

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

واقع الأطفال المصابين بالسرطان في الجزائر

دراسة ميدانية لعينة من الأطفال المصابين بالسرطان على
مستوى مركز بيار ماري كوري ومستشفى مصطفى باشا
الجامعي بالجزائر العاصمة

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الديمغرافيا

تحت إشراف:

أ.د. سي الطيب فاطمة الزهراء

إعداد الطالبة:

بن عامر هاجر

السنة الجامعية:

2021-2020

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

واقع الأطفال المصابين بالسرطان في الجزائر

دراسة ميدانية لعينة من الأطفال المصابين بالسرطان على
مستوى مركز بيار ماري كوري ومستشفى مصطفى باشا
الجامعي بالجزائر العاصمة

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الديمغرافيا

تحت إشراف:

أ.د. سي الطيب فاطمة الزهراء

إعداد الطالبة:

بن عامر هاجر

السنة الجامعية:

2021-2020

شكر وتقدير

قبل كل شيء، أحمده الله عز وجل الذي أنعم عليّ ووفقني لإتمام هذا العمل المتواضع.

وأقدم بالشكر الجزيل إلى المشرفة علي هذه الرسالة أستاذتي الفاضلة الدكتورة سي الطيب فاطمة الزهراء علي توجيهاتها ومتابعتها خطوات إنجاز هذا العمل منذ أن كان فكرة وعنواننا إلى أن بلغ التمام وأصبح رسالة، فلما مني كل الشكر والتقدير والعرفان.

والشكر موصول إلى كافة أستاذتي الفضلاء في قسم علم الاجتماع والديمغرافيا الذين رافقونا طوال كل هذه السنوات ولم يبخلوا علينا بتوجيهاتهم ونصائحهم.

وأشكر كل من ساعدني علي إنجاز هذا العمل، فلم في النفس منزلة وإن لم يسعفه المقام لذكورهم، فهم أهل للفضل والشكر.

إهداء

إلى جدتي الغالية أطل الله في عمرها

إلى والدي الكريمين وإخوتي الأعزاء

إلى أمي الثانية فاطمة الزهراء

إلى عمتي ونور عيني حنيقة وحبوبتي لبنى وجميع أعمامي

إلى الحبيب منذ وعائلته الكريمة

إلى الغاليتين مزارى حبيبة وبختي سارة

إلى صديقي العزيز عيرش مهدي

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع.

محتويات البحث

الصفحة	المحتوى
أ-د	مقدمة
	الباب الأول: الأسس النظرية للدراسة
	الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة
7	1. تحديد موضوع البحث
7	1- الإشكالية
10	2- الفرضيات
11	3- تحديد المفاهيم
17	4- الدراسات السابقة
28	II. المنهج المتبع والتعريف بمنهجية البحث
28	1- المنهج المتبع في البحث
28	2- مجالات البحث
28	2-1- المجال البشري
29	2-2- المجال المكاني
30	2-3- المجال الزمني
32	3- الأدوات المستعملة في جمع البيانات
33	4- المعالجة الإحصائية للبيانات
	الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر
35	تمهيد
35	1. نظرة عامة عن مرض السرطان
35	1- اكتشافه

36	2- آلية حدوثه
38	3- عوامل الخطر
39	4- طرق الفحص
44	5- طرق العلاج
47	6- أهمية الكشف المبكر
49	7- التأخر عن تشخيص سرطان الطفل والمرضية الناتجة عن ثقل العلاجات
49	II. أهم السرطانات التي تصيب الأطفال
49	1- سرطان الدم
53	2- سرطان الجهاز اللمفاوي
55	3- أورام الدماغ والجهاز العصبي المركزي
58	4- الورم الأرومي العصبي
59	5- ساركوما العظام والأنسجة الرخوة
63	6- سرطانات أخرى
67	خلاصة
	الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته
70	تمهيد
70	I. مرضية ووفيات الأطفال بالسرطان في العالم وسبل مواجهتها
70	1- اتجاهات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم
72	2- توزيع معدلات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم حسب درجة تقدم الدول
77	3- الجهود الدولية المبذولة للحد من وفيات الأطفال بالسرطان
91	II. مرضية ووفيات الأطفال بالسرطان في الجزائر وجهود الدولة لمكافحتها
91	1- مستويات الإصابة والوفاة بسرطان الأطفال في الجزائر

93	2- تطوّر عدد حالات الإصابة بسرطان الأطفال في الجزائر العاصمة حسب السجلات الوطنية للسرطان
94	3- مساعي الجزائر لمكافحة سرطان الطفل في إطار مكافحة السرطان والأمراض غير السارية الأخرى
99	خلاصة
	الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان
102	تمهيد
102	1. أهمية الوعي الصحي للأم في تدارك إصابة طفلها بالسرطان
102	1- الوعي الصحي والثقافة الصحية
104	2- التربية الصحية وسيلة لنشر الوعي الصحي
105	3- الوعي الصحي للأم وكيفية استجابتها لمرض طفلها
107	II. أثر المكانة الاجتماعية للأم في تدارك إصابة طفلها بالسرطان
108	1- التعليم
109	2- عمل الأم
109	3- الدخل
110	4- المكانة الاجتماعية للأم وكيفية استجابتها لمرض طفلها
111	III. دور الخدمات الصحية في تدارك إصابة الطفل بالسرطان
111	1- الرعاية الطبية والرعاية الصحية
112	2- أقسام الرعاية الطبية
113	3- مستويات الرعاية الطبية
115	4- أركان الخدمات الصحية الجيدة المؤثرة في الاستجابة لمرض الطفل
117	5- النظام الصحي في الجزائر وأولوية التكفل بمرض السرطان
123	خلاصة
	الباب الثاني: الدراسة الميدانية
	الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

127	تمهيد
128	أ. خصائص الأطفال المصابين بالسرطان وكيفية اكتشاف إصابتهم
136	إ. الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطفل
142	إ. الخصائص المتعلقة بالخدمات الصحية
147	الاستنتاج
	الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان
151	تمهيد
152	أ. الكشف المبكر عن سرطان الطفل والعلامات المُنذرة عن وجوده
166	إ. أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة وانعكاسها على الكشف المبكر عن سرطان الطفل
178	الاستنتاج
	الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان
183	تمهيد
184	أ. دور المستوى التعليمي للأم وحالتها المهنية في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان
205	إ. تأثير مستوى الدخل في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان
219	الاستنتاج
	الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل
225	تمهيد
226	أ. دور قطاع الفحص في الكشف المبكر عن سرطان الطفل
243	إ. اختصاص الطبيب الفاحص وعلاقته بالكشف المبكر عن سرطان الطفل
257	الاستنتاج

263	خاتمة
/	المراجع
/	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	الإصابات السرطانية الأكثر شيوعا لدى الأطفال في العالم لسنة 2018	71
02	وفيات الأطفال بمختلف أنواع السرطان في العالم سنة 2018	72
03	عدد حالات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم حسب مؤشر التنمية البشرية لسنة 2018	73
04	عدد حالات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم حسب مستوى الدخل لسنة 2018	74
05	الإصابات السرطانية الأكثر شيوعا لدى الأطفال في الجزائر لسنة 2018	92
06	وفيات الأطفال بمختلف أنواع السرطان في الجزائر لسنة 2018	93
07	الهيكل الصحية العمومية في الجزائر سنة 2018	119
08	الهيكل الصحية في القطاع الخاص بالجزائر سنة 2018	120
09	هيكل تشخيص وعلاج سرطان الأطفال في القطاع العام بالجزائر سنة 2019	122
10	توزيع أفراد العينة حسب السن	128
11	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	128
12	توزيع أفراد العينة حسب أعراض المرض الملاحظة	130
13	توزيع أفراد العينة حسب مدى قيام الأمهات بإجراء الفحص الطبي مباشرة	131
14	توزيع أفراد العينة حسب المدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي	132
15	توزيع أفراد العينة حسب مدى إعادة الأم إجراء الفحص الطبي مباشرة	133
16	توزيع أفراد العينة حسب المدة المستغرقة في تشخيص المرض	134

136	توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي	17
139	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل الشهري لأسرهم	18
140	توزيع أفراد العينة حسب نوع أسرهم	19
141	توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن	20
143	توزيع أفراد العينة حسب مدى توفر الخدمة الصحية التشخيصية في مكان إقامتهم	21
143	توزيع أفراد العينة حسب نوع المنشآت الصحية المتوفرة بمكان إقامتهم	22
145	توزيع أفراد العينة حسب اختصاص الطبيب الفاحص	23
145	توزيع أفراد العينة حسب مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض	24
152	العلاقة بين الأعراض الملاحظة ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة	25
155	العلاقة بين الأعراض الملاحظة وسلوك الأم اتجاهها	26
157	العلاقة بين الأعراض الملاحظة والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي	27
159	العلاقة بين الأعراض الملاحظة والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص	28
161	العلاقة بين الأعراض الملاحظة ومدى إعادة الأم إجراء الفحص الطبي مباشرة	29
162	العلاقة بين الأعراض الملاحظة والمدة المستغرقة في تشخيص المرض	30
164	العلاقة بين الأعراض الملاحظة والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص	31
166	توزيع الأمهات حسب أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة	32
167	العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة وسلوك الأم اتجاه الأعراض الملاحظة	33
170	العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والمدة المستغرقة في إجرائه	34

171	العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والحالة الصحية للطفل قبل إجرائه	35
173	العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي فور ملاحظة الأعراض ومدى إعادته مباشرة عند ملاحظة عدم زوالها	36
174	العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والمدة المستغرقة في تشخيص المرض	37
176	العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص	38
184	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ومدى قيامها بإجراء الفحص الطبي مباشرة	39
186	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وسلوكها اتجاه أعراض المرض الملاحظة	40
188	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي	41
190	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والحالة الصحية لطفلها قبل إجراء الفحص	42
191	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ومدى إعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة	43
193	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمدة المستغرقة في تشخيص المرض	44
195	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص	45
196	العلاقة بين الحالة المهنية للأم ومدى قيامها بإجراء الفحص الطبي مباشرة	46
197	العلاقة بين الحالة المهنية للأم وسلوكها اتجاه أعراض المرض الملاحظة	47
199	العلاقة بين الحالة المهنية للأم والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي	48

200	العلاقة بين الحالة المهنية للأم والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص	49
201	العلاقة بين الحالة المهنية للأم ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة	50
203	العلاقة بين الحالة المهنية للأم والمدة المستغرقة في تشخيص المرض	51
204	العلاقة بين الحالة المهنية للأم والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص	52
205	العلاقة بين مستوى الدخل ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة	53
208	العلاقة بين مستوى الدخل وسلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة	54
210	العلاقة بين مستوى الدخل والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي	55
211	العلاقة بين مستوى الدخل والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص	56
213	العلاقة بين مستوى الدخل ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة	57
215	العلاقة بين مستوى الدخل والمدة المستغرقة في تشخيص المرض	58
217	العلاقة بين مستوى الدخل والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص	59
226	العلاقة بين قطاع الفحص ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة	60
227	العلاقة بين قطاع الفحص وسلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة	61
229	العلاقة بين قطاع الفحص والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي	62
231	العلاقة بين قطاع الفحص والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص	63
232	العلاقة بين قطاع الفحص ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة	64
234	العلاقة بين قطاع الفحص والمدة المستغرقة في تشخيص المرض	65
235	العلاقة بين قطاع الفحص والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص	66
238	العلاقة بين مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة	67
240	العلاقة بين مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض والمدة المستغرقة في ذلك	68

242	العلاقة بين مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص	69
244	العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة	70
245	العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص وسلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة	71
248	العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي	72
249	العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص	73
251	العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة	74
252	العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والمدة المستغرقة في تشخيص المرض	75
253	العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص	76

قائمة الأشكال البيانية

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أعمدة بيانية تمثل مستويات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في بعض الدول المتقدمة لسنة 2018	75
02	أعمدة بيانية تمثل مستويات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في بعض الدول النامية لسنة 2018	76
03	خط بياني يمثل تطور عدد الإصابات بسرطان الأطفال في الجزائر العاصمة بين سنتي 2012-2017	94
04	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع الإصابة بالسرطان	129
05	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب سلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة	131
06	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب مدى تعرضهم لأخطاء التشخيص	133
07	مستطيل بياني يمثل توزيع أفراد العينة حسب المرحلة التي اكتشف فيها السرطان	135
08	مدرج تكراري يمثل توزيع الأمهات حسب السن	136
09	أعمدة بيانية تمثل توزيع الأمهات حسب حالتهم المهنية	137
10	دائرة نسبية تمثل توزيع الأمهات حسب نوع مهنتهم	138
11	مستطيل بياني يمثل توزيع أفراد العينة حسب مصادر دخل أسرهم	138
12	مستطيل بياني يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدى كفاية دخل أسرهم	140
13	أعمدة بيانية تمثل توزيع الأسر حسب عدد الأطفال	141
14	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان إقامتهم	142
15	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب قطاع الفحص	144

146	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات المواجهة عند تشخيص المرض	16
-----	---	----

مقدمة

مقدمة

مقدمة:

مع تطور أنماط الحياة بفعل عوامل مرتبطة بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية، ونتيجة التقدم العلمي والتكنولوجي الحاصل في الميادين الطبية، انتقلت البشرية من عصر انتشرت فيه الأمراض المعدية، إلى زمن عرف انتشار الأمراض غير السارية المزمنة بشكل أصبح فيه من غير الممكن تجاهل عبئها المتنامي، لاسيما السرطان الذي أصبحت مكافحته واحدة من التحديات الصحية والإنمائية الرئيسية في القرن الـ 21.

ويكفي أن نلقي نظرة على الجهود المبذولة لمكافحته من قبل هيئات عالمية على رأسها منظمة الصحة العالمية، التي كانت السبابة لذلك من خلال إقرارها الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وتمّ تدعيم ذلك من خلال اجتماعات الجمعية العامة للأمم المتحدة، أين التزمت الدول والحكومات مؤخرا التزاما راسخا بخفض معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية على رأسها السرطان ومن ضمنه سرطان الأطفال بمقدار الثلث بحلول عام 2030، وتحقيق معدل بقاء لا يقل عن 60% للأطفال المصابين بالسرطان في العالم، حيث يمثل ذلك ضعف المعدلات الحالية تقريبا لعلاج المصابين به، وسيؤدي إلى إنقاذ أرواح مليون طفل آخر على مدى العقد المقبل.¹ فلقد أضحى السرطان المسبب الرئيسي لوفيات الأطفال دون 15 سنة بعد الحوادث، حيث تم تسجيل سنة 2018 أكثر من 200 ألف حالة إصابة، حوالي 75 ألف منهم يموتون جراء ذلك.²

معظم هذه الوفيات كان من الممكن تفاديها لو تمّ تشخيص الإصابات قبل وصولها إلى مراحل متقدمة وتلقي العلاج الفعال. في هذا الصدد، أكدت منظمة الصحة العالمية أنّ الكشف المبكر عن سرطان الطفل الذي يتم من خلال معرفة أسرة الطفل بالمرض وإتاحة الرعاية،

¹ Centre international de recherche sur le cancer, **Journée internationale du cancer de l'enfant 2019**, communiqué de presse n° 265, Lyon, 2019, p.2.

² OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

مقدمة

التشخيص الصحيح وإتباعه بالعلاج المناسب والفعال، هو الوسيلة الأنجع لرفع معدلات البقاء. لذلك أعطت مبادرة منظمة الصحة العالمية لمكافحة سرطان الأطفال التي أُعلن عنها في أعقاب الاجتماع رفيع المستوى الثالث للجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 2018، الأولوية للحد من عدم المساواة في الوصول إلى التشخيص والعلاج الجيد، وبالتالي تحسين فعالية العلاج لجميع الأطفال بالتركيز على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تشهد انخفاض معدلات البقاء على قيد الحياة مقارنة بالبلدان المتقدمة.¹

كما نجد أن الجزائر أولت اهتماما بالغا لمكافحة السرطان من خلال تبنيها البرنامج العالمي لمكافحة الأمراض غير السارية (2000)، وتأكيد التزامها السياسي بمكافحتها من خلال مشاركتها في اجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها (2011)، ولقد أدرجت مكافحة سرطان الأطفال ضمن الخطة الوطنية لمكافحة السرطان من خلال تعزيز التشخيص المبكر والدقيق وتحسين العلاج والتكفل بالأطفال المصابين.²

لأهمية الكشف المبكر عن سرطان الطفل، حاولت العديد من الدراسات الأجنبية تسليط الضوء على المدة المستغرقة في تشخيصه والعوامل المؤثرة في ذلك، كالوعي الصحي للآباء وكيفية تعاملهم مع أعراض السرطان، وكذا خصائصهم الاجتماعية والاقتصادية، هذا فضلا عن تأثير الخدمات الصحية المقدمة في المدة المستغرقة في تشخيص المرض.

انطلاقا من هذه الاعتبارات، ولكون الجزائر من بين البلدان التي تسجل نسب شفاء منخفضة مقارنة بالدول المتقدمة، ولقلة الدراسات والبحوث الاجتماعية والديمقراطية التي تناولت هذا الموضوع، سعينا من خلال هذا البحث إلى دراسة موضوع سرطان الأطفال في الجزائر

¹ CIRC, journée internationale du cancer de l'enfant 2019, op.cit, p.1.

² Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade, Alger, Ed. ANDS, 2014, p.76-80.

مقدمة

مركزين على العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عنه والتي تمثلت في الوعي الصحي والمكانة الاجتماعية للأمهات، بالإضافة إلى الخدمات الصحية المقدمة.

لتحقيق هذا الهدف، اعتمدنا على عينة (حجمها = 302) من الأطفال الأقل من 15 سنة المصابين بالسرطان بأنواعه المختلفة، المتواجدين مع أمهاتهم أثناء تلقيهم العلاج الكيميائي بكل من وحدة أورام الأطفال بمركز بيار ماري كوري لمكافحة السرطان ومصلحة طب وأورام الأطفال بمستشفى مصطفى باشا الجامعي.

على ضوء ما تقدم، جاءت دراستنا على شكل بابين نظري وميداني، تضمن الأول أربع فصول ندرجها حسب الخطة التالية:

ركزنا في الفصل الأول على تقديم البحث من خلال إبراز الإشكالية والفرضيات، تحديد المفاهيم التي تم استخدامها وأهم الدراسات المتعلقة بالموضوع، إلى جانب المنهجية المتبعة لتحقيق البحث الميداني.

ثم قمنا في الفصل الثاني بإعطاء نظرة عامة عن مرض السرطان والعوامل التي تزيد خطر الإصابة به لدى الأطفال، مع إلقاء الضوء على أهمية الكشف المبكر عنه. كما تناولنا أهم السرطانات التي تصيب الأطفال والأعراض المنذرة عن وجودها، حيث أنّ معرفة أعراض الإصابة بها تُعزّز الوعي بضرورة الفحص وإتاحة فرصة مجابتهها بالكشف عنها قبل وصولها إلى مراحل متقدمة.

أمّا الفصل الثالث فقد خصصناه لإبراز العبء المتنامي لسرطان الأطفال في العالم وفي الجزائر، ذلك من خلال عرض بيانات عن أعداد الإصابة والوفاة به مع إلقاء الضوء على أكثر أنواع السرطان انتشارا في أوساط الأطفال والجهود المبذولة لمكافحته.

مقدمة

كما تطرقنا في الفصل الرابع إلى العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان، والتي تمحورت في الوعي الصحي للأم، مكانتها الاجتماعية والخدمات الصحية، مع التركيز على النظام الصحي الحالي وألوية التكفل بسرطان الأطفال.

الباب الثاني تناولنا فيه تحليل نتائج الدراسة الميدانية، وقد احتوى على أربعة (04) فصول وهي:

الفصل الأول: تطرقنا فيه إلى تحديد خصائص أفراد العينة.

الفصل الثاني: خُصص لمعالجة الفرضية الأولى، حيث فيه حاولنا إبراز دور الوعي الصحي للأم في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان باعتبارها المسؤولة بالدرجة الأولى عن صحته.

الفصل الثالث: خُصص لتحليل الفرضية الثانية، حيث سعينا لإبراز تأثير المكانة الاجتماعية للأم الطفل في الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان من خلال مؤشرات المتتملة في مستواها التعليمي، حالتها المهنية وقيمة الدخل الأسري.

الفصل الرابع: كان مخصصا لتحليل الفرضية الثالثة، حيث ركزنا على الدور الذي تلعبه نوعية الخدمات الصحية المقدمة للطفل في الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان، من خلال تبين مدى تأثير قطاع الفحص، الصعوبات المواجهة عند تشخيص المرض واختصاص الطبيب الفاحص في الكشف المبكر عن سرطان الطفل.

الباب الأول

الأسس النظرية للدراسة

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

I. تحديد موضوع البحث

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- تحديد المفاهيم

4- الدراسات السابقة

II. المنهج المتبع والتعريف بمنهجية البحث

1- المنهج المتبع في البحث

2- مجالات البحث

3- الأدوات المستعملة في جمع البيانات

4- المعالجة الإحصائية للبيانات

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1. تحديد موضوع البحث:

1- الإشكالية:

في ظل التحول الوبائي الذي شهده العالم في العقود الأخيرة، ارتفع عبء الأمراض غير السارية وفي طليعتها السرطان ارتفاعا مطردا وأصبح من أهم مسببات الوفاة في العالم. فحسب إحصائيات الوكالة الدولية لبحوث السرطان التابعة لمنظمة الصحة العالمية، انتقل عدد حالات الإصابة والوفاة بالسرطان في العالم من 12.7 مليون حالة إصابة و7.6 مليون حالة وفاة سنة 2008،¹ إلى 18.1 مليون حالة إصابة و9.6 مليون حالة وفاة سنة 2018.²

إنّ ما يقارب 0.5% إلى 4.6% من مجموع حالات الإصابة بالسرطان في مختلف مناطق العالم تحدث لدى الأطفال قبل بلوغهم 15 سنة.³

على غرار الارتفاع المطرد في عدد حالات الإصابة بسرطان الأطفال في العالم الذي انتقل من 163300 حالة إصابة سنة 2012⁴ إلى 200166 حالة إصابة سنة 2018 التي يمثل سرطان الدم فيها أكبر نسبة قُدرت بـ 32.5%، يليه سرطان الدماغ والجهاز العصبي المركزي بنسبة 12%، فسرطان الجهاز اللمفاوي بـ 8.6%،⁵ يعد السرطان السبب الرئيسي لوفيات الأطفال دون 15 سنة بعد الحوادث،⁶ حيث تمّ تسجيل سنة 2018 حوالي 75 ألف حالة وفاة.⁷

¹ CIRC, **GLOBOCAN 2008**, section of cancer information, Lyon, 2013, sans page.

² OMS, CIRC, **Dernières données mondiales sur le cancer**, communiqué de presse n°263, Genève, 2018, p.1.

³ OMS, Cancer, 2018, <https://www.who.int/cancer/children/faq/fr/>, consulté le 25/09/2018.

⁴ American cancer society, **Global cancer facts & figures 3rd edition**, n°861815, Atlanta, 2015, p.12.

⁵ OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, op.cit, sans page.

⁶ Hervé Walti, **Les maladies du nourrisson**, 1^oéd, Paris, Ed. Presses universitaires de France, 1994, p.114.

⁷ OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, op.cit, sans page.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

معظم الوفيات سجلت بالدول النامية التي قد لا تتجاوز فيها نسبة بقاء الأطفال على قيد الحياة بعد 5 سنوات من الإصابة بالسرطان 10.1%¹.

والجزائر كغيرها من دول العالم، تشهد منذ مطلع الألفية تزايدا مطردا في عدد حالات الإصابة بالسرطان بمختلف أنواعه بما فيها سرطان الأطفال الذي تعرف معدلات الإصابة به ارتفاعا نسبيا قدره 1% سنويا،² ليتم تسجيل سنة 2018، 1399 حالة إصابة في الفئة العمرية 0-14 سنة، حيث شكّلت الإصابات بسرطان الدم أهم نسبة تُقدر بـ 26.1%، يليه سرطان الدماغ والجهاز العصبي المركزي بنسبة 17.6%، فسرطان الجهاز اللمفاوي بـ 8.9%³.

وبالرغم من اهتمامها بمكافحة الأمراض غير السارية على رأسها السرطان بكل أنواعه ولكل الأعمار عبر تبنيتها الاستراتيجية العالمية لمكافحة الأمراض غير السارية، وتأكيد التزامها السياسي بمكافحة هذه الأمراض في أعقاب الاجتماعات رفيعة المستوى لجمعية الأمم المتحدة، الذي انبثق عنه الخطة الوطنية لمكافحة الأمراض غير السارية، والخطة الوطنية للسرطان التي تمّ فيها التركيز على تحسين تشخيص سرطان الأطفال والتكفل العلاجي بهدف خفض وفيات الأطفال بالسرطان ورفع معدلات البقاء، إلا أنّ ارتفاع عدد وفيات الأطفال بالسرطان لا يزال قائما، حيث تمّ تسجيل سنة 2018، 652 حالة وفاة في الفئة العمرية 0-14 سنة.⁴

لعلّ ما يفسر انخفاض معدلات بقاء الأطفال المصابين بالسرطان هما عاملا التشخيص والعلاج. فحسب منظمة الصحة العالمية، الكثير من حالات الإصابة بسرطان الأطفال في الدول النامية لا تُشخّص أو تُشخّص في مرحلة يكون حينها العلاج غير مُجد، بينما الكشف

¹ La Ligue Nationale contre le Cancer, Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer, **Les cancers en Afrique francophone**, France, Ed. La ligue nationale contre le cancer, 2017, p.66.

² Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade**, op.cit, p.13-20.

³ OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, op.cit, sans page.

⁴ Ibid, sans page.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المبكر عن إصابة الأطفال بالسرطان يجعل العلاج أكثر فعالية ويرفع فرصهم في البقاء على قيد الحياة.

في هذا الصدد، ألفت منظمة الصحة العالمية الضوء على دور الوعي الصحي في الكشف المبكر عن سرطان الطفل.¹ كما أكدت عدة دراسات وتقارير من بينها تقرير جمعية السرطان الأمريكية، أنّ للوعي الصحي للآباء الذي يتجلى في أخذهم بجدية ظهور أي علامات مرضية على الطفل حتى وإن كانت لا تستدعي القلق أثر في الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان، علماً أنّ خطورة إصابة الأطفال بهذا الأخير تكمن في تشابه الأعراض المنذرة عن وجوده مع أعراض أمراض الطفولة الشائعة.²

كما أنّ للمكانة الاجتماعية للأسرة دور في عملية الكشف المبكر عن السرطان، حيث تؤثر الفروق الاجتماعية والاقتصادية للأفراد على مدى الإقبال على إجراء الفحص الطبي والقدرة على الحصول على الخدمات الصحية العامة أو المتخصصة.³

في هذا المضمار، أبرزت دراسة أمريكية حول المدة المستغرقة في تشخيص سرطان الطفل وأسباب الوفاة المبكرة وجود علاقة بين المكانة الاجتماعية لأسرة الطفل والكشف المبكر عن المرض.⁴

من جهة أخرى، تعتبر إتاحة الخدمات التشخيصية وسهولة الحصول عليها من العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان،⁵ كما أنّ عدم تلقي الأطفال تشخيص طبي

¹ OMS, Le cancer de l'enfant, 2018, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>, consulté le 25/09/2018.

² American cancer society, **Global cancer facts & figures 3rd edition**, op.cit, p.12.

³ Sara Willems et al, « Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique », **Santé conjugquée**, n°40, 2007, p.29.

⁴ A. L. Green et al, « Death within 1 month of diagnosis in childhood: An anlysis of risk factors and scope of the problem », **Journal of Clinical Oncology**, vol 35, n°12, 2017, p.1320-1327.

⁵ OMS, Le cancer de l'enfant, op.cit, sans page.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

كامل وصحيح عند اللجوء لأخصائي صحي قد يؤثر في الكشف المبكر عن بعض الأمراض التي تستدعي التدقيق في الفحص للكشف عنها لاسيما السرطان.¹

بناء على ما تمّ عرضه تتبادر إلى ذهننا التساؤلات التالية: ما مدى تأثير الوعي الصحي للأم في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان؟ ما الدور الذي تلعبه المكانة الاجتماعية للأم في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان؟ وهل للخدمات الصحية المقدمة للطفل علاقة بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان؟

2- الفرضيات:

من خلال هذه التساؤلات تبلورت لدينا الفرضيات التالية:

- 1- اكتساب الأم لوعي صحي يزيد من احتمال الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان.
- 2- ارتفاع المكانة الاجتماعية للأم يُعزّز إمكانية الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان.
- 3- للخدمات الصحية المقدمة للطفل دور في رفع فرص الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان.

¹ Ministère de la santé, Office national de la population, **Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2001**, Rwanda, 2003, p.49.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

3- تحديد المفاهيم:

يعتبر تحديد المفاهيم من أهم الخطوات المنهجية المتبعة في تصميم البحث العلمي، فلا بد من وضع كل مفهوم يستخدمه الباحث في دراسته في إطاره الصحيح وضبط معانيه بشكل دقيق لإبعاد أي غموض قد يحيط بمسار البحث. وعليه فإن الضرورة المنهجية تقتضي منا أن نحدد المفاهيم التالية:

3-1- الطفل:

حسب اتفاقية حقوق الطفل، فإنّ هذا الأخير "هو كل إنسان لم يتجاوز 18 سنة ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المُطبَّق عليه".¹ فالطفولة هي تلك الفترة المُمتدة من الولادة إلى بلوغ سن الـ 18 سنة حيث يكتمل نمو الطفل العضوي في هذه السن.²

التعريف الإجرائي:

نقصد بالطفل كل من يقل سنه عن 15 سنة، تمّ اختيارنا لهذه الفئة العمرية استناداً إلى تعريف منظمة الصحة العالمية لسرطان الطفل، حيث حددت الفئة العمرية لهذا الأخير بـ 0-14 سنة كاملة.³

3-2- سرطان الطفل:

تشير كلمة "السرطان" في الواقع إلى مجموعة من الأمراض التي تختلف تماماً عن بعضها البعض لكنها تشترك في حدوث خلل وظيفي في بعض خلايا الجسم، تبدأ هذه العناصر

¹ UNICEF, *Convention internationale des droits des enfants*, p.6.

² صافي ناز السعيد شلبي، أمراض الطفل وتمريضه، ط1، الأردن، دار الفكر، 2003، ص.17.

³ OMS, *Cancer de l'enfant : questions- réponses*, 2015, <https://www.who.int/cancer/children/fag/fr/>, consulté le 15/10/2016.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

في التكاثر بطريقة فوضوية وتتكاثر أولا محليا، ثم في الأنسجة المحيطة، ثم على مسافة، حيث تنتشر مُشكلة سرطانات أخرى تسمى النقائل.¹

هناك أورام تحدث بشكل حصري تقريبا لدى الأطفال الذين يقل سنهم عن 15 سنة كسرطان الدم، سرطان الجهاز العصبي المركزي، سرطان العقد اللمفاوية، سرطان شبكية العين، سرطان العظام وسرطانات أخرى.²

التعريف الإجرائي:

نقصد بسرطان الأطفال في هذه الدراسة كل الأمراض الخبيثة التي تصيب الأطفال الأقل من 15 سنة.

3-3- الكشف المبكر:

الكشف المبكر هو اكتشاف الحالات المرضية في أدوارها الأولى، مما يمنع حدوث مضاعفات للمرض ويساعد على العلاج الفوري وبالتالي يكون أيسر وأسرع وذو فاعلية أكبر.³ وعُرّف أيضا على أنه تشخيص المرض عند وجود علامة أو عرض تحذير واحد على الأقل.⁴

كما أنه اكتشاف السرطان قبل انتشاره إلى أعضاء أخرى من الجسم أي اكتشافه من أعراضه (علاماته) الأولى.⁵

¹ Fatima Asselah, **Bases anatomopathologiques des maladies**, 2^{éd}, Alger, Ed. Office des publications universitaires, 2009, p.145-146.

² OMS, Cancer de l'enfant : questions- réponses, op.cit, sans page.

³ سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، الاسكندرية، المكتب الجامعي للحديث، 2002، ص.38-39.

⁴ Haut conseil de la santé publique, **Diagnostic et prise en charge précoces des maladies chroniques**, Paris, Ed. Documentation française HCSP, Septembre 2016, p.15.

⁵ La Ligue Nationale contre le Cancer, Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer, op.cit, p.42.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

التعريف الإجرائي:

يقوم الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان على السلوك الذي يؤدي إلى اكتشافه قبل أن يصل إلى مراحل متقدمة، يتجسد ذلك السلوك في طلب الخدمة الصحية مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية وعدم ترك مجال أمام تقدم المرض وتدهور الحالة الصحية للطفل، وكذا في عدم إهمال العلامات المرضية عند عدم توصل الطبيب إلى التشخيص الصحيح. وعليه، قمنا في هذه الدراسة بتحديد الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان من خلال المؤشرات التالية:

- ◆ مدى إجراء الأم الفحص الطبي للطفل مباشرة عند ملاحظة العلامات المرضية.
- ◆ سلوك الأم اتجاه الأعراض في حالة عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظتها.
- ◆ مدى إعادة الفحص الطبي للطفل مباشرة عند ملاحظة عدم تحسنه في حال مواجهة أخطاء التشخيص.
- ◆ المدة المستغرقة في تشخيص المرض: هي الفترة الكلية الممتدة ما بين ظهور الأعراض الأولية للمرض إلى غاية تشخيصه. وتنقسم إلى المدة التي تستغرقها الأم في إجراء الفحص، أي الممتدة ما بين ظهور الأعراض وأول استشارة طبية، والمدة التي يستغرقها الطبيب الممتدة من تاريخ الفحص الأول للمريض إلى غاية تأكيد التشخيص.¹
- ◆ الآثار المترتبة عن المدة المستغرقة في التشخيص (الحالة الصحية للطفل قبل الفحص وأثناء فترة التشخيص).

¹ Jean François Brasme, **Délais diagnostiques des cancers de l'enfant : distribution, déterminants et conséquences**, thèse de doctorat en santé publique –épidémiologie, publiée, université Paris sud, 2014, p.48.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

3-4- الوعي الصحي:

الوعي هو الأداء المعرفي للعقل البشري، مثل النور بالنسبة إلى العين الباصرة.¹ ويُقصد بالوعي الصحي إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، من خلال الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والافتتاح بتحويل تلك الممارسات إلى عادات تُمارس بلا شعور أو تفكير.²

كما عرفت المنظمة العالمية للصحة الوعي الصحي على أنه "يُشير إلى قدرة الفرد نفسه وأسرته ومجتمعه المحلي على الوصول إلى المعلومات وفهمها والاستفادة منها بطرائق تعزز التمتع بصحة جيدة وتصونها".³

التعريف الإجرائي:

تختلف استجابة الأمهات للأعراض المرضية حسب إدراكتهن لهذه الأعراض والتقويمات التي يمنحنها لها، وما يبيّن امتلاك الأم لوعي صحي هو أخذها بجدية الأعراض الملاحظة مهما كانت بسيطة أم مألوفة، خاصة وأنه غالباً ما تكون أعراض سرطان الأطفال مضللة، بحيث تشبه أعراض أمراض الطفولة الشائعة أو أمراض حميدة أخرى.

وعليه نقصد بالوعي الصحي للأم في هذه الدراسة مدى إدراكها للأعراض المرضية وكيفية ترجمتها لها. ووفقاً لذلك اعتمدنا على طبيعة أعراض المرض الملاحظة كمؤشر للوعي الصحي للأم بالإضافة إلى مدى معرفتها لسرطان الأطفال والأعراض المنذرة عن وجوده.

من جهة أخرى، الأم التي لم تقم باستشارة الطبيب بسبب اعتبار الأعراض غير مقلقة ولا تستدعي الإسراع في إجراء الفحص الطبي يعكس عدم إدراكها بخطورة الاستهانة بالعلامات

¹ خليل أحمد خليل، معجم المصطلحات الاجتماعية عربي- فرنسي- إنجليزي، ط1، بيروت، دار الفكر اللبناني، 1995، ص.398.

² أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، ط1، الأردن، دار الميسرة، 1999، ص.15.

³ OMS, Note d'orientation 4 : Education sanitaire, 9^{ème} conférence mondiale sur la promotion de la santé, Shanghai, 2016, p.1.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المرضية وبالتالي وعيها الصحي، لذلك ارتأينا اتخاذ سبب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض كمؤشر آخر للوعي الصحي للأم.

3-5- المكانة الاجتماعية:

هي الوضع الذي يشغله الشخص أو الأسرة في النسق الاجتماعي بالنسبة للآخرين. وقد يحدد هذا الوضع الحقوق والواجبات وأنواع السلوك الأخرى بما في ذلك طبيعة ومدى العلاقة بأشخاص آخرين لهم مكانات مختلفة، وقد يحتل الطفل مكانة في المجتمع عن طريق أسرته.

يمكن أن تُحدّد المكانة الاجتماعية بالتعليم، الدخل والممتلكات، التقييم الاجتماعي للمهنة وبعض الأنشطة الأخرى في المجتمع.¹

مؤشرات المكانة الاجتماعية المتمثلة في التعليم والمهنة والدخل مترابطة، فغالبا ما يحدد التحصيل العلمي نطاق المهن التي يمكن للفرد الوصول إليها ويرتبط الاحتلال نفسه بالدخل.²

فالتعليم هو انعكاس للثقافة التي اكتسبها الفرد والتي ستؤثر على قدرتهم على فهم ودمج المعلومات الجديدة المتعلقة بصحتهم. المهنة هي انعكاس للمستوى الاجتماعي الذي يصل إليه الفرد ومستوى تحقيق قدراته، وتلعب المهنة أيضا دورا مهما في إنشاء شبكات اجتماعية يمكن أن يكون لها تأثير مهم على الصحة. بالنسبة للدخل، فإنه يحدد من بين أمور أخرى الوصول إلى الموارد الصحية.

¹ محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، مصر، دار المعرفة الجامعية، دون سنة، ص.440-441.

² B. Golabardes, A. Morabia, M. S. Bernstein, « Statut socio-économique : un facteur de risque indépendant », *revue médicale suisse*, vol 4, n°2316, Octobre 2000, sans page.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

التعريف الإجرائي:

حددنا المكانة الاجتماعية للأم في هذه الدراسة من خلال ثلاثة مؤشرات، حسب اعتقادنا، تتمثل في مستواها التعليمي، حالتها المهنية وقيمة الدخل الشهري لأسرتها.

3-6- الخدمات الصحية:

هي العمليات المهنية والجهود العملية الممارسة في المؤسسة الطبية، يقوم بها فريق عمل يشمل كل من الطبيب، هيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي، تهدف بالمريض إلى الاستفادة الكاملة من العلاج الطبي والتكيف في البيئة الاجتماعية.¹

كما عُرِّفت على أنها مجموع الخدمات العلاجية أو التشخيصية التي يُقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض أو العناية التمريضية التي تقدمها الممرضة للمريض أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها فني المختبر لشخص ما أو عدة أشخاص.²

وتتمثل العناصر الأساسية للخدمات الصحية الجيدة في توفرها بالكم والكيف المطلوب بمستوياتها المختلفة وسهولة الحصول عليها، توفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الضرورية، الكفاءة المهنية لمزودي الخدمات الصحية والجانب السلوكي للرعاية الطبية.³

التعريف الإجرائي:

استُخدم مفهوم الخدمات الصحية في هذا البحث للإشارة إلى الخدمات التشخيصية المقدمة للطفل في المؤسسة الصحية، وحددنا نوعية هذه الخدمات بمدى توفر الخدمة الصحية

¹ إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2002، ص.34.

² عبد المجيد الشاعر وآخرون، علم الاجتماع الطبي، ط1، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2000، ص.90.

³ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2008، ص.81-82.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

من خلال توفر المؤسسات الصحية والأطباء والمعدات، لا سيما قطاع الفحص، ومدى سهولة الحصول عليها (مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص السرطان) واختصاص الطبيب الذي تولى فحص الطفل المصاب.

4- الدراسات السابقة :

نلفت الانتباه إلى أنه لعدم حصولنا على الدراسات التي اهتمت بموضوع سرطان الطفل في مجال علم الاجتماع والديمغرافيا، اعتمدنا فقط على بعض الدراسات الأجنبية في مجال الطب والصحة العمومية. كما أدرجنا دراسة جزائرية في علم اجتماع الصحة، التي بالرغم من تناولها سرطانات البالغين فقط، إلا أنها اقتربت كثيرا من موضوع بحثنا.

4-1- رسالة دكتوراه لـ Jean François Brasme تحت عنوان:

Délais diagnostiques des cancers de l'enfant : distribution, déterminants et conséquences.

اهتمت الدراسة بالمدة المستغرقة في تشخيص سرطان الأطفال، وسلطت الضوء على أسباب وآثار مدة التشخيص الطويلة، بهدف رفع الوعي الصحي للآباء والأطباء للحد من هذه التأخيرات.

قام الباحث في الجزء الأول من دراسته بجمع وتحليل النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات المنشورة وغير المنشورة التي أجريت إلى غاية سنة 2011، والتي اهتمت بمدة تشخيص سرطانات الأطفال محدداتها وآثارها. انتقاء الدراسات المعتمدة تم وفق شروط من بينها لغة النشر، كما تم استبعاد الدراسات التي تمت في البلدان النامية، والدراسات التي تنطوي على أقل من 20 حالة، والتي تضم كل من البالغين والأطفال وكانت نسبة الأطفال فيها أقل من 70%. ليتم إدراج 98 دراسة في التحليل، 56% منها أجريت بعد سنة 2000.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

توصّل الباحث من خلال تحليله للبيانات المجمعّة من هذه الدراسات إلى أنّه:

- ارتبطت مدة التشخيص بنوع الأورام والأنواع الفرعية للورم نفسه، فكانت طويلة الأمد بالنسبة للسرطانات التي تتطور ببطء مثل بعض أنواع سرطانات المخ وسرطان العظام، وقصيرة الأمد بالنسبة للسرطانات العدوانية سريعة النمو كسرطان الكلى، سرطان الدم الحاد وسرطان الجهاز اللمفاوي. كما تختلف مدة تشخيص نوع معيّن من السرطان حسب موقعه، ذلك لاختلاف الأعراض التي تدل على وجودها، أي أن للأعراض الملاحظة دور في تحديد مدة التشخيص.

- ارتبطت مدة التشخيص أيضا باختصاص الطبيب الذي تم اللجوء إليه لإجراء الفحص، فكانت أطول في حالة كون الطبيب الفاحص طبيب عام مقارنة بطبيب أطفال.

- الدراسات التي تناولت تأثير العوامل الاجتماعية (مهنة الآباء والدخل) في مدة التشخيص لم تجد علاقة واضحة بينهما، كما أنّه لم يوجد اختلاف بين المناطق الحضرية والريفية، ولم يُلمس تأثير لعامل بعد مركز طب أورام الأطفال.

- تبين وجود علاقة راسخة بين طول مدة التشخيص وشدة المرض وبالتالي الحد من إمكانية العلاج المحافظ وتقليل نسب الشفاء.

كما تناول الباحث في دراسته الأطفال دون 15 سنة المصابين بسرطان الدماغ (الورم الأرومي العصبي) الذين تم تشخيصهم في منطقة Ile de France في الفترة الممتدة بين جانفي 1990 وأفريل 2005، تمّ علاجهم ومراقبتهم على المدى الطويل بمعهد Gustave Roussy أو l'institut Curie. والذين بلغ عددهم 166 حالة، 38% منها وصلت إلى مراحل متقدمة (سرطان منتشر). تمّ التوصل إلى أنّه:

- الاختلافات في مدة التشخيص تعود إلى كيفية تعامل الآباء مع الأعراض الملاحظة، تشخيص الأطباء وعدم المساواة في الرعاية الصحية.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- كلما كانت الأعراض خفيفة كلما استغرق في تشخيص المرض مدة أطول، فالأعراض ذات طابع نفسي* ارتبطت بمدة تشخيص طويلة، مقارنة بالأعراض الأخرى كالصداع.
 - الأورام ذات التطور السريع تؤدي إلى أشكال سريرية صاخبة (أعراض حادة)، وبالتالي مدة التشخيص تكون أقصر مقارنة بالأورام الأقل عدوانية كسرطانات المخ.
 - يظهر تأثير طول مدة التشخيص على زيادة شدة المرض في حال الإصابة بسرطان عدواني (يتطور بسرعة).
 - ترتفع نسب البقاء على قيد الحياة لدى الأطفال الذين تجاوزوا 5 سنوات وفي الحالات التي لم ينتشر فيها السرطان.
- كما قام الباحث بتحليل البيانات التي تم جمعها من دراسة قامت بهما الجمعية الفرنسية لسرطان الأطفال. ضم التحليل المرضى المصابين بسرطان العظام من نوع Sarcome d'Ewing المعالجين في فرنسا بين عامي 1988-2000.
- شمل التحليل 436 طفل ومراهق (السن الأقصى 21 سنة)، بلغ متوسط السن عند التشخيص 12 سنة، ومتوسط مدة التشخيص 70 يوم، تمت الاستشارة الطبية بعد شهر من ظهور الأعراض في 72% من الحالات وبعد 6 أشهر بنسبة 19%.
- تمّ التوصل إلى أنّ العوامل التي أثّرت في مدة التشخيص تمثلت في سن الطفل وموضع الورم اللذان يؤديان لاختلاف الأعراض الملاحظة والتي ترتبط بدورها بمدة التشخيص.

* كانخفاض المردود الدراسي، اضطرابات سلوكية، قلق، حزن.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

ففضلا عن موضع الورم، النمو السريع للسرطان لدى الأطفال الصغار الذي يؤدي إلى ظهور علامات سريرية أكثر شدة، بالإضافة إلى مراقبة الوالدين المكثفة للأطفال الأصغر سنا واهتمامهم بالمتابعة الطبية يؤدي إلى استشارة وتشخيص أسرع.

عموما لم يُلاحظ انخفاض في مدة تشخيص سرطان المخ وسرطان العظام رغم التطور الحاصل في الميادين الطبية، وخلص إلى أنّ هناك حاجة ماسة لتخفيض هذه المدة من خلال رفع الوعي الصحي لدى الآباء وكذا مقدمي الخدمات الصحية الأولية كما تمّ في عدة بلدان.¹

4-2- رسالة دكتوراه لـ Marie-Anne Weidner تحت عنوان:

Comment raccourcir le délai diagnostic du cancer chez l'enfant et l'adolescent : proposition de moyens de sensibilisation.

تمثل الهدف الأساسي لهذه الدراسة في تحديد المدة المستغرقة في تشخيص سرطان الدم لدى الأطفال والمراهقين وإبراز العوامل المؤثرة في هذه المدة والنتائج المترتبة عنها (مرحلة المرض، أمل البقاء على قيد الحياة). كما أنجز هذا العمل بُغية إثراء معارف العامة والأطباء الذين يتعاملون مع حالات الكشف عن سرطان الأطفال خاصة، ذلك من خلال تسليط الضوء على العلامات التحذيرية للمرض من أجل تقليص المدة المستغرقة في التشخيص وتقليل الآثار المترتبة عن العلاجات.

في بادئ الأمر قامت الباحثة بعرض وتحليل نتائج دراستين في هذا المجال، أولهما دراسة تناولت المدة المستغرقة في تشخيص أورام الدماغ لدى الطفل والآثار المترتبة عن ذلك، والتي ضمت 354 طفل مصاب بورم الدماغ يتراوح سنهم ما بين 0-14 سنة، المعالجين في مصلحة طب أورام الأطفال بالمركز الاستشفائي الجامعي نانسي في الفترة الممتدة بين 1983-2003. ألفت الدراسة الضوء على أخطاء التشخيص الشائعة التي تمثلت في عدم أخذ

¹ Jean François Brasme, op.cit, p.7-162.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

العلامات المرضية بجدية كإرجاع أسباب الصرع والصداع النصفي للعامل النفسي، وخلصت إلى أنّ أورام المخ من السرطانات التي تستغرق في تشخيصها مدة أطول (بلغت في المتوسط حوالي 6 أشهر)، نتيجة إغفال العلامات المنذرة من قبل الآباء والأطباء.

الدراسة الثانية تهدف إلى رصد تطور مدة تشخيص بعض أنواع سرطانات الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 0-14 سنة، المعالجين في مصلحة طب أورام الأطفال بالمركز الاستشفائي الجامعي نانسي في الفترة الممتدة بين 1983-2003، والبحث عن العوامل المؤثرة في مدة التشخيص وتأثيرها على بقاء المرضى، تمّ التوصل إلى:

- بلغت المدة المتوسطة للتشخيص 10 أسابيع (استغرق الآباء لإجراء الفحص مدة بلغت في المتوسط 2.8 أسابيع، والأطباء في تشخيص المرض 6.7 أسابيع).

- أكثر الفئات العمرية التي لوحظ فيها طول مدة التشخيص هي الفئة 10-14 سنة. كما بلغ متوسط السن عند اكتشاف الإصابة 6.3 سنوات بهيمنة ذكورية مقدّرة بـ 1.16 ذكر مقابل أنثى واحدة.

- ارتبطت مدة تشخيص المرض بمرحلة اكتشافه، كما تبين أنه كلما طالت مدة التشخيص كلما انتقل السرطان إلى مناطق أخرى من الجسم وذلك في حالة الإصابة بأنواع محددة من السرطانات كسرطان العظام وسرطان الشبكية.

- عدم تقليص الفترة المستغرقة في تشخيص سرطان الأطفال طوال الفترة التي غطتها الدراسة (20 سنة) رغم التطور الحاصل في عدة ميادين، يعود إلى نقص الوعي الذي يجب رفعه لدى الآباء لتقليص المدة في طلب الخدمة الصحية من جهة، ولدى الأطباء لتقليص المدة المستغرقة في كشف المرض. من جهة أخرى، تقليص مدة التشخيص يمكن من خفض مرضية الأطفال الناتجة عن العلاج.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

وتناولت الباحثة في دراستها الأطفال والمراهقين الذين يتراوح سنهم بين 0-19 سنة، المصابين بسرطان الدم الحاد، الذين تمّ إسعافهم على مستوى مصلحة أمراض الدم والسرطان بالمركز الاستشفائي الجامعي نانسي، وذلك في الفترة الممتدة من أول جانفي 2009 إلى 30 جوان 2014.

واعتمدت على مراجعة ملفات الطبية لـ 87 طفل مصاب بسرطان الدم (58 ذكور و 29 إناث) وتمّ التوصل إلى ما يلي:

- بلغ متوسط سن الأطفال عند إجراء الفحص 7.46 سنة، كما أنّ أغلب حالات السرطان حدثت لدى أطفال يتراوح سنهم ما بين 1-4 سنوات بنسبة 36%.

- قُدرت المدة التي استغرقها الآباء لطلب الخدمة الصحية بـ 12.7 أيام، والمدة التي استغرقها الأطباء في كشف المرض بـ 9 أيام، أما متوسط المدة الإجمالية للتشخيص بلغ 21.7 يوم.

- تختلف المدة الإجمالية لتشخيص المرض حسب سن الطفل، فأطول مدة لتشخيص المرض سُجّلت في الفئات العمرية 0-1 سنة و 10-14 سنة.

- ارتبطت مدة تشخيص لوكيميا الأطفال بالأنواع الفرعية لسرطان الدم، حيث تتعلّق مدة التشخيص الإجمالية بالأعراض الملاحظة: فمثلا وجدت أنّها أطول في حالة العرج أثناء المشي حيث بلغت 63 يوم، كما بلغت مدة التّأخير عن الفحص 25.7 يوم في حالة تدهور الحالة العامة. أمّا أقصر مدة مستغرقة في اللجوء إلى الطبيب بلغت 5 أيام في حالة ظهور حمّى وأعراض جلدية.

- في معظم الحالات تمّ اللجوء لإجراء الفحص الطبي الأول للأعراض الملاحظة لدى طبيب عام بنسبة 67.82%.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- مسّت الوفيات 11 من بين 87 حالة وذلك بنسبة 13% وذلك بعد عامين من تشخيص المرض.

- في الأخير تم التوصل إلى أنّ معرفة الأعراض المُنذرة عن الإصابة بالسرطان تعزّز عملية الكشف المبكر عن المرض، كما أنّ للخدمة الصحية المقدّمة للطفل دور في رفع نسبة الشفاء.¹

4-3- دراسة تحت عنوان:

Death Within 1 Month of Diagnosis in Childhood Cancer: An Analysis of Risk Factors and Scope of the Problem.

لفهم عوامل خطر الوفاة المبكرة للأطفال المصابين بالسرطان بشكل أفضل، أُنجزت دراسة رجعية تناولت الأطفال المصابين بالسرطان والذين لا يعيشون لفترة كافية لبدء العلاج أو يموتون بعد فترة قصيرة من بدء العلاج، وذلك رغم التطور الطبي الحاصل في هذا المجال في الولايات المتحدة الأمريكية.

تمّت الدراسة بالاستناد على قاعدة بيانات تجمع السجلات الطبية لأفراد يتراوح سنهم ما بين 0-19 سنة وتمّ تشخيصهم في الفترة الممتدة ما بين سنتي 1992-2011. سجلات المعهد الوطني للسرطان تتضمن معلومات حول الإصابة بالسرطان والبقاء على قيد الحياة. ورغم تغطية هذه السجلات لـ 13.4% فقط من سكان الولايات المتحدة، إلا أنها مُصمّمة لتمثيل التنوع الجغرافي والاجتماعي.

بعد استبعاد الحالات التي تقتقر للمعلومات الوافية حول المرحلة التي بلغها المرض عند التشخيص مثلاً، وصل عدد الحالات المدروسة 36337 طفلاً ومراهقاً مصابين بالسرطان تم تشخيصهم في الفترة المذكورة أعلاه. توصلت الدراسة إلى أنه:

¹ Marie Anne Weidner, **Comment raccourcir le délai diagnostique du cancer chez l'enfant et l'adolescent proposition de moyens de sensibilisation**, thèse de doctorat en médecine, publiée, université de LORRAINE, France, 2015, p.19-71.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- يموت ما يقارب 1.5% من الأطفال المصابين بالسرطان قبل أن يتمكنوا من الاستفادة الكاملة من العلاجات الحديثة، بلغ عدد حالات الوفاة المبكرة (في غضون شهر من التشخيص) 555 حالة أي 7.5% من إجمالي الوفيات الذي بلغ 7403.

- مجموعة الوفيات المبكرة ضمت أعلى النسب من الأورام الخبيثة الدموية، أورام الجهاز العصبي المركزي ونسب أقل من الأورام الصلبة.

- بالنسبة لحالات الإصابة بالأورام الدموية الخبيثة، شكّل الأطفال الرضع أكثر فئة عمرية تعرضت للموت المبكر. ارتبط طول فترة التشخيص، انخفاض التعليم، مشكل اللغة، البطالة والفقر بأعلى نسب الوفاة المبكرة (أي أنّ الأطفال الذين يعيشون في أسر منخفضة أو متوسطة الدخل مُعرّضون أكثر لخطر الوفاة المبكرة).

- فيما يتعلق بأورام الجهاز العصبي المركزي، سُجّلت أكبر نسبة للموت المبكر في الفئات العمرية 0-1 سنة و1-4 سنوات. الأسر التي تعاني من مشكل اللغة، غياب التوظيف والفقر شكّلت الفارق في استحوادها على أعلى نسب الوفاة.

- بالنسبة للأورام الصلبة، أعلى نسب الوفاة شهدتها فئة الأطفال الرضع، ارتبط طول فترة التشخيص بالوفاة المبكرة كما لم تكن أي من الخصائص الاجتماعية والاقتصادية مرتبطة بشكل كبير بخطر الموت المبكر في هذه المجموعة.

- خلال فترة الدراسة، لوحظ انخفاض إجمالي كبير في نسب الوفيات المبكرة خاصة الأورام الدموية الخبيثة مع التقدم في العلاج المضاد للسرطان والرعاية الداعمة.¹

¹ A. L. Green et al, op.cit, p.1320-1327.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

4-4- رسالة دكتوراه لـ Mohammed Hassaine تحت عنوان:

Les inégalités sociales de la santé : Étude du processus de mise en forme des inégalités des trajectoires de malades atteints du cancer en Algérie.

تناولت الدراسة المسار المرضي للأشخاص المصابين بالسرطان، الذين توافدوا إلى المركز الاستشفائي الجامعي بكل من وهران وتلمسان.

اعتمد الباحث على تقنية المقابلة نصف موجهة لجمع البيانات من الميدان. ولاستكشاف أبعاد عدم المساواة الاجتماعية في مواجهة مرض السرطان، قام بمقارنة المسارات المختلفة للمرضى المصابين بالسرطان بكل أنواعه (فيما عدا سرطان الأطفال)، آخذا بعين الاعتبار المستوى التعليمي، المهنة والدخل من أجل تسليط الضوء على أوجه التشابه والاختلاف التي قد تُفسر الفوارق في فرص بقاء المرضى على قيد الحياة. وعليه، اشتملت الدراسة على 20 مقابلة تم إجراؤها في الفترة الممتدة من جوان 2014 إلى أفريل 2016.

ونلخص النتائج التي جاءت بها الدراسة فيما يلي:

في المرحلة الأولى الممتدة من ظهور العلامات إلى إجراء الفحص الطبي تبيّن أنّ:

- القيام بالفحص يتوقف على كيفية ترجمة أعراض المرض، والعامل الذي يؤدي بالاستهانة بالأعراض هو عدم الاعتقاد أن أعراضا بسيطة قد تكون أعراض سرطان، وتفسير الأعراض الشائعة على أنها أعراض حميدة لا تتطلب استشارة الطبيب، ودرجة مقاومة الأعراض هي التي تحدد السرعة التي يستشير بها المريض الطبيب، فقد يُستهان بالأعراض حتى لا يمكن تجاهلها لأن تداعياتها ستؤثر على الحياة اليومية.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- الذين لم يقوموا بالفحص، حاولوا في البداية إدارة الوضع بأنفسهم من خلال اللجوء إلى العلاج التقليدي.

في العموم، توصل الباحث أن الوعي الصحي، المستوى التعليمي، المهنة والدخل تأثير في مدى الإسراع في إجراء الفحص.

في المرحلة الثانية الممتدة من الاستشارة الطبية الأولى إلى تاريخ تأكيد التشخيص توصل إلى أن:

- عدم توفر الخدمات الصحية وصعوبة الحصول عليها يُثني المرضى عن القيام بالاستشارة الطبية، فبدل من ذلك تم اللجوء إلى علاج الأعراض ذاتياً، كما أن لذلك أثر على مدى إعادة الفحص وطول فترة التشخيص.

- التشخيص يعتمد على اختصاص الطبيب الفاحص، خبرته وكفاءته، فلاخطاء التشخيص أثر بالغ في طول فترة التشخيص (بطء الطبيب في التفكير في تشخيص السرطان رغم إعادة المريض الفحص عدة مرات يؤدي إلى تأخير كبير في التشخيص وينعكس ذلك على الحالة الصحية للمريض).

- يتدخل الوعي الصحي للمريض في نقد وتقييم التشخيص الطبي ومواجهة أخطاء التشخيص، فمعرفته بنظام الرعاية الصحية ومستوى المعلومات الطبية لديه تمكنه أيضاً من توجيه نفسه بشكل أكثر فعالية وتحسين رعايته. بينما المرضى الذين لم يكن لديهم هذا المستوى من الوعي، بالإضافة إلى تدني مستواهم المعيشي هم أكثر من تأثر بأخطاء التشخيص الأمر الذي أدى إلى طول فترة التشخيص واكتشاف المرض في مرحلة متقدمة جداً.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- يؤثر قطاع الفحص في تشخيص المرض، حيث يتميز القطاع العام بطول مواعيد إجراء الفحوص الإشعاعية، بينما يوفرها القطاع الخاص في وقت قصير للمرضى الذين يملكون التسهيلات المادية.

وانتهى الباحث إلى أن المرضى ذوي المكانة الاجتماعية المنخفضة غالبا ما يُشخص مرضهم في مرحلة متأخرة.¹

لقد خلُصت نتائج الدراسات السابقة إلى العوامل المؤثرة في المدة المستغرقة في تشخيص سرطانات الأطفال التي تجلّت بصفة رئيسية في كيفية ترجمة وتعامل الآباء مع أعراض المرض، حيث ارتبطت مدة التشخيص الطويلة بظهور أعراض بسيطة. وتلعب المكانة الاجتماعية لأسرة الطفل والخدمات الصحية في تقليص المدة المستغرقة في تشخيص المرض، فانخفاض التعليم، والدخل المرتبط بانتشار البطالة والمناطق المحرومة عامة تستحوذ على أعلى نسب الوفيات المبكرة للأطفال المصابين بالسرطان، هذا يدل على تأثير هذه العوامل على تلقي الطفل المصاب الخدمة الصحية في الوقت المناسب.

ما يمكن استخلاصه أيضا من نتائج هذه الدراسات هو أهمية عامل الزمن في نجاة طفل مصاب بالسرطان من الموت، فمرور وقت على إصابته دون بدء العلاج لا يخدم فرصه في الشفاء.

وهذا ما سنركز عليه الاهتمام في دراستنا، حيث سنلقي الضوء على العوامل التي تؤثر في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان والتي حصرناها في الوعي الصحي للأم، مكانتها الاجتماعية ونوعية الخدمات الصحية المُقدمة.

¹ Mohammed Hassaine, *Les inégalités sociales de la santé : Étude du processus de mise en forme des inégalités des trajectoires de malades atteints du cancer en Algérie*, Thèse de doctorat en sociologie de la santé, publiée, université d'Oran 2 Ahmed Ben Ahmed, 2019, p.9-182.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

II. المنهج المُتبع والتعريف بمنهجية البحث:

1- المنهج المتبع في البحث:

"تعتمد صحة أي بحث علمي بدرجة كبيرة على المنهج المستعمل والكيفية التي استُعمل وفقها لدراسة الواقع".¹ والمنهج هو طريقة البحث التي يعتمدها الباحث في جمع المعلومات والبيانات المكتبية أو الحقلية وتصنيفها وتحليلها وتفسيرها. والبحث الواحد لا يعتمد على منهج مُحدّد بل يعتمد على عدة مناهج تُعين الباحث في جمع البيانات المطلوبة.²

كل بحث علمي يركز على منهجية معينة تتحدد تبعاً لمشكلة البحث ونوع الموضوع المُراد دراسته. ولأننا نسعى في دراستنا إلى قياس مدى تأثير الوعي الصحي للأُم، مكانتها الاجتماعية والخدمات الصحية في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان، اعتمدنا على المنهج الكمي الذي عُرف على أنه "تجميع المادة العلمية تجميعاً كمياً، وهو بذلك يعكس نتائج البحث العلمي في صورة رياضية بالأرقام والرسوم البيانية"³، والباحث الاجتماعي يستخدم الطرق الإحصائية كرموز ومؤشرات لقيم وظواهر وعلاقات معينة يقوم الباحث بتفسيرها وتحليلها.⁴

2- مجالات البحث:

2-1- المجال البشري (العينة وكيفية اختيارها):

باعتبار أنه من غير الممكن دراسة كل وحدات مجتمع البحث، استلزم ذلك منا اتباع أسلوب المعاينة، عُرِّفت هذه الأخيرة حسب موريس أنجرس على أنها "مجموعة من العمليات تهدف إلى بناء عينة تمثيلية لمجتمع البحث المستهدف". أمّا العينة "هي ذلك الجزء من مجتمع

¹ موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، الجزائر، دار القصة، 2006، ص.36.

² إحسان محمد الحسن، مناهج البحث العلمي، ط1، الأردن، دار وائل، 2005، ص.11.

³ حسين عبد الحميد أحمد رشوان، العلم والبحث العلمي، دراسة في مناهج العلوم، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2004، ص.170.

⁴ خليل عمر معين، مناهج البحث العلمي في علم الاجتماع، ط1، عمان، دار الشروق، 2004، ص.81.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

البحث الذي سنجع من خلاله المعطيات في ميدان العلم. نتطلع أن تسمح لنا العينة المتكونة من بعض العشرات، المئات، أو الآلاف من العناصر، وذلك حسب الحالة، والمأخوذة من مجتمع بحث معيّن بالوصول إلى التقديرات التي يمكن تعميمها على كل مجتمع البحث الأصلي".¹

نظرا لتعذر حصولنا على قاعدة معاينة، اعتمدنا على طريقة المعاينة غير الاحتمالية، وبما أننا نسعى من خلال هذه الدراسة إلى معرفة العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان، لجأنا إلى تطبيق العينة المكانية القصدية، حيث تتمثل وحدات العينة في الأطفال المصابين بالسرطان دون الـ 15 سنة من العمر، المتواجدين مع أمهاتهم أثناء تلقيهم العلاج الكيميائي بكل من وحدة أورام الأطفال بمركز بيار ماري كوري لمكافحة السرطان ومصلحة طب وأورام الأطفال بمستشفى مصطفى باشا الجامعي.

2-2- المجال المكاني:

لجمع البيانات من الميدان، كان لا بُدّ من تحديد المجال الجغرافي للدراسة الميدانية. نظرا لإمكانياتنا المحدودة وصعوبة التنقل إلى عدة أماكن، كانت وجهتنا الأولى إلى وحدة أورام الأطفال بمركز بيار ماري كوري لمكافحة السرطان (CPMC). بعد الإجراءات الإدارية سُمح لنا بالتنقل بين 3 قاعات للعلاج، قاعتين مخصصتين للحالات الحرجة تضم كل منهما سريرين وقاعة كبيرة تضم 7 أسرة لعلاج جميع أنواع السرطان باستثناء سرطان الدم والجهاز اللمفاوي. أمّا مصلحة طب أورام الأطفال بمستشفى مصطفى باشا الجامعي فتتكلّف بعلاج جميع أنواع سرطان الأطفال بما فيها سرطان الدم والجهاز اللمفاوي، هي ذات طاقة استيعابية أكبر، حيث

¹ موريس أنجريس، مرجع سبق ذكره، ص.301.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

تضم طابقين سفلي صغير يحتوي على 4 قاعات علاج والعلوي يضم ضعف عدد قاعات العلاج.

اختيارنا لكل من وحدة أورام الأطفال بمركز بيار ماري كوري لمكافحة السرطان (CPMC) ومصلحة طب أورام الأطفال بمستشفى مصطفى باشا الجامعي من أجل إجراء بحثنا الميداني، كان بسبب توافد الأطفال المصابين بالسرطان من جميع أنحاء الوطن، ولتخصص هاتين المصلحتين في معالجة جميع أنواع سرطانات الأطفال وتفردهما بعلاج البعض منها كسرطان الشبكية بـ CPMC، بالإضافة إلى تكفلهما بعلاج الحالات المتقدمة من المرض نتيجة توفرهما على مختلف الأجهزة الطبية المتطورة وكذا الكوادر الطبية المتخصصة.

2-3- المجال الزمني:

لقد استغرق البحث الميداني حوالي 9 أشهر بدءا من تاريخ 2019/06/19 إلى غاية 2020/02/26. وهذا لا يشمل الفترة التي تمّ فيها إجراء البحث الاستطلاعي، الذي قمنا فيه باختبار الاستبيان على مجموعة من الأطفال المصابين بالسرطان، المُرَافقين من قبل أمهاتهم أثناء جلسات العلاج الكيميائي بوحدة أورام الأطفال بمركز بيار ماري كوري لمكافحة السرطان. في ضوء الاختبار الميداني للاستبيان الذي دام مدة 3 أسابيع وشمل 40 وحدة، تمكنا من تعديل وإعادة صياغة بعض الأسئلة، حذف البعض منها وإضافة البعض الآخر حتى يخدم الاستبيان فرضيات البحث بشكل أمثل.

وتمّ تطبيق الاستبيان النهائي على مرحلتين:

المرحلة الأولى من 2019/06/19 إلى غاية 2019/12/19: تمّ حصولنا على الترخيص لإجراء البحث الميداني في وحدة أورام الأطفال بمركز بيار ماري كوري لمكافحة السرطان لمدة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

6 أشهر، وذلك كل أيام الأسبوع من الأحد إلى الخميس من الساعة 9 صباحا إلى الساعة 12 سا.

المرحلة الثانية من 2019/12/26 إلى 2020/02/26: تمت الموافقة على إجراء البحث الميداني بمصلحة طب أورام الأطفال بمستشفى مصطفى باشا الجامعي لمدة شهرين، وذلك كل أيام الأسبوع من الأحد إلى الخميس من الساعة 9 صباحا إلى الساعة 12 سا.

وعليه بعد انتهاء الفترة المرخص فيها إجراء البحث الميداني، بلغ حجم العينة النهائي 302 وحدة.

تجدر الإشارة إلى أننا قد واجهنا صعوبات كبيرة لإنجاز بحثنا الميداني، حيث كان هناك العديد من الأمهات من رفضن إجراء الاستجواب بحكم حالتهم النفسية السيئة، أو عدم رغبتهم بالحديث أمام أبنائهم ولا يحسن الحديث بلغة أخرى لا يفهمها الطفل، كما أنه مُنع علينا الحديث مع الأمهات خارج الغرفة أين يتلقى الأطفال العلاج الكيميائي (في الرواق)، من جهة اعتبارا للجانب التنظيمي، ومن جهة أخرى لضرورة مكوث الأم مع طفلها أثناء العلاج لمراقبته.

هذا بالإضافة إلى اللواتي رفضن إنهاء المقابلة مجرد انتهاء العلاج لانشغال الزوج المرافق.

ولقد كان خلال بحثنا الميداني في كلا المصلحتين فترة ركود بلغت أسبوعين، حيث اضطررنا للتوقف نظرا لوفاة 5 أطفال (3 تم إجراء المقابلة مع أمهاتهم وحالتين لم يتسن لنا إجراء المقابلة معهما)، مما خلف حالة من الدُعر والخوف لدى باقي الأمهات أفراد العينة من تلقي أطفالهن نفس المصير وهو ما جعلنا نؤجل الاستجواب لفترة لاحقة.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

3- الأدوات المستعملة في جمع البيانات:

لقد اعتمدنا في جمع البيانات من الميدان على تقنية الاستمارة بالمقابلة، التي هي "وجيز أسئلة يطرحها المستجوب الذي يقوم في نفس الوقت بتسجيل الإجابات المقدمة من طرف المستجوب".¹

تتيح لنا هذه التقنية جمع أكبر قدر من البيانات عند استجواب الأمهات، حيث تسمح بتسجيل بعض الملاحظات التي تدعم الأجوبة المٌصرح بها وتثري الموضوع أكثر. وكان لا بُد علينا من ملء الاستمارة بأنفسنا بسبب انشغال الأم مع طفلها أثناء تلقي العلاج الكيميائي، كما اعتمدنا على هذه التقنية لتفاوت المستويات التعليمية للأمهات، ولتقادي تأويل مفهوم بعض الأسئلة إلى عكس ما تذهب إليه وتجنب عدم الدقة في الإجابات.

وعليه، احتوت استمارة البحث على 52 سؤال منها المغلقة، المفتوحة ونصف مغلقة، موزعة على 04 محاور كالتالي:

- المحور الأول: تضمن الخصائص العامة لأفراد العينة (سن الطفل، جنسه، ...).

- المحور الثاني: اشتمل على البيانات المتعلقة بالوعي الصحي للأم كأعراض المرض الملاحظة، أسباب عدم إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظتها ...، وبيانات حول الكشف المبكر عن سرطان الطفل التي تمثلت في مدى القيام بإجراء الفحص الطبي، المدة المستغرقة في إجرائه وغيرها.

- المحور الثالث: احتوى على بيانات حول نوعية الخدمات الصحية المقدمة لتشخيص سرطان الطفل وعلاجه (توفر الخدمات الصحية، قطاع الفحص، اختصاص الطبيب الفاحص، ...).

¹ نفس المرجع السابق، ص.206.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- المحور الرابع: تضمّن أسئلة متعلقة بالمستوى التعليمي للآباء وأسئلة أخرى متعلقة بمستواهم المعيشي.

4- المعالجة الإحصائية للبيانات:

بعد الانتهاء من جمع البيانات من الميدان، مررنا إلى مرحلة تفرّغها بالاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، فاستخرجنا جداول بسيطة وأخرى مزدوجة قمنا بمعالجتها بالاستعانة بالمقاييس الإحصائية المتمثلة في المتوسط الحسابي، المنوال والانحراف المعياري.

كما وظفنا اختبار كا² ومقاييس الارتباط المتمثلة في معامل التوافق ومعامل ارتباط الاقتران لاختبار وقياس العلاقة بين متغيرات الفرضيات المطروحة في البحث.

الفصل الثاني

الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

تمهيد

1. نظرة عامة عن مرض السرطان

- 1- اكتشافه
- 2- آلية حدوثه
- 3- عوامل الخطر
- 4- طرق الفحص
- 5- طرق العلاج
- 6- أهمية الكشف المبكر
- 7- التأخر عن تشخيص سرطان الطفل والمرضية الناتجة عن ثقل العلاجات

II. أهم السرطانات التي تصيب الأطفال

- 1- سرطان الدم
- 2- سرطان الجهاز اللمفاوي
- 3- أورام الدماغ والجهاز العصبي المركزي
- 4- الورم الأرومي العصبي
- 5- ساركوما العظام والأنسجة الرخوة
- 6- سرطانات أخرى

خلاصة

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

تمهيد:

يصيب داء السرطان الأطفال فهو ليس مقتصرًا على البالغين فقط، غير أنه يختلف عن سرطان البالغين في عدة نواحي، من حيث أنه يحدث فجأة في كثير من الأحيان، وأعراضه تتشابه مع أعراض أمراض الطفولة الشائعة. لذلك بات الفحص الفوري للعلامات المرضية التي تظهر على الطفل من أبسطها إلى أخطرها خاصة مع عدم زوالها أمر ضروري، إذ أنّ للتشخيص المبكر وتلقي العلاج الملائم دور كبير في زيادة احتمال الشفاء ومعدل النجاة.

وعليه، ارتأينا أن نقدم في الجزء الأول من هذا الفصل نظرة عامة عن مرض السرطان وعوامل التي تزيد خطر الإصابة به لدى الأطفال، متطرقين إلى طرق فحصه وعلاجه مع إلقاء الضوء على أهمية الكشف المبكر عنه وعواقب التأخر عن تشخيصه. بعد ذلك نتناول في جزئه الثاني أهم السرطانات التي تصيب الأطفال مع التركيز على أهم الأعراض التي قد تنذر بوجودها، حيث أنّ معرفة المرض وأعراضه تتيح فرصة مجابهته والقضاء عليه بالكشف المبكر عن وجوده.

1. نظرة عامة عن مرض السرطان:

1- اكتشافه:

السرطان ليس داءًا حديثًا أفرزته الحضارة في القرن الـ 20، فهو قديم قدم الإنسان، لكن الحضارة الحالية بما أفرزته من متغيرات ضخمة في مختلف المجالات منها الصحية والتكنولوجية، ساهمت في انحسار الأمراض المعدية لتحل محلها الأمراض المزمنة على رأسها السرطان.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

إذا عدنا إلى التاريخ، فقد وُصف السرطان منذ حوالي 200 سنة قبل الميلاد، لكن وصفه كان على شكل أعراض ومظاهر استُنتج أنها كانت أعراض السرطان. فقد وُجد في مخطوطات المصريين القدماء ما يصف بعض مظاهر وأعراض هذا الداء، كما أشارت إليه الحضارة اليونانية قديماً، إذ وصف أبوقراط (أب الطب عند الغربيين) الكثير منها، كما أنّ الأطباء في ظل الحضارة الإسلامية تحدثوا عن هذه الأعراض والمظاهر كجزء من المرض. ولم يتبلور الداء كمرض مستقل له خصوصيته إلاّ مع ظهور الحضارة الحديثة في القرن الـ12م، حيث راج الحديث عن أسبابه وتطوره، ولم يكن بالإمكان الحديث عن علاج يوقف تطوره حتى جاء القرن الـ20 بما حمله من تطور تكنولوجي، فظهرت المعالجة الكيميائية، المعالجة بالأشعة والجراحة وغيرها.¹

2-آلية حدوثه:

تتجدد الخلايا في جسم الانسان وتتكاثر وفق الحاجة لذلك، فتحلّ الخلايا الجديدة الشابة محل القديمة الهرمة، وحتى المريضة المصابة تموت لتحل محلها خلايا جديدة فتية قادرة على القيام بمهامها. يتبع تكاثر هذه الخلايا وتجديدها نظاماً محددًا خاصاً بكل نسيج من الأنسجة المختلفة، حيث يوجد في كل خلية خطة معقدة تنمو بموجبها، غير أنّه يحدث وأن تأتي إشارات خاطئة للخلية تسبب نموها وتكاثرها غير الطبيعيين والعشوائيين بشكل لا يمكن السيطرة عليه.²

وعليه، يحدث السرطان عندما تتوقف خلية معينة من نسيج معين وجهاز معين في الجسم عن أداء وظيفتها الطبيعية. فبتدخل عوامل محرّضة، عوض أن تتكاثر وتتطور وتقوم بمهام معينة

¹ منيرة زولوف، دراسة تحليلية للاستجابة الاكتئابية عند المصابات بالسرطان، الجزائر، دار هومة، 2014، ص.17-18.

² مالكوم شوارتز، السرطان ما هو؟ أنواعه، محاربته، ترجمة عماد أبو سعد، ط1، بيروت، الدار العربية للعلوم ومؤسسة الرسالة، 1988، ص.10.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

وتموت وفق ما هو مُخطّط لها، تخرج عن هذا النظام وتتكاثر بشكل لا يتلاءم مع الجسم وتظهر بشكل ورم يأخذ صفتان:

- حميد: ورم يلفّه غلاف يفصله عن باقي خلايا العضو الذي نشأ فيه ولا ينتشر إلى باقي أعضاء الجسم.

- خبيث: لا يوجد جدار يفصله عن باقي خلايا العضو الذي نشأ فيه، وينتشر بشكل غير منتظم إلى باقي أعضاء الجسم.

إنّ كل ورم خبيث يُعتبر سرطانا والعكس غير صحيح، حيث سرطان الدم ليس عبارة عن ورم، بل خلاياه تجري في الدم أو اللمف ونخاع العظم.

بصفة عامة هناك 3 مجموعات للسرطان:

- أورام صلبة: تنشأ في العظام وأعضاء وأنسجة الجسم الأخرى.

- أورام الغدد اللمفاوية: تنشأ في الجهاز اللمفاوي.

- أورام الدم تنشأ في نخاع العظم.¹

إذن السرطان عبارة عن ورم خبيث يتصف بخواص مُعينة من الخبيث: القدرة على التكاثر الفوضوي غير المضبوط، مهاجمة وتدمير الخلايا والأنسجة المجاورة، الانتقال إلى أنسجة الجسم البعيدة عن طريق الدم واللمف والاستقرار في عضو مليء بالدم غالبا (كالرئة، الكبد، العقد اللمفاوية) مُتسببا في نمو أوراما جديدة تسمّى الأورام الثانوية، هذه الأخيرة تدمّر بدورها الأعضاء الجديدة التي تغزوها.²

¹ Société canadienne du cancer, **Le cancer chez l'enfant : Guide pour la famille**, brochure, Canada, 2009, p.7-8.

² منيرة زولوف، مرجع سبق ذكره، ص.21-22.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

وهو ليس مرضا واحدا، بل تعبير عام عن مجموعة من الأمراض التي تشترك في صفة الخبث، وتختلف في منشئها، درجة انتشارها، مظاهرها السريرية، كما تختلف في تشخيصها وعلاجها.¹

3- عوامل الخطر:

على الرغم من كثرة الأبحاث، إلا أنه لا يزال هناك الكثير من الغموض حول أسباب حدوث السرطان لدى الأطفال. بصفة عامة، تمّ التوصل إلى أنّ هناك مجموعة من العوامل التي تتفاعل فيما بينها مؤدية إلى ظهور خلايا سرطانية يعجز الجهاز المناعي على القضاء عليها من بينها:

- العامل الوراثي: إنّ الاستعداد الوراثي للسرطان فكرة قديمة نتجت من ملاحظة حدوث سرطانات عند عدة أشخاص من نفس العائلة، لكن هذا الاستعداد الوراثي ليس كافيا لحدوث السرطان، بل يحدث نتيجة وجود عوامل مساعدة.²

دور الوراثة في التسبب بالسرطان لا يمكن أن يكون مختلفا عن دور الوراثة في التسبب بأي مرض آخر في جسم الانسان، فالسرطان إن جاء ولاديا أو جاء بعد الولادة فهو مرتبط وراثيا بالتاريخ العائلي للإصابة.

هذا العامل الوراثي يُكسب بعض الأشخاص استعدادا وراثيا أكثر من غيرهم لتطوير أنواع معينة من السرطان.³ والاستعداد الوراثي للسرطان يكون مرتبطا إمّا بـ:

¹ ملحم حسن، السرطان والأمراض الانحلالية الخطرة منعها وشفافؤها المؤكد، ط1، بيروت، دار القلم، 1986، ص.13.

² يوسف جورجي جبرائيل، أضواء على السرطان، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1983، ص.34-35.

³ ملحم حسن، مرجع سبق ذكره، ص.95.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

* تشوهات جينية موروثية من أحد الوالدين كسرطان شبكية العين، ولكن تجدر الإشارة إلى أن بعض أشكال السرطانات الموروثة كسرطان الكلى تعود لتشوهات مورفولوجية.

* اختلالات جينية كمتلازمة داون (Trisomie 21) التي تزيد من خطر الإصابة بسرطان الدم الحاد لدى الأطفال الحاملين لها بضعف 20 مرة عن غيرهم.

* نقص المناعة الخلقي الذي يؤهّب الأطفال للإصابة بالسرطان خاصة اللوكيميا.

- دور العوامل البيئية في التسبب في حدوث السرطان لدى الأطفال يبقى ضعيف مقارنة بالبالغين. ومع ذلك قد تسبب العوامل الكيماوية والإشعاعات المؤيثة بعض أشكال السرطان، خاصة إذا تم التعرض لها خلال الحمل، هذا هو الحال على سبيل المثال مع الإشعاعات المؤيثة وسرطان الدم.

- قد تؤدّي بعض الفيروسات إلى حدوث السرطان لدى الطفل كورم بوركيت الذي يصيب الطفل الإفريقي، وهو ورم الخلايا اللمفاوية صنف ب- الذي يحدث في الفك على وجه الخصوص والذي يلعب فيروس إبشتاين بار المرتبط بالمalaria دورا أساسيا في حدوثه.¹

4- طرق الفحص:

الخطوة الأولى في تشخيص السرطان تبدأ من الفحص السريري للطفل من قبل الطبيب الذي تمت استشارته، فإذا لاحظ هذا الأخير أعراضا اشتبه بها أن تكون تلك التي تُنذر عن وجود المرض، قرّر عندئذ القيام بفحوصات دقيقة للتأكد من سبب الأعراض الملاحظة.²

وتتمثل أهم طرق تشخيص السرطان في:

¹ Hervé Walti, op.cit, p.115-116.

² Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Le cancer**, collection comprendre et agir, brochure, 1^oéd, France, Ed. centr'iprim, 2008, p.18-19.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

4-1- الفحوصات البيولوجية:

إنّ الفحوصات البيولوجية (Analyses biologiques) التي تقوم على اختبار الدم و / أو البول تمكّن من قياس أي علامات ورم قد تكون موجودة (مواد تطلقها الخلايا السرطانية). يشير تركيز هذه العلامات في الدم أو في البول إلى عدد الخلايا السرطانية، لكن لا بدّ من إتباع هذا الفحص بفحوصات إضافية التي ستحدد الأصل السرطاني بدقة.¹

4-2- التصوير الطبي:

التصوير الطبي (L'imagerie médicale) هو مجموعة من التقنيات للحصول على صور للأجزاء الداخلية من الجسم، تسمح للأطباء بالتحقق من وجود الورم، موقعه الدقيق، حجمه ومدى انتشاره. هذه المعلومات مفيدة لتحديد العلاجات التي سيتم تنفيذها.² وتشمل تقنيات التصوير الطبي:

4-2-1- التصوير بالأشعة:

إنّ اكتشاف الألماني رونتجن سنة 1896 للأشعة السينية (أشعة X) زوّد الطب بوسيلة ممتازة للتشخيص والعلاج.

تُستخدم الأشعة السينية لأخذ صور لعدد من الأعضاء وأجهزة الجسم وهذا ما يسمّى بالتصوير بالأشعة (Radiographie)، في الواقع هي ليست صورة حقيقية وإنّما هي ظلال تُلقِيها هذه الأجزاء على فيلم الأشعة الحساس.³

¹ Ibid, p.19.

² Ibid, p.19.

³ يوسف جورجي جبرائيل، مرجع سبق ذكره، ص.78.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

تبعاً لذلك يُميّز النسيج الطبيعي عن النسيج الخبيث بكل سهولة، في بعض الأحيان يتم استعمال مادة ملونة لإعطاء صورة أكثر وضوحاً.¹

4-2-2- الفحص الطبي عن طريق الموجات فوق الصوتية:

الفحص الطبي عن طريق الموجات فوق صوتية (Examen médical au moyen d'ultrasons) أو ما يُسمّى (Echographie)، هو تصوير طبي يعتمد على الموجات فوق صوتية ذات تردد عالٍ لإعطاء صور عن مختلف أعضاء الجسم، ذلك بانعكاس الموجات الفوق صوتية من خلال الأعضاء الصلبة في الجسم (الصورة تظهر على شاشة جهاز الفحص).²

4-2-3- التصوير الطبقي المحوري:

الأشعة المقطعية أو التصوير الطبقي المحوري (Scanographie ou tomodensitométrie (TDM) فحص شعاعي خاص يعتمد على الأشعة السينية "X"، يُستخدم فيه الحاسوب في تكوين صورة ثلاثية الأبعاد لأعضاء الجسم الداخلية. غالباً ما يُستخدم الماسح الضوئي لدراسة خلل تم اكتشافه في البداية بواسطة التصوير الشعاعي أو الموجات فوق الصوتية. كما أنه يسهّل دراسة بعض الأعضاء التي يصعب توصيفها بالأشعة (Radiographie) كالبنكرياس، الكبد، الطحال، الكلى وغيرها.³

¹ Société canadienne du cancer, op.cit, p.31.

² Ibid, p.30.

³ Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Le cancer**, op.cit., p.20.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

4-2-4- التصوير بالرنين المغناطيسي:

التصوير بالرنين المغناطيسي (Imagerie par Résonance Magnétique) أو ما يطلق عليه اختصاراً بـ (IRM)، يسمح بإعطاء صورة واضحة لأنسجة وأعضاء الجسم. تُستخدم موجات مغناطيسية قوية لإصدار إشارات على شكل صور ملحوظة على شاشة الكمبيوتر. تتفاعل الأنسجة مع التيار المغناطيسي يختلف من نسيج لآخر ومنه الحصول على صور مختلفة لأعضاء الجسم. قد تُستعمل مادة معينة (تُحقن في الجسم) للحصول على صور أكثر وضوحاً. وعليه يفيد التصوير بالرنين المغناطيسي بالكشف عن السرطان (تموضعه، درجة انتشاره، ومنه يُمكن من تخطيط العلاج).¹

4-2-5- التصوير في الطب النووي:

التصوير في الطب النووي (Imagerie en médecine nucléaire) يتم باستعمال مواد مُشعّة لفحص أنسجة وأعضاء الجسم ورصد الخلايا السرطانية بها، هذه المواد عبارة عن مُلَوّنات خاصة تُصدر إشعاع ضعيف تُحقن أو تؤخذ عن طريق الفم، فينتشر المحلول في أنسجة الجسم التي تضم الخلايا السرطانية. يتم التقاط الإشعاعات الصادرة من الجسم بواسطة آلة خاصة (كاميرا أشعة غاما) وتُترجمها على شكل صور على شاشة الكمبيوتر. أكثر أنواع هذا الفحص شيوعاً التصوير الومضاني للعظام (Scintigraphie osseuse).²

¹ Société canadienne du cancer, op.cit, p.28.

² Ibid, p.29.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

4-3- التنظير الداخلي:

المُنظارَة داخل أعضاء الجسم (Endoscopie) من الوسائل الهامة لتشخيص السرطان الذي ينشأ في أعضاء عميقة داخل الجسم لا يُمكن رؤيتها أو أخذ عينة منها وقياس امتدادها على السطح وربما للأعضاء المجاورة.¹

4-4- البزل والخزعة:

البزل (La ponction) هو عملية أخذ عينة من السوائل في مكان ما من الجسم، أمّا الخزعة (La biopsie) فهي أخذ عينة من خلايا أو أنسجة ما في الجسم. في كلا العمليتين يتم فحص العينة مجهرياً من قبل أخصائي علم الأمراض (طبيب مُختص في فحص أنسجة وسوائل الجسم بواسطة الطرق المعملية "Oncologue") للتعرف على الخلايا الخبيثة (تحديد نوعها)، وتحديد مقدار وشدة نموها.² قد يتطلب الأمر إجراء جراحة واستئصال عينة وفحصها على الفور، إذا ثبت وجود سرطان يُعزّر تنفيذ الجراحة اللازمة على الفور.³

4-5- تقييم امتداد الورم:

عندما يتم تشخيص السرطان، من الضروري معرفة مدى تقدمه وما إذا كان قد انتشر إلى أعضاء أخرى. يتم إثباته من نتائج الفحوصات التشخيصية التي يتم استكمالها أحياناً بفحص أو فحصين إضافيين. يسمح هذا التقييم للفريق الطبي بتقييم مرحلة المرض وفقاً لنظام (T.N.M) لتحديد أنسب استراتيجية علاجية وتقييم نسب الشفاء.

¹ Fatima Asselah, op.cit, p.154.

² Société canadienne du cancer, op.cit, p.23-24.

³ مالكوم شوارتز، مرجع سبق ذكره، ص.59.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

للإشارة فإن (T.N.M) هو عبارة عن نظام يتم من خلاله تصنيف الأورام الخبيثة وفقا لمرحلة تطورها، حيث يأخذ في الاعتبار التطور المحلي للورم حسب شدته (T)، وامتداده للعقد اللمفاوية المجاورة (N) وانتشاره المحتمل في شكل نقائل أي السرطانات الثانوية (M).¹

5- طرق العلاج:

من السرطانات التي لا يمكن فيها تطبيق الجراحة، منها التي تتميز بحساسية اتجاه العلاج الإشعاعي ومنها التي تختص بحساسية اتجاه الأدوية الكيماوية والعكس. وعليه، تُطبق وسيلة علاج السرطان حسب نوعه وخصائصه ودرجة انتشاره.

5-1- الجراحة:

تُعتبر الجراحة (La chirurgie) حجر الأساس في علاج السرطان، حيث كان الاستئصال الجراحي الوسيلة الفعالة في الحصول على الشفاء في عدد من حالات السرطان، شرط أن يُستأصل الورم وكل الأنسجة المحيطة به المشكوك في إصابتها، لأنَّ إبقاء الخلايا السرطانية يُسبب ارتداد المرض. تُدرك هنا أهمية الجراحة المبكرة، حيث كلما كان الورم صغيرا كانت أقل استهلاكا للأنسجة. ولا ترتبط الجراحة بحجم الورم فقط، بل أيضا بموقعه ومدى انتشاره.²

5-2- العلاج الكيماوي:

اكتُشفت المعالجة الكيماوية (La chimiothérapie) بالصدفة أثناء الحرب العالمية الثانية، فحين استُعملت غازات كيماوية سامة، لوحظ أنّ لدى الناجين من الحرب انخفاضا

¹ Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Le cancer**, op.cit, p.22-23.

² يوسف جورجي جبرائيل، مرجع سبق ذكره، ص.166.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

شديدا في كريات الدم البيضاء. الأمر الذي استُغل لمعالجة الأشخاص المصابين بابيضاض الدم، وبسرعة أصبحت المعالجة الكيماوية معتمدة في معالجة سرطان ابيضاض الدم وأنواع السرطانات الأخرى. يوجد حاليا أكثر من 30 نوع من الأدوية الكيماوية التي تُستخدم في علاج السرطان.

هي عبارة عن مواد كيماوية مضادة للسرطان، تقوم هذه الأدوية بتدمير والقضاء على الخلايا السرطانية سريعة النمو وإيقاف انقسامها وتكاثرها. إنّ كل نوع من الأدوية الكيماوية له طريقة عمل خاصة وفعال في وقت محدد من دورة حياة الخلية السرطانية التي يستهدفها. وعليه خطة العلاج الكيماوي تختلف من مريض لآخر حسب نوع السرطان (مكان الإصابة بالورم السرطاني، درجة نموه)، الحالة الصحية للمريض، سنه وغيرها.

قد يُستخدم منفردا أو بالإضافة إلى أنواع أخرى من العلاج كالجراحة أو العلاج بالأشعة لزيادة فاعلية تلك العلاجات، خاصة في الحالات المتقدمة التي انتشر فيها السرطان إلى مناطق أخرى من الجسم، فيُستخدم قبل العلاجات الأخرى لتقليل حجم الورم السرطاني أو بعدها للقضاء على الخلايا السرطانية المُتبقية في الجسم.

يتم تلقّي العلاج الكيماوي في حلقات متكررة: دورة علاجية ليوم أو عدة أيام، ثمّ دورة نقاهة لعدة أيام أو أسابيع، وهكذا لحين انتهاء البرنامج العلاجي. بصفة عامة يتم استخدام فترات زمنية متطاولة لتخفيض كم الخلايا السرطانية بالتدرج للحد الذي يتمكن فيه نظام المناعة من السيطرة على نمو أي ورم. الفسحة الزمنية بين الجرعات توضع لتحقيق أكبر تأثير على الخلايا السرطانية وإعطاء فترة كافية للسماح للخلايا العادية كي تتعافي (غالبا 3 إلى 4 أسابيع) خلال فترة تمتد من 4 إلى 12 شهر أو أكثر في حالة الإصابة بأورام مستعصية أي مقاومة للعلاج (كسرطان الدم الذي قد تمتد فترة علاجه إلى سنتين أو أكثر).

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

بحكم نمو الخلايا السرطانية السريع، يعرقل العلاج الكيماوي انقسامها والقضاء عليها وذلك في كل أنحاء الجسم. هناك خلايا طبيعية في الجسم تنمو بسرعة فلا يستطيع العلاج الكيميائي التفريق بينها وبين الخلايا السرطانية فيقضي عليها هي أيضا (هذا ما يظهر في صورة الأعراض الجانبية للعلاج)، لكن بعد انتهاء العلاج لا تلبث إلا أن تعود إلى نشاطها المعتاد.¹

5-3- العلاج بالأشعة:

يُعد العلاج بالأشعة (La radiothérapie) وسيلة للتحكم في نمو الأورام السرطانية والقضاء عليها، يشمل العلاج استعمال عناصر مُشعّة كالأشعة السينية، الراديوم، الكوبالت، أو النظائر المشعة وغيرها. هذه الأشعة تمثل شكلا من أشكال الطاقة، تمتصها الأنسجة المُعرّضة لها وينتج عن هذا الامتصاص سلسلة طويلة من التغيرات تؤدي إلى توقف هذا الانقسام، كما قد يؤدي إلى قتل الخلايا عند انقسامها أو عند محاولتها الانقسام.

أول ما استُخدم في العلاج بالأشعة هي الأشعة السينية التي لها القدرة على اختراق الأجسام المُعتمّة، في سنة 1898 اكتشف بيار وماري كوري الفرنسيان عنصر الراديوم، وفي عام 1934 اكتشف الفرنسيان فريديريك وآيرن جوليو النظائر المشعة.

بإعطاء جرعة كافية من الإشعاع تفقد الخلية السرطانية قدرتها على الانقسام والتكاثر إلى أن تموت، أما إذا كانت الجرعة غير كافية لتدمير الخلايا السرطانية، تستعيد هذه الأخيرة نشاطها بعد فترة من الجمود ممّا يسبب ارتداد المرض.²

¹ منيرة زولوف، مرجع سبق ذكره، ص. 62-68.

² يوسف جورجي جبرائيل، مرجع سبق ذكره، ص. 170-177.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

تُستخدم المعالجة بالأشعة عادة بعد الجراحة للقضاء على الخلايا السرطانية المتبقية، كما تُطبّق في الحالات التي لا يمكن إجراء الجراحة فيها، وفي الحالات التي تقدم فيها المرض وتكون سرطانات انتقالية (ثانوية).¹

4-5- العلاج المناعي:

العلاج المناعي (L'immunothérapie) هو مجموعة من الاستراتيجيات التي تهدف إلى تعبئة وتقوية الدفاعات المناعية للمرضى حتى يهاجموا الخلايا السرطانية. يعتمد ما يسمى بالعلاج المناعي "غير النوعي" على إعطاء الجزيئات التي ستعدل النشاط الكلي لجهاز المناعة. غالبا ما يُطلق على العلاج المناعي النوعي أيضا التطعيم العلاجي، وهي تنطوي على تعليم خلايا جهاز المناعة لدى المريض التعرف على الخلايا السرطانية في الجسم وتدميرها. هذا النهج الأخير لا يزال تجريبيا إلى حد كبير.²

6- أهمية الكشف المبكر:

يكمن خطر السرطان في عدم توقفه عن النمو وتدميره لخلايا الجسم الطبيعية، وإذا ما أُتيح له الوقت الكافي يشكل أوراما سرطانية أخرى في عدة مناطق من الجسم، حيث يمر في نموه بعدة مراحل: مرحلة يكون فيها الورم صغير جدا، ثم يكبر حجمه، بعد فترة يغزو النسيج المجاور وفي مرحلة متقدمة ينتقل إلى أعضاء الجسم المختلفة.

إنّ التعرف على العلامات التحذيرية والكشف عنها فور ظهورها هو وسيلة الكشف المبكر عن السرطان الذي يفيد في البحث عن وجوده قبل استفحاله ووصوله إلى مراحل متقدمة، حيث أنّ أي تأخر في التشخيص أو التمهّل في علاج السرطان يؤدي إلى زيادة حجمه أولا ونموه في

¹ مالكوم شورترز، مرجع سبق ذكره، ص. 66-68.

² Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Le cancer**, op.cit, p.32.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

الأنسجة القريبة، ولاحقا انتقاله إلى أنسجة وأجهزة الجسم البعيدة.¹ فعندما يصل السرطان إلى حجم كبير بحيث تعجز الأوعية الدموية عن تـمـوينه بالغذاء، يتحلل جزء منه ويسبب أعراضا تسممية، وأحيانا يموت الإنسان بفعل حدوث التهاب، أو يفتح السرطان فتحة في وعاء دموي وينتج عن ذلك نزيف داخلي، أو يعطل وظيفة حيوية بالجسم أو يسد أحد الممرات والقنوات الحيوية. على أي حال يفتك بالجسم لأنه ينشأ في عضو لا يتسع لوجوده ولا يمكن أن يستمر في تغذيته نظرا لكبر حجمه المتواصل.

إن ترك مجال لوصول السرطان إلى مرحلة متقدمة يجعل الجراحة عاجزة عن علاجه لانتشاره واستقراره في مناطق حيوية من الجسم. الأمر الذي يتطلب إشراك العديد من العلاجات، وطول مدتها وعدد جرعاتها مما يؤدي إلى مشاكل صحية أخرى.² خاصة إذا تعلّق الأمر بسرطانات الأطفال التي تختلف عن تلك التي تصيب البالغين من خلال نموها السريع للغاية والطبيعة المذهلة لنمو الورم وتداعياتها السريرية.³ لذلك تكتسي مسألة الكشف المبكر عن سرطان الطفل واستئصال شأفته الضارية قبل استفحاله أهمية بالغة في رفع معدلات البقاء.

بصفة عامة، يمكن تلخيص فوائد الكشف المبكر عن السرطان في النقاط التالية:

- ارتفاع معدلات الشفاء نتيجة زيادة فعالية العلاجات.

- تقادي ثقل العلاجات وآثارها الجانبية.

- المحافظة على العضو المصاب وعدم استئصاله.

فلإدراك أهمية الكشف المبكر عن السرطان، يكفي التمعّن في الأرقام، حيث ترتفع نسب بقاء المصابين الذين اكتُشفت إصابتهم في مرحلة مبكرة بنحو 5 سنوات، مقارنة بالذين اكتُشفت

¹ مالكوم شوارتز، مرجع سبق ذكره، ص.15-51.

² جونسون دالاس، حقائق عن السرطان، ترجمة محمد سعد الدين الدرس، القاهرة، مؤسسة الخانجي، 1965، ص.25-26.

³ Hervé Walti, op.cit, p.116.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

إصابتهم في مرحلة متأخرة. لذلك اعتبرت منظمة الصحة العالمية أنّ اكتشاف السرطان في مراحله الأولى له أهمية كبرى في كل بلد للحفاظ على الصحة العمومية.¹

7- التأخر عن تشخيص سرطان الطفل والمرضية الناتجة عن ثقل العلاجات:

إنّ تطبيق عدد أكبر من العلاجات لفترة طويلة بهدف القضاء عن الخلايا السرطانية المنتشرة في الجسم نتيجة تقدم المرض يتسبب في حدوث مرضية الأطفال. يرتبط احتمال حدوث آثار متأخرة بنوع السرطان ومكانه في الجسم، نوع المعالجة وكميتها وعمر الطفل عند معالجته، حيث كلما كان الطفل صغيرا كان الضرر أكبر.

إنّ الآثار المرضية المترتبة عن معالجة السرطان لدى الطفل تتمثل في:

فقدان السمع، مشاكل في نمو العظام، مشاكل تنسيق حركة أعضاء الجسم، مشاكل الرؤية، تضرر الأسنان، مشاكل في النمو، مشاكل في الكبد والجهاز الهضمي، تلف الأوعية الدموية، تضرر القلب والرئتين، حدوث اضطرابات على مستوى الغدة الدرقية واختلال الهرمونات كهرمون النمو مثلا (بلوغ مبكر أو متأخر)، تضرر العظام، البدانة، تأثيرات على الخصوبة والعقم، بالإضافة إلى خطر الإصابة بسرطان إضافي.²

II. أهم السرطانات التي تصيب الأطفال:

1- سرطان الدم (اللوكيميا):

الوصف الموجز للدم والنخاع في الحالة الطبيعية يساعد على فهم المعلومات المتعلقة بسرطان الدم (Leucémie). الدم هو عبارة عن نسيج سائل من أشكال النسيج الضام يجري

¹ يوسف جورجي جبرائيل، مرجع سبق ذكره، ص. 207.

² خولة أحمد يحيى، أيمن يحيى عبد الله، التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2010، ص. 89-154.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

داخل الجسم ضمن الأوعية الدموية. يتألف من خلايا تجدد نفسها باستمرار، الكريات الحمراء التي تعمل على نقل الأكسجين وتوزيعه في الجسم، الكريات البيضاء المسؤولة عن المناعة والصفائح الدموية وظيفتها إيقاف النزيف.

كل هذه الخلايا تتكوّن على مستوى نخاع العظم*: الخلايا الجذعية المكونة للدم (لدى جميع عظام الطفل الأقل من 5 سنوات القدرة على إنتاج خلايا الدم).¹

تعمل الخلية الجذعية في نخاع العظم على التمايز إلى نوعين من الخلايا الجذعية: نخاعية ولمفاوية، أمّا الخلايا الجذعية النخاعية فتتمايز إلى كريات دموية حمراء، صفائح دموية وبعض أنواع الخلايا البيضاء، والخلايا الجذعية للمفاوية تتمايز إلى أنواع أخرى من الخلايا البيضاء (المفاوية).

وعليه سرطان الدم (اللوكيميا) هو نمو ناشز لخلايا الدم البيضاء أي بأعداد كبيرة. اعتمادا على سلالة خلايا الدم البيضاء غير الطبيعية (المفاوية أو النخاعية)، واعتمادا على مرحلة التمايز التي تصبح خلالها الخلايا غير طبيعية، تتخذ اللوكيميا أشكالا مختلفة وذلك حسب:

- تطورها: حادة عدوانية تتطور بسرعة، والمزمنة تتطور بشكل تدريجي (ببطء).
 - طبيعة الخلايا الشاذة: نتحدث عن اللوكيميا النخاعية في حالة إصابة الخلايا الجذعية النخاعية واللوكيميا للمفاوية عندما تتشكل من الخلايا الجذعية للمفاوية.²
- وعليه هناك 4 أنواع من اللوكيميا: نخاعية حادة، نخاعية مزمنة، لمفاوية حادة، لمفاوية مزمنة.

* نسيج إسفنجي يشغل التجويف المركزي من العظام.

¹ Fondation contre le cancer, **Les leucémies de l'enfant**, brochure, Bruxelles, sans date, p.6-8.

² Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les leucémies de l'enfant**, collection comprendre et agir, brochure, 1^{er} éd, France, Ed. centr'iprim, 2014, p.10.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

تمثل اللوكيميا $\frac{1}{3}$ من مجموع الإصابات السرطانية لدى الأطفال، النوع الحاد من اللوكيميا هو الأكثر انتشارا في أوساط الأطفال، أمّا النوع المزمن فيصيب غالبا كبار السن باستثناء بعض حالات الإصابة باللوكيميا النخاعية المزمنة الذي يمثل أقل من 5% من سرطان الدم في مرحلة الطفولة.¹

بما أنّ إصابة الأطفال باللوكيميا النخاعية المزمنة نادر جدا سوف نتناول فقط النوع الحاد.

- اللوكيميا الحادة (Leucémie aiguë (LA): تحدث نتيجة النمو العشوائي للخلية الجذعية الغير ناضجة في نخاع العظم بشكل لا يمكن السيطرة عليه، دون إنهاء نضجها ممّا يمنعها من أداء وظائفها، بالإضافة إلى ذلك تغزو نخاع العظم وتمنع نمو وتمايز الخلايا الأخرى السليمة.² نميز:

* اللوكيميا اللمفاوية الحادة (Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL): يعد هذا النوع من اللوكيميا الأكثر انتشارا في أوساط الأطفال وذلك بنسبة حوالي 80%، تحدث بسبب النمو العشوائي للخلية الجذعية اللمفاوية، هناك أنواع مختلفة من اللوكيميا اللمفاوية الحادة اعتمادا على نوع الخلايا اللمفاوية المصابة أبرزها الخلايا البائية والتائية.

* اللوكيميا النخاعية الحادة (Leucémie aiguë myéloïde (LAM): تشكل حوالي 20% من مجموع حالات اللوكيميا التي تُصيب الأطفال، تحدث بسبب النمو العشوائي للخلية الجذعية النخاعية، وتصبح غير قادرة على التمايز لخلايا الدم الأخرى (كريات حمراء، صفائح دموية وأنواع من كريات الدم البيضاء) وهي على عدة أنواع.

¹ Fondation contre le cancer, op.cit, p.9.

² Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les leucémies de l'enfant**, op.cit, p.11.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

تنتشر هذه الخلايا السرطانية في الدم، العقد اللمفاوية، الطحال، الكبد ويمكنها أيضا غزو السائل النخاعي (النخاع الشوكي) وأعضاء أخرى.¹

تحدث عادة قبل بلوغ الطفل السنة الخامسة من العمر (عادة ما بين 3-4 سنوات) وهي أكثر عدوانية عندما تحدث في سن مبكرة (خاصة لدى الطفل الأقل من سنة).

الأعراض:

بسبب قصور في إنتاج خلايا الدم الطبيعية من قبل نخاع العظم، تظهر العلامات المتمثلة في: حمّى، شحوب ناتج عن فقر الدم مع تعب عام، نزيف بسبب نقص الصفائح الدموية.

علامات أخرى تتمثل في تضخم العقد اللمفاوية، الطحال والكبد، آلام في العظام، صداع ناتج عن التهاب السحايا وارتفاع ضغط الدم داخل الجمجمة، كما قد يحدث نزيف على مستوى اللثة أو تحت الجلد (ظهور كدمات بدون سبب أو نتيجة إصابة طفيفة).²

التشخيص والعلاج:

يعتمد التشخيص على الفحوصات الدموية كتعداد الدم الذي يُظهر شذوذا كبيرا، وفحص عينة من النخاع العظمي (Myélogramme)، وهو الفحص الرئيسي الذي يؤكد ويوضح التشخيص من خلال إظهار نسبة غزو الخلايا الخبيثة للنخاع، ثم تتبعه فحوصات للتأكد من النوع الدقيق للمرض، هذا بالإضافة إلى اختبارات تقييم الامتداد التي تُجرى للبحث عن انتشار الخلايا السرطانية في الرئتين (أشعة الصدر)، الخصيتين والجهاز العصبي المركزي (فحص

¹ Children's Oncology group, **Le guide sur le cancer pédiatrique à l'attention des familles**, brochure, 2^e éd, Monrovia USA, Ed. St Bladrick's foundation, 2011, p.8.

² Hervé Walti, op.cit, p.118.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

السائل الدماغي النخاعي عن طريق البزل القطني). في نهاية هذه الاختبارات يمكن تقييم شدة المرض، تحديد العلاج الملائم واحتمالات البقاء.

يُعتبر المرض أكثر خطورة إذا كان عمر الطفل أقل من عامين أو أكثر من 10 سنوات، كما أنّ تقدم المرض يُقلّل من فعالية العلاجات. وبالتالي لا بد من تلقي العلاج المناسب في أسرع وقت بهدف الشفاء من المرض. يتم استخدام العلاج الكيماوي المكثف، كما أنّه قد يُستعمل العلاج الإشعاعي أيضا للسيطرة على المرض وضمان عدم انتقاله إلى الأعضاء الأخرى هذا بالإضافة إلى تقنية زرع النخاع العظمي.¹

2- سرطان الجهاز اللمفاوي:

سرطان الجهاز اللمفاوي (Lymphome) هو ثالث أكثر أنواع السرطان شيوعا بين الأطفال بعد اللوكيميا وسرطان الجهاز العصبي المركزي، حيث يمثل ما بين 10-15% من حالات الإصابة بالسرطان.²

الجهاز الليمفاوي هو مجموع الأعضاء التي على مستواها تُنتج وتُجمّع خلايا الدم البيضاء المسؤولة عن الدفاع عن الجسم ضد البكتيريا، والفيروسات، والخلايا السرطانية. تتمثل هذه الأعضاء في النخاع العظمي، الغدة الصعترية*، الطحال، اللوزتين والغدد اللمفاوية المنتشرة في عدة مناطق من الجسم. يحدث السرطان نتيجة تكاثر لا يمكن السيطرة عليه للخلية اللمفاوية مما يؤدي إلى إنتاج خلايا غير طبيعية.³

¹ La ligue contre le cancer, **Les leucémies**, brochure, Paris, 2009, p.10-12.

² Alexander Vogestseder et al, « Diagnostic de lymphome en pédiatrie : actualité des points de vue des pathologistes », **Forum Med Suisse**, vol 11, n°5, 2011, p.73-75.

* غدة صماء تقع على القصبة الهوائية أعلى القلب تفرز هرمون ينظم بناء المناعة في الجسم.

³ Children's Oncology group, op.cit, p.10.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

هو على عدة أنواع حسب نوع الخلايا الشاذة التي ينشأ منها ومدى نضجها، أكثر أنواعه انتشارا بين الأطفال سرطان الغدد اللمفاوية لبوركيت بنسبة 40% من الحالات، وسرطان الغدد اللمفاوية اللمفاوي الذي يمثل 30% من الحالات.¹

- سرطان الغدد اللمفاوية لبوركيت (Lymphome de Burkitt): اضطراب عدواني سريع النمو يصيب الخلايا البائية الناضجة، يحدث بشكل رئيسي ما بين 5-9 سنوات ويحدث عادة في منطقة البطن ونخاع العظام والجهاز العصبي المركزي.

- سرطان الغدد اللمفاوية اللمفاوي (Lymphome lymphoblastique) : من الأورام اللمفاوية العدوانية وتنشأ من الخلايا الليمفاوية غير الناضجة من سلالات الخلايا البائية (B) والتائية (T) وغالبا ما تصيب الخلايا التائية. عند التشخيص غالبا ما تكون الخلايا السرطانية قد غزت نخاع الشوكي.

عندما يتجاوز غزو نخاع الشوكي 25% تسمى الأورام اللمفاوية بسرطان الدم الليمفاوي الحاد، غالبا ما يُلاحظ الغزو الخارجي في منطقة الرأس والرقبة، ومواقع الإصابة هي الجلد والأنسجة الرخوة والعظام، وكذلك الغدد الليمفاوية.²

الأعراض:

تختلف الأعراض اعتمادا على مكان وجود الغدد اللمفاوية أو الأعضاء المتضخمة. غالبا ما تكون العلامة الأولى للمرض هي وجود ورم في مكان ما من الجسم، في بعض الأحيان تتسبب خلايا اللمفوما في تضخم الغدد اللمفاوية داخل الصدر مما قد يؤدي إلى السعال أو ألم الصدر، ويمكن أن تتسبب خلايا اللمفوما أيضا في تضخم الكبد أو الطحال أو

¹ Roxane Therrien et al, « Le cancer chez l'enfant », *Pharmactuel*, vol 46, n°3, 2013, p.196.

² Alexander Vogestseder et al, op.cit, p.75-76.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

تضخم الغدد اللمفاوية البطنية مما يسبب الألم، كما يمكن أن تنتشر خلايا الليمفوما إلى نخاع العظام وتسبب ألما في العظام.¹

التشخيص والعلاج:

التشخيص يكون مرتكزا على الفحص الإكلينيكي، الأشعة وفحص العينة (الخرعة).² أما العلاج فيعتمد على النوع الفرعي لسرطان الجهاز اللمفاوي، مرحلته، مدى انتقاله إلى الجهاز العصبي المركزي أو النخاع الشوكي ومدى التجاوب مع العلاج. عموما كلما اكتُشف المرض في مراحل متقدمة زاد ثقل العلاجات المطبقة (جراحة، علاج كيميائي وإشعاعي). وكلما ابتدأت معالجة سرطان الجهاز اللمفاوي مبكرا كلما كانت توقعات البقاء أكبر.³

3- أورام الدماغ والجهاز العصبي المركزي:

تُطلق أورام الجهاز العصبي المركزي (Tumeurs du cerveau et du système nerveux central) على النمو الناشئ لخلايا الدماغ والحبل الشوكي. تحتل المركز الثاني بعد سرطان الدم، أي بنسب تتراوح ما بين 20-40% من مجموع الأورام الخبيثة لدى الطفل، فهي الأورام الصلبة الأكثر شيوعا لدى الأطفال.⁴ تُميّز منظمة الصحة العالمية حوالي 200 نوع من أورام الدماغ والجهاز العصبي المركزي، تحدث لدى الطفل أنواع معينة تتمثل في:

¹ Children's Oncology group, op.cit, p.10.

² يوسف جرجي جبرائيل، مرجع سبق ذكره، ص.156.

³ Roxane Therrien et al, op.cit, p.196-197.

⁴ Ligue suisse contre le cancer, **Les tumeurs cérébrales et du système nerveux central**, brochure, Berne, 2009, p.8-12.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

3-1- الأورام الدبقية:

تنمو الأورام الدبقية (Gliomes) على حساب الهياكل الداعمة للجهاز العصبي التي تسمى الخلايا الدبقية. هناك أنواع مختلفة من الخلايا الدبقية يمكن أن تتطور من خلالها أنواع مختلفة من الأورام الدبقية الأكثر انتشارا بين أوساط الأطفال نجد:

- الأورام النجمية (Astrocytomes): تتطور من الخلايا التي على شكل نجمة (الخلايا النجمية). يمكن أن تتطور في جميع مناطق الدماغ أو النخاع الشوكي، لكن نجدها لدى الأطفال غالبا ما تنشأ في جدع الدماغ، الفصوص الدماغية والمخيخ.

- الأورام البطانية العصبية (Ependymomes): تتطور من الخلايا التي تبطن البطينين في الدماغ. قد يتسبب نمو الورم في إعاقة تدفق السائل الدماغى النخاعى. تؤثر هذه الأورام بشكل رئيسي على الأطفال والمراهقين.¹

3-2- الورم الأرومى النخاعى:

يعد الورم الأرومى النخاعى (Médulloblastome) من أورام الجهاز العصبي المركزي الأكثر انتشارا بين الأطفال (يمثل حوالي 30% من أورام الجهاز العصبي المركزي)، ينشأ في الجزء السفلى الخلفى من الدماغ (المخيخ).²

الأعراض:

تتمثل أعراض أورام الجهاز العصبي المركزي لدى الطفل بصفة أساسية والتي غالبا ما تكون نقطة البداية للتشخيص في الصداع، فهو أكثر الأعراض شيوعا بغض النظر عن نوع

¹ Ibid, p.15-16.

² Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les cancers du cerveau**, brochure, 2^oéd, France, Ed. centr'iprim, 2015, p.12.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

ورم الدماغ، غالبا ما يظهر في الصباح مصحوب أحيانا بالغثيان و / أو القيء. كما تحدث تشنجات أو نوبات قد تكون مصحوبة أو لا بفقدان الوعي.

قد تظهر أيضا مشاكل الكلام والرؤية والسمع، دوخة أو اضطراب في التوازن، مشاكل الذاكرة واضطرابات التعلم أو السلوك، شلل جزئي وغيرها.¹

التشخيص والعلاج:

هناك عدة خطوات ضرورية لتحديد أصل الأعراض الموصوفة ولتأكيد أو استبعاد وجود ورم في المخ.

في حالة الاشتباه في وجود ورم في المخ من خلال الفحص السريري، يُلجأ إلى فحص الدم للبحث عن التهاب محتمل أو تغيرات في تعداد الدم أو مرض مزمن أو اضطراب بالأعضاء. قد يُجرى فحص عصبي بُغية التحقق من أن الجهاز العصبي يعمل بشكل صحيح، تحديد قدرات التفاعل والتنسيق الخاصة بالطفل، تحليل رد فعل مجموعات العضلات المختلفة للمنبهات الخارجية.

إذا كانت نتائج الفحوصات العصبية تُعزز الشك في وجود ورم في المخ، فسيتم استخدام اختبارات التصوير الإشعاعي لتأكيد المرض أو استبعاده، وفي حالة وجود نتيجة إيجابية لمعرفة انتشاره وتحديد الهياكل المتأثرة.

البزل/ الخزعة ضرورية للتشخيص اليقين وإعطاء معلومات دقيقة عن نوع ودرجة الورم، والتي ستوجه قرار العلاج.

¹ Ibid, p.16-17.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

يعتمد اختيار العلاج على مكان الورم، نوعه، خباثته، درجته، عمر الطفل وحالته الصحية. عموماً يشتمل العلاج على الجراحة، العلاج الإشعاعي والكيماوي.¹

4- الورم الأرومي العصبي:

الورم الأرومي العصبي (Neuroblastome) هو ورم صلب ينشأ في الخلايا العصبية غير الناضجة في الجهاز العصبي السمبثاوي المسؤول عن الوظائف اللاإرادية في الجسم كزيادة معدل ضربات القلب مثلاً.

حدوث تغير أو طفرة في هذه الخلايا الجنينية (الغير ناضجة) يؤدي بها إلى التكاثر بطريقة غير مضبوطة فيحدث الورم في أي مكان في الجسم، لكن بصفة خاصة الغدة فوق كلوية (الغدة الكظرية)، العنق، الصدر، البطن، الحوض، وغيرها.²

الأعراض:

تختلف أعراض الورم الأرومي العصبي حسب موقعه ومدى انتشاره في الجسم، قد يتم اكتشافه بسبب ظهور كتلة في البطن فقط، كما قد تتدهور الحالة الصحية العامة للطفل. الأعراض الأكثر شيوعاً تتمثل في آلام البطن، انسداد الأمعاء، آلام العظام، الحمى وفقدان الوزن.

إنه ورم يصيب الأطفال بشكل شبه حصري، يمثل من 8% إلى 10% من سرطانات الأطفال، وهو أحد أكثر الأورام الصلبة شيوعاً لدى الأطفال دون سن الخامسة، ويصيب الذكور أكثر من الإناث.

¹ La ligue suisse contre le cancer, op.cit, p.21-23.

² Children's Oncology group, op.cit, p.18.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

يتسبب الورم الأرومي العصبي بـ 15% من وفيات الأطفال بالسرطان،¹ لأنه في الغالب عندما تُكتشف هذه الأورام تكون قد بدأت في الانتشار السريع مما يُقلل من فرص الشفاء.²

التشخيص والعلاج:

يتم التشخيص عادة بعد خزعة الورم، إن أمكن، أو بعد ملاحظة خلايا الورم الأرومي العصبي في نخاع العظم أيضا بالاعتماد على اختبار تصوير في الطب النووي (Scintigraphie à la MIBG)، الذي يُعد جزءا لا يتجزأ من التشخيص وتحديد مكان الورم وتقييم الاستجابة للعلاج.

أما العلاج، فيحدد وفق موقع المرض ومدى انتشاره، يعتمد غالبا على الجراحة والعلاج الكيماوي. في حالة اكتشاف المرض في مراحل متقدمة (في حال انتشاره)، يكون العلاج مكثف للغاية ويتضمن طرق علاج مختلفة تطورت بشكل كبير على مدار العشرين عاما الماضية. يتكون البروتوكول الحالي أولا من العلاج الكيماوي متبوعا بالجراحة، ثم يتبع ذلك مرحلة توطيد بتطبيق العلاج الكيماوي ثم العلاج الإشعاعي. أخيرا ، يُستكمل العلاج بالعلاج المناعي.³

5- ساركوما العظام والأنسجة الرخوة:

الساركوما عبارة عن ورم خبيث يتطور في الأنسجة الضامة (الأنسجة التي تعمل كدعم أو تغليف أو حماية أو ملء لأعضاء الجسم الأخرى: العظام والعضلات والدهون والأوعية وغيرها)⁴. وبالتالي هناك عدة أنواع من الساركوما.

¹ Roxane Therrien et al, op.cit, p.197.

² يوسف جورجى جبرائيل، مرجع سبق ذكره، ص.160.

³ Roxane Therrien et al, op.cit, p.197-198.

⁴ Children's Oncology group, op.cit, p.19.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

تتطور الساركوما العظمية والساركوما الغضروفية وساركوما إوينغ من خلايا عظمية وغضروفية مختلفة. العظام نسيج تتجدد خلاياه باستمرار، يتم تنفيذ هذه العملية بواسطة نوعين من الخلايا ووظيفتهما منسقة تماما: خلايا بانينات العظم مسؤولة عن بناء العظام، وأخرى تسمى ناقضات العظم مسؤولة عن ارتشافها. يبدأ تكوين سرطان العظام بتحول الخلية الطبيعية إلى خلية سرطانية، يليه اختلال التوازن الوظيفي بين الخلايا المسؤولة عن تجديد نسيج العظم. يمكن أن يؤدي تطور ساركوما العظام على سبيل المثال، إلى تنشيط الخلايا الآكلة للعظام والتي بدورها تسهل نمو الورم المرتبط في هذه الحالة بضعف العظام.¹

أكثر أنواع الساركوما انتشارا في أوساط الأطفال نجد:

5-1- ساركوما العظام:

الساركوما العظمية (Ostéosarcome) هي أكثر أنواع سرطان العظام شيوعا، يتطور في الغالبية العظمى من الحالات على العظام الطويلة للأطراف: الطرف السفلي من عظم الفخذ، الطرف العلوي من عظمة الساق، أو الطرف العلوي لعظم العضد (عظم الذراع الذي يربط الكتف بالكوع). هذه سرطانات عدوانية تصيب بشكل رئيسي الأطفال في سن البلوغ بشكل مساير للنمو الهيكلي في الجسم لأنها تتطور من بانينات العظم، وهي خلايا تساعد في بناء العظام.²

¹ Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les sarcomes osseux**, brochure, 1^{er}éd, France, Ed. centr'iprim, 2016, p.10-11.

² Ibid, p.9-14.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

5-2- ساركومة إيوينغ:

تعتبر ساركوما إيوينغ (Sarcome d'Ewing) ثاني أكثر أنواع سرطان العظام شيوعاً عند الأطفال، يمكن أن ينمو هذا السرطان في الأنسجة الرخوة، ولكن في الغالبية العظمى يؤثر في الهيكل العظمي. غالباً ما تكون آفات الورم موضعية في العظام المسطحة (الحوض والأضلاع). عندما تؤثر على العظام الطويلة، غالباً ما يتأثر جسم العظام (الجزء الأوسط من العظام الطويلة).¹

5-3- الساركوما العضلية المخططة:

الساركوما العضلية المخططة (Rhabdomyosarcome) هو سرطان الخلايا التي عادة ما تصبح خلايا عضلية، يحدث عندما يحدث تغيير أو طفرة في إحدى هذه الخلايا الفتية مما يسمح للخلية بالنمو بشكل مفرط وتشكيل ورم سرطاني. يمكن أن ينمو في أي مكان في الجسم تقريباً، ولكن غالباً ما يصيب هذا الورم حول العين: الوجه أو الرقبة، الذراعين والساقين، الجهاز البولي والأعضاء التناسلية.²

الأعراض:

تتمثل أعراض الساركوما العظمية وساركوما إيوينغ الأكثر شيوعاً في:

- الألم الدائم أو العابر: هو أكثر الأعراض شيوعاً، شدته متغيرة ولكنها تميل إلى الازدياد بمرور الوقت، متكرر ويُشعر أيضاً بالليل، وغالباً ما يتواجد في العظام المصابة بالورم. عندما يضغط هذا الأخير على الأعضاء المجاورة، يمكن أيضاً الشعور بالألم على مسافة من الآفة.

¹ Ibid, p.10.

² Children's Oncology group, op.cit, p.19-20.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

وتجدر الإشارة إلى أن آلام العظام المستمرة بدون سبب واضح تعتبر غير طبيعية لدى الأطفال لذا لا بُدّ من استشارة الطبيب.

- تكوّن الكتلة السرطانية في العظام أو حولها وتسبب الورم.

- عندما يضعف العظم بسبب تطور الورم، قد تحدث الكسور بشكل عفوي أو بعد صدمة طفيفة.

- يمكن أن تسبب كتلة سرطانية في الحوض اضطرابات في التبول والتغوط، ويمكن أن يتسبب الورم الذي يصل إلى الضلع في حدوث مشاكل في الجهاز التنفسي، نادرا ما توجد الحمى أو التعب في وقت التشخيص.¹

تأخذ الساركومة العضلية المخططة علامة أولية واحدة وهي التورم والانتفاخ، يتخذ هذا التورم هيئة كتلة منفصلة تحس تحت الجلد أو داخل جزء لحمي لعضلات الفخذ مثلا.²

التشخيص والعلاج:

يعتمد التشخيص على نوعين من الاختبارات: التصوير الإشعاعي وتحليل الخلايا السرطانية المأخوذة أثناء الخزعة، الموجات فوق الصوتية، الأشعة المقطعية، والتصوير بالرنين وهو اختبار التصوير الرئيسي للتأكد من طبيعة الورم. يمكن أن يؤكد تحليل عينة الأنسجة المأخوذة أثناء الخزعة تحت المجهر تشخيص الساركوما. يتيح الفحص المرضي تحديد نوع الساركوما أو حتى النوع الفرعي منه بدقة وتوجيه الاختيار العلاجي.

¹ Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les sarcomes osseux**, op.cit, p.17-18.

² يوسف جورجي جبرائيل، مرجع سبق ذكره، ص.158.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

عند التشخيص يكون المرض منتشرا لدى 10 إلى 20% من المرضى الذين يعانون من الساركوما العظمية ولدى 20% من المرضى المصابين بساركومة يوينغ.¹ العلاج يكون بدمج الجراحة، العلاج الكيماوي والعلاج بالأشعة وذلك حسب نوع الساركوم، موضعه ودرجة تقدم المرض.²

6- سرطانات أخرى:

6-1- الورم الأرومي الشبكي:

الورم الأرومي الشبكي (Rétinoblastome) هو أكثر الأورام الخبيثة التي تصيب العين شيوعا عند الأطفال قبل تجاوزهم 4 سنوات (السن المتوسط = 2 سنة)، هو ورم سرطاني سريع النمو يصيب خلايا شبكية العين بسبب حدوث طفرة جينية مسببا في انفصالها ليغزو العصب البصري.

هناك نوعان من الورم الأرومي الشبكي:

- 40% من حالات الإصابة وراثية تُصاب فيه كلتا العينين في 25-30% من الحالات.

- 60% من حالات الإصابة غير وراثية وغالبا ما تُصاب عين واحدة.³

الأعراض:

الأعراض الرئيسية التي تدل على وجوده والتي غالبا ما يتم تجاهلها هي ظهور بقعة بيضاء أو بريق (Leucocorie) والحول (Strabisme).

¹ Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les sarcomes osseux**, op.cit, p.18-19.

² مالكوم شوارتر، مرجع سبق ذكره، ص.150-151.

³ Fatima Asselah, op.cit, p.226.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

حيث ظهور البريق أو البقعة البيضاء في العين ما هو إلا الورم نفسه الذي يظهر من خلال حدقة العين. لابد للآباء من الإبلاغ عن مثل هذه الأعراض لإحالة الطفل دون تأخير إلى طبيب عيون. لا ينبغي أيضا التفاوضي عن الحول سواء أبلغ عنه الوالدان أو لاحظته الأطباء، حيث يستلزم استشارة عاجلة لطب العيون مع فحص قاع العين. يُسبب الورم الأرومي الشبكي الحول من خلال تسببه في فقدان البصر المركزي للعين المصابة. في كثير من الأحيان، يشير الآباء إلى هذه الأعراض، ولكن لا يأخذها الأطباء في الاعتبار، ثم يتم العثور عليها بأثر رجعي، ولكن بعد مرور أشهر عندما يتم تشخيص الورم الأرومي الشبكي أخيرا. ومع ذلك، فإن النظر المبكر في هذه الأعراض يمكن أن يسمح بالتشخيص المبكر، أي عندما يكون حجم الورم داخل العين أقل حيث يمكن تقليل الإصابة بالأمراض الناتجة عن العلاجات.¹

التشخيص والعلاج:

يقوم تشخيص الورم الأرومي الشبكي على الفحص السريري بناء على فحص قاع العين، حيث تظهر الآفة السرطانية على شكل كتلة بيضاء متضخمة. يتم إجراء فحص الموجات فوق صوتية للعين لقياس أبعاد الورم وتأكيد التشخيص. في حالة صعوبات التشخيص، يتم إجراء التصوير المقطعي (TDM) للعين والدماغ. وبفضل التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) يُجرى تقييم امتداد الورم.

عندما يكون الاستئصال غير مكتمل مجهريا (غزو عبر الحويصلات أو غزو جزء من العصب البصري)، يُطبق بعد الجراحة العلاج الكيميائي والإشعاعي الذي يشمل الأشعة تحت الحمراء (Laser).

¹ F. Doz, « Rétinoblastome : aspects récents », Archives de pédiatrie, vol13, 2006, p.1330.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

في حالة اكتشاف المرض في مرحلة متقدمة، يُجرى علاجاً كيميائياً أولاً يتبعه استئصال جراحي (باستئصال العين في حالة تمدد الورم) ويستمر العلاج بالعلاج الكيميائي بعد الجراحة.¹

6-2- سرطان الكلى:

يحدث سرطان الكلى (Nephroblastome ou tumeur de Wilms) عندما يكون هناك خطأ أو طفرة في وقت تكوين خلايا الكلى الفتية مما يؤدي إلى النمو المفرط للخلية التي تتحول بعد ذلك إلى ورم سرطاني. أكثر أنواع أورام الكلى شيوعاً عند الأطفال: ورم ويلمز الذي يحدث عادة عند الأطفال الصغار جداً. غالباً ما يتطور في كلية واحدة، ولكن يمكن أن يتطور أحياناً في كلتا الكليتين. في بعض الأحيان يمكن أن ينمو ويصبح كبيراً قبل اكتشافه ويمكن أن ينتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم مثل الكبد والغدد الليمفاوية في البطن والرئتين.²

الأعراض:

عادة ما تكون أول علامة للمرض وجود ورم أو كتلة في البطن أو الجنب ونادراً ما يكون مصحوباً بألم أو بظهور دم في البول، قد يسبق الأعراض أو يرافقها تعب وضعف عام.³

التشخيص والعلاج:

يتم تأكيد التشخيص عن طريق الموجات فوق الصوتية للبطن أو التصوير المقطعي المحوسب أو الرنين المغناطيسي النووي للبطن والصدر، مما يجعل من الممكن أيضاً تقييم الامتداد المحلي والبعيد للورم وخاصة وجود النقائل الكبدية والرئوية والتي تكون موجودة في حوالي 15% من الحالات وقت التشخيص.

¹ Ibid, p.1331-1332.

² Children's Oncology group, op.cit, p.16-17.

³ يوسف جرجي جبرائيل، مرجع سبق ذكره، ص.157.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

يعتمد العلاج على مزيج من العلاج الكيميائي المبكر الذي يقلل من كتلة الورم ومخاطر التمزق وبالتالي الانتشار داخل البطن، متبوعاً بجراحة لاستئصال الكلى المصابة مع العلاج الكيميائي ونادراً العلاج الإشعاعي.¹

3-6- سرطان الكبد:

الأورام الخبيثة التي تنشأ في الكبد لدى الطفل قليلة الحدوث (1.1% من مجموع السرطانات التي تُصيب الأطفال). تشمل أنواع سرطان الكبد لدى الأطفال:

- الورم الأرومي الكبدي (Hépatoblastome): يُمثل حوالي ثلثي الأورام الكبدية الخبيثة لدى الطفل الأقل من 15 سنة، ونصف الحالات يتم تشخيصها قبل بلوغ الطفل 16 شهر من عمره. تبلغ نسبة بقاء الأطفال المصابين بهذا النوع من السرطان على قيد الحياة 70%.

- سرطان الخلايا الكبدية (Hépatocarcinome): يُمثل ثلث الأورام الخبيثة التي تبدأ في الكبد لدى الأطفال، يحدث غالباً لدى الأطفال الأكبر سناً، حيث يتم تشخيصه عادة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 10-14 سنة. غالباً ما يرتبط هذا النوع من سرطان الكبد بأمراض الكبد الموجودة مسبقاً، يلعب فيروس التهاب الكبد دوراً مساهماً في ظهوره. تبلغ نسبة بقاء الأطفال المصابين بهذا النوع من السرطان على قيد الحياة 25%.

الأعراض:

عادة ما تكون العلامة المُنذرة عن سرطان الكبد لدى الطفل زيادة حجم البطن، يترافق بآلام واضطرابات الجهاز الهضمي إذا كان حجم الورم كبير جداً، وغالباً ما يسبب سرطان الخلايا الكبدية حمى، آلام، يرقان، فقدان الشهية ونقص الوزن.

¹ Hervé Walti, op.cit, p.121-122.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية الكشف المبكر

التشخيص والعلاج:

يتم تشخيص سرطانات الكبد لدى الطفل أولاً من خلال وجود ورم في البطن والفحوصات البيولوجية (اختبار تركيز ألفا فيتو بروتين)، ويتبعها الفحوصات التصويرية (الموجات فوق الصوتية أو التصوير بالأشعة المقطعية أو التصوير بالرنين المغناطيسي) للبحث عن السرطان ومعرفة حجم الورم، ومعرفة ما إذا كان انتشر في أماكن أخرى من الجسم مثل الرئتين أم لا، والخزعة لتأكيد التشخيص وتخطيط العلاج.

يعتمد هذا الأخير بصفة أساسية على الجراحة لإزالة أكبر قدر ممكن إزالته من الورم (المرضى الذين تتم إزالة الأورام لديهم بالكامل لديهم احتمال جيد للشفاء)، كما يُستخدم العلاج الكيماوي لتقليص حجم الورم قبل الجراحة أو إيقاف نمو الخلايا السرطانية وإبطاء نموها بعد الجراحة. كما قد يُطبَّق العلاج الإشعاعي في الحالات التي لم يتم فيها التمكن من إزالة الورم كلياً بالجراحة. في الحالات المتقدمة التي يغزو فيها الورم الكبد بأكمله وإذا ما استجاب الطفل للعلاج الكيماوي، يتم زرع الكبد. تعتمد نسب الشفاء على مقدار نمو الورم السرطاني ودرجة انتشاره.¹

خلاصة:

أنَّ التطور التكنولوجي الحاصل في الميادين الطبية مكن من تشخيص السرطان بسهولة وفعالية كبيرتين، كما شهدت طرق علاج السرطان تقدماً ملحوظاً بحيث زادت فعاليتها في القضاء على الورم ورفع نسب البقاء. فعلى سبيل الذكر، تطور العلاج الكيماوي خاصة المستعمل في علاج اللوكيميا لدى الأطفال أظهر فعاليته في رفع نسب البقاء، كما أنَّ تطور طرق ومعدات الجراحة ظهرت نتائجها في استئصال أجزاء من المخ والجهاز العصبي بنجاح

¹ Institut Gustave Roussy, **Les tumeurs du foie**, brochure, Villejuif, Décembre 2003, p.2-5.

الفصل الثاني: الإصابة بمرض السرطان عند الطفل وأهمية

الكشف المبكر

كبير، هذا بالإضافة إلى تقدم طرق العلاج بالأشعة وزيادة فعاليتها، حيث أصبح من الممكن توجيه الأشعة لتدمير الخلايا السرطانية دون الإضرار بالأنسجة السليمة.

لا يمكن للطفل المصاب بالسرطان الاستفادة من أساليب التشخيص والعلاج الحديثة، إلا بالكشف المبكر عن إصابته من خلال مراقبة الأم للتغيرات المرضية التي تظهر على طفلها وعدم إهمالها مهما بدت بسيطة، حيث أنّ سرطانات الأطفال قد تكشف عن وجودها من خلال ظهور أعراض بسيطة أو أعراض أمراض الطفولة الشائعة. فالتغافل عن هذه العلامات مع النمو السريع لسرطانات الأطفال يؤدي إلى استفحال المرض وغزوه لأعضاء حيوية، واصلا إلى مرحلة يستعصي معها العلاج وتنتهي بموت الطفل المصاب، وإذا نجا سيعاني من الآثار المترتبة عن ثقل العلاجات.

الاستهانة بالعلامات المرضية المُنذرة وترك مجال لاستفحال المرض، بالإضافة إلى غياب التشخيص الدقيق والسريع والعلاج المناسب والفعال، جعل البلدان النامية تسجّل أعلى نسب وفيات الأطفال بالسرطان مقارنة مع نظيرتها المتقدمة. هذا ما سننطرق إليه في الفصل الموالي أين سنعرض الصورة الرقمية لمرضية ووفيات الأطفال بالسرطان والفروقات الموجودة بين الدول المتقدمة والنامية بالإضافة إلى الجهود المبذولة لمكافحته.

الفصل الثالث

العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

تمهيد

1. مرضية ووفيات الأطفال بالسرطان في العالم وسبل مواجهتها

- 1- اتجاهات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم
- 2- توزيع معدلات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم حسب درجة تقدم الدول
- 3- الجهود الدولية المبذولة للحد من وفيات الأطفال بالسرطان

II. مرضية ووفيات الأطفال بالسرطان في الجزائر وجهود الدولة

لمكافحتها

- 1- مستويات الإصابة والوفاة بسرطان الأطفال في الجزائر
- 2- تطور عدد حالات الإصابة بسرطان الأطفال في الجزائر العاصمة حسب السجلات الوطنية للسرطان
- 3- مساعي الجزائر لمكافحة سرطان الطفل في إطار مكافحة السرطان والأمراض غير السارية الأخرى

خلاصة

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

تمهيد

شهدت العقود الأخيرة تزايدا مطردا في عدد إصابات الأطفال بالسرطان في العالم، بشكل أصبح يشكل عبئا على الصحة العمومية، وباتت مكافحته هدف تسعى إلى تحقيقه جميع الدول.

تتوزع عدد حالات الإصابة والوفاة بسرطان الأطفال في العالم بشكل متفاوت. هذا ما سنكتشفه من خلال الجزء الأول من هذا الفصل، فبعد عرض الأرقام الخاصة بسرطانات الأطفال الأكثر انتشارا في العالم من حيث عدد حالات الإصابة والوفاة، سنتطرق إلى توزيع مستوياتها حسب درجة تقدم الدول، آخذين بعين الاعتبار مستوى الدخل القومي ومؤشر التنمية البشرية، كما سنتناول الجهود الدولية الرامية لمكافحة سرطان الأطفال.

أما الجزء الثاني من هذا الفصل، فسنخصصه لعرض الصورة الرقمية لأكثر أنواع السرطان التي تصيب الأطفال في الجزائر وأكثرها فتكا بحياتهم، كما سنتطرق لتطور عدد حالات الإصابة بسرطان الأطفال في الجزائر العاصمة، بالاعتماد على السجلات الوطنية للسرطان. وفي الأخير سنلقي الضوء على جهود الدولة الهادفة لخفض وفيات الأطفال بالسرطان.

1. مرضية وفيات الأطفال بالسرطان في العالم وسبل مواجهتها:

1- اتجاهات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم:

عرف عدد الإصابات بسرطان الأطفال في العالم تزايدا مطردا منذ ثمانينات القرن الماضي.¹ تبعا لبيانات جمعية السرطان الأمريكية وتقديرات الوكالة الدولية لبحوث السرطان، انتقل عدد إصابات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 0-14 سنة بالسرطان في العالم من 163300 حالة إصابة سنة 2012،² إلى 200166 حالة إصابة جديدة سنة 2018. يمثل

¹ American cancer society, **Global cancer Facts & figures 4th edition**, n° 861818, Atlanta, 2018, p.16-17.

² American cancer society. **Global cancer Facts & figures 3rd edition**, op.cit, p.12.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

سرطان الدم $\frac{1}{3}$ من مجموع الإصابات وذلك بـ 65111 إصابة، يليه سرطان الدماغ والجهاز العصبي المركزي بـ 23982 إصابة، فسرطان الجهاز اللمفاوي (لا هودجكيني) بـ 17212 إصابة. غالبية الإصابات تم تسجيلها لدى الذكور وذلك مهما كان نوع السرطان. وهذا ما تبينه معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم 01: الإصابات السرطانية الأكثر شيوعا لدى الأطفال في العالم لسنة 2018

نوع السرطان	عدد إصابات الذكور	عدد إصابات الإناث	عدد الإصابات الكلي
لوكيميا	37833	27278	65111
سرطان الدماغ والجهاز العصبي المركزي	13524	10458	23982
لمفوما لا هودجكين	11233	5979	17212
سرطان الكلى	6165	5897	12062
لمفوما هودجكين	5506	2580	8086
باقي أنواع السرطانات	40350	33363	73713
المجموع	114611	85555	200166

تم بناء الجدول بالاعتماد على قاعدة البيانات المتوفرة في الموقع:

OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

شهد عدد وفيات الأطفال بالسرطان بشكل عام، وسرطان الدم بشكل خاص، انخفاضا ملحوظا في دول كأمريكا الشمالية، أوروبا، أوقيانوسيا واليابان على مدار الأربعين عاما الماضية بسبب التحسينات في إدارة المرض، بما في ذلك التشخيص والعلاج. مما ساهم في انخفاض العدد الإجمالي لوفيات الأطفال بالسرطان في العالم. تُشير آخر الأرقام إلى انتقال عدد الوفيات من 80 ألف حالة وفاة سنة 2012،¹ إلى 74956 حالة وفاة سنة 2018، احتلت الوفيات باللوكيميا المركز الأول بـ 29241 حالة وفاة، تليها الوفيات الناتجة عن الإصابة بسرطانات الدماغ والجهاز العصبي المركزي بـ 13642 حالة وفاة، فحالات الوفاة

¹ American cancer society. Global cancer Facts & figures 3rd edition, op.cit, p.12.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

جزء الإصابة بسرطانات الجهاز اللمفاوي (لا هودجكيني) بـ 4231 حالة وفاة، مع ارتفاع الوفيات لدى الذكور وذلك مهما كان نوع السرطان، وذلك حسب ما يبينه الجدول الموالي:

الجدول رقم 02: وفيات الأطفال بمختلف أنواع السرطان في العالم سنة 2018

نوع السرطان	عدد وفيات الذكور	عدد وفيات الإناث	عدد الوفيات الكلي
لوكيميا	17092	12149	29241
سرطان الدماغ والجهاز العصبي المركزي	7801	5841	13642
لمفوما لا هودجكين	2735	1496	4231
سرطان الكبد	1715	1014	2729
سرطان الكلى	1323	1165	2488
باقي أنواع السرطانات	12768	9857	22625
المجموع	43434	31522	74956

تم بناء الجدول بالاعتماد على قاعدة البيانات المتوفرة في الموقع:

OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

2- توزيع معدلات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم حسب درجة

تقدم الدول:

إن اعتماد الوكالة الدولية لبحوث السرطان على تصنيف البلدان إلى متقدمة أو نامية في تقديمها لتقديرات عبء السرطان، يعتمد على ترتيب الدول وفقا لمؤشر التنمية البشرية (HDI). هذا الأخير يأخذ في الاعتبار ثلاثة أبعاد للتنمية البشرية: العمر المتوقع عند الولادة، ومستوى التعليم الذي تم تحقيقه والقدرة الشرائية، مما يجعل من الممكن تصنيف الدول بطريقة أكثر وضوحاً.¹

¹ CIRC, World Cancer Report 2014, Lyon, 2014, p.56.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

الجدول رقم 03: عدد حالات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم حسب مؤشر التنمية البشرية لسنة 2018

عدد الوفيات	عدد الإصابات	مؤشر التنمية البشرية
5858	35748	مرتفع جدا
11539	33246	مرتفع
10484	26622	الصين
19296	41090	متوسط
18423	28712	الهند
9350	34708	منخفض

تم بناء الجدول بالاعتماد على قاعدة البيانات المتوفرة في الموقع:

OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

فيما يخص مستويات الإصابة والوفاة بسرطانات الأطفال في العالم حسب مؤشر التنمية البشرية، نلاحظ حسب ما يبينه الجدول رقم (03)، أنّ غالبية الإصابات والوفيات سُجلت بدول ذات مؤشر تنمية بشرية متوسط، حيث بلغ عددها 41090 و 19296 على التوالي، بينما نجد أن الدول ذات مؤشر تنمية مرتفع جدا سجلت أدنى عدد لوفيات الأطفال بالسرطان والمقدّر بـ 5858.

تُلقى معطيات الجدول الضوء على زيادة عبء السرطان في الدول ذات مؤشر تنمية بشرية متوسط ومنخفض، وتشير بيانات جمعية السرطان الأمريكية إلى أنّ أكثر الأطفال المصابين بالسرطان يعيشون في البلدان ذات مؤشر التنمية البشرية المنخفض، لكن من الصعب قياس معدل الإصابة بسرطان الأطفال بدقة في البلدان ذات مؤشر التنمية البشرية المنخفض لأن سجلات السرطان تغطي نسبة صغيرة جدا من السكان، وغالبا ما تكون الحالات غير مُشخّصة بسبب كثرة الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وسوء التغذية.¹

¹ American cancer society, **Global cancer Facts & figures 4th edition**, op.cit, p.15-16.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

كما قامت الوكالة الدولية لبحوث السرطان في تقديم تقديراتها لعبء السرطان اعتمادا على تصنيف البلدان حسب مستوى الدخل (نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي) إلى بلدان منخفضة الدخل، الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل، الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل، بلدان مرتفعة الدخل. وهذا وفق ما يلي:

الجدول رقم 04: عدد حالات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في العالم حسب مستوى الدخل لسنة 2018

الدخل	عدد الإصابات	عدد الوفيات
مرتفع	32279	4884
متوسط مرتفع	64455	23154
متوسط منخفض	76587	39245
منخفض	26290	7561

تم بناء الجدول بالاعتماد على قاعدة البيانات المتوفرة في الموقع:

OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

تشير معطيات الجدول رقم (04)، إلى أنّ معظم الإصابات والوفيات سُجّلت بدول دخلها متوسط منخفض، حيث بلغت 76587 إصابة و39245 حالة وفاة. مما يدل على تنامي عبء سرطان الأطفال بها.

يظهر السرطان كسبب رئيسي لوفيات الأطفال في آسيا وأمريكا الوسطى والجنوبية وشمال إفريقيا والشرق الأوسط، حيث يموت عدد أقل من الأطفال بسبب الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها.¹

بالرغم من تسجيل البلدان المتقدمة عدد كبير من حالات الإصابة بسرطان الأطفال، إلا أنّ أعداد الوفيات بها هي الأدنى في العالم، ذلك يُعزى لتوافر التشخيص والعلاج عالي الجودة.

¹ American cancer society, **Global cancer Facts & figures 3rd edition**, op.cit, p.12.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

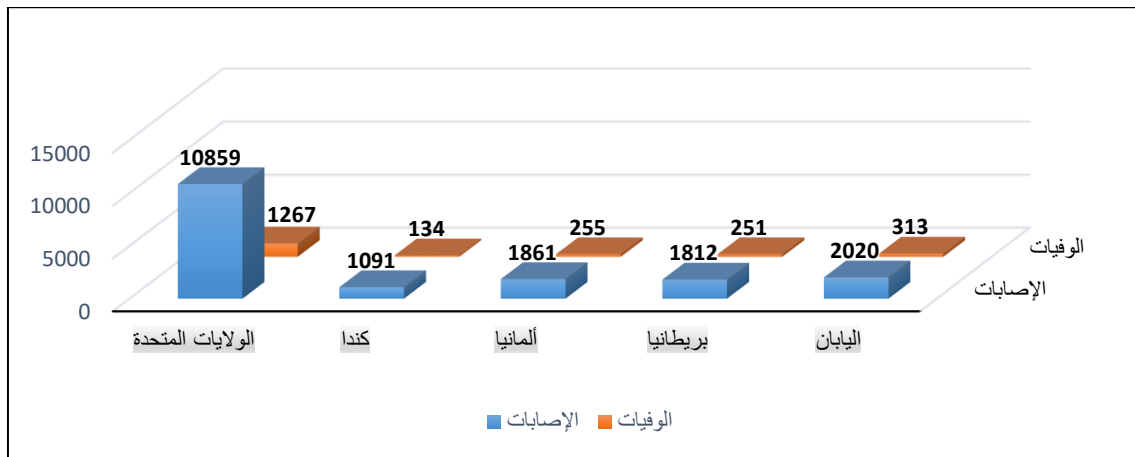
من جهة أخرى، يمكن تفسير تسجيل الدول ذات مستوى دخل منخفض أدنى عدد من الإصابات الذي بلغ 26290 حالة إصابة وتسجيل 7561 حالة وفاة، إلى ضعف التقييم الدقيق لحدوث سرطان الأطفال ونتائجه في العديد من البلدان منخفضة الدخل، ويرجع ذلك جزئياً إلى الافتقار إلى سجل السرطان وأنظمة التسجيل الحيوية اللازمة لتسجيل هذه البيانات والإبلاغ عنها.

في العموم، نظراً لما يعتبره الكثيرون أحد التطورات الرئيسية في العلوم الحديثة، فإن التحسن في النتائج عند الأطفال المصابين بالسرطان الذي شوهد في البلدان المرتفعة الدخل على مدى العقود العديدة الماضية - حيث يعيش 80% منهم تقريباً بعد 5 سنوات من تشخيصهم -، لم يُترجم إلى معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث تشير البيانات الموجودة إلى بقاء عدد أقل بكثير من الأطفال على قيد الحياة.¹

من معطيات الشكلين البيانيين رقم (01) و(02) تتضح الفروقات في عدد حالات الإصابة والوفاة بسرطانات الأطفال بين بعض البلدان المتقدمة والنامية كما يلي:

الشكل رقم 01: أعمدة بيانية تمثل مستويات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في

بعض الدول المتقدمة لسنة 2018



تم إعداد الشكل البياني بالاعتماد على قاعدة البيانات المتوفرة في الموقع:

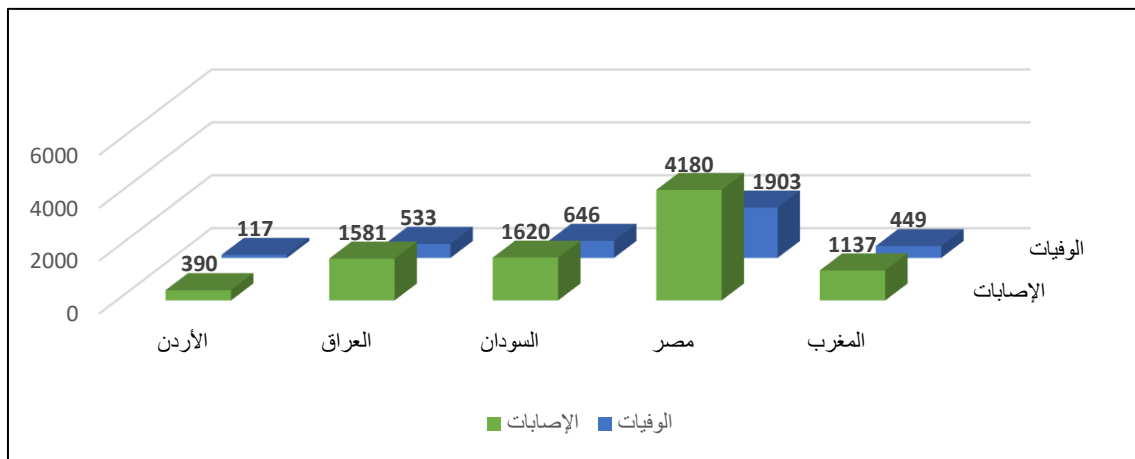
OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

¹ GBD 2017 Childhood Cancer Collaborators, « The global burden of childhood and adolescent cancer in 2017: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet oncology*, vol 20, 2019, p.1211-1225.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

نلاحظ من خلال الشكل البياني رقم (01) تسجيل الولايات المتحدة الأمريكية لـ 10859 إصابة جديدة بسرطان الأطفال عام 2018، أمّا الوفيات فبلغت 1267، اليابان التي سجّلت 2020 حالة إصابة جديدة لم يتجاوز عدد الوفيات بها 313، ألمانيا وبريطانيا سجلتا 1861 و1812 حالة إصابة جديدة، لم تتجاوز الوفيات بهما 255 و251 حالات وفاة على التوالي، كندا هي الأخرى من الدول التي تشهد انخفاض وفيات الأطفال بالسرطان، حيث سجلت في نفس السنة المذكورة أنفا 134 حالة وفاة في حين أنّ عدد الإصابات بلغ 1091 حالة جديدة. يُمكن تفسير هذه الأرقام وكما أكدت جمعية السرطان الأمريكية، أنّ انخفاض وفيات الأطفال جرّاء الإصابة بالسرطان بدول كأمريكا، أوروبا واليابان في العقود الأخيرة يُعزى لعاملَي التشخيص والعلاج.¹

الشكل رقم 02: أعمدة بيانية تمثل مستويات الإصابة والوفاة بالسرطان لدى الأطفال في بعض الدول النامية لسنة 2018



تم إعداد الشكل البياني بالاعتماد على قاعدة البيانات المتوفرة في الموقع:

OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

¹ American cancer society, **Global cancer Facts & figures, 3rd edition**, op.cit, p.12.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

يُشير الشكل البياني رقم (02) إلى ارتفاع عدد حالات الوفاة بسرطان الأطفال في بعض الدول النامية، فمصر التي سجلت سنة 2018 حوالي 4180 إصابة جديدة، بلغ عدد الوفيات بها 1903. في السودان تمّ تسجيل 1620 حالة إصابة جديدة بسرطان الطفل، وخلف هذا الأخير 646 حالة وفاة. العراق التي تمّ فيها تسجيل 1581 حالة إصابة جديدة شهدت 533 حالة وفاة، كما تمّ تسجيل 1137 حالة إصابة جديدة بالمغرب و449 حالة وفاة، حالات الإصابة الجديدة بسرطانات الأطفال بالأردن لم تتجاوز 390 لكن الوفيات بلغت 117 حالة وفاة.

إنّ البيانات التي جاءت في الشكلين البيانيين السابقين تُلقي الضوء على الفروقات بين الدول المتقدمة والنامية في عدد حالات الوفاة الناجمة عن إصابة الأطفال بالسرطان، التي تُسفر عن فروقات في التشخيص المبكر للمرض وكذا نجاعة العلاجات المطبقة.

3- الجهود الدولية المبذولة للحد من وفيات الأطفال بالسرطان:

مع تزايد العبء العالمي للسرطان عامة وسرطان الأطفال بصفة خاصة، الذي من المرجح أن يُصيب 13.7 مليون طفل في العالم ما بين عامي 2020-2050. وحسب الأداء الحالي للنظم الصحية، يُقدّر أنّ 6.1 مليون من هؤلاء الأطفال أي 44.9% لن يتم تشخيصهم. ومن المتوقع أن يصل عدد وفيات الأطفال جرّاء الإصابة بالسرطان في نفس الفترة المذكورة آنفاً إلى 11.1 مليون حالة وفاة، إذا لم يتم زيادة الاستثمار في الأنظمة الصحية لتحسين القدرة على الحصول إلى الخدمات الصحية لتشخيص أو علاج سرطان الأطفال. مع العلم أنّ 9.3 مليون من هؤلاء الأطفال أي 84.1% منهم في الدول ذات الدخل المتوسط أو المحدود.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

إنّ عبء السرطان المتزايد، من الممكن تقليصه بشكل فعال لتحقيق فوائد صحية واقتصادية هائلة، وتجنب ملايين الوفيات التي لا داعي لها.¹ لمواجهة هذا التحدي وضعت منظمة الصحة العالمية مكافحة السرطان ضمن أولوياتها في برنامج عملها وتعاونها التقني مع البلدان، من خلال إقرار الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها سنة 2000، والتي تعدّ أول مبادرة لمكافحة الأمراض غير السارية.

3-1- الاستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها:

- جاءت هذه الاستراتيجية من خلال انعقاد جمعية الصحة العالمية الثالثة والخمسين (ماي 2000)، قدمت رؤية واضحة لمعالجة الأمراض غير السارية على رأسها السرطان، من خلال المراقبة والوقاية والتدبير العلاجي. التزمت الجمعية بتحقيق الأهداف التالية:
- 1- رفع مستوى الأولوية الممنوحة للأمراض غير السارية في العمل الإنمائي على الصعيدين العالمي والوطني، وإدراج الوقاية من هذه الأمراض ومكافحتها ضمن السياسات الخاصة بجميع الإدارات الحكومية.
 - 2- توفير الدعم التقني والتوجيه المناسب للدول الأعضاء في تقييم احتياجاتها، ووضع برامج فعالة، وتكييف نظمها الصحية لمكافحة الأمراض غير السارية.
 - 3- تعزيز التدخلات الرامية للحد من عوامل الخطر المشتركة بين الأمراض غير السارية.
 - 4- تشجيع البحوث المتعلقة بتوقي ومكافحة الأمراض غير السارية.
 - 5- تعزيز الشراكات من أجل الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

¹ Rifat Atun et al, « Sustainable care for children with cancer: a lancet oncology commission », **The Lancet Oncology**, vol21, Avril 2020, p.185.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

6- رصد الأمراض غير السارية، وتقييم التقدم المحرز على الصعيد الوطني، الإقليمي والعالمية.

على الدول الأعضاء القيام بـ:

- وضع برامج في إطار الاستراتيجية العالمية للوقاية من أهم الأمراض غير السارية ومكافحتها.
- زيادة فعالية الوقاية وضمان تصدي نظم الرعاية الصحية للأمراض غير السارية المزمنة، وارتكاز معالجتها على تدخلات عالية المردود في مجال الرعاية الصحية وتكافؤ فرص الحصول عليها.

- تبادل خبراتها الوطنية وبناء القدرات على المستوى الإقليمي والوطني والمجتمعي في سبيل وضع برامج للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها وتنفيذ تلك البرامج وتقييمها.¹

بالنسبة للاستراتيجية العالمية للوقاية من السرطان بكل أنواعه ولكل الأعمار ومكافحته:

تلتزم الجمعية العامة للصحة بـ:

- تطوير عمل منظمة الصحة العالمية وتنمية قدرتها في مجال الوقاية من السرطان ومكافحته، وتعزيز الاستراتيجيات الفعالة والشاملة للوقاية من السرطان ومكافحته في إطار الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها مع التركيز بصورة خاصة على البلدان أقل نمواً.

- توفير الدعم التقني للدول الأعضاء في تحديد الأولويات فيما يتعلق ببرامج الوقاية من السرطان ومكافحته وبرامج الرعاية الملطفة.

¹ World Health Assembly, **Fifty- third world health assembly**, Agenda item 12.11, Eighth plenary meeting, Geneva, 20 May 2000, p.1-3.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

- تعزيز انضمام المنظمة إلى الشراكات الدولية والتعاون مع الدول الأعضاء وسائر هيئات منظومة الأمم المتحدة، والأطراف الفاعلة من مجموعة من القطاعات والاختصاصات ذات الصلة من أجل الدعوة وتعبئة الموارد وبناء القدرات من أجل اتباع نهج متكامل في مكافحة السرطان.

- مواصلة تطوير استراتيجية المنظمة من أجل إعداد وتحسين برامج الوقاية من السرطان ومكافحته، وذلك من خلال جمع وتحليل وتعميم الخبرات الوطنية في هذا المضمار، وتوفير الإرشادات المناسبة للدول الأعضاء، عند الطلب.

- المساهمة في وضع توصيات بخصوص التشخيص المبكر للسرطان.

- النظر في تخصيص موارد إضافية كي يتسنى ترجمة المعارف التي توفرها البحوث إلى تدابير تتسم بالفعالية والكفاءة في مجال الصحة العمومية من أجل الوقاية من السرطان ومكافحته.

- تشجيع البحوث حول دراسات المردودية بشأن مختلف استراتيجيات توقي مختلف أنواع السرطان وتدبيرها العلاجي.

- تعزيز ودعم البحوث التي تقيم التدخلات الزهيدة التكلفة التي يمكن تحمل نفقاتها، ويمكن تحقيق استدامتها في البلدان المنخفضة الدخل.

- تقديم الدعم من أجل زيادة تطوير وتوسيع برنامج عمل للبحوث في الوكالة الدولية لبحوث السرطان، وغيرها من الهيئات، يتناسب مع صياغة سياسات واستراتيجيات متكاملة لمكافحة السرطان وتعزيز ودعم البرامج التقنية والطبية في مجال علاج السرطان.

- الترويج للمبادئ التوجيهية الخاصة بخدمات الرعاية الملطفة المقدمة إلى مرضى السرطان.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

- توفير الدعم بالموارد الكافية والقيادة للبرنامج الدولي للسلامة الكيميائية.
- دعم وتعزيز الآليات الخاصة بنقل الخبرات التقنية بشأن الوقاية من السرطان ومكافحته إلى البلدان النامية، بما في ذلك الترصد والفحص والبحوث.
- إسداء المشورة إلى الدول الأعضاء، ولا سيما البلدان النامية، بشأن إقامة أو صون سجل وطني لحالات الإصابة بالسرطان يحتوي على نوع المرض وموضعه وتوزعه الجغرافي.
- التعاون مع الدول الأعضاء في جهودها الرامية إلى إنشاء معاهد وطنية معنية بالسرطان.
- تحري إقامة آليات مناسبة للتمويل الكافي لبرامج الوقاية من السرطان ومكافحته، وبرامج الرعاية الملطفة خصوصا في البلدان النامية.
- استكشاف الجدوى من الشروع في برنامج مشترك بين المنظمة والوكالة الدولية للطاقة الذرية من أجل توقي ومكافحة وعلاج السرطان وإجراء البحوث بشأنه.
- الاشتراك مع المجلس الدولي لمراقبة المخدرات في دراسة جدوى إقامة آلية محتملة للمساعدة من شأنها تيسير علاج الألم بشكل ملائم باستخدام المسكنات الأفيونية.
- استكشاف كل الفرص من أجل تحسين الاستفادة من أدوية العلاج الكيميائي ويسر تكلفتها وتوافرها، خاصة في البلدان النامية.
- تقديم تقارير منتظمة حول تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة.¹

¹ Assemblée mondiale de la santé, **Cinquante huitième assemblée mondiale de la santé : Prévention et lutte anticancéreuse**, point 13.12 de l'ordre du jour, Genève, 25 Mai 2005, p.4-5.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

تحت مظلة الصحة العالمية الدول الأعضاء على:

- التعاون مع المنظمة في وضع وتدعيم برامج شاملة لمكافحة السرطان تتلاءم مع الوضع الاقتصادي الاجتماعي السائد، تهدف إلى الحد من معدلات حدوث السرطان والوفيات الناجمة عنه، وتحسين نوعية حياة المرضى (التركيز على الوقاية، الاكتشاف المبكر، التشخيص، العلاج، التأهيل والرعاية الملطفة) وتقييم الأثر المترتب على تنفيذ تلك البرامج.
- وضع أولويات تقوم على تقدير العبء الوطني للسرطان، وتوافر الموارد، وقدرة النظام الصحي فيما يتعلق بالوقاية من السرطان ومكافحته وبرامج الرعاية الملطفة.
- دمج البرامج الوطنية لمكافحة السرطان في نظم الصحة العمومية القائمة التي تُحدّد أهدافا وغايات تركّز على تحقيق نتائج يمكن قياسها في المدى القصير، المتوسط والطويل.
- تشجيع ووضع سياسات لتعزيز وصون المعدات التقنية الخاصة بتشخيص ومعالجة السرطان في المستشفيات التي تقدّم خدمات طب الأورام وسائر الخدمات ذات الصلة.
- تشجيع إجراء البحوث العلمية اللازمة لزيادة المعارف بشأن أسباب السرطان والعبء الذي يسببه.
- إعطاء الأولوية أيضا للبحوث الخاصة بالوقاية من السرطان واكتشافه المبكر واستراتيجيات التدبير العلاجي له والرعاية الملطفة.
- النظر في اتباع أسلوب في مراحل تخطيط وتنفيذ وتقييم مكافحة السرطان من شأنه أن يُشرك جميع الأطراف المعنية الرئيسية التي تمثّل المنظمات الحكومية وغير الحكومية والمجتمعية المرتكزة، بما في ذلك الأطراف المعنية التي تمثّل المرضى وأسرهم.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

- ضمان إتاحة المعلومات المناسبة فيما يتعلق بإجراءات وخيارات الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية الملطفة، ولاسيما إتاحتها لمرضى السرطان.
- إنشاء نُظم معلومات مناسبة بما في ذلك مؤشرات النتائج والعمل، توفر الدّعم لتخطيط ورصد وتقييم برامج الوقاية من السرطان ومكافحته وبرامج الرعاية الملطفة.
- إجراء تقييم دوري لأداء برامج الوقاية من السرطان ومكافحته بما يُتيح للبلدان تحسين فعالية وكفاءة برامجها.
- تحسين فرص الاستفادة من التكنولوجيات الملائمة بدعم من منظمة الصحة العالمية وذلك لتشخيص وعلاج السرطان، بهدف تعزيز تشخيصه وعلاجه في المراحل المبكرة وخاصة في البلدان النامية.
- ضمان توافر المُسكّنات الأفيونية في المجال الطبي وفقاً للمعاهدات الدولية وتوصيات منظمة الصحة العالمية والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، ورهنا بنظام فعال للرصد والمراقبة.
- ضمان توثيق مأمونية ونجاعة الأدوية والعلاجات التقليدية المتاحة وقيامها على أسس وبيانات علمية.
- تطوير وتعزيز البنية الأساسية للنظم الصحية وخصوصاً فيما يتصل بالموارد البشرية الخاصة بالصحة، من أجل بناء القدرات الملائمة للتنفيذ الفعّال لبرامج الوقاية من السرطان ومكافحته، بما في ذلك إقامة نظام لتسجيل حالات الإصابة بالسرطان.¹

¹ Ibid, p.2-4.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

3-2- خطة العمل بشأن الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها 2008-2013:

وضعت منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء خطة العمل بشأن الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها 2008-2013، من أجل ترجمة الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها بما فيها السرطان، إلى عمل ملموس وتحقيق الهدف المنشود من هذه الاستراتيجية، وهو الحد من الوفيات وتحسين نوعية الحياة وتنفيذها في المدة الممتدة ما بين 2008-2013.¹

في سنة 2010، قامت منظمة الصحة العالمية بتقرير يعرض الإحصاءات والبيانات والخبرات اللازمة للشروع في التصدي بقوة أكثر للتهديد المتنامي الذي تشكله الأمراض غير السارية.

يُعد التقرير العالمي عن وضع الأمراض غير السارية لسنة 2010، أول وصف تفصيلي للعبء العالمي للأمراض غير السارية وعوامل الخطر والمحددات الخاصة بها، فهو يسلط الضوء على الوضع الراهن للأمراض غير السارية، ويقدم خريطة طريق لدحر وبائها، عن طريق اتخاذ إجراءات مكثفة فيما يتعلق بكل غرض من أغراض الاستراتيجية الثلاثة، ألا وهي: رسم خريطة وباء الأمراض غير السارية وأسبابها، خفض عوامل الخطر الرئيسية من خلال تعزيز الصحة ونهوج الوقاية الأولية، وتعزيز الرعاية الصحية لمن ابتلوا بالفعل بالأمراض غير السارية.

يُشكل هذا التقرير، والطبعات اللاحقة منه، أساساً مرجعياً لرصد الاتجاهات في المستقبل وتقييم التقدم الذي تحقّقه الدول الأعضاء في التصدي لوباء هذه الأمراض، كما يقدم رؤية مشتركة وخريطة طريق للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. ويشمل الجمهور المستهدف راسمي السياسات في مجال الصحة، المسؤولين الصحيين، القطاعات ذات الصلة غير قطاع

¹ OMS, Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, Genève, 2010, p.13-26.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

الصحة، وكالات التنمية وسائر أصحاب المصلحة، كي يُتاح لهم تبادل الخبرات والدروس الجماعية في مجال خفض عوامل الخطر الرئيسية الخاصة بالأمراض غير السارية وتحسين الرعاية الصحية لمن يُعانون من هذه الاعتلالات بالفعل.

كما يُولي هذا التقرير اهتماما خاصا للظروف السائدة في البلدان المتوسطة ومنخفضة الدخل التي أصبحت تتحمّل 80% من عبء الأمراض غير السارية على رأسها السرطان الذي تسجل البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط ثلثي إجمالي الوفيات الناجمة عنه.¹ لقد أعقب هذا التقرير:

3-3- الاجتماع رفيع المستوى الأول بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها:

انعقد الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها على رأسها السرطان في الفترة الممتدة ما بين 19-20 سبتمبر 2011، وركّز على تأثير الأمراض غير السارية على التنمية.

كانت النتيجة الرئيسية لهذا الاجتماع، الإعلان السياسي بشأن الوقاية والسيطرة على الأمراض غير السارية. حدّد الإعلان جدول أعمال مركز لتعزيز التعاون الدولي لدعم الجهود الوطنية المتعددة القطاعات للوقاية من الأمراض غير السارية المتمثلة في (الأمراض القلبية الوعائية، السرطان، الأمراض التنفسية المزمنة والسكري) ومكافحتها.²

¹ OMS, **Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010**, résumé d'orientation, Genève, 2011, p.1-9.

² OMS bureau régional des Amériques, Organisation panaméricaine de la santé, **Rapport sur la réunion de haut niveau de l'assemblée générale des nations unies sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles**, point 8.4 de l'ordre de jour provisoire, Washington, 12 Septembre 2014, p.1-2.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

شكّل الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها واعتماد الإعلان السياسي، نقطة تحول حاسمة في مكافحة هذه الأمراض على المستوى العالمي. للمرة الأولى، اتفقت جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، على أنّ الأمراض غير السارية تشكّل عقبة رئيسية أمام التنمية الاجتماعية والاقتصادية. يدعو الإعلان السياسي بوضوح إلى إدراج الأمراض غير السارية في عمليات التخطيط الصحي وجدول أعمال التنمية الوطنية لكل دولة عضو.

إنّ الإعلان السياسي للاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة حول الوقاية ومكافحة الأمراض غير السارية، الذي صادق عليه رؤساء الدول والحكومات للارتