه ويخفي من وراء ذلك المواد السمية المضافة له. اما الأسر المنخفضة الوضع المعيشي فقلما نجدها تمتثل لرغبات أطفالها ، إذ تكتفي بشراء ما هو ضروري لأطفالها.

المبحث الثاني : اختبار مدى تأثير المسكن و خصائصه على دور الاسرة في تقديم الرعاية الصحية لاطفالها الاقل من خمس سنوات

1 - تأثير نوع المسكن على دور الاسرة في تقديم الرعاية الصحية للاطفال

الجدول رقم (85): العلاقة بين نوع المسكن و مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل

المجموع		لا اواجه		نعم اواجه		مواجهة صعوبات نوع المسكن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	76	7,9	6	92,1	70	فيلا
100	321	15,9	51	84,1	270	شقة
100	145	2,8	4	97,2	141	بيت تقليدي
100	52	5,8	3	94,2	49	بيت قصديري
100	6	0	0	100	6	شيء آخر
100	600	10,7	64	89,3	536	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يواجهن مشاكل و صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل و هذا بنسبة 89.3% مقابل 10.7% لا يواجهن صعوبات.

وعند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على مدى مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل تبين انه مهما كان نوع السكن فتصريحات المبحوثات لم تغير من الاتجاه العام للجدول ألا وهو مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل، بالنسبة التالية على التوالي 97.2% عند اللواتي تسكن في بيت تقليدي و 94.2% عند اللواتي تسكن بيت قصديري ، و 100% عند اللواتي تسكن مساكن اخرى كأقبية العمارات و الشاليهات .. الخ . وبنسبة 92.1% عند اللواتي تسكن فيلات و 84.1% عند اللواتي تسكن شقق، في حين نجد ان المبحوثات اللواتي صرحن انهن لا تعترضهن مشاكل اثناء تقديم الرعاية الصحية فنسبتهم تبقى ضئيلة و متقاربة عند مختلف السكنات بمتوسط حسابي يقدر ب 6.5%.

وعند حساب كا2 وجدناها تقدر بـ 21.338 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدت بـ 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين .

وعند حساب قيمة هذه العلاقة، قمنا بحساب معامل التوافق (ق) قدرت قيمته بـ 0.18 ومنه نقول أن العلاقة ضعيفة بين نوع المسكن و مواجهة صعوبات في تقديم صعوبات في الرعاية الصحية للأطفال.

فنوع السكن و موقعه و استخدامه و الخدمات المتوفرة له و الجوار لها تأثير على صحة الإنسان الجسدية و العقلية و النفسية ، فكثيرا ما تواجه الاسر عراقيل تحدد امكانية حصولها على سكن لائق واهمها القدرة المادية ، وتتداخل عوامل جغرافية و اجتماعية و سياسية و غيرها مما يؤدي إلى حرمان الفئات الفقيرة و المعدومة من السكن ، ويؤدي هذا إلى نشوء الاحياء الفقيرة المكتظة كالبيوت القصدية والنتيجة هنا وخيمة يدفع ثمنها الاطفال خاصة ، فكثيرا ما تكون حالتهم الصحية متدهورة و الجدول التالي يبين ذلك :

الجدول (86): العلاقة بين نوع المسكن و الحالة الصحية للطفل

الحالة الصحية		كثير المرض		نادرا ما يصيبه مرض		المجموع	
نوع المسكن		ك	%	ك	%	ك	%
فيلا		45	59,2	31	40,8	76	100
شقة		189	58,9	132	41,1	321	100
بيت تقليدي		105	72,4	40	27,6	145	100
بيت قصديري		48	92,3	4	7,7	52	100
شيئ آخر		5	83,3	1	16,7	6	100
المجموع		392	65,3	208	34,7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن كثيري المرض وهذا بنسبة 65.3% مقابل 34.7% نادرا ما يصابون بامراض.

وعند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على الحالة الصحية للطفل ، تبين ان جميع افراد عينتنا واطبن على الإتجاه العام للجدول ، اي ان اطفالهن كثيري المرض ، لكن نسبة الإصابة بالمرض تزيد عند اللواتي تقمن في مسكن تقليدي وقصديري و مساكن اخرى بالنسب التالية على التوالي : 72.4% ، 92.3% ، 83.3% .

أما المبحوثات اللواتي تقمن في فيلات و شقق فنسبة الإصابة بالمرض تقل عندهن ، حيث بلغت 59.2% عند اللواتي تقمن في فيلات و 58.9% عند اللواتي تقمن في شقق.

إذا فالعلاقة واضحة بين نوع السكن و الحالة الصحية للطفل ، فعند حساب كا2 وجدناها تقدر بـ 27.936 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية فقدت بـ 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين و منه ترفض فرضية العدم أو الاستقلال و نقول ان هناك علاقة بين المتغيرين .

فالسكن الجيد يساهم بقدر كبير في تقديم الرعاية الصحية اللازمة للطفل ، خاصة عندما تتوفر فيه كل الشروط مثل توفر الحماية من الحر و البرد و الرطوبة و الضوضاء و يتمتع بالتهوية الجيدة كما يراعي المسكن الصحي خلوه من المخاطر التي تسبب الحوادث المنزلية لأفرادها خاصة الاطفال منهم، الشيء الذي يزرع الإطمئنان عند الام على سلامة طفلها وعلى مكان لعبه.

ما المساكن التي لا تحتوي على شروط العيش الصحي الكريم ، كالمساكن الفوضوية و المساكن الضيقة التي تعاني من الإزدحام و قلة التهوية تنتشر فيها بسهولة الامراض التنفسية مثل التدرن ، كما تتسبب في النقيحات الجلدية و الإصابة بالجرب و القمل .

فهذا النوع من المساكن لا يجلب إلا العناء لأصحابه ، لانه يفتقر للامان ، فالاسرة في ظل هذه الظروف السيئة لا تستطيع تقديم الرعاية اللازمة لاطفالها.

كما قد يحدد نوع المسكن طريقة التعامل مع مرض الطفل في حالة المرض ، والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (87) : العلاقة بين نوع المسكن و كيفية التصرف مع مرض الطفل

التصرف مع مرض الطف		توجهت مباشرة إلى الطبيب		أعطيته بعض المسكنات		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		اشتريت له دواء من الصيدلي		أخرى		المجموع	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
31	40,8	16	21,1	25	32,9	4	5,3	0	0	0	0	76	100
144	44,9	87	27,1	70	21,8	16	5	4	1,2	321	100		
39	26,9	21	14,5	80	55,2	4	2,8	1	0,7	145	100		
7	13,5	7	13,5	32	61,5	4	7,7	2	3,8	52	100		
1	16,7	2	33,3	3	50	0	0	0	0	6	100		
222	37	133	22,2	210	35	28	4,7	7	1,2	600	100		
فيلا		شقة		بيت تقليدي		بيت قصديري		شيء آخر		المجموع			

من خلال الجدول نلاحظ ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن مباشرة إلى الطبيب عند مرض الطفل بنسبة 37% مقابل 1.2% صرحن انهن يتصرفن بأشياء أخرى عند مرض الطفل مثل اعطائه دواء معروف لديها سواء جريته هي او احد جيرانها مثلا لحالة تشبه حالة طفلها .

وعند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على كيفية تصرف المبحوثة مع مرض الطفل تبين ان المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات و شقق يواظبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 40.8% و 44.9%، مقابل 5.3% اشتريتن له دواء من الصيدلي مباشرة ، أما 1.2% فاستعملت أشياء أخرى.

في حين نجد المبحوثات اللواتي صرحن انهن تسكن في بيت تقليدي او قصديري او شيء آخر فإنهن تستعملن الوصفات الشعبية في العلاج بالنسب التالية على التوالي : 55.2% ، 61.5% 50% مقابل 0.7% صرحن انهن تستعملن وسيلة أخرى للعلاج من اللواتي تسكن في بيت تقليدي و 3.8% تستعملن نفس الوسيلة من اللواتي تقمن في بيت قصديري، أما 16.7% من اللواتي تسكن مساكن أخرى فإنهن تتوجهن مباشرة إلى الطبيب.

وعند حساب كا2 وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 78.444 عند درجة حرية 16 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 26.296 . دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن و تصرف المبحوثة مع مرض الطفل.

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.34 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة قليلا بين المتغيرين.

فالمبحوثات اللواتي تسكن في مساكن محترمة و تتوفر فيها كل شروط العيش الصحي الكريم تساهم دون شك و بقدر كبير في المحافظة على صحة أطفالها فامتلاك الأسرة لأجهزة سمعية و بصرية و لوسيلة نقل واتصالها بالانترنت مثلا... الخ كلها أشياء تساهم في اتخاذ القرار المناسب حول كيفية التعامل مع مرض الطفل ، فالأسرة التي لا تملك وسيلة نقل تجد صعوبات كبيرة في عملية التنقل خاصة إذا كانت المؤسسة الإستشفائية بعيدة من مقر السكن .

كما تساعد الوسائل السمعية البصرية على اثناء الرصيد المعرفي لأفراد الأسرة خاصة من خلال البرامج و الحصص التي تقدم نصائح و توجيهات حول مسائل صحية عديدة ، كما تساهم شبكة الانترنت بشكل كبير في اعطاء استفسارات وحلول و نصائح لكل مشكلة صحية قد تصيب الفرد فاعلم الأسر في الوقت الحالي موصولة بالتكنولوجيا الحالية ، الشيء الذي ساعدها على فهم الأمراض وكيفية التعامل معها أيضا.

لكن رغم هذا لا تزال العديد من الأسر تعيش تحت خط الجهل ، فالمبحوثات اللواتي تسكن في بيوت قصديرية تتعاملن مع مرض الطفل بإعطائه بعض المسكنات أو بالطرق و الوصفات الشعبية ، وان اقتضى الامر حتى اعطائه بعض الطلاسيم ضانة في ذلك انها ستجلب الشفاء للطفل كما هو موضح في الجدول أعلاه ، وهذا إن دل على شيء فهو يدل على محدودية ثقافة المبحوثة عن المشاكل التي قد تتجر من هذه التصرفات على حياة الطفل.

الجدول رقم (88) : العلاقة بين نوع المسكن و منطقة السكن على كيفية التصرف مع مرض الطفل

نوع المسكن / مكان الإقامة		التصرف مع مرض		توجهت مباشرة إلى الطبيب		أعطيته بعض المسكنات		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		اشتريت له دواء من الصيدلي		أخرى		المجموع	
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
فيلا	منطقة حضرية	4	44,4	3	33,3	2	22,2	0	0	0	0	0	0	9	100
	منطقة ريفية	27	40,3	13	19,4	23	34,3	4	6	0	0	0	0	67	100
	المجموع	31	40,8	16	21,1	25	32,9	4	5,3	0	0	0	0	76	100
شقة	منطقة حضرية	144	45,6	87	27,5	65	20,6	16	5,1	4	1,3	316	100		
	منطقة ريفية	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	5	100		
	المجموع	144	44,9	87	27,1	70	21,8	16	5	4	1,2	321	100		
بيت تقليدي	منطقة حضرية	4	44,4	2	22,2	3	33,3	0	0	0	0	9	100		
	منطقة ريفية	35	25,7	19	14	77	56,6	4	2,9	1	0,7	136	100		
	المجموع	39	26,9	21	14,5	80	55,2	4	2,8	1	0,7	145	100		
بيت قصديري	منطقة حضرية	7	13,7	7	13,7	31	60,8	4	7,8	2	3,9	51	100		
	منطقة ريفية	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100		
	المجموع	7	13,5	7	13,5	32	61,5	4	7,7	2	3,8	52	100		
شيء آخر	منطقة حضرية	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100		
	منطقة ريفية	0	0	2	40	3	60	0	0	0	0	5	100		
	المجموع	1	16,7	2	33,3	3	50	0	0	0	0	6	100		
المجموع	منطقة حضرية	160	41,5	99	25,6	101	26,2	20	5,2	6	1,6	386	100		
	منطقة ريفية	62	29	34	15,9	109	50,9	8	3,7	1	0,5	214	100		
	المجموع	222	37	133	22,2	210	35	28	4,7	7	1,2	600	100		

و للتأكد فيما إذا كان متغير نوع السكن تأثيره كلي ام جزئي على تصرف المبحوثة مع مرض الطفل ادخلنا متغير اخر الا وهو مكان إقامة المبحوثة ومنه نلاحظ أن المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية 44% من منطقة حضرية و 40.3% من منطقة ريفية

في حين نجد المبحوثات اللواتي تسكن في شقة و تقمن في منطقة حضرية يتوجهن بالطفل مباشرة إلى الطبيب بنسبة 45.6% ، اما المبحوثات اللواتي تسكن في منطقة ريفية فإنهن صرحن أنهن يقدمن للطفل بعض الوصفات الشعبية بنسبة 100%. في حين نجد المبحوثات اللواتي تسكن في بيت تقليدي وهن من منطقة حضرية فنسبة 44.4% منهن تتوجهن مباشرة إلى الطبيب ، مقابل 56.6% من اللواتي يسكن في منطقة ريفية قدمن للطفل بعض الوصفات الشعبية.

اما المبحوثات اللواتي تسكن في بيت قصديري ، وهن من منطقة حضرية فإن 60.8% منهن صرحن انهن قدمن للطفل بعض الوصفات الشعبية ، مقابل 100% من اللواتي أدلين بنفس التصريح تسكن في منطقة ريفية ، كما نلاحظ انه رغم الظروف التي تعرفها المساكن القصديرية ، إلا أن النسبة التي تظهر في الجدول من اللواتي تتوجهن مباشرة إلى الطبيب كلها من منطقة حضرية و تقدر بـ 13.7%.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان منطقة السكن تآثر على تصرف المبحوثة مع مرض الطفل ، فكلما كانت المبحوثة تنتمي إلى منطقة حضرية كلما زاد احتمال توجيهها إلى الطبيب عند مرض الطفل ، وهذا يعود لعدة اعتبارات كالقرب المكاني للمستشفى عن مكان اقامة المبحوثة ، فتنقل الاسرة بالطفل إلى الطبيب لا يتطلب عناء و تكلفة كبيرة خاصة عندما لا تتوفر وسيلة نقل مناسبة.

الجدول رقم (89): العلاقة بين نوع السكن و مدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أخذته في الحال		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		مدة ترك الطفل في حالة المرض نوع السكن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	76	40,8	31	21,1	16	26,3	20	11,8	9	0	0	فيلا
100	321	44,9	144	12,8	41	22,1	71	18,7	60	1,6	5	شقة
100	145	26,9	39	44,1	64	17,2	25	11	16	0,7	1	بيت تقليدي
100	52	13,5	7	46,2	24	25,0	13	15,4	8	0	0	بيت قصديري
100	6	16,7	1	50	3	0	0	33,3	2	0	0	شيئ آخر
100	600	37	222	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1	6	المجموع

من خلال قراءة هذا الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن بالطفل مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% ، مقابل 1% تركن الطفل ليوم واحد فقط.

وعند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على مدة ترك الطفل في حالة المرض تبين ان المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات و شقق حافظن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 40.8% و 44.9% ، مقابل 11.8% تركن الطفل لمدة يومان ، اللواتي تسكن في فيلات و 1.6% تركن الطفل لمدة يوم واحد اللواتي تسكن في شقق، أما المبحوثات اللواتي تسكن في بيوت تقليدية و قصديرية أو شيء آخر ، فإنهن تتركن اطفالهن لمدة اكثر من ثلاثة ايام في حالة المرض بالنسب التالية على التوالي : 44.1% و 46.2% و 50%.

فمن خلال هذا التحليل يتبين ان نوع السكن ياثّر في مدة ترك الطفل في حالة المرض ، و الدليل على ذلك انه عند حساب كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 82.367 عند درجة حرية 16 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 26.296 ، ليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن و مدة ترك الطفل في حالة المرض .

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.34 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة قليلا بين المتغيرين.

ولمعرفة ما إذا كان تايثير نوع السكن كلي ام جزئي على مدة ترك الطفل في حالة المرض ، ادخلنا متغير اخر و هو منطقة السكن كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (90): العلاقة بين نوع السكن ومكان الإقامة و مدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أخذته في الحال		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		مدة ترك الطفل في حالة المرض	
												مكان الإقامة	نوع السكن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	9	44,4	4	0	0	11,1	1	44,4	4	0	0	منطقة حضرية	فيلا
100	67	40,3	27	23,9	16	28,4	19	7,5	5	0	0	منطقة ريفية	
100	76	40,8	31	21,1	16	26,3	20	11,8	9	0	0	المجموع	
100	316	45,6	144	12,7	40	22,2	70	18	57	1,6	5	منطقة حضرية	شقة
100	5	0	0	20	1	20	1	60	3	0	0	منطقة ريفية	
100	321	44,9	144	12,8	41	22,1	71	18,7	60	1,6	5	المجموع	
100	9	44,4	4	11,1	1	0	0	44,4	4	0	0	منطقة حضرية	بيت تقليدي
100	136	25,7	35	46,3	63	18,4	25	8,8	12	0,7	1	منطقة ريفية	
100	145	26,9	39	44,1	64	17,2	25	11	16	0,7	1	المجموع	
100	51	13,7	7	45,1	23	25,5	13	15,7	8	0	0	منطقة حضرية	بيت قصديري
100	1	0	0	100	1	0	0	0	0	0	0	منطقة ريفية	
100	52	13,5	7	46,2	24	25	13	15,4	8	0	0	المجموع	
100	1	100	1	0	0	0	0	0	0	0	0	منطقة حضرية	شيئ آخر
100	5	0	0	60	3	0	0	40	2	0	0	منطقة ريفية	
100	6	16,7	1	50	3	0	0	33,3	2	0	0	المجموع	
100	386	41,5	160	16,6	64	21,8	84	18,9	73	1,3	5	منطقة حضرية	المجموع
100	214	29	62	39,3	84	21	45	10,3	22	0,5	1	منطقة ريفية	
100	600	37	222	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1	6	المجموع	

فمن خلال ملاحظة هذا الجدول يتبين أن المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات من منطقة حضرية هن اللواتي لا يضيعن وقت في اخذ الطفل إلى الطبيب وهذا ب 44.4% مقابل 40.3% عند اللواتي تسكن في فيلات من منطقة ريفية .

في حين نجد ان المبحوثات اللواتي تسكن في شقق من منطقة حضرية تاخذن الطفل في حال مرضه إلى الطبيب بنسبة 45.6% ، مقابل 60% من المبحوثات تتركن الطفل لمدة يومان في حالة المرض من منطقة ريفية .

أما المبحوثات اللواتي تسكن بيوت تقليدية من منطقة حضرية فتتساوى نسبة اللواتي تاخذن أطفالهن في الحال إلى الطبيب و اللواتي تتركن الطفل يومان في حالة المرض بنسبة 44.4% مقابل 46.3% ممن تتركن الطفل أكثر من ثلاثة ايام في حالة المرض من منطقة ريفية.

في حين نجد المبحوثات اللواتي تسكن بيوت قصديرية من منطقة حضرية ، تتركن الطفل لمدة أكثر من ثلاثة ايام في حالة المرض بنسبة 45.1% مقابل 100% ممن تتركن الطفل في حالة المرض من منطقة ريفية.

فمن خلال هذا التحليل نستنتج ان مكان الإقامة يؤثر على مدة ترك الطفل في حالة المرض .فكلما كانت الاسرة تنتمي لمنطقة ريفية كلما قل توجهها للطبيب في بداية مرض الطفل وهذا لعدة اعتبارات اكثرها حسب تصريح المبحوثات هو البعد المكاني عن المراكز الإستشفائية و عدم توفر وسيلة نقل تمكن الاسرة من التنقل بالطفل إلى المستشفى ، ضف إلى ذلك مشكل الطرقات الذي تعاني منه هذه المناطق.

اما عن القطاع الذي اختير كوجهة للعلاج فهو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (91): العلاقة بين نوع السكن و نوع القطاع الاستشفائي الذي يفضل التوجه إليه

القطاع الاستشفائي		القطاع العمومي		القطاع الخاص		المجموع	
نوع السكن		ك	%	ك	%	ك	%
فيلا		50	65,8	26	34,2	76	100
شقة		197	61,4	124	38,6	321	100
بيت تقليدي		133	91,7	12	8,3	145	100
بيت قصديري		49	94,2	3	5,8	52	100
شيئ آخر		4	66,7	2	33,3	6	100
المجموع		433	72,2	167	27,8	600	100

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يتوجهن للقطاع العمومي بنسبة 72.2% ، مقابل 27.8% يتوجهن للقطاع الخاص.

و عند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة تأثير هذا الاخير نوع القطاع المتوجه إليه في حالة المرض تبين أن المبحوثات اللواتي تسكن في بيت تقليدي و قصديري تتوجهن إلى القطاع العام بنسب كبيرة تقدر على التوالي : 91.7% ، 94.2% ، أما أعلى نسب التوجه للقطاع الخاص ، فكانت عند المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات و شقق أو شيء آخر بالنسب التالية على التوالي: 34.2% ، 38.6% ، 33.3%.

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 60.470 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن واختيار القطاع الإستشفائي .وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.30 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين ، اما معامل كارمر فقدر ب 0.31.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان كلما كان للمبحوثات مسكن جيد كلما كان اتجاهها نحو القطاع الخاص وهذا طبعا لعدة اعتبارات هرووبا من مشاكل القطاع العام من اكتضاض وسوء استقبال ، وهذه الحالة وجدناها عند اللواتي لهن فيلات او شقق محترمة ، فرغم توجههن للقطاع العام إلا ان نسبتهن منخفضة مقارنة بالآخرات.

اما عن اسباب اختيارهن للقطاع الخاص فهذا لإعتبارات ذكرناها في الجدول 43 من خصائص العينة مثل تقديم خدمات افضل و الإستقبال الجيد و تقادي الإنتظار و امور اخرى كالإهتمام بالعلاقات بين المريض و الطاقم الطبي .

اما المبحوثات اللواتي تقمن في بيت تقليدي او قصديري فإن توجههن للقطاع العام يكون بنسب عالية ، فلا خيار لهن .فهن يفضلن القطاع لإعتبارات عديدة (انظر الجدول 42) كتوفير العتاد الصحي و الإمكانيات البشرية و مجانية العلاج و امور اخرى ، كقرب المؤسسة الإستشفائية من مقر الإقامة أو وجود علاقات مع العاملين في القطاع مما يسهل العلاج ويقلل من كثرة الإنتظار .

الجدول رقم (92) : العلاقة بين نوع السكن و الوجبات المقدمة للأطفال

الوجبات المقدمة		وجبات غذائية صحية كاملة		وجبات غذائية ناقصة		المجموع	
نوع السكن		ك	%	ك	%	ك	%
فيلا		62	81,6	14	18,4	76	100
شقة		242	75,4	79	24,6	321	100
بيت تقليدي		54	37,2	91	62,8	145	100
بيت قصديري		4	7,7	48	92,3	52	100
شيء آخر		2	33,3	4	66,7	6	100
المجموع		364	60,7	236	39,3	600	100

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تقدمن لأطفالهن وجبات غذائية صحية كاملة ، وهذا ب 60.7% مقابل 39.3% تقدمن وجبات غير صحية .

وعند إدخال متغير نوع السكن لمعرفة هل هناك علاقة تجمعهما ، وجدنا أن المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات تقدمن غذاء صحي لأطفالهن بنسبة 81.6% مقابل 18.4% تقدمن وجبات غير صحية ، أما المبحوثات اللواتي تسكن في شقق فإنهن تقدمن وجبات صحية وهذا ب 75.4% مقابل 24.6% تقدمن وجبات غذائية ناقصة.

أما المبحوثات اللواتي تسكن في بيت تقليدي فإنهن تقدمن وجبات غذائية ناقصة وهذا ب 62.8% مقابل 37.2% تقدمن وجبات غذائية كاملة ، أما المبحوثات اللواتي تسكن في بيت قصديري فإنهن تقدمن وجبات غذائية ناقصة للطفل وهذا ب 66.7% مقابل 7.7% تقدمن وجبات غذائية صحية كاملة أما المبحوثات اللواتي تسكن في مساكن أخرى فإنهن تقدمن لأطفالهن وجبات ناقصة وهذا ب 66.7% مقابل 33.3% تقدمن وجبات ناقصة.

من خلال هذه القراءة تبين لنا أنه كلما كان المسكن غير صحي كلما كان الاتجاه نحو تقديم الوجبات الغير صحية للطفل.

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 139.465 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن ونوع الوجبات المقدمة للطفل وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.43 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة قليلا بين المتغيرين .

فالمساكن التي لا نجد فيها شروط العيش الصحي نجد فيها نقائص كثيرة كقلة النظافة والتي تظهر من خلال عدم تمديد هذه المساكن بالمياه الصالحة للشرب أو عدم ايصالها بشبكات الصرف الصحي ، ففي هذه الظروف تتعرض الاغذية للكثير من الملوثات التي تكون خطر على الطفل تسبب له الكثير من الامراض كالإسهال .

فهذا الاخير يمثل البلاء الاكبر للاطفال ، ويزيد في الاحياء السكنية الفقيرة ، والموارد الغذائية المحددة ذات الحفظ السيئ و القذرة غالبا⁽¹⁾. وعند محاولة التعرف عن مدى الإهتمام بنظافة المواد الإستهلاكية كالمدة التي تترك فيها الخضار و الفواكه قبل تقديمها للطفل ، تحصلنا على الجدول التالي:

الجدول(93): العلاقة بين نوع المسكن و مدة ترك الخضار و الفواكه داخل الماء

المجموع		أتركها بضع دقائق		لا أتركها ، أغسلها و اقدمها مباشرة		مدة ترك داخل الماء نوع المسكن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	76	40,8	31	59,2	45	فيلا
100	321	54,2	174	45,8	147	شقة
100	145	29,7	43	70,3	102	بيت تقليدي
100	52	17,3	9	82,7	43	بيت قصديري
100	6	33,3	2	66,7	4	شيئ آخر
100	600	43,2	259	56,8	341	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن لا يتركن الخضار و الفواكه مدة في الماء ، بل تغسلها و تقدمها مباشرة بنسبة 56.8% مقابل 43.2% تتركها بضع دقائق.

و عند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة تاثير هذا الاخير على مدة ترك الخضار و الفواكه في الماء تبين لنا ان المبحوثات اللواتي تقمن في بيت تقليدي و بيت قصديري و في مساكن اخرى واطبن على الإتجاه العام للجدول وبنسب كبيرة ، وهي على التوالي 70.3 % ، 82.7% ، 66.7% . اما المبحوثات اللواتي تقمن في فيلات فلقد صرحن انهن تقدمن الخضار و الفواكه مباشرة ، لكن بنسبة نوعا ما اقل وهي 59.2%. اما المبحوثات اللواتي تقمن في شقق فإنهن تغسلن الخضار و الفواكه جيدا و تتركنها بضع دقائق بنسبة 54.2%.

من خلال هذا الجدول نلاحظ وجود علاقة بين نوع السكن ومدى نظافة المواد الإستهلاكية ، كمدة ترك الخضار و الفواكه في الماء . وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 41.319 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن و مدة ترك الخضار و الفواكه داخل الماء.

فهذا الجدول يدعم ما قلناه في الجدول السابق ، حيث المساكن في البيئات الفقيرة نجد افرادها لهم نوع من الإهمال ، ولا يكثرثون للامور الصحية ، وتقل عندهم النظافة . فحتى إذا ما غسلوا الخضار و الفواكه فقد يكون الماء المستعمل لذلك ملوث ، فما هو مصدره ؟ و كم دامت مدة تخزينه ؟

الجدول رقم (94): العلاقة بين نوع المسكن و نوعية الماء المقدم للطفل

نوعية الماء		ماء الحنفية		ماء مغلى		ماء معدني		أخرى		المجموع	
نوع المسكن		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
فيلا		19	25	24	31,6	20	26,3	13	17,1	76	100
شقة		84	26,2	86	26,8	140	43,6	11	3,4	321	100
بيت تقليدي		57	39,3	25	17,2	15	10,3	48	33,1	145	100
بيت قصديري		29	55,8	13	25	8	15,4	2	3,8	52	100
شيئ آخر		2	33,3	2	33,3	0	0	2	33,3	6	100
المجموع		191	31,8	150	25	183	30,5	76	12,7	600	100

من خلال الجدول يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحنّ أنهنّ تقدمن مياه الحنفية لأطفالهن وهذا ب 31.8% ، مقابل 12.7% فتقدمن مياه من مصادر مختلفة. وعند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة تأثير هذا الأخير على اختيار الماء المقدم للطفل نلاحظ ان المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات تقدمن لأطفالهن الماء المغلي بنسبة 31.6% ، مقابل 17.1% تقدمن مياه من مصادر أخرى.

فسبب استعمال الماء المغلي للمبحوثات اللواتي تسكن في فيلات خاصة المناطق الريفية ، راجع لمعانات هذه المناطق من قلة توزيع المياه الصالحة للشرب لها ، لذلك وللحفاظ على صحة أطفالها تعتمد على غلي الماء لقتل جميع الميكروبات التي يمكن ان تتواجد في الماء ، أما المبحوثات التي تسكن في شقق فلقد واطبن على الاتجاه العام للجدول بنسبة 43.6% مقابل 3.4% فتعتمد على مصادر أخرى للمياه.

أما المبحوثات اللواتي تسكنّ بيت تقليدي و بيت قصديري والمساكن الأخرى الغير مذكورة فإنهن تعتمدن على مياه الحنفية بالنسب التالية على التوالي : 39.3% ، و 55.8% و 33.3%.
ومنه كلما كان المسكن لائق محترم كلما زاد استعمال المياه المعدنية او الماء المغلي للأطفال حفاظا على سلامتهم.

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 141.066 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 21.026 ، دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن و الماء المستعمل لشرب الطفل و عند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.43 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

الجدول (95): العلاقة بين نوع السكن و الأواني المستعملة لإعداد الطعام.

الأواني المستعملة		أواني من الألمنيوم		أواني من الإنكس inox		أخرى		المجموع	
نوع السكن		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
فيلا		52	68,4	15	19,7	9	11,8	76	100
شقة		201	62,6	101	31,5	19	5,9	321	100
بيت تقليدي		109	75,2	9	6,2	27	18,6	145	100
بيت قصديري		49	94,2	1	1,9	2	3,8	52	100
شيء آخر		5	83,3	0	0	1	16,7	6	100
المجموع		416	69,3	126	21,0	58	9,7	600	100

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تستعملن أواني من الألمنيوم في إعداد الطعام وهذا ب 69.3% ، مقابل 9.7% تستعملن أواني من نوع آخر .

وعند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة هل له علاقة بنوع الأواني المستعملة لإعداد طبخ الطفل وجدنا انه مهما كان نوع السكن فالإتجاه واحد و هو استعمال اواني الألومنيوم بالنسب التالية على التوالي : 68.4% للواتي تسكن في فيلات و 62.6% للواتي تسكن شقق و 75.2% للواتي تسكن بيت تقليدي ، و 94.2% للواتي تسكن بيت قصديري ، و 83.3% للواتي تسكن في مساكن اخرى.

ومن جهة اخرى نلاحظ ان نسب استعمال اواني الإنكس inox تزيد كلما كانت المبحوثة تسكن في مساكن لائقة بالنسب التالية على التوالي 19.7% للواتي تسكن فيلات و 31.5% للواتي تسكن شقق و 6.2% للواتي تسكن بيت تقليدي ، و 1.9% للواتي تسكن بيت قصديري. إن الارتفاع الذي عرفته نسب استعمال الألمنيوم راجع إلى انخفاض أسعاره مقارنة بالأواني الأخرى .

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 68.995 عند درجة حرية 8 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 15.507 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن والواني المستعملة لطبخ الطفل . وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.32 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

الجدول (96) : العلاقة بين نوع السكن و مكان لعب الأطفال

مكان اللعب نوع السكن		في البيت او في الاماكن المخصصة للعب		في الحي		المجموع	
		%	ك	%	ك	%	ك
فيلا		46,1	35	53,9	41	76	100
شقة		74,1	238	25,9	83	321	100
بيت تقليدي		21,4	31	78,6	114	145	100
بيت قصديري		21,2	11	78,8	41	52	100
شيء آخر		33,3	2	66,7	4	6	100
المجموع		52,8	317	47,2	283	600	100

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أن مكان لعب أطفالهن هو في البيت أو الأماكن المخصصة لذلك وهذا بنسبة 52.2% ، مقابل 47.2% صرحن أن مكان لعب أطفالهن هو الحي.

وعند إدخال متغير نوع السكن لمعرفة مدى تأثيره على المكان المخصص للعب الأطفال وجدنا أن المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات المكان المخصص للعب أطفالهن هو الحي وهذا بنسبة 53.9% مقابل 46.1% يلعبن في البيت أو الأماكن المخصصة لذلك. أما المبحوثات اللواتي تسكن في شقق فكان لعب أطفالهن هو البيت أو الأماكن المخصصة لذلك وهذا بـ 74.1% ، مقابل 25.9% يلعبون في الحي .

أما المبحوثات اللواتي تسكن في بيت تقليدي أو بيت قصديري ، او حتى في المساكن الاخرى الغير مذكورة في الجدول فلقد صرحن انهن يبعثن باطفالهن للعب في الخارج بالنسب التالية على التوالي : 78.6% و 78.8%، و 66.7%.

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر بـ 139.323 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر بـ 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن والاوني المستعملة لطبخ الطفل .

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.43 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين ، اما معامل كارمر فقدر ب 0.48

فكما قلنا مسبقا أن أغلب المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات تقمن في الأرياف ، لذلك فهن تبعثن الاطفال اللعب في مقربة من المسكن، وفي أغلب الأحيان تتسم هذه الإحياء بالنظافة ، وقلما نجد غريب بينهم.

أما المبحوثات اللواتي تسكن في شقق ، فاغلبهن تفضلن أن يلعب أطفالهن أمام اعينهن رغم ضيق المسكن خوفا عليهم ، فالمدينة أحياءها غير نظيفة في معظم الأحيان و مملوءة بالغرباء .

أما المبحوثات اللواتي تسكن بيوت قصديرية فلا خيار لهن ، فاغلب الأسر تبعث بأطفالها اللعب في الحي رغم التلوث الذي تشهده هذه الإحياء ، إذ تنعدم فيها شروط الحياة الصحية.

ولمعرفة هل متغير نوع السكن هو الوحيد الذي يؤثر على مكان لعب الاطفال ، ادخلنا متغير آخر وهو عدد الغرف في المسكن ، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (97): العلاقة بين نوع السكن و عدد الغرف وعلاقته بمكان لعب الأطفال :

مكان لعب أطفالك		في البيت او في الاماكن المخصصة للعب		في الحي		المجموع	
تويع السكن	عدد الغرف في المسكن	ك	%	ك	%	ك	%
فيلا	غرفة واحدة	14	70	6	30	20	100
	غرفتين	6	40	9	60	15	100
	ثلاث غرف	7	33,3	14	66,7	21	100
	أربع غرف	2	33,3	4	66,7	6	100
	خمس غرف فأكثر	6	42,9	8	57,1	14	100
	المجموع	35	46,1	41	53,9	76	100
شقة	غرفة واحدة	66	59,5	45	40,5	111	100
	غرفتين	35	61,4	22	38,6	57	100
	ثلاث غرف	132	90,4	14	9,6	146	100
	أربع غرف	5	71,4	2	28,6	7	100
	خمس غرف فأكثر	0	0	0	0	0	0
	المجموع	238	74,1	83	25,9	321	100
بيت تقليدي	غرفة واحدة	0	0	3	100	3	100
	غرفتين	7	23,3	23	76,7	30	100
	ثلاث غرف	20	22	71	78	91	100
	أربع غرف	4	19	17	81	21	100
	خمس غرف فأكثر	0	0	0	0	0	0
	المجموع	31	21,4	114	78,6	145	100
بيت قصديري	غرفة واحدة	0	0	2	100	2	100
	غرفتين	11	22,4	38	77,6	49	100
	ثلاث غرف	0	0	1	100,0	1	100
	أربع غرف	0	0	0	0	0	0
	خمس غرف فأكثر	0	0	0	0	0	0
	المجموع	11	21,2	41	78,8	52	100
شيئ آخر	غرفة واحدة	0	0	0	0	0	0
	غرفتين	2	66,7	1	33,3	3	100
	ثلاث غرف	0	0	3	100	3	100
	أربع غرف	0	0	0	0	0	0
	خمس غرف فأكثر	0	0	0	0	0	0
	المجموع	2	33,3	4	66,7	6	100

المجموع		في الحي		في البيت او في الاماكن المخصصة للعب		مكان لعب أطفالك	
%	ك	%	ك	%	ك	تعدد السكن	عدد الغرف في المسكن
100	20	30	6	70	14	غرفة واحدة	فيلا
100	15	60	9	40	6	غرفتين	
100	21	66,7	14	33,3	7	ثلاث غرف	
100	6	66,7	4	33,3	2	أربع غرف	
100	14	57,1	8	42,9	6	خمس غرف فأكثر	
100	76	53,9	41	46,1	35	المجموع	
100	111	40,5	45	59,5	66	غرفة واحدة	شقة
100	57	38,6	22	61,4	35	غرفتين	
100	146	9,6	14	90,4	132	ثلاث غرف	
100	7	28,6	2	71,4	5	أربع غرف	
0	0	0	0	0	0	خمس غرف فأكثر	
100	321	25,9	83	74,1	238	المجموع	
100	3	100	3	0	0	غرفة واحدة	بيت تقليدي
100	30	76,7	23	23,3	7	غرفتين	
100	91	78	71	22	20	ثلاث غرف	
100	21	81	17	19	4	أربع غرف	
0	0	0	0	0	0	خمس غرف فأكثر	
100	145	78,6	114	21,4	31	المجموع	
100	2	100	2	0	0	غرفة واحدة	بيت قصديري
100	49	77,6	38	22,4	11	غرفتين	
100	1	100,0	1	0	0	ثلاث غرف	
0	0	0	0	0	0	أربع غرف	
0	0	0	0	0	0	خمس غرف فأكثر	
100	52	78,8	41	21,2	11	المجموع	
0	0	0	0	0	0	غرفة واحدة	شيء آخر
100	3	33,3	1	66,7	2	غرفتين	
100	3	100	3	0	0	ثلاث غرف	
0	0	0	0	0	0	أربع غرف	
0	0	0	0	0	0	خمس غرف فأكثر	
100	6	66,7	4	33,3	2	المجموع	
100,0	600	47,2	283	52,8	317	المجموع الكلي	

من خلال الجدول يتبين أن المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات ولهن غرفة واحدة ، فإن أطفالهن يلعبن في البيت أو الأماكن المخصصة وهذا بنسبة 70% مقابل 30% صرحن أن أطفالهن يلعبن في الحي ، وحتى ولو كان المسكن جماعي في الفيلات فهناك متنفس للعب الأطفال كحديقة المسكن مثلا ، أما اللواتي لهن غرفتين فصحن أن أطفالهن يلعبن في الحي وهذا ب 60% مقابل 40% يلعبن في البيت أو الأماكن المخصصة لذلك.

فالأطفال الذين يسكنون في فيلات لا يجدون مشكل في مكان اللعب وهذا لانتساع المسكن و وجود أماكن مخصصة فيه للعب الأطفال . وحتى وإن لعبوا في الخارج فهي أماكن نظيفة و آمنة في الكثير من الأحيان إذ لا نجد فيها غرباء.

أما المبحوثات اللواتي تسكن في شقق فإنه كلما كان لها متسع ، أي زيادة في عدد الغرف كان مكان لعب الأطفال هو البيت أو الأماكن المخصصة لذلك ، فالمبحوثات اللواتي لديهن ثلاث غرف و اربع غرف فإن مكان لعب الأطفال هو المسكن أو الأماكن المخصصة لذلك وهذا ب : 90.4% و 71.4% ، أما اللواتي لديهن غرفة واحدة فإن نسب مكان لعب الأطفال متقاربة سواء في البيت أو الأماكن المخصصة أو في الحي .

والملاحظ من هذا الجدول انه كلما كان البيت تقليدي أو قصديري أو مسكن آخر ، فإن مكان لعب الأطفال هو الحي وهذا ما تظهره النسب الموجودة في الجدول اعلاه.

ففي البيت التقليدي بلغت نسبة لعب الأطفال في الحي إلى 100% عند اللواتي عندهن غرفة واحدة مقابل 76.7% عند اللواتي لديهن غرفتين ، ونفس الشيء تقريبا عند اللواتي يسكن في بيت قصديري ومسكن آخر.

من خلال هذا التحليل يتبين ان نوع المسكن غير كافي لتحديد مكان لعب الأطفال ، فعدد الغرف في المسكن هي التي تحدد الطريق الأمثل لمكان لعب الأطفال.

فكلما زاد عدد الغرف في المسكن كلما كان مكان لعب الأطفال هو داخل المسكن أو الاماكن المخصصة لذلك ، وكلما قلّ عدد الغرف في المسكن كان مصير لعب الأطفال هو الحي او الشارع.

كما تبين لنا من خلال الجدول أن هناك نسبة هائلة من لديهم متسع في البيت وبيعن بأطفالهن للعب خارجا ، وهذا إن دلّ على شيء فهو يدلّ على قلة وعي و إدراك المبحوثات بالمخاطر التي يواجهها الطفل خارجا.

الجدول رقم (98): العلاقة بين نوع السكن و اختيار لعب الأطفال

اختيار اللعب		اختار الغير مكلفة		الاجابة		ذات النوعية الجيدة		حالة اخرى		المجموع	
نوع السكن		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
فيلا		41	53,9	12	15,8	22	28,9	1	1,3	76	100
شقة		108	33,6	64	19,9	138	43,0	11	3,4	321	100
بيت تقليدي		107	73,8	6	4,1	18	12,4	14	9,7	145	100
بيت قصديري		45	86,5	0	0	0	0	7	13,5	52	100
شيء آخر		2	33,3	0	0	3	50,0	1	16,7	6	100
المجموع		303	50,5	82	13,7	181	30,2	34	5,7	600	100

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام هو الإتجاه نحو اختيار اللعبة الغير مكلفة وهذا ب 50.5% ، مقابل 5.7% يختارن لاطفالهن لعب من نوع اخر .

و عند ادخال متغير نوع السكن لمعرفة تأثير هذا الإخير على اختيار لعب الاطفال وجدنا أنه مهما كان نوع السكن فالمبحوثات تختارن لاطفالهن اللعب الغير مكلفة بنسب متفاوتة وهي على التوالي : 53.9% عند اللواتي تسكن في فيلات ، 33.6% عند اللواتي تسكن في شقق ، 73.8% عند اللواتي تسكن في بيت تقليدي و 86.5% عند اللواتي تسكن بيت قصديري و 33.3% للواتي تسكن مساكن اخرى.

في حين تبلغ نسب اختيار اللعب ذات النوعية الجيدة عند المبحوثات اللواتي تسكن في فيلات ب 28.9% وعند اللواتي تسكن في شقق بنسبة 43% ، لتنخفض إلى 12.4% عند اللواتي تسكن بيت تقليدي و تنعدم عند اللواتي تسكن في بيت قصديري .

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 140.05 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع السكن و اقتناء لعب الاطفال .

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.43 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

من خلال الجدول نستنتج أن المبحوثات اللواتي تقمن في مكان واسع و وضعها المعيشي جيد نجدها تبالغ في شراء لعب لأطفالها ، وهذا لوجود مكان لوضع هذه اللعب وتوفر المساحة الكافية ل اللعب .

2- تأثير طبيعة المسكن على الرعاية الصحية للطفل

الجدول (99): العلاقة بين طبيعة المسكن و التصرف مع مرض الطفل

المجموع		أخرى		اشتريت له دواء من الصيدلي		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أعطيته بعض المسكنات		توجهت مباشرة إلى الطبيب		التصرف مع المرض
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	طبيعة المسكن
100	189	0,5	1	5,8	11	37	70	20,1	38	36,5	69	مسكن جماعي
100	239	0,8	2	3,8	9	36,4	87	20,9	50	38,1	91	مسكن فردي ملكية خاصة
100	116	1,7	2	3,4	4	18,1	21	30,2	35	46,6	54	مسكن فردي مستأجر
100	56	3,6	2	7,1	4	57,1	32	17,9	10	14,3	8	أخر
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن تتوجهن بأطفالهن مباشرة إلى الطبيب وهذا بنسبة 37% مقابل 1.2% قدمن له أشياء أخرى .

وعند ادخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على تصرف المبحوثة حيال مرض الطفل تبين أن المبحوثات اللواتي تسكن في مسكن جماعي تتعاملن مع مرض ابنائهن ببعض الوصفات الشعبية وهذا ب 37% مقابل 5.8% اشتريتن له دواء من الصيدلي ، مقابل 0.5% أعطينهن أشياء أخرى.

في حين أن المبحوثات اللواتي لديهن مسكن فردي ملكية خاصة ، ومسكن فردي مستأجر واطبن على الإتجاه العام للجدول وهذا بالنسب التالية على التوالي : 38.1% و 46.6% ، مقابل 0.85% من اللواتي تسكن مسكن فردي ملكية خاصة ، و 1.7% من اللواتي تسكن مسكن فردي مستأجر اعطين للطفل أشياء أخرى .

اما المبحوثات اللواتي تسكن مساكن اخرى كحالة البيوت القصديرية و اقبية العمارات ... الخ ،
فصرحن انهن يتعاملن مع مرض الطفل بالوصفات الشعبية في العلاج بنسبة 57.1% ، مقابل 3.6%
قدمن له اشياء اخرى.

من خلال هذه القراءة نلاحظ أن طبيعة المسكن لها تاثير على تصرف الاسرة مع مرض الطفل .
وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 38.800 عند درجة حرية 12 و مستوى
دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه
ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين طبيعة السكن والتعامل مع مرض الطفل . وعند حساب
مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.24 دليل على وجود علاقة
طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فكلما تحررت الأسرة من بعض القيود كالمسكن الجماعي (سواء العيش مع أهل الزوج او الزوجة)
وكان المسكن فردي أي حالة الأسرة النووية كلما قدمت رعاية أفضل لأطفالها ، وهذا ما يترجمه توجهها
المباشر إلى الطبيب وهذا لخوفها من تأزم حالة الطفل. فمع التغير الذي حلّ بالمجتمع أصبحت معظم
الزوجات متفتحات و مثقات في الكثير من المسائل خاصة ما يتعلق بصحة أطفالهن.

اما اتجاه الأسر التي تعيش مسكن فردي إلى طرق أخرى للعلاج ، كشراء دواء من الصيدلي مباشرة
او استعمال دواء معروف لديها ، و إعطاء بعض المسكنات راجع إلى انخفاض المستوى المعيشي
و المستوى التعليمي لهذه الأسر ، فاستعمال دواء ليس في محله أو زيادة عدد الجرعات دون مراعاة وزن
الطفل فسوف يعرض الطفل لتسممات تكلف الأسرة الكثير.

أما في حالة العيش الجماعي فكثيرا ما تتدخل الحماة وتفرض رأيها على الأم الشابة في مسائل
عديدة بما فيها صحة أطفالها ، وبحكم تجربتها قد تتصحها بإتباع طرق تقليدية في العلاج ، الشيء
الذي يؤخرها من التوجه المباشر للطبيب ، الطريقة التقليدية في العلاج هي المستعملة بكثرة و تحظى
بشعبية كبيرة خاصة في أوساط الأسر الممتدة التي نجدها تعلي من قيمة التجارب السابقة للأجداد⁽¹⁾.

(1) - علياء شكري و اخرون : مرجع سابق ، ص199.

و لكن وبالإلحاح فبنية جسم الطفل الضعيفة لا تتحمل كل هذه التجارب ، فالحالة المرضية في بدايتها تكون بسيطة ، لكن سوف تتعقد و تتأزم إن لم تلقى العناية و العلاج الفوري.

ولمعرفة ما إذا كان تأثير طبيعة المسكن كلي أم جزئي على تصرف المبحوثة مع مرض الطفل ادخلنا متغير آخر وهو منطقة الإقامة كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (100): العلاقة بين طبيعة المسكن و مكان الإقامة على تصرف المبحوثة مع مرض الطفل

المجموع		أخرى		أشترت له دواء من الصيدلي		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أعطيته بعض المسكنات		توجهت مباشرة إلى الطبيب		التصرف مع مرض طبيعة مكان المسكن الإقامة	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	129	0,8	1	7,8	10	33,3	43	22,5	29	35,7	46	منطقة حضرية	مسكن جماعي
100	60	0	0	1,7	1	45	27	15	9	38,3	23	منطقة ريفية	
100	189	0,5	1	5,8	11	37	70	20,1	38	36,5	69	المجموع	
100	94	1,1	1	2,1	2	10,6	10	28,7	27	57,4	54	منطقة حضرية	مسكن فردي ملكية خاصة
100	145	0,7	1	4,8	7	53,1	77	15,9	23	25,5	37	منطقة ريفية	
100	239	0,8	2	3,8	9	36,4	87	20,9	50	38,1	91	المجموع	
100	115	1,7	2	3,5	4	18,3	21	30,4	35	46,1	53	منطقة حضرية	مسكن فردي مستأجر
100	1	0	0	0	0	0	0	0	0	100	1	منطقة ريفية	
100	116	1,7	2	3,4	4	18,1	21	30,2	35	46,6	54	المجموع	
100	48	4,2	2	8,3	4	56,3	27	16,7	8	14,6	7	منطقة حضرية	أخر
100	8	0	0	0	0	62,5	5	25	2	12,5	1	منطقة ريفية	
100	56	3,6	2	7,1	4	57,1	32	17,9	10	14,3	8	المجموع	
100	386	1,6	6	5,2	20	26,2	101	25,6	99	41,5	160	منطقة حضرية	المجموع
100	214	0,5	1	3,7	8	50,9	109	15,9	34	29	62	منطقة ريفية	
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع	

من خلال الجدول نلاحظ أن المبحوثات اللواتي تسكن في مساكن جماعية من منطقة حضرية حافظن على الاتجاه العام للجدول بنسبة 35.7% ، أما المبحوثات اللواتي تسكن منطقة ريفية فتعاملهن مع مرض الطفل يكون بالطريقة الشعبية في العلاج بنسبة 45%.

في حين نجد المبحوثات اللواتي تسكن مساكن فردية سواء خاصة او مستأجرة من منطقة حضرية واطبن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 57.4% و 46.1% ونفس الاتجاه بنسبة 100% مع اللواتي تسكن في مسكن فردي مستأجر من منطقة ريفية (وهي حالة واحدة صرحت بها إحدى المبحوثات ، ففي المناطق الريفية قلما نجد بيوت للاستئجار ، أما المبحوثات اللواتي تسكن في منطقة ريفية و تسكن في مسكن فردي ملكية خاصة ، فتعاملها مع مرض الطفل يكون بالطريقة الشعبية في العلاج بنسبة 53.1%.

ونفس الملاحظة مع المبحوثات اللواتي تسكن في مساكن اخرى (كاللواتي لهن بيوت فوضوية او يسكن في اقبية العمارات او الشاليهات ... الخ) ، فمهما كان مكان الإقامة (منطقة حضرية او ريفية) فتعاملهن مع مرض الطفل يكون بالطريقة الشعبية في العلاج بالنسب التالية على التوالي : 56.3% و 62.5%. فمن خلال هذا التحليل نستنتج ان مكان الإقامة هو الآخر يؤثر على تقديم الرعاية المثلى للأطفال ، فالطبيعة الإيكولوجية هي الأخرى تلعب دور في تدعيم و تفضيل الطب الشعبي ، وهذا لتوفر بعض الخدمات الطبيعية كالأعشاب الطبية بسعر رخيص إلى جانب وجود فئة المعالجين الشعبيين (رسمي و غير رسمي) لديهم الخبرة في استخدام الأعشاب و الوصفات الشعبية و بعض التفسيرات لعلاج الأمراض⁽¹⁾.

وحسب الدراسة التي قامت بها سناء الخولي عن الأسرة ، تبين ان معظم الزوجات الشابات في المناطق الحضرية يعشن بعيدا عن أمهاتهن ، الأمر الذي يعوق الاستعانة بهن و استشارتهن ، كما ان بعد درجة الثقافة و التعليم بين الأم و الابنة في معظم الأحيان يدفع الزوجات على الاستعانة بمختصين (أطباء) في حل المشاكل التي تعترضها أثناء تربية الأطفال⁽²⁾.

(1) - نفس المرجع ، ص 334.

(2) - سناء الخولي : مرجع سابق ، ص 293.

الجدول (101): العلاقة بين طبيعة المسكن و مدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		أخذته في الحال		مدة ترك الطفل في حالة المرض
												طبيعة المسكن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	189	27	51	22,8	43	13,2	25	0,5	1	36,5	69	مسكن جماعي
100	239	27,2	65	18,4	44	14,6	35	1,7	4	38,1	91	مسكن فردي ملكية خاصة
100	116	3,4	4	25	29	24,1	28	0,9	1	46,6	54	مسكن فردي مستأجر
100	56	50	28	23,2	13	12,5	7	0	0	14,3	8	آخر
100	600	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1	6	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي اخذن الطفل في الحال إلى الطبيب في حالة المرض بنسبة 37% مقابل 24.7% تركن الطفل اكثر من ثلاثة ايام في حالة المرض ، مقابل 1% تركن الطفل ليوم واحد .

و عند ادخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على المدة التي ترك فيها الطفل في حالة المرض تبين أن المبحوثات اللواتي تسكن في مسكن جماعي و مسكن فردي ملكية خاصة و مسكن فردي مستأجر واطين على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 36.5% و 38.1% و 46.6% مع ارتفاع واضح في نسبة اللواتي تتركن الطفل لمدة أكثر من ثلاثة ايام بنسبة متساوية للواتي تسكن مسكن جماعي و مسكن فردي ملكية خاصة تقدر ب 27.2% ، مع انخفاض محسوس عند اللواتي تسكن مسكن فردي مستأجر تقدر ب 3.4%.

في حين نجد المبحوثات اللواتي أطلقت كلمة اخرى على طبيعة مساكنهن ، فإنهن يتركن الطفل اكثر من ثلاثة ايام مع المرض بنسبة 50% ، ويتوجهن بالطفل في الحال إلى الطبيب بنسبة 14.3%.

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 58.022 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين طبيعة السكن و مدة ترك الطفل مع المرض .وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.29 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فالمبحوثات اللواتي تقمن في مساكن فردية كثيرا ما يكون لديها اهتمام افضل فيما يخص صحة اطفالهن ، بدليل انه عند محاولة معرفة اسباب التوجه المباشر إلى الطبيب ، كما هو موضح في الجدول (66) صرحت اغلب المبحوثات ان ذلك راجع إلى خوفهن من تازم الحالة المرضية للطفل ، أو ان تكون وراء الحالة المرضية حالة خفية .

كما قد يكون التوجه المباشر إلى الطبيب نتيجة تجربة قاسية عاشتها الام كحدوث حالة وفاة او إعاقة احد اطفالهن ، او لعدم وضع الثقة في الوسائل التقليدية في العلاج ، كما قد يكون متفهما للام الخروج من البيت في بعض الحالات ، حتى وإن كان الأمر مجرد نزلة برد خفيفة. أما تاخر المبحوثة عن اخذ الطفل إلى الطبيب فهو مرتبط بالظروف التي تعيشها اسر المبحوثات ، و الجدول التالي يوضح لنا ذلك :

الجدول رقم (102): العلاقة بين طبيعة المسكن و اسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب في حالة مرض الطفل

المجموع		أخرى		كنت أنتظر منه الشفاء فكثر الادوية غير منصوحة للطفل		تكاليف العلاج و الدواء		عدم امتلاك وسيلة نقل		البعد المكاني		اسباب عدم التوجه إلى الطبيب
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	طبيعة المسكن
100	120	9,2	11	37,5	45	33,3	40	3,3	4	16,7	20	مسكن جماعي
100	148	10,8	16	28,4	42	8,8	13	12,8	19	39,2	58	مسكن فردي ملكية خاصة
100	62	8,1	5	72,6	45	11,3	7	8,1	5	0	0	مسكن فردي مستأجر
100	48	8,3	4	0	0	54,2	26	35,4	17	2,1	1	أخر
100	378	9,5	36	34,9	132	22,8	86	11,9	45	20,9	79	المجموع

ملاحظة: " 378 " لا يمثل حجم عينتنا ، و إنما تمثل حجم المبحوثات اللواتي لا تتوجهن مباشرة إلى الطبيب في حال مرض الطفل.

من خلال الجدول نلاحظ ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان أسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب هو تقادي تقديم الأدوية للطفل قدر المستطاع وهذا بـ 34.9 مقابل 9.5% راجع لأسباب أخرى غير ظاهرة في الجدول والتي تتمثل في عدم الانتساب للضممان الاجتماعي مثلا و إلى الحجم الكبير للأسرة و عدم السماح للزوجة بالخروج عند غياب الزوج .

وعند ادخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثير هذا الأخير على اسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب ، تبين ان المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن جماعي و مسكن فردي مستاجر واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 37.5% و 72.6% ، مقابل 9.2% من اللواتي تقمن في مسكن جماعي ارجعن اسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب إلى اسباب أخرى ، مقابل نسبة متساوية تقدر بـ 8.1% ممن ارجعن اسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب من اللواتي تقمن في مسكن فردي مستاجر إلى اسباب أخرى و إلى عدم امتلاك وسيلة نقل.

اما المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن أخرى فارجعن اسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب إلى تكلفة العلاج و الدواء بنسبة 54.2% مقابل 2.1% راجع على البعد المكاني . فمن خلال هذا التحليل نستنتج ان طبيعة المسكن لها علاقة بأسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب في حال مرض الطفل .

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر بـ 163.845 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر بـ 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين طبيعة السكن والتعامل مع مرض الطفل . وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.55 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

فالمبحوثات اللواتي تقمن في مساكن جماعية كما هو الحال في الاسر الممتدة ، قلما تتوجه مباشرة إلى الطبيب ، لانها تتقيد في اول الامر بتجارب كبيرات السن . كما تنهون الاسر ذات المستوى المعيشي المنخفض في اخذ اطفالها إلى الطبيب في حال ظهور اعراض المرض ونجدها في مقابل ذلك تبحث عن طرق غير مكافئة للتخفيف من الم اطفالها نتيجة الحرمان الذي تعيشه من كل الجوانب ، كإنخفاض دخلها و عدم امتلاكها وسيلة نقل و بعدها عن المراكز الإستشفائية... الخ ، فالطبيب تضعه في المرتبة الأخيرة . اما عن الوجهة المختارة للعلاج فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول (103): العلاقة بين طبيعة المسكن و اختيار القطاع الإستشفائي

المجموع		القطاع الخاص		القطاع العمومي		القطاع الإستشفائي طبيعة المسكن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	189	24,3	46	75,7	143	مسكن جماعي
100	239	26,8	64	73,2	175	مسكن فردي ملكية خاصة
100	116	46,6	54	53,4	62	مسكن فردي مستأجر
100	56	5,4	3	94,6	53	آخر
100	600	27,8	167	72,2	433	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي تتوجهن للقطاع العام بنسبة 72.2% مقابل 27.8% يتوجهن للقطاع الخاص.

وعند ادخالنا لمتغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على القطاع الذي يفضل التوجه إليه في حالة مرض الطفل تبين ان المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن جماعي ،ومسكن فردي ملكية خاصة و المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن فردية اخرى واطبن الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 75.7% و 73.2% و 94.6% . في حين نجد ان نسبة المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن مستأجر وتفضلن القطاع العام انخفضت إلى 53.4% مقابل 46.6% تفضلن القطاع الخاص.

من خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة بين طبيعة المسكن و نوع القطاع المفضل ، وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 35.600 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 7.815 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين طبيعة السكن و اختيار القطاع الإستشفائي. وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.23 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

من خلال هذا الجدول نستنتج ان المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن جماعي ، و مسكن فردي ملك خاص تفضلن التوجه للقطاع العام بحكم قرب المستشفى والقطاعات الصحية العمومية من مقر سكنهم ، ضف إلى ذلك التكاليف الباهضة للقطاع الخاص .

أما المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن فردي مستاجر ، ففضلنّ التوجه للقطاع الخاص بنسبة اكبر وذلك إنما يعود لإرتفاع المستوى المعيشي لهذه الاسر وطبعها ، فهي لا تتحمل مشاكل الإزدحام الموجودة في المستشفيات و اشكال الإستقبال التي تعتبر كعامل نفور من هذه القطاعات .

في حين نجد المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن اخرى فهن تفضلن القطاع العمومي بكل عيوبه لإنخفاض مستواه المعيشي ، الذي لا يسمح لهن بدفع تكاليف العلاج في اماكن اخرى.

الجدول (104): العلاقة بين طبيعة المسكن و نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل

المجموع		وجبات غذائية ناقصة		وجبات غذائية صحية كاملة		نوع الوجبات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	189	39,7	75	60,3	114	مسكن جماعي
100	239	39,7	95	60,3	144	مسكن فردي ملكية خاصة
100	116	12,9	15	87,1	101	مسكن فردي مستأجر
100	56	91,1	51	8,9	5	آخر
100	600	39,3	236	60,7	364	المجموع

من خلال هذا التحليل يتبين ان طبيعة المسكن تآثر على نوع الوجبات المقدمة للطفل ، وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 96.734 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 7.815 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين طبيعة السكن والتعامل مع مرض الطفل .

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.37 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين ، اما معامل كارمر فقد ب 0.40.

فالأسرة في المساكن الجماعية كثيرا ما تقوم بخلط انواع من الاغذية وهذا اتباعا لوصفات قدمتها لها أمها أو الحماة أو شخص آخر ظنا منها انها ستعمل على تقوية جسم الطفل ، إلا ان هذا سيخلف أضرار للطفل .

فالغذاء الصحي هو الغذاء المتوازن والذي يوافق كل مرحلة عمرية من حياة الطفل ، فالإفراط في تقديم بعض الأغذية عن الحد المطلوب والخلط الذي لا يعتمد على مقاييس صحية سيخلف انزعاجات للطفل ويؤدي به إلى البدانة في نهاية المطاف ، والتي تعتبر هي الأخرى بوابة الأمراض .

ونفس الملاحظة عند الأسر التي تسكن مسكن فردي ملكية خاصة ، فهذه الأسر في غالب الأحوال اسر ميسورة الحال لذا نجدها تكثر في خلط مجموعات غذائية و الإفراط فيها دون مراعاة المقاييس الصحية أيضا ، ضف إلى ذلك استهلاكها المفرط للمواد المصنعة ضنا منها انها ستفيد الطفل ، لكن عدم الإلمام بشروط الأكل الصحي يعتبر مشكل العصر الحالي حيث أوقع العديد من الأطفال في العديد من الأمراض.

كما قد لاتستطيع الام في حالة المساكن الجماعية التحكم في الغذاء الصحي للطفل ، ففي الكثير من الحالات ، أفراد المسكن قد يقدمون للطفل اشياء غير صحية كالإكثار من الحلويات ، أو اشياء مصنعة اخرى نزولا عند رغبته ، أو قد يراها عند احدهم ، فلا يهدا حتى يحصل عليها .

وبالتالي فالإلتزام بقواعد الغذاء الصحي يجب ان يعمم على كل الافراد المحيطين بالطفل حتى لا تكون انزلاقات تضر بصحته.

الجدول (105): علاقة طبيعة المسكن باختيار مكان لعب الاطفال

المجموع		في الحي		في البيت او في الاماكن المخصصة للعب		مكان لعب الاطفال طبيعة المسكن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	189	44,4	84	55,6	105	مسكن جماعي
100	239	53,6	128	46,4	111	مسكن فردي ملكية خاصة
100	116	24,1	28	75,9	88	مسكن فردي مستأجر
100	56	76,8	43	23,2	13	أخر
100	600	47,2	283	52,8	317	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن يلعبن في البيت او الاماكن المخصصة بنسبة 52.8% ، مقابل 47.2% صرحن ان اطفالهن يلعبن في الحي .

وعند ادخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تاثير هذا الاخير على مكان لعب الاطفال تبين ان المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن جماعي و مسكن فردي مستأجر واطين الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 55.6% و 75.4% .في حين نجد المبحوثات اللواتي لهن مسكن فردي ملكية خاصة و مساكن اخرى فإنهن يبعثن اطفالهن إلى الحي للعب بالنسب التالية على التوالي : 53.6% و 76.8%.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين طبيعة المسكن و مكان لعب الاطفال ، والدليل على ذلك انه عند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 48.879 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 7.815 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين طبيعة السكن ومكان لعب الاطفال .

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.27 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين اما معامل كارمر فيساوي 0.28.

من خلال هذا التحليل يتبين لنا ان الاسرة في المساكن الفردية المستاجرة هي الاكثر حرصا على اختيار مكان لعب الاطفال ، وهذا يعود لعدة اعتبارات ككونهم اناس غرباء عن الحي و إلى عدم وجود شخص كبير يمكن ان تامله على طفلها او لتلوث المحيط الخارجي .

اما الاسرة في حالة المساكن الفردية ذات الملكية الخاصة ، فتزيد عندها قليلا اللواتي تبغث باطفالهن للعب في الخارج خصوصا إذا كان هناك شخص كبير يحرصهم او إذا كانت تعاني من ضيق المسكن .

فبسبب الإزدحام في المسكن و ضيقه يلجأ الاطفال إلى الشوارع و كثيرا ما يشجعهم ابائهم على ذلك تخلصا من مضايقاتهم فينطلقون للعب فيها دون رقابة من احد (1).

وكما هو معروف ان الشارع لا يصلح إطلاقا لان يكون مكانا للعب لاعتبارات صحية و ذوقية وجمالية و خلقية فهم بذلك يتعرضون لأخطار الأتربة و القذارة و الميكروبات و الامراض ، كما يتعرضون لأصحاب السوء و حوادث المواصلات ، وإلى عمليات الاختطاف التي تعددت أغراضها كما هو مشاع في الوقت الحالي .

أما الاسر في المساكن التي سميتها بأخرى (فوضوية- اقبية عمارات – شاليهات ..) فلا خيار عندها ، فليس هناك متسع للعب الاطفال ، ضف على ذلك مشكل الرطوبة العالي في هذه المساكن الناتج عن قلة التهوية ، وإلى الحشرات التي تخرج من الشاليهات التي مضى عليها وقت طويل .فلقد صرحت العديد من المبحوثات اللواتي تسكن هذه الأماكن العبارة التالية :

"المكان الخارجي بكل المخاطر التي توجد فيه ارحم و أحسن من الأضرار التي قد تسببها هذه المساكن"

و لمعرفة ما إذا كان متغير طبيعة المسكن تأثيره كلي او جزئي على مكان لعب الأطفال الأقل من خمس سنوات ، أدخلنا متغير اخر وهو "عدد الأطفال في الأسرة " .كما هو موضح في الجدول التالي:

(1) - فوزية دياب : مرجع سابق، ص 137.

الجدول رقم (106): علاقة طبيعة المسكن و عدد الأطفال في الأسرة بمكان لعب الاطفال الاقل من خمس سنوات

المجموع		في الحي		في البيت او في الاماكن المخصصة للعب		مكان لعب أطفالك طبيعة المسكن	
%	ك	%	ك	%	ك	عدد الأطفال	
100	31	25,8	8	74,2	23	1-2	مسكن جماعي
100	128	45,3	58	54,7	70	3-4	
100	30	60	18	40	12	5 فأكثر	
100	189	44,4	84	55,6	105	المجموع	
100	22	50	11	50	11	1-2	مسكن فردي ملكية خاصة
100	134	40,3	54	59,7	80	3-4	
100	83	75,9	63	24,1	20	5 فأكثر	
100	239	53,6	128	46,4	111	المجموع	
100	8	0	0	100	8	1-2	مسكن فردي مستأجر
100	99	27,3	27	72,7	72	3-4	
100	9	11,1	1	88,9	8	5 فأكثر	
100	116	24,1	28	75,9	88	المجموع	
100	5	100	5	0	0	1-2	أخر
100	32	78,1	25	21,9	7	3-4	
100	19	68,4	13	31,6	6	5 فأكثر	
100	56	76,8	43	23,2	13	المجموع	
100	66	36,4	24	63,6	42	1-2	المجموع
100	393	41,7	164	58,3	229	3-4	
100	141	67,4	95	32,6	46	5 فأكثر	
100	600	47,2	283	52,8	317	المجموع	

من خلال هذا الجدول وإضافة إلى التحليل السابق يتبين أن المبحوثات اللواتي يقمن في مسكن جماعي و لهن من 1-2 طفل أو 3-4 اطفال واطبن على الإتجاه العام للجدول أي اللعب في البيت او الاماكن المخصصة لذلك بالنسب التالية على التوالي 74.2% و 54.7% . اما المبحوثات اللواتي لهن من خمسة اطفال فاكثر فاطفالهن يلعبن في الحي بنسبة اكبر تقدر ب 60% .

و نفس الملاحظة مع المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن فردي خاص ، فاللواتي لهن اقل من خمسة اطفال يفضلن ان يلعب اطفالهن في البيت او الاماكن المخصصة لذلك ، أما المبحوثات اللواتي يزيد عدد اطفالهن عن 5 اطفال فمكان لعبهم هو الحي وهذا بنسبة 75.9% .

أما المبحوثات اللواتي لهن مسكن فردي مستاجر فمهما ارتفع عدد الاطفال فمكان لعب هؤلاء هو البيت او الاماكن المخصصة لذلك .في حين نجد المبحوثات اللواتي يقمن في مساكن فردية اخرى ، فمهما كان عدد اطفالهن فمكان اللعب هو الحي بالنسب التالية 100% للواتي لهن من 1-2 طفل و 78.1% للواتي لهن من 3-4 اطفال و 68.4% للواتي لهن 5 اطفال فاكثراً .

من خلال هذا التحليل نستنتج أن ارتفاع عدد الاطفال في الاسرة يؤثر في بعض الحالات على مكان لعب الاطفال فكلما كانت الاسرة حجمها صغير كلما كان مكان اللعب هو البيت ، فالاسر التي تسكن في مساكن جماعية كحال الاسر الممتدة ، كثيراً ما نجدها تبعث باطفالها للعب خارجاً ، لكن عند ادخالنا متغير عدد الاطفال لاحظنا ان هناك تغير في الإتجاه ، فلم يعد متغير طبيعة المسكن هو المؤثر الوحيد وإنما خروجهم و بقائهم يتأثر بدرجة كبيرة بحجم هذه الاسرة ، فالاسر الممتدة القليلة من حيث عدد الافراد ، وخاصة إذا كان المسكن واسع نجد ان اطفالها يلعبون في المسكن تحت رقابة العائلة .

لكن حتى وإن كانت هذه الاسر نووية تسكن في مسكن ملك خاص كما هو موضح في الجدول وحجمها كبير فإنها تترك الاطفال يخرجون للعب في الحي وهذا لضيق المسكن في الكثير من الاحوال و لتوفير نوع من الهدوء في المنزل .

فمن خلال هذا التحليل نستنتج ان طبيعة المسكن ليست وحدها المؤثر الوحيد على مكان لعب الاطفال الاقل من خمس سنوات ، لكن خروجهم إلى الحي او بقائهم في المسكن يتأثر بحجم هذه الاسرة

كما رأينا من خلال هذا الجدول ان بعض المبحوثات صرحن ان طبيعة هذه المساكن تسببت في وقوع اطفالهن في العديد من الامراض ، فالام لاتستطيع ان تقدم الرعاية اللازمة لاطفالها في ظل هذه الظروف .فكما صرحت بعض المبحوثات " أنه لا رعاية في مكان ينعدم للامان " والجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك :

الجدول (107): علاقة طبيعة المسكن بدرجة تعرض الطفل للأمراض

المجموع		نادرا ما يصيبه مرض		كثير المرض		درجة تعرض الطفل للأمراض طبيعة المسكن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	189	29,6	56	70,4	133	مسكن جماعي
100	239	35,6	85	64,4	154	مسكن فردي ملكية خاصة
100	116	53,4	62	46,6	54	مسكن فردي مستأجر
100	56	8,9	5	91,1	51	آخر
100	600	34,7	208	65,3	392	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن كثيري المرض و هذا بنسبة 65.3% مقابل 34.7% نادرا ما يمرضون.

وعند ادخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على درجة تعرض الطفل للمرض تبين أن المبحوثات اللواتي يقمن في مسكن جماعي و مسكن فردي ملكية خاصة و اللواتي يقمن في مساكن اخرى واطبن على الإتجاه العام بالنسب التالية على التوالي : 70.4% ، 64.4% ، 91.1%.

في حين المبحوثات اللواتي يقمن في مساكن مستأجرة صرحن ان اطفالهن نادرا ما يتعرضون للمرض بنسبة 53.6%.

من خلال هذا التحليل نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين ، وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 36.648 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 7.815 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين طبيعة السكن ودرجة تعرض الطفل للمرض .

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل كارمر وجدناه يساوي 0.24 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

من خلال هذا التحليل نستنتج ان بعض الامراض تزيد في المساكن الجماعية ، مقارنة بالمساكن الفردية ، وهذا راجع لعامل العدوى ، فالام لا تستطيع حراسة طفلها كما يجب ، فهي لا تستطيع ان تفصله عن الاطفال الاخرين ، فلقد اكدت لنا بعض المبحوثات ان السبب الرئيسي لمرض اطفالهن هو عامل العدوى.

و احيانا اخرى الافراد في المساكن الجماعية يقدمون اشياء للطفل باردة او يفرطون في اعطائه اشياء اخرى كالحلويات وهذا نزولا عند رغبته ، و احيانا اخرى ودون قصد يتركون مواد التنظيف في متناول الاطفال او يفرغونها داخل قارورات ليست خاصة بتلك المادة كوضع ماء جافيل داخل قارورة الماء ، او يتركون الدواء في متناول الاطفال فبمجرد خطأ قد يتعرض الطفل لحالات تسمم خطيرة ولقد تكررت مثل هذه الحالات عند اكثر من مبحوثة .

اما ارتفاع النسبة قليلا عند المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن فردية خاصة فهذا راجع لجهل الامهات المبتدآت بالدرجة الاولى لميكانزمات التربية الصحية السليمة ، فلقد صرحت بعض المبحوثات انهن قدمن لاطفالهن بعض الاشياء لتهدئتهم خاصة فئة الاطفال الاقل من سنة دون احترام الجرعة المناسبة ، كما صرحت اخريات انهن قدمن لاطفالهن دواء انتهت مدة صلاحيته دون ان تنتبهن للامر خاصة حالة حجم الاسرة الكبير و تعدد المسؤوليات.

اما ارتفاع نسبة درجة التعرض للمرض عند اللواتي تقمن في المساكن المشار إليها بعبارة اخرى ، فتعود بالدرجة الاولى إلى خصائص هذه المساكن التي تنعدم فيها شروط الحياة الصحية بما في ذلك المحيط الخارجي ، لذلك التمسنا تدمير كبير لهذه الفئة من الاسر ، فالبينة المحيطة بالمسكن تآثر بدرجة كبيرة على صحة افرادها و خاصة الصغار منهم ، فهذه الامور تعتبر كحواجز تمنع الاسرة من اداء وظيفتها في رعاية اطفالها على اكمل وجه و الجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك .

الجدول رقم (108): علاقة طبيعة المسكن و البيئة المحيطة به و اهم الامراض المنتشرة في اوساط الاطفال

المجموع		أمراض أخرى		أمراض جلدية		أمراض مزمنة		مرض الالتهال		أمراض الربو و الحساسية		أمراض صدرية و تنفسية		اهم الامراض	
														طبيعة البيئة	المسكن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المحيطة	
100	20	15	3	5	1	30	6	5	1	25	5	20	4	محيط جيد	مسكن جماعي
100	169	8,9	15	9,5	16	17,8	30	18,3	31	12,4	21	33,1	56	محيط فيه نقائص	
100	189	9,5	18	9	17	19	36	16,9	32	13,8	26	31,7	60	المجموع	
100	57	12,3	7	5,3	3	15,8	9	17,5	10	8,8	5	40,4	23	محيط جيد	مسكن فردي
100	182	6	11	7,1	13	25,8	47	14,3	26	14,8	27	31,9	58	محيط فيه نقائص	ملكية
100	239	7,5	18	6,7	16	23,4	56	15,1	36	13,4	32	33,9	81	المجموع	خاصة
100	22	0	0	18,2	4	0	0	4,5	1	0	0	77,3	17	محيط جيد	مسكن فردي مستأجر
100	94	6,4	6	4,3	4	13,8	13	28,7	27	19,1	18	27,7	26	محيط فيه نقائص	
100	116	5,2	6	6,9	8	11,2	13	24,1	28	15,5	18	37,1	43	المجموع	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	محيط جيد	أخر
100	56	1,8	1	7,1	4	14,3	8	35,7	20	14,3	8	26,8	15	محيط فيه نقائص	
100	56	1,8	1	7,1	4	14,3	8	35,7	20	14,3	8	26,8	15	المجموع	
100	99	10,1	10	8,1	8	15,2	15	12,1	12	10,1	10	44,4	44	محيط جيد	المجموع
100	501	6,6	33	7,4	37	19,6	98	20,8	104	14,8	74	30,9	155	محيط فيه نقائص	
100	600	7,2	43	7,5	45	18,8	113	19,3	116	14	84	33,2	199	المجموع	

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن مصابون بامراض صدرية و تنفسية بنسبة 33.2% ، مقابل 7.2% مصابون بامراض اخرى.

وعند ادخال متغير طبيعة السكن لمعرفة تاثير هذا الاخير على امراض الاطفال تبين لنا ان المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن جماعي ومسكن فردي ملكية خاصة ، و مسكن فردي مستاجر واطبن على الإتجاه العام للجدول ، اي الإصابة بالامراض الصدرية و التنفسية بالنسب التالية على التوالي : 31.7% ، 33.9% ، 37.1% . اما المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن اخرى فاطفالهن يصابون بالإسهال بنسبة 35.7% .

ولمعرفة فيما اذا كان تاثير طبيعة المسكن كلي او جزئي على امراض الاطفال ، ادخلنا متغير اخر و هو خصائص البيئة المحيطة بالطفل .

ومن خلال الجدول تبين ان امراض الاطفال تزيد كلما كانت البيئة المحيطة بالمسكن فيها نقائص ، ففي حالات المساكن الجماعية ، فاللواتي صرحن ان المسكن تحيط به بيئة جيدة ، اطفالهن مصابون بامراض مزمنة بنسبة 30% في حين بلغت نسبة الإصابة بالامراض التنفسية 33.1% في البيئة المحيطة بالمساكن التي فيها نقائص .

اما المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن فردية ، ففي المحيط الجيد نجد 77.3% من الاطفال مصابون بامراض صدرية و تنفسية ، وتنخفض هذه النسبة إلى 27.7% في المساكن الفردية ذات المحيط الذي به نقائص ، وترتفع في المقابل نسب الإصابة بالإسهال لتصل إلى 28.7%.

أما المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن اخرى فغالبا المحيط السائد هو محيط تتعدم فيه شروط الحياة الصحية كما هو موضح في الجدول ، اما اعلى نسب الإصابة بالامراض فنجد مرض الإسهال في 35.7% و الامراض الصدرية و التنفسية ب 26.8%.

من خلال هذا التحليل نستنتج أن هناك بعض الامراض تتاثر بدرجة كبيرة بالبيئة المحيطة بالمسكن فالمساكن التي لا تتوفر على خصائص العيش الصحي السليم نجد ان اطفالها يصابون بكثرة بامراض الإسهال و الربو و الحساسية و أمراض جلدية مقارنة بالاطفال الذين يعيشون في مساكن تتوفر على متطلبات العيش الصحي السليم .

و منه نقول أن بعض المساكن تساعد في ظهور حالات مرضية اكثر من غيرها و حسب الموسوعة الصحية لبرنارد قارد : " أن انتشار المشاكل الصحية تكثر في ظروف السكن الصعبة ، فلقد تبين ان التغير البسيط في شروط السكن يستطيع أن يحسن كثيرا من وضع الصحة " (1).

(1) - برنارد قارد : موسوعة صحة الإنسان ، الصحة و البيئة ، دار الهدى للطباعة و النشر ، 1995، صص40-44.

فإذا كان المسكن غير مهوى مثلاً ، ولقد رأينا هذا المشكل عند 15.1% من افراد عينتنا من خلال الجدول رقم (6) من خصائص العينة ، فالاطفال معرضون لامراض مختلفة خاصة الصدرية و التنفسية و هذا لزيادة الرطوبة التي تتسبب في زرقة الجدران ، وانبعاث رائحة كريهة منهم ، خاصة في فصل الشتاء ، فالهواء هو العنصر الاساسي في ادامة الحياة و ان متوسط استهلاك الفرد من الهواء في اليوم الواحد يقارب 15 كيلوغرام⁽¹⁾ . فما بالك إذا كان المسكن غير مهوى و ملوث.

فالتعفنات التنفسية الحادة إلى جانب الإسهال السبب الاول لإصابة الطفل بالمرض و الوفاة ، فقد تبدوا الإصابة بهذه الامراض عادية عند الامهات ، في حين يمكنها ان تتطور و تتحول إلى امراض خطيرة يمكن تفاديها بسلوكات وقائية بسيطة.

كذلك إن رمي كمادات الاوساخ و تسرب قنوات الصرف الصحي ، يؤدي إلى جلب الحشرات الضارة و الهوام ، الشي الذي يؤدي إلى تكاثر الفيروسات و الميكروبات ، فعند ارتفاع درجة الحرارة تخرج من هذه الكمادات غازات سامة ، اما إذا لعب الاطفال بهذه المياه القذرة فهم معرضون لتسممات و مخاطر عديدة .

فالميكروبات تتسبب في حدوث عدة امراض و احيانا وفيات ، بحيث تدخل الجسم عن طريق الفم و الجلد و الأيدي الوسخة ، وتتواجد هذه الميكروبات في فضلات المصانع و فضلات الإنسان و الحيوان حيث ان 10 غرام من الفضلات يحوي أكثر من 20 مليار من الميكروبات ، و تنتقل هذه الميكروبات إلى الإنسان عن طريق الايدي الوسخة .

وتساهم هذه الميكروبات في نشر عدة امراض كالإسهال و الكوليرا و التيفوئيد و التهاب الكبد و امراض جلدية متنوعة⁽²⁾ . كذلك إن تلوث المجال الجوي المحيط بالمسكن يعد من اكبر الاخطار التي تؤدي إلى إصابة الاطفال بالامراض الصدرية و التنفسية و امراض الحساسية .

(1) - تالا قطيشات و اخرون : مبادئ في الصحة و السلامة العامة ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، ط1، 2002، ص83.

(2) - منظمة الامم المتحدة للطفولة (اليونيسف) : الدليل التواصلي في التربية الصحية ، مكتب المغرب ، المملكة المغربية ، وزارة الصحة ، ص 64

فلقد صرحت اغلب المبحوثات اللواتي تقمن بجوار مسكن السجائر بمنطقة باب الوادي ان معظم اطفالهم مصابون بالربو و مشاكل تنفسية حادة عديدة.

كما اشتكت اخريات تقمن بالقرب من منطقة واد السمار ان حرق النفايات في هذه المنطقة شكل تلوثا جويا كبيرا ، ويسبب هذا انزعاجات و مضايقات لسكان المنطقة من الناحية الصحية ، و حتى من حيث عرقلة السير للمواطنين.

كما اشتكت اخريات تقمن في ولاية عنابة من مشكل التلوث الناجم من المياه القذرة القادمة من مختلف الوحدات الصناعية الكبرى ، واططره الدخان المتصاعد من مركب الاسمدة و المبيدات.

إن التعرض للأمراض وسوء الحالة الصحية للطفل مسبباته كثيرة ، كالإمتثال لرغبات الطفل والجدول التالي يوضح لنا ذلك:

الجدول (109): علاقة طبيعة المسكن و الإمتثال لرغبات الطفل

الإمتثال لرغبات الطفل		أبي له الرغبة		أمتنع		في بعض الأحيان		المجموع	
طبيعة المسكن		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مسكن جماعي		40	21,2	51	27	98	51,9	189	100
مسكن فردي ملكية خاصة		65	27,2	58	24,3	116	48,5	239	100
مسكن فردي مستأجر		48	41,4	20	17,2	48	41,4	116	100
آخر		1	1,8	30	53,6	25	44,6	56	100
المجموع		154	25,7	159	26,5	287	47,8	600	100

من خلال قراءة هذا الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يمتثلن لرغبات الطفل في بعض الاحيان بنسبة 47.8% ، مقابل 25.7% تمتثلن لرغبات اطفالهن.

وعند ادخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثير هذا الاخير على الإمتثال لرغبات الطفل ، تبين ان المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن جماعي و مسكن فردي ملكية خاصة و مسكن فردي مستاجر واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي 51.9 % ، 48.5% و 41.4% مقابل 21.2% تلبي رغبات اطفالهن ، من اللواتي تقمن في مسكن جماعي و 24.3% لا تمتثلن لرغبات اطفالهن من اللواتي تقمن في مسكن فردي خاص ، مقابل 17.2% لا تمتثلن لرغبات اطفالهن من اللواتي لهن مسكن فردي مستاجر .

في حين نجد المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن فردية اخرى ، فإنهن تمتنعن الإمتثال لرغبات اطفالهن بنسبة 53.6% ، مقابل نسبة قليلة تقدر ب 1.8% ممن تلبي رغبات اطفالهن.

من خلال هذا التحليل نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين بدليل انه عند حسابنا وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 46.809 عند درجة حرية 6 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 12.592 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين طبيعة السكن و الامتثال لرغبات الطفل . وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.26 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

نستنتج من خلال هذا الجدول ان المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن جماعية صرحن انهن مجبرات على تلبية رغبات أطفالهن بدليل ان الطفل لما يرى شيء عند الآخرين ملفت للنظر كثيرا ما يبكي و يصر ويلج حتى يظفر على ذلك الشيء ، وفي غالب الحالات الأمهات يرضخن لهذه التصرفات حتى لا تحدث مشاكل بين الأطفال ، ولا ينظر لهن من قبل أفراد المسكن بنظرة سخرية ، فلا تهملن الأضرار المترتبة عن هذه المواد المستهلكة بقدر ما تهملن نظرة الأخريات لهن.

فإحضار كل ما لذ وطاب للطفل يعتبر نوع من التفاخر بين الآخرين عند البعض ، فاكل الشبس مثلا و البوب كوم (الذرة المعالجة بالسكر و الملونات) يعتبر حضارة عند البعض ، وهذا طبعا لسذاجتهم وعدم إدراكهم المخاطر التي قد تسببها هذه المواد على صحة الطفل .

أما المبحوثات اللواتي تقمن في مسكن فردي سواء خاص أو مستأجر، خاصة ميسورات الوضع المعيشي فالامتثال لرغبات الطفل مرتبط بدرجة وعيها بالأضرار المترتبة عن سوء فهم النظام الغذائي الصحي ، وما هي الأغذية التي يجب أن يتعود الطفل عليها والتي توافق كل مرحلة من مراحل عمره.

أما الأغذية المصنعة فالابتعاد عنها قدر المستطاع أفضل فلا تجلب إلا العناية لجسم الطفل الضعيف. ففي الكثير من الحالات ما نسمع بانتشار مشكل الأنيميا عند الأطفال مثلا ، والذي يفسر في العديد من الحالات بنقص الحديد في الجسم ، لكن الحقيقة لا تكمن في نقص الحديد وإنما قلة امتصاص الحديد الناتجة من الابتعاد عن الطبيعة و الإكثار في المواد المصنعة المليئة بالمواد المضافة و الحافظة و الملونات و المنكهات لإعطاء المذاق الحلو والتي تعتبر خطر كبير يهدد حياة أطفالنا .

أما المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن أخرى فعدم امتثالهن لرغبات أطفالهن ليس وعيا منهن ،إلا نادرا ولكن لإنخفاض وضعهن المعيشي ، فالمال يصرف إلا للضروريات عندهن ، فمن خلال كلامهن تبين لنا أنهن تشتهين أمور كثيرة ، فلو توفر لهن المال لامتثلن لرغبات أطفالهن .

خلاصة الفصل

يعتبر المستوى المعيشي من العوامل الأساسية التي تلعب دوراً مهماً في تحديد مسار الرعاية الصحية للطفل ، ولقد تركز عملنا في هذا المتغير في مؤشرين هامين هما الدخل الاسري و الوضع المعيشي (الاقتصادي) للأسرة ، و المؤشر الثاني الذي يتمثل في المسكن و خصائصه ولقد خلصت دراستنا في النتائج التالية:

فيما يخص الدخل الاسري تبين لنا ان هذا المؤشر يؤثر على الحالة الصحية للطفل ، فنسبة التعرض للمرض تزيد مع انخفاض الدخل ، حيث قدرت النسبة 90.2% عند الاسر التي هي بدون دخل شهري.

لهذا المؤشر ايضاً دور هام في تحديد اتجاه العلاج و مدة ترك الطفل في حالة المرض ، فكلما ارتفع الدخل الاسري كلما توجهت و اسرعت الاسرة بالطفل إلى الطبيب ، وكلما قل الدخل كلما تغير الاتجاه نحو البحث عن طرق اخرى في العلاج كالتعامل بالطرق التقليدية الشعبية ، او استعمال دواء معروف لديها... الخ هروباً من تكلفة العلاج و مصاريف الدواء ، فكما رأينا ان المبحوثات اللواتي يقل دخلهن عن 32000 دج يتعاملن مع مرض بالطريقة الشعبية في العلاج الطفل بنسبة 56.9% ، ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض .

فكلما ارتفع الدخل الاسري ، كلما اسرعت المبحوثة بالطفل إلى الطبيب ولقد لاحظنا ان مدة ترك الطفل في حالة المرض تزيد مع قلة الدخل ، حيث بلغت النسبة 51% عند اللواتي يتركن اطفالهن لمدة اكثر من ثلاثة ايام مع المرض وهذا عند مستوى دخل يقل عن 32000 دج .

كما يعتبر الدخل عامل مهم في اختيار قطاع العلاج فالاسر ذات الدخل المتوسط و المحدود يتوجهن للقطاع العام وهذا لعدة اعتبارات كمجانية العلاج ، وكلما ارتفع الدخل يكون التوجه نحو القطاع الخاص ، فالمبحوثات اللواتي يزيد دخلهن عن 46000 دج يتوجهن للقطاع الخاص بنسبة 53.9%.

كما بينت نتائج الدراسة ان هناك علاقة بين الدخل الاسري و نوع الماء المقدم للأطفال الاكثر من سنة ، فقبل هذا السن الامهات تحرصن بصفة عامة تقديم الماء المغلى او المعدني للطفل ، لكن ما إن يبلغ الطفل السنة إلا و يتغير هذا السلوك ، فلقد توصلنا ان ماء الحنفية هو الاكثر استهلاكاً ، لكن مع ارتفاع الدخل يكون هناك اقبال نحو استعمال الماء المعدني حيث بلغت النسبة 59.6% عند اللواتي يزيد دخلهن عن 46000 دج.

اما عن نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل ، فكلما ارتفع الدخل كان اعتقاد المبحوثة انها تقدم وجبات غذائية صحية للطفل ، إذ بلغت النسبة 93.6% عند اللواتي يزيد دخلهن عن 46000 دج ، اما اللواتي يقل دخلهن عن 32000 دج فصرحن انهن تقدمن وجبات ناقصة دائما حسب اعتقدهن ، فرغم ارتفاع الدخل ، إلا ان القليلات منهن من تعرفن اسس النظام الصحي السليم ، فتوفير الاشكال و الالوان من الانواع الغذائية هو ما يسمى الغذاء الصحي عند هنّ ، وهذا ما يترجم بزيادة الوزن عند اطفالهن خاصة عند ذوي الدخل المرتفع ، اما المبحوثات اللواتي هنّ بدون دخل شهري او يقل دخلهن عن 32000 دج فاطفالهن يعانون من نقص في الوزن وهذا لقلة امتصاص اجسامهن للمواد المستهلكة.

بالنسبة لنوع الاواني المستعملة لإعداد طعام الطفل ، نجد ان اواني الالومنيوم هي الأكثر استعمالا حيث بلغت النسبة 84.7% عند اللواتي يقل دخلهن عن 25000 دج ، لكن مع ارتفاع الدخل يقل استعمالهن لهذه الاواني وفي مقابل ذلك يزيد استعمالهن لاواني الإنكس ، حيث بلغت نسبة الإستعمال 58.9% عند اللواتي دخلهن اكثر من 46000 دج .

و من حيث التعامل والإمتثال لرغبات الاطفال ، فكلما ارتفع الدخل الاسري كلما تتزايد تلبية الاسرة لرغبات اطفالها ، حيث بلغت النسبة 36.9% عند اللواتي يزيد دخلهن عن 46000 دج مقابل 48.9% تمتثلن لرغبات اطفالهن احيانا .

فتلبية رغبة الطفل عند بعض العائلات اصبح يعتبر نوع من التفاخر خاصة بعد ان دخلت المرأة سوق العمل دون ان تولي ادنى اعتبار لما هو مفيد و صحي للطفل .

كما يعتبر الدخل عامل مهم في اختيار لعب الاطفال ، فالاسر التي لها دخل مقبول يتراوح ما بين 32000 دج و 39000 دج و التي يزيد دخلها عن 46000 دج تختار لاطفالها اللعب ذات النوعية الجيدة بنسبة 28.3% و 64.5% على التوالي .

فالالعب الغير مكلفة تتسبب في العديد من المشاكل الصحية لانه لا تراعى فيها الشروط الصحية في انتاجها .

كما توصلنا من خلال البحث إلى ان الوضع المعيشي للأسرة يؤثر على رعاية الطفل ، حيث انه كلما كانت الاسرة تعيش وضعية مزرية و متوسطة فاطفالها كثيري المرض ، و تقل النسبة عند ذوات

المستوى المعيشي الحسن ، إذ تقدر النسبة ب 55.3% ، اما المبحوثات ذوات المستوى المعيشي الجيد فاطفالهن نادرا ما يصابون بمرض وهذا بنسبة 52.3%.

اما عن نوعية الامراض المنتشرة في اوساط الاطفال ، فهو مرض الإسهال عند الاسر التي تعيش اوضاعا مزرية ، اما اللواتي تعيشن اوضاعا جيدة وحسنة و متوسطة فاطفالهن يصابون بالامراض الصدرية و التنفسية بالدرجة الاولى.

و فيما يخص طريقة العلاج ، فالمبحوثات اللواتي وضعهن المعيشي متوسط و مزري فإنهن تخترن الطريقة التقليدية في العلاج بالنسب التالية على التوالي 46.1% ، و 66.2% ، وكلما كان للاسر وضع معيشي حسن و جيد كلما اسرعت بالطفل إلى الطبيب ، كما ان مدة ترك الطفل في حالة المرض تزيد كلما انخفض الوضع المعيشي للأسرة .

بالنسبة للقطاع المستعمل في العلاج ، فإن المبحوثات اللواتي وضعيتهن حسنة و متوسطة و مزرية فيتوجهن للقطاع العام بالنسب التالية على التوالي : 68.1% ، 85% ، و 98.6% ، اما المبحوثات ذوات الوضع المعيشي الجيد فتفضلن القطاع الخاص بنسبة 57.7%.

اما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، فلقد تبين وجود علاقة بين المستوى المعيشي للأسرة و نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، فالمبحوثات ذوات المستوى المعيشي الجيد تقدمن رضاعة مختلطة لاطفالهن بنسبة 40% ، مقابل 13.5% تقدمن رضاعة طبيعية ، اما المبحوثات ذوات المستوى المزري فتقدمن لاطفالهن رضاعة طبيعية تقدر نسبتها 35.1% وهذا لعجزهن عن شراء الحليب المجفف للطفل المعروف بارتفاع سعره .

فيما يخص الوجبات المقدمة للطفل ، فالمبحوثات اللواتي مستواهن جيد يقدمن وجبات غذائية صحية لاطفالهن حسب اعتقادهن حيث بلغت النسبة 74%، اما ذوات المستوى المعيشي المزري فإنهن تقدمن وجبات ناقصة بنسبة 93.2%.

بالنسبة للمياه المستعملة للشرب ، فلقد وجدنا ان نسبة استعمال مياه الحنفية تزيد كلما انخفض الوضع المعيشي للأسرة ، في حين تزيد نسبة استعمال المياه المعدنية كلما ارتفع الوضع المعيشي للأسرة إذ بلغت النسبة 50.5% عندج المستوى المعيشي الجيد.

و بالنسبة لنوع الاواني التي يقدم فيها طعام الطفل . فالمبحوثات اللواتي وضعهن المعيشي جيد يستعملن اواني الإنكس في اعداد طعام الطفل بنسبة 52.3% ، اما المبحوثات اللواتي وضعهن المعيشي متوسط فإنهن يستعملن اواني الالومنيوم بنسبة 85.6%.

فيما يخص اختيار لعب الاطفال فإن المبحوثات اللواتي وضعهن متوسط يخترن الالعب الغير مكلفة بنسبة 77.2% ، اما اللواتي وضعهن المعيشي جيد فإنهن يخترن الالعب ذات النوعية الجيدة بنسبة 60.4% .

و عن الإمتثال لرغبات الاطفال ، فإن المبحوثات اللواتي وضعهن المعيشي مزري تمتنعن عن تلبية رغبات اطفالهن وهذا لمحدودية دخلهن ، ولو توفر لهن المال لكن سباقات لإقتناء اشياء كثيرة من المواد الإستهلاكية المصنعة ، اما المبحوثات ذوات المستوى المعيشي الجيد فإنهن يمتثلن لرغبات اطفالهن احيانا بنسبة 51.4%.

بالنسبة للمؤشر الثاني والذي يتمثل في المسكن و خصائصه وتأثيره على الرعاية الصحية للطفل ، فلقد تبين لنا ان نوع المسكن و موقعه يساهم بقدر كبير في تقديم الرعاية الصحية للطفل ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في مساكن غير لائقة كالببوت القصديرية و اقبية العمارات تزيد مواجهتهن لصعوبات في رعاية اطفالهن ، فهذا النوع من المساكن لا يجلب إلا العناء لاصحابه ، فهي مساكن تفنقر للامان .

كما تبين لنا من خلال النتائج ان نوع السكن له علاقة بالتعامل مع مرض الطفل ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في فيلات و شقق تسرعن بالإتجاه نحو الطبيب مباشرة في حال مرض الطفل ، إذ بلغت النسبة 44.9% عند اللواتي تقمن في شقق في حين يزيد الإقبال على الوصفات الشعبية عند الاسر التي تسكن ببوت قصديرية أو ما شابه ذلك، حيث بلغت النسبة 61.5%.

كما تبين لنا ان منطقة السكن لها دور في هذا المجال ، فكلما كانت الاسرة تنتمي إلى منطقة حضرية كلما زاد احتمال توجهها للطبيب عند مرض الطفل وهذا لعدة اعتبارات كالقرب المكاني ، ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في بيوت تقليدية و قصديرية فإنهن تتركن اطفالهن لمدة اكثر من ثلاثة ايام مع المرض ، وتقل النسبة كلما كانت الاسرة تقيم في منطقة حضرية ، فمكان الإقامة بدوره يؤثر على مدة ترك الطفل في حالة المرض خاصة في حال البعد المكاني و عدم توفر وسيلة نقل أما بالنسبة للقطاع المفضل في العلاج فكلما كانت المبحوثة تقيم في

مساكن لائقة كلما زاد توجهها للقطاع الخاص و العكس صحيح ، إذ بلغت نسبة التوجه للقطاع العام عند اللواتي تقمن في بيوت قصديرية 94.2%.

اما من حيث الوجبات المقدمة للطفل فلقد تبين ان المبحوثات اللواتي تقمن في فيلات تقدمن غذاء صحي لاطفالهن بنسبة 81.6% ، في حين اللواتي تقمن في بيوت قصديرية تقدمن وجبات ناقصة حيث بلغت النسبة 66.7% .

اما عن مدة ترك الخضار و الفواكه في الماء قبل تقديمها للطفل ، فيكون هذا الالتزام كلما كانت المساكن محترمة ، اما المساكن في البيئات الفقيرة نجد افرادها لهم نوع من الإهمال ولا يكثرثون للامور الصحية وتقل عندهم شروط النظافة. وفيما يخص الماء المقدم للاطفال ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في بيت تقليدي و قصديري يقدمن مياه الحنفية او مياه من مصادر اخرى للطفل ، ويزيد استعمال المياه المعدنية كلما كان المسكن لائق .

اما عن نوع الاواني المستعملة في اعداد الطعام ، فتبين ان نسب استعمال اواني الإنكس يزيد كلما كانت المبحوثة تعيش في مساكن لائقة ، إذ بلغت النسبة 19.7% عند اللواتي تقمن في فيلات و 31.5% عند اللواتي تقمن في شقق.

و بالنسبة لمكان لعب الاطفال ، هناك علاقة بين نوع المسكن و مكان لعب الاطفال ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في فيلات فمكان لعب اطفالهن هو الحي وهذا بنسبة 53.9% ، هذا لان طابع الفيلات يكثر في المناطق الشبه حضرية والريفية ، وفي غالب الحالات نجد سكان تلك الاحياء يتعارفون فيما بينهم أي يتوفر عنصر الامان ، ضف إلى ذلك هي اماكن تتوفر فيها النظافة في غالب الحالات . اما المبحوثات اللواتي تقمن في شقق فمكان لعب اطفالهن هو البيت او الاماكن المخصصة لذلك وهذا بنسبة 74.1% وهذا خوفا على الاطفال من اخطار الشوارع ، اما اللواتي تقمن في بيوت قصديرية فلا خيار لهن ، إذ يبعثن باطفالهن للعب في الشارع و هذا بنسبة 78.8%. وتزيد نسبة الخروج للشارع كلما كان المسكن ضيق .

اما عن اختيار لعب الاطفال فكلما كان المسكن واسع ووضعها المعيشي جيد كلما تفننت هذه الاسر في شراء انواع اللعب لاطفالها فالمال متوفر و المتسع متوفر ، لكن كلما كان المسكن غير لائق نجد عند هذه الاسر نوع من العزوف عن شراء اللعب للاطفال .

اما فيما يخص طبيعة المسكن ، فلقد توصلنا أنه كلما كان للأسرة مسكن فردي كلما زاد توجهها للطبيب مباشرة فور مرض الطفل ، كما تبين لنا ان مكان الإقامة له دور في ذلك ، إذ تزيد النسبة كلما كانت المبحوثة تقيم في منطقة حضرية وهذا لعدة تسهيلات ، ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض.

أما بالنسبة لإختيار قطاع العلاج ، فلقد تبين لنا ان المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن جماعية تفضلن التوجه للقطاع العام ، أما المبحوثات اللواتي تقمن في مساكن فردية و مستاجرة فهن تفضلن التوجه للقطاع الخاص لوجود عدة تسهيلات فيه .

اما من حيث الوجبات المقدمة للطفل فالاسر في المساكن الجماعية كثيرا ما تقوم الحماة او احد افرادها بتقديم نصائح للزوجة فيما يخص الوجبات التي يجب ان تقدم للطفل ، فقد تكون صحية وقد تكون غير صحية عن جهل منهن ، كما توصلنا إلى نفس الملاحظة عند الزوجات اللواتي تقمن في مسكن فردي خاصة ميسورات الحال منهن ، وهذا الخلط يعود إلى عدم ادراك معنى الغذاء الصحي السليم الذي يوافق كل مرحلة عمرية من حياة الطفل.

فيما يخص اختيار مكان لعب الاطفال فلقد توصلنا إلى ان الاسر التي تعيش في بيوت مستاجرة هي الأكثر حرصا على ان يلعب اطفالها في البيت او الاماكن المخصصة لذلك ، وهذا لكونهم اناس غرباء عن الحي ، إذ بلغت النسبة 75.4%. كما انه كلما كانت الاسرة حجمها صغير كلما كان مكان لعب اطفالها هو البيت ، فخرجهم و بقائهم يتاثر بحجم هذه الاسرة.

كما توصلنا من خلال النتائج ان طبيعة المساكن تاتر على الحالة الصحية للطفل ، إذ ان نسبة الامراض تزيد في المساكن الجماعية .اما عن نوع الامراض فلقد توصلنا ان هناك امراض تتاثر بالبيئة المحيطة بالمسكن ، فالمساكن التي لا تتوفر على خصائص العيش السليم نجد اطفالها يصابون بكثرة بامراض الإسهال و الربو الحساسية مقارنة بالاطفال الذين يعيشون في بيئات نظيفة. أما من حيث الإمتثال لرغبات الاطفال فالاسر في المساكن الجماعية مجبرة على تلبية رغبات اطفالهن ، فالنظام الصحي يجب ان يتقيد به كل افراد البيت والا فلا تستطيع المبحوثة ان تتحكم في رغبات الطفل وعناده.

الفصل الثالث

المركز الاجتماعي كالمستوى التعليمي للزوجين ونوع العمل و تأثيره
على تقديم الرعاية الصحية اللازمة للأطفال الأقل من خمس سنوات

تمهيد

المبحث الأول: اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للزوجين على الرعاية الصحية للأطفال الأقل من
خمس سنوات.

- تأثير المستوى التعليمي للزوج على الرعاية الصحية للأطفال
- تأثير المستوى التعليمي للزوجة على الرعاية الصحية للأطفال

المبحث الثاني: اختبار مدى مساهمة الوضع المهني للزوجين على تقديم الرعاية الصحية للطفل

- تأثير الوضعية المهنية للزوج على الرعاية الصحية للأطفال
- تأثير الوضعية المهنية للزوجة على الرعاية الصحية للأطفال

خلاصة الفصل

تمهيد :

لقد تطرقنا سابقا وحسب تعريف فاروق مداس للمركز الاجتماعي وقلنا بأنه المركز الذي يشغله الفرد في جماعة و يرتبط بكل من ادوار محددة يقوم بها الفرد طبقا للقواعد السلوكية المقررة ، و التي قد تكون منسوبة او مفروضة.

فإختيارنا لهذا المتغير في بحثنا يعود لما له من اهمية في تقديم الرعاية اللازمة للطفل ، فالمستوى التعليمي للزوجين والحالة المهنية لهم ونوع الوظيفة الممتهنة للزوجين تحدد اتجاه الرعاية الصحية المقدمة للطفل والتي سوف نعرفها من خلال تحليل مؤشرات هذه الفرضية .

إذا و قبل البدء في العمل نحاول تحديد متغيرات هذه الفرضية و التي تتمثل في المركز الاجتماعي و الذي يمثل المتغير المستقل و الرعاية الصحية للطفل و التي تمثل المتغير التابع .

1- المتغير المستقل (المركز الاجتماعي للأسرة) مؤشرات هي :

- المستوى التعليمي للزوجين
- الحالة المهنية للزوجين مع توضيح نوع المهنة .

2 - المتغير التابع (الرعاية الصحية) فمؤشرات هي :

- الحالة الصحية للطفل
- كيفية التصرف مع مرض الطفل
- مدة ترك الطفل في حالة المرض
- نوع الماء المقدم للطفل
- نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل
- نوع الاواني التي يحضر فيها طعام الطفل
- اختيار مكان لعب الاطفال
- اختيار لعب الاطفال
- الإمتثال لرغبات الطفل اللامتناهية
- نوع الرضاعة المقدمة للطفل
- مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية للطفل

المبحث الاول : اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للزوجين على تقديم الرعاية الصحية للأطفال الاقل من خمس سنوات

1 - تأثير المستوى التعليمي للزوج

الجدول رقم (110) : العلاقة بين المستوى التعليمي للزوج و الحالة الصحية للطفل

الحالة الصحية للطفل المستوى التعليمي للزوج		كثير المرض		نادرا ما يصابه مرض		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%
أمي	3	42,9	57,1	4	57,1	7	100
ابتدائي	51	72,9	27,1	19	27,1	70	100
متوسط	184	72,4	27,6	70	27,6	254	100
ثانوي	115	58,7	41,3	81	41,3	196	100
جامعي	39	53,4	46,6	34	46,6	73	100
المجموع	392	65,3	34,7	208	34,7	600	100

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن كثيري المرض بنسبة 65.3% ، مقابل 34.7% نادرا ما يصاب بمرض.

و عند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على الحالة الصحية للطفل تبين لنا انه مهما بلغ المستوى التعليمي للزوج فهذا ليس له تأثير على الحالة الصحية للطفل ، بدليل ان الأزواج ذوي المستوى الأمي اطفالهم كثيري المرض بنسبة 42.9% ، و الأزواج ذوي المستوى الجامعي اطفالهم كثيري المرض بنسبة 53.4% ، مقابل 46.6% نادرا ما يصابون بمرض .

وهذا يمكن تفسيره بان الرعاية و الإعتناء بالطفل ليس من اهتمام الرجال ، ولكن الام هي المسؤولة الاولى عن صحة اطفالها . فصحتهم و نماءهم و بقائهم يعتمد على ما لها من رصيد معرفي . و لمعرفة هل للمستوى التعليمي للزوج علاقة بكيفية التصرف مع مرض الطفل ، نستعرض الجدول التالي :

الجدول رقم (111): علاقة المستوى التعليمي للزوج و التصرف مع مرض الطفل

التصرف مع مرض الطفل		توجهت مباشرة إلى الطبيب		أعطيته بعض المسكنات		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		اشتريت له دواء من الصيدلي		أخرى		المجموع	
المستوى التعليمي للزوج		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي		2	28,6	1	14,3	3	42,9	1	14,3	0	0	7	100
ابتدائي		16	22,9	6	8,6	43	61,4	5	7,1	0	0	70	100
متوسط		81	31,9	54	21,3	104	40,9	11	4,3	4	1,6	254	100
ثانوي		81	41,3	50	25,5	53	27	9	4,6	3	1,5	196	100
جامعي		42	57,5	22	30,1	7	9,6	2	2,7	0	0	73	100
المجموع		222	37	133	22,2	210	35	28	4,7	7	1,2	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن بالطفل إلى الطبيب مباشرة بعد مرض الطفل بنسبة 37%، مقابل 1.2% يستعملن وسائل اخرى في العلاج.

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تاثير هذا الاخير على كيفية التعامل مع مرض الطفل ، تبين لنا ان الازواج الذين لهم مستوى تعليمي منخفض (أمي -ابتدائي - متوسط) يكون تعاملهم مع مرض اطفالهم بالطريقة الشعبية في العلاج بالنسب التالية على التوالي: 42.9% - 61.4% - 40.9%.

أما الازواج الذين لهم مستوى تعليمي مرتفع (ثانوي -جامعي) واطبوا على الإتجاه العام للجدول أي التوجه باطفالهم مباشرة إلى الطبيب بالنسب التالية : 41.3% ، 57.5%.

فمن خلال هذا التحليل يتبين لنا ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و كيفية التعامل مع مرض الطفل وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 63.190 عند درجة حرية 16 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 26.296 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة المستوى التعليمي للزوج و كيفية التعامل مع مرض الطفل.

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.30 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

من خلال هذا التحليل نستنتج ان الأزواج مسؤولياتهم تبرز في مسائل أخرى كالإسراع بالطفل و التوجه به إلى الطبيب بصفته المسؤول عن البيت ، فالمرأة لا تخرج وحدها لكن بمصاحبة زوجها خاصة إذا كان القطاع الصحي بعيدا عن مقر السكن. اما عن المدة التي يترك فيها الطفل وهو في حالة المرض فهي مبينة في الجدول التالي :

الجدول رقم (112): علاقة المستوى التعليمي للزوج و مدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		أخذته في الحال		مدة ترك الطفل المستوى التعليمي للزوج
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	7	28,6	2	42,9	3	0	0	0	0	28,6	2	أمي
100	70	44,3	31	18,6	13	14,3	10	0	0	22,9	16	ابتدائي
100	254	30,7	78	23,2	59	13,4	34	0,8	2	31,9	81	متوسط
100	196	17,9	35	19,4	38	19,9	39	1,5	3	41,3	81	ثانوي
100	73	2,7	2	21,9	16	16,4	12	1,4	1	57,5	42	جامعي
100	600	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1	6	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن بالطفل في الحال إلى الطبيب في حال المرض ، بنسبة 37 % ، مقابل 24.7% يتركن الطفل لمدة أكثر من ثلاثة ايام مع المرض ، مقابل 1% يتركن الطفل ليوم واحد.

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على مدة ترك الطفل في حالة المرض تبين أن الأزواج الذين لهم مستوى تعليمي امي يتركون اطفالهم لمدة ثلاثة ايام مع المرض بنسبة 42.9% مقابل نسبة متساوية تقدر ب 28.6% من الذين ياخذون اطفالهم في الحال إلى الطبيب او يتركونهم لمدة أكثر من ثلاثة أيام مع المرض.

أما الأزواج الذين لهم مستوى ابتدائي فإنهم يتركون اطفالهم لمدة أكثر من ثلاثة ايام مع المرض بنسبة 44.3% ، مقابل 14.3% يتركون الطفل لمدة يومان مع المرض . في حين نجد الأزواج الذين لهم مستوى تعليمي متوسط و ثانوي و جامعي فإنهم ياخذون الطفل في الحال إلى الطبيب في حال المرض بالنسب التالية : 31.9%، 41.3%، 57.5%.

من خلال هذا التحليل يتبين لنا ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و مدة ترك الطفل في حالة المرض.

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 55.964 عند درجة حرية 16 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 26.296 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة المستوى التعليمي للزوج و مدة ترك الطفل في حالة المرض. أما عن مقدار هذه العلاقة فقمنا بحساب معامل التوافق (ق) والذي قدر بـ 0.29 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فارتفاع المستوى التعليمي للزوج يجعله قلقا على صحة اطفاله خاصة في حالة المرض ، فهو لا يعرف ماذا يقدم لهم ، لكنه بالمقابل يبادر و لا يتاخر عن الطبيب ولمعرفة نوع القطاع الذي يتم التوجه اليه نستعرض الجدول التالي :

الجدول (113): علاقة المستوى التعليمي للزوج و اختيار القطاع الإستشفائي

القطاع الإستشفائي		القطاع العمومي		القطاع الخاص		المجموع	
المستوى التعليمي للزوج		ك		%		ك	
		%		ك		%	
أمي		7	100	0	0	7	100
ابتدائي		63	90	7	10	70	100
متوسط		193	76	61	24	254	100
ثانوي		137	69,9	59	30,1	196	100
جامعي		33	45,2	40	54,8	73	100
المجموع		433	72,2	167	27,8	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يفضلن القطاع العمومي اثناء مرض الطفل بنسبة 72.2 % مقابل 27.8% يفضلن القطاع الخاص.

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على القطاع الذي يفضل التوجه إليه في حال مرض الطفل تبين انه كلما انخفض المستوى التعليمي للزوج كلما زاد التوجه للقطاع العام ، حيث بلغت النسبة 100% عند المستوى الامي و 90% عند المستوى الابتدائي ، و 76% عند ذوي المستوى المتوسط و 69.95% عند ذوي المستوى الثانوي . في حين نجد ان الازواج من ذوي المستوى الجامعي فتوجههم يكون للقطاع الخاص عند مرض الطفل بنسبة 54.8% مقابل 45.2% يتوجهون للقطاع العام.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و القطاع الإستشفائي الذي يتوجه إليه في حال مرض الطفل.

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 42.546 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و اختيار القطاع الإستشفائي لعلاج الطفل .

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.25 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فالمستوى المرتفع للأشخاص يجعلهم لا يتحملون مساوء عدم التسيير الجيد والفوضى التي تعرفها المؤسسات الحكومية ، لهذا الغرض فتفضيل القطاع الخاص يوفر لهم هذه المكتسبات الضائعة في القطاع العام.

أما عن اختيار اختصاص الطبيب في حال التوجه للقطاع الخاص فهو موضح في الجدول التالي :

الجدول (114): علاقة المستوى التعليمي للزوج و اختيار اختصاص الطبيب في القطاع الخاص

اختيار اختصاص الطبيب		الطبيب المختص بالأطفال		الطبيب العام		المجموع	
المستوى التعليمي للزوج		ك	%	ك	%	ك	%
أمي		0	,0	0	,0	0	0
ابتدائي		1	14,3	6	85,7	7	100
متوسط		32	52,5	29	47,5	61	100
ثانوي		48	81,4	11	18,6	59	100
جامعي		40	100,0	0	,0	40	100
المجموع		121	72,5	46	27,5	167	100

ملاحظة: 167 لا تمثل حجم العينة لكن تمثل عدد المبحوثات اللواتي تتوجهن للقطاع الخاص.

من خلال هذا التحليل يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يفضلن التوجه إلى طبيب مختص بطب الاطفال بنسبة 72.5%، مقابل 27.5% يتوجهون للطبيب العام .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على اختيار الطبيب المعالج في القطاع الخاص ، تبين ان الأزواج الذين لهم مستوى ابتدائي توجهه يكون نحو الطبيب العام بنسبة 85.7% مقابل 14.3% يتوجهون للقطاع الخاص.

أما الأزواج من ذوي المستوى المتوسط و الثانوي و الجامعي فتوجههم يكون للطبيب المختص في امراض الاطفال في حال مرض الطفل بالنسب التالية على التوالي : 52.5% و 81.4% و 100%.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و اختيار اختصاص الطبيب .

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 41.638 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 7.815 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و اختيار القطاع الإستشفائي لعلاج الطفل .وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.44 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين ، اما معامل كارمر فقدر ب 0.49.

فإرتفاع المستوى التعليمي يعتبر عامل هام ، يجعل الفرد يعي جيدا أهمية الإختصاص في اي مجال كان ، ولاسيما إذا كان الامر يتعلق بالمجال الصحي ، فكلما كان الطبيب مختص في طب الاطفال كلما ساعد ذلك الوصول إلى تشخيص الحالة المرضية بشكل جيد و التوصل إلى العلاج بصفة اسرع .

كما يساهم المستوى التعليمي للزوج على ممارسة الزوجة للرضاعة الطبيعية و الجدول التالي يوضح ذلك

الجدول رقم (115): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوج و مدة الرضاعة الطبيعية

المجموع		سنة فاكثر		من 8-11 شهر		من 4-7 اشهر		من 0-3 اشهر		مدة الرضاعة الطبيعية المستوى التعليمي للزوج
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	7	0	0	42,9	3	28,6	2	28,6	2	أمي
100	70	10	7	18,6	13	31,4	22	40	28	ابتدائي
100	254	9,4	24	15,4	39	31,5	80	43,7	111	متوسط
100	196	5,1	10	12,2	24	37,2	73	45,4	89	ثانوي
100	73	1,4	1	8,2	6	39,7	29	50,7	37	جامعي
100	600	7	42	14,2	85	34,3	206	44,5	267	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي أرضعن اطفالهن من 0 إلى 3 اشهر بنسبة 44.5% ، مقابل 7% أرضعن اطفالهن لمدة سنة فاكثر .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية للطفل ، نلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج تزيد مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية للطفل إلى غاية 7 اشهر .

ففي الفترة من 0 إلى 3 أشهر بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية 45.4% عند ذوات المستوى الثانوي ، و 50.7% عند ذوات المستوى الجامعي. في حين بلغت النسبة عند نفس المستوى لكن في الفترة من 4 إلى 7 اشهر 37.2% عند ذوات المستوى الثانوي ، و 39.7% عند ذوات المستوى الجامعي.

من خلال هذا التحليل نستج وجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و تحفيز المبحوثة نحو ممارسة الرضاعة الطبيعية للطفل ، فإرتفاع المستوى التعليمي للزوج يكسبه رصيد معرفي يمكنه من معرفة مختلف الامور المهمة للحفاظ على صحتهم ، ومن بينها ممارسة الرضاعة الطبيعية .

فالازواج من ذوي المستوى العالي يحثون زوجاتهم على ممارسة الرضاعة الطبيعية ، ويوضحون لهن مدى اهميتها بالنسبة للطفل الرضيع خاصة في الاشهر الاولى من عمره . فبعض المبحوثات ممن لهن ازواج لهن مستوى تعليمي مرتفع صرحن ان ازواجهن يقدمن لهن يد المساعدة كدعامة لهن حتى يرضعن اطفالهن في الشهور الاولى من عمرهم ، فهم يريدون اطفال اصحاء يستطيعون مقاومة مختلف الامراض . كما يساعد المستوى التعليمي للزوج على اختيار نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل ، والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (116): علاقة المستوى التعليمي للزوج و الوجبة الغذائية المقدمة للطفل

الوجبة الغذائية		وجبات غذائية صحية كاملة		وجبات غذائية ناقصة		المجموع
المستوى التعليمي للزوج		ك	%	ك	%	
أمي		4	57,1	3	42,9	7
ابتدائي		20	28,6	50	71,4	70
متوسط		139	54,7	115	45,3	254
ثانوي		134	68,4	62	31,6	196
جامعي		67	91,8	6	8,2	73
المجموع		364	60,7	236	39,3	600

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يقدمن وجبات غذائية صحية للطفل بنسبة 60.7 % ، مقابل 39.3% يقدمن وجبات غذائية ناقصة .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل ، تبين لنا ان الأزواج الذين لهم مستوى تعليمي أُمي يقدمون وجبات غذائية صحية كاملة للطفل بنسبة 57.1% مقابل 42.9% يقدمون وجبات غذائية ناقصة .

اما الأزواج الذين لهم مستوى ابتدائي فإنهم يقدمون وجبات ناقصة بنسبة 71.4% مقابل 28.6% يقدمون وجبات غذائية صحية كاملة للطفل .

في حين نجد الأزواج الذين لهم مستوى متوسط و ثانوي و جامعي فإنهم يقدمون لاطفالهم وجبات غذائية صحية كاملة بالنسب التالية على التوالي: 54.7%، 68.4%، 91.8%.
من خلال الجدول يتبين ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل .

وعند حسابنا لإختبار كا 2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 68.500 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا 2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة المستوى التعليمي للزوج و نوع الوجبات المقدمة للطفل .

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.32 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

ففي حالات عديدة ارتفاع المستوى التعليمي للزوج يكسبه ثقافة ووعي بالمسائل الصحية ، وتظهر ثقافة و وعي الزوج من خلال المواد الإستهلاكية التي يقتنيها للبيت وفي النصح التي يقدمها لزوجته فيما يخص اعداد الطعام ، خاصة طعام الطفل الصغير، خاصة إذا كانت ثقافتها محدودة فيما يخص معرفة القواعد الاساسية للنظام الغذائي الصحي .

الجدول رقم (117): علاقة المستوى التعليمي للزوج و نوعية الماء المقدم للطفل

نوعية الماء		ماء الحنفية		ماء مغلى		ماء معدني		أخرى		المجموع	
المستوى التعليمي للزوج		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي		0	0	2	28,6	1	14,3	4	57,1	7	100
ابتدائي		24	34,3	18	25,7	9	12,9	19	27,1	70	100
متوسط		89	35	74	29,1	48	18,9	43	16,9	254	100
ثانوي		64	32,7	41	20,9	82	41,8	9	4,6	196	100
جامعي		14	19,2	15	20,5	43	58,9	1	1,4	73	100
المجموع		191	31,8	150	25	183	30,5	76	12,7	600	100

من خلال تحليل هذا الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يستعملن مياه الحنفية بنسبة 31.8% مقابل 12.75% يستعملن مياه من مصادر اخرى .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تاثير هذا الاخير على نوع الماء المستعمل للشرب عند الطفل تبين ان الازواج الذين لهم مستوى تعليمي امي اطفالهم يشربون مياه من مصادر اخرى بنسبة 57.1% ، مقابل 14.3% اطفالهم يشربون مياه معدنية .

في حين الازواج الذين لهم مستوى ابتدائي و متوسط اطفالهم يشربون مياه الحنفية بالنسب التالية على التوالي : 34.3% و 35%. أما الازواج الذين لهم مستوى تعليمي ثانوي و جامعي فإن اطفالهم يستعملون المياه المعدنية بالنسب التالية على التوالي : 41.8% و 58.9%.

فمن خلال هذا التحليل يتبين انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج كلما كان الإتجاه نحو استعمال المياه المعدنية للطفل .

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 100.693 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة المستوى التعليمي للزوج و الماء المستعمل لشرب الطفل .وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.37 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فالمياه المستعملة للشرب هي من مصادر مختلفة ، قد تكون آمنة وقد تكون غير آمنة . لكن ارتفاع المستوى التعليمي للزوج يعتبر كعامل مهم في الإبتعاد قدر المستطاع عن المياه الغير آمنة فالزوج

الذي له مستوى تعليمي مرتفع يعلم الاضرار المترتبة عن المياه الغير آمنة ومختلف الامراض الناجمة عنها ، لذلك يكون الإتجاه نحو اقتناء المياه المعدنية بشكل اكبر عند هذه الفئة من الناس لتجنب مخاطر المياه .

ولمعرفة فيما إذا كان لهذا المتغير تأثير على اختيار مكان لعب الاطفال نستعرض الجدول التالي :

الجدول (118): علاقة المستوى التعليمي للزوج و اختيار مكان لعب الاطفال

المجموع		في الحي		في البيت او في الاماكن المخصصة للعب		مكان لعب الاطفال المستوى التعليمي للزوج
%	ك	%	ك	%	ك	
100	7	42,9	3	57,1	4	أمي
100	70	77,1	54	22,9	16	ابتدائي
100	254	57,9	147	42,1	107	متوسط
100	196	35,7	70	64,3	126	ثانوي
100	73	12,3	9	87,7	64	جامعي
100	600	47,2	283	52,8	317	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان مكان لعب اطفالهن هو البيت او الاماكن المخصصة لذلك بنسبة 52.8% مقابل 47.2% صرحن ان اطفالهن يلعبن في الحي .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على مكان لعب الاطفال الاقل من خمس سنوات تبين ان الازواج الذين لهم مستوى امي اطفالهم يلعبون في البيت او الاماكن المخصصة لذلك بنسبة 57.1% مقابل 42.9% يلعبون في الحي.

اما الازواج الذين لهم مستوى ابتدائي و متوسط فإن اطفالهم يلعبون في الحي بالنسب التالية على التوالي : 77.1% و 57.9% . في حين نجد الازواج الذين لهم مستوى ثانوي و جامعي فإن اطفالهم يلعبون في البيت او الاماكن المخصصة لذلك بالنسب التالية 64.3% و 87.7%.

من خلال هذا التحليل يتبين وجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و المكان الذي يلعب فيه الاطفال الاقل من خمس سنوات .

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 68.500 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة المستوى التعليمي للزوج ومكان لعب الاطفال . وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.34 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فكما هو معروف اصبح المحيط الخارجي عرضة للكثير من المخاطر ، نظرا للتلوث الذي هو في زيادة مستمرة من شتى الانواع (التلوث الهوائي ، التلوث الناجم عن النفايات الصلبة سواء المنزلية او مخلفات المؤسسات ، التلوث المائي ...) .

فالطفل إذا ترك في الخارج في ظل هذه الظروف فحتما سوف يجعل من هذه المخلفات اشياء يلعب بها ، فهو لا يعرف مدى خطورتها على صحته . فالزوج المتعلم لا يترك اطفاله يلعبون في ظروف غير ملائمة كهذه . فهو يفضل أن يبقى اطفاله في البيت على ان يكونوا عرضة لاطار النفايات. أضف إلى ذلك مشكلة الامن التي اضحت حاجزا يهدد حياة الاطفال في هذا العصر .

الجدول (119): علاقة المستوى التعليمي للزوج و اختيار لعب الاطفال

اختيار لعب الاطفال		اختار الغير مكلفة		الاجابة		ذات النوعية الجيدة		حالة اخرى		المجموع	
المستوى التعليمي للزوج		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي		4	57,1	0	0	2	28,6	1	14,3	7	100
ابتدائي		58	82,9	2	2,9	5	7,1	5	7,1	70	100
متوسط		147	57,9	28	11	58	22,8	21	8,3	254	100
ثانوي		89	45,4	30	15,3	71	36,2	6	3,1	196	100
جامعي		5	6,8	22	30,1	45	61,6	1	1,4	73	100
المجموع		303	50,5	82	13,7	181	30,2	34	5,7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يخترن لاطفالهن اللعب الغير مكلفة ب 50.5% ، مقابل 5.7% يحصلن على لعب اطفالهن بطريقة اخرى.

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تاثير هذا الاخير على كيفية اختيار لعب الاطفال تبين ان الازواج الذين لهم مستوى تعليمي امي و ابتدائي و متوسط و ثانوي واطلبوا الإتجاه العام

للجدول أي اختار اللعب الغير مكلفة بالنسب التالية على التوالي 57.1 % ، 82.9% و 57.9%، 45.4%.

في حين نجد الأزواج الذين لهم مستوى تعليمي جامعي فإنهم يختارون اللعب ذات النوعية الجيدة بنسبة 61.6% ، مقابل 1.4% يحصلون على لعب اطفالهم بطريقة اخرى.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و كيفية اختيار لعب الاطفال . وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 121.113 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة المستوى التعليمي للزوج و نوع اللعب المقدمة للطفل . وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.41 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

و لاجل معرفة هل الأزواج يرضخون لرغبات اطفاله نستعرض الجدول التالي :

الجدول رقم (120): علاقة المستوى التعليمي للزوج و الإمتثال لرغبات الطفل

الإمتثال لرغبات الطفل المستوى التعليمي للزوج		ألبي له الرغبة		أمتنع		في بعض الأحيان		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي	0	0	28,6	2	71,4	5	7	100	
ابتدائي	10	14,3	34,3	24	51,4	36	70	100	
متوسط	64	25,2	31,1	79	43,7	111	254	100	
ثانوي	52	26,5	21,4	42	52	102	196	100	
جامعي	28	38,4	16,4	12	45,2	33	73	100	
المجموع	154	25,7	26,5	159	47,8	287	600	100	

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن تمتثلن لرغبات اطفالهن في بعض الاحيان بنسبة 47.8% ، مقابل 25.7% صرحن انهن تلبين رغبات اطفالهن .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوج لمعرفة تاثير هذا الاخير على الإمتثال لرغبات الطفل تبين انه مهما كان المستوى التعليمي للزوج فإن الإتجاه لم يتغير وهو تلبية رغبات الطفل في بعض الاحيان بنسب متفاوتة ، 71.4% بالنسبة للمستوى الامي و 51.4% بالنسبة للمستوى الابتدائي و 43.7% بالنسبة للمستوى المتوسط ، و 52% للمستوى ثانوي ، و 45.2% للمستوى الجامعي .

ومن جهة أخرى نلاحظ انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للازواج كلما زادت نسبة الذين يلبون رغبات اطفالهم . إذ بلغت النسبة 14.3% عند الذين لهم مستوى ابتدائي ، و 25.2% عند الذين لهم مستوى متوسط ، و 26.5% عند ذوي المستوى الثانوي و 38.4% عند ذوي المستوى الجامعي. كما نلاحظ ان نسبة الإمتناع تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوج.

من خلال هذا التحليل نستنتج وجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و الإمتثال لرغبات الطفل .

وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 21.063 عند درجة حرية 8 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 15.507 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة المستوى التعليمي للزوج و الإمتثال لرغبات الطفل و عند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.18 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

فتلبية رغبات الاطفال تزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوج ، وهذا للوضع المعيشي الحسن فتوفير كل المتطلبات للطفل يعتبر نوع من الرفاه في ظل غياب الوعي الصحي للأفراد حتى ولو كان المستوى التعليمي مرتفع ، فليس كل من هو متعلم له دراية بقواعد النظم الغذائية السليمة .

1- تاثير المستوى التعليمي للزوجة على تقديم الرعاية الصحية للاطفال الاقل من خمس سنوات

الجدول رقم (121) : علاقة المستوى التعليمي للزوجة بالحالة الصحية للطفل

الحالة الصحية للطفل		كثير المرض		نادرا ما يصيبه مرض		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		ك	%	ك	%	ك	%
أمي		25	83,3	5	16,7	30	100
ابتدائي		43	75,4	14	24,6	57	100
متوسط		179	68,8	81	31,2	260	100
ثانوي		130	63,1	76	36,9	206	100
جامعي		15	31,9	32	68,1	47	100
المجموع		392	65,3	208	34,7	600	100

من خلال قراءة الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان اطفالهن كثيري المرض وهذا بنسبة 65.3% ، مقابل 34.7% نادرا ما يصابون بامراض .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تاثير هذا الاخير على الحالة الصحية للطفل ، تبين لنا ان سوء الحالة الصحية للطفل تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوجة ، حيث بلغت النسبة 83.3% عند ذوات المستوى الامي و 75.4% عند ذوات المستوى الابتدائي و 68.8% عند ذوات المستوى المتوسط و 63.1% عند ذوات المستوى الثانوي. في حين نجد ان المبحوثات من ذوات المستوى الجامعي اطفالهن نادرا ما يصابون بمرض وهذا بنسبة 68.1%.

ومنه نستنتج ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و الحالة الصحية للطفل ، وعند حسابنا لإختبار كا2 ، وجدنا كا2 المحسوبة تقدر ب 31.904 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المتغيرين .

فتمكين المرأة وارتفاع مستواها التعليمي يعتبر عامل اساسي في الحفاظ على حياة النشئ ، فهي تعرف كيف تعتني بصحة اطفالها ، فنجدها مهتمة بكل كبيرة و صغيرة عن مسائل التربية و العناية بالطفل ، ماهي الاشياء التي تنفعه والتي توافق كل مرحلة من مراحل عمره ، و ماهي الاشياء التي يجب الابتعاد عنها.

اما عن كيفية التصرف مع المرض فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (122) : علاقة المستوى التعليمي للزوجة وكيفية التصرف مع مرض الطفل

التصرف مع المرض		توجهت مباشرة إلى الطبيب		أعطيته بعض المسكنات		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		اشتريت له دواء من الصيدلي		أخرى		المجموع	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
7	23,3	2	6,7	20	66,7	1	3,3	0	0	0	0	30	100
13	22,8	9	15,8	32	56,1	3	5,3	0	0	0	0	57	100
84	32,3	51	19,6	108	41,5	11	4,2	6	2,3	260	100	260	100
90	43,7	56	27,2	48	23,3	11	5,3	1	0,5	206	100	206	100
28	59,6	15	31,9	2	4,3	2	4,3	0	0	47	100	47	100
222	37	133	22,2	210	35	28	4,7	7	1,2	600	100	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن يتوجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% ، مقابل 1.2% يستعملن وسائل اخرى في العلاج .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تأثير هذا الاخير على تصرف المبحوثة مع مرض الطفل ، تبين ان المبحوثات ذوات المستوى الثانوي و الجامعي واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي 43.7% و 59.6%.

في حين نجد المبحوثات ذوات المستوى الأمي و الإبتدائي و المتوسط يتصرفن مع مرض اطفالهن بإعطائهم الوصفات الشعبية في العلاج بالنسب التالية على التوالي : 66.7% ، 56.1% و 41.5%.

من خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين ، بدليل انه عند حساب كا2، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 70.108 عند درجة حرية 16 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 26.296 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و طريقة التصرف مع مرض الطفل . وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل لامدا و جدناه يساوي 0.48 ومنه نقول ان هناك علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين

فالمستوى التعليمي مؤشر هام يتحكم في الحالة المرضية للطفل ، فإذا ما تلقى الطفل العلاج في الوقت المحدد سوف تتحسن حالته بسرعة لا محال . اما مع انخفاض المستوى التعليمي فهناك الكثير من الامور قد تتبعها الزوجات في علاج اطفالهن قد تسمع من هنا و هناك ان هذه الطريقة او تلك كانت سببا في شفاء بعض الاطفال ، (هذه طلاس و هذا طب شعبي وذاك دواء معروف...الخ من الطرق) فالفضول و الإبتعاد عن مواجهة مصاريف العلاج يدفع المبحوثات في اتباع ذلك التقليد الاعمى ، فإذا كانت النتيجة وخيمة فنجد هذه الاسر تتهافت على اماكن الخدمة الصحية ، لكن بعد ماذا ؟ قد يكون الاوان قد فات و تصبح حالة الطفل حرجة و يصعب التوصل للعلاج.

أما عن مدة ترك الطفل في حالة المرض فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (123): علاقة المستوى التعليمي للزوجة و مدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		أخذته في الحال		مدة ترك الطفل في حالة المرض	المستوى التعليمي للزوجة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	30	43,3	13	20	6	13,3	4	0	0	23,3	7	أمي	
100	57	50,9	29	21,1	12	5,3	3	0	0	22,8	13	ابتدائي	
100	260	28,5	74	20,8	54	18,1	47	0,4	1	32,3	84	متوسط	
100	206	15,5	32	25,2	52	14,6	30	1	2	43,7	90	ثانوي	
100	47	0	0	10,6	5	23,4	11	6,4	3	59,6	28	جامعي	
100	600	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1	6	37	222	المجموع	

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي ياخذن اطفالهن في الحال إلى الطبيب عند مرض الطفل بنسبة 59.6% ، مقابل 6.4% تركن اطفالهن مدة يوم واحد مع المرض .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي لمعرفة تأثير هذا الاخير على مدة ترك الطفل في حالة المرض نلاحظ أن المبحوثات ذوات المستوى التعليمي المتوسط و الثانوي و الجامعي واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 32.3% ، 43.7% و 59.6%. في حين نجد المبحوثات ذوات المستوى الامي و الإبتدائي ، صرحن انهن يتركن اطفالهن لمدة تزيد عن ثلاثة ايام وهم في حالة المرض .

من خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين ، بدليل انه عند حساب كا2، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 81.696 عند درجة حرية 16 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 26.296 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة والمدة التي يترك فيها الطفل في حالة المرض . وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.34 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فالمستوى التعليمي خاصة للزوجة عامل مهم في تحديد اتجاه ومدة ترك الطفل في حلة المرض فالمبحوثات المتعلّمات تعين جيدا مدى الخطورة التي قد تلحق بالطفل إذا ما تعقدت حالته المرضية والعلاج في الوقت المحدد يجنب الاسرة و الدولة مصاريف مالية عديدة . أما عن اختيار قطاع العلاج فهو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (124): علاقة المستوى التعليمي للزوجة باختيار قطاع العلاج

المجموع		القطاع الخاص		القطاع العمومي		قطاع العلاج المستوى التعليمي للزوجة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	30	6,7	2	93,3	28	أمي
100	57	12,3	7	87,7	50	ابتدائي
100	260	18,1	47	81,9	213	متوسط
100	206	39,8	82	60,2	124	ثانوي
100	47	61,7	29	38,3	18	جامعي
100	600	27,8	167	72,2	433	المجموع

الجدول رقم (125): علاقة المستوى التعليمي للزوجة و اختيار الطبيب المتوجه إليه في القطاع الخاص.

اختيار الطبيب		الطبيب المختص بالاطفال		الطبيب العام		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		ك	%	ك	%	ك	%
أمي		1	50	1	50	2	100
ابتدائي		0	0	7	100	7	100
متوسط		13	27,7	34	72,3	47	100
ثانوي		79	96,3	3	3,7	82	100
جامعي		28	96,6	1	3,4	29	100
المجموع		121	72,5	46	27,5	167	100

ملاحظة: 167 لا تمثل حجم العينة ولكن تمثل عدد المبحوثات اللواتي تتوجهن للقطاع الخاص

يبين لنا هذ الجدول ان الإتجاه العام هو نحو المبحوثات اللواتي تخترن الطبيب المختص في طب الاطفال إذا ما اختارت القطاع الخاص بنسبة 72.5% مقابل 27.5% تتوجهن لطبيب عام . وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تأثير هذا الاخير على اختيار اختصاص الطبيب المعالج ، تبين ان المبحوثات ذوات المستوى الامي و الإبتدائي و المتوسط واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 50% ، 100% و 72.3% . وهذا الإختيار راجع لما يتمتع به الطبيب من شعبية في الاوساط السكنية .

اما المبحوثات من ذوي المستوى الثانوي و الجامعي فإنهن يخترن لاطفالهن طبيب مختص في طب الاطفال لانهن تدرين نجاعة هؤلاء الاطباء في تشخيص امراض اطفالهن. فالإختصاص يولد معرفة اوسع في كل المجالا وينوع اكبر من الدقة .

ومن الامور الاساسية التي علاقة مباشرة بالمستوى التعليمي للزوجة هو مسالة تنظيم النسل ، فزيادة عدد الاطفال في الاسرة نجده غالبا عند الاسر منخفضة المستوى التعليمي ، وكما راينا من خلال تصريح المبحوثات ان حجم الاسرة الكبير من بين الاسباب التي جعلت المبحوثة تعاني من صعوبات في تقديم الخدمة الصحية . والجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك

الجدول رقم (126): علاقة المستوى التعليمي للزوجة و مسالة تنظيم النسل

تنظيم النسل		نعم انظم		لا انظم		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		ك		%		ك	
		%		ك		%	
أمي		12	40	18	60	30	100
ابتدائي		35	61,4	22	38,6	57	100
متوسط		207	79,6	53	20,4	260	100
ثانوي		191	92,7	15	7,3	206	100
جامعي		45	95,7	2	4,3	47	100
المجموع		490	81,7	110	18,3	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تنظمن نسلهن بنسبة 81.7% مقابل 18.3% لا تنظمن نسلهن .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تاثير هذا الاخير على مسالة تنظيم النسل تبين ان المبحوثات ذوات المستوى الامي لا تنظمن نسلهن وهذا بنسبة 60% ، مقابل 40% تنظمن نسلهن . أما المبحوثات ذوات المستوى الإبتدائي و المتوسط و الثانوي و الجامعي واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 61.4% ، 79.6% ، 92.7% ، 95.7% .

والملاحظ هنا ان نسبة تنظيم النسل تزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة . فمن خلال هذا التحليل نقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و مسالة تنظيم النسل ، بدليل انه عند حسابنا معامل كا2 وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 74.176 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وتنظيم الاسرة لنسلها .

فالزوجة إذا لم تنظم نسلها فستعترضها صعوبات اكثر في رعاية اطفالها ، فتتطلب النسل ياتر على صحة الام و الطفل معا ، فإذا كانت صحة الام جيدة فهي تستطيع ان تقوم بدورها على اكمل وجه في الحفاظ على صحة الطفل ، كمواصلة الرضاعة الطبيعية مثلا ، و الإنتباه إلى كل ما يطرأ على الطفل

من تغيير . كذلك رغم محدودية الدخل فإن الاسر الصغيرة الحجم تستطيع ان تحقق بعض الإشباع لاطفالها من حيث المواد الضرورية لنموهم .

فتنظيم النسل عامل مهم في الحفاظ على صحة الام و الطفل كذلك ، فالام التي تنظم نسلها يكون لديها الوقت الكافي لرعاية طفلها و التفرغ إلى سد حاجاته مهما كانت خاصة الرضاعة الطبيعية.

والجدول التالي يعطي لنا صورة عن ممارسة الرضاعة الطبيعية عند افراد عينتنا .

الجدول رقم (127): علاقة المستوى التعليمي للزوجة بالرضاعة الطبيعية للطفل

نوع الرضاعة		طبيعية		إصطناعية		خليط بينهما		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي		8	26,7	15	50	7	23,3	30	100
ابتدائي		16	28,1	21	36,8	20	35,1	57	100
متوسط		61	23,5	91	35	108	41,5	260	100
ثانوي		36	17,5	100	48,5	70	34	206	100
جامعي		6	12,8	20	42,6	21	44,7	47	100
المجموع		127	21,2	247	41,2	226	37,7	600	100

من خلال الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يقدمن لاطفالهن رضاعة اصطناعية وهذا ب 41.2% مقابل 37.7% يقدمن خليط بين الرضاعة الطبيعية و الإصطناعية ، أما 21.2% فيقدمن لاطفالهن رضاعة طبيعية .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي لمعرفة تاثير هذا الاخير على الرضاعة المقدمة للطفل نلاحظ أن 50% من الامهات ذوات المستوى الامي تقدمن رضاعة اصطناعية للطفل ، مقابل 26.7% قدمن لأطفالهن رضاعة طبيعية، مقابل 23.3% قدمن لاطفالهن رضاعة مختلطة ، ويبقى الإتجاه نفسه مع ذوات المستوى الابتدائي ، أما المبحوثات ذوات المستوى المتوسط ف 41.5% يقدمن لأطفالهن رضاعة مختلطة ، مقابل 34% يقدمن رضاعة اصطناعية ، أما 23.5% فيقدمن رضاعة طبيعية .

فمن خلال هذا الجدول نلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمبحوثة كلما التمسنا تراجع للرضاعة الطبيعية ، فنسبة اللواتي يرضعن أطفالهن من ذوات المستوى الثانوي تبلغ 17.5% في حين بلغت النسبة 12.8% عند ذوات المستوى الجامعي.

و تبقى النسب متقاربة بين اللواتي يرضعن اصطناعيا و اللواتي يقدمن خليط بين الرضاعتين .

و يمكن ان نفسر هذا التراجع بعدم اكتراث الامهات و هذا لوجود الحليب الإصطناعي المتنوع و الذي لقي رواجاً كبيراً من خلال الحملات الإشهارية ، فالرضاعة الطبيعية حسب تصريح بعض المبحوثات أصبحت مشقة للامهات خاصة العاملات منهن رغم ادراكهن لاهميتها في بعض الاحيان.

و الغريب في الامر أنه حتى المبحوثات الماكثات في البيت ابتعدن عن الرضاعة الطبيعية ، وهذا لإعتقادهن ان الرضاعة الإصطناعية هي الانفع وهي التي تشبع الطفل الخ ، فهذا النوع من الرضاعة أصبحت كموضة لديهن.

و الدليل على ذلك انه عند حساب كا2، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 14.964 عند درجة حرية 8 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 15.507، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 المحسوبة إذا هناك فروق ظاهرية راجعة للصدفة وبالتالي تقبل فرضية العدم و الإستقلال أي لا توجد علاقة بين المتغيرين .و منه يمكن ان نستنتج ان هناك علاقات خفية تتحكم في هذين المتغيرين .

الجدول رقم (128): علاقة المستوى التعليمي للزوجة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية للطفل

مدة الرضاعة الطبيعية		من 3-0 اشهر		من 4-7 اشهر		من 8-11 شهر		سنة فاكتر		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي		17	56,7	5	16,7	5	16,7	3	10	30	100
ابتدائي		21	36,8	20	35,1	13	22,8	3	5,3	57	100
متوسط		101	38,8	98	37,7	41	15,8	20	7,7	260	100
ثانوي		103	50	67	32,5	20	9,7	16	7,8	206	100
جامعي		25	53,2	16	34	6	12,8	0	0	47	100
المجموع		267	44,5	206	34,3	85	14,2	42	7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أن اطفالهن استفادوا من الرضاعة الطبيعية الخالصة لمدة تتراوح من 3-0 اشهر بنسبة 44.5% مقابل 7% استفادى اطفالهن من الرضاعة الخالصة لمدة اكثر من سنة.

وعند ادخال المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تأثير هذا الاخير على مدة استفادة الطفل بالرضاعة الطبيعية الخالصة تبين انه مهما اختلف المستوى التعليمي للزوجة فإن الإتجاه واحد وهو نحو مدة الرضاعة الخالصة التي تتراوح من 3-0 اشهر بالنسب التالية على التوالي : 56.7% لذوات المستوى

الامي ، و 36.8% لذوات المستوى الابتدائي ، و 38.8% لذوات المستوى المتوسط ، و 50% لذوات المستوى الثانوي ، و 53.2% لذوات المستوى الجامعي .

وفي مقابل ذلك نلاحظ ان المبحوثات اللواتي استفاد اطفالهن بالرضاعة الطبيعية الخالصة لمدة اكثر من سنة فنسبهم هي على التوالي : 10% عند ذوات المستوى الامي و 5.3% عند ذوات المستوى الابتدائي ، و في حدود 7.7% عند ذوات المستوى المتوسط و الثانوي .

فمن خلال الجدول نستنتج ان مدة استفادة الطفل بالرضاعة الطبيعية الخالصة لا تتأثر كثيرا بارتفاع المستوى التعليمي . بدليل انه عند حساب اختبار كا2 وجدناه يساوي 20.438 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتساوي 21.026 . ، إذا نقول أن هناك فروق ظاهرية راجعة للصدفة ، وبالتالي تقبل فرضية العدم و الإستقلال ، أي لا توجد علاقة بين المتغيرين.

فالرضاعة الطبيعية تكون في اوجها عندما يكون الطفل حديث الولادة ، إلا أن يبلغ 3 اشهر من عمره ، لتأخذ منحى اخر نحو الإنخفاض ابتداء من هذه الفترة من عمر الطفل ، وهذا ما لاحظناه في الفترات التي هي في حدود سنة او اكثر من عمر الطفل .

فهذا الفطام المبكر للطفل إنما هو اجحاف في حق الطفل وهذا راجع إلى ما آلت إليه الاسرة الجزائرية بسبب التغيرات و التحولات التي حلت بالمجتمع في كل المجالات .

فبعد ان كانت الوظيفة الاساسية للمرأة المتزوجة هي الإنجاب و تربية النشا و الإهتمام بالزوج ، تغير الوضع بعد المكانة الإجتماعية التي وصلت إليها بسبب ارتفاع مستواها التعليمي ، فاصبحت منافس قوي للرجل في كل الوظائف بدون استثناء ، مما انعكس سلبا على مسؤوليتها داخل الاسرة ، وخاصة رعاية اطفالها ، حيث اصبحت تولي هذه المهمة إلى المربية او إلى الام و الحماة ، بسبب غيابها عن البيت .

فالامهات العاملات كما صرحن هن مجبرات على ذلك ، فلا وجود لقانون ناصف في حق الام المرضع ، ففي غالب الاحيان تعمل الام بعيدا عن مسكنها ، وبالتالي حتى و إن كان لها استفادة من ساعات الرضاعة إلا انه لا تستغلها بحكم بعد المسافة.

فاول من تضرر هو الرضاعة الطبيعية التي حلّ محلها الرضاعة الإصطناعية وخاصة بعد الرواج الكبير للمنتجات الصناعية للحليب ، الذي اصبح نوع من الموضة و التقدم فاصبحت تختار الماركات الجيدة على حسب تقديرها وتقدمها لطفلها موقعة إياه في مشاكل هضمية عويصة.

ونفس الشيء نلاحظه عند المرأة الماكثة بالبيت خاصة ذوات المستوى المعيشي الجيد ، فكلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة كلما تراجعت الرضاعة الطبيعية للطفل (كما راينا ذلك في الجدول 79)، فالرضاعة الطبيعية اصبحت عادة قديمة و مملة على حسب تقدير بعض المبحوثات الماكثات في البيت ، وتأخذ الكثير من وقتهن ، فهي غذاء الفقراء ، بدليل ان الاسر التي مستواها التعليمي منخفض هي من تعتمد اكثر على الرضاعة الطبيعية وعلى العادات القديمة في تعاملها مع اطفالها .
أما فيما يخص نوع التقنية المستعملة في ارضاع الطفل فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (129) : علاقة المستوى التعليمي للزوجة و نوع التقنية المستعملة لإرضاع الطفل

نوع التقنية		قنينة من الزجاج		قنينة من البلاستيك		النوعين معا		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي		6	20	14	46,7	10	33,3	30	100
ابتدائي		15	26,3	26	45,6	16	28,1	57	100
متوسط		87	33,5	107	41,2	66	25,4	260	100
ثانوي		104	50,5	49	23,8	53	25,7	206	100
جامعي		39	83	0	0	8	17	47	100
المجموع		251	41,8	196	32,7	153	25,5	600	100

من خلال هذا الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أن القنينة المستعملة لإرضاع الاطفال هي قنينة من الزجاج وهذا بنسبة 41.8% مقابل 32.7% يستعملن قنينة من البلاستيك ، مقابل 25.5% تستعملن النوعين معا.

و عند ادخال متغير المستوى التعليمي لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع القنينة المستعملة لإرضاع الطفل تبين لنا أنه كلما انخفض المستوى التعليمي كلما زاد استعمال القنينة البلاستيكية حيث بلغت النسبة من 46.7% عند ذوات المستوى الامي ، 45.6% عند ذوات المستوى الإبتدائي ، 41.2% عند ذوات المستوى المتوسط ، 23.8% عند ذوات المستوى الثانوي و 0% عند ذوات المستوى الجامعي .

و بالمقابل نجد أن استعمال القنينة الزجاجية يزيد كلما ارتفع المستوى التعليمي ، حيث انتقلت النسبة على الترتيب من 20% و 26.3% عند ذوات المستوى الامي و الابتدائي إلى 50.5% و 83% عند ذوات المستوى الثانوي و الجامعي.

فمن خلال هذا التحليل نستنتج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للام كلما كان استعمال القنينة الزجاجية ، وهذا لإدراك الام ان الزجاج صحي اكثر من غيره ، فهو لا تتبعث منه اية رائحة عكس البلاستيك وخاصة في الشهور الاولى من حياة الطفل .

أما الامهات اللواتي تستعملن النوعين فهن تستعملن القنينة الزجاجية عند تقديم السوائل الدافئة للطفل كالحليب ، أما القنينة البلاستيكية فهي تستعمل عند استعمال السوائل الباردة كالماء ، فهن يتجنبن استعمال البلاستيك للمواد الساخنة لما له من اضرار ، وهذا ما يفسر انخفاض النسبة عند ذوات المستوى الجامعي للنوعين حيث بلغت النسبة 17% ، مقارنة ب 33.3% عند ذوات المستوى الامي.

فيما يخص الامهات ذوات المستوى التعليمي المنخفض ، فهن لا يعرفن كثيرا هذه الامور ، أي مدى خطورة قنينات البلاستيك خاصة عند الطفل الرضيع ، فهن يشتريين هذه القنينات في غالب الاحيان لإنخفاض سعرها من جهة و لأنها لا تتكسر بسرعة من جهة اخرى.

و منه نستنتج وجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و نوع القنينة المستعملة لإرضاع الطفل ، وعند حساب اختبار كا2 وجناه يقدر ب 87.570 عند درجة حرية 8 و مستوى دلالة 5% ، اما كا2 المحسوبة فقدرت ب 15.507 دليل على وجود فروق جوهرية ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المتغيرين. أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.31 ، اما معامل كرامر فقد ب 0.23 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

أما فيما يخص مسألة الإهتمام بنظافة القنينة فنستعرض الجدول التالي :

الجدول رقم (130): توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوجة والإهتمام بنظافة القنينة

المجموع		أغليها مرة أو مرتين في اليوم		أغسلها جيدا بالماء و الصابون		تعقيمها بعد كل رضعة		الإهتمام بنظافة القنينة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي للزوجة
100	30	23,3	7	60	18	16,7	5	أمي
100	57	36,8	21	49,1	28	14,0	8	ابتدائي
100	260	41,2	107	44,2	115	14,6	38	متوسط
100	206	47,6	98	21,8	45	30,6	63	ثانوي
100	47	23,4	11	12,8	6	63,8	30	جامعي
100	600	40,7	244	35,3	212	24,0	144	المجموع

من خلال هذا الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن يقمن بتغليّة القنينة مرة أو مرتين في اليوم وهذا بنسبة 40.7% ، مقابل 24% تقمن بتعقيمها بعد كل رضعة .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تاثير هذا الاخير على كيفية الإهتمام بنظافة القنينة ، تبين لنا ان المبحوثات ذوات المستوى الامي يكتفين بغسل القنينة بالماء و الصابون بنسبة 60% مقابل 23.3% تقمن بتغليتها مرة او مرتين في اليوم وهذا بنسبة 23.3% مقابل 16.7% يقمن بتعقيمها بعد كل رضعة.

ونلتمس تقارب في النسب فيما يخص المستوى الإبتدائي و المتوسط وتتغير النسب ابتداء من المستوى الثانوي و الجامعي حيث بلغت النسب كالآتي :

بالنسبة للمستوى الثانوي صرحت المبحوثات ان 47.6% تقمن بتغليّة القنينة مرة او مرتين في اليوم ، مقابل 30.6% تعقم القنينة بعد كل رضعة ، مقابل 21.8% تغسلها جيدا بالماء و الصابون.

اما المبحوثات ذوات المستوى الجامعي ف 63.8% تقمن بتعقيمها بعد كل رضعة ، مقابل 23.4% تقمن بغسلها مرة او مرتين في اليوم ، مقابل 12.8% تغسلنها جيدا بالماء و الصابون.

من خلال هذا التحليل يتبين ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و كيفية الإهتمام بنظافة القنينة ، بدليل انه عند حسابنا لإختبار كا2 وجدناه يقدر ب 87.097 عند درجة حرية 8 و مستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فقدرت ب 15.507. دليل على وجود فروق جوهرية ، ومنه ترفض فرضية

العدم ونقول ان هناك علاقة بين المتغيرين. أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.35 و منه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

إن تغذية القنينة أو تعقيمها شيء ضروري لقتل كل الجراثيم و الميكروبات التي تتخبط في ثنيات القنينة خاصة مع ارتفاع درجة الحرارة اين تتراكم هذه الميكروبات بصورة مذهلة قد ينتج منها امراض خطيرة. فكلما ارتفع المستوى التعليمي للامهات كلما ادركن اهمية تغذية او تعقيم القنينة قبل كل الرضعة.

اما عن نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (131): علاقة المستوى التعليمي للزوجة و الوجبات المقدمة للطفل

الوجبات المقدمة		وجبات غذائية صحية كاملة		وجبات غذائية ناقصة		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		ك	%	ك	%	ك	%
أمي		12	40	18	60	30	100
ابتدائي		22	38,6	35	61,4	57	100
متوسط		124	47,7	136	52,3	260	100
ثانوي		160	77,7	46	22,3	206	100
جامعي		46	97,9	1	2,1	47	100
المجموع		364	60,7	236	39,3	600	100

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تستعملن وجبات غذائية صحية للطفل بنسبة 60.7% مقابل 39.3% صرحن ان الوجبات المعدة للطفل هي وجبات ناقصة.

و عند ادخال متغير المستوى التعليمي لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع الوجبات المعدة للطفل تبين لنا ان المبحوثات ذوات المستوى الامي يقدمن لاطفالهن وجبات غذائية ناقصة وهذا ب 60% مقابل 40% يقدمن وجبات غذائية كاملة. و تتقارب النسبة عند ذوات المستوى الإبتدائي و المتوسط لنلتمس تغيرا عند ذوات المستوى الثانوي و الجامعي حيث صرحت المبحوثات ذوات المستوى الثانوي ان 77.7% يقدمن وجبات غذائية كاملة مقابل 23.3% يقدمن وجبات غذائية ناقصة .

أما المبحوثات ذوات المستوى الجامعي فإنهن صرحن أنهن يقدمن وجبات صحية بنسبة 97.9% مقابل 2.1% قدمن وجبات غذائية ناقصة.

من خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين ، بدليل انه عند حساب كا2، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 87.570 عند درجة حرية 4 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 9.488 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و الوجبات الغذائية المقدمة للطفل.

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.25 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيري فتحديد وجبات الطفل يقتضي التوازن بين المكونات الاساسية لكل المجموعات الغذائية المعروفة حتى ينشأ الطفل صحيح البنية.

لكن رغم تصريح المبحوثات اللواتي اكدن على انهن يقدمن غذاء صحي لاطفالهن ، حاولنا ان التأكد من صحة كلامهن ، اي ماهو مفهوم الغذاء الصحي حسب اعتقادهن؟ والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي :

الجدول رقم (132): توزيع افراد العينة حسب مميزات الوجبة الصحية المقدمة للطفل حسب تقديرهن

%	ك	التكرار
		مميزات الوجبة الصحية
62,6	228	خلط بين أنواع كثيرة من الاغذية ذات القيمة العالية من مختلف المجموعات الغذائية
33,2	121	خلط الاغذية التي تناسب كل مرحلة عمرية للطفل
4,1	15	أخرى
100	364	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان 62.6% من المبحوثات اللواتي صرحن انهن تقدمن غذاء صحي لاطفالهن يقمن بخلط انواع كثيرة من الأغذية ذات القيمة العالية من مختلف المجموعات الغذائية ، مقابل 33.2% يقمن بخلط الاغذية التي تتناسب مع كل مرحلة عمرية من مراحل نمو الطفل.

أما 4.1 % فصرحن أنهم تقدمن وجبات أخرى للطفل وهي عبارة عن حميات أو نظام غذائي نصحتها به الطبيب نظرا للمرض الذي يعاني منه الطفل .

في حين نجد المبحوثات اللواتي صرحن انهن تقدمن غذاء ناقص للطفل ،فهي موضحة في الجدول رقم (9) من الملحق 2 ، حيث ان 53% صرحن ان غذاء الطفل لا يتميز بالخصوصية عن غذاء الكبار ، اما 47% فصرحن انه نادرا ما تحوي الوجبة على بروتينات و مشتقات الحليب الاساسية. لكن تقتضي الحياة ان يكون هناك تفاوت في المستويات المعيشية للأسر، وبالتالي توفير ما يناسب نمو الطفل يختلف من اسرة لاخرى ايضا يختلف حسب مستواها المعيشي ، و الجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول (133): علاقة المستوى التعليمي للزوجة و المستوى المعيشي للأسرة و الوجبات المقدمة للطفل

المجموع		وجبات غذائية ناقصة		وجبات غذائية صحية كاملة		الوجبات المقدمة للطفل	
						المستوى التعليمي للزوجة	المستوى المعيشي للأسرة
%	ك	%	ك	%	ك		
100	3	66,7	2	33,3	1	جيد	أمي
100	7	28,6	2	71,4	5	حسن	
100	8	37,5	3	62,5	5	متوسط	
100	12	91,7	11	8,3	1	مزري	
100	30	60	18	40	12	المجموع	
100	2	0	0	100	2	جيد	ابتدائي
100	25	48	12	52	13	حسن	
100	20	65	13	35	7	متوسط	
100	10	100	10	0	0	مزري	
100	57	61,4	35	38,6	22	المجموع	
100	22	31,8	7	68,2	15	جيد	متوسط
100	95	38,9	37	61,1	58	حسن	
100	99	51,5	51	48,5	48	متوسط	
100	44	93,2	41	6,8	3	مزري	
100	260	52,3	136	47,7	124	المجموع	
100	50	6	3	94	47	جيد	ثانوي
100	96	10,4	10	89,6	86	حسن	
100	52	50	26	50	26	متوسط	
100	8	87,5	7	12,5	1	مزري	
100	206	22,3	46	77,7	160	المجموع	
100	34	2,9	1	97,1	33	جيد	جامعي
100	12	0	0	100	12	حسن	
100	1	0	0	100	1	متوسط	
0	0	0	0	0	0	مزري	
100	47	2,1	1	97,9	46	المجموع	
100	111	11,7	13	88,3	98	جيد	المجموع
100	235	26	61	74	174	حسن	
100	180	51,7	93	48,3	87	متوسط	
100	74	93,2	69	6,8	5	مزري	
100	600	39,3	236	60,7	364	المجموع	

من خلال هذا الجدول وإضافة إلى التحليل السابق ، يتبين ان المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الامي رغم انهن يعشن في وضعية جيدة إلى أن معارفهن محدودة لذلك فإن الوجبات المقدمة للطفل هي وجبات غذائية ناقصة وهذا بنسبة 66.75% مقابل 33.35 % تقدمن وجبات غذائية صحية .

أما المبحوثات ذوات المستوى المعيشي الحسن فإنهن يقدمن وجبات صحية بنسبة 71.4% مقابل 28.6% يقدمن وجبات ناقصة ، وتتقارب النسبة عند ذوات المستوى المعيشي المتوسط ، أما المبحوثات ذوات المستوى المعيشي المنخفض (المزري) على حد تعبير المبحوثة فإن الوجبات المعدة للطفل هي وجبات غذائية ناقصة من حيث المكونات ، و الفيتامينات اللازمة لنمو الطفل.

أما المبحوثات ذوات المستوى الابتدائي واللواتي صرحن ان مستواه المعيشي جيد فإنهن يقدمن غذاء صحي لأطفالهن بنسبة 100% ، اما المبحوثات ذوات المستوى المعيشي الحسن فإنهن تقدمن غذاء صحي لأطفالهن بنسبة 52% مقابل 48% تقدمن وجبات غذائية ناقصة ، ونلاحظ أنه كلما انخفض المستوى المعيشي للأسرة كلما كان الغذاء المقدم للطفل هو غذاء غير صحي .

فمن خلال هذا الجدول يتبين انه مهما ارتفع المستوى التعليمي فالوضع المعيشي له تأثير على الحياة الأسرية في تحديد نوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل .
فكلما ارتفع المستوى التعليمي في ظل تدني المستوى المعيشي يقابله الابتعاد عن تقديم وجبات غذائية صحية للطفل و العكس صحيح. اما عن نوعية الماء المقدمة للطفل فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (134) : علاقة المستوى التعليمي للزوجة و نوعية الماء المقدم للطفل

المجموع		أخرى		ماء معدني		ماء مغلي		ماء الحنفية		نوعية الماء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي للزوجة
100	30	33,3	10	6,7	2	33,3	10	26,7	8	أمي
100	57	24,6	14	7	4	24,6	14	43,9	25	ابتدائي
100	260	17,3	45	22,7	59	22,7	59	37,3	97	متوسط
100	206	3,4	7	41,7	86	28,6	59	26,2	54	ثانوي
100	47	0	0	68,1	32	17	8	14,9	7	جامعي
100	600	12,7	76	30,5	183	25	150	31,8	191	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يستعملن ماء الحنفية لاطفالهم بنسبة 31.8% ، مقابل 12.7% يستعملن مياه من مصادر اخرى.

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي لمعرفة تاثير هذا الاخير على نوع الماء المستعمل للطفل تبين لنا ان الامهات ذوات المستوى الامي تستعملن الماء المغلي و مياه من مصادر اخرى بنسب متساوية تقدر ب 33.3% .

أما المبحوثات ذوات المستوى الإبتدائي و المتوسط فلقد واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 43.9% و 37.3% .اما المبحوثات ذوات المستوى الثانوي و الجامعي فإنهن تستعملن مياه معدنية بالنسب التالية : 41.7% ، و 68.1%.

فالملاحظ من هذا الجدول انه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما زاد استعمال الماء المعدني على حساب المصادر الاخرى للمياه .

من خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين ، بدليل انه عند حساب كا2، وجدنا كا 2 المحسوبة تقدر ب 107.480 عند درجة حرية 12 و مستوى دلالة 5% ، بينما كا2 الجدولية تقدر ب 21.026 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و الماء الذي يقدم للطفل.

وعند حساب مقدار هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق (ق) وجدناه يساوي 0.39 . دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين ، اما معامل لامدا فيساوي 0.34 .

فالمستوى التعليمي للزوجة عامل مهم في تحديد نوع الماء المقدم للطفل ، وهذا لوعي المبحوثة بالمشاكل المترتبة حال استعمال مياه غير معالجة او مخزنة لمدة طويلة ، فحتى إن لم تتمكن المبحوثات من جلب المياه المعدنية فنجدهن في حالات عديدة تقوم بغلي الماء لاطفالهن لتجنب الوقوع في الأمراض المتنقلة عبر المياه و التي تنتشر خاصة في فصل الصيف.

الجدول رقم (135): توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوجة الإمتثال لرغبات الطفل

الإمتثال لرغبات الطفل		ألبى له الرغبة		أمتنع		في بعض الأحيان		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي		6	20	10	33,3	14	46,7	30	100
ابتدائي		12	21,1	20	35,1	25	43,9	57	100
متوسط		55	21,2	77	29,6	128	49,2	260	100
ثانوي		67	32,5	46	22,3	93	45,1	206	100
جامعي		14	29,8	6	12,8	27	57,4	47	100
المجموع		154	25,7	159	26,5	287	47,8	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تمتثلن لرغبات اطفالهن في بعض الاحيان بنسبة 47.8% مقابل 25.7% تقمن بتلبية رغبات أطفالهن .

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تاثير هذا الاخير على الإمتثال لرغبات الطفل تبين انه مهما اختلف المستوى التعليمي فإن الإتجاه واحد و هو نفس الاتجاه العام للجدول أي تلبية رغبات الاطفال في بعض الاحيان بالنسب التالية على التوالي : 46.7% عند ذوات المستوى الامي و 43.9% عند ذوات المستوى الإبتدائي ، و 49.2% عند ذوات المستوى المتوسط ، و 45.1% بالنسبة للمستوى الثانوي ، و 57.4% للمستوى الجامعي .

وفي مقابل ذلك نجد نسبة اللواتي تلبين رغبات اطفالهن تزيد عند ذوات المستوى الثانوي و الجامعي بالنسب التالية على التوالي : 32.5% و 29.8% ،مقابل نسب تقريبا متساوية في حدود 20% عند ذوات المستوى الامي و الإبتدائي و المتوسط.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان المستوى التعليمي للزوجة له تاثير ضعيف على الإمتثال لرغبات الطفل ، وهذا عند حساب كا2 وجدناه يساوي 16.283 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدر ب 15.507، ذا هناك فروق بين القيمتين ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.18، اما معامل كرامر فقدر ب 0.11 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين. ومنه نقول ان ارتفاع المستوى التعليمي في ظل غياب الوعي الصحي له تاثير سلبي على صحة الطفل.

الجدول رقم (136): توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوجة و مكان لعب الاطفال

مكان لعب الاطفال		في البيت او في الاماكن المخصصة للعب		في الحي		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		ك	%	ك	%	ك	%
أمي		9	30	21	70	30	100
ابتدائي		18	31,6	39	68,4	57	100
متوسط		93	35,8	167	64,2	260	100
ثانوي		154	74,8	52	25,2	206	100
جامعي		43	91,5	4	8,5	47	100
المجموع		317	52,8	283	47,2	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان مكان لعب اطفالهن هو البيت او الاماكن المخصصة لذلك بنسبة 52.8% مقابل 47.2% مكان لعب اطفالهن هو الحي.

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تأثير هذا الاخير على مكان لعب الاطفال ، تبين ان المبحوثات ذوات المستوى الثانوي و الجامعي واطين على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي 74.8% و 91.5% .

في حين نجد ان المبحوثات ذوات المستوى الامي و الإبتدائي و المتوسط مكان لعب اطفالهن هو الحي بالنسب التالية على التوالي 70% ، 68.4% و 64.2%.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و مكان لعب الاطفال الاقل من خمس سنوات . وهذا عند حساب كا2 وجدناه يساوي 114.907 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدر ب 9.488، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المتغيرين.

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.40 ، اما معامل كرامر فقدر ب 0.43 ومنه نقول ان العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة ادركت الامور الصارة التي قد نجدها في الشوارع خاصة في المدن ، فالنفايات اصبحت في كل مكان ولا امان للاطفال في الشارع ، لذلك فالبيت ارحم رغم ضيق المكان في بعض الاحيان.

الجدول رقم (137): علاقة المستوى التعليمي للزوجة و اختيار لعب الاطفال

اختيار لعب الاطفال		اختار الغير مكلفة		الاجابة		ذات النوعية الجيدة		حالة اخرى		المجموع	
المستوى التعليمي للزوجة		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
أمي		76,7	23	6,7	2	10	3	6,7	2	100	30
ابتدائي		66,7	38	5,3	3	15,8	9	12,3	7	100	57
متوسط		66,2	172	4,6	12	23,5	61	5,8	15	100	260
ثانوي		33,5	69	23,3	48	38,3	79	4,9	10	100	206
جامعي		2,1	1	36,2	17	61,7	29	0	0	100	47
المجموع		50,5	303	13,7	82	30,2	181	5,7	34	100	600

من خلال الجدول نلاحظ ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يخترن لاطفالهن اللعب الغير مكلفة ب 50.5% مقابل 5.7% يتحصلن على اللعب بطريقة أخرى.

وعند ادخال متغير المستوى التعليمي للزوجة لمعرفة تاثير هذا الاخير على كيفية اقتناء لعب الاطفال ، تبين ان المبحوثات ذوات المستوى الامي و الابتدائي و المتوسط واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية 76.7% ، 66.7% و 66.2% . في حين نجد المبحوثات ذوات المستوى الثانوي و الجامعي يخترن لاطفالهن اللعب ذات النوعية الجيدة بالنسب التالية : 38.3% و 61.7% .

و منه نستنتج انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما زاد اختيارها للعب اطفالها ، و هذا عند حساب كا2 وجدناه يساوي 143.473 عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدر ب 21.026، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و اختار لعب الاطفال .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.43 اما معامل كرامر فقدر ب 0.28 ومنه نقول ان العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

و هذا عند حساب كا2 وجدناه يساوي 98.054 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فنقدر ب 9.488 هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و اختار اختصاص الطبيب المعالج للطفل .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.60 ومنه نقول ان العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين. اما معامل كرامر فقد ب 0.76 و منه فالعلاقة طردية قوية بين المتغيرين.

المبحث الثاني : اختبار مدى مساهمة الوضعية المهنية للزوجين على تقديم الرعاية الصحية للأطفال

1 - تأثير الوضعية المهنية للزوج

الجدول رقم (138): علاقة الحالة المهنية للزوج و التصرف مع مرض الطفل

التصرف مع مرض		توجهت مباشرة		أعطيته بعض		أعطيته بعض		أشترت له دواء		أخرى		المجموع	
إلى الطبيب		المسكنات		الوصفات الشعبية		من الصيدلي							
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
37.7	203	23.2	125	32.9	177	5	27	1.1	6	100	538		
30.6	19	12.9	8	53.2	33	1.6	1	1.6	1	100	62		
37	222	22.2	133	36	210	4.7	28	1.2	7	100	600		

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن بالطفل مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% مقابل 1.2% يستعملن وسائل اخرى في العلاج .

و عند ادخال متغير الوضعية المهنية للزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على كيفية التصرف مع مرض الطفل تبين ان المبحوثات اللواتي ازواجهن يعملون حافظن على الإتجاه العام للجدول ، اي التوجه بالطفل مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37.7% مقابل 1.1% يتعاملن مع مرض الطفل بطرق اخرى في العلاج . أما المبحوثات اللواتي أزواجهن لا يعملون ف 53.2% يتعاملن مع مرض الطفل بالطرق الشعبية في العلاج مقابل نسبة متساوية تقدر ب 1.6% من اللواتي اشترين له دواء من الصيدلي و تستعملن وسائل اخرى.

من خلال هذا التحليل يتبين ان هناك علاقة بين عمل الزوج و طريقة التعامل مع مرض الطفل وعند حساب كا2 وجدناه يساوي 11.494 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدر ب 9.488 ، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و اختار لعب الاطفال .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل كرامر وجدناه يقدر ب 0.13 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

و لمحاولة التعرف هل لنوع المهنة علاقة ب كيفية التصرف مع مرض الطفل تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (139): علاقة مهنة الزوج و كيفية التصرف مع مرض الطفل

التصرف مع المرض		توجهت مباشرة إلى الطبيب		أعطيته بعض المسكنات		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		اشتريت له دواء من الصيدلي		أخرى		المجموع	
نوع عمل الزوج		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بطل		19	30,6	8	12,9	33	53,2	1	1,6	1	1,6	62	100
موظف ذو دخل بسيط		57	27,3	43	20,6	99	47,4	8	3,8	2	1	209	100
مهنة حرة بسيطة		11	30,6	8	22,2	15	41,7	1	2,8	1	2,8	36	100
موظف ذو دخل متوسط		90	48,9	35	19	46	25	12	6,5	1	0,5	184	100
مهنة حرة متوسطة		39	41,9	32	34,4	16	17,2	6	6,5	0	0	93	100
اطار عالي		3	60	1	20	1	20	0	0	0	0	5	100
مهنة حرة عالية		3	27,3	6	54,5	0	0	0	0	2	18,2	11	100
المجموع		222	37	133	22,2	210	35	28	4,7	7	1,2	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% مقابل 1.2 % يتعاملن مع مرض الطفل بطرق اخرى للعلاج .

وعند ادخال نوع مهنة الزوج لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على كيفية التصرف مع مرض الطفل تبين ان الزوج البطال و الموظف البسيط ، او الزوج الذي له مهنة حرة بسيطة يتعاملون مع مرض الطفل بالطرق الشعبية في العلاج بالنسب التالية 53.2 % ، 47.4 % ، 41.7 % .

اما الموظف الذي له دخل متوسط و مهنة حرة متوسطة و الإطار العالي فتعاملهم مع مرض الطفل يكون ب التوجه المباشر إلى الطبيب بالنسب التالية : 48.9 % ، 41.9 % ، 60 %.

أما الزوج الذي له مهنة حرة عالية فتعامل هذه الاسرة مع مرض الطفل يكون بإعطائه بعض المسكنات بنسبة 54.5 % .

وعند ادخال متغير نوع مهنة الزوج لمعرفة تاثير هذه الاخيرة على مدة ترك الطفل في حالة المرض تبين ان الاسر التي يكون فيها الزوج بطل او موظف ذو دخل بسيط فإن الاطفال يتركون لمدة اكثر من ثلاثة ايام مع المرض بالنسب التالية 45.2% ، و 34% .

اما الاسر التي يكون فيها الزوج يمارس عمل حر بسيط او موظف ذو دخل متوسط او له مهنة حرة متوسطة ، أو اطار عالي ، فإنهم لا يتركون الطفل يتصارع مع المرض ، وإنما يتوجهون به مباشرة إلى الطبيب بالنسب التالية على التوالي : 30.6% ، 48.9% ، 41.9% ، 60%.

اما الازواج الذين يمارسون مهن حرة عالية ، فإنهم يتركون الطفل لمدة يومان مع المرض قبل التوجه إلى الطبيب بنسبة 54.5%. وهذا لانهم كانوا ينتظرون من الطفل الشفاء ، فحسب الجدول السابق تبين أن المبحوثات كنّ يقدمن للطفل بعض المسكنات ، فلقد صرحت منهنّ ان كثرة الادوية غير محبذة للطفل ، ويجب ان يترك الطفل مع المرض احيانا لتقوية جهازه المناعي .

عند حساب كا2 وجدناه يساوي 76.725 عند درجة حرية 24 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدر ب 36.415، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع المهنة و التصرف مع مرض الطفل. أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.37 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم (141): علاقة مهنة الزوج و اختيار القطاع الإستشفائي

المجموع		القطاع الخاص		القطاع العمومي		القطاع الإستشفائي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	62	6,5	4	93,5	58	بطل
100	209	15,3	32	84,7	177	موظف ذو دخل بسيط
100	36	16,7	6	83,3	30	مهنة حرة بسيطة
100	184	35,9	66	64,1	118	موظف ذو دخل متوسط
100	93	50,5	47	49,5	46	مهنة حرة متوسطة
100	5	80	4	20	1	اطار عالي
100	11	72,7	8	27,3	3	مهنة حرة عالية
100	600	27,8	167	72,2	433	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يخترن القطاع العام بنسبة 72.2% مقابل 27.8% يخترن القطاع الخاص .

وعند ادخال مهنة الزوج لمعرفة تاثير هذه الاخيرة على نوع القطاع المفضل التوجه إليه تبين ان المبحوثات اللواتي ازواجهن لا يمتلكن مهنة والذين هم موظفون ذو دخل بسيط ، والذين لهم مهنة حرة بسيطة ، او موظفون ذو دخل متوسط واطين على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية : 93.5% و 84.7% و 83.3% و 64.1%.

في حين نجد المبحوثات اللواتي ازواجهن يمتهن مهن محترمة كالذين لهم مهن حرة متوسطة أو اطارات عالية و مهن حرة عالية يخترن القطاع الخاص بالنسب التالية على التوالي : 50.5% ، 80% ، 72.7% .

ومنه نستنتج ان هناك علاقة بين مهنة الزوج و اختيار القطاع الإستشفائي في العلاج .

و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 80.257 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 12.592، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوج واختيار القطاع الإستشفائي للعلاج .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.34، اما معامل كرامر فقدر ب 0.36 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

ولمعرفة هل لنوع مهنة الزوج تاثير نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، تحصلنا على الجدول التالي:

الجدول رقم (142): علاقة مهنة الزوج و نوع الرضاعة المقدمة للطفل

نوع الرضاعة		طبيعية		إصطناعية		خليط بينهما		المجموع	
نوع عمل الزوج		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بطل		21	33,9	19	30,6	22	35,5	62	100
موظف ذو دخل بسيط		37	17,7	97	46,4	75	35,9	209	100
مهنة حرة بسيطة		7	19,4	14	38,9	15	41,7	36	100
موظف ذو دخل متوسط		44	23,9	67	36,4	73	39,7	184	1000
مهنة حرة متوسطة		14	15,1	33	35,5	46	49,5	93	100
اطار عالي		0	0	1	20	4	80	5	100
مهنة حرة عالية		4	36,4	4	36,4	3	27,3	11	100
المجموع		127	21,2	235	39,2	238	39,7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن تقدمن رضاعة مختلطة للاطفال بنسبة 39.7% ، مقابل 21.2% تقدمن رضاعة طبيعية للطفل .

و عند ادخال متغير مهنة الزوج لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على نوع الرضاعة المقدمة للطفل تبين ان المبحوثات اللواتي ازواجهن بطالون ، و الذين لهم مهنة حرة بسيطة ، و الموظفون ذو الدخل المتوسط و الذين لهم مهنة حرة متوسطة ، و اللواتي ازواجهن اطارات عالية ، واطبن على الإتجاه العام للجدول أي الإتجاه نحو استعمال الرضاعة المختلطة بالنسب التالية على التوالي : 35.5% ، 41.7% ، 39.7% ، 49.5% ، 80% .مقابل نسب ضئيلة لإستعمال الرضاعة الطبيعية ، حيث نلاحظ ان استعمالها يقل كلما كان الزوج يمتن مهنة محترمة إذ بلغت النسبة مثلاً 33.9% عند المبحوثات اللواتي ازواجهن بطالون ، و 0% عند المبحوثات اللواتي ازواجهن اطارات عالية.

ونلاحظ فقط حالة استثنائية اين كان للزوج مهنة حرة عالية ، وهذا بنسبة 36.4% ، وهذا يترجم بتأثير عوامل اخرى كزيادة وعي الزوجات بأهمية الرضاعة الطبيعية ، او بوعي الزوج حول المسائل التي تخص صحة الطفل.

ومنه نستنتج ان هناك علاقة بين مهنة الزوج و نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 21.428 عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فقدرت ب 21.026 هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوج و نوع الرضاعة المقدمة للطفل .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.18 اما معامل كرامر فقدر ب 0.13 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

من خلال هذا التحليل يتبين ان للحالة المادية للأسرة تأثير على ممارسة الرضاعة الطبيعية فالأسر الميسورة الحال في ظل غياب الوعي الصحي ، لا تجد عائقا في شراء الحليب الإصطناعي ، فلماذا تجهد نفسها و تضع وقتها مع الرضاعة الطبيعية .

فالتغير و التحول الإجتماعي كما ذكرنا في الجانب النظري احدث تغيرا كبيرا للعديد من الافكار و المفاهيم ، فقنينة الإرضاع اصبحت تشتري للطفل قبل مولده ، وهذا ان دلّ على شيء فهو يدل على رفض الرضاعة الطبيعية ، وحتى وإن قدمت للطفل فهي تكون مختلطة فلا يمكن الإستغناء عن القنينة او المصاصة و تزيد هذه الحالات كلما عرفت الحالة المادية للزوج نوعا من الرفاه .

لكن هناك حالات ، حتى وإن كانت قليلة أين تكون الوضعية المادية جيدة ، لكن نلاحظ اقبال الزوجات نحو ممارسة الرضاعة الطبيعية وهذا يترجم بزيادة وعيهم بالفائدة العظمي للرضاعة الطبيعية .
أما عن مدة الرضاعة الطبيعية الخالصة فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (143): علاقة مهنة الزوج و مدة الرضاعة الخالصة

المجموع		سنة فاكثر		من 8-11 شهر		من 4-7 اشهر		من 0-3 اشهر		مدة الرضاعة نوع عمل الزوج
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	62	3,2	2	30,6	19	32,3	20	33,9	21	بطل
100	209	4,8	10	12,9	27	30,6	64	51,7	108	موظف ذو دخل بسيط
100	36	13,9	5	5,6	2	36,1	13	44,4	16	مهنة حرة بسيطة
100	184	9,8	18	14,1	26	35,3	65	40,8	75	موظف ذو دخل متوسط
100	93	6,5	6	8,6	8	39,8	37	45,2	42	مهنة حرة متوسطة
100	5	0	0	0	0	80	4	20	1	اطار عالي
100	11	9,1	1	27,3	3	27,3	3	36,4	4	مهنة حرة عالية
100	600	7,0	42	14,2	85	34,3	206	44,5	267	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان المدة التي استفاد اطفالهن بالرضاعة الخالصة هي من 0-3 اشهر وهذا بنسبة 44.5% ، مقابل 7% قدمن رضاعة لاطفالهن لمدة سنة فاكثر .

وعند ادخال متغير مهنة الزوج لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على مدة الرضاعة الطبيعية الخالصة تبين انه مهما اختلفت مهنة الازواج فإن مدة الرضاعة الطبيعية الخالصة هي 33.9% عند اللواتي لهن ازواج بطالين ، و 51.7% عند اللواتي ازواجهن موظفون ذو دخل بسيط ، و 44.4% عند من ازواجهن لهم مهن حرة بسيطة ، و 40.8% عند من ازواجهن لهم مهن حرة متوسطة ، و 36.4% عند اللواتي لهن ازواج يمتهن مهن حرة عالية ، مقابل نسب ضعيفة لـ اللواتي صرحن انهن قدمن رضاعة خالصة لفترة سنة فاكثر مع اختلاف مهن الازواج.

فمن خلال هذا الجدول نستنتج انه مهما اختلفت مهنة الازواج فإن مدة الرضاعة الحصرية الغالبة هي اقل من ثلاثة اشهر ، ثم استبدالها مباشرة برضاعة اصطناعية او مختلطة (رضاعة طبيعية + اصطناعية).

في حين نجد ان المبحوثات اللواتي تحافظن على فترة اكبر للرضاعة الطبيعية هي المبحوثات اللواتي يعرفن مستوى معيشي منخفض كاللواتي ازواجهن لا يمتهن اية مهنة وهذا بنسبة 30.6% لفترة تزيد عن 8 اشهر.

و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 36.155 عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 28.869، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوج و مدة الرضاعة الحصرية المقدمة للطفل . أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.23 اما معامل كرامر فقدر ب 0.14 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فمن خلال الجدول تظهر هناك علاقة بين المتغيرين حتى و لو كانت ضعيفة ، ففي بعض الحالات الزوجات ولإعتبارات مادية تسعى إلى الممارسة او الإمتناع عن الرضاعة الطبيعية لانها تثقل كاهلها .

فإذا كانت الظروف ملائمة فهذا يساعد على الإقبال نحو الرضاعة الإصطناعية ، خاصة بعد التغير الثقافي للزوجة البنت و هذا بعد الإبتعاد عن العائلة الكبيرة (فالتغير مس ايضا الاسرة فبعد ان كانت اسرة ممتدة اصبحت اسر نووية في معظم الحالات) التي كانت تعتبر نقطة نصح و توجيه للامهات الجديديات فالعلاقة بين مهنة الزوج و مدة الرضاعة الخالصة تعود لإعتبارات ثقافية ايضا لكن مع توفر العامل المادي ساهم في الإبتعاد عن مثل هذه الممارسة التي اصبحت تسمى عند البعض عن جهل منهم بغذاء الفقراء .

فحسب المسح العنقودي متعدد المؤشرات **MICS 4** (2012-2013) فإن الإعتماد على القنينة في ارضاع الطفل عرف زيادة كبيرة حيث بلغت نسبة الإقبال عليها 51% عند الذكور مقابل 47% عند الإناث ، وهذه الممارسة تزيد في المنطقة الشمالية من البلاد ⁽¹⁾ .

الجدول رقم (144): علاقة مهنة الزوج و نوع الوجبات المقدمة للطفل

المجموع		وجبات غذائية ناقصة		وجبات غذائية صحية كاملة		نوع الوجبات نوع عمل الزوج
%	ك	%	ك	%	ك	
100	62	83,9	52	16,1	10	بطل
100	209	57,4	120	42,6	89	موظف ذو دخل بسيط
100	36	44,4	16	55,6	20	مهنة حرة بسيطة
100	184	20,7	38	79,3	146	موظف ذو دخل متوسط
100	93	10,8	10	89,2	83	مهنة حرة متوسطة
100	5	0	0	100	5	اطار عالي
100	11	0	0	100	11	مهنة حرة عالية
100	600	39,3	236	60,7	364	المجموع

يتبين من خلال هذا الجدول ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي يقدمن لاطفالهن وجبات غذائية صحية كاملة بنسبة 60.7% مقابل 39.3% يقدمن وجبات ناقصة على حسب تقديرهن.

وعند ادخال متغير مهنة الزوج لمعرفة تأثير هذا الاخير على نوع الوجبات المقدمة للطفل ، تبين ان الاسر التي فيها الزوج بطل ، او موظف بسيط ، او له مهنة حرة بسيطة تقدم لاطفالها وجبات غذائية ناقصة بالنسب التالية 83.9% ، 57.4% ، 44.4% .في حين الاسر اين يكون الزوج موظف ذو دخل متوسط ، او له مهنة حرة متوسطة أو اطار عالي أو له مهنة حرة عالية فإنها تقدم لاطفالها وجبات غذائية كاملة حسب تقديرها .

(1) - UNICEF ,et UNFPA : Enquête par grappes a indicateurs multiples (MICS4) 2012-2013 opcit, p 74.

ومنه نستنتج وجود علاقة بين مهنة الزوج و نوع الوجبات المقدمة للطفل ، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 149.693 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 12.592، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوج و الوجبات المقدمة للطفل .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.44، اما معامل كرامر فقدر ب 0.49 ومنه نقول ان العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

فإمتلاك الزوج لمهنة محترمة يعني انه يملك دخلا لا بأس به ، يمكنه من سد حاجيات أسرته من بينها توفير الامن الغذائي للأسرة. لكن توفير الغذاء في غياب الوعي و التربية الصحية يشكل خطرا على الأسرة بكاملها لا سيما صحة اطفالها الصغار ، ولهذا فالمستوى التعليمي للزوجة له وزنه في هذا المجال والجدول (145) يعطي لنا صورة عن ذلك .

فالملاحظ من خلال الجدول انه كلما كان للزوج دخل بسيط مثلا ، فالإتجاه هو نحو تقديم وجبات غذائية ناقصة ، إلا في حالات قليلة نجدها عند ذوات المستوى الثانوي و الجامعي بالنسب التالية 64.2% و 100%.

لكن مع بداية امتلاك الزوج لمهنة محترمة فمهما انخفض المستوى التعليمي للزوجة فالملاحظ ان الغذاء المقدم للطفل هو صحي حسب تقدير المبحوثة ، فالازواج الموظفون ذو دخل متوسط مثلا نلاحظ ان اسرهم تتجه نحو تقديم غذاء صحي للطفل بالنسب التالية 50% للواتي لهن مستوى ابتدائي ، و 73% للواتي مستواه متوسط ، و 87.5% للواتي مستواه ثانوي ، و 100% لذوات المستوى الجامعي.

فالأسرة و بالخاص الام إذا كان ينقصها الوعي الصحي ، و الثقافة في المسائل الصحية خاصة مبادئ النظام الغذائي الصحي السليم ، فسوف توقع اطفالها في الكثير من الامراض .

فالامهات و بدون وعي اصبحن يتعاملن مع اطفالهن كالالة ، يقدم له الاكل في كل الاوقات ، دون ان تراعى في ذلك القيمة الغذائية للاغذية المقدمة ، فالام و بجهل منها نجدها تخلط فقط انواع و انواع من الاغذية للطفل ، او تحضر له مأكولات مصنعة خاصة بعد بلوغ الطفل سنة من العمر ، ضانة في ذلك انها تقوي طفلها ، لكن هذه التصرفات اصبحت مدمرة لحياة النشا خاصة عند الاسر ميسورة الحال .

فالأسرة إذا ارتفع فيها المستوى التعليمي للزوجة ، مكنها ذلك كيفية التعامل مع غذاء طفلها ، فالام المتعلمة نجدها تبحث عن مميزات الغذاء الصحي الذي يناسب كل مرحلة عمرية سواء من خلال قراءة الكتب و المجالات العلمية ، او عن طريق اهتمامها بالبرامج التي تقدم نصائح عن صحة الطفل ، او اتصالها بشبكة الانترنت التي اصبحت من ضروريات الحياة في وقتنا الحالي والتي تقدم اجابات عن كل شيء يبادر الذهن .

اما الامهات ذوات المستوى التعليمي المنخفض ، فإذا كان مستواه المعيشي مرتفع ، فقد يكون هذا في غالب الاحيان نقمة على الاسرة باكملها ، ففي ظل هذا الرواج الكبير للمنتجات المصنعة أصبحت الامهات لا تدرك حقيقة الامور ، فهدف المصنع هو استقطاب كم كبير من المستهلكين ولاجل ذلك نجده يهتم كما قلنا سابقا بالتعليب و المنكهات و الالوان ولترويج سلعه يقوم بحملات اشهارية مغرية فالام إذا كانت غير مسلحة بتربية صحية قوية قوامها العلم و حب التطلع و المعرفة فلن تستطيع مقاومة هذا الرواج الكبير للمواد المصنعة .

ولهذا اصبحت الصحة بشكل عام و صحة الطفل بشكل خاص رهينة كل الامراض ، فما كنا نسمع بمرض السكري في القديم و لا السرطان وامراض القلب و الشرايين ولا البدانة...الخ من الامراض التي ظهرت ماخرا و التي تسمى بامراض العصر . وما يمكننا ان نستخلصه هو ان هذه الامراض ظهورها له علاقة وطيدة بالتغذية . فالغذاء الذي ناكله اليوم ، فرغم كثرته و تنوعه و النوعية التي تعطيه صفة جمالية كله غذاء غير آمن . فهو غذاء معالج مليئ بالمبيدات ، غذاء معدل وراثيا ، اما اللحوم فهي الاخرى اصبحت غير صحية وهذا بسبب اضافة الهرمونات في تغذية الحيوانات من اجل تسمينها في مدة قصيرة و سجنها في اماكن ضيقة حتى تمنع منها الحركة .

فمن خلال هذا نستنتج ان هدف المصنع الربح السريع دون ان يولي ادنى اهتمام للصحة . فكيف لا تحدث امراض في ظل كل هذه التغيرات التي اصبحت مخيفة .

لكن الحل بيد الاسرة و الام على وجه الخصوص وهذا بالإبتعاد عن المصنعات اولا ، واقتناء المواد الغذائية المحلية و الفصليّة ، والإبتعاد قدر المستطاع عن المواد الإستهلاكية المستوردة ، خاصة ذات الاسعار الحرارية العالية ، و الإبتعاد عن الفواكه المستوردة حتى ولو كانت تعجب الانظار .

الجدول (145): علاقة نوع عمل الزوج و المستوى التعليمي للزوجة و مدى تقييم المبحوثة للوجبة الغذائية المقدمة للطفل

المجموع		وجبات غذائية ناقصة		وجبات غذائية صحية كاملة		تقييم الوجبة الغذائية	
						نوع عمل الزوج	المستوى التعليمي للزوجة
%	ك	%	ك	%	ك		
100	6	100	6	0	0	أمي	بطل
100	8	100	8	0	0	ابتدائي	
100	35	82,9	29	17,1	6	متوسط	
100	13	69,2	9	30,8	4	ثانوي	
0	0	0	0	0	0	جامعي	
100	62	83,9	52	16,1	10	المجموع	
100	15	40	6	60	9	أمي	موظف ذو دخل بسيط
100	32	65,6	21	34,4	11	ابتدائي	
100	107	69,2	74	30,8	33	متوسط	
100	53	35,8	19	64,2	34	ثانوي	
100	2	0	0	100	2	جامعي	
100	209	57,4	120	42,6	89	المجموع	
100	4	75	3	25	1	أمي	مهنة حرة بسيطة
100	1	0	0	100	1	ابتدائي	
100	17	52,9	9	47,1	8	متوسط	
100	13	30,8	4	69,2	9	ثانوي	
100	1	0	0	100	1	جامعي	
100	36	44,4	16	55,6	20	المجموع	
100	4	75	3	25	1	أمي	موظف ذو دخل متوسط
100	12	50	6	50	6	ابتدائي	
100	74	27	20	73	54	متوسط	
100	72	12,5	9	87,5	63	ثانوي	
100	22	0	0	100	22	جامعي	
100	184	20,7	38	79,3	146	المجموع	
100	1	0	0	100	1	أمي	مهنة حرة متوسطة
100	4	0	0	100	4	ابتدائي	
100	25	16	4	84	21	متوسط	
100	48	10,4	5	89,6	43	ثانوي	
100	15	6,7	1	93,3	14	جامعي	

100	93	10,8	10	89,2	83	المجموع	اطار عالي
0	0	0	0	0	0	أمي	
0	0	0	0	0	0	ابتدائي	
0	0	0	0	0	0	متوسط	
100	2	0	0	100	2	ثانوي	
100	3	0	0	100	3	جامعي	مهنة حرة عالية
100	5	0	0	100	5	المجموع	
0	0	0	0	0	0	أمي	
0	0	0	0	0	0	ابتدائي	
100	2	0	0	100	2	متوسط	
100	5	0	0	100	5	ثانوي	المجموع
100	4	0	0	100	4	جامعي	
100	11	0	0	100	11	المجموع	
100	30	60	18	40	12	أمي	
100	57	61,4	35	38,6	22	ابتدائي	
100	260	52,3	136	47,7	124	متوسط	المجموع
100	206	22,3	46	77,7	160	ثانوي	
100	47	2,1	1	97,9	46	جامعي	
100	600	39,3	236	60,7	364	المجموع	

الجدول رقم (146): علاقة مهنة الزوج و نوعية الماء المقدم للطفل

نوعية الماء		ماء الحنفية		ماء مغلي		ماء معدني		أخرى		المجموع	
نوع عمل الزوج		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بطل		27	43,5	10	16,1	8	12,9	17	27,4	62	100
موظف ذو دخل بسيط		90	43,1	44	21,1	41	19,6	34	16,3	209	100
مهنة حرة بسيطة		10	27,8	13	36,1	7	19,4	6	16,7	36	100
موظف ذو دخل متوسط		40	21,7	52	28,3	78	42,4	14	7,6	184	100
مهنة حرة متوسطة		19	20,4	29	31,2	40	43	5	5,4	93	100
اطار عالي		0	0	2	40	3	60	0	0	5	100
مهنة حرة عالية		5	45,5	0	0	6	54,5	0	0	11	100
المجموع		191	31,8	150	25,0	183	30,5	76	12,7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام هو نحو المبحوثات اللواتي تستعملن مياه الحنفية بنسبة 31.8% ، مقابل 12.7% تستعملن مياه من مصادر اخرى .

وعند ادخال متغير نوع المهنة التي يمارسها الزوج تبين ان الاسرة التي زوجها بطل او موظف ذو دخل بسيط تستعمل مياه الحنفية للطفل بالنسب التالية : 43.5% و 43.1%.

اما الاسر التي يمارس فيه الزوج مهنة حرة بسيطة فإنها تستعمل الماء المغلى لاطفالها بنسبة 36.1% مقابل 16.7% تستعمل مياه من مصادر اخرى .

اما الاسر التي يكون فيها الزوج موظف ذو دخل متوسط او له مهنة حرة متوسطة او اطار عالي او له مهنة حرة عالية فإنها تستعمل المياه المعدنية للطفل بالنسب التالية : 42.4% ، 43% ، 60% ، 54.5%.

ومنه كلما كان للزوج مهنة حرة مقبولة كلما كان التوجه نحو استعمال المياه المعدنية للطفل خوفا عليه من الجراثيم التي كثيرا ما تكون في مياه الحنفية او المياه التي هي من مصادر اخرى.

و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 89.056 عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 28.869، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين نوع المهنة و التصرف مع مرض الطفل. أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.36، اما معامل كرامر فقدر ب 0.22 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم (147): علاقة مهنة الزوج و الإمتثال لرغبات الطفل

الإمتثال لرغبات الطفل		أبى له الرغبة		أمتنع		في بعض الأحيان		المجموع	
نوع عمل الزوج		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بطل		4	6,5	36	58,1	22	35,5	62	100
موظف ذو دخل بسيط		34	16,3	63	30,1	112	53,6	209	100
مهنة حرة بسيطة		11	30,6	13	36,1	12	33,3	36	100
موظف ذو دخل متوسط		65	35,3	26	14,1	93	50,5	184	100
مهنة حرة متوسطة		36	38,7	16	17,2	41	44,1	93	100
اطار عالي		1	20	1	20	3	60	5	100
مهنة حرة عالية		3	27,3	4	36,4	4	36,4	11	100
المجموع		154	25,7	159	26,5	287	47,8	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن تمتثلن لرغبات اطفالهن احيانا بنسبة 47.85 مقابل 25.7% تلبين رغبات اطفالهن .

وعند ادخال متغير مهنة الزوج لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على الإمتثال لرغبات الطفل تبين ان المبحوثات اللواتي ازواجهن يمتنهن المهن التالية : (الموظف البسيط و موظف المتوسط الدخل و الذي عنده مهنة حرة متوسطة و الاطار العالي و الذي يمارس مهنة حرة عالية) واطبن على الإتجاه العام للجدول أي الإمتثال لرغبات الطفل احيانا بالنسب التالية على التوالي : 53.6% - 50.5% - 44.1% - 60% - 36.4% ، مقابل نسب ضعيفة للواتي تلبين رغبات الطفل وتظهر عند الازواج البطالين بنسبة 6.5% و 16.3% عند الموظفين ذو الدخل البسيط.

و تزيد نسب تلبية رغبات الطفل مع تحسن الوضعية المهنية للزوج ، وتقل عند الازواج الذين هم اطارات عالية وهذا بنسبة 20%.

اما نسبة الإمتناع فتزيد كلما كان الزوج ذو وضعية مهنية متدنية ، إذ بلغت النسبة 58.1% عند الزوج البطال و 30.1% عند الموظف البسيط وتقل قليلا عند ذوي الإطارات العالية و الذين لهم مهنة حرة عالية بالنسب التالية : 20% و 36.4%.

من هنا نستنتج ان هناك علاقة بين مهنة الزوج والإمتثال لرغبات الطفل ، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 75.175 عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 21.026 ، هذا

يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوج و الإمتثال لرغبات الطفل.

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.33، اما معامل كرامر فقد ب 0.25 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم (148): علاقة مهنة الزوج و اختيار لعب الاطفال

اختيار لعب الاطفال		اختار الغير مكلفة		الجدابة		ذات النوعية الجيدة		حالة اخرى		المجموع	
نوع عمل الزوج		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بطل		45	72,6	1	1,6	2	3,2	14	22,6	62	100
موظف ذو دخل بسيط		155	74,2	9	4,3	33	15,8	12	5,7	209	100
مهنة حرة بسيطة		18	50,0	8	22,2	7	19,4	3	8,3	36	100
موظف ذو دخل متوسط		74	40,2	28	15,2	79	42,9	3	1,6	184	100
مهنة حرة متوسطة		11	11,8	31	33,3	50	53,8	1	1,1	93	100
اطار عالي		0	0	1	20	4	80	0	0	5	100
مهنة حرة عالية		0	0	4	36,4	6	54,5	1	9,1	11	100
المجموع		303	50,5	82	13,7	181	30,2	34	5,7	600	100

من خلال لجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يخترن لاطفالهن اللعب الغير مكلفة ب 50.5% مقابل 5.7% يتحصلن على اللعب بطريقة اخرى.

وعند ادخال متغير مهنة الزوج لمعرفة تاثير هذه الاخيرة على اختيار لعب الاطفال ، تبين ان المبحوثات اللواتي ازواجهن لا يمتلكن مهنة او يمتهن مهن بسيطة كالموظف ذو الدخل البسيط و الذي له مهنة حرة بسيطة ، أو الموظف ذو الدخل المتوسط واطبن على الإتجاه العام للجدول ، أي اختيار اللعب الغير مكلفة بالنسب التالية على التوالي : 72.6% ، 74.2% ، 50% و 40.2% .

في حين نجد المبحوثات اللواتي ازواجهن يمتهن مهن محترمة ، فإنهن يخترن لعب ذات نوعية جيدة ب النسب التالية : 53.8% للذين لهم مهنة حرة متوسطة ، و 80.8% للإطارات العالية ، و 54.5% للذين لهم مهن حرة عالية .

فمن خلال هذا التحليل الإحصائي يتبين ان هناك علاقة بين مهنة الزوج و اختيار نوع اللعب للاطفال ، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 226.507 عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 28.869، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوج و اختيار لعب الاطفال .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.52 اما معامل كرامر فقدر ب 0.35 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

2- تأثير الوضعية المهنية للزوجة على صحة الطفل

الجدول رقم (149) : علاقة الحالة المهنية للزوجة و التصرف مع مرض الطفل

المجموع		أخرى		اشترت له دواء من الصيدلي		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أعطيته بعض المسكنات		توجهت مباشرة إلى الطبيب		التصرف مع المرض
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الوضعية المهنية للأم
100	150	0,7	1	4	6	12	18	31,3	47	52	78	عاملة
100	450	1,3	6	4,9	22	42,7	192	19,1	86	32	144	لا تعمل
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تتوجهن مباشرة إلى الطبيب في حالة مرض الطفل بنسبة 37% ، مقابل 1.2% يستعملن وسائل أخرى في العلاج بنسبة 1.2%.

وعند ادخال متغير الوضعية المهنية للزوجة ، لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على التصرف مع مرض الطفل ، تبين ان الزوجات العاملات تتوجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 52% ، مقابل 0.7% تستعملن وسائل أخرى في العلاج .

في حين نجد الزوجات الغير عاملات تتوجهن إلى استعمال الوصفات الشعبية في العلاج بنسبة 42.7% ، مقابل 1.3% تستعملن وسائل أخرى في العلاج.

من خلال هذا التحليل نستنتج ان هناك علاقة بين الوضعية المهنية للزوجة و التصرف مع مرض الطفل.

و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 50.591 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 9.488، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين الوضعية المهنية للزوجة و التصرف مع مرض الطفل . أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.27 ، اما معامل كرامر فقدر ب 0.29 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم (150) : علاقة مهنة الزوجة و التصرف مع مرض الطفل

المجموع		أخرى		اشترت له دواء من الصيدلي		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أعطيته بعض المسكنات		توجهت مباشرة إلى الطبيب		التصرف مع المرض نوع عمل الزوجة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	450	1,3	6	4,9	22	42,7	192	19,1	86	32	144	لا تعمل
100	86	1,2	1	3,5	3	11,6	10	31,4	27	52,3	45	موظف ذو دخل بسيط
100	15	0	0	13,3	2	13,3	2	33,3	5	40	6	مهنة حرة بسيطة
100	22	0	0	0	0	18,2	4	18,2	4	63,6	14	مهنة حرة متوسطة
100	21	0	0	4,8	1	9,5	2	52,4	11	33,3	7	موظف ذو دخل متوسط
100	4	0	0	0	0	0	0	0	0	100	4	إطار عالي
100	2	0	0	0	0	0	0	0	0	100	2	مهنة حرة عالية
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن تتوجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% ، مقابل 1.2% تستعملن وسائل اخرى في العلاج.

وعند ادخال نوع المهنة التي تمارسها الزوجة لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على التصرف مع مرض الطفل تبين ان المبحوثات اللواتي لا تمارسن اية مهنة تتعاملن مع مرض اطفالهن بالطريقة الشعبية في العلاج بنسبة 42.7% ، مقابل نسبة لا يستهان بها من اللواتي تتوجهن مباشرة على الطبيب تقدر ب 32% ، مقابل 1.3% تستعملن وسائل اخرى في العلاج.

في حين نجد المبحوثات اللواتي تمتن المهن التالية : (الموظفة البسيطة و المهنة الحرة البسيطة ، المهنة الحرة المتوسطة ، و الإطار العالي و المهنة الحرة العالية) واطبن على الإتجاه العام للجدول

بالنسب التالية على التوالي : 52.3% ، 40% ، 63.6% ، 100% ، 100% . إلا حالة المبحوثات ذوات الدخل المتوسط ، اللواتي صرحن انهن تقدمن بعض المسكنات لاطفالهن بنسبة 52.4%.

و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 71.089 عند درجة حرية 24 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 36.415، هذا يدل على وجود فروق جوهرية لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و التصرف مع مرض الطفل .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.27، اما معامل كرامر فقدر ب 0.29 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

من خلال الجدول يتبين لنا ان حتى ولو كانت الزوجة تمارس مهنة بسيطة إلا ان توجهها يكون مباشرة إلى الطبيب في حالة مرض الطفل ، ولتفسير هذه الحالة نستعرض متغير اخر و هو الدخل الشهري للزوج و الجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (151): علاقة مهنة الزوجة و الدخل الشهري للزوج و التصرف مع مرض الطفل

التصرف مع المرض												نوع عمل الزوجة	الدخل الشهري للزوج
توجهت مباشرة إلى الطبيب		أعطيته بعض المسكنات		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أشتريت له دواء من الصيدلي		أخرى		المجموع			
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
13	26	7	14	29	58	1	2	0	0	0	0	بدون دخل شهري	لا تعمل
2	33,3	0	0	4	66,7	0	0	0	0	0	0	أقل من 18000 دج	
10	12,7	14	17,7	49	62	4	5,1	2	2,5	79	100	[18000 - 25000] دج	
43	33,6	26	20,3	53	41,4	5	3,9	1	0,8	128	100	[25000 - 32000] دج	
61	43,9	22	15,8	45	32,4	10	7,2	1	0,7	139	100	[32000 - 39000] دج	
12	28,6	16	38,1	12	28,6	2	4,8	0	0	42	100	[39000 - 46000] دج	
3	50	1	16,7	0	0	0	0	2	33,3	6	100	أكثر من 46000 دج	
144	32	86	19,1	192	42,7	22	4,9	6	1,3	450	100	المجموع	
3	50	0	0	3	50	0	0	0	0	0	0	بدون دخل شهري	موظف ذو دخل بسيط
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	أقل من 18000 دج	
1	20	1	20	3	60	0	0	0	0	5	100	[18000 - 25000] دج	
13	46,4	11	39,3	3	10,7	0	0	1	3,6	28	100	[25000 - 32000] دج	
17	56,7	10	33,3	0	0	3	10	0	0	30	100	[32000 - 39000] دج	

100	15	0	0	0	0	6,7	1	26,7	4	66,7	10	[39000 - 46000] دج	
100	2	0	0	0	0	0	0	50	1	50	1	أقل من 18000 دج	
100	86	1,2	1	3,5	3	11,6	10	31,4	27	52,3	45	المجموع	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بدون دخل شهري	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	أقل من 18000 دج	
100	1	0	0	0	0	100	1	0	0	0	0	[18000 - 25000] دج	
100	3	0	0	33,3	1	0	0	33,3	1	33,3	1	[25000 - 32000] دج	
100	4	0	0	0	0	0	0	75	3	25	1	[32000 - 39000] دج	
100	6	0	0	16,7	1	16,7	1	16,7	1	50	3	[39000 - 46000] دج	
100	1	0	0	0	0	0	0	0	0	100	1	أكثر من 46000 دج	
100	15	0	0	13,3	2	13,3	2	33,3	5	40	6	المجموع	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بدون دخل شهري	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	أقل من 18000 دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[18000 - 25000] دج	
100	1	0	0	0	0	0	0	0	0	100	1	[25000 - 32000] دج	
100	10	0	0	0	0	30	3	20	2	50	5	[32000 - 39000] دج	
100	7	0	0	0	0	0	0	14,3	1	85,7	6	[39000 - 46000] دج	
100	4	0	0	0	0	25	1	25	1	50	2	أكثر من 46000 دج	
100	22	0	0	0	0	18,2	4	18,2	4	63,6	14	المجموع	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بدون دخل شهري	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	أقل من 18000 دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[18000 - 25000] دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[25000 - 32000] دج	
100	8	0	0	12,5	1	12,5	1	62,5	5	12,5	1	[32000 - 39000] دج	
100	6	0	0	0	0	16,7	1	16,7	1	66,7	4	[39000 - 46000] دج	
100	7	0	0	0	0	0	0	71,4	5	28,6	2	أكثر من 46000 دج	
100	21	0	0	4,8	1	9,5	2	52,4	11	33,3	7	المجموع	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بدون دخل شهري	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	أقل من 18000 دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[18000 - 25000] دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[25000 - 32000] دج	
100	2	0	0	0	0	0	0	0	0	100	2	[32000 - 39000] دج	
100	2	0	0	0	0	0	0	0	0	100	2	[39000 - 46000] دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	أكثر من 46000 دج	
100	4	0	0	0	0	0	0	0	0	100,0	4	المجموع	

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بدون دخل شهري	مهنة حرة عالية
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	أقل من 18000 دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[25000 - 18000] دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[32000 - 25000] دج	
100	1	0	0	0	0	0	0	0	0	100	1	[39000 - 32000] دج	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[46000 - 39000] دج	
100	1	0	0	0	0	0	0	0	0	100	1	أكثر من 46000 دج	
100	2	0	0	0	0	0	0	0	0	100	2	المجموع	المجموع
100	56	0	0	1,8	1	57,1	32	12,5	7	28,6	16	بدون دخل شهري	
100	6	0	0	0	0	66,7	4	0	0	33,3	2	أقل من 18000 دج	
100	85	2,4	2	4,7	4	62,4	53	17,6	15	12,9	11	[25000 - 18000] دج	
100	160	1,3	2	3,8	6	35	56	23,8	38	36,3	58	[32000 - 25000] دج	
100	194	0,5	1	7,2	14	25,3	49	21,6	42	45,4	88	[39000 - 32000] دج	
100	78	0	0	3,8	3	19,2	15	29,5	23	47,4	37	[46000 - 39000] دج	
100	21	9,5	2	0	0	4,8	1	38,1	8	47,6	10	أكثر من 46000 دج	
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع	

اضافة إلى التحليل السابق وبعد ادخال متغير الدخل الشهري للزوج لمعرفة مدى تأثيره على العلاقة بين مهنة الزوجة و التصرف مع مرض الطفل ، تبين لنا أن الزوجة التي لا تعمل و كان زوجها لا يعمل او دخله اقل من 32000 دج فإنها تتعامل مع مرض الطفل بالطريقة الشعبية في العلاج ، بالنسب التالية 58% ، 66.7% ، 62% ، 41%.

ونفس الملاحظات تقريبا مع المبحوثات اللواتي تمتهن وظائف بسيطة أي التعامل بالطريقة الشعبية في العلاج ، لكن مع تحسن في الدخل الشهري للزوج وهذا ابتداء من 25000 دج نلاحظ تغير الإتجاه نحو التوجه المباشر إلى الطبيب.

وتبقى الملاحظة نفسها عند اللواتي تمارسن وظيفة حرة بسيطة إذ يزيد الإقبال إلى الطبيب كلما تحسن الدخل الشهري للزوج ، ونلتصم هذا ابتداء من 25000 دج إذ بلغت النسب 33% ، 25% ، 50% ، 100%.

ونفس القراءة للمبحوثات اللواتي تمتهن وظيفة متوسطة الدخل ، او مهنة حرة متوسطة او اطارات عالية أو مهن حرة عالية.

فالمبحوثات ذوات المهن الحرة العالية مثلاً تتعاملن بالطريقة الشعبية في العلاج في فئات الدخل الأقل من 25000 دج بالنسب التالية : 57.1%، 66.7%، 62.4%. ليتغير الاتجاه نحو التوجه المباشر إلى الطبيب وهذا ابتداءً من 25000 دج بالنسب التالية على التوالي : 36%، 45.4%، 47.4%، 47.6%.

فمن هنا نستنتج إن الدخل الشهري للزوج يكمل وظيفة الزوجة ، فالزوجة حتى وإن كانت لا تعمل و كان مستوى دخل زوجها مقبول فهي تتوجه إلى الطبيب مباشرة بعد مرض الزوج ، لكن مع تدني دخل الزوج أو في حالة عدم امتلاكه وظيفة فهذا ياثّر كثيراً على مسار التعامل مع مرض الطفل ويكون بذلك البحث عن طرق أخرى في العلاج كالطريقة الشعبية في العلاج الطريق الأكثر سلوكاً . وقد يتحكم في هذا الاختيار عدة ظروف كالمستوى الثقافي للمبحوثة و البيئة المحيطة بها .

الجدول رقم (152) : علاقة مهنة الزوجة و مدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		أخذته في الحال		مدة ترك الطفل في حالة المرض
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	نوع عمل الزوجة
100	450	31,6	142	21,8	98	14,2	64	0,4	2	32	144	لا تعمل
100	86	5,8	5	22,1	19	17,4	15	2,3	2	52,3	45	موظف ذو دخل بسيط
100	15	6,7	1	33,3	5	20	3	0	0	40	6	مهنة حرة بسيطة
100	22	0	0	18,2	4	18,2	4	0	0	63,6	14	مهنة حرة متوسطة
100	21	0	0	14,3	3	42,9	9	9,5	2	33,3	7	موظف ذو دخل متوسط
100	4	0	0	0	0	0	0	0	0	100	4	إطار عالي
100	2	0	0	0	0	0	0	0	0	100	2	مهنة حرة عالية
100	600	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1	6	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يأخذن الطفل إلى الطبيب بنسبة 37% ، مقابل 1% يتركن الطفل لمدة يوم واحد مع المرض.

وعند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على مدة ترك الطفل في حالة المرض نلاحظ ان الزوجات الغير عاملات فتقريباً تتساوى فيها نسبة اللواتي تتوجهن مباشرة إلى الطبيب و اللواتي تتركن الطفل اكثر من ثلاثة ايام مع المرض بنسبة 32%.

اما المبحوثات اللواتي تمتهن المهن التالية (الموظفة البسيطة و التي لها مهنة حرة بسيطة و مهنة حرة متوسطة و الإطارات العالية و المهن الحرة العالية) تواظبن على الإتجاه العام للجدول ، أي اخذ الطفل مباشرة إلى الطبيب بالنسب التالية على التوالي : 52.3% - 40% - 63.6% - 100% .

وتبقى حالة المبحوثات اللواتي تمتهن وظيفة متوسطة من حيث الدخل ، حيث نجد اعلى نسبة تمثلها المبحوثات اللواتي تتركن الطفل لمدة يومان مع المرض بنسبة 42.9% .

فمن خلال هذا التحليل نستنتج ان وجود علاقة بين مهنة الزوجة و مدة ترك الطفل في حالة المرض و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 87.635 عند درجة حرية 24 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 36.415 هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة ومدة ترك الطفل في حالة المرض. أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.35 ، ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فالزوجات اللواتي لا تعملن و زوجهن يمارس مهنة محترمة كما راينا في **الجدول 140** تتوجهن مباشرة إلى الطبيب ، اما إذا كان الزوج لا يعمل او كان دخله ضعيفا ، فإنهن يتركن اطفالهن لمدة اكثر من ثلاثة ايام مع المرض.

وفي المقابل نلاحظ انه كلما عرفت الزوجة تحسنا في مهنتها ولو قليلا ، كلما زاد الإسراع نحو اخذ الطفل إلى الطبيب ، وهذا يفسر بتيسر الحالة المهنية للزوج الذي يعتبر المعيل للأسرة بالدرجة الاولى ، وما دخل الزوجة إلا سند لدخل الزوج في تسير شؤون الاسرة .

وهذا ما يفسر ربما لنا ترك الطفل مدة يومان مع المرض رغم امتلاك المبحوثة وظيفة حرة عالية ، ففي هذه الحالة تبقى الزوجة هي معيلة الاسرة باكملها ، ففي ظل تزايد الإستهلاك و الإنفاق الاسري خاصة مع تزايد حجم الاسرة فهي لا تتحمل عبئ كل هذه النفقات حتى ولو كان دخلها مرتفع.

الجدول (153): علاقة مهنة الزوجة و اختيار القطاع الإستشفائي

المجموع		القطاع الخاص		القطاع العمومي		القطاع الإستشفائي
%	ك	%	ك	%	ك	نوع عمل الزوجة
100	450	20	90	80	360	لا تعمل
100	86	41,9	36	58,1	50	موظف ذو دخل بسيط
100	15	60	9	40	6	مهنة حرة بسيطة
100	22	59,1	13	40,9	9	مهنة حرة متوسطة
100	21	71,4	15	28,6	6	موظف ذو دخل متوسط
100	4	50	2	50	2	إطار عالي
100	2	100	2	0	0	مهنة حرة عالية
100	600	27,8	167	72,2	433	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن تتوجهن للقطاع العام في حالة مرض اطفالهن بنسبة 72.2% ، مقابل 27.8% تتوجهن للقطاع الخاص. وعند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة تاثير هذه الاخيرة على اختيار القطاع الإستشفائي تبين ان المبحوثات اللواتي لا تعملن و الموظفات ذوات الدخل البسيط واطين على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 80% و 58.1%. في حين نجد باقي المبحوثات اللواتي تمتهن باقي المهن تتوجهن للقطاع الخاص بنسب اكبر و هي موضحة على التوالي : 60% ، 59.1% ، 71.4% ، 50% و 100%.

من خلال هذا التحليل تظهر علاقة بين مهنة الزوجة و اختيار قطاع العلاج ، و الدليل على ذلك انه عند حساب حساب كا2 وجدناه يساوي 66.633 درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 12.592، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و اختيار القطاع الإستشفائي .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.31 اما معامل كرامر فقدر ب 0.33 ومنه نقول ان العلاقة ضعيفة بين المتغيرين .

فالزوجة إذا كانت تعمل والمستوى المعيشي لاسرتها مرتفع فإنها تفضل القطاع الخاص هروبا من عناء القطاعات العامة وما تعرفه من فساد في الكثير من الحالات . ولقد راينا فيما سبق الاسباب التي تنزعت بها المبحوثات و التي كانت وراء اختيارهن للقطاع الخاص.

الجدول (154): علاقة مهنة الزوجة و نوع الرضاعة المقدمة للطفل

نوع الرضاعة		طبيعية		إصطناعية		خليط بينهما		المجموع	
نوع عمل الزوجة		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا تعمل		111	24,7	170	37,8	169	37,6	450	100
موظف ذو دخل بسيط		10	11,6	38	44,2	38	44,2	86	100
مهنة حرة بسيطة		3	20	5	33,3	7	46,7	15	100
مهنة حرة متوسطة		1	4,5	10	45,5	11	50	22	100
موظف ذو دخل متوسط		2	9,5	8	38,1	11	52,4	21	100
إطار عالي		0	0	4	100	0	0	4	100
مهنة حرة عالية		0	0	0	0	2	100	2	100
المجموع		127	21,2	235	39,2	238	39,7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تقدمن رضاعة مختلطة للطفل بنسبة 39.7% ، مقابل 21.2% تقدمن رضاعة طبيعية للطفل.

وعند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة مدى تأثير هذا الاخير على نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، تبين انه مهما اختلفت المهن فإن الإتجاه واحد وهو نحو استعمال الرضاعة المختلطة بالنسب التالية على التوالي : 37.6% ، 50% ، 52.4% ، 100%.

في حين نجد أن الإقبال على الرضاعة الطبيعية يزيد عند اللواتي لا تعملن ، او تمارسن وظائف بسيطة ، بالنسب التالية : 24.7% ، 11.6% ، 20%.

من هنا نستنتج وجود علاقة بين مهنة الزوجة و ممارسة الرضاعة الطبيعية ، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 23.497 عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 21.026، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و نوع الرضاعة المقدمة للطفل.

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.19 ، اما معامل كرامر فقدر ب 0.14 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

فبالرغم من التراجع الذي عرفته الرضاعة الطبيعية ، إلا ان نسبتها تزيد عند اللواتي لا تعملن او تمتهن وظائف بسيطة .

فإذا كان المستوى المعيشي للأسرة منخفض ، فهذه الأخيرة تجد صعوبة في تأمين الحليب الإصطناعي للطفل حسب الحاجة ، لذلك فإعتمادها على الرضاعة الطبيعية يعتبر متنفس اقتصادي لها اما اتجاه المبحوثة إلى الرضاعة الإصطناعية او المختلطة حتى في الظروف التي لا تعمل فيها الزوجة او تشغل وظائف بسيطة فهذا يفسر بتحسن في المستوى المعيشي للأسرة الناتج من الدخل المقبول للزوج الشيء الذي يترك الزوجة في اريحة مادية تمكنها من شراء الحليب المعلب للطفل.

أما عن مدة الرضاعة الطبيعية الخالصة فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (155): علاقة مهنة الزوجة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية

المجموع		سنة فاكثر		11-8 شهر		7-4 اشهر		3-0 اشهر		مدة الرضاعة الطبيعية نوع عمل الزوجة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	450	8,9	40	15,8	71	32,4	146	42,9	193	لا تعمل
100	86	1,2	1	10,5	9	39,5	34	48,8	42	موظف ذو دخل بسيط
100	15	0	0	20	3	40	6	40	6	مهنة حرة بسيطة
100	22	0	0	4,5	1	36,4	8	59,1	13	مهنة حرة متوسطة
100	21	4,8	1	4,8	1	47,6	10	42,9	9	موظف ذو دخل متوسط
100	4	0	0	0	0	0	0	100	4	إطار عالي
100	2	0	0	0	0	100	2	0	0	مهنة حرة عالية
100	600	7	42	14,2	85	34,3	206	44,5	267	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن ان مدة استفادة الطفل من الرضاعة الطبيعية الحصرية لم تتجاوز 3 اشهر وهذا بنسبة 44.5% ، مقابل 7% استفادى اطفالهن لمدة اكثر من سنة.

وعند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة تاثير هذه الأخيرة على مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية المقدمة للطفل تبين ان المبحوثات اللواتي لا تعملن و الموظفة ذات الدخل البسيط و التي تمارس مهن حرة بسيطة و مهنة حرة متوسطة و الإطارات العالية ، حافظن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 42.9% و 48.8% و 40% و 59.1% ، 100%.

أما المبحوثات ذوات الدخل المتوسط و اللواتي تمتهن مهن حرة عالية فإن مدة الرضاعة الحصرية التي استفادى منها اطفالهن هي على التوالي : 47.6% و 100%.

كما نلاحظ من هذا الجدول ان اكبر فترة استفادى بها الاطفال من الرضاعة الخالصة هي الفترة من 8 إلى 11 شهر وهي تزيد عند المبحوثات اللواتي لا تعملن او تمتهن مهن بسيطة ، حيث بلغت النسبة 20% عند اللواتي لهن مهن حرة متوسطة مقابل 15.8% عند اللواتي لا تعملن .

من هنا نقول ان هناك عوامل خفية تآثر على العلاقة بين مهنة الزوجة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية ففي بعض الحالات كما هو مبين في الجدول أعلاه أن نسبة استفادة الطفل بالرضاعة الطبيعية الحصرية من 4 على 7 اشهر بلغت 47.6% مقابل 32.4% عند اللواتي لا تعملن .

و الدليل على ذلك انه عند حساب كا2 وجدناه يساوي 26.950 عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 28.869 وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 الحسابية ومنه نقول أن هناك فروق ظاهرية راجعة للصدفة و بالتالي تقبل فرضية العدم و الإستقلال ، أي لا توجد علاقة بين المتغيرين.

وفيما يخص العلاقة بين نوع المهنة و الوجبات الغذائية المقدمة للطفل فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (156): علاقة مهنة الزوجة و الوجبات الغذائية المقدمة للطفل

المجموع		وجبات غذائية ناقصة		وجبات غذائية صحية كاملة		الوجبات الغذائية
%	ك	%	ك	%	ك	نوع عمل الزوجة
100	450	48,7	219	51,3	231	لا تعمل
100	86	14	12	86	74	موظف ذو دخل بسيط
100	15	6,7	1	93,3	14	مهنة حرة بسيطة
100	22	0	0	100	22	مهنة حرة متوسطة
100	21	19	4	81	17	موظف ذو دخل متوسط
100	4	0	0	100	4	إطار عالي
100	2	0	0	100	2	مهنة حرة عالية
100	600	39,3	236	60,7	364	المجموع

وعند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة تاثير هذه الاخيرة على نوع الوجبة المقدمة للطفل ، تبين لنا انه مهما كان نوع المهنة التي تمارسها الزوجة فالإتجاه السائد هو تقديم الوجبات الغذائية الصحية للطفل بالنسب التالية : 51.3% عند اللواتي لا تعملن ، و 86% عند الموظفة ذات الدخل البسيط ، و 93.3% عند ذوات المهنة الحرة البسيطة ، و 100% عند اللواتي تمارسن مهن حرة متوسطة ، و 81% عند الموظفة ذات الدخل المتوسط ، نفس النسبة 100% عند اللواتي هن اطارات عالية و اللواتي تمارسن مهن حرة عالية .

والملاحظ ايضا من هذا الجدول أن نسبة استعمال الغذاء الصحي تزيد كلما كانت الزوجة تعمل ولها مهنة جيدة ، وهذا ما يترجم التفاوت في نسب استعمال الغذاء الصحي.

إذا نقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و تقديم الغذاء الصحي للطفل ، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 68.126 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 12.592، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و نوع الغذاء المقدم للطفل .أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.31 أما معامل كرامر فقدّر ب 0.33 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

أما فيما يخص الماء الشروب الذي يستعمله الطفل ، فالجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك

الجدول رقم (157) : علاقة مهنة الزوجة و نوعية الماء الذي يشربه الاطفال

نوعية الماء		ماء الحنفية		ماء مغلي		ماء معدني		أخرى		المجموع	
نوع عمل الزوجة		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا تعمل		167	37,1	114	25,3	96	21,3	73	16,2	450	100
موظف ذو دخل بسيط		14	16,3	23	26,7	46	53,5	3	3,5	86	100
مهنة حرة بسيطة		2	13,3	3	20	10	66,7	0	0	15	100
مهنة حرة متوسطة		2	9,1	5	22,7	15	68,2	0	0	22	100
موظف ذو دخل متوسط		4	19	4	19	13	61,9	0	0	21	100
إطار عالي		2	50	1	25	1	25	0	0	4	100
مهنة حرة عالية		0	0	0	0	2	100	0	0	2	100
المجموع		191	31,8	150	25	183	30,5	76	12,7	600	100

من خلال الجدول يتبين لنا ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي تستعملن مياه الحنفية لاطفالها الاقل من خمس سنوات بنسبة 31.8%، مقابل 12.7% تستعملن المياه من مصادر اخرى .

و عند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على المياه المستعملة للشرب ، تبين ان المبحوثات اللواتي لا تعملن ، و الإطارات العالية واطبن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 37.1 % ، 50%.

في حين نجد المبحوثات اللواتي تمتهن المهن التالية : (موظفة ذو دخل بسيط و مهنة حرة بسيطة و مهنة حرة متوسطة و موظفة ذو دخل متوسط و المهنة الحرة العالية) تستعملن المياه المعدنية لاطفالهن الاقل من خمس سنوات بالنسب التالية على التوالي : 53.5% ، 66.7% ، 68.2% ، 61.9% 100%.

من خلال هذا الجدول يتبين ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و نوع الماء الذي يستعمله الاطفال للشرب، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 91.197 عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فقدرت ب 28.869، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة ومدة ترك الطفل في حالة المرض. أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.36 ، ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

يبين لنا هذا الجدول انه رغم امتلاك المبحوثة لمهنة بسيطة او متوسطة فإنها تتجه نحو استعمال المياه المعدنية للشرب وهذا يفسر بإرتفاع دخل الزوج من جهة اخرى الذي يعمل هذا الاخير على توفير المياه المعدنية في البيت سواء لكافة الاسرة او للاطفال بصفة خاصة .

اما الزوجات حتى و لو كانت اطارات عالية فالماء الذي يستعمله اطفالها للشرب هو ماء الحنفية فصرحت بعض المبحوثات من هذه الفئة ، انهن تستعملن المياه المعدنية او المغلية فقط في السنة الاولى من عمر الطفل ، ثم يشرب مثله مثل الكبار من مياه الحنفية فهي معالجة و لا ضرر كبير فيها ، كما ان جلب كميات منها كل يوم يتعبها كثيرا ، خاصة في الحالات اين تتولى فيها هي امور مصاريف واقتناء حاجيات البيت من مأكول و ملبس و.. الخ فالمشكل هنا ليس المال ولكن من يحضر الماء كل يوم إلى البيت ؟.

الجدول (158) : علاقة مهنة الزوجة و اختيار الاواني التي يعد فيها طعام الطفل

اختيار الاواني		أواني من الالمنيوم		أواني من الإنكس inox		أخرى		المجموع	
نوع عمل الزوجة		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا تعمل		354	78,7	45	10	51	11,3	450	100
موظف ذو دخل بسيط		46	53,5	36	41,9	4	4,7	86	100
مهنة حرة بسيطة		4	26,7	10	66,7	1	6,7	15	100
مهنة حرة متوسطة		7	31,8	15	68,2	0	0	22	100
موظف ذو دخل متوسط		4	19	16	76,2	1	4,8	21	100
إطار عالي		1	25	2	50	1	25	4	100
مهنة حرة عالية		0	0	2	100	0	0	2	100
المجموع		416	69,3	126	21,0	58	9,7	600	100

من خلال الجدول نلاحظ ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن تستعملن اواني الالومنيوم في اعداد طبخ الطفل بنسبة 69.3% مقابل 9.7% تستعملن اواني اخرى. وعند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة تاثير هذه الاخيرة على اختيار نوع الاواني التي يعد فيها طبخ الطفل تبين ان المبحوثات اللواتي لا تعملن و الموظفات ذوات الدخل البسيط حافظن على الإتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي : 78.7% ، 53.5% . أما المبحوثات اللواتي تمتهن باقي المهن فإنهن تستعملن اواني الإنكس بالنسب التالية على التوالي : 66.7% ، 68.2% ، 76.2% ، 50% ، 100%.

من خلال الجدول يتبين لنا وجود علاقة بين مهنة الزوجة واختيار نوع الاواني التي يعد فيها طعام الطفل و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 154.810 عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 21.026، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و الاواني التي يعد فيها طعام الطفل. أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.45 اما معامل كرامر فقدر ب 0.35 ومنه نقول ان العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

فكلما كان للزوجة مهنة جيدة ، كلما مكنها ذلك من شراء الاواني الغالية الثمن و الجذابة للإستعمال اليومي ، فلقد صرحت اغلب المبحوثات ان استقلال المرأة ماديا عامل مهم يستعمل عادة في تأثيث المنزل و المطبخ على وجه الخصوص بإعتباره المكان الأكثر استعمالا وبقاءا في البيت ، واختيار الاواني جزء مهم يعطي المطبخ رونقا يعكس شخصية وثقافة ربة البيت .

لكن رغم هذه الآراء إلا أننا التمسنا عدم ادراك المبحوثات الخطر الذي قد تسببه اواني الطبخ على الطفل ، لان الاواني الغالية الثمن ليست بالضرورة صحية ، لذلك سوف نقوم بعرض الجدول التالي لنعرف هل المستوى التعليمي يمكن ان يغير من اتجاه هذا الجدول.

الجدول (159) : علاقة الوضعية المهنية للزوجة و المستوى التعليمي لها و نوع الاواني المستعملة للطبخ .

نوع الاواني		الوضعية المهنية للمستوى التعليمي للزوجة		أواني من الالمنيوم		أواني من الإنكس inox		أخرى		المجموع	
				ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي	عاملة	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ابتدائي	عاملة	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
متوسط	عاملة	14	77,8	3	16,7	1	5,6	18	100	18	100
ثانوي	عاملة	36	41,9	46	53,5	4	4,7	86	100	86	100
جامعي	عاملة	11	24,4	32	71,1	2	4,4	45	100	45	100
المجموع	عاملة	62	41,3	81	54,0	7	4,7	150	100	150	100
أمي	لا تعمل	28	93,3	1	3,3	1	3,3	30	100	30	100
ابتدائي	لا تعمل	42	75	3	5,4	11	19,6	56	100	56	100
متوسط	لا تعمل	189	78,1	24	9,9	29	12	242	100	242	100
ثانوي	لا تعمل	94	78,3	17	14,2	9	7,5	120	100	120	100
جامعي	لا تعمل	1	50	0	0	1	50	2	100	2	100
المجموع	لا تعمل	354	78,7	45	10	51	11,3	450	100	450	100
أمي	المجموع	28	93,3	1	3,3	1	3,3	30	100	30	100
ابتدائي	المجموع	43	75,4	3	5,3	11	19,3	57	100	57	100
متوسط	المجموع	203	78,1	27	10,4	30	11,5	260	100	260	100
ثانوي	المجموع	130	63,1	63	30,6	13	6,3	206	100	206	100
جامعي	المجموع	12	25,5	32	68,1	3	6,4	47	100	47	100
المجموع	المجموع	416	69,3	126	21	58	9,7	600	100	600	100

من خلال الجدول يتبين انه كلما كانت الام عاملة و لها مستوى تعليمي لا باس به كلما زاد اختيارها للاواني الصحية ، فالامهات اللواتي لهن مستوى متوسط فاقل يواظبن على الإتجاه العام للجدول أي

استعملت أوال الالومنيوم في اعداد الطبخ بالنسب التالية 100% لذوات المستوى الإبتدائي و 77.8% لذوات المستوى المتوسط .

في حين نجد المبحوثات ذوات المستوى الثانوي فاكثر يستعملن أواني الانكس في اعداد الطبخ بالنسب التالية 53.5% و 71.1%. أما المبحوثات اللواتي لا تعملن فإنهن تستعملن أواني الالومنيوم في اعداد الطبخ في كل المستويات التعليمية مع انخفاض محسوس للنسبة عند ذوات المستوى الجامعي و التي قدرت ب 50%.

من خلال تحليل هذا الجدول يمكن ان ناكذ الكلام المسبوق ، فرغم توفر المال في ظل انخفاض في المستوى التعليمي للزوجة فإن الإتجاه يكون نحو اقتناء الاواني الغير صحية حتى ولو كانت غالية الثمن لان المبحوثة لا تعي مخاطر المعادن إذا ما تعرضت للحرارة سواء على المدى القريب او البعيد. ومن الصعب جدا تغيير ثقافة الشخص حول هذه المسائل ، خاصة في حالة انخفاض مستواهم التعليمي.

اما فيما يخص مسألة الإمتثال و تلبية رغبات الطفل ، فالجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك

الجدول (160) : العلاقة بين مهنة الزوجة و الإمتثال لرغبات الطفل

الإمتثال لرغبات الطفل		ألبي له الرغبة		أمتنع		في بعض الأحيان		المجموع	
نوع عمل الزوجة		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا تعمل		100	22,2	132	29,3	218	48,4	450	100
موظف ذو دخل بسيط		35	40,7	16	18,6	35	40,7	86	100
مهنة حرة بسيطة		2	13,3	1	6,7	12	80	15	100
مهنة حرة متوسطة		5	22,7	4	18,2	13	59,1	22	100
موظف ذو دخل متوسط		10	47,6	6	28,6	5	23,8	21	100
إطار عالي		1	25	0	0	3	75	4	100
مهنة حرة عالية		1	50	0	0	1	50	2	100
المجموع		154	25,7	159	26,5	287	47,8	600	100

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن تلبين رغبات اطفالهن في بعض الاحيان بنسبة 47.8% ، مقابل 25.7% تلبين رغبات اطفالهن.

وعند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة تأثير هذه الاخيرة على الإمتثال لرغبات الطفل نلاحظ انه مهما كان نوع المهنة ، إلا حالة واحدة وهي الموظفات ذوات الدخل المتوسط واطبن على الإتجاه العام للجدول ، أي الإمتثال لرغبات الأطفال في بعض الاحيان بالنسب التالية على التوالي : 48.4% ، 40.7% ، 80% ، 59.1% ، 75% ، 50% ، في حين نجد المبحوثات ذوات الدخل المتوسط تلبين رغبات أطفالهن بنسبة 47.6%.

كما نلاحظ من خلال الجدول ان المبحوثات اللواتي لا تعملن أو تمتهن مهن بسيطة و متوسطة تزيد عندهن نسبة اللواتي تمتثلن لرغبات اطفالهن مقارنة باللواتي لهن مهن جيدة .

ويمكن ان نفسر هذا بان المبحوثات اللواتي لهن مهن بسيطة او لا تعملن تعتمدن على المداخل الشهرية لازواجهن في تلبية الرغبات اللامتناهية لاطفالهن دون وعي منهن بمخاطر الإفراط في استعمال المواد المصنعة بكل انواعها و الاشكال اللامتناهية للأنواع العديدة من الحلويات ...الخ. فهذه الامهات تتفاخرن فيما تشتريه لاطفالهن وتعتبرنه كمؤشر لمستواهن المعيشي.

أما انخفاض النسبة قليلا عند الإطارات العالية مثلا فهذا يعبر عن درجة النضج لهذه الفئة من المخاطر التي قد تحدث من جراء المواد الإستهلاكية التي افقدها التصنيع فائدتها و اصبحت نقمة على حياة الفرد.

فمن خلال هذا يتبين لنا وجود علاقة بين نوع المهنة و الإمتثال لرغبات الطفل ، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 30.761 عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت ب 21.026، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و الإمتثال لرغبات الطفل. أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.22 اما معامل كرامر فقدر ب 0.16 ومنه نقول ان العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم (161) : علاقة مهنة الزوجة و اختيار مكان لعب الاطفال

المجموع		في الحي		في البيت او في الاماكن المخصصة للعب		اختيار مكان اللعب
%	ك	%	ك	%	ك	نوع عمل الزوجة
100	450	57,8	260	42,2	190	لا تعمل
100	86	19,8	17	80,2	69	موظف ذو دخل بسيط
100	15	13,3	2	86,7	13	مهنة حرة بسيطة
100	22	18,2	4	81,8	18	مهنة حرة متوسطة
100	21	0	0	100	21	موظف ذو دخل متوسط
100	4	0	0	100	4	إطار عالي
100	2	0	0	100,0	2	مهنة حرة عالية
100	600	47,2	283	52,8	317	المجموع

فالمبحوثات اللواتي لهن وظائف جيدة ، إنما هي انعكاس لمستواهن التعليمي ، وبالتالي قلما تتركز اطفالهن يلعبن في الشارع ، فالامهات اللواتي لهن وظائف جيدة توفرن لاطفالهن اشياء في البيت تلهيهم ولا يفكرون في الخروج ، حتى و إن كان المسكن ضيق.

الجدول (162) : علاقة مهنة الزوجة و اختيار لعب الاطفال

اختيار لعب الاطفال		اختار الغير		الاجابة		ذات النوعية		حالة اخرى		المجموع	
نوع عمل الزوجة		مكلفة		ك		ك		ك		ك	
لا تعمل		64,7		35		7,8		20,7		93	
موظف ذو دخل بسيط		12,8		25		29,1		57		49	
مهنة حرة بسيطة		6,7		7		46,7		40		6	
مهنة حرة متوسطة		0		6		27,3		72,7		16	
موظف ذو دخل متوسط		0		8		38,1		57,1		12	
إطار عالي		0		1		25		75		3	
مهنة حرة عالية		0		0		0		100		2	
المجموع		50,5		82		13,7		30,2		181	

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن يخترن اللعب الغير مكلفة للعب اطفالهن بنسبة 50%، مقابل 5.7% تحصلن على اللعب بطريقة اخرى.

وعند ادخال متغير مهنة الزوجة لمعرفة تاثير هذه الاخيرة على اختيار لعب الاطفال تبين ان المبحوثات اللواتي لا تعملن تخترن اللعب الغير مكلفة بنسبة 64.7% مقابل 6.9% تحصلن عليها بطرق اخرى.

في حين نجد المبحوثات اللواتي تمتعن باقي المهن فإنهن تخترن لاطفالهن اللعب ذات النوعية الجيدة بالنسب التالية على التوالي: 57% ، 72.7% ، 57.1% ، 75% ، 100%. إلا حالة المبحوثات اللواتي لهن مهن حرة بسيطة ، حيث صرحن انهن تخترن اللعب الجذابة بنسبة 46.7%.

فمن خلال هذا التحليل نستنتج أن هناك علاقة بين مهنة الزوجة و اختيار لعب الاطفال ، و عند حساب كا2 وجدناه يساوي 188.169 عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فتقدرت

ب 28.869، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مهنة الزوجة و اختيار لعب الاطفال .

أما عن مقدار هذه العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.48 ، اما معامل كرامر فقدر ب 0.32 ومنه نقول ان العلاقة متوسطة بين المتغيرين .

فالمهم جدا الإنتباه في اختيار لعب الاطفال ، فالملاحظ هنا ان امتلاك الزوجة لمهنة جيدة ، تصبح مكتفية ماديا ، خاصة إذا كان زوجها يعمل ، الشيء الذي يساعدها على اختيار الالعاب ذات النوعية الجيدة أي تتفادى الالعاب الحادة او ذات الاحرف أو ذات التركيبية الطرية للغاية ، والمكونات الداخلة في تركيبها فالطفل الصغير لا يستطيع ان يميز بين الاشياء ، لذلك فهو يدخل كل شيء بمسكه بيده إلى فمه و يحاول ابتلاعه ، لذلك فالحذر واجب وعلى كل فرد من افراد الاسرة أن يكون مسؤولا حين يقدم ألعابا للطفل .

خلاصة الفصل

يعتبر المركز الإجتماعي من اهم العوامل التي تحدد مكانة الفرد ، فإرتفاع المستوى التعليمي و امتلاك وظيفة محترمة يساهم بقدر كبير في الحفاظ على صحة الافراد ، وبما اننا اعتمدنا على هذا المتغير لمعرفة اتجاه الرعاية الصحية المقدمة للاطفال ، بينت النتائج المتوصل إليها ما يلي :

بالنسبة لمؤشر المستوى التعليمي للزوج ، فلقد تبين انه مهما بلغ المستوى التعليمي للزوج فهذا ليس له تأثير على الحالة الصحية للطفل ، فالرعاية و الإهتمام بصحة الطفل هو من اهتمام الام ، كما تبين لنا أن هذا الاخير ياثّر على طريقة التعامل مع مرض الطفل ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج زاد الإقبال و التوجه المباشر إلى الطبيب في حال مرض الطفل ، إذ بلغت نسبة الإقبال 57.5% عند ذوي المستوى الجامعي.

ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض إذ تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوج حيث بلغت نسبة ترك الطفل لاكثر من ثلاثة ايام مع المرض 44.3% من الحالات.

اما عن اختيار القطاع الإستشفائي فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج كلما كان الإتجاه نحو القطاع الخاص حيث بلغت النسبة 54.8% عند ذوي المستوى الجامعي .

اما عن اختيار اختصاص الطبيب في حال التوجه للقطاع الخاص ، فلقد تبين انه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كان التوجه لطبيب مختص بطب الاطفال ، اما مع انخفاض المستوى التعليمي فلا يهم اختصاص الطبيب ، حيث بلغت النسبة 85.7% ، فالتوجه يكون لاقرب طبيب موجود بالمنطقة لا غير.

كما تبين لنا ان المستوى التعليمي للزوج يؤثر على مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية التي تقدمها الام للرضيع ، حيث تزيد نسبة الممارسة الحصرية للرضاعة الطبيعية كلما ارتفع مستواه التعليمي .

اما من حيث الوجبات المقدمة للطفل فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج ، كلما كانت الوجبات المقدمة صحية ، حيث بلغت النسبة 91.8% عند ذوي المستوى الجامعي. كما التمسنا زيادة استعمال المياه المعدنية عند الازواج من نفس المستوى .

وبالنسبة لإختيار مكان لعب الاطفال فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج كلما كان مكان لعب الاطفال هو البيت او الاماكن المخصصة لذلك ، لكن مع انخفاض المستوى التعليمي نلاحظ ان مكان لعب الاطفال هو الحي حيث بلغت النسبة 77.1%. أما بالنسبة لالعب الاطفال ، فالإهتمام بالجودة و النوعية يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوج حيث بلغت النسبة 61.6%

وعن مسألة الإمتثال لرغبات الطفل فإن النتائج التي توصلن إليها تبين لنا ان نسبة تلبية رغبات الاطفال تزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوج ، وهذا يفسر بغياب الوعي الصحي.

اما بالنسبة للمستوى التعليمي للزوجة ، فلقد بينت النتائج المتوصل إليها ان هذا الاخير له تاثير على تقديم الرعاية الصحية للطفل ،حيث ان سوء الحالة الصحية للطفل تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوجة ، حيث بلغت النسبة 75.4% عند ذوات المستوى الابتدائي ، كما توصلنا إلى انه كلما انخفض هذا الاخير كلما كان التعامل بالوصفات الشعبية في العلاج حيث بلغت النسبة 66.7% عند ذوات المستوى الامي. وكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما كان التوجه نحو الطبيب مباشرة لطلب العلاج ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حال المرض ، إذ تزيد هذه النسبة لمدة اكثر من ثلاثة ايام عند المبحوثات من ذوات المستوى الامي و الابتدائي.

كما تبين لنا ان التوجه للقطاع الخاص يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة ،وفيما يخص اختيار اختصاص الطبيب في حال التوجه للطبيب الخاص ، فلقد تبين ان اختيار الطبيب المختص بطب الاطفال هو الاكثر اقبالا عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع ، اما التوجه لطبيب عام في عيادة خاصة فهذا يزيد مع انخفاض المستوى التعليمي للزوجة وهذا لإعتبارات كالقرب المكاني و التمتع بشعبية في الاوساط السكنية.

كما تبين لنا وجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و تنظيمها لنسلها ، فتنظيم النسل يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة ، فالاسر التي لا تنظم نسلها تواجه صعوبات اكثر في رعاية اطفالها وهذا بسبب حجم الاسرة المتزايد.

اما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل فالتمسنا تراجع ملحوظ لهذه الاخيرة ، والمشكل ليس فقط عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع بل حتى عند الماكثات بالبيت و اللواتي لهن مستوى تعليمي منخفض ، إذ اصبحت الرضاعة الإصطناعية والمختلطة موضة في هذا العصر ، اما مدة الرضاعة الحصرية التي استفاد بها الطفل غالبا فهي فترة الاقل من ثلاثة اشهر ، اما عن نوع القنينة المستعملة في حالة الرضاعة الإصطناعية و المختلطة ، فوجدنا ان استعمال القنينة الزجاجية يزيد عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع ، اما استعمال القنينة البلاستيكية فيزيد عند ذوات المستوى التعليمي المنخفض حيث بلغت النسبة 41.2% عند ذوات المستوى المتوسط و 46.7% عند ذوات المستوى الامي.

اما عن مسالة الاهتمام بمسالة تنظيف القنينة و تعقيمها ، فوجدنا ان المبحوثات ذوات المستوى الامي تكتفين بغسل القنينة بالماء و الصابون بنسبة 60% ، وكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما زاد الاهتمام بنظافة القنينة و تعقيمها بعد كل رضعة.

اما عن الوجبات المقدمة للطفل ، فلقد تبين لنا ان المبحوثات ذوات المستوى المنخفض تقدمن وجبات ناقصة لاطفالهن ، في حين ذوات المستوى المرتفع تقدمن وجبات غذائية صحية لاطفالهن ، حيث بلغت النسبة 77.7% عند ذوات المستوى الثانوي و 97.9% عند ذوات المستوى الجامعي.

وعند محاولة التوقف لمعرفة حقيقة نوع هذه الوجبات وهل تتماشى مع النظام الصحي السليم ، تبين لنا ان المبحوثات اللواتي صرحن انهن تقدمن غذاء صحي فنسبة 62.6% تعتمد الوجبات الغذائية عندهن على خلط انواع من الاغذية مقابل فقط 33.2% ممن تقدمن فعلا غذاء صحي يتماشى مع كل مرحلة من حياة الطفل .

في حين اللواتي صرحن ان الغذاء المقدم للطفل ناقص فهو ايضا مجرد كلام ، غير معتمد على اعتبارات علمية إذ 53% صرحن ان غذاء الطفل لا يتميز بالخصوصية عن غذاء الكبار و 47% منهن صرحن ان الغذاء المقدم للطفل نادرا ما يحتوي على بروتينات و مشتقات الحليب الاساسية .

ومن هنا نستنتج ان الاسرة حتى ولو كانت ميسورة الحال و مستواها التعليمي مرتفع في بعض الاحيان إلا أن وعيها بمفهوم الغذاء الصحي و النظام الغذائي المتوازن للطفل يبقى محدود .

اما بالنسبة للماء المستعمل للشرب ، فلقد تبين انه كلما كان المستوى التعليمي للزوجة مرتفع كلما زاد استعمالها للمياه المعدنية ، حيث بلغت النسبة 68.1% عند ذوات المستوى الجامعي ، في حين بلغت نسبة استعمال مياه الحنفية 43.9% ، ومياه من مصادر اخرى بنسبة 33.3% عند ذوات المستوى الابتدائي.

اما عن الإمتثال لرغبات الاطفال فلاحظنا ان النسبة تزيد كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة وهذا كما اشرنا سابقا لغياب الوعي باسس النظام الغذائي السليم . و فيما يخص مكان لعب الاطفال فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما كان مكان لعب الاطفال هو البيت او الاماكن المخصصة لذلك وهذا لإدراك المبحوثة بالامور الضارة التي قد يواجهها الاطفال في الشوارع ، خاصة في الاماكن المزدحمة بالسكان. أما بالنسبة لإختيار لعب الاطفال ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي كلما زاد اختيار اللعب ذات النوعية الجيدة للطفل حيث بلغت النسبة 61.7% عند ذوات المستوى الجامعي.

بالنسبة للمؤشر الثاني وهو الوضعية المهنية للزوجين من حيث العمل و نوع الوظيفة ، فلقد بينت النتائج المتوصل إليها ان كلما كان الأزواج يعملون كلما زاد توجههم مباشرة للطبيب اثناء مرض الطفل لكن عند محاولة الوقوف عند نوع المهنة التي يمتنها الأزواج وعلاقتها بالتصرف مع مرض الطفل تبين لنا انه كلما كان للزوج مهنة جيدة كلما زاد توجه المبحوثة للطبيب إذ انها لاتجد صعوبة في دفع تكاليف العلاج و الدواء ، فكلما كان للأزواج دخل بسيط كلما كان هنا البحث عن طرق اخرى للعلاج .

ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض فكلما كانت للزوج مهن بسيطة كلما زادت مدة ترك الطفل في حالة المرض. اما بالنسبة لإختيار قطاع العلاج فالمبحوثات اللواتي يمتنهن أزواجهن مهن متوسطة او اطارات عالية و مهن حرة عالية فيتوجهن بالطفل إلى القطاع الخاص لطلب العلاج حيث بلغت نسبة التوجه 80% بالنسبة للإطارات العالية.

بالنسبة لنوع الرضاعة المقدمة للطفل ، فكلما كان للأزواج مهن جيدة كلما كان الإتجاه نحو استعمال الرضاعة الإصطناعية او المختلطة ، كما بينت نتائج الدراسة انه مهما كان نوع المهنة إلا وكانت مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية هي فترة الاقل من ثلاثة اشهر.

و فيما يخص نوع الوجبات المقدمة للطفل فالاسر التي يكون فيها الزوج موظف بسيط أو ذو مهنة حرة بسيطة فإن المبحوثات تقدمن وجبات غذائية ناقصة بالنسب التالية ، 57.4% و 44.4%. وتزيد نسبة استعمال الوجبات الغذائية الصحية كلما كان للزوج مهنة متوسطة او اطار عالي او مهنة حرة عالية.

اما عن الماء المقدم للطفل ، فكلما كان للزوج مهن متوسطة او اطار عالي كلما زاد إستعمال المبحوثة للمياه المعدنية للطفل ، وكلما كانت المهن بسيطة كلما زاد استعمال مياه الحنفية او مياه من مصادر اخرى كالآبار.

فيما يخص الامتثال لرغبات الطفل تبين نتائج الدراسة ان نسبة الإمتثال تزيد كلما كانت مهن الأزواج جيدة . وفيما يخص اقتناء لعب الاطفال ، فكلما كانت المهن جيدة كلما اختارت المبحوثة اللعب ذات النوعية الجيدة لاطفالهن، حيث بلغت النسبة 80.8% عند اللواتي ازواجهن اطارات عالية .

اما بالنسبة للمؤشر الاخر وهو الوضعية المهنية للزوجة وتأثيرها على الرعاية الصحية للطفل ، فلقد تبين ان الزوجات العاملات تتوجهن بالطفل مباشرة إلى الطبيب بنسبة 52% .

و عن العلاقة بين المهنة الممتثلة من طرف الزوجة وعلاقتها بتصرف المبحوثة مع مرض الطفل ، تبين لنا انه حتى ولو كان للزوجات مهن بسيطة إلا وكان توجهها للطبيب مباشرة اثر مرض الطفل وهذا يفسر بدخل الزوج فالزوجات اللواتي لا تعملن او زوجها لا يعمل او يقل دخله عن 32000 دج فيكون تصرفها مع مرض الطفل بالطريقة الشعبية في العلاج ، اما مع ارتفاع الدخل الشهري للزوج نلاحظ تغير الإتجاه وهو توجه المبحوثة للطبيب مباشرة اثر مرض الطفل ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض.

اما بالنسبة لإختيار القطاع الإستشفائي فتزيد نسبة التوجه للقطاع الخاص كلما ارتفع مستواها المعيشي ، وهذا بإمتلاكها مهنة جيدة. وفيما يخص الرضاعة الطبيعية فالإتجاه هو نحو الرضاعة الإصطناعية و المختلطة رغم مكوث المرأة بالبيت او امتلاكها وظيفة بسيطة فمهنة الزوج تمكنها من شراء الحليب مهما كان ثمنه.

كما ان اختيار الوجبة الغذائية التي تقدم للطفل و الحرص على تقديم المياه المعدنية يزيد كلما امتهنت الزوجة مهنة جيدة .

اما عن اختيار نوع الاواني فكلما كانت الزوجة تمتهن مهنة جيدة كلما زاد استعمالها لاواني الإنكس و الجذابة ، فدخل الزوجة يخصص جزءا كبيرا منه للمطبخ و الاواني المنزلية و ليس ادراكا منها لفائدة او اضرار هذه الاواني على الصحة . كما نجد الزوجات من نفس المستوى تمتلن لرغبات اطفالهن و تهتمن بمكان لعب اطفالهن و اختيار اللعب ذات الجودة و النوعية فهذا يعد انعكاسا لوضعهن المعيشي الجيد.

الفصل الرابع

الخدمات الصحية و خصائصها وتأثيرها على تقديم الرعاية الصحية للطفل من قبل الأسرة

تمهيد

المبحث الأول: اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة والعلاقة بين طالبي ومقدمي الخدمة الصحية على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل

1- تأثير التعرض لأخطاء طبية

2- تأثير العلاقة بين مقدمي و طالبي الخدمة الصحية

المبحث الثاني: اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة في المؤسسة الإستشفائية الحالية (مستشفى محمد لمين دباغين) على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر المؤسسة الصحية جزء من النظام الصحي وظيفتها توفير الرعاية و العناية الصحية لجميع الأشخاص بدون استثناء وهذا عن طريق ما يسمى بالخدمة الصحية.

و تعتبر الخدمة الصحية سلسلة من الأنشطة و الفاعليات التي تعزز مستوى الرضا للمستفيد و تتم بتضافر كل متكامل من أجهزة و معدات و كفاءات طبية وعلاقات تزرع الرضا و الاطمئنان في قلوب طالبي الخدمة.

و لقد تم اختيارنا لهذا المتغير لمعرفة مدى تأثير الخدمة الصحية على الإقبال نحو المؤسسات الإستشفائية لطلب العلاج ، وبالتالي المساهمة جنبا إلى جنب مع الأسرة في تقديم الرعاية الصحية اللازمة للطفل.

و من اجل هذا وظفنا المؤشرات التالية:

1- مؤشرات المتغير المستقل (الخدمة الصحية) هي:

- خصائص الخدمة الصحية كالتعرض لأخطاء طبية وما تترتب عليها من أثار على المريض ونوع العلاقة بين الطبيب و طالبي الخدمة (الطفل المريض و اسرته) في مؤسسات استشفائية تم زيارتها من قبل .

- خصائص الخدمة كعامل الجودة و و توفر المعدات مع إبراز العلاقة بين مقدمي وطالبي الخدمة في المؤسسة الحالية (محمد لمين دباغين) و نوع التعامل الذي يتطلع إليه طالبي الخدمة .

2- مؤشرات المتغير التابع لهذه الفرضية (الرعاية الصحية) فهي كمايلي :

- مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل
- مدى مساهمة الخدمات المتوفرة على الإقبال او العزوف عن الخدمة مستقبلا.
- كيفية التصرف مع مرض الطفل
- مدة ترك الطفل في حالة المرض
- وجود صعوبات في المؤسسة الحالية
- اختيار القطاع الإستشفائي
- اختيار اختصاص الطبيب في القطاع الخاص .
- تأثير التعرض لأخطاء طبية على تقديم الرعاية الصحية للطفل

المبحث الأول : اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة الصحية في مؤسسات استشفائية زارتها المبحوثات من قبل على الرعاية الصحية للطفل

1- تأثير التعرض لأخطاء طبية

الجدول (163): العلاقة بين التعرض لأخطاء طبية و مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل

المجموع		لا أواجه		نعم أواجه		مواجهة صعوبات في تقديم الرعاية التعرض لأخطاء طبية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	372	6,5	24	93,5	348	نعم
100	228	17,5	40	82,5	188	لا
100	600	10,7	64	89,3	536	مجموع

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحنّ أنهن واجهن صعوبات في رعاية أطفالهن بنسبة 89.3% مقابل 10.7% لم يواجهن مشاكل .

وعند إدخال متغير التعرض لأخطاء طبية تبين ان المبحوثات اللواتي تعرض أطفالهن لأخطاء طبية واجهنّ صعوبات في تقديم الرعاية اللازمة له وإتمام العلاج بنسبة 93.5% مقابل 6.5% لم يواجهنّ صعوبات .

في حين نجد المبحوثات اللواتي صرحنّ أن أطفالهن لم يتعرضوا لمشكل الأخطاء الطبية فإنهنّ واجهنّ صعوبات في تقديم الرعاية الصحية للطفل بنسبة 82.5% ، وهذا لان رعاية المريض ليس بالشيء السهل خاصة إذا كان المرض عويص ، مقابل 10.7% لم تواجهن صعوبات .

و منه نقول أن المبحوثات تجدنّ صعوبة كبيرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل خاصة إذا ما تسببت الخدمة في تدهور الحالة الصحية له ، فالتعرض للخطأ الطبي يزيد من تأزم الحالة الصحية للطفل و قد تظهر أعراض أخرى جانبية لم يكن يشكوا منها الطفل .

فالخطأ الطبي يضاعف المرض ويزيد من عناء الطفل و صعوبة تقديم الرعاية اللازمة من قبل أسرته

وعند حساب كا2 وجدنا كا2 الحسابية تقدر ب 18.253 عند درجة حرية 1 و مستوى دلالة 5% اما كا2 الجدولية فتقدر ب 3.841 وبما ان كا2 المحسوبة اكبر من كا2 الجدولية إذا ترفض فرضية العدم ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين.

فالأسرة و بالاحص الام إذا لم تلقى الخدمة الجيدة فإنها لا تضع ثقة في الخدمات الصحية و بالتالي تصبح تتجنبها قدر الإمكان بحثا عن طرق أخرى في العلاج والجدول التالي يؤكد ذلك .

الجدول (164): علاقة التعرض لأخطاء طبية و مدى الإقبال على الخدمة مستقبلا

الإقبال على الخدمة		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
التعرض لأخطاء طبية		ك	%	ك	%	ك	%
نعم		101	27,2	271	72,8	372	100
لا		217	95,2	11	4,8	228	100
المجموع		318	53	282	47	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهنّ يتوجهن مباشرة إلى المؤسسة الإستشفائية بعد مرض الطفل ب 53% من الحـالات مقابل 47% تصرفنّ بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج .

و عند محاولة التعرف على الأسباب التي كانت وراء ذلك أدخلنا متغير التعرض لأخطاء طبية لمعرفة مدى تأثيره على تلقي الخدمة الصحية ، تبين لنا ان المبحوثات اللواتي لم يتعرضنّ لأخطاء طبية واطبن على الاتجاه العام للجدول أي الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية بنسبة 95.2% ، مقابل 4.8 تصرفن بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج .

في حين نجد المبحوثات اللواتي تعرضن لأخطاء طبية فإنهن تصرفن بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج بنسبة 72.8% مقابل 27.2% توجهن مباشرة للطبيب.

فمن خلال هذا التحليل نستنتج وجود علاقة بين التعرض لأخطاء طبية و كيفية التصرف مع مرض الطفل.

وعند حساب حساب كا2 وجدناه يساوي 262.596 درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فقدرت ب 3.841، هذا يدل على وجود فروق جوهرية لذلك ترفض فرضية العدم ونقول أن هناك علاقة بين التعرض لأخطاء طبية و التصرف مع مرض الطفل .

و كما سبق ذكره في الجدول (45) من خصائص العينة فإن أهم الأخطاء الطبية التي تعرض لها الأطفال حسب تصريح المبحوثات تمثلت في أخطاء في تشخيص المرض في 44.6% من الحالات أما 42.5% فهي أخطاء راجعة إلى تحديد كمية الجرعة ، 11.3% أخطاء راجعة إلى تحديد نوع الدواء أما 1.6% فهي أخطاء من نوع آخر.

اما عن كيفية التصرف مع مرض الطفل فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول (165): علاقة التعرض لأخطاء طبية و كيفية التصرف مع مرض الطفل

المجموع		أخرى		اشترت له دواء من الصيدلي		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أعطيته بعض المسكنات		توجهت مباشرة إلى الطبيب		كيفية التصرف مع المرض	التعرض لاختفاء طبية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	372	0,3	1	3,2	12	43,3	161	19,6	73	33,6	125	نعم	
100	228	2,6	6	7	16	21,5	49	26,3	60	42,5	97	لا	
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع	

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يتوجهن مباشرة للطبيب بنسبة 37% مقابل 4.7% اشترين له دواء من الصيدلي .

و عند إدخال متغير التعرض لأخطاء طبية لمعرفة مدى تأثيره على اختيار نمط العلاج ، تبين ان المبحوثات اللواتي تعرض أطفالهن لأخطاء طبية تتعاملن مع مرض الطفل بالطريقة الشعبية في العلاج بنسبة 43.3% ، مقابل 3.2% اشترين له دواء من الصيدلي مباشرة أما 0.3% فاستعملن طرق أخرى في العلاج.

في حين نجد المبحوثات اللواتي لم يتعرض أطفالهن لأخطاء طبية ، فإنهن يتوجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% ، مقابل 1.2% استعملن طرق أخرى في العلاج.

فمن خلال هذا التحليل يتبين لنا وجود علاقة بين التعرض لأخطاء طبية و كيفية التعامل مع مرض الطفل ، وعند حساب حساب كا2 وجدناه يساوي 36.204 درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فقدرت بـ 9.488، هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين التعرض لأخطاء طبية وكيفية التصرف مع المرض .

فالأخطاء الطبية تعتبر عائق كبير ولقد تسببت كما جاء في تصريح المبحوثات في مشاكل عديدة تركت اثارها على جسم الطفل الضعيف فكما راينا في الجدول (47) من خصائص العينة أن نتائج الأخطاء الطبية تتمثل في ظهور اعراض جانبية خطيرة للطفل في 64.2% من الحالات و حدوث اعاقا للطفل في 23.1% من الحالات و حدوث وفاة للطفل في 12.6% من الحالات .

و عند محاولة الاستفسار عن الأسباب التي كانت وراء تلك النتائج تبين لنا وحسب ما هو موضح في الجدول (48) دائما من خصائص العينة أن هذه الأخطاء سببها نقص في الخبرة و عدم التأهيل في 41.1% من الحالات ، و إلى نقص في التجهيزات و العتاد الصحي في 40.9% من الحالات ، و إلى أخطاء في التحاليل الطبية في 13.7% من الحالات ، و 4.3% إلى أشياء أخرى كعدم الاكتراث و الاهتمام بحياة المريض .

الجدول (166): علاقة التعرض لأخطاء طبية بمدة ترك الطفل في حالة المرض

المجموع		أكثر من ثلاثة أيام		ثلاثة أيام		يومان		يوم واحد		أخذته في الحال		مدة ترك الطفل في حالة المرض
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	372	32,5	121	19,4	72	14,2	53	0,3	1	33,6	125	نعم
100	228	11,8	27	25	57	18,4	42	2,2	5	42,5	97	لا
100	600	24,7	148	21,5	129	15,8	95	1	6	37	222	المجموع

فالتوجه للمؤسسات الصحية يكون بعد انتظار و تجريب طرق أخرى سمعتها من هنا و هناك ، فقد تساء حالة الطفل و تتأزم بعد طول تلك المدة ، وفي كل الأحوال فالطفل هو الذي يدفع ثمن كل ذلك التقصير .

فالتعرض لأخطاء طبية له اثر على رضا الأسرة عن الخدمات الصحية و الجدول التالي يوضح ذلك

الجدول (167): توزيع افراد العينة حسب التعرض لاختفاء طبية و الشعور بالرضا عن الخدمة

الشعور بالرضا		نعم		لا		المجموع	
التعرض لاختفاء طبية		ك	%	ك	%	ك	%
نعم		98	26,3	274	73,7	372	100
لا		218	95,6	10	4,4	228	100
المجموع		316	52,7	284	47,3	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن راضيات عن الخدمات اللواتي تلقوها بنسبة 52.7% مقابل 47.3% صرحن أنهن لسن راضيات .

وعند ادخال متغير التعرض لأخطاء طبية و مدى تأثيره على عملية الشعور بالرضا عن الخدمة الصحية ، تبين لنا أن اللواتي تعرض أطفالهن لمشكل الأخطاء الطبية لسن راضيات عن الخدمة بنسبة 73.7% مقابل 26.3% هن راضيات .

في حين نجد المبحوثات اللواتي لم تعترضهن مشاكل التعرض لأخطاء طبية فهن راضيات عن الخدمة بنسبة 95.6%، مقابل 4.4% لسن راضيات.

فمن خلال هذا التحليل تبين لنا وجود علاقة بين التعرض لأخطاء طبية و الشعور بالرضا عن الخدمة الصحية.

و عند حساب حساب كا2 وجدناه يساوي 272.090 درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الجدولية فقدرت ب 3.841 دليل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول أن هناك علاقة بين التعرض لأخطاء طبية والشعور بالرضا من الخدمة الصحية .

فالجداول (52) من خصائص العينة يؤكد ذلك ، فلقد بينت النتائج ان 47% من المبحوثات اشتكين من مشكل التعرض لأخطاء طبية في المؤسسات الإستشفائية ، 30% اشتكين من سوء التوجيه ، فلا احد يرشد للمكان الصحيح ، 14.8% اشتكين من نقص في حفظ المعلومات ، ففي العديد من الحالات تتعرض نتائج التحاليل للتلف ، بعض الملفات غير موجودة ، والغريب في الأمر أن لا أحد مسؤول و 8.1% اشتكين من أمور أخرى كالبعد المكاني و موقع المؤسسة الإستشفائية وقلة النظافة.

فمن اين يكون رضا الزبون في ظل كل هذه المشاكل ؟.

ولمحاولة التعرف فيما إذا كان مشكل التعرض لأخطاء طبية له اثر على اختيار القطاع الإستشفائي نستعرض الجدول التالي :

الجدول (168): علاقة التعرض لأخطاء طبية و اختيار قطاع العلاج

قطاع العلاج		القطاع العمومي		القطاع الخاص		المجموع	
التعرض لاختفاء طبية		ك		%		ك	
		%		ك		%	
نعم		79,8	297	20,2	75	372	100
لا		59,6	136	40,4	92	228	100
المجموع		72,2	433	27,8	167	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن للقطاع العام بنسبة 72.2% مقابل 27.8% يتوجهن للقطاع الخاص.

وعند ادخال متغير التعرض لاختفاء طبية لمعرفة تاثير هذا الاخير على اختيار القطاع المناسب للعلاج تبين ان 79.8% من المبحوثات اللواتي سبق و ان تعرض اطفالهن لاختفاء طبية واطبن على الإتجاه العام بنسبة 79.8% ، مقابل 20.2% توجهن للقطاع الخاص.

في حين المبحوثات اللواتي لم يتعرض اطفالهن لأخطاء طبية واطبن على الاتجاه العام للجدول لكن بنسبة اقل تقدر ب 59.6% مقابل 40.4% توجهن للقطاع الخاص.

وعند حساب كا2 وجدناه يقدر ب 28.687 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الحسابية فتقدر ب 3.841 هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين التعرض لاختفاء طبية واختيار قطاع العلاج .

فالمبحوثات إذا ما ما كانت الظروف المادية لهن مواتية يفضلن القطاع الخاص وهذا لما له من بعض المزايا مقارنة بالقطاع العام خاصة إذا كانت الحالة المادية تسمح بذلك .

أما التوجه للقطاع العمومي رغم تصريح المبحوثة بالوقوع في اخطاء طبية يفسر إما بوقوع الخطأ في القطاع الخاص ، او نتيجة الظروف الإقتصادية كإنخفاض دخل الاسرة كما هو مبين في الجدول التالي :

الجدول (169): علاقة التعرض لأخطاء طبية و الدخل الأسري و تأثيره في قطاع العلاج

المجموع		القطاع الخاص		القطاع العمومي		قطاع العلاج		التعرض لأخطاء طبية
%	ك	%	ك	%	ك	الدخل الاسري		
100	37	2,7	1	97,3	36	بدون دخل شهري		نعم
100	6	0	0	100	6	أقل من 18000 دج		
100	69	4,3	3	95,7	66	] 25000 - 18000 [دج		
100	88	12,5	11	87,5	77	] 32000 - 25000 [دج		
100	95	21,1	20	78,9	75	] 39000 - 32000 [دج		
100	28	64,3	18	35,7	10	] 46000 - 39000 [دج		
100	49	44,9	22	55,1	27	أكثر من 46000 دج		
100	372	20,2	75	79,8	297	المجموع		
100	14	7,1	1	92,9	13	بدون دخل شهري		لا
0	0	0	0	0	0	أقل من 18000 دج		
100	16	0	0	100	16	] 25000 - 18000 [دج		
100	41	31,7	13	68,3	28	] 32000 - 25000 [دج		
100	43	30,2	13	69,8	30	] 39000 - 32000 [دج		
100	22	50	11	50	11	] 46000 - 39000 [دج		
100	92	58,7	54	41,3	38	أكثر من 46000 دج		
100	228	40,4	92	59,6	136	المجموع		
100	51	3,9	2	96,1	49	بدون دخل شهري		المجموع
100	6	0	0	100	6	أقل من 18000 دج		
100	85	3,5	3	96,5	82	] 25000 - 18000 [دج		
100	129	18,6	24	81,4	105	] 32000 - 25000 [دج		
100	138	23,9	33	76,1	105	] 39000 - 32000 [دج		
100	50	58	29	42	21	] 46000 - 39000 [دج		
100	141	53,9	76	46,1	65	أكثر من 46000 دج		
100	600	27,8	167	72,2	433	المجموع		

هن بدون دخل شهري ، و 100% للواتي دخلهن اقل من 18000 دج و 95.7% للواتي دخلهن اقل من 25000 دج ، و 87.5% للواتي دخلهن 32000 دج ، و 78.9% للواتي دخلهن اقل من 39000 دج.

أما المبحوثات اللواتي دخلهن اكبر من 39000 دج فإنهن يتوجهن باطفالهن للقطاع الخاص بالنسب التالية : 64.3% للواتي دخلهن أقل من 46000 دج و 44.9% للواتي دخلهن اكثر من 46000 دج.

أما المبحوثات اللواتي صرحن بان أطفالهن لم يتعرضوا لأخطاء طبية فإن اللواتي دخلهن أقل من 39000 دج واطبن على الاتجاه العام للجدول أي التوجه للقطاع العمومي في العلاج ، في حين المبحوثات اللواتي دخلهن مرتفع و يفوق 39000 دج فإنهن يتوجهن بالطفل إلى القطاع الخاص بالنسب التالية : 50% و 58.7%.

و منه نقول أن رغم التعرض لأخطاء طبية في القطاع العام في ظل دخل منخفض للأسرة فإن التوجه لطلب العلاج يكون نحو هذا القطاع دائما وهذا لعدم مقدرة الأسرة دفع تكاليف القطاع الخاص.

و لمعرفة هل اختيار تخصص الطبيب يقلل من التعرض لأخطاء طبية ، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول (170): علاقة التعرض للاخطاء و اختيار اختصاص الطبيب

اختصاص الطبيب		الطبيب المختص بالاطفال		الطبيب العام		المجموع	
التعرض لاختفاء طبية		ك		%		ك	
نعم		48	64	27	36	75	100
لا		73	79,3	19	20,7	92	100
المجموع		121	72,5	46	27,5	167	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن إلى طبيب مختص بالاطفال بنسبة 72.5% مقابل 27.5% يتوجهن لطبيب عام .

و لمعرفة تأثير التعرض لأخطاء طبية في القطاع الخاص على اختيار اختصاص الطبيب تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن أن أطفالهن سبق وان تعرضوا لأخطاء طبية يتوجهن لطبيب خاص بالأطفال بنسبة 64% ، مقابل 36% يتوجهن لطبيب عام .

في حين اللواتي لم يتعرض أطفالهن لأخطاء طبية فإنهن يتوجهن لطبيب مختص بطب الأطفال بنسبة 79.3% ، مقابل 27.5% يتوجهن لطبيب عام .

و منه فالتعرض لأخطاء طبية يجعل الأسرة تبحث عن الأفضل لأطفالها، كالاهتمام باختصاص الطبيب ، فكلما كان الطبيب مختص كلما توسعت معارفه حول المسائل التي يشغلها ، و كلما تميز تشخيصه بالدقة وبهذا تقل نسب التعرض للأخطاء.

2- تأثير العلاقة بين طالبي ومقدمي الخدمة على تقديم الرعاية الصحية للطفل.

الجدول (171): العلاقة بين الطبيب و طالبي الخدمة و مدى الإقبال على العلاج مستقبلا

المجموع		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		الإقبال على الخدمة
%	ك	%	ك	%	ك	علاقة الطبيب بطالب الخدمة
100	318	1,9	6	98,1	312	علاقة إنسانية كلها عطف و تفهم
100	282	97,9	276	2,1	6	علاقة كبرياء و التكلم بمصطلحات علمية و بلغة أجنبية لم أفهم كلامه
100	600	47	282	53	318	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنه يسرعن بالطفل إلى الطبيب بنسبة 53% مقابل 47% يتصرفن بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج.

وعند إدخال متغير نوع العلاقة بين الطبيب و المريض لمعرفة تأثير هذه الأخيرة على طلب العلاج تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن ان العلاقة كانت كلها إنسانية و عطف و تفهم تسرعن بالطفل إلى الطبيب بنسبة 98.1% مقابل 1.9% يفضلن العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج.

في حين المبحوثات اللواتي صرحن ان العلاقة التي كانت بينهم و بين الطبيب يسودها الكبرياء ، إذ يقوم الطبيب بالفحص دون ان يولي ادنى اهتمام للمريض و يخاطبه بمصطلحات علمية لا يفهمها يفضلن العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج بنسبة 97.9% مقابل 2.1 % يفضلن التوجه المباشر إلى الطبيب .

و منه فالعلاقة واضحة بين الطبيب بالمريض و الإقبال او العزوف عن طلب العلاج ، فكلما كانت الخدمات جيدة كلما شجع ذلك الأسرة اخذ أطفالها للطبيب في حالة المرض ، والعكس صحيح .

و عند حساب كا2 وجدناه يقدر ب 552.792 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5% ، اما كا2 الحسابية فتقدر ب 3.841 هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين الطبيب بالمريض و الإقبال على العلاج.

و عند محاولة التعرف على التصرف الحقيقي للمبحوثة عند إصابة طفلها الحالي بالمرض تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

الجدول (172): العلاقة بين الطبيب المعالج و طالبي الخدمة و التصرف مع مرض الطفل

المجموع		أخرى		اشتريت له دواء من الصيدلي		أعطيته بعض الوصفات الشعبية		أعطيته بعض المسكنات		توجهت مباشرة إلى الطبيب		التصرف مع المرض علاقة الطبيب بطالب الخدمة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	318	1,9	6	6,6	21	27	86	24,5	78	39,9	127	علاقة إنسانية كلها عطف و تفهم
100	282	0,4	1	2,5	7	44	124	19,5	55	33,7	95	علاقة كبرياء و التكلم بمصطلحات علمية و بلغة أجنبية لم أفهم كلامه
100	600	1,2	7	4,7	28	35	210	22,2	133	37	222	المجموع

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي توجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% ، مقابل 1.2% يستعملن طرق أخرى في العلاج.

و عند ادخال متغير نوع العلاقة بين الطبيب و المريض تبين ان 39.9% من المبحوثات اللواتي صرحن ان العلاقة بين الطبيب و المريض كانت انسانية يتوجهن مباشرة إلى الطبيب فور مرض الطفل مقابل 1.9% استعملن طرق أخرى في العلاج.

أما المبحوثات اللواتي صرحن ان العلاقة بين الطبيب و المريض كان يسودها الكبرياء و التكلم بمصطلحات علمية لا تفهمها المبحوثة ، فإنهن تفضلن التداوي بالطرق الشعبية في العلاج فور مرض الطفل ولا يتوجهن إلى الطبيب إلا إذا استعصى الامر.

فمن خلال الجدول تظهر هناك علاقة بين الطبيب وطالبي الخدمة ، وعند حساب كا2 وجدناه يقدر ب 23.964 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فهي تقدر ب 9.488 ، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 المحسوبة هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين الطبيب والمريض و كيفية التصرف الحقيقي مع مرض الطفل.

فالاسر التي كانت لها تجارب مؤلمة مع مقدمي الخدمات الصحية تجد صعوبة في التوجه إلى هذه الأماكن لطلب الاستشفاء ، لذلك فهي تلجأ إلى وسائل أخرى إلا إذا لم تجدي نفعا.

الجدول (173): العلاقة بين الطبيب المعالج وطالبي الخدمة ومدة ترك الطفل في حالة المرض

علاقة الطبيب بطالب الخدمة		أخذته في الحال		يوم واحد		يومان		ثلاثة أيام		أكثر من ثلاثة أيام		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
علاقة انسانية كلها عطف و تفهم		127	39,9	4	1,3	54	17	75	23,6	58	18,2	318	100
علاقة كبرياء و التكلم بمصطلحات علمية و بلغة أجنبية لم أفهم كلامه		95	33,7	2	0,7	41	14,5	54	19,1	90	31,9	282	100
المجموع		222	37	6	1	95	15,8	129	21,5	148	24,7	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن بالطفل في الحال إلى الطبيب بنسبة 37% مقابل 1% تركن الطفل لمدة يوم واحد مع المرض .

وعند ادخال متغير نوع العلاقة بين الطبيب و المريض لمعرفة تأثير هذه الأخيرة على مدة ترك الطفل في حالة المرض تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن أن العلاقة السائدة في التعامل انسانية كلها عطف و تفهم يتوجهن مباشرة إلى الطبيب فور مرض الطفل بنسبة 39.9% ، مقابل 18.2% تركن الطفل اكثر من ثلاثة ايام مع المرض ، مقابل 1.3% تركن الطفل لمدة يوم واحد .

أما المبحوثات اللواتي صرحن ان العلاقة السائدة كانت كلها كبرياء ضف إلى ذلك التكلم بمصطلحات علمية لا تفهمها المبحوثات ، فإنهن ياخذن الطفل مباشرة إلى الطبيب بنسبة 33.7% مقابل 31.9 % تقريبا نفس النسبة تركن الطفل أكثر من ثلاثة ايام مع المرض ، مقابل 0.7% تركن الطفل ليوم واحد مع المرض.

من خلال الجدول يتبين لنا وجود علاقة بين الطبيب و طالبي الخدمة فكلما كانت العلاقة جيدة كلما قلت مدة ترك الطفل في حالة المرض .

و عند حساب كا2 وجدناه يقدر ب 15.291 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فهي تقدر ب 9.488 ، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 المحسوبة هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مقدمي الخدمة و مدة ترك الطفل في حالة المرض.

فكما سبق و ان قلنا ان العلاقة الجيدة تعتبر كعامل مهم لطلب العلاج ، ولا تشكل أي عائق بالنسبة للأسرة ، لذلك وكما راينا من خلال هذا الجدول انه كلما كانت العلاقة انسانية كلما سعت المبحوثة إلى اخذ ابنها فوراً إلى الطبيب .

أما إذا شعرت المبحوثة بعدم الإرتياح من مقدمي الخدمة عن تجربة سابقة لها فهي تنفر من الخدمة الصحية والدليل على ذلك ارتفاع نسبة اللواتي تتركن الطفل لاكثر من ثلاثة ايام مع المرض عند هذه الفئة ، و توجهها للطبيب يرتبط بسوء الحالة الصحية للطفل .والجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك .

الجدول (174): العلاقة بين مقدمي و طالبي الخدمة و الشعور بالارتياح و الرضا

الشعور بالرضا		نعم		لا		المجموع	
علاقة الطبيب بطالب الخدمة		ك	%	ك	%	ك	%
علاقة انسانية كلها عطف و تفهم		313	98,4	5	1,6	318	100
علاقة كبرياء و التكلم بمصطلحات علمية و بلغة أجنبية		3	1,1	279	98,9	282	100
المجموع		316	52,7	284	47,3	600	100

من معطيات هذا الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن كنّ يشعرن بالرضا و الإرتياح من الخدمات المقدمة بنسبة 52.7% مقابل 47.3% صرحن بعدم الشعور بالرضا.

وعند ادخال متغير طبيعة العلاقة التي كانت بين مقدمي و طالبي الخدمة تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن ان العلاقة كانت كلها إنسانية و تفهم كانت تشعر بالإرتياح و الرضا من الخدمة بنسبة 98.4% في حين اللواتي صرحن ان العلاقة كان يسودها الكبرياء لم تكن تشعرن بالرضا و الارتياح بنسبة 98.9% .

فمن خلال هذا الجدول يتبين وجود علاقة بين الطبيب و طالبي الخدمة و الشعور بالرضا و الارتياح من الخدمة.

و عند حساب كا2 وجدناه يقدر ب 568.352 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فهي تقدر ب 3.841 ، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 المحسوبة هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مقدمي و طالبي الخدمة و الشعور بالرضا و الارتياح.

الجدول (175): العلاقة بين الطبيب و طالبي الخدمة و اختيار قطاع العلاج

نوع القطاع		القطاع العمومي		القطاع الخاص		المجموع	
علاقة الطبيب بطالب الخدمة		ك	%	ك	%	ك	%
علاقة إنسانية كلها عطف و تفهم		206	64,8	112	35,2	318	100
علاقة كبرياء و التكلم بمصطلحات علمية و بلغة أجنبية لم أفهم كلامه		227	80,5	55	19,5	282	100
المجموع		433	72,2	167	27,8	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يتوجهن للقطاع العمومي بنسبة 72.2% مقابل 27.8% يتوجهن للقطاع الخاص.

و عند ادخال متغير طبيعة العلاقة بين الطبيب و طالبي الخدمة تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن ان طبيعة العلاقة كلها انسانية وتفهم ، فإن 64.8% توجهن للقطاع العمومي مقابل 35.2% توجهن للقطاع الخاص.

أما المبحوثات اللواتي صرحن ان طبيعة العلاقة كلها كبرياء ، فإنهن يتوجهن للقطاع العام بنسبة 80.5% مقابل 19.5% يتوجهن للقطاع الخاص .

و عند حساب كا2 وجدناه يقدر ب 18.380 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فهي تقدر ب 3.841 ، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 المحسوبة هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة تربط مقدمي و طالبي الخدمة و اختيار قطاع العلاج .

فطالب الخدمة دائما يبحث عن جودة الخدمة بما فيها طبيعة العلاقة بينه و بين الطبيب المعالج ، أين يحس بالإطمئنان و الراحة النفسية والتي نجدها غالبا في القطاع الخاص .

لكن وفي بعض الحالات نجد أنه رغم عدم توفر هذين المؤشرين إلّا ان إقبال طالب الخدمة يكون نحو القطاع العام بكل عيوبه وهذا للظروف التي يعيشها المواطن خاصة منها الظروف الاقتصادية للأسرة ، أين يجد المواطن نفسه مضطرا لطلب الخدمة رغم عدم قناعته بفعاليتها.

ان تقديم معلومات عن المرض و تبسيط الحالة للمريض يساهم بشكل فعال في طلب الخدمة والجدول الموالي يوضح ذلك :

الجدول (176) : علاقة الخدمة التي يقدمها الطبيب فيما يخص تقديم معلومات كافية عن المرض بكيفية التصرف مع مرض الطفل .

الإقبال على العلاج		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
تقديم معلومات كافية عن المرض		ك		%		ك	
نعم		289	79,6	74	20,4	363	100
لا		29	12,2	208	87,8	237	100
المجموع		318	53	282	47	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن لطلب العلاج في المؤسسات الإستشفائية بنسبة 53% مقابل 47% يتصرفن بالعزوف و البحث عن طريق اخر للعلاج .

و عند إدخال متغير مدى مساهمة الطبيب في تفسير الحالة المرضية و تبسيطها للمريض ، تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن أن الطبيب قام بدوره في تبسيط و شرح الحالة المرضية للشخص كنّ يسرعن و يتوجهن مباشرة إلى المؤسسة الإستشفائية بنسبة 79.6% ، مقابل 20.4% تصرفن بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج.

في حين المبحوثات اللواتي صرحن ان الطبيب لم يقم بدوره ، حيث انه لم يوافهن في تفسير الحالة المرضية للشخص ، تصرفن بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج بنسبة 87.8% مقابل 12.2% ، تصرفن بالإسراع و التوجه للمؤسسات الإستشفائية.

وعند حساب كا2 وجدناه يقدر ب 261.316 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فهي تقدر ب 3.841، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 المحسوبة هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين الطبيب وطالبي الخدمة.

الجدول (177) : توزيع افراد العينة حسب تقديم توضيحات عن أخذ الدواء و التصرف مع مرض الطفل

الإقبال على العلاج		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
تقديم توضيحات عن اخذ الدواء		ك		ك		ك	
%		%		%		%	
نعم		292	74,5	100	25,5	392	100
لا		26	12,5	182	87,5	208	100
المجموع		318	53	282	47	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يتوجهن و يسرعن للمؤسسة الإستشفائية بنسبة 53% مقابل 47% تصرفن بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج.

وعند إدخال متغير مدى مساهمة الطبيب في شرح كيفية اخذ الدواء ، تبين ان 74.5% ممن اجبن بنعم أي يتوجهن و يسرعن بالطفل إلى الطبيب بلغ نسبة 74.5% مقابل 25.5% تصرفن بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج.

في حين المبحوثات اللواتي صرحن ب "لا" اي ان الطبيب لم يساهم في شرح و تفسير كيفية اخذ و الاستفادة من الدواء فإنهن يتصرفن بالعزوف و البحث عن طريق أخ للعلاج بنسبة 87.5% مقابل 12.5% يسرعن و يتوجهن للمؤسسة الإستشفائية .

ومنه نستنتج وجود علاقة بين مدى مساهمة الطبيب في اخذ الدواء و كيفية التصرف مع مرض الطفل .

وعند حساب كا2 وجدناه يقدر ب 209.636 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فهي تقدر ب 3.841، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 المحسوبة هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين مدى مساهمة الطبيب في تقديم تفسيرات و شروحات عن كيفية اخذ الدواء.

فالتعامل الإنساني للطبيب مع طالب العلاج عامل مهم في المساهمة و الإقبال على طلب الخدمة خاصة إذا احس طالب الخدمة بالراحة و الإطمئنان .

ففي بحثنا الميداني و من خلال تصريح احد المبحوثات الاميات عند شعورها بالإهانة من احد الطبيبات التي كلفتها بملا جدول خاص يظهر فيه مقدار كمية السكر في الدم قبل كل وجبة لإبن لها كان مريض بالسكري ، وعند عدم تمكن هذه المبحوثة من هذا العمل لكونها امية ،كلفت اخريات بمساعدتها فاهانتها الطبيبة و شتمتها ، الشيء الذي دفعها بطلب الخروج من المستشفى هي و ابنها مرددة "اخذة للبيت و كما كتب الله له ان يكون و لا هذه الإهانة" .

كما تتأثر الخدمة الصحية بالعلاقة بين طالبي الخدمة و العاملين بالقطاع الصحي من مستقبليين و عاملين بالقطاع و إدارة، فكل هذه الأمور تزيد من تذمر طالبي الخدمات الصحية و الجدولين رقم 52 و 53 من خصائص العينة يقدمان لنا صورة عن ذلك.

فمساوئ القطاع الصحي خاصة في المناطق الداخلية عديدة ، فكما رأينا أن 47% من المبحوثات اشتكين من مشكل التعرض لأخطاء طبية ، 30% اشتكين من سوء التوجيه ، فلا احد يرشد للمكان

الصحيح ، 14.8% اشتكين من نقص في حفظ المعلومات ، ففي العديد من الحالات تتعرض نتائج التحاليل للتلف ، و 8.1% اشتكين من أمور أخرى كالبعد المكاني و موقع المؤسسة الإستشفائية وقلة النظافة .

لكن رغم كل هذه المساوئ فلا خيار أمام طالبي الخدمات الصحية خاصة إذا لم يكن هناك بديل فإذا كان الطبيب في المستوى المقبول ، فباقي الخدمات لا يحسب لها و لا توضع في الحسبان على حد تعبير الكثير من المبحوثات ، المهم فقط شفاء أطفالهن.

فالأسر ذات المستوى المعيشي الجيد تستطيع أن تختار الطبيب و قطاع العلاج أو حتى السفر إلى الخارج بمالها الخاص لطلب العلاج .

أما الأسر المحدودة الدخل و ذات المستوى المعيشي المنخفض كيف لها ان تختار ؟ ، فبطبيعة الحال تبحث دائما عن المجان و الأقرب مكانا يغنيها من تكاليف التنقل و العلاج.

المبحث الثاني : اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة كعامل الجودة و توفر المعدات مع إبراز العلاقة بين مقدم وطالب الخدمة في المؤسسة الحالية (محمد لمين دباغين) ونوع التعامل الذي يتطلع إليه طالبي الخدمة وتأثيرها على الرعاية الصحية للطفل

الجدول (178): العلاقة بين مواجهة صعوبات في مستشفى محمد لمين دباغين و مدى الإقبال على العلاج .

الإقبال على العلاج		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
مواجهة صعوبات في المستشفى الحالي		ك	%	ك	%	ك	%
نعم		246	49.5	251	50.5	497	100
لا		72	69.9	31	30.1	103	100
المجموع		318	53	282	47	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يسرعن بالتوجه للمؤسسة الإستشفائية بنسبة 53% ، مقابل 47% يتصرفن بالعزوف و البحث عن طريق اخر للعلاج.

و عند ادخال متغير مدى اعتراض المبحوثة لصعوبات اثناء طلب الخدمة ، تبين لنا ان المبحوثات اللواتي صرحن انهن لم تعترضهن صعوبات في المؤسسة الإستشفائية الحالية ، يعتبر هذا كمحفز لهن لطلب الخدمة وقد بلغت نسبة الإدلاء 69.9 % ، في حين نجد ان المبحوثات اللواتي اجبن بنعم ، اي تلقين صعوبات اثناء طلب العلاج ، فلقد ظهر استيانهن من الخدمات المقدمة و قررن البحث عن طريق اخر للعلاج ، إلا إذا استعصى الامر ، ولقد بلغت نسبة هذه الفئة 50.5%.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين التعرض لصعوبات اثناء طلب العلاج ومدى تأثيرها في قرار المبحوثة نحو طلب الخدمة .

والدليل على ذلك انه عند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 14.262 عند درجة حرية 1 و مستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فتقدر ب 3.841 ، وبما ان كا2 المحسوبة اكبر من كا2 الجدولية هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين اعتراض المبحوثة لصعوبات و قرار المبحوثة فيما يخص طريقة العلاج.

فعلى العموم ومن خلال البحث الميداني تبين ان نسبة هائلة من المبحوثات راضيات على الخدمات المقدمة في مستشفى محمد لمين دباغين مقارنة بمؤسسات استشفائية أخرى ، خاصة الخدمات التي يقدمها الاطباء ، وهذا بعد ملاحظة التهور و الوقوع في الخطأ و اللامسؤولية في المؤسسات التي زارتها من قبل خاصة الداخلية من الوطن.

اما المبحوثات اللواتي اظهرن استيائهن من الخدمة فهذا راجع كما راينا في الجدول 65 من خصائص العينة إلى كثرة الازدحام و الانتظار في 36.8% من الحالات ، و إلى انعدام النظام عند 31.2% من الحالات ، و إلى عامل البيروقراطية عند 25.6% من الحالات ، اما 5.4% فلقد اشتكين من قلة الكفاءات ، اما 1% فلقد اشتكين من أمور أخرى مثل قلة النظافة و سوء التوجيه و ضياع الملفات الطبية بسبب لا مسؤولية الموظفين في القطاع و ضياع بعض التجهيزات و عدم التعاطف مع المريض و الإحساس بمعاناته.

فالخدمة الصحية الجيدة عامل مهم و مكمل لدور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل لذلك فالأسرة عندما تسمح لها الظروف نجدها تبحث عن المؤسسة الإستشفائية التي تقدم أحسن علاج ، وأحسن خدمة .

وعند محاولة الإستفسار عما اذا كان مستشفى محمد لمين دباغين الوجهة الأولى المقصودة او تم تحويل المبحوثة إليه تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول رقم (179) : توزيع أفراد العينة حسب إذا ما كان مستشفى محمد لمين دباغين الوجهة الأولى للعلاج

%	ك	التكرار
		كان المستشفى الوجهة الأولى
44.2	265	نعم
55.8	335	لا
100	600	المجموع

يبين لنا الجدول أن 55.8% من المبحوثات صرحن ان هذا المستشفى لم يكن الوجهة الاولى للعلاج ، في حين 44.2% صرحن بنعم ، اي كان هذا المشفى الوجهة الاولى للعلاج. وهذا يعود لعدة اسباب كالقرب المكاني ، او بسبب التحويل لهذا المستشفى من مشفى اخر خاصة ما يتعلق بالمبحوثات اللواتي تقمنّ في المناطق الداخلية من الوطن ، او بسبب عدم رضا و اقتناع المبحوثة بالعلاج المقدم في المؤسسة الإستشفائية المقصودة في أول الأمر . والجدول التالي يعطي لنا صورة عن ذلك

الجدول (180): العلاقة بين التعرض لاختفاء طبية و اختيار مشفى باب الوادي كوجهة للعلاج

اختيار المستشفى كوجهة للعلاج		نعم		لا		المجموع	
التعرض لأخطاء طبية		ك	%	ك	%	ك	%
نعم		140	37,6	232	62,4	372	100
لا		125	54,8	103	45,2	228	100
المجموع		265	44,2	335	55,8	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أن مستشفى باب الوادي لم يكن الوجهة الأولى للعلاج وهذا بنسبة 55.8% مقابل 44.2% صرحن بنعم أي كان الوجهة الأولى للعلاج.

و عند إدخال متغير التعرض لأخطاء طبية في مؤسسات استشفائية سابقة و تأثيرها على اختيار هذا المستشفى كوجهة للعلاج ، تبين أن المبحوثات اللواتي اجبن بنعم أي تعرضن لمشكل الأخطاء الطبية في مؤسسات صحية سابقة لم يكن هذا المستشفى وجهتهم الأولى وهذا بنسبة 62.4% .

في حين المبحوثات اللواتي اجبن ب لا أي لم يسبق لهن و تعرضن لأخطاء طبية كان توجههن لهذا المستشفى بنسبة 54.8% .

من خلال هذا التحليل يتبين ان رغم تعرض أفراد العينة لمشكل الأخطاء الطبية في مؤسسات استشفائية أخرى ، إلا أن هذا المستشفى لم يكن الوجهة الأولى للعلاج و هذا لمشاكل إدارية بالدرجة الأولى ، فكما هو معروف أن الأشخاص مجبرين على تلقي الخدمة من المستشفيات الموجودة في الولاية التي يقطنون بها .

و لهذا يجد الأشخاص صعوبة عند محاولة تغيير مكان العلاج ، إلا إذا كانت إجراءات التحويل من المستشفى نفسه لنقائص موجودة فيه .

فحسب تصريح احد المبحوثات تقمّن في منطقة داخلية من الوطن ، تعرضت ابنتها لخطا تقشعر منه الأبدان ، فبسبب روح اللامسؤولية تأزمت حال البنت .و الغريب في الأمر أن المستشفى رفض تحويلها خوفا من العقوبة ، حتى وقّعت المبحوثة بإمضاء تسقط المسؤولية عن المستشفى الذي تسبب في الخطأ.لتنقذ ابنتها من الموت المحقق .وبما ان لها أشخاص تعرفهم تم تحويلها و التكفل بها في مستشفى باب الوادي .

و الجدول التالي يبين لنا الاسباب التي صرحت بها المبحوثات و التي كانت سببا في التوجه لمستشفى محمد لمين دباغين.

الجدول (181): توزيع المبحوثات حسب أسباب التوجه لمستشفى محمد لمين دباغين

الأسباب التوجه للمستشفى	التكرار	%
نقص في العتاد الصحي	91	27,4
عدم القدرة على تشخيص المرض	167	50,3
الأخطاء الكبيرة	62	18,7
أخرى	12	3,6
المجموع	332	100

من خلال الجدول يتبين ان 50.3% من المبحوثات صرحن ان سبب تحويلهم كان بسبب عدم القدرة على تشخيص المرض ، أما 27.4% فكان بسبب نقص العتاد الصحي ، في حين نجد نسبة 18.7% توجهها للمستشفى كان بسبب الأخطاء الكبيرة ، اما 3.6% فتحويلهم كان بسبب أمور أخرى .

فهذا الجدول يعطي لنا صورة عن النقائص الموجودة في المستشفيات خاصة منها الداخلية من الوطن من نقص في العتاد الصحي و الكفاءة الطبية ، الشيء الذي ينجر عنه الوقوع في الأخطاء الفادحة التي يدفع ثمنها المواطنين و الأطفال الأبرياء بصفة خاصة .

اما عند محاولة معرفة مدى تقييم المبحوثة للخدمة التي تلقتها في المؤسسة الإستشفائية الحالية ، وهل تشجعها خصائص هذه الخدمة على طلب العلاج تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول (182): العلاقة بين نوع الخدمة في مستشفى محمد لمين دباغين و التصرف مع مرض الطفل

التصرف مع المرض		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
نوع الخدمة		ك		%		ك	
رديئة		1		11,1		9	
متوسطة		25		62,5		40	
حسنة		126		49,6		254	
جيدة		166		55,9		297	
المجموع		318		53		600	

من خلال الجدول يتبين ان تجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يسرعن للمؤسسة الإستشفائية لطلب العلاج بنسبة 53% ، مقابل 47% تصرفن بالعزوف و البحث عن طريق اخر للعلاج .

و عند إدخال متغير تقييم المبحوثة لجودة الخدمات المقدمة لها في مستشفى محمد لمين دباغين تبين ان المبحوثات اللواتي صرحن ان الخدمات متوسطة و حسنة و جيدة واطبن على الاتجاه العام للجدول أي الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية للعلاج بالنسب التالية على التوالي : 62.5% ، 49.6% 55.9% .

اما المبحوثات اللواتي صرحن ان الخدمات التي تلقوها كانت رديئة فعددهن كان قليل حوالي 9 مبحوثات ولقد صرحن ان نوع الخدمة التي تلقوها لا تشجعهن بتاتا على طلب العلاج ، ولهذا قررن العزوف و البحث عن طرق اخرى للعلاج إلا إذا استعصى الأمر بهنّ و هذا بنسبة 88.9% .

فمن خلال هذا التحليل يتبين وجود علاقة بين نوع الخدمة المقدمة و التصرف مع مرض الطفل فالخدمات ذات الجودة يقابلها اقبال الاشخاص عليها ، اما الخدمات الرديئة فيقابلها العزوف و الهروب منها .

و عند حساب كا2 وجدناها تقدر ب 9.961 عند درجة حرية 3 و مستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فتقدر ب 7.815 ، وبما ان كا2 المحسوبة اكبر من كا2 الجدولية هذا يدل على وجود فروق جوهرية ، لذلك ترفض فرضية العدم ونقول ان هناك علاقة بين راي المبحوثة في نوع الخدمة التي تلقتها في مستشفى باب الوادي و قرارها في تلقي العلاج مستقبلا.

فالخدمات المقدمة بمستشفى باب الوادي تتميز بنوع من الجودة مقارنة بمؤسسات استشفائية تمّ زيارتها من قبل من طرف المبحوثات ، وهذا لتوفر عدة أمور نوضحها في الجداول التالية .

الجدول (183): علاقة عامل التوجيه في المستشفى و قرار المبحوثة حول طلب الخدمة مستقبلا

الإقبال على العلاج		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
عامل التوجيه		ك	%	ك	%	ك	%
واجهت صعوبات تتعلق بالتوجيه		113	48,5	120	51,5	233	100
لم تواجه صعوبات تتعلق بالتوجيه		205	55,9	162	44,1	367	100
المجموع		318	53	282	47	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن يسرعن بالتوجه بالطفل إلى المستشفى بنسبة 53% ، مقابل 47% يتصرفن بالعزوف و البحث عن طريق اخر للعلاج

وعند إدخال متغير عامل التوجيه لمعرفة تأثير هذا الأخير على الإقبال أو العزوف عن الخدمة تبين ان المبحوثات اللواتي واجهن صعوبات متعلقة بعامل التوجيه ، يفضلن العزوف و البحث عن طرق أخرى للعلاج بنسبة 51.5% .

اما المبحوثات اللواتي لم تواجهن صعوبات تتعلق بالتوجيه فإنهن واطبن على الاتجاه العام للجدول أي الإسراع لطلب العلاج وهذا بنسبة 55.9%.

من خلال هذا التحليل يتبين وجود علاقة بين عامل التوجيه في المستشفى و قرار المبحوثة في التصرف مع مرض الطفل. لكن عند حساب اختبار كا2 وجدناها تقدر ب 3.100 عند درجة حرية 1 و مستوى دلالة 5% أما كا2 المحسوبة فتقدر ب 3.841، وبما ان كا2 الجدولية اكبر من كا2 المحسوبة هذا يدل على وجود فروق راجعة للصدفة و بالتالي تقبل فرضية العدم ، أي لا توجد علاقة بين المتغيرين .

وما النتائج التي اتى بها الجدول إلا نتائج راجعة للصدفة .

لكن حسب الجدول يتبين لنا انه كلما كانت هناك ظروف تنظيمية في المستشفى جيدة كلما ساهم هذا الامر في الإقبال على طلب الخدمة الصحية بكل اريحية .

الجدول (184): العلاقة بين توفر عامل النظافة في المستشفى و الإقبال على العلاج

الإقبال على الخدمة الصحية		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
عامل النظافة		ك	%	ك	%	ك	%
مكان تتوفر فيه النظافة		224	53,3	196	46,7	420	100
مكان لا تتوفر فيه النظافة		94	52,2	86	47,8	180	100
المجموع		318	53	282	47	600	100

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهنّ تسرعنّ وتتوجهنّ بالطفل إلى المستشفى بنسبة 53% ، مقابل 47% يتصرفن بالعزوف و البحث عن طريق اخر للعلاج .

و عند ادخال متغير عامل النظافة لمعرفة تأثير هذا الأخير على الإقبال او العزوف على طلب الخدمة الصحية للطفل تبين ان عامل النظافة لا يؤثر كثيرا على طلب الخدمة ، فتوفر المكان على النظافة او افتقارها له لا يعتبر عائق كبير بدليل ان المبحوثات اللواتي صرحن ان المكان تتوفر فيه النظافة واطبن على الاتجاه العام للجدول بنسبة 53.3% ، ونفس الشيء بالنسبة للمبحوثات اللواتي صرحن ان المكان لا تتوفر فيه النظافة إذ بلغت النسبة 52.2%.

الجدول (185):العلاقة بين توفر عامل الكفاءة الطبية في المستشفى و الإقبال على العلاج

الإقبال على العلاج		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
الكفاءة الطبية		ك		%		ك	
أطباء أكفاء		248		53,6		215	
						46,4	
						463	
						100	
أطباء تنقصهم المهارة		70		51,1		67	
						48,9	
						137	
						100	
المجموع		318		53		282	
						47	
						600	
						100	

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن تتوین الإسراع و التوجه بالطفل إلى المستشفى بنسبة 53% ، مقابل 47% يتصرفن بالعزوف و البحث عن طريق اخر للعلاج .

و عند إدخال متغير الكفاءة الطبية لمعرفة تأثير هذا الأخير على طلب أو العزوف عن الخدمة الصحية ، تبين انه مهما اختلفت آراء المبحوثات في مهارة الأطباء ، إلا وكان قرار المبحوثة الإسراع بالطفل لأخذ العلاج ، حيث بلغت النسبة 53.6% عند اللواتي صرحن أن الأطباء أكفاء ، و 51.1% عند اللواتي صرحن ان الأطباء تنقصهم المهارة .

كما يبين لنا الجدول ان نسبة اللواتي صرحن بالعزوف عن اخذ العلاج في حال عدم توفر الكفاءة الطبية هي نسبة معتبرة وتقدر ب 48.9% .

و منه نستنتج ان الكثير من الاسر تفضل اختيار طريق اخر للعلاج في حال عدم جودة الخدمة الصحية.

الجدول (186): العلاقة بين توفر التجهيزات في المستشفى و الإقبال على العلاج

الإقبال على العلاج		الإسراع و التوجه للمؤسسة الإستشفائية		العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج		المجموع	
التجهيزات في المستشفى		ك		%		ك	
		%		ك		%	
يملك احدث التجهيزات		197		53		175	
تنقصه بعض التجهيزات		121		53,1		107	
المجموع		318		53		282	

من خلال الجدول يتبين ان اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن انهن تتوين الإسراع و التوجه بالطفل إلى المستشفى بنسبة 53% ، مقابل 47% يتصرفن بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج .

وعند إدخال متغير توفر التجهيزات لمعرفة تأثيره على مدى الإقبال على العلاج تبين ان 53% من المبحوثات تتوين الإسراع بالطفل في حال توفر احدث التجهيزات ، مقابل 47% تتوين العزوف عن الخدمة .

في حين المبحوثات اللواتي صرحن ان المستشفى تنقصه تجهيزات ، فإنهن تتوين الإسراع بالطفل إلى المستشفى بنسبة 53.1% ، مقابل 46.9% تتوين العزوف عن الخدمة الصحية في المستشفى .

فمن خلال هذه التحاليل يتبين لنا ان توفر المستشفى لإمكانات مادية وبشرية و تنظيمية كالتجهيزات و توفر عامل النظافة وحسن التوجيه و توفر الكفاءة الطبية عامل مهم يساهم في الإقبال و طلب العلاج ، فهذه الأمور تزرع الراحة و الطمأنينة عند طالبي الخدمة إذا توفرت .

لكن رغم نقص هذه الإمكانيات و انعدامها في بعض الأحيان ، إلا أن الإقبال على الخدمة يبقى ساري المفعول وهذا يرتبط بالحالة الصحية للطفل .

ففي ظل اختناق الأمور على الأسرة ، خاصة عندما لا تسمح لها الظروف المعيشية التنقل و البحث عن البديل أي المكان الذي يقدم خدمات أحسن ، تجد الأسرة نفسها مجبرة حتى و إن كانت الظروف غير ملائمة على اصطحاب أطفالها للمستشفيات في حال تدهور حالتهم الصحية طالبة العلاج .

فحسب قول البعض منهم " ماذا نفعل ما باليد حيلة ، نأمل ان تخف الحالة المرضية للطفل احسن من لا شيء "

اما بخصوص ما تطمح إليه المبحوثات فيما يخص طبيعة العلاقة بين الطبيب و المريض فهي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (187): توزيع المبحوثات حسب طموح المبحوثة عن كيفية تعامل الطبيب مع طالب الخدمة

التركرات	ك	%
رأي المبحوثة في العلاقة التي يجب ان تربط الطبيب مع المريض		
أن يخاطب الطبيب المريض بلغته	214	35,7
أن يسمع لشكواه حتى يتوصل للعلاج المناسب	190	31,7
أن يتعاطف الطبيب مع المريض	196	32,7
المجموع	600	100

من خلال الجدول يتبين أن 35.7% من أفراد العينة يطمحون بان يخاطب الطبيب المريض بلغة بسيطة و مفهومة حتى يتمكن المريض من فهم مرضه ، مقابل 32.7% صرحوا انه يجب أن يتعاطف الطبيب مع المريض ، مقابل 31.7% صرحوا أنه يجب على الطبيب أن يسمع لشكوى المريض حتى يتوصل للعلاج المناسب.

لقد أكدت العديد من المبحوثات ان العلاقة الجيدة بين الطبيب و المريض عامل مهم في الإقبال على طلب العلاج خاصة إذا كان هذا بلغة مفهومة فهذا يزيد من فهم المرض ، وفهم المرض يزيد من معرفة كيفية اخذ الحيلة و التصدي له .

فكلما كانت الخدمات الصحية جيدة كلما ساعد ذلك الأسرة في فهم مرض طفلها ، وبالتالي فالخدمة الجيدة تساعد الأسرة في تقديم الرعاية الجيدة لأطفالها.

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل تطرقنا لعامل الخدمة الصحية وهو جزء هام في الرعاية الصحية للطفل ، فهي تكمل دور الاسرة في العناية بأطفالها و تشجعها على ذلك ، إذا كانت ذات جودة.

و لكن و للأسف كثيرا ما تكون هذه الخدمات سببا في تدمير الأسر واخذ صورة تجعل المستقبل على الخدمة قد يتصرف بالعزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج.

و حسب النتائج التي توصلنا إليها تبين لنا أن الخدمة الصحية تسببت في تدهور الحالة الصحية للأطفال بنسبة 93.5% ، الشيء الذي جعل المبحوثات تصرحن أنهن يواجهن صعوبات في رعاية أطفالهن.

و عند محاولة التعرف على الاسباب التي كانت وراء هذا التصريح (أي مواجهة صعوبات) تبين لنا أن التعرض لأخطاء طبية هو السبب وهذا المشكل يؤثر بدرجة كبيرة على الإقبال او العزوف عن تلقي الخدمة ، فالمبحوثات اللواتي تعرض أطفالهن لاطعاء طبية يفضلن العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج بنسبة 72.2%.

و لمعرفة التصرف الفعلي للمبحوثة عند التعرض لأخطاء طبية ، تبين لنا ان المبحوثات اللواتي لم يتعرضن لأخطاء طبية يتوجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% ، اما اللواتي تعرضن لأخطاء طبية فإنهن تتعاملن بالطريقة الشعبية في العلاج بنسبة 43.3% ، او يتعاملن مع المرض بطرق اخرى وبالتالي يتركن أطفالهن لمدة أكثر من ثلاثة ايام مع المرض .

كما توصلنا من خلال هذا العمل ان هناك علاقة بين التعرض لاطعاء طبية و الشعور بالرضا عن الخدمة الصحية ، فالمبحوثات اللواتي تعرضن لأخطاء طبية غير راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 95.6%.

أما عن القطاع الإستشفائي المتوجه إليه في حالة المرض رغم التعرض لأخطاء طبية فهو القطاع العمومي وهذا سواء لوقوع الخطأ في القطاع الخاص ، او نتيجة الظروف الاقتصادية كانهخفاض الدخل الأسري

فالمبحوثات اللواتي دخلهن اكثر من 39000 دج فإنهن يتوجهن للقطاع الخاص في حالة التعرض لأخطاء طبية بنسب أكثر من 50% أما اللواتي دخلهن منخفض فإنهن يتوجهن للقطاع العام رغم التعرض لأخطاء طبية. وفيما يخص الطبيب المفضل التوجه إليه في القطاع الخاص فتبين لنا ان المبحوثات اللواتي تعرضن لأخطاء طبية يفضلن التوجه إلى طبيب مختص بالاطفال بنسبة 79.3%. فكلما كان الطبيب مختص كلما توسعت معارفه حول المسائل التي يشغلها ، وبالتالي تقل الأخطاء الطبية.

كما توصلنا من خلال هذا العمل ان للعلاقة بين الطبيب مع طالبي الخدمة اثر على الإقبال او العزوف عنها ، ذلك انه كلما كانت العلاقة يسودها الكبرياء ولم يكن هناك شعور بالإرتياح ، كلما كان هناك رفض للخدمة الصحية وهذا بالعزوف عنها و البحث عن طريق اخر للعلاج

. فكلما كانت الخدمات جيدة كلما شجع ذلك الأسرة في اخذ أطفالها لطلب العلاج فور وقوع المرض ، أما إذا شعرت الأسر بعدم الارتياح فإن ذلك يدفعها لطريق مغاير للعلاج قد يكلف الطفل حياته.

كما توصلنا من خلال هذا العمل انه كلما استطاع الطبيب أن يوفّي المبحوثة عن كافة المعلومات حول مرض طفلها وعن كيفية اخذ الدواء ساعد ذلك كثيرا الإقبال على الخدمة الصحية. أما بالنسبة لباقي الخدمات فلا يحسب لها إذا كان الطبيب يوفي بالغرض رغم الألم الذي تتركه في نفوس طالب الخدمة.

اما فيما يخص الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية الحالية ، محمد لمين دباغين بباب الوادي ، فإن المبحوثات اللواتي تم استجوابهن في هذا المستشفى صرحن أنهن لم يتعرضن لصعوبات وهذا بنسبة 69.9% ، اما المبحوثات اللواتي اعترضتهن صعوبات فبلغت نسبتهن 50.5%، وهذا لعدة أسباب كا كثرة الازدحام و الانتظار، وانعدام النظام و البيروقراطية و قلة الكفاءات وأمور أخرى.

وعند محاولة الاستفسار عن ما اذا كان هذا المستشفى الوجهة الأولى للعلاج صرحت 55.8% بلا أما 44.2% فصرحن بنعم.

ولمعرفة فيما إذا كان لمشكل التعرض لأخطاء طبية تأثير على اختيار مستشفى محمد لمين دباغين كوجهة للعلاج ، تبين لنا انه رغم التعرض لمشاكل طبية في مؤسسات استشفائية اخرى ، إلا ان هذا المستشفى لم يكن الوجهة الأولى للعلاج وهذا لمشاكل إدارية بالدرجة الأولى ، فكما هو معروف أن الأشخاص مجبرين على تلقي الخدمة من المستشفيات الموجودة في الولاية التي يقطنون بها .ولهذا يجد الأشخاص صعوبة عند محاولة تغير مستشفى العلاج ، إلا إذا كانت إجراءات التحويل من المستشفى نفسه لنقائص موجودة فيه.

أما عن أسباب التوجه لمستشفى باب الوادي فيعود السبب في ذلك إلى مجموعة من النقائص موجودة في العديد من المستشفيات خاصة منها الداخلية من الوطن ، كعدم القدرة على تشخيص المرض وهذا لنقص خبرة المشرفين على الخدمة في 50.3% من الحالات .

أما عند محاولة الوقوف عن الخدمة المقدمة في مستشفى محمد لمين دباغين فإن أغلبية المبحوثات صرحن ان الخدمة في المستوى إذا ما قورنت بمستشفيات أخرى تم زيارتها ، وبالتالي هذا يعتبر كمحفز لهن للإقبال على طلب العلاج في هذا المستشفى ، فنسب الإقبال على الخدمة كانت 62.5% للواتي صرحن ان الخدمة متوسطة ، و 49.6% للواتي صرحن ان الخدمة كانت حسنة ، و 55.9% للواتي صرحن ان الخدمة كانت جيدة.

كما ان عامل التوجيه في هذا المستشفى يعتبر كمحفز لطلب العلاج، فالمبحوثات اللواتي لم تواجهن صعوبات تتعلق بالتوجيه فغنهن تقبلن على الخدمة بنسبة 55.9%.

اما عامل النظافة فلا يؤثر كثيرا على طلب الخدمة ، بدليل تساوي تقريبا نسبة اللواتي يقبلن على الخدمة ، و هي في حدود 52% سواء توفرت النظافة في المكان ام لم تتوفر ونفس الملاحظة بالنسبة لمهارة الأطباء وامتلاك تجهيزات .

فالأسر بصفة عامة تتمنى أن تتمتع المستشفيات الوطنية بكل التجهيزات و المتطلبات سواء كانت مادية او بشرية حتى تزرع الطمأنينة في نفسية طالبي الخدمة والمريض خاصة ، كما تأمل أن تتحسن العلاقة بين الطبيب المريض ، وخاصة لغة التواصل وتبسيط تفسير الحالة المرضية ، حتى تستطيع هذه الأسر ان تقدم لأطفالها ما يلزمهم من عناية لتكميل العلاج .

الاستنتاج العام:

لقد تمكنا من خلال تحليل مجموع معطيات الدراسة الميدانية من الوصول إلى أهداف البحث و التحقق من فرضياته . فعينة بحثنا المتكونة من 600 مبحوثة لديها أطفال اقل من خمس سنوات تختلف خصائصها الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية و الديموغرافية من مبحوثة لأخرى ، فهذا التمايز و الاختلاف ساعد في إثراء موضوع بحثنا و التحكم في كل جوانبه .

كما ساهم متغير الخدمة الصحية في معرفة حقيقة النظام الصحي الجزائري، واهم النقائص التي تتخلله خاصة في المناطق الداخلية من الوطن. والتي تسببت في معانات الأسر ، إذ أصبحت عامل غير مشجع لطلب الخدمة ورعاية الطفل.

ومن خلال اختبار فرضيات الدراسة ، تبين لنا أن المستوى المعيشي الجيد كارتفاع الدخل الأسري و خصائص المسكن الجيدة تساعد الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات .

فمؤشر الدخل يؤثر على الحالة الصحية للطفل ، فنسبة التعرض للمرض تزيد مع انخفاضه ، كما أن لهذا المؤشر دور هام في تحديد اتجاه العلاج و مدة ترك الطفل في حالة المرض ، فكما ارتفع الدخل الأسري كلما توجهت و أسرعت الأسرة بالطفل إلى الطبيب ، وكما قل الدخل كلما تغير الاتجاه نحو البحث عن طرق أخرى في العلاج كالتعامل بالطرق التقليدية الشعبية ، أو استعمال دواء معروف لديها ...الخ هروبا من تكلفة العلاج و مصاريف الدواء . فكما رأينا أن المبحوثات اللواتي يقل دخلهن عن 32000 دج يتعاملن مع مرض الطفل بالطريقة الشعبية في العلاج بنسبة 56.9% .

كما توصلنا من خلال البحث إلى أن الوضع المعيشي للأسرة يؤثر على رعاية الطفل ، حيث انه كلما كانت الأسرة تعيش وضعية مزرية و متوسطة فأطفالها كثيري المرض ، و تقل النسبة عند ذوات المستوى المعيشي الحسن ، إذ تقدر النسبة ب 55.3% ، أما المبحوثات ذوات المستوى المعيشي الجيد فأطفالهن نادرا ما يصابون بمرض وهذا بنسبة 52.3%.

وفيما يخص الأمراض الكثيرة الانتشار في أوساط الأطفال ، فهو مرض الإسهال عند الأسر التي تعيش أوضاعا مزرية ، أما اللواتي تعيشن أوضاعا جيدة وحسنة و متوسطة فأطفالهن يصابون بالأمراض الصدرية و التنفسية بالدرجة الأولى.

و فيما يخص طريقة العلاج ، فالمبحوثات اللواتي وضعهن المعيشي متوسط و مزري فإنهن تخترن الطريقة التقليدية في العلاج بالنسب التالية على التوالي 46.1% ، و 66.2% ، وكلما كان للأسرة وضع معيشي حسن و جيد كلما أسرعن بالطفل إلى الطبيب . كما أن مدة ترك الطفل في حالة المرض تزيد كلما انخفض الوضع المعيشي لها .

أما عن القطاع المستعمل في العلاج ، فالمبحوثات اللواتي وضعيتهن حسنة و متوسطة و مزرية يفضلن التوجه للقطاع العام ، أما المبحوثات ذوات الوضع المعيشي الجيد فتفضلن القطاع الخاص بنسبة 57.7%.

وفيما يخص نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، فلقد تبين وجود علاقة بين المستوى المعيشي للأسرة و نوع الرضاعة المقدمة له ، فالمبحوثات ذوات المستوى المعيشي الجيد تقدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن بنسبة 40% ، مقابل 13.5% تقدمن رضاعة طبيعية ، أما المبحوثات ذوات المستوى المزري فتقدمن لأطفالهن رضاعة طبيعية تقدر نسبتها 35.1% وهذا لعجزهن عن شراء الحليب المجفف للطفل المعروف بارتفاع سعره .

كما بينت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الدخل الأسري و نوع الماء المقدم للأطفال الأكثر من سنة ، فقبل هذا السن الأمهات تحرصن بصفة عامة تقديم الماء المغلي أو المعدني للطفل ، لكن ما إن يبلغ الطفل السنة إلّا و يتغير هذا السلوك ، فلقد توصلنا أن ماء الحنفية هو الأكثر استهلاكاً من طرف الطفل ، لكن مع ارتفاع الدخل يكون هناك إقبال نحو استعمال الماء المعدني حيث بلغت النسبة 59.6% عند اللواتي يزيد دخلهن عن 46000 دج.

أما عن نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل، فكلما ارتفع الدخل كان اعتقاد المبحوثة أنها تقدم وجبات غذائية صحية للطفل، إذ بلغت النسبة 93.6% عند اللواتي يزيد دخلهن عن 46000 دج ، أما اللواتي يقل دخلهن عن 32000 دج فصرحن أنهن تقدمن وجبات ناقصة لأطفالهن .

لكن الشيء الملاحظ أنه رغم ارتفاع الدخل ، إلا أنّ القليلات منهنّ من تعرفنّ أسس النظام الصحي السليم ، فتوفر الأشكال و الألوان من الأنواع الغذائية هو ما يسمى الغذاء الصحي عندهن ، وهذا ما تسبب في زيادة الوزن عند أطفالهن خاصة عند ذوي الدخل المرتفع ، أما المبحوثات اللواتي هن بدون دخل شهري او يقل دخلهن عن 32000دج فأطفالهن يعانون من نقص في الوزن وهذا لقلة امتصاص أجسامهن للمواد المستهلكة. فأمراض سوء التغذية لا تمس فقط الأسر الفقيرة ، و إنما الغنية أيضا.

كما يعتبر الدخل محدد أساسي لاختيار نوع الأواني المستعملة لإعداد طعام الطفل ، فكلما قل الدخل كلما زاد استعمال أواني الألومنيوم ، حيث بلغت النسبة 84.7% عند اللواتي يقل دخلهن عن 25000دج لكن مع ارتفاع الدخل يقل استعمالهن لهذه الأواني ، وفي مقابل ذلك يزيد استعمالهن لأواني الإنكس حيث بلغت نسبة الاستعمال 58.9% عند اللواتي دخلهن أكثر من 46000دج .

أما من حيث التعامل والامتثال لرغبات الأطفال، فكلما ارتفع الدخل الأسري كلما امتثلت هذه الأخيرة لرغبات أطفالها، ونفس الملاحظة بالنسبة لاختيار لعب الأطفال.

أما بالنسبة للمؤشر الثاني والذي يتمثل في المسكن و خصائصه وتأثيره على الرعاية الصحية للطفل فلقد تبين لنا ان نوع المسكن و موقعه يساهم بقدر كبير في تقديم الرعاية الصحية للطفل ، فالمبحوثات اللواتي تقمنّ في مساكن غير لائقة كالبيوت القصديرية و أقبية العمارات يواجهن صعوبات أكثر في رعاية أطفالهن ، فهذا النوع من المساكن لا يجلب إلا العناء لأصحابه ، فهي مساكن تفتقر للامان .

أما عن طريقة العلاج الأكثر استعمالا عند هذه الأسر فهو الإقبال على الوصفات الشعبية بنسبة أكثر، حيث بلغت 61.5%.

كما تبين لنا من خلال نتائج الدراسة ان منطقة السكن لها دور في هذا المجال ، فكلما كانت الأسرة تنتمي إلى منطقة حضرية كلما زاد احتمال توجهها للطبيب عند مرض الطفل وهذا لعدة اعتبارات كالقرب المكاني ، ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في بيوت تقليدية و قصديرية فإنهن تتركن أطفالهن لمدة أكثر من ثلاثة أيام مع المرض ، وتقل النسبة كلما كانت الأسرة تقيم في منطقة حضرية ، فمكان الإقامة بدوره يؤثر على مدة ترك الطفل في حالة المرض خاصة في حال البعد المكاني و عدم توفر وسيلة نقل.

و بالنسبة للقطاع المفضل في العلاج فكلما كانت المبحوثة تقيم في مساكن لائقة كلما زاد توجهها للقطاع الخاص و العكس صحيح، إذ بلغت نسبة التوجه للقطاع العام عند اللواتي تقمن في بيوت قصديرية 94.2%.

اما من حيث الوجبات المقدمة للطفل فلقد تبين انه كلما كانت المبحوثة تسكن في مسكن لائق كلما قدمت للطفل وجبات غذائية صحية ، ونفس الشيء بالنسبة للماء المقدم له ، إذ يزيد استعمال المياه المعدنية كلما كان المسكن لائق .

وفيما يخص نوع الأواني المستعملة في إعداد الطعام ، فتبين أن نسب استعمال اواني الإنكس يزيد كلما كانت المبحوثة تعيش في مساكن لائقة ، إذ بلغت النسبة 19.7% عند اللواتي تقمن في فيلات ، و 31.5% عند اللواتي تقمن في شقق. فالأواني الفاخرة ما هي إلا انعكاس للوضع المعيشي للأسرة وليس له علاقة بالوعي الصحي للمبحوثات و بفائدة الأواني الصحية للطفل .

و بالنسبة لمكان لعب الأطفال ، هناك علاقة بين نوع المسكن و مكان لعب الأطفال ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في فيلات فمكان لعب أطفالهن هو الحي وهذا بنسبة 53.9% ، هذا لان طابع الفيلات يكثر في المناطق الشبه حضرية والريفية ، وفي غالب الحالات نجد سكان تلك الإحياء يتعارفون فيما بينهم أي يتوفر عنصر الأمان ، ضف إلى ذلك هي أماكن تتوفر فيها النظافة في غالب الحالات .

اما المبحوثات اللواتي تقمن في شقق فمكان لعب أطفالهن هو البيت او الأماكن المخصصة لذلك وهذا بنسبة 74.1% وهذا خوفا على الأطفال من أخطار الشوارع ، أما اللواتي تقمن في بيوت قصديرية فلا خيار لهنّ ، إذ يبعثن بأطفالهن للعب في الشارع و هذا بنسبة 78.8%. وتزيد نسبة الخروج للشارع كلما كان المسكن ضيق .

كما توصلنا من خلال النتائج أن طبيعة المساكن تؤثر على الحالة الصحية للطفل ، إذ ان نسبة الأمراض تزيد في المساكن الجماعية أما عن نوع الأمراض فلقد توصلنا أن هناك أمراض تتأثر بالبيئة المحيطة بالمسكن ، فالمساكن التي لا تتوفر على خصائص العيش السليم نجد أطفالها يصابون بكثرة بأمراض الإسهال و الربو الحساسية مقارنة بالأطفال الذين يعيشون في بيئات نظيفة.

أما من حيث الامتثال لرغبات الأطفال فالأسر في المساكن الجماعية مجبرة على تلبية رغبات أطفالهن ، فالنظام الصحي يجب أن يتقيد به كل أفراد البيت وإلا فلا تستطيع الأسرة أن تتحكم في رغبات الطفل وعناده.

كما توصلنا من خلال نتائج الدراسة أن المركز الاجتماعي الجيد كارتفاع المستوى التعليمي للزوجين و العمل الجيد يساعد على تقديم الرعاية اللازمة للأطفال الأقل من خمس سنوات .

وهناك تفاوت في تقديم الرعاية الصحية للطفل بين الزوج و الزوجة ، فبالنسبة لمؤشر المستوى التعليمي للزوج ، فإن تأثيره يكمن في الإقبال و التوجه المباشر إلى الطبيب في حال مرض الطفل ، إذ بلغت نسبة الإقبال 57.5% عند ذوي المستوى الجامعي ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض فمدة ترك الطفل تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوج ، حيث بلغت نسبة ترك الطفل لأكثر من ثلاثة أيام مع المرض بنسبة 44.3% من الحالات. أما عن اختيار القطاع الإستشفائي فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج كلما كان الاتجاه نحو القطاع الخاص حيث بلغت النسبة 54.8% عند ذوي المستوى الجامعي .

أما عن اختيار اختصاص الطبيب في حال التوجه للقطاع الخاص ، فلقد تبين انه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كان التوجه لطبيب مختص بطب الأطفال ، اما مع انخفاض المستوى التعليمي فلا يهم اختصاص الطبيب ، حيث بلغت النسبة 85.7% ، فالتوجه يكون لأقرب طبيب موجود بالمنطقة لا غير .

كما تبين لنا أن المستوى التعليمي للزوج يؤثر على مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية التي تقدمها الأم للرضيع ، حيث تزيد نسبة الممارسة الحصرية للرضاعة الطبيعية كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج وهذا يعود إلى تقديم الدعم و النصيح للزوجة حول أهمية الرضاعة ، وكيف تعود بالفضل على صحة أطفالهم.

وفيما يخص الوجبات المقدمة للطفل فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج ، كلما صرحت المبحوثات أنها تقدم وجبات صحية للطفل ، حيث بلغت النسبة 91.8% عند ذوي المستوى الجامعي. ونفس الملاحظة مع نوع الماء المستعمل للشرب و اختيار مكان لعب الأطفال و لعبهم كذلك ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كان اختيار الأفضل للطفل ، لكن فيما يخص مسألة الامتثال لرغبات الطفل فإن النتائج التي توصلنا إليها تبين لنا ان نسبة تلبية رغبات الأطفال تزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوج ،

وهذا يفسر بغياب الوعي الصحي حتى ولو ارتفع المستوى التعليمي للزوج .إذا لا يمكن ان نقول ان غذاء الطفل هو صحي .

أما بالنسبة للمستوى التعليمي للزوجة ، فلقد بينت النتائج المتوصل إليها أن هذا الأخير له تأثير على تقديم الرعاية الصحية للطفل ،حيث أن سوء الحالة الصحية للطفل تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوجة ، حيث بلغت النسبة 75.4% عند ذوات المستوى الابتدائي، كما توصلنا إلى انه كلما انخفض هذا الأخير كلما كان التعامل بالوصفات الشعبية في العلاج حيث بلغت النسبة 66.7% عند ذوات المستوى الأمي. وكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما كان التوجه نحو الطبيب مباشرة لطلب العلاج ، ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حال المرض ، إذ تزيد هذه النسبة لمدة أكثر من ثلاثة أيام عند المبحوثات من ذوات المستوى الأمي و الابتدائي.

كما تبين لنا ان التوجه للقطاع الخاص يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة ، وفيما يخص اختيار اختصاص الطبيب في حال التوجه للطبيب الخاص ، فلقد تبين أن اختيار الطبيب المختص بطب الأطفال هو الأكثر إقبالا عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع ، أما التوجه لطبيب عام في عيادة خاصة فهذا يزيد مع انخفاض المستوى التعليمي للزوجة وهذا لاعتبارات كالقرب المكاني و التمتع بشعبية في الأوساط السكنية.

كما تبين لنا وجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و تنظيمها لنسلها، فتتظيم النسل يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة، فالأسر التي لا تنظم نسلها تواجه صعوبات أكثر في رعاية أطفالها وهذا بسبب حجم الأسرة المتزايد.

اما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل فإلتمسنا تراجع ملحوظ لهذه الممارسة ، والمشكل ليس فقط عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع بل حتى عند الماكثات بالبيت و اللواتي لهن مستوى تعليمي منخفض إذ أصبحت الرضاعة الاصطناعية والمختلطة موضة في هذا العصر.

أما عن فترة الرضاعة الحصرية التي استفاد بها الطفل غالباً فهي فترة الأقل من ثلاثة أشهر، و فيما يخص نوع القنينة المستعملة في حالة الرضاعة الإصطناعية و المختلطة فوجد ان استعمال القنينة الزجاجية يزيد عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع ، اما استعمال القنينة البلاستيكية فيزيد عند ذوات المستوى التعليمي المنخفض حيث بلغت النسبة 41.2% عند ذوات المستوى المتوسط و 46.7% عند ذوات المستوى الأمي.

و عن مسألة الاهتمام بمسألة تنظيف القنينة و تعقيمها ، فوجدنا ان المبحوثات ذوات المستوى الأمي تكتفين بغسل القنينة بالماء و الصابون بنسبة 60% ، وكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما زاد الاهتمام بنظافة القنينة و تعقيمها بعد كل رضعة.

وفيما يخص الوجبات المقدمة للطفل ، فلقد تبين لنا ان المبحوثات ذوات المستوى المنخفض تقدمن وجبات ناقصة لاطفالهن ، في حين ذوات المستوى المرتفع تقدمن وجبات غذائية صحية لأطفالهن ، حيث بلغت النسبة 77.7% عند ذوات المستوى الثانوي و 97.9% عند ذوات المستوى الجامعي.

وعند محاولة التوقف لمعرفة حقيقة نوع هذه الوجبات وهل تتماشى مع النظام الصحي السليم ، تبين لنا ان المبحوثات اللواتي صرحن انهن تقدمن غذاء صحي فنسبة 62.6% تقوم الوجبات الغذائية عندهن على خلط أنواع من الأغذية مقابل فقط 33.2% ممن تقدمن فعلاً غذاء صحي يتماشى مع كل مرحلة من حياة الطفل .

في حين اللواتي صرحن ان الغذاء المقدم للطفل ناقص فهو أيضاً مجرد كلام ، غير معتمد على اعتبارات علمية إذ 53% صرحن أن غذاء الطفل لا يتميز بالخصوصية عن غذاء الكبار و 47% منهن صرحن أن الغذاء المقدم للطفل نادراً ما يحتوي على بروتينات و مشتقات الحليب الأساسية .

ومن هنا نستنتج ان الأسرة حتى ولو كانت ميسورة الحال و مستواها التعليمي مرتفع في بعض الأحيان إلا أن وعيها بمفهوم الغذاء الصحي و النظام الغذائي المتوازن للطفل يبقى محدود .

اما بالنسبة للمؤشر الثاني وهو الوضعية المهنية للزوجين من حيث العمل و نوع الوظيفة ، فلقد بينت النتائج المتوصل إليها انه كلما كان الأزواج يعملون كلما زاد توجههم مباشرة للطبيب أثناء مرض الطفل ، لكن عند محاولة الوقوف عند نوع المهنة التي يمتنها الأزواج وعلاقتها بالتصرف مع مرض الطفل تبين لنا انه كلما كان للزوج مهنة جيدة كلما زاد توجه المبحوثة للطبيب إذ أنها لا تجد صعوبة في دفع تكاليف العلاج و الدواء ، وكلما كان للأزواج دخل بسيط زاد توجههم نحو طرق أخرى للعلاج .

أما المبحوثات اللواتي يمتن أزواجهن مهن متوسطة او اطارات عالية و مهن حرة عالية فيتوجهن بالطفل إلى القطاع الخاص لطلب العلاج حيث بلغت نسبة التوجه 80% بالنسبة للإطارات العالية.

و بالنسبة لنوع الرضاعة المقدمة للطفل ، فكلما كان للأزواج مهن جيدة كلما كان الاتجاه نحو استعمال الرضاعة الاصطناعية او المختلطة ، كما بينت نتائج الدراسة انه مهما كان نوع المهنة إلا وكانت مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية هي فترة الأقل من ثلاثة أشهر .

و فيما يخص نوع الوجبات المقدمة للطفل فالأسر التي يكون فيها الزوج موظف بسيط أو ذو مهنة حرة بسيطة فإن المبحوثات تقدمن وجبات غذائية ناقصة بالنسب التالية ، 57.4% و 44.4%. وتزيد نسبة استعمال الوجبات الغذائية الصحية كلما كان للزوج مهنة متوسطة او إطار عالي او مهنة حرة عالية.

اما بالنسبة للمؤشر الآخر وهو الوضعية المهنية للزوجة وتأثيرها على الرعاية الصحية للطفل ، فلقد تبين ان الزوجات العاملات تتوجهن بالطفل مباشرة إلى الطبيب بنسبة 52% .أما عن نوع المهن وعلاقتها بتصرف المبحوثة مع مرض الطفل تبين لنا انه حتى ولو كان للزوجات مهن بسيطة إلا وكان توجهها للطبيب مباشرة اثر مرض الطفل وهذا يفسر بدخل الزوج ، فالزوجات اللواتي لا تعملن او زوجها لا يعمل او يقل دخله عن 32000 دج فيكون تصرفها مع مرض الطفل بالطريقة الشعبية في العلاج ، اما مع ارتفاع الدخل الشهري للزوج نلاحظ تغير الاتجاه وهو توجه المبحوثة للطبيب مباشرة اثر مرض الطفل. ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض واختيار قطاع العلاج.

وفيما يخص الرضاعة الطبيعية ، فالاتجاه هو نحو الرضاعة الاصطناعية و المختلطة رغم مكوث المرأة بالبيت او امتلاكها وظيفة بسيطة فمهنة الزوج تمكنها من شراء الحليب مهما كان ثمنه. و بالنسبة للوجبات المقدمة للطفل فنسبة استعمال الغذاء الصحي تزيد كلما كانت الزوجة تعمل ولها مهنة جيدة .

و بالنسبة للمياه المستعملة للطفل تبين لنا انه رغم امتلاك الزوجة لمهنة بسيطة أو متوسطة إلا وكان استعمالها للمياه المعدنية للطفل وهذا يفسر بارتفاع دخل الزوج ، أما عن اختيار نوع الأواني فكلما كان للزوجة مهنة جيدة كلما زاد استعمالها لأواني الإنكس و الجذابة ، فدخل الزوجة يخصص جزءا كبيرا منه للمطبخ و الأواني المنزلية ، وليس إدراكا منها لفائدة أو أضرار هذه الأواني على الصحة .

كما توصلنا من خلال نتائج هذا البحث ان الخدمات الصحية ذات الجودة العالية تدعم دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل ، وهذا من خلال اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة و العلاقة بين طالبي و مقدمي الخدمة الصحية على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل ، واختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة في المؤسسة الإستشفائية التي اجري فيها البحث.

ولقد توصلنا إلى ان عامل الخدمة الصحية وهو جزء هام في الرعاية الصحية للطفل ، فهي تكمل دور الأسرة في العناية بأطفالها و تشجعها على ذلك ، إذا كانت ذات جودة و العكس صحيح ، فلقد تبين لنا أن الخدمة الصحية تسببت في تدهور الحالة الصحية للأطفال بنسبة 93.5% ، الشيء الذي جعل المبحوثات تصرحن أنهن يواجهن صعوبات في رعاية أطفالهن.

و عند محاولة التعرف على الأسباب التي كانت وراء هذا التصريح (أي مواجهة صعوبات) تبين لنا أن التعرض لأخطاء طبية هو السبب وهذا المشكل يؤثر بدرجة كبيرة على الإقبال او العزوف عن تلقي الخدمة ، فالمبحوثات اللواتي اعترضتهن أخطاء طبية يفضلن العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج بنسبة 72.2%.

و لمعرفة التصرف الفعلي للمبحوثة عند التعرض لأخطاء طبية ، تبين لنا ان المبحوثات اللواتي لم يتعرضن لأخطاء طبية يتوجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% ، أما اللواتي تعرضن لأخطاء طبية فإنهن تتعاملن مع مرض أطفالهن بالطريقة الشعبية في العلاج بنسبة 43.3% ، وبالتالي يتركن أطفالهن لمدة أكثر من ثلاثة أيام مع المرض .

كما توصلنا من خلال هذا العمل ان هناك علاقة بين التعرض لأخطاء طبية و الشعور بالرضا عن الخدمة الصحية ، فالمبحوثات اللواتي تعرضن لأخطاء طبية غير راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 95.6%. أما عن القطاع الإستشفائي المتوجه إليه في حالة المرض رغم التعرض لأخطاء طبية فهو القطاع العمومي وهذا سواء لوقوع الخطأ في القطاع الخاص ، أو نتيجة الظروف الاقتصادية كانهخفاض الدخل الأسري.

فالمبحوثات اللواتي دخلهن أكثر من 39000 دج فإنهن يتوجهن للقطاع الخاص في حالة التعرض لأخطاء طبية بنسب أكثر من 50% ، أما اللواتي دخلهن منخفض فإنهن يتوجهن للقطاع العام رغم ذات المشكل .

وفيما يخص الطبيب الذي يفضل التوجه إليه في القطاع الخاص ، فتبين لنا ان المبحوثات اللواتي تعرضن لأخطاء طبية يفضلنّ التوجه إلى طبيب مختص بالأطفال بنسبة 79.3%.

كما توصلنا من خلال هذا العمل ان لعلاقة الطبيب مع طالبي الخدمة اثر في الإقبال او العزوف عنها ، ذلك انه كلما كانت العلاقة يسودها الكبرياء دون إشعار طالب الخدمة بالارتياح ، فإن مثل هذا التصرف يجعل من طالبي الخدمة يفضلون العزوف و البحث عن طريق اخر للعلاج . فكلما كانت الخدمات جيدة كلما شجع ذلك الأسرة في اخذ أطفالها لطلب العلاج إثر وقوع المرض ، أما إذا شعرت الأسرة بعدم الارتياح ، فإن ذلك يدفعها لطريق مغاير للعلاج قد يكلف الطفل حياته.

أما عن طبيعة العلاقة واختيار قطاع العلاج فإنه مهما كان نوع العلاقة فالقطاع المستعمل في العلاج هو القطاع العام ، حيث بلغت النسبة 64.8% عند اللواتي صرحن ان العلاقة كلها إنسانية و 80.5% للواتي صرحن أن العلاقة كلها كبرياء. كما انه كلما استطاع الطبيب أن يوقّي المبحوثة عن كافة المعلومات حول مرض طفلها وعن كيفية اخذ الدواء ساعد ذلك كثيرا الإقبال على الخدمة الصحية.

أما فيما يخص الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية الحالية ، محمد لمين دباغين بباب الوادي فإن المبحوثات اللواتي تم استجوابهن في هذا المستشفى صرحنّ انهنّ لم يتعرضن لصعوبات وهذا بنسبة 69.9% ، أما المبحوثات اللواتي اعترضتهن صعوبات فبلغت نسبتهن 50.5%، وهذا لعدة أسباب كا كثرة الازدحام والانتظار، وانعدام النظام و البيروقراطية و قلة الكفاءات وأمور أخرى.

وعند محاولة الاستفسار عما إذا كان هذا المستشفى الوجهة الأولى للعلاج صرحت 55.8% بلا أما 44.2% فصرحن بنعم .

ولمعرفة فيما إذا كان لمشكل التعرض لأخطاء طبية تأثير على اختيار مستشفى محمد لمين دباغين كوجهة للعلاج ، تبين لنا انه رغم التعرض لمشاكل طبية في مؤسسات استشفائية أخرى ، إلا أن هذا المستشفى لم يكن الوجهة الأولى للعلاج وهذا لمشاكل إدارية بالدرجة الأولى ، فكما هو معروف أن الأشخاص مجبرين على تلقي الخدمة من المستشفيات الموجودة في الولاية التي يقطنون بها ولهذا يجد الأشخاص صعوبة عند محاولة تغيير مستشفى العلاج ، إلا إذا كانت إجراءات التحويل من المستشفى نفسه لنقائص موجودة فيه.

أما عن أسباب التوجه لمستشفى باب الوادي فيعود السبب في ذلك إلى مجموعة من النقائص موجودة في العديد من المستشفيات خاصة منها الداخلية من الوطن ، كعدم القدرة على تشخيص المرض و هذا لنقص خبرة المشرفين على الخدمة في 50.3% من الحالات .

اما عند محاولة الوقوف عند الخدمة المقدمة في مستشفى محمد لمين دباغين فإن أغلبية المبحوثات صرحن ان الخدمة في المستوى إذا ما قورنت بمستشفيات أخرى تم زيارتها ، وبالتالي فهذا يعتبر كمحفز لهن للإقبال على طلب العلاج في هذا المستشفى ، فنسب الإقبال على الخدمة كانت 62.5% للواتي صرحن ان الخدمة متوسطة ، و 49.6% للواتي صرحن ان الخدمة كانت حسنة ، و 55.9% للواتي صرحن ان الخدمة كانت جيدة.

فالأسر بصفة عامة تتمنى ان تتمتع المستشفيات الوطنية بكل التجهيزات و المتطلبات سواء كانت مادية او بشرية حتى تزرع الطمأنينة في نفسية طالبي الخدمة والمريض خاصة ، كما تأمل أن تتحسن العلاقة بين الطبيب المريض ، وخاصة لغة التواصل وتبسيط تفسير الحالة المرضية للأهالي .

من خلال هذه النتائج نستنتج ان مسؤولية العناية و الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات في غاية الأهمية ولا يجب الإستهان بها ، فهي تتأثر بدرجة كبيرة بالأوضاع التي تعيشها الأسرة من الناحية الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية و الديموغرافية و بنوع الخدمة الصحية أيضا

فكلما كانت الظروف مناسبة كلما استطاعت الأسرة ونجحت في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

الخاتمة:

في ختام هذا البحث يمكن ان نستنتج ان الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات ليست بالأمر السهل ، فهي مسؤولية كبيرة تقع على عاتق الأسرة بالدرجة الأولى و بالأخص الأم باعتبارها جزء لا يتجزأ من الطفل .

ففي حالات عديدة لا تقوم الأسرة بدورها كما يجب اتجاه صحة أطفالها ، ليس تقصيرا منها ، و إنما تحت تأثير جملة من العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية و الثقافية اشرنا إليها سابقا.

كما تتأثر الرعاية الصحية للطفل بنوع الخدمة التي يتلقاها أثناء طلب العلاج في المؤسسات الإستشفائية ، فكثيرا ما كانت المؤسسات سببا في تدهور الحالة الصحية للأطفال بسبب التعفنات التي يشهدها القطاع الصحي ، خاصة المناطق الداخلية من الوطن .

فاعتلال الصحة في مرحلة مبكرة من السن لن يكون من السهل تداركها مستقبلا ، لذلك يجب أن تحظى مرحلة خمس سنوات الأولى من حياة الطفل بالعناية الفائقة ، فهذه المرحلة من حياة الطفل هي الدعامة التي تترجم الحالة الصحية للطفل مستقبلا.

ولأجل هذا عمدت إلى وضع مجموعة من الإقتراحات أقدمها للأسرة وبالأخص الأم بالدرجة الأولى ، وللسلطات بالدرجة الثانية عليهم ياخذونها بعين الإعتبار وهي :

أولا: للأسرة

1- ان تضع أطفالها نصب عينها ، خاصة في مرحلة العمر الأولى ، وهذه المسؤولية تقع على عاتق الام بالدرجة الاولى .فحتى ولو كانت الام عاملة يجب ان تنظم وقتها حتى تستطيع أن توفر اكبر قسط من الوقت لطفلها . فتترك الطفل لساعات طويلة عند الاهل او الجيران أو مراكز رعاية الطفولة لا يضمن للطفل الحماية اللازمة.

2- على الأسرة ان تبادر و تشجع الام بممارسة الرضاعة الطبيعية للطفل من خلال ابراز أهمية هذه الممارسة على حياة الطفل و الام معا ، كما يجب ان تدرك الام مميزات الغذاء الصحي لطفلها والذي يناسب كل مرحلة عمرية من حياته .

فإضافة الاغذية التكميلية للطفل لن تكون قبل سن ستة اشهر ، وتقديم الاكل قبل هذا اعتقاد خاطئ سوف يعرض الطفل إلى مشاكل هضمية عويصة.

3- التقيد بإجراء جميع التلقيحات الضرورية و المنصوص عليه في رزنامة التلقيحات وفي الوقت المناسب ، فالتأخير غير مقبول ، إا في حالة المرض ويجب اخذ رأي الطبيب في ذلك .

4- التقيد بشروط النظافة فهي الباب الوقائي للطفل من الأمراض ، فالاطفال سريعي التعرض للإصابة بالأمراض مثل الإسهال ، وهنا نقطة مهمة يجب أن تدركها الام فهذا المرض خطير جدا فقد يؤدي إلى جفاف الطفل في مدة زمنية قصيرة إذا لم تنتبه للامر و تاخذ الاحتياطات اللازمة كإعطائه كميات كبيرة من السوائل وإستعمال محلول أعادة التميح ،وان تكون ملمة بنوع النظام الغذائي الذي يناسب هذه المرحلة . وإذا تعذر الامر يجب أن تسرع به للطبيب من أجل التماس الرعاية اللازمة.

5- ان تبتعد الأسرة في تعاملها مع مرض طفلها بالطرق العلاجية التقليدية ، وتبتعد عن الخرافات و البدع والامور التي لا اساس منطقي لها ، لا سيما ونحن في وقت العولمة و التكنولوجيا الحديثة وتوسع شبكة الانترنت .

6- على الأسرة ان تنتبه إلى ما تقدمه لطفلها خاصة بعد الرواج الكبير للمنتجات الصناعية التي تعتبر كعامل خطر على صحة الطفل بالمنكهات و المضافات الغذائية التي دخلت أسواقنا ذات أشكال و ألوان مبهرة .فالإلمام بشروط النظام الغذائي الصحي ضروري ، حتى عند ذوي المستوى التعليمي المرتفع .

فقلة الوعي و الإفراط و الامتثال لرغبات الطفل نتج عنه مؤشر آخر لسوء لتغذية ألا وهو البدانة ، التي أصبحت مرض العصر تهدد حياة العديد من الأطفال .

7- كما يجب ان تهتم الأسرة بنوع الأواني التي يطهى فيها طعام الطفل ، فالمعادن الثقيلة أصبحت تهدد حياة أطفالنا ، وما قلة الامتصاص للمواد الغذائية وبعض الأمراض إلا حوصلة لتراكم هذه المعادن عند الطفل .

ثانيا : للمسؤولين

1- الاستثمار في تعليم الفتاة خاصة، لان التعليم الأساسي و لو لمدة أربع سنوات من شأنه أن يحقق فارقا كبيرا في عملية الاندماج و الدخل و صحة الأطفال و تنظيم الأسرة.

2- تعميم المعارف الصحية عن تنظيم الأسرة و توفير هذه الخدمة لجميع المتزوجين وذلك نظرا لأهميتها لهم . فالولادات المتقاربة تشكل خطر على الأم و الطفل معا ، على ان يكون الفاصل الزمني بين ولادة و أخرى اقل من سنتين.

3- الاهتمام بصحة المواطن ، وذلك من خلال توفير مساكن صحية و بيئة نظيفة تحوي جميع المرافق الصحية اللازمة حتى ينشأ أطفال أصحاء ، فالكثير من الأمراض مصدرها خصائص المسكن الغير آمنة .

4- الاهتمام قدر المستطاع بالنظام الصحي بكل هياكله، وان يراعى في ذلك توزيع القطاع والأطباء على كامل التراب الوطني، حتى يتمكن الجميع من الاستفادة بالخدمة الصحية.

كما يجب الاهتمام بمجال الصيدلة و توفير الأدوية الضرورية، وكذا نظام التأمين الذي يشجع على طلب الخدمة الصحية.

5- تحقيق الجودة ،وهذا من خلال فرض مراقبة خاصة للقطاع العام خاصة ، ومعاينة الأطباء الذين يقصرون في أداء وظائفهم ، فهم يتعاملون مع بشر وليس سلع ، فعلى المسؤولين أن يتوقعوا حجم المعانات التي يتركها فقدان طفل بالنسبة للأسرة بسبب تقصير في أداء الخدمة الصحية .

6- المثابرة على توعية و تحسيس الأهالي بأهمية البيئة و نظافة المحيط على الصحة ، وهذا من خلال برامج إعلامية ، والإشراف على برامج و حصص تثقيفية حول المسائل الصحية للأطفال لتنبه الأمهات خاصة بالأخطار التي قد تتجم إذا لم تعرف كيفية التعامل مع المرض .

وأخيرا نتمنى ان نكون قد وفقنا ولو قليلا في تغطية هذا الموضوع و الذي يتمثل في الرعاية الصحية للأطفال ، فبالرغم انه من الموضوعات المتداولة في الكثير من القمم واللقاءات العالمية إلا ان الطفولة مازالت مهمشة ، ولا تحظى بالقدر اللازم من الاهتمام وهذا من خلال ملاحظة الارتفاع في معدلات الوفاة المسجلة ، ونسبة انتشار الأمراض .

فالتقدم لن يحصل ما لم نعطي للطفولة حقها خاصة في مجال الرعاية الصحية.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

أ - الكتب النظرية:

- 1- إبراهيم سلامة بهاء الدين: الصحة و التربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة 2007.
- 2- أحمد كامل سهير و آخرون: تنشئة الطفل و حاجاته بين النظرية و التطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب، 2002.
- 3- البكري ثامر ياسر: تسويق الخدمات الصحية، عمان، الاردن، 2005.
- 4- الجميلي خيري جليل: الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة و الطفولة، المكتب الجامعي الحديث، محطة الرمل، الإسكندرية، 1993.
- 5- الجوهري محمد و شكري علياء و آخرون: الطفل و التنشئة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994.
- 6- الحسن علي: أطفالنا نموهم - تغذيتهم - مشكلاتهم، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، ط1، 1981.
- 7- الحسن علي: أطفالنا نموهم - تغذيتهم - مشكلاتهم، بيروت، لبنان، ط2، 1984.
- 8- الخصري مديحه: موسوعة الطفل الصحية مرحلة ما قبل الولادة إلى مرحلة النمو، المكتب الإقليمي الحديث، مصر، 2001.
- 9- الخولي سناء: الاسرة و الحياة العائلية، دار النهضة العربية، بيروت، 1984.
- 10- الخولي سناء: الزواج و العلاقات الاسرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1990.
- 11- الداغساني رولا شفيع: المرتسم الوطني للصحة البيئية للطفل، بالتعاون مع مديرية الأمراض السارية و المزمنة دائرة الصحة البيئية، وزارة الصحة، 2010.
- 12- الدقس محمد: التغير الاجتماعي بين النظرية و التطبيق، دار مجدلاوي للنشر و التوزيع، الأردن، 1987.
- 13- الدويبي عبد السلام بشير: علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2006.

- 14- الزغدي محمد لحسن: مؤتمر الصومال و تطور ثورة التحرير الوطني الجزائرية 1956-1962، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1989.
- 15- السعاتي حسن: دراسات في علم السكان، ط2، مكتبة الانجلومصرية، الإسكندرية، 1996.
- 16- السيد عبد العاطي: علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004.
- 17- ألبديدي احمد حامد علي: الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيو سياسي، دراسات إقليمية، جامعة الموصل.
- 18- الفريخ عثمان: ارتفاع ضغط الدم، مستشفى فيصل التخصصي، المملكة العربية السعودية، 2010.
- 19- النجيجي محمد لبيب: دور التربية في التنمية الاجتماعية و الاقتصادية للدول النامية، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت، 1981.
- 20- النحاس محمد كامل: الخدمة الاجتماعية و رعاية الاسرة و الطفولة ، مطبعة السعادة القاهرة ، 1976.
- 21- الهمشري أحمد عمر: التنشئة الاجتماعية للطفل، ط1، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، 2003.
- 22- الهزاع محمد هزاع: السمنة و النشاط البدني في مرحلة الطفولة المبكرة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2006.
- 23- بن سعد الحميد محمد: السكري أسبابه مضاعفاته علاجه، جامعة الملك سعود، الرياض، الطبعة الاولى، 2007.
- 24- بوتقنشتن مصطفى: العائلة الجزائرية، (التطور و الخصائص الحديثة)، تر دميري احمد ، د.م.ج، الجزائر، 1984.
- 25- بوتقنشتن مصطفى: العائلة الجزائرية ، التطور و الخصائص الحديثة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984 .
- 26- بوحوش عمار: مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية، بن عكنون، الجزائر، ط2، 1999.
- 27- جالجر روزويل: صحة أبناؤك، تر: سعيد عبده، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة ، ط2، 1960.
- 28- جيلاتو جيلالي: الإحصاء مع التمارين المحولة، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 1999.

- 29- حجازي محمود: الامراض الجلدية للأطفال، جامعة البلقاء، عمان، الاردن، 2003.
- 30- حسين اليحيي أمال ، سليمان المطر منال: حقائق للحياة، وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التربية، الكويت ، 2009.
- 31- حسين نصر خديجة: نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية ، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن ، تقارير قانونية رقم 68، 2007.
- 32- دياب فوزية: نمو الطفل و تنشئته بين الأسرة و دور الحضانة، سلسلة تربية الأطفال في مرحلة الحضانة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط3، 1979.
- 33- ذياب الناغولا جهاد: دراسة ميدانية عن الآثار الأسرية الناجمة عن خروج المرأة السورية للعمل، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، وزارة الثقافة، دمشق، 2011.
- 34- رزق الله عبد المجيد: طفلك في سنواته الأولى، الدار التونسية للنشر، الجزائر.
- 35- ستودينكين م: صحة الاطفال، ترجمة دار مير للطباعة و النشر، الإتحاد السوفيتي، موسكو، ط3، 1985.
- 36- ستودينكين م: العلم للجميع "صحة الأطفال"، " دار مير" للطباعة و النشر الإتحاد السوفيتي، ط3، 1985.
- 37- سعيدوني ناصر الدين: النظام المالي في أواخر العهد العثماني، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط2، 1985.
- 38- شحادة عبد الكريم: التراث الطبي العربي الإسلامي، بيروت، لبنان، 2005.
- 39- شكري علياء و آخرون : الطفل و التنشئة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1994، ص322.
- 40- شكري علياء و آخرون: المرأة في الريف و الحضر - دراسة لحياتها في العمل و الأسرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.
- 41- شكري علياء و آخرون: المرأة في الريف و الحضر، دراسة لحياتها في العمل و الأسرة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1988.
- 42- صبري بلقاسم: الدور الإستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية و تحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، القاهرة، 12-14 مارس 2002.
- 43- عبد الفتاح كاميليا ابراهيم: سيكولوجية المرأة العاملة، دار النهضة العربية، بيروت، 1984.

- 44- عبيد مصيقر عبد الرحمان و زين علي محمد: الغذاء و الإنسان (مبادئ علوم الغذاء والتغذية)، جمعية التغذية العربية، ط1، 1999.
- 45- عبيد مصيقر عبد الرحمان و محمد النجار لطيفة: دراسة ميدانية حول الرضاعة الطبيعية و خصوبة المرأة في البحرين، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، 1994.
- 46- عبيد مصيقر عبد الرحمان: التغذية الصحية لطلاب المدارس، السلسلة الثقافية لإتحاد التربية البدنية و الرياضية، العدد 11 المملكة العربية السعودية، 1424هـ.
- 47- عثمان سعاد و آخرون: الصحة و المرض، وجهة نظر علم الاجتماع و الانتروبولوجيا، دار المعرفة الجامعية، جامعة عين الشمس، ط1، 1999.
- 48- عمر خيرى مجد الدين: العائلة و القرابة في المجتمع العربي، اتحاد الجامعات العربية، الاردن، ط1، 1985.
- 49- قارد برنارد : موسوعة صحة الإنسان ، الصحة و البيئة ، دار الهدى للطباعة و النشر، 1995.
- 50- قطيشات تالا و اخرون: مبادئ في الصحة و السلامة العامة، دار المسيرة للطباعة و النشر، عمان، الاردن، ط1، 2002.
- 51- كربالي بغداد: نظرة عامة عن التحولات الاقتصادية في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة احمد خيضر بسكرة، العدد الثامن، 2005.
- 52- محمد الحسن احسان: الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي، دار الطليعة للطباعة و النشر، بيروت،
- 53- محمد عبد الفتاح محمد: مشكلات الأسرة و الطفولة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الإسكندرية.
- 54- محمود حسين: مقدمة الخدمة الاجتماعية، دار النهضة العربية للطباعة و النشر.
- 55- مزاهرة أيمن ، الصفدي عصام واخرون: علم اجتماع الصحة، دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع، الاردن ، 2003، ط1.
- 56- مزاهرة أيمن سليمان و عبد الرؤوف ابو الحسين ليلي و اخرون: مبادئ صحة الطفل و تغذيته، جامعة البلقاء التطبيقية، دار الخليج، عمان، الاردن، ط1، 2000.

- 57- مصيقر عبد الرحمان: الرضاعة الطبيعية و خصوبة المرأة في البحرين، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، نوفمبر 1994.
- 58- نخبة من اساتذة الجامعات في الدول العربية: طب المجتمع، الكتاب الطبي الجامعي، المكتب - الإقليمي للشرق الأوسط- لمنظمة الصحة العالمية، السكندرية.
- 59- نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي: الغذاء و التغذية، أكاديميا انترناشيونال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، ط1، 2005.
- 60- نخبة من اساتذة الجامعات في الوطن العربي : الكتاب الطبي الجامعي، الإدارة الصحية، أكاديميا انترناشيونال ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية، بيروت، لبنان، 2007.
- 61- نيلسون بيرسي: معلومات إلى الوالدين إذا مرض طفلك، مركز المعارف للرعاية الصحية للأطفال في مالمو بالتعاون مع معهد الحماية من العدوى في سكونه السويد، 2012.
- 1986، ط2.

ب- المعاجم و القواميس:

- 62- بدوي احمد زكي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (انجليزي - فرنسي - عربي) مكتلة لبنان، ساحة رياض الصلح، بيروت، 1982.
- 63- بدوي أحمد: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان ، بيروت، 1978.
- 64- جوهري عبد الهادي: قاموس علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط 3، 1998.

ج- التقارير و المجالات:

- 65- اليونيسيف و جامعة الدول العربية: ميثاق حقوق الطفل العربي، المكتب الإقليمي لليونيسيف في الشرق الأوسط عمان، 2001 .
- 66- إدارة الشؤون الاقتصادية و الاجتماعية شعبة السكان للأمم المتحدة: السكان و الحقوق الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، التقرير الموجز، الأمم المتحدة، نيويورك، 2002.
- 67- الإتحاد الإفريقي لوزراء الصحة: أثر الأمراض الغير معدية و الأمراض الإستوائية المهمة على التنمية في افريقيا، أديسا بابا ، الدورة السادسة ، أبريل 2013.

- 68- الإتحاد الإفريقي لوزراء الصحة: أثر الأمراض الغير معدية و الأمراض الإستوائية المهمة على التنمية في إفريقيا، أديسا بابا ، الدورة السادسة ، أبريل 2013.
- 69- الأمم المتحدة : الأهداف الإنمائية للألفية 2015 ، بإمكاننا إنهاء الفقر ، نيويورك ، 2014.
- 70- الامم المتحدة: التقرير السنوي لمفوضية الامم المتحدة السامية لحقوق الإنسان بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحتي يمكن بلوغه، الدورة الثانية و العشرون، 2012.
- 71- الأمم المتحدة: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2014- إنهاء الفقر، نيويورك 2014.
- 72- الامم المتحدة: تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الدورة 59، 2004.
- 73- الأمم المتحدة: تقرير فرقة العمل المعنية برصد الثغرات في تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية، 2011.
- 74- الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية: قانون رقم 8 13 المؤرخ في 20 يوليو 2008 ، العدد 44.
- 75- الجمهورية التونسية بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA: التقرير الوطني لتقييم مستوى تنفيذ الجمهورية التونسية لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان و التنمية، الجمهورية التونسية، جوان 2013.
- 76- الفايد محمد : "المعادن الثقيلة والصحة " في / نخل و رمان ، حصة اذاعية في اذاعة محمد الخامس ، المغرب ، 2003.
- 77- المجلس الاعلى للامومة و الطفولة، مركز الموارد لتنمية الطفولة المبكرة : البنون(أطفالنا و الغذاء السليم)، منظمة سول لتنمية المرأة و الطفل، العدد 7، مارس 2008 .
- 78- المجلس العربي للطفولة و التنمية: أوضاع الطفولة المبكرة في الوطن العربي ، برنامج الخليج العربي للتنمية ، 2004 .
- 79- المجلس العربي للطفولة و التنمية: التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي، دليل تنمية الطفل العربي، العدد التاسع، 2006.
- 80- المحفل الحكومي الدولي المعني بالسلامة الكيميائية: اللعب و السلامة الكيميائية ، الدورة الخامسة ، بودابست، سبتمبر 2006 .
- 81- المكتب الإقليمي للشرق الأوسط للأمم المتحدة: الاستجابة للقاهرة ، المؤتمر الدولي للسكان و التنمية بالقاهرة 1994، دراسة حالات عن تغير الممارسة و الصحة الإنجابية، موجز تنفيذي، عمان، 2002.
- 82- المكتب المركزي للإحصاء واليونيسيف و المشروع العربي لصحة الأسرة : المسح العنقودي متعدد المؤشرات في سوريا 2006 (متابعة أوضاع النساء و الأطفال) : الجمهورية السورية، 2008 .
- 83- الوكالة المساعدة للطب الوقائي الإدارة العامة للأمراض الغير معدية : المرجع الوطني لتثقيف مرضي داء السكري ، وزارة الصحة السعودية ، الإصدار الاول ، 2011 .
- 84- اليونيسف: وضع اطفال العالم 2009، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن 2009.

- 85- اليونيسيف : دراسة عن فقر الأطفال و التفاوت في مستوى معيشتهم في مصر، مصر، 2010.
- 86- اليونيسيف: وضع أطفال العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان ، الأردن، 2008.
- 87- اليونيسيف: وضع أطفال العالم 2009، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2009.
- 88- اليونيسيف: وضع أطفال العالم 2012، الأطفال في عالم حضري، تر: مركز العمل الإنمائي بالقاهرة، نيويورك ، 2012.
- 89- اليونيسيف: وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الاردن، 2012.
- 90- اليونيسيف: وضع الاطفال في العالم 1991، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الاردن، 1991.
- 91- اليونيسيف: وضع الأطفال في العالم 2005، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2005.
- 92- اليونيسيف، وضع أطفال العالم 2005، الطفولة المهددة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الأردن، 2005.
- 93- أمين بن عبد الحميد مشخص و ايهاب مراد دهبه عياد : الادلة الإرشادية للمراقبة و الإجراءات الوقائية للأمراض المعدية ، وزارة الصحة ، إدارة الامراض المعدية ، المملكة السعودية، 2007.
- 94- باربارا شين : "أسباب وفيات الرضع و الأطفال " في تنظيم الأسرة يحافظ على الحياة، تر محسن يوسف، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية بالتعاون مع المكتب المرجعي للسكان، ط3، سبتمبر، 1997.
- 95- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2014، تر لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا ، 2014.
- 96- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والمكتب الإقليمي للدول العربية: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 (موجز التقرير)، تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية ، بيروت لبنان ، 2009 .
- 97- برنامج الامم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية البشرية، نهضة الجنوب، تر: لجنة الامم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي اسيا (الإسكوا)، نيويورك، 2013.
- 98- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية بشرية 2014، تر: لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، 2014.
- 99- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009، المكتب الإقليمي للدول العربية، بيروت، لبنان، 2009.
- 100- برنامج الأمم المتحدة للبيئة مع منظمة الصحة العالمية و الوكالة الامم المتحدة لإغاثة اللاجئين الفلسطينيين: الإنسان و الصحة و البيئة، الدليل الشامل للعاملين في خدمات صحة البيئة، الجزء التاسع، 2004.

- 101- جامعة الدول العربية : المسح الجبوتي لصحة الاسرة ، التقرير الرئيسي، المشروع العربي لصحة الاسرة ، فبراير 2004 .
- 102- جامعة الدول العربية و وزارة الشؤون الإجتماعية و إدارة الإحصاء المركزي : المسح اللبناني لصحة الاسرة ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، 2005 .
- 103- شين باربارا: "الرضاعة من الثدي تحافظ على الحياة " في/ تنظيم الأسرة يحافظ على الحياة، تر: محسن يوسف، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية بالتعاون مع المكتب المرجعي للسكان، ط3، سبتمبر 1997.
- 104- شين بربارا: "المحافظة على حياة الرضع و الأطفال" في/ دور تنظيم الأسرة في الحفاظ على حياة الطفل، تر : محسن يوسف، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية بالتعاون مع المكتب المرجعي للسكان، ط3، سبتمبر، 1997.
- 105- صادق نفيس: "الأمومة المأمونة"، في / حالة سكان العالم 2000، صندوق الأمم المتحدة للسكان، سبتمبر 2000.
- 106- صندوق RESULTS التعليمي و الحملة العالمية للتعليم: إنهاء أزمة تعليم الفتيات، بدعم من منظمة أوكسفام، 2011.
- 107- صندوق الامم المتحدة للسكان (UNFPA): "أهداف المؤتمر الدولي للسكان و التنمية"، في/ السكان و الصحة الإنجابية و الاهداف الإنمائية للالفيه، نيويورك.
- 108- مكتب اليونسيف بالجزائر: مخطط العمل الوطني للطفولة 2008-2015 ، الوزارة المنتدبة المكلفة بالاسرة و قضايا المرأة ، الجزائر، 2008 .
- 109- مكتب اليونسيف الإقليمي للشرق الأوسط: مبادرة تعليم البنات في مصر، سلسلة التعليم رقم (11)، 2005.
- 110- منظمة الاغذية و الزراعة للامم المتحدة: يوم الاغذية العالمي ، الاشخاص المفعمون بالصحة يعتمدون على نظم غذائية صحية ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الاردن ، 2013.
- 111- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف) : التقدم من أجل الأطفال ، التقرير الدوري عن بقاء الأطفال ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، سبتمبر 2004.
- 112- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف) : تقرير حول السنة الدولية للصرف الصحي ، 2008.
- 113- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف) : تقرير دوري عن المياه و الصرف الصحي " في / التقدم من أجل الأطفال ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، العدد 5 ، عمان ، الأردن ، 2006 .
- 114- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف) : وضع أطفال العالم 2003 ، موجز رسمي ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص21.

- 115- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2006 - المقصون و المحجوبون، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2005.
- 116- منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع أطفال العالم 1991، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 1991.
- 117- منظمة الأمم المتحدة: الإجماع العربي الإقليمي التحضيري للمؤتمر العالمي الرابع للمرأة، بيجين 1995.
- 118- اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا : التقرير الختامي للجزء رفيع المستوى 9-10 نوفمبر، ، نيويورك، 1995.
- 119 منظمة الأمم المتحدة: الإجماع العربي الإقليمي التحضيري للمؤتمر العالمي الرابع للمرأة، بيجين، 1995.
- 120- منظمة الصحة العالمية : الإحصاءات العالمية 2010 ، إدارة الإحصاءات الصحية ، جنيف 2010- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، 2012.
- 121- منظمة الصحة العالمية : التقرير العالمي حول الوقاية من اصابات الاطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2009.
- 122- منظمة الصحة العالمية : الرعاية الصحية الأولية، الآن أكثر من أي وقت مضى ، جنيف ، 2008.
- 123- منظمة الصحة العالمية : الوقاية من الإصابات و مكافحتها، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2008.
- 124- منظمة الصحة العالمية : صحتنا من سلامة كوكبنا ، تقرير اللجنة التابعة لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة و البيئة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الإسكندرية ، 1999.
- 125- منظمة الصحة العالمية : واقع السمّة عند أطفال مدارس القطرية ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، الدوحة ، قطر ، 2005.
- 126- منظمة الصحة العالمية و اليونيسيف : الإستراتيجية العالمية لتغذية الرضّع و صغار الأطفال ، 2002.
- 127- منظمة الصحة العالمية و برنامج الامم المتحدة للبيئة: الدليل الشامل للعاملين في خدمات صحة البيئة - الإنسان و الصحة و البيئة ، بالتعاون مع وكالة الامم المتحدة لإغاثة و تشغيل اللاجئين الفلسطينيين ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الاردن ، الجزء الاول ، 2004.
- 128- منظمة الصحة العالمية: إستراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي الشعبي 2014-2023، جنيف، سويسرا، 2014.
- 129- منظمة الصحة العالمية: التقارير المرحلية للأمانة، جمعية القمة العالمية الثالثة و الستون، البند 11-24، ابريل 2010.
- 130- منظمة الصحة العالمية: التقرير الخاص بالصحة في العالم، تمويل النظم الصحية ،جنيف، 2010.

- 131- منظمة الصحة العالمية: التقرير الخاص بالصحة في العالم، تحسين اداء النظم الصحية، جنيف، 2013.
- 132- منظمة الصحة العالمية: الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى 2008، جنيف
تر: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، مصر، القاهرة، 2008، ص 57.
- 133- منظمة الصحة العالمية: المبادرة العالمية لإستئصال شلل الاطفال، المجلس التنفيذي ، التقرير السنوي
2012.
- 134- منظمة الصحة العالمية: النظام الغذائي و التغذية و الوقاية من الامراض المزمنة، سلسلة التقارير الفنية
لمنظمة الصحة العالمية، جنيف، 2003.
- 135- منظمة الصحة العالمية: تقرير مرحلي حول بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة، المكتب
الإقليمي للشرق الأوسط، وثيقة إعلامية 3، يوليو 2012.
- 136- منظمة الصحة العالمية: تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في
العالم، جنيف، 2010.
- 137- منظمة الصحة العالمية: قسم مكافحة الامراض السارية ، التقرير السنوي 2001 ، المكتب الإقليمي
للشرق المتوسط ، القاهرة ، 2001.
- 138- منظمة الصحة العالمية: واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين ، المركز الثقافي للطفولة بالتعاون مع
المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الدوحة ، قطر ، 2009.
- 139- هاقان قوناش أنور: في/ مجلة التعاون الإقتصادي بين الدول الإسلامية، الصحة و قضايا الصحة العامة
في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي، 2004.
- 140- وزارة الصحة المملكة العربية السعودية : الدليل الإرشادي للمدارس للمشاركة في يوم الصحة العالمي
2013 للقاية من مرض ارتفاع ضغط الدم ، المملكة العربية السعودية صحة السعودية ، الإصدار الاول
، 2013.
- 140- وزارة الصحة و السكان ، و المعهد الوطني للصحة العمومية : البرنامج الجزائري للتلقينات "
الدفترا لصحي" الجزائر ، 1997.
- 141- وزارة الصحة و السكان و الجهاز المركزي للإحصاء و جامعة الدول العربية : المشروع اليمني لصحة
الاسرة ، التقرير الرئيسي ، المشروع العربي للصحة الأسرة ، اليمن 2003.
- 142- وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الاسرة 2002،
جامعة الدول العربية ، التقرير الرئيسي، 2004،
- 143- وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الام و الطفل ،
جامعة الدول العربية ، الجزائر ، 1992.

- 144- وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002،
جامعة الدول العربية ، التقرير الرئيسي، 2004.
- 145- وزارة الصحة و السكان واليونيسف :المسح العنقودي متعدد المؤشرات في اليمن 2006 ،المشروع العربي
لصحة الأسرة، 2006.
- 146- صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA: حالة سكان العالم 2012، تنظيم الأسرة و حقوق الإنسان و
التنمية، شعبة الإعلام و العلاقات الخارجية، نيويورك 2012.

د - الدراسات و الوثائق:

- 147- الديوان الوطني للإحصاءات : حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة.
- 148- الديوان الوطني للإحصاءات: ديموغرافيا الجزائر، 2014.
- 149- جمعية التنمية الصحية و البيئة: الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر - دراسة تحليلية للوضع
الراهن و رؤى مستقبلية، برنامج السياسات و النظم الصحية، 2005.
- 150- لجنة حقوق الإنسان النيابية: الخطة الوطنية لحقوق الإنسان "الحق في الصحة"، سلسلة الدراسات الخلفية،
بيروت، 2008.
- 151- وزارة الصحة و المكتب المركزي للإحصاء و بالتعاون مع اليونيسيف: دراسة عوامل انخفاض نسبة
التغطية بلقاحات الأطفال في سورية، 2008.

هـ - مواقع بعض الكتب pdf

- 152- الديوان الوطني للتعليم و التكوين عن بعد: التحول الاجتماعي و الاقتصادي في الجزائر من الموقع:
www.onefd.edu.dz
- 153- الشهابي سلوى جبار : دائرة الأسرة و المجتمع، 26 جانفي 2015 من الموقع: www.shabiba.com
- 154- الصويغ سهام عبد الرحمان: التنشئة الاجتماعية للطفل العربي و علاقتها بتنمية المعرفة، من الموقع:
http://musanadah.com/images/Tansh_Ejt_Tfl.pdf
- 155- المملكة العربية السعودية: كرسي ابحاث الربو، جامعة الملك سعود بالموقع [www.asthma-](http://www.asthma-ksu.com)
ksu.com
- 156- الهبدان محمد بن عبد الله: عمل المرأة، أقوال و اعترافات 2005، من الموقع www.saaaid.net
- 157- كتاب امراض الطفولة الشائعة من الموقع : www.To7af.com

158- مجلة الحياة الجديدة : التهاب اللوزتين اشهر امراض الاطفال في سن مبكرة ، العدد 5723 ،
اكتوبر 2011، ص23 من الموقع :

www.alhaya.ps

المراجع باللغة الاجنبية

A-Ouvrages généraux :

- 159- Angers Maurice: Initiation pratique a la méthodologie des sciences humain, casbah université, Alger, 1997.
- 160- BENATIA FAROUK : Le travail féminin en Algérie, Alger, SNED, SD.
- 161- Benatia. F : Les actions humanitaires pendant la lutte de libération (1954-1962), Alger, 1999.
- 162- Carter, L. Marshall, Md: Toward an educated health consumer, mass communication and quality in medical care, 1998.
- 163- Fanon Frantz : Sociologie d'une révolution, Maspero, Paris, 1972.
- 164- Ghiglioni Rodolphe et autres : Des Enquêtes Sociologique, Théorie et pratiques, Paris, 1970.
- 165- Grawit ,Madeleine : Méthodes des sciences sociales, 11eme Edition, Dalloz, paris, 2001.
- 166- Guy Rocher: Introduction a la sociologie générale, le changement social, Tom 3, Ed H.M.H, 1968.
- 167- Morel Annick, Gilles Lecoq et autre : Evaluation de la prise en charge du diabète, tom 1, France, Avril 2012.
- 168- William j.h, Abennathy.r: Health education in school, New-York, the Roland press company: 1959.

B- Dictionnaires :

- 169– Damart. A et autres : Nouveau Larousse médicale, Librairie Larousse, Paris, 1981
- 170– Maatouk Frederic: Dictionary of sociology English–French–Arabic, Edited and revised by : Mohamed Debs, Beirut, 1993

C– Colloques et études et articles :

- 171– Abrouk Samira : Epidémiologie du diabète de l'enfant dans la wilaya d'Alger, INSP, 2010.
- 172– Chachoua. L: système national de sante 1962 a nos jours, colloque international sur les –politique de sante, MSP en collaboration avec école nationale supérieure en sciences politiques, Alger 18–19 janvier 2014.
- 173– Laid Yousef: dialogue national interministériel sur le changement climatique secteur clé , pnud ,2010.
- 174– Mebtoul Mohamed : Article sur le system de soins algérien–ruptures et errance, el watan, 22–1–2013.
- 175– MSP : Etude du surpoids de obésité et des factures associes du surpoids chez les élèves du cycle moyen solarises dans les collèges publics de LEPSP Bouzareah, SEMEP, 2011.
- 176– ZIANI Liela et ZIANI Zoulikha: LE rôle de la Sécurité social dans le financement de la sante en Algérie, Université Bejaia,2012.

D– les documents, les revues et les rapports :

- 177– C.N.E.S : Rapport national sur le développement humain, PNUD, Algérie 2008.
- 178– Centre de l'asthme de l'hôpital de Montréal pour enfants : "l'enfant avant tout" l'asthme chez l'enfant, centre universitaire de sante McGill, Québec, canada, 2010.
- 179– CHAOUI FARID et LEGROS MICHEL et Autres : Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, IPEMED, Avril 2012.
- 180– Gouvernement Algérien : 2eme rapport nationale 2010 sur les objectifs du millénaire pour le développement, septembre 2010.

- 181– INSP et MSP : Programme National de lutte contre les carence nutritionnelles chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2010, Algérie, juin2011.
- 182– INSP et MSP : Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguée chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus, rapport annuel Année 2005.
- 183– Institut National de cancer : La situation du cancer en France 2012, France, 2012.
- 184– La Charte nationale de 1976, loi 64, 4ème chapitre.
- 185– La Revue de sante de la méditerranée orientale : prévalence du surpoids et de l'obésité chez des enfants scolarisés à Tébessa entre 1995 et 2007, Algérie, Vol 19, N7, 2013.
- 186– Ligue Nationale contre le cancer : Le cancer chez l'enfant et l'adolescent, information et prévention, France.
- 187– Médecine sans frontière : Analyse de la situation de l'enfance et de la femme en Algérie, Belgique, 2° version, juillet 1999.
- 188– Ministry of health and central bureau of statistics: Sudan household health survey, 2006.
- 189– Ministry of health, UNICEF: Egypt demographic and health survey 2008, USAID, Cairo, Egypt, 2009.
- 190– MSP : Guide de Prise en charge de la diarrhée chez L'enfant, Direction de la prévention, 2000.
- 191– MSP et INSP : Enquête CAP sur l'allaitement maternel auprès des ménages et des professionnels de sante, résultat préliminaires, octobre 2009.
- 192– MSP et INSP : Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie, 2000.
- 193– MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sante de la famille 2002, LEA, rapport préliminaire, juin 2004.
- 194– MSP et ONS : Enquête national a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006, Rapport Principal, Décembre 2008.
- 195– MSP et ONS : Enquête nationale a indicateurs multiples, Rapport principale, Décembre 2008, Algérie.
- 196– MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012–2013), Rapport finale, Algérie, 2015.
- 197– MSP et UNSP : Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, MICS2, Algérie 2001.

- 198– MSP : Enquête par grappes a indicateurs multiples (MICS4) 2012–2013, suivi de la situation des enfants et des femmes, en collaboration avec UNICEF et UNFPA, Rapport final, Algérie 2015.
- 199– MSP : Etude du surpoids de l'obésité et des facteurs associes au surpoids chez les élèves du cycle moyen scolarises dans les collèges publics du l'EPSP Bouzareah, service d'épidémiologie préventive, Bouzareah, 2011.
- 200– OMS : "Retarder les naissances" : dans/Journée mondiale de la santé, maternité sans risques, Genève, 1998.
- 201– OMS : Donnons sa chance a chaque mère et a chaque enfant, rapport sue la sante dans le monde 2005. Genève, suisse, 2005.
- 202– OMS : rapport sur la sante dans le monde 2006, geneve2006.
- 203– ONU : Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement, juillet 2005, Algérie.
- 204– Organisation de cooperation et de développement (ocde) : panorama de la sante 2011,les indicateur de l'ocde, paris , France, 2012.
- 205- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Sante et de la Population: circulaire n° :1, avril 1995.
- 206– République Algérienne Démocratique et Populaire, OMS : stratégie oms de coopération avec les pays.
- 207– Société Algérienne de pédiatrie : Guide sur le diagnostic et la prise en charge de l'asthme de l'enfant, décembre 2010.
- 208– Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie : quatrième conférence mondiale sur les femmes, rapport national, Beijing 4–15 septembre 1995.
- 209– UNICEF : le taux de mortalité infantile dans le monde continue de baisser, New Yourk, septembre 2008.
- 210– UNICEF : Situation Des Enfants Dans Le Monde 1994, New YORK.

E– Sites web :

- 211– www.altibbi.com
- 212– www.dermatologie.net/arabic
- 213– www.djazairess.com/alfadjr.
- 214– www.who.int/mediacentere/factsheets/fs227/ar.

الملاحف

استمارة مقابلة

الموضوع :

الأسرة و دورها في الرعاية الصحية

للأطفال الأقل من خمس سنوات

استمارة مقابلة

I - بيانات شخصية:

	□	□	1- ما هو سنك ؟

2- المستوى التعليمي	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
الزوجة	□	□	□	□	□
الزوج	□	□	□	□	□

3- مكان إقامتك :	1- منطقة حضرية □	2- منطقة ريفية □
4- ما هو عدد أطفالك ؟ □ □ □		
5- ما هو عدد أطفالك الأقل من خمس سنوات ؟ 1- طفل واحد □ 2- طفلان □ 3- ثلاثة أطفال □ فاكثر □		

II - بيانات حول الوضعية الاجتماعية و الاقتصادية للأسرة

6- ما نوع المسكن الذي تسكنين فيه حاليا ؟	1- فيلا □ 2- شقة □
	3- بيت تقليدي □ 4- بيت قصديري □
	5- شيء آخر □
7- ما هي طبيعة هذا المسكن ؟	
1- مسكن جماعي □	
2- مسكن فردي ملكية خاصة □	
3- مسكن فردي مستأجر □	
4- آخر □	
8- ما هو عدد الغرف في مسكنك عدا الحمام و المطبخ ؟	
1- غرفة واحدة □ 2- غرفتين □ 3- ثلاث غرف □	
4- أربع غرف □ 5- خمسة فاكثر □	
9- هل تتوفر عندكم ؟	
1 - وسيلة نقل □	2- تلفاز □
5 - كمبيوتر □	6- الإتصال بشبكة الإنترنت □
9 - هاتف نقال □	10- مطبخ ألي □
13- سخان ماء □	14 - مكيف هوائي □
16- الإتصال بشبكات الصرف الصحي □	
3- راديو □	4- هوائي مقعر □
7 - ثلاجة □	8- هاتف ثابت □
11- ثلاجة □	12- آلة غسيل □
15- التمديد بالمياه الصالحة للشرب □	

10 - ما تعبيرك عن المحيط الداخلي و الخارجي للمسكن ؟

1- محيط جيد ☐ 2- محيط فيه نقائص ☐

في حالة الإجابة ب (2) ما هي أهم النقائص ؟

1- تراكم لكمادات الاوساخ ☐

2- تلوث الهواء الجوي ☐

3- الرطوبة العالية ☐

4- تسرب لقنوات الصرف الصحي ☐ 5- أخرى ☐

11- الوضعية المهنية للزوج : 1- يعمل ☐ 2- لا يعمل ☐

12- ما نوع عمل الزوج ؟

1- بطل ☐ 2- موظف بسيط ☐ 3- مهنة حرة متوسطة ☐ 4- اطار عالي ☐

5- مهنة حرة عالية ☐

13- الوضعية المهنية للزوجة : 1- تعمل ☐ 2- لا ☐

14- ما نوع عملك ؟

1- لا تعمل ☐ 2- موظفة بسيطة ☐ 3- مهنة حرة متوسطة ☐ 4- إطار عالي ☐

5- مهنة حرة عالية ☐

15- كيف هو حال أسرتك من حيث انتسابها للضمان الاجتماعي ؟

1- مؤمنة اجتماعيا ☐ 2- غير مؤمنة اجتماعيا ☐

16- تحديد الدخل الشهري	الزوجة	الزوج
بدون دخل شهري	☐	☐
أقل من 18000 دج	☐	☐
[18000 - 25000 دج]	☐	☐
[25000 - 32000 دج]	☐	☐
[32000 - 39000 دج]	☐	☐
[39000 - 46000 دج]	☐	☐
أكثر من 46000 دج	☐	☐

17 - هل تواجهين صعوبات في تقديم الرعاية الصحية لأطفالك ؟ 1 - نعم ☐ 2 - لا ☐ ما هي أهم العوامل المؤثرة في حالة الإجابة بنعم ؟ 1- انخفاض الدخل الأسري ☐ 2- مشكل السكن ☐ 3- قلة المعارف حول المسائل الصحية ☐ 4- الحجم الكبير للأسرة ☐ 5 - أخرى ☐
18- ما تقييمك للعلاقات داخل أسرتك ؟
1-علاقات يسودها التفاهم ☐ 2- علاقات يكثر فيها العنف اللفظي من طرف الزوج ☐ 3- علاقات شجار دائم مع أهل الزوج ☐
III - بيانات حول صحة الطفل و الثقافة الصحية للأسرة :
19- هل حدث و أن فقدت مولود قبل بلوغه خمس سنوات ؟ نعم ☐ لا ☐
في حالة الإجابة بنعم فما هو السبب في ذلك ؟ 1- كان مريض منذ ولادته ☐ 2- أصابه مرض و تأزمت حالته ☐ 3- عدم كفاءة الأطباء ☐ 4- أصابه حادث منزلي ☐ 5- أخرى ☐
20- هل تقومين بتنظيم نسلك ؟ نعم ☐ لا ☐ لماذا في كل حالة ؟.....
21- ما هو المشكل المرضي الذي يعاني منه طفلك؟ 1- أمراض صدرية و تنفسية ☐ 2- أمراض الحساسية ☐ 3- أمراض الإسهال ☐ 4- أمراض مزمنة ☐ 5- أمراض جلدية ☐ 6- أمراض أخرى ☐
22- هل أبنتك ؟ 1- كثير المرض ☐ 2- نادرا ما يصيبه مرض ☐
23- هل هذه الحالة المرضية جديدة على ابنتك؟ نعم ☐ لا ☐
24- كيف حدث له ذلك ؟ 1- لقد تعرض لنوبة برد ☐ 2- أصابته عدوى ☐ 3- أصابه حادث ☐ 4- أصابته حالة تسمم ☐ 5- أخرى ☐

25- كيف كان تصرفك عند ملاحظة أعراض المرض على ابنك؟

- ☐ 1- توجهت به مباشرة إلى الطبيب
- ☐ 2- أعطيته بعض المسكنات
- ☐ 3- أعطيته بعض الوصفات الشعبية
- ☐ 4- اشتريت له دواء من الصيدلي
- ☐ 5- أخرى

26- كم من يوم تركته على ذلك الحال ؟

- ☐ 1- أخذته في الحال ولم أتركه ينتظر
- ☐ 2- تركته يوم واحد
- ☐ 3- تركته يومان
- ☐ 4- تركته ثلاثة أيام
- ☐ 5- أكثر من ثلاثة أيام

27- ما هي الأسباب التي جعلتك تسرعين به إلى الطبيب ؟

- ☐ 1- الخوف من تأزم الحالة المرضية للطفل
- ☐ 2- التجربة القاسية للأم هي السبب
- ☐ 3- الخوف من أن يكون السبب حالة مرضية خفية
- ☐ 4- أخاف من النوبات المتكررة لطفلي
- ☐ 5- أخرى

28- ماهي الأسباب التي جعلتك تنتظرين تلك الفترة ؟

- ☐ 1- البعد المكاني
- ☐ 2- عدم امتلاك وسيلة نقل
- ☐ 3- تكاليف العلاج
- ☐ 4- كنت انتظر منه الشفاء فكثرة الادوية غير منصوحة للطفل
- ☐ 5- أخرى

29- في رأيك ما هي المرحلة التي يجب أن نبدأ فيها بالإعتناء بصحة فم الطفل؟

- ☐ 1- المرحلة الاقل من خمس سنوات
- ☐ 2- من خمس سنوات فما فوق تزامنا مع اختفاء الاسنان اللبنية

30- هل تتركين الخضار و الفواكه مدة من الوقت في الماء قبل تقديمها للطفل ؟

- ☐ 1- لا أتركها ،أغسلها و أقدمها مباشرة
- ☐ 2- نعم أتركها بضع دقائق

31 - كيف أرضعت طفلك ؟

- ☐ 1- طبيعيا
- ☐ 2- اصطناعيا
- ☐ 3- خليط بينهما

32- ما هي المدة التي استفاد منها الطفل بالرضاعة الطبيعية الخالصة ؟

- 1- من 0-3 أشهر ☐ 2- من 4-7 أشهر ☐
3- من 8-11 شهر ☐ 4- أكثر من سنة ☐

33- ما هي أسباب ترك الرضاعة الطبيعية الخالصة ؟

- 1- ليس لدي ما يكفي من الحليب ☐ 2 - الطفل يرفضني ☐
3- العمل خارج المنزل هو السبب ☐ 4 - بسبب المرض ☐
5- أخرى ☐

34- ما نوع القنينة المستعملة في حالة إرضاع أو إعطاء شيء إضافي للطفل؟

- 1- قنينة من الزجاج ☐
2- قنينة من البلاستيك ☐
3- النوعين معا ☐

35 - كيف تهتمين بنظافة القنينة ؟

- 1 - أقوم بتعقيمها بعد كل رضعة ☐
2- أغسلها جيدا بالماء و الصابون ☐
3- أغليها مرة أو مرتين في اليوم ☐

36 -هل تقدمين لطفلك ؟

- 1- ماء الحنفية ☐
2- ماء مغلي ☐
3- ماء معدني ☐
4- حالة أخرى ☐

37- هل ترين أن وزن طفلك ؟

☐

1- طبيعي

☐

2- يعاني من زيادة في الوزن

☐

3- يعاني من نقص في الوزن

38- ما نوع الأواني التي تطبخين فيها ؟

☐

1- أواني من الألومنيوم

☐

2- أواني من الإنوكس

☐

3- أواني أخرى

39- ما تقييمك للوجبات الغذائية المعدة لأطفالك ؟

☐

2- وجبات غذائية ناقصة

☐

1 - وجبات غذائية صحية كاملة

إذا كان الجواب (رقم 1) فعلى ماذا يقوم الغذاء الصحي عندك ؟

☐

1- خلط بين أنواع كثيرة من الأغذية ذات القيمة العالية من مختلف المجموعات الغذائية

☐

2- خلط الأغذية المناسبة لكل مرحلة عمرية للطفل

2- إذا كان الجواب رقم 2 فكيف اعتبرت أن الغذاء ناقص؟

☐

1- غذاء طفلي لا يتميز بالخصوصية عن غذاء الكبار

☐

2- نادرا ما تحوي الوجبة على بروتينات أو مشتقات الحليب الأساسية

40- إذا ألحّ عليك ابنك بأن تشتري له نوع من المأكولات أو المشروبات المصنعة فهل ؟

☐

2- تمتنعين عن ذلك

☐

1- تلبين له الرغبة في الحال

☐

3- تلبين له ذلك أحيانا

41- ما هو المكان الذي اعتاد أن يلعب فيه أطفالك ؟

☐

1- في البيت أو الأماكن المخصصة لذلك

☐

2- في الحي

42- عند شراء لعبة لطفلك هل تختارين ؟

☐

1- الغير مكلفة

☐

2- الجذابة

☐

3- ذات النوعية الجيدة

☐

4- حالة أخرى

IV - الخدمات الصحية وتأثيرها على الرعاية الصحية للطفل

43- أي من القطاعات الإستشفائية تفضلين التوجه إليها في حالة مرض الطفل ؟

1- القطاع العمومي ☐ 2- القطاع الخاص ☐

- لماذا في كل حالة ؟.....

- إذا كان اختيارك للقطاع الخاص فهل تتوجهين إلى : 1 - طبيب خاص بالأطفال ☐

2- طبيب عام ☐

44- هل سبق و ان كانت الخدمات الصحية سببا في تدهور الحالة الصحية لأبنك

1- نعم ☐ 2- لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم فما هو الخطأ المرتكب ؟

☐

1- خطأ في تشخيص المرض

☐

2- خطأ في تحديد كمية الجرعة

☐

3- خطأ في تحديد نوع الدواء

☐

4- أخرى

- ماذا كانت نتيجة الخطأ المرتكب ؟

☐

1- ظهور أعراض جانبية خطيرة للطفل

☐

2- حدوث إعاقة للطفل

☐

3- وفاة الطفل

☐

4- أخرى

- حسب معلوماتك ما هي أسباب الوقوع في تلك الأخطاء الطبية ؟

☐

1- نقص التجهيزات و العتاد الصحي

☐

2- نقص في الخبرة وعدم التأهيل

☐

3- أخطاء في نتيجة التحاليل الطبية

☐

4- أخرى

45- أثناء اجراء الفحص الطبي لإبنك ، كيف كانت العلاقة بينك و بين الطبيب المعاین ؟

☐

1- علاقة انسانية كلها عطف و تفهم

☐

2- علاقة كبرياء يقوم بالفحص دون أن يولي أدنى اهتمام للمريض

و كان يكلمني بمصطلحات علمية وبلغه أجنبية لم أفهم كلامه

46- هل وفاق الطبيب المعاین بكافة المعلومات عن مرض أبنك ؟

☐☐

1- نعم

2- لا

47- هل خرجت من عند الطبيب و انت ملمة بكيفية أخذ الدواء و الجرعة اللازمة

☐☐

1- نعم

2- لا

48- هل كنت تشعرين بالرضا و الارتياح من الخدمات المتوفرة في المؤسسات الإستشفائية التي زرتها ؟

1- نعم ☐

2- لا ☐

- فيما تتمثل أهم النقائص ؟

☐

1- التعرض لاختفاء طبية

☐

2- سوء في التوجيه

☐

3- نقائص في حفظ المعلومات

☐

4- أخرى

49- هل تشجعك الخدمات الصحية المتوفرة على الذهاب و الإسراع بالطفل إلى المؤسسة الإستشفائية في

حالة مرض الطفل أم العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج ؟

☐

1- التوجه إلى المؤسسة الإستشفائية

☐

2- العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج

50- هل كان هذا المستشفى وجهتك الأولى ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كان لا : ماهو سبب تواجدك أو تحويلك إلى هذا المستشفى :

☐

1- نقص في العتاد الصحي

☐

2- عدم القدرة على تشخيص المرض

☐

3- الأخطاء الكثيرة

☐

4- أخرى

51- هل اعترضتك صعوبات أثناء طلب الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية الحالية ؟

1- نعم ☐

2- لا ☐

في حالة نعم ما هي أهم الصعوبات ؟

☐

1- انعدام النظام

☐☐

2- البيروقراطية

☐

3- الازدحام و كثرة الانتظار

☐

4- نقص الكفاءات الطبية

☐

5- أخرى

☐

52- ما تقييمك لجودة الخدمات المقدمة لطفلك ؟

☐

1- رديئة

☐

2- متوسطة

☐

3- حسنة

☐

4- جيدة

53- هل واجهت صعوبات تتعلق بالتوجيه داخل هذا المشفى ؟

☐

1- نعم

☐

2- لا

54- ما قولك عن النظافة داخل هذا المشفى ؟

☐

1- مكان تتوفر فيه النظافة

2- مكان لا تتوفر فيه النظافة ☐

55- ما قولك في مهارة اطباء هذا المشفى ؟

1- أطباء أكفاء ☐

2- تنقصهم المهارة الطبية ☐

57- حسب رأيك كيف يجب أن يكون التعامل بين الطبيب و المريض؟

1- أن يخاطب الطبيب المريض بلغته ☐

2- أن يسمع لشكواه حتى يتوصل للعلاج المناسب ☐

3- أن يتعاطف الطبيب مع المريض ☐

4- أن يعمل على تنمية وعيه و ثقافته في بعض المسائل الصحية ☐

انتهى

الملحق 2 - الجداول و الرسوم البيانية

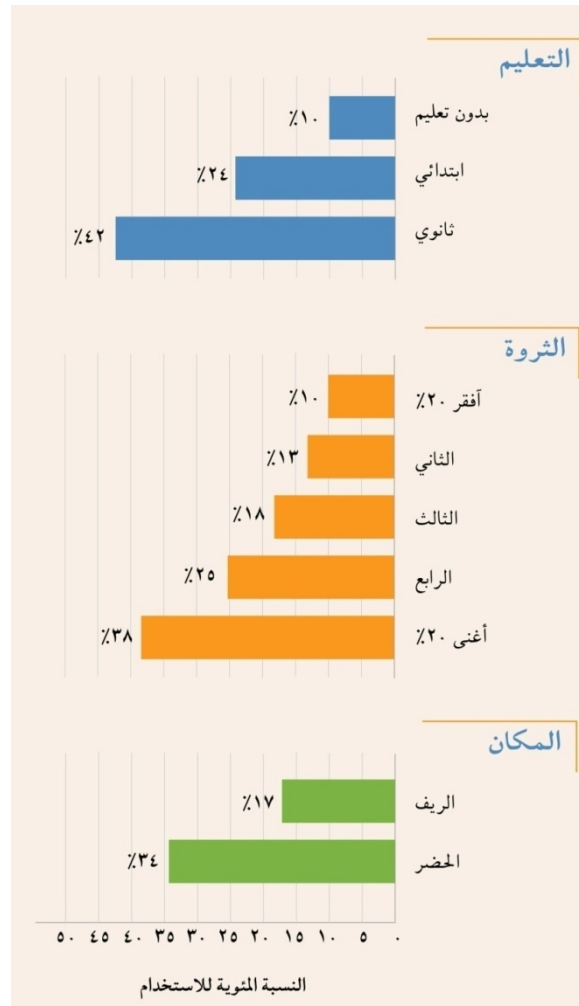
الجدول رقم (1) : توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية و مدة رضاعة الطفل الأخير.

المجموع		مدة رضاعة الطفل الأخير (شهر)					الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية	
العدد	%	من 13 +	من 10-12	من 7-9	من 4-6	أقل من 4		
28	100	25.0	10.7	10.7	28.6	35.7	أقل من 25 سنة	العمر الحالي للإم
108	100	29.6	6.5	9.2	23.1	32.4	من 25 - 34	
36	100	47.2	8.3	2.8	13.9	27.8	من 35 +	
92	100	19.6	7.6	8.7	29.3	35.9	حضري	مكان النشأة
80	100	47.5	7.5	7.5	13.8	23.8	ريفي	
63	100	47.6	11.1	6.3	7.9	27.0	منخفض	المستوى التعليمي
36	100	25.0	8.3	5.6	27.8	33.3	متوسط	
73	100	23.3	4.1	9.6	31.5	31.5	عالي	
105	100	41.0	9.5	5.7	16.2	27.6	حاليا لا تعمل	عمل الأم
20	100	30.0	-	10.0	25.0	35.0	عملت سابقا	
47	100	14.9	6.4	10.6	34.0	34.0	تعمل حاليا	
40	100	50.0	5.0	7.5	7.5	30.6	منخفض	المستوى التعليمي للزوج
56	100	39.3	8.9	3.6	12.5	35.7	متوسط	
76	100	18.4	7.9	10.5	26.8	26.3	عالي	
88	100	28.4	6.8	9.1	25.0	30.6	ذكر	جنس المولود الأخير
84	100	36.9	8.3	6.0	19.0	29.8	أنثى	
121	100	32.2	7.4	6.6	19.8	33.9	لا يوجد	عدد مرات الإجهاض
34	100	35.3	8.8	5.9	23.5	26.4	1	
17	100	29.4	5.9	17.6	35.3	11.8	2 +	
90	100	26.7	2.2	6.7	27.8	26.7	تستخدم مانع حاليا	استخدام موانع الحمل
82	100	39.0	13.3	8.5	15.9	23.2	لا تستخدم مانع حاليا	
36	100	33.3	-	2.8	22.2	41.7	مانع تقليدي	نوع المانع المستخدم
54	100	22.2	3.7	9.3	31.5	33.3	مانع حديث	
172	100	32.6	7.6	7.6	22.1	30.0		المجموع
		57	13	13	38	51		العدد

الجدول رقم (2): توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية و مدة رضاعة الطفل قبل الأخير

المجموع		مدة رضاعة الطفل الأخير (شهر)					الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية	
العدد	%	أقل من 4	من 4 - 6	من 7 - 9	من 10 - 12	من 13 +		
28	100	3.6	17.9	3.6	7.1	67.9	العمر الحالي للأم	أقل من 25 سنة
108	100	18.5	11.1	9.3	3.7	57.4		من 25 - 34
36	100	16.7	5.6	8.3	8.3	61.1		من 35 +
92	100	21.7	15.2	8.7	5.4	48.9	مكان النشأة	حضري
92	100	8.8	6.3	7.5	5.0	72.5		ريفي
80	100	15.9	4.8	6.3	4.8	78.3	المستوى التعليمي	منخفض
63	100	19.4	16.7	5.6	8.3	50.0		متوسط
73	100	13.7	13.7	22.0	4.2	57.5		عالي
20	100	16.2	9.5	7.6	6.7	60.0	عمل الأم	حاليا لا تعمل
47	100	10.0	20.0	5.0	5.0	60.0		عملت سابقا
47	100	17.0	10.6	10.6	2.1	59.6		تعمل حاليا
40	100	17.5	10.0	2.5	5.0	60.0	المستوى التعليمي للزوج	منخفض
56	100	19.6	12.5	1.8	7.1	58.9		متوسط
76	100	11.8	10.5	13.2	3.9	60.5		عالي
88	100	13.6	11.4	8.0	6.8	60.2	جنس المولود الأخير	ذكر
84	100	17.9	10.7	8.3	3.6	59.5		أنثى
121	100	18.2	9.9	7.4	5.8	58.7	عدد مرات الإجهاض	لا يوجد
17	100	11.8	11.8	8.8	-	67.6		1
17	100	5.9	17.6	11.8	11.8	52.9		2 +
90	100	21.1	14.4	8.9	3.3	52.2	استخدام موانع الحمل	تستخدم مانع حاليا
82	100	9.8	7.3	7.3	7.3	68.3		لا تستخدم مانع حاليا
36	100	19.4	8.3	8.3	-	63.9	نوع المانع المستخدم	مانع تقليدي
54	100	22.2	18.5	9.3	5.6	44.4		مانع حالي
172	100	15.7	11.0	8.1	5.2	59.9	المجموع	
		27	19	14	9	103	العدد	

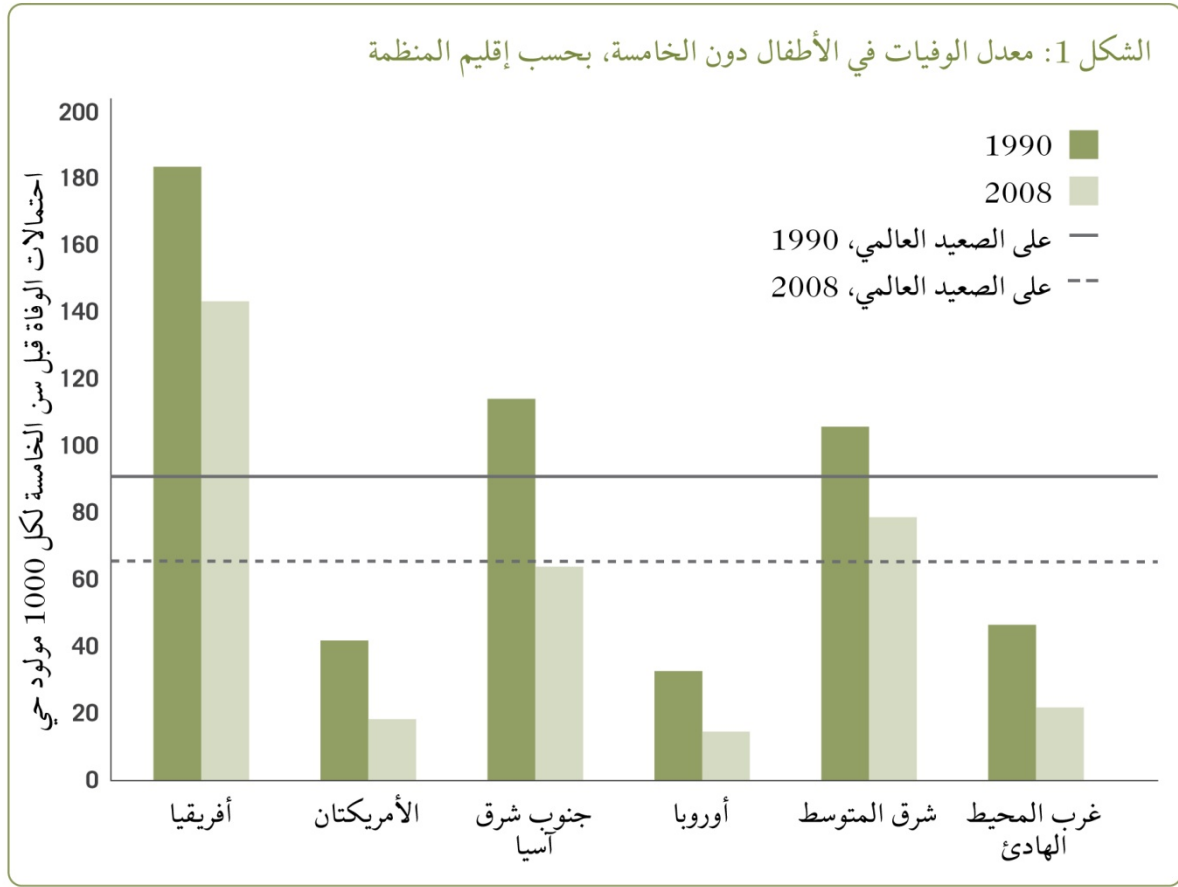
الرسم البياني رقم (1): أدنى معدلات استخدام وسائل منع الحمل بين أفقر النساء وأقلهنّ تعليماً و بين النساء في المناطق الريفية في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA : حالة سكان العالم 2012، تنظيم الأسرة و حقوق الإنسان و التنمية، شعبة الإعلام و العلاقات الخارجية ،

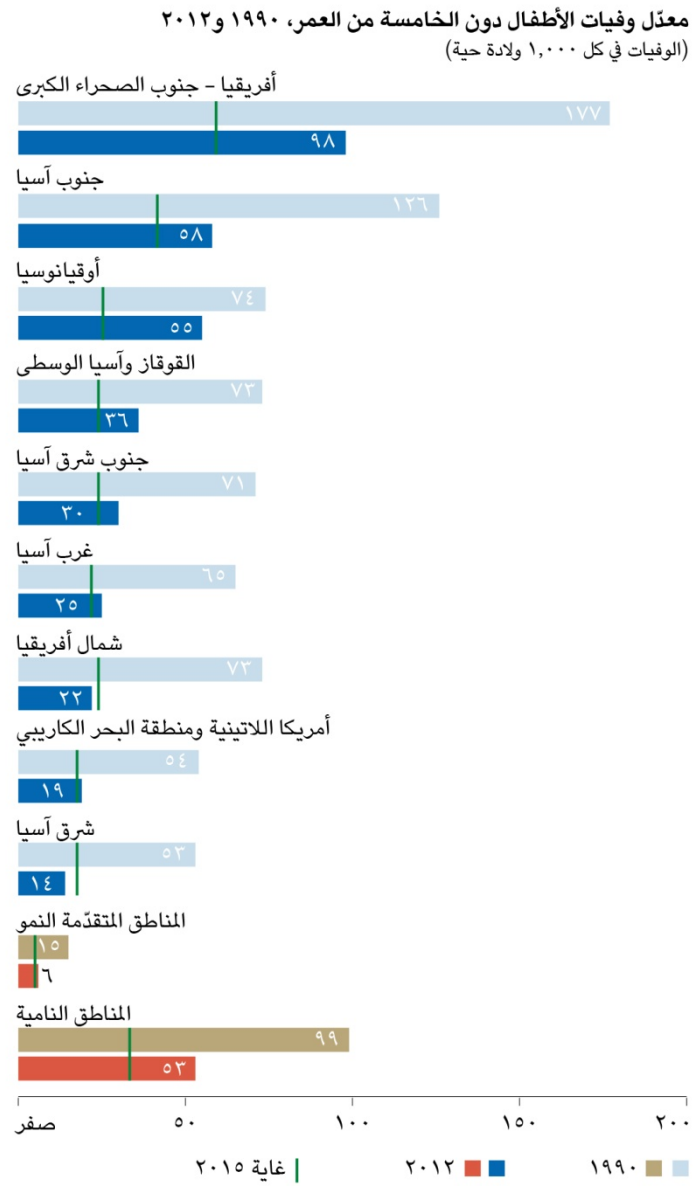
نيويورك 2012 ، ص 21.

الرسم البياني رقم (2): أعمدة بيانية تبين معدل الوفيات للأطفال دون الخامسة حسب الإقليم . في الفترة 1990-1999 و الفترة 2000-2008 .



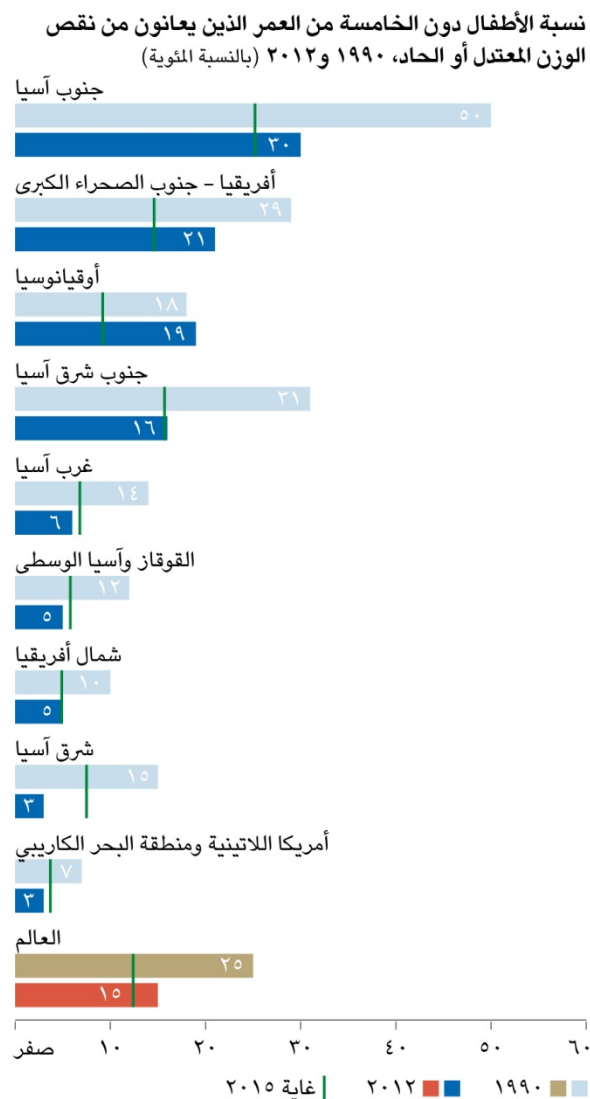
المرجع : منظمة الصحة العالمية : الإحصاءات الصحية العالمية ، إدارة الإحصاءات الصحية ، جنيف ، 2010 ، ص 13 .

الرسم البياني رقم (3) : معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر من سنة 1990 إلى سنة 2012
في دول العالم



المصدر: الأمم المتحدة : الأهداف الإنمائية للألفية 2015 ، بإمكاننا إنهاء الفقر ، نيويورك ، 2014 ، ص 24.

الرسم البياني رقم (4): نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن المعتدل و الحاد في الفترة (1990-2012)



المصدر : الأمم المتحدة : الأهداف الإنمائية للألفية 2015 ، بإمكاننا إنهاء الفقر ، نيويورك ، 2014، ص 13.

الجدول رقم (3): اتجاهات وفيات الأطفال دون الخامسة لألف مولود حي في المغرب للفترات الخمس السابقة للمسح حسب نوع الوفاة و المصدر

وفيات الأطفال دون الخامسة (5q0)	المصادر
91,6	المسح المغربي الأول حول السكان والصحة-I DHS (1987)
76,1	المسح المغربي الثاني حول السكان والصحة-II DHS (1992)
61,0	المسح المغربي حول صحة الأم والطفل (PAPCHILD) العينة الصغيرة 1997
45,8	المسح المغربي حول صحة الأم والطفل (PAPCHILD) العينة الكبيرة 1997
47,0	المسح المغربي حول السكان والصحة العائلية 2003-2004

المصدر: وزارة الصحة المغربية و هيئة المسوح الصحية الديموغرافية : المسح الوطني حول السكان و صحة الأسرة للمغرب (التقرير الرئيسي 2003-

2004) ، المشروع العربي لصحة الأسرة جامعة الدول العربية ،2005، ص 167

الجدول رقم (4): التغير في معدل وفيات الرضع و الأطفال الأقل من خمس سنوات في مصر للفترة (1967-2006).

السنوات	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات
1967	63	243
1980	48	157
1986	39	102
1993	30	81
1998	24	54
2003	20	41
2006	16	28

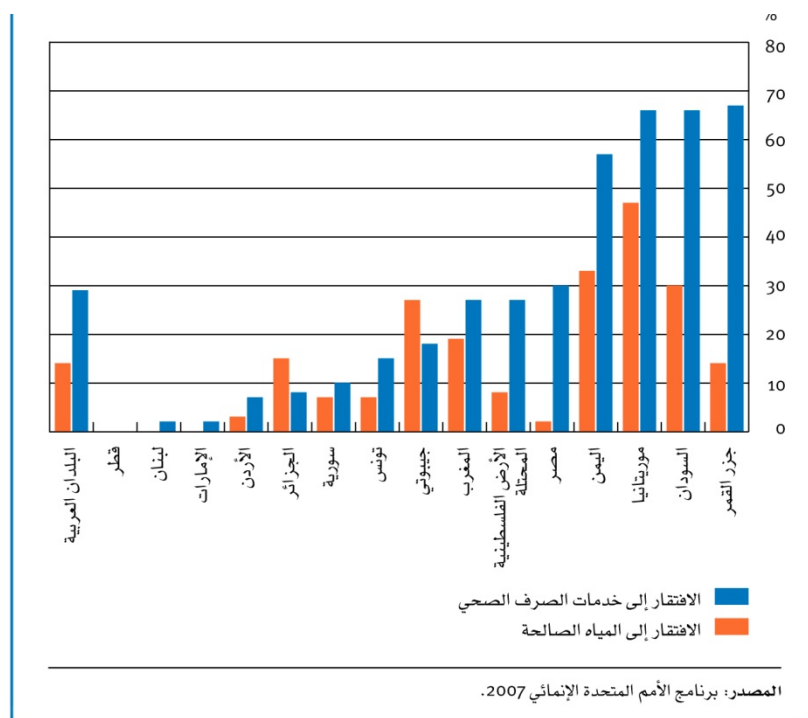
Source : – Ministry of health,Unicef : Egypt demographic and health survey 2008 , opcit,p117.

الجدول رقم (5): نسب الأطفال الغير محصنين ضد الكزاز و الحصبة في الفترة(2008-2012)

الدول العربية	الكزاز (%)	الأطفال الغير محصنين ضد الحصبة
الجزائر	1.0	5.0
البحرين	1.0	1.0
جزر القمر	9.0	15
جيبوتي	15	17
مصر	6.0	7.0
العراق	13	31
الأردن	2.0	2.0
الكويت	1.0	1.0
لبنان	16	20
ليبيا	-	-
موريتانيا	-	-
المغرب	1.0	1.0
عمان	1.0	1.0
فلسطين	-	-
قطر	6.0	3
المملكة العربية السعودية	2.0	2.0
الصومال	-	-
السودان	1.0	15
سوريا	-	-
تونس	1.0	4.0
إمارات العربية المتحدة	-	-
اليمن	11	29

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2014، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2014 ، ص... ص 182-183-184-

الرسم البياني رقم (5): النسبة المئوية للسكان الذين لا يحصلون على المياه الصالحة وخدمات الصرف الصحي في 15 بلدا عربيا لسنة 2007.



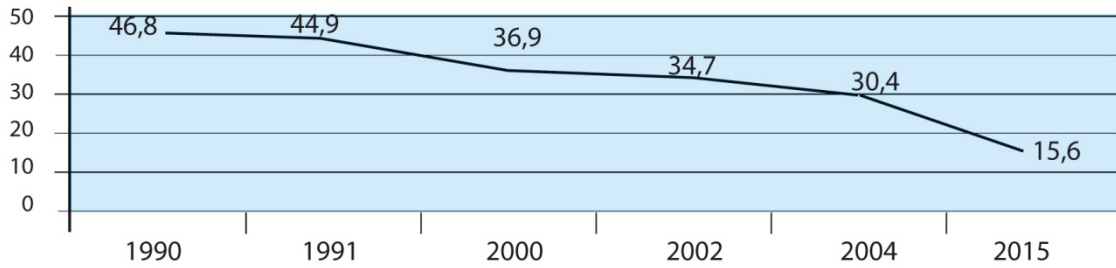
المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية العربية الإنسانية ، المكتب الإقليمي للدول العربية، بيروت، لبنان، 2009 ، ص45.

جدول رقم (6): التطور لحالات الوفاة و البقاء في المستشفى للأطفال الأقل من خمس سنوات بسبب امراض الإسهال و الأمراض التنفسية الحادة في الفترة (1995-1998).

1998	1997	1996	1995	المؤشرات السنوات
104.118	118.331	107.729	126.096	الأطفال الذين دخلوا المستشفى لأسباب مختلفة
6.694	8.095	7.995	8.526	عدد الوفيات المبلغ عنها
16.372 %15.7	19.351 %16.4	16.033 %14.9	19.787 %15.7	الأطفال الذين دخلوا بسبب الإسهال
954 %14.3	1.342 %16.6	1.096 13.7	1.500 %17.6	وفيات الإسهال المبلغ عنها
26.650 %25.5	27.797 %23.5	23.233 %21.6	29.035 %23	الأطفال الذين دخلوا بسبب أمراض تنفسية حادة
1.006 %15	1.139 %14.10	1.034 %12.9	1.283 %15	وفيات الأمراض التنفسية المبلغ عنها

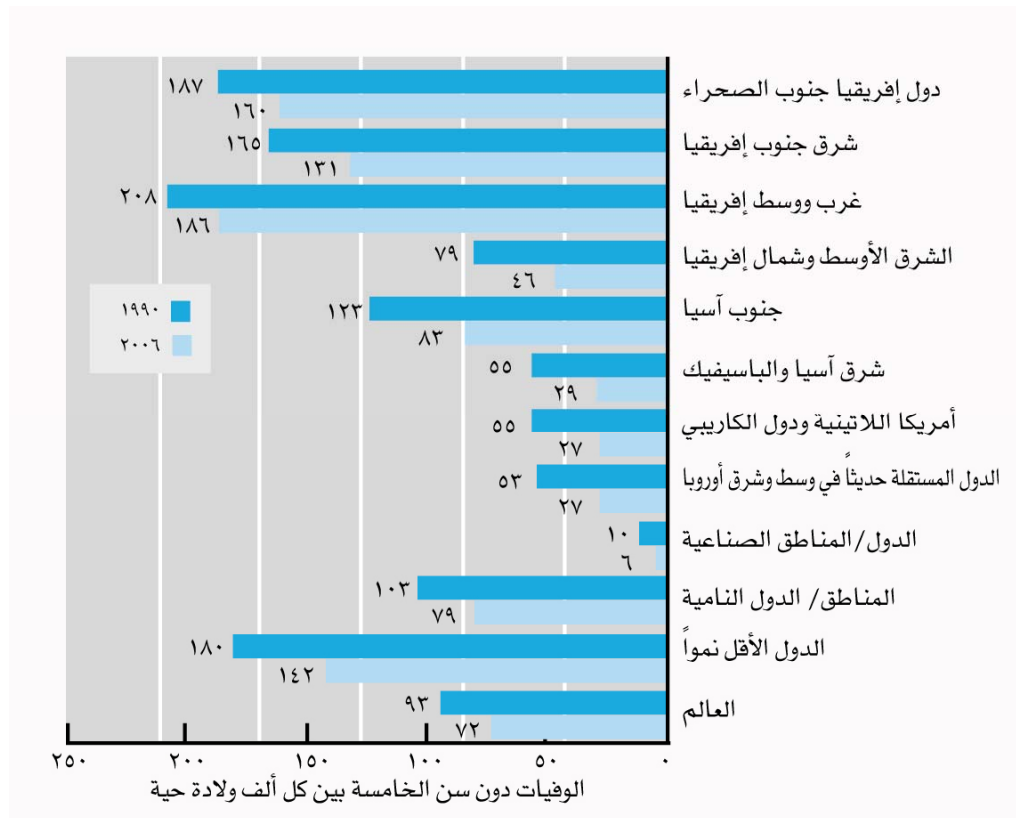
Source : OMS / cite par Medecine sans frontier : Analyse de la situation de lenfance et de la femme en Algerie ,
rapport national, Beijing , 4-15 septembre 1995 ,P72.

الرسم البياني رقم (6): التطور في معدلات وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات حسب التقرير الوطني لاهداف الالفية



Source: ONU :Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement , juillet 2005, Algerie , p 50 .

الرسم البياني رقم (7): متوسط معدل الخفض السنوي في وفيات الأطفال خلال السنوات 1990 و 2006.



المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) : وضع أطفال العالم 2008, المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 2008، ص6.

الجدول رقم(7): توزيع أفراد العينة حسب الأسباب المتحكمة في تصرف المبحوثة مع مرض الطفل

%	ك	التكرار
		اسباب عدم التوجه المباشر إلى الطبيب
20,9	79	البعد المكاني
11,9	45	عدم امتلاك وسيلة نقل
22,8	86	تكاليف العلاج و الدواء
34,9	132	كنت أنتظر منه الشفاء فكثرة الأدوية غير منصوحة للطفل
9,5	36	أخرى
100	378	المجموع

الجدول رقم (8): توزيع المبحوثات حسب الأسباب التي تحدد اتجاههنّ في مسألة تنظيم النسل

%	ك	التكرار
		أسباب عدم تنظيم النسل
28,8	32	زوجي يمنعني من باب أنه حرام
34,2	38	حتى يرزقني الله بمولود ذكر
20,7	23	لا أجد وسيلة منع حمل تساعدني
16,2	18	أريد إنجاب مولود آخر
100	111	المجموع

الجدول رقم (9): توزيع المبحوثات حسب توزيع الوجبة الغذائية الناقصة حسب تقدير المبحوثة

%	ك	التكرار
		مميزات الوجبات الناقصة
53	125	غذاء الطفل لا يتميز بالخصوصية عن غذاء الكبار
47	111	نادرا ما تحتوي الوجبة على بروتينات او مشتقات الحليب الاساسية
100	236	المجموع

1- بيان وزارة الصحة و اصلاح المستشفيات حول التلقيح لبعض الامراض المتنقلة

2007

36		الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية / العدد 75		22 ذو القعدة عام 1428 هـ 2 ديسمبر سنة 2007 م	
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات قرار مؤرخ في 30 جمادى الثانية عام 1428 الموافق 15 يوليو سنة 2007، يحدد جدول التلقيح الإلزامي المضاد لبعض الأمراض المتنقلة.					
إن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، - بمقتضى المرسوم رقم 69 - 88 المؤرخ في 2 ربيع الأول عام 1389 الموافق 17 يونيو سنة 1969 الذي يجعل بعض التلقيحات إجبارية، المعدل، لا سيما المادتان الأولى و 16 منه، - وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 07 - 173 المؤرخ في 18 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 4 يونيو سنة 2007 والمتضمن تعيين أعضاء الحكومة، - وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 96 - 66 المؤرخ في 7 رمضان عام 1416 الموافق 27 يناير سنة 1996 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان، - وبمقتضى القرار المؤرخ في أول شعبان عام 1421 الموافق 28 أكتوبر سنة 2000 الذي يحدد جدول التلقيح الإلزامي المضاد لبعض الأمراض المتنقلة، يقرر ما يأتي : المادة الأولى : تطبيقا لأحكام المرسوم رقم 69 - 88 المؤرخ في 2 ربيع الأول عام 1389 الموافق 17 يونيو سنة 1969 والمذكور أعلاه، يهدف هذا القرار إلى تحديد جدول التلقيح الإلزامي المضاد لبعض الأمراض المتنقلة. المادة 2 : يحدد جدول التلقيح الإلزامي المضاد للأمراض المذكورة في المادة الأولى من المرسوم رقم 69 - 88 المؤرخ في 2 ربيع الأول عام 1389 الموافق 17 يونيو سنة 1969 والمذكور أعلاه، طبقا للجدول الآتي :					
سن التلقيح		اللقاحات			
4 أشهر		- مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي - مضاد للشلل (عن طريق الفم) - الجرعة الثانية المضاد للهموفيلوس اللافلونزي " ب "			
5 أشهر		- مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي - مضاد للشلل (عن طريق الفم) - الجرعة الثالثة من التلقيح المضاد لالتهاب الكبد " ب " - الجرعة الثالثة المضاد للهموفيلوس اللافلونزي " ب "			
9 أشهر		- مضاد للحصبة			
18 شهرا		- مضاد للخناق، مضاد للكزاز، مضاد للسعال الديكي - مضاد للشلل (عن طريق الفم) - إعادة التلقيح المضاد للهموفيلوس اللافلونزي " ب "			
6 سنوات		- مضاد للخناق، مضاد للكزاز (للأطفال) - مضاد للشلل (عن طريق الفم) - مضاد للحصبة			
11 - 13 سنة		- مضاد للخناق، مضاد للكزاز (لل كبار) - مضاد للشلل (عن طريق الفم)			
16 - 18 سنة		- مضاد للخناق، مضاد للكزاز (لل كبار) - مضاد للشلل (عن طريق الفم)			
كل 10 سنوات بعد بلوغ 18 سنة من العمر		- مضاد للخناق، المضاد للكزاز (لل كبار)			
المادة 3 : تلغى أحكام القرار المؤرخ في أول شعبان عام 1421 الموافق 28 أكتوبر سنة 2000 والمذكور أعلاه. المادة 4 : ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. حرر بالجزائر في 30 جمادى الثانية عام 1428 الموافق 15 يوليو سنة 2007. عمار تو					

2- اللقاحات المدرجة ضمن الرزنامة الوطنية للقاحات الاطفال 2016

يتعلق الامر باللقاح المضاد للدفتيريا و التيتانوس و السعال الديكي و التهاب الكبد الفيروسي (ب) و الفيروسات التنفسية.

و تمس هذه العملية التي شرعت وزارة الصحة في تطبيقها ابتداء من 24 افريل 2016 للأطفال الرضع الذين بلغ سنهم شهرين.

وأكد مدير الوقاية و ترقية الصحة بالوزارة اسماعيل مصباح أن هذه الفئة من الأطفال ستتلقى لقاحان ، الأول مدمج في لقاح واحد يجمع بين أربعة لقاحات وهي اللقاح المضاد للدفتيريا و التيتانوس و السعال الديكي و التهاب الكبد الفيروسي في حين يتمثل الثاني في اللقاح المضاد للمكورات الرئوية و تكون هذه الجرعات متبوعة بجرعتين اخرتين ، الاولى في الشهر الرابع من عمر الرضيع و الثانية في شهره 12.

وقد شملت المرحلة الأولى من تطبيق هذه الرزنامة اللقاح المضاد للشلل في شكل حقن و اللقاح المضاد للكاف و المكورات الرئوية و الحصبة الالمانية كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (1): جدول التلقيحات ضمن الرزنامة الجديدة 2016.

Ages de la vaccination	Vaccins
Naissance	BCG-VPO-HVB
2 mois	DTC-Hib-HVB + VPO + anti pneumococcique
3 mois	VPI
4 mois	DTC- Hib HVB + VPO + anti pneumococcique
11 mois	ROR
12 mois	DTC Hib HVB + VPO + anti pneumococcique
18 mois	ROR
6 ans	DTC + VPO
11-13 ans	Dt + VPO
16-18 ans	dT
Tous les 10 ans à partir de 18 ans	dT

Source : Ministère de la sante et de la population et de la reforme hospitalière : Nouveau calendrier national de vaccination, instruction n 10, Algérie ,24 Avril 2016.

(VPI)- Vaccin antipoliomyélitique injectable

(ROR)- Vaccin rougeole oreillons rubeole

ملخص الرسالة

تناولنا في هذا البحث موضوع " الأسرة و دورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات " وطبعاً ككل بحث لم يكن اختيارنا لهذا الموضوع عشوائياً لكن جاء بعد ملاحظة أن العديد من أمراض الطفولة إنما هي تقصير من الأسرة في أدائها لدورها في رعاية أطفالها ، فالكثير من الأمراض كان يمكن تفاديها لو اتخذت الأسرة الإجراءات الوقائية قبل وقوع المرض .

فمرحلة الأقل من خمس سنوات هي فترة حساسة في حياة الطفل ، حيث تكون مناعة الطفل ضعيفة و قد يتأثر جسمه بسرعة للأمراض إن لم يلقى العناية من جانبه الأسري .

لكن رغم هذا فالعديد من الأطفال يعانون من مشاكل صحية ، و الشيء الذي يعكس هذا هو التواجد الكبير للأطفال في المؤسسات الإستشفائية مع اختلاف الحالات المرضية .ولهذا انصب تساؤل بحثنا عن العوامل التي تعيق الأسرة عن أدائها لدورها في رعاية أطفالها أي :

- هل للمستوى المعيشي للأسرة و خصائص المسكن تأثير على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات ؟

- هل للمركز الاجتماعي تأثير على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات ؟

- هل للخدمات الصحية المقدمة تأثير على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات ؟

ومن خلال هذه التساؤلات صغنا الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى : المستوى المعيشي الحسن كارتفاع الدخل الأسري و خصائص المسكن الجيدة تساعد الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

الفرضية الثانية : المركز الاجتماعي الحسن كارتفاع المستوى التعليمي للزوجين و العمل الجيد يساعد الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

الفرضية الثالثة : الخدمات الصحية ذات الجودة تدعم دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات .

لقد احتوت عينة بحثنا على 600 امرأة لديها أطفال اقل من خمس سنوات ، متواجدين بالمستشفى وهم في حالة مرض.

لقد انصبّ اختيارنا لمستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي ، كونه تقصده شريحة كبيرة من المرضى من كل ربوع الوطن ، الشيء الذي اعطى لنا صورة عن حقيقة النظام الصحي بالجزائر.

حضرنا استمارة لهذا البحث مكونة من 57 سؤال ، ونظرا لطبيعة الموضوع و حساسيته قمنا بملأ الاستمارات بأنفسنا وهذا حتى لا نزيد من معانات المبحوثات ، فيكفيهنّ مرض الطفل وحتى نتمكن من ربح الوقت خاصة في قسم الاستعجالات و في الحالات المتأزمة.

لقد احتوت الاستمارة على أربعة محاور:

1- بيانات شخصية

2- بيانات حول الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للأسرة

3- بيانات حول صحة الطفل و الثقافة الصحية للأسرة

4- بيانات حول الخدمات الصحية و تأثيرها على الرعاية الصحية للطفل

لقد دامت مدة التحقيق 11 شهرا من 15 ماي 2014 إلى غاية مارس 2015 ، وبعد جمع المعلومات قمنا بمعالجتها موظفين برنامج الحزم الإحصائية spss وهذا بعد ترميز البيانات وإعطائها قيما رقمية .

وقبل التحقيق من فرضيات البحث سلطنا الأضواء على محاور أساسية وهي اقتراب نظري لموضوع بحثنا فبعد الفصل المنهجي خصصنا الفصل الثاني للتنشئة الاجتماعية للأسرة و صحة الطفل في ظل التغير الاجتماعي ، ينقسم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث ، المبحث الأول حول التغير الاجتماعي و أثره على الأسرة و الطفل ، أما المبحث الثاني فهو حول التربية الصحية للأسرة و علاقتها بصحة الطفل ، أما المبحث الثالث فهو حول العوامل التي تعيق الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

الفصل الثالث حول السياسات الصحية المهمة بالوضع الصحي للأطفال الأقل من خمس سنوات و هو بدوره مقسم إلى ثلاثة مباحث ، المبحث الأول حول الجانب الإداري و صحة الطفل ، أما المبحث الثاني فهو حول المؤتمرات و القمم العالمية المهمة بصحة الأطفال و أهم النتائج المحققة ، أما المبحث الثالث فهو حول النظام الصحي في الجزائر و أثره على الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات.

الفصل الرابع حول الوضعية الصحية للأطفال و ينقسم هو الآخر إلى ثلاثة مباحث ، المبحث الأول حول الحالة الصحية للأطفال في العالم ، أما المبحث الثاني فهو حول الوضعية الصحية للأطفال في الوطن العربي ، أما المبحث الثالث فهو حول الوضع الصحي للأطفال في الجزائر .

الفصل الخامس حول أمراض الطفولة ، ينقسم بدوره إلى ثلاثة مراحل ، المبحث الأول حول الأمراض الشائعة و المعدية عند الأطفال ، أما المبحث الثاني فهو حول الأمراض المزمنة عند الأطفال كتلك المتعلقة بالتلوث البيئي و بالنظام الغذائي ، أما المبحث الثالث فهو حول الأمراض الناتجة عن الحوادث المنزلية للأطفال.

أما عن أهم النتائج المتوصل إليها من خلال اختبار فرضيات الدراسة فهي كما يلي :

المستوى المعيشي الجيد كارتفاع الدخل الأسري و خصائص المسكن الجيدة تساعد الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

فمؤشر الدخل يؤثر على الحالة الصحية للطفل ، فنسبة التعرض للمرض تزيد مع انخفاضه ، كما أن لهذا المؤشر دور هام في تحديد اتجاه العلاج و مدة ترك الطفل في حالة المرض ، فكلما ارتفع الدخل الأسري كلما توجهت و أسرعت الأسرة بالطفل إلى الطبيب ، وكلما قل الدخل كلما تغير الاتجاه نحو البحث عن طرق أخرى في العلاج كالتعامل بالطرق التقليدية الشعبية ، أو استعمال دواء معروف لديها...الخ هروبا من تكلفة العلاج و مصاريف الدواء .

كما توصلنا من خلال البحث إلى أن الوضع المعيشي للأسرة يؤثر على رعاية الطفل ، حيث انه كلما كانت الأسرة تعيش وضعية مزرية و متوسطة فأطفالها كثيري المرض ، و تقل النسبة عند ذوات المستوى المعيشي الحسن و الجيد .

وفيما يخص الأمراض الكثيرة الانتشار في أوساط الأطفال ، فهو مرض الإسهال عند الأسر التي تعيشن أوضاعا مزرية ، أما اللواتي تعيشن أوضاعا جيدة وحسنة و متوسطة فاطفالهن يصابون بالأمراض الصدرية و التنفسية بالدرجة الأولى.

و فيما يخص طريقة العلاج ، فالمبحوثات اللواتي وضعهن المعيشي متوسط و مزري فإنهن تخترن الطريقة التقليدية في العلاج ، وكلما كان للأسرة وضع معيشي حسن و جيد كلما أسرعت بالطفل إلى الطبيب . كما أن مدة ترك الطفل في حالة المرض تزيد كلما انخفض الوضع المعيشي لها .

اما عن القطاع المستعمل في العلاج ، فالمبحوثات اللواتي وضعيتهن حسنة و متوسطة و مزرية يفضلن التوجه للقطاع العام ، أما المبحوثات ذوات الوضع المعيشي الجيد فتفضلن القطاع الخاص بنسبة 57.7%.

وفيما يخص نوع الرضاعة المقدمة للطفل ، فلقد تبين وجود علاقة بين المستوى المعيشي للأسرة و نوع الرضاعة المقدمة له ، فالمبحوثات ذوات المستوى المعيشي الجيد تقدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن بنسبة 40% ، مقابل 13.5% تقدمن رضاعة طبيعية ، أما المبحوثات ذوات المستوى المزري فتقدمن لأطفالهن رضاعة طبيعية تقدر نسبتها 35.1% وهذا لعجزهن عن شراء الحليب المجفف للطفل المعروف بارتفاع سعره .

كما بينت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الدخل الأسري و نوع الماء المقدم للأطفال الأكثر من سنة ، فقبل هذا السن الأمهات تحرصن بصفة عامة تقديم الماء المغلي أو المعدني للطفل ، لكن ما إن يبلغ الطفل السنة إلّا و يتغير هذا السلوك ، فلقد توصلنا أن ماء الحنفية هو الأكثر استهلاكاً من طرف الطفل ، لكن مع ارتفاع الدخل يكون هناك إقبال نحو استعمال الماء المعدني

أما عن نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل ، فكلما ارتفع الدخل كان اعتقاد المبحوثة أنها تقدم وجبات غذائية صحية للطفل لكن الشيء الملاحظ أنه رغم ارتفاع الدخل ، إلّا أنّ القليلات منهنّ من تعرفنّ اسس النظام الصحي السليم .

كما يعتبر الدخل محدد أساسي لاختيار نوع الأواني المستعملة لإعداد طعام الطفل ، فكلما قل الدخل كلما زاد استعمال أواني الألومنيوم وهذا لسعرها المنخفض ، لكن مع ارتفاع الدخل يقل استعمالهن لهذه الأواني ، وفي مقابل ذلك يزيد استعمالهن لأواني أخرى كالإنكس ، لكن دون ادراك للأثر الذي تتركه المعادن على الصحة ، فكما اشرنا سابقاً انه عند درجة حرارة معينة تختلط جزيئات من هذه المعادن مع الغذاء وهذا له انعكاسات سلبية على الصحة.

أما من حيث التعامل والامتنال لرغبات الأطفال ، فكلما ارتفع الدخل الأسري كلما امتثلت هذه الأخيرة لرغبات أطفالها ، ونفس الملاحظة بالنسبة لاختيار لعب الاطفال .

أما بالنسبة للمؤشر الثاني والذي يتمثل في المسكن و خصائصه وتأثيره على الرعاية الصحية للطفل فلقد تبين لنا ان نوع المسكن و موقعه يساهم بقدر كبير في تقديم الرعاية الصحية للطفل ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في مساكن غير لائقة كاليوت القصديرية و أقبية العمارات يواجهن صعوبات أكثر في رعاية أطفالهن ، فهذا النوع من المساكن لا يجلب إلا العناء لأصحابه ، فهي مساكن تفتقر للامان .أما عن طريقة العلاج الأكثر استعمالا عند هذه الأسر فهو الإقبال على الوصفات الشعبية بنسبة أكثر ، حيث بلغت 61.5%.

كما تبين لنا من خلال نتائج الدراسة ان منطقة السكن لها دور في هذا المجال ، فكلما كانت الأسرة تنتمي إلى منطقة حضرية كلما زاد احتمال توجيهها للطبيب عند مرض الطفل وهذا لعدة اعتبارات كالقرب المكاني ، ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في بيوت تقليدية و قصديرية فإنهن تتركن أطفالهن لمدة أكثر من ثلاثة أيام مع المرض ، وتقل النسبة كلما كانت الأسرة تقيم في منطقة حضرية ، فمكان الإقامة بدوره يؤثر على مدة ترك الطفل في حالة المرض خاصة في حال البعد المكاني و عدم توفر وسيلة نقل.

وبالنسبة للقطاع المفضل في العلاج فكلما كانت المبحوثة تقيم في مساكن لائقة كلما زاد توجيهها للقطاع الخاص و العكس صحيح .

اما من حيث الوجبات المقدمة للطفل فلقد تبين انه كلما كانت المبحوثة تسكن في مسكن لائق كلما قدمت للطفل وجبات غذائية صحية ، ونفس الشيء بالنسبة للماء المقدم له ، إذ يزيد استعمال المياه المعدنية كلما كان المسكن لائق . وفيما يخص نوع الأواني المستعملة في إعداد الطعام ، فتبين أن نسب استعمال آواني الإينوكس يزيد كلما كانت المبحوثة تعيش في مساكن لائقة ، فالأواني الفاخرة ما هي إلا انعكاس للوضع المعيشي للأسرة وليس له علاقة بالوعي الصحي للمبحوثات و بفائدة الأواني الصحية للطفل .

و بالنسبة لمكان لعب الأطفال ، هناك علاقة بين نوع المسكن و مكان لعب الأطفال ، فالمبحوثات اللواتي تقمن في فيلات فمكان لعب أطفالهن هو الحي وهذا لان طابع الفيلات يكثر في المناطق الشبه حضرية والريفية ، وفي اغلب الحالات نجد سكان تلك الإحياء يتعارفون فيما بينهم أي يتوفر عنصر الأمان ، ضف إلى ذلك هي أماكن تتوفر فيها النظافة في اغلب الحالات . اما المبحوثات اللواتي تقمن في شقق فمكان لعب أطفالهن هو البيت او الأماكن المخصصة لذلك وهذا بنسبة 74.1% وهذا خوفا على الأطفال من أخطار الشوارع ، أما اللواتي تقمن في بيوت قصديرية فلا خيار لهنّ ، إذ يبعثن بأطفالهن للعب في الشارع و هذا بنسبة 78.8%. وتزيد نسبة الخروج للشارع كلما كان المسكن ضيق .

كما توصلنا من خلال النتائج أن طبيعة المساكن تؤثر على الحالة الصحية للطفل ، إذ ان نسبة الأمراض تزيد في المساكن الجماعية .أما عن نوع الأمراض فلقد توصلنا أن هناك أمراض تتاثر بالبيئة المحيطة بالمسكن ، فالمساكن التي لا تتوفر على خصائص العيش السليم نجد أطفالها يصابون بكثرة بأمراض الإسهال و الربو الحساسية مقارنة بالأطفال الذين يعيشون في بيئات نظيفة.

أما من حيث الامتثال لرغبات الأطفال فالأسر في المساكن الجماعية مجبرة على تلبية رغبات أطفالهن ، فالنظام الصحي يجب أن يتقيد به كل أفراد البيت وإلا فلا تستطيع الأسرة أن تتحكم في رغبات الطفل وعناده.

كما توصلنا من خلال نتائج الدراسة أن المركز الاجتماعي الجيد كارتفاع المستوى التعليمي للزوجين و العمل الجيد يساعد على تقديم الرعاية اللازمة للأطفال الأقل من خمس سنوات .

وهناك تفاوت في تقديم الرعاية الصحية للطفل بين الزوج و الزوجة ، فبالنسبة لمؤشر المستوى التعليمي للزوج ، فإن تأثيره يكمن في الإقبال و التوجه المباشر إلى الطبيب في حال مرض الطفل ، إذ بلغت نسبة الإقبال 57.5% عند ذوي المستوى الجامعي ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض فمدة ترك الطفل

تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوج ، حيث بلغت نسبة ترك الطفل لأكثر من ثلاثة أيام مع المرض بنسبة 44.3% من الحالات. أما عن اختيار القطاع الإستشفائي فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج كلما كان الاتجاه نحو القطاع الخاص حيث بلغت النسبة 54.8% عند ذوي المستوى الجامعي .

أما عن اختيار اختصاص الطبيب في حال التوجه للقطاع الخاص ، فلقد تبين انه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كان التوجه لطبيب مختص بطب الأطفال ، اما مع انخفاض المستوى التعليمي فلا يهم اختصاص الطبيب ، حيث بلغت النسبة 85.7% ، فالتوجه يكون لأقرب طبيب موجود بالمنطقة لا غير .

كما تبين لنا أن المستوى التعليمي للزوج يؤثر على مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية التي تقدمها الأم للرضيع ، حيث تزيد نسبة الممارسة الحصرية للرضاعة الطبيعية كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج وهذا يعود إلى تقديم الدعم و النصح للزوجة حول أهمية الرضاعة ، وكيف تعود بالفضل على صحة أطفالهم.

و فيما يخص مسألة الامتثال لرغبات الطفل فإن النتائج التي توصلنا إليها تبين لنا ان نسبة تلبية رغبات الأطفال تزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوج ، وهذا يفسر بغياب الوعي الصحي حتى ولو ارتفع المستوى التعليمي للزوج .إذا لا يمكن ان نقول ان غذاء الطفل هو صحي .

أما بالنسبة للمستوى التعليمي للزوجة ، فلقد بينت النتائج المتوصل إليها أن هذا الأخير له تأثير على تقديم الرعاية الصحية للطفل ، حيث أن سوء الحالة الصحية للطفل تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوجة ، حيث بلغت النسبة 75.4% عند ذوات المستوى الابتدائي ، كما توصلنا إلى انه كلما انخفض هذا الأخير كلما كان التعامل بالوصفات الشعبية في العلاج حيث بلغت النسبة 66.7% عند ذوات المستوى الأمي. وكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما كان التوجه نحو الطبيب مباشرة لطلب العلاج ، ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حال المرض ، إذ

تزيد هذه النسبة لمدة أكثر من ثلاثة أيام عند المبحوثات من ذوات المستوى الأمي و الابتدائي.

كما تبين لنا ان التوجه للقطاع الخاص يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة ، وفيما يخص اختيار اختصاص الطبيب في حال التوجه للطبيب الخاص ، فلقد تبين أن اختيار الطبيب المختص بطب الأطفال هو الأكثر إقبالا عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع ، أما التوجه لطبيب عام في عيادة خاصة فهذا يزيد مع انخفاض المستوى التعليمي للزوجة وهذا لاعتبارات كالقرب المكاني و التمتع بشعبية في الأوساط السكنية.

كما تبين لنا وجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة و تنظيمها لنسلها ، فتتظيم النسل يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي لها ، فالأسر التي لا تنظم نسلها تواجه صعوبات أكثر في رعاية أطفالها وهذا بسبب حجم الأسرة المتزايد.

اما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل فإلتمنا تراجع ملحوظ لهذه الممارسة ، والمشكل ليس فقط عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع بل حتى عند الماكثات بالبيت و اللواتي لهن مستوى تعليمي منخفض إذ أصبحت الرضاعة الاصطناعية والمختلطة موضة في هذا العصر.

أما عن فترة الرضاعة الحصرية التي استفاد بها الطفل غالبا فهي فترة الاقل من ثلاثة اشهر، وفيما يخص نوع القنينة المستعملة في حالة الرضاعة الإصطناعية و المختلطة فوجد ان استعمال القنينة الزجاجية يزيد عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع ، اما استعمال القنينة البلاستيكية فيزيد عند ذوات المستوى التعليمي المنخفض حيث بلغت النسبة 41.2% عند ذوات المستوى المتوسط و 46.7% عند ذوات المستوى الأمي.

و عن مسألة الإهتمام بمسألة تنظيف القنينة و تعقيمها ، فوجدنا ان المبحوثات ذوات المستوى الأمي تكتفين بغسل القنينة بالماء و الصابون بنسبة 60% ، وكما

ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما زاد الاهتمام بنظافة القنينة و تعقيمها بعد كل رضعة.

وفيما يخص الوجبات المقدمة للطفل استنتجنا أنه حتى ولو كانت الأسرة ميسورة الحال و مستواها التعليمي مرتفع في بعض الأحيان إلا أن وعيها بمفهوم الغذاء الصحي و النظام الغذائي المتوازن للطفل يبقى محدود .

اما بالنسبة للمؤشر الثاني وهو الوضعية المهنية للزوجين من حيث العمل و نوع الوظيفة ، فلقد بينت النتائج المتوصل إليها انه كلما كان الأزواج يعملون كلما زاد توجههم مباشرة للطبيب أثناء مرض الطفل ، لكن عند محاولة الوقوف عند نوع المهنة التي يمتنعها الأزواج وعلاقتها بالتصرف مع مرض الطفل تبين لنا انه كلما كان للزوج مهنة جيدة كلما زاد توجه المبحوثة للطبيب إذ أنها لا تجد صعوبة في دفع تكاليف العلاج و الدواء ، وكلما كان للأزواج دخل بسيط زاد توجههم نحو طرق أخرى للعلاج .

أما المبحوثات اللواتي يمتنع أزواجهن مهن متوسطة او اطارات عالية و مهن حرة عالية فيتوجهن بالطفل إلى القطاع الخاص لطلب العلاج حيث بلغت نسبة التوجه 80% بالنسبة للإطارات العالية.

و بالنسبة لنوع الرضاعة المقدمة للطفل ، فكلما كان للأزواج مهن جيدة كلما كان الاتجاه نحو استعمال الرضاعة الاصطناعية او المختلطة ، كما بينت نتائج الدراسة انه مهما كان نوع المهنة إلا وكانت مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية هي فترة الأقل من ثلاثة أشهر .

اما بالنسبة للمؤشر الآخر وهو الوضعية المهنية للزوجة وتأثيرها على الرعاية الصحية للطفل ، فلقد تبين ان الزوجات العاملات تتوجهن بالطفل مباشرة إلى الطبيب بنسبة 52% . أما عن نوع المهن وعلاقتها بتصرف المبحوثة مع مرض الطفل تبين لنا انه حتى ولو كان للزوجات مهن بسيطة إلا وكان توجهها للطبيب مباشرة اثر مرض الطفل وهذا يفسر بدخل الزوج ، فالزوجات اللواتي لا تعملن او

زوجها لا يعمل او يقل دخله عن 32000 دج فيكون تصرفها مع مرض الطفل بالطريقة الشعبية في العلاج ، اما مع ارتفاع الدخل الشهري للزوج نلاحظ تغير الاتجاه وهو توجه المبحوثة للطبيب مباشرة اثر مرض الطفل. ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض واختيار قطاع العلاج.

وفيما يخص الرضاعة الطبيعية ، فالاتجاه هو نحو الرضاعة الاصطناعية و المختلطة رغم مكوث المرأة بالبيت او امتلاكها وظيفة بسيطة فمهنة الزوج تمكنها من شراء الحليب مهما كان ثمنه. و بالنسبة للوجبات المقدمة للطفل فنسبة استعمال الغذاء الصحي حسب اعتقادهن تزيد كلما كانت الزوجة تعمل ولها مهنة جيدة .

و بالنسبة للمياه المستعملة للطفل تبين لنا انه رغم امتلاك الزوجة لمهنة بسيطة أو متوسطة إلا وكان استعمالها للمياه المعدنية للطفل وهذا يفسر بارتفاع دخل الزوج ، أما عن اختيار نوع الأواني فكلما كان للزوجة مهنة جيدة كلما زاد استعمالها لأواني الإينوكس و الجذابة ، فدخل الزوجة يخصص جزءا كبيرا منه للمطبخ و الأواني المنزلية ، وليس إدراكا منها لفائدة أو أضرار هذه الأواني على الصحة .

كما توصلنا من خلال نتائج هذا البحث ان الخدمات الصحية ذات الجودة العالية تدعم دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل ، وهذا من خلال اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة و العلاقة بين طالبي و مقدمي الخدمة الصحية على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل ، واختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة في المؤسسة الإستشفائية التي اجري فيها البحث.

ولقد توصلنا إلى ان عامل الخدمة الصحية وهو جزء هام في الرعاية الصحية للطفل ، فهي تكمل دور الأسرة في العناية بأطفالها و تشجعها على ذلك ، إذا كانت ذات جودة و العكس صحيح ، فلقد تبين لنا أن الخدمة الصحية تسببت في تدهور الحالة الصحية للأطفال بنسبة 93.5% ، الشيء الذي جعل المبحوثات تصرحن أنهن يواجهن صعوبات في رعاية أطفالهن.

و عند محاولة التعرف على الأسباب التي كانت وراء هذا التصريح (أي مواجهة صعوبات) تبين لنا أن التعرض لأخطاء طبية هو السبب وهذا المشكل يؤثر بدرجة كبيرة على الإقبال او العزوف عن تلقي الخدمة ، فالمبحوثات اللواتي اعترضتهن أخطاء طبية يفضلن العزوف و البحث عن طريق آخر للعلاج بنسبة 72.2%.

و لمعرفة التصرف الفعلي للمبحوثة عند التعرض لأخطاء طبية ، تبين لنا ان المبحوثات اللواتي لم يتعرضن لأخطاء طبية يتوجهن مباشرة إلى الطبيب بنسبة 37% ، أما اللواتي تعرضن لأخطاء طبية فإنهن تتعاملن مع مرض أطفالهن بالطريقة الشعبية في العلاج بنسبة 43.3% ، وبالتالي يتركن أطفالهن لمدة أكثر من ثلاثة أيام مع المرض .

كما توصلنا من خلال هذا العمل ان هناك علاقة بين التعرض لأخطاء طبية و الشعور بالرضا عن الخدمة الصحية ، فالمبحوثات اللواتي تعرضن لأخطاء طبية غير راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 95.6%. أما عن القطاع الإستشفائي المتوجه إليه في حالة المرض رغم التعرض لأخطاء طبية فهو القطاع العمومي وهذا سواء لوقوع الخطأ في القطاع الخاص ، أو نتيجة الظروف الاقتصادية كانهخفاض الدخل الأسري.

فالمبحوثات اللواتي دخلهن أكثر من 39000 دج فإنهن يتوجهن للقطاع الخاص في حالة التعرض لأخطاء طبية بنسب أكثر من 50% ، أما اللواتي دخلهن منخفض فإنهن يتوجهن للقطاع العام رغم ذات المشكل .

وفيما يخص الطبيب الذي يفضل توجه إليه في القطاع الخاص ، فتبين لنا ان المبحوثات اللواتي تعرضن لأخطاء طبية يفضلن التوجه إلى طبيب مختص بالأطفال بنسبة 79.3%.

كما توصلنا من خلال هذا العمل ان لعلاقة الطبيب مع طالبي الخدمة اثر في الإقبال او العزوف عنها ، ذلك انه كلما كانت العلاقة يسودها الكبرياء دون اشعار

طالب الخدمة بالإرتياح ، فإن مثل هذا التصرف يجعل من طالبي الخدمة يفضلون العزوف و البحث عن طريق اخر للعلاج . فكلما كانت الخدمات جيدة كلما شجع ذلك الاسرة في اخذ اطفالها لطلب العلاج إثر وقوع المرض ، أما إذا شعرت الأسرة بعدم الارتياح ، فإن ذلك يدفعها لطريق مغاير للعلاج قد يكلف الطفل حياته.

أما عن طبيعة العلاقة بين الطبيب و طالبي الخدمة واختيار قطاع العلاج فإنه مهما كان نوع العلاقة فالقطاع المستعمل في العلاج هو القطاع العام ، حيث بلغت النسبة 64.8% عند اللواتي صرحن ان العلاقة كلها إنسانية و 80.5% للواتي صرحن أن العلاقة كلها كبرياء. كما انه كلما استطاع الطبيب أن يوفّي المبحوثة عن كافة المعلومات حول مرض طفلها وعن كيفية اخذ الدواء ساعد ذلك كثيرا الإقبال على الخدمة الصحية.

أما فيما يخص الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية الحالية ، محمد لمين دباغين بياب الوادي فإن المبحوثات اللواتي تم استجوابهن في هذا المستشفى صرحنّ أنهن لم يتعرضن لصعوبات وهذا بنسبة 69.9% ، أما المبحوثات اللواتي اعترضتهن صعوبات فبلغت نسبتهن 50.5%، وهذا لعدة أسباب ككثرة الازدحام والانتظار و انعدام النظام و البيروقراطية و قلة الكفاءات و أمور أخرى.

و لمعرفة فيما إذ كان لمشكل التعرض لأخطاء طبية تأثير على اختيار مستشفى محمد لمين دباغين كوجهة للعلاج ، تبين لنا انه رغم التعرض لمشاكل طبية في مؤسسات استشفائية أخرى ، إلا أنّ هذا المستشفى لم يكن الوجهة الأولى للعلاج وهذا لمشاكل إدارية بالدرجة الأولى ، فكما هو معروف أن الأشخاص مجبرين على تلقي الخدمة من المستشفيات الموجودة في الولاية التي يقطنون بها ولهذا يجد الأشخاص صعوبة عند محاولة تغيير مستشفى العلاج ، إلا إذا كانت إجراءات التحويل من المستشفى نفسه لنقائص موجودة فيه.

أما عن أسباب التوجه لمستشفى باب الوادي فيعود السبب في ذلك إلى مجموعة من النقائص موجودة في العديد من المستشفيات خاصة منها الداخلية من الوطن ،

كعدم القدرة على تشخيص المرض و هذا لنقص خبرة المشرفين على الخدمة في 50.3% من الحالات .

اما عند محاولة الوقوف عند الخدمة المقدمة في مستشفى محمد لمين دباغين فإن أغلبية المبحوثات صرحن ان الخدمة في المستوى إذا ما قورنت بمستشفيات أخرى تم زيارتها و بالتالي فهذا يعتبر كمحفز لهن للإقبال على طلب العلاج في هذا المستشفى ، فنسب الإقبال على الخدمة كانت 62.5% للواتي صرحن ان الخدمة متوسطة و 49.6% للواتي صرحن ان الخدمة كانت حسنة و 55.9% للواتي صرحن ان الخدمة كانت جيدة.

فالأسر بصفة عامة تتمنى ان تتمتع المستشفيات الوطنية بكل التجهيزات و المتطلبات سواء كانت مادية او بشرية حتى تزرع الطمأنينة في نفسية طالبي الخدمة والمريض خاصة ، كما تأمل أن تتحسن العلاقة بين الطبيب المريض وخاصة لغة التواصل وتبسيط تفسير الحالة المرضية للأهالي .

من خلال هذه النتائج نستنتج ان مسؤولية العناية و الرعاية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات في غاية الأهمية ولا يجب الإستهان بها ، فهي تتأثر بدرجة كبيرة بالأوضاع التي تعيشها الأسرة من الناحية الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية و الديموغرافية و بنوع الخدمة الصحية أيضا

فكلما كانت الظروف مناسبة كلما استطاعت الأسرة ونجحت في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

وفي الأخير نأمل أن نكون قد وفينا و لو بالقليل في معالجة هذا الموضوع وأننا قد فتحنا بابا يستحق البحث فيه للنهوض بصحة أطفالنا التي تعتبر مؤشر هام من مؤشرات التنمية ، فالباحث مهما بذل من جهد فهناك أمور قد تغيب عليه.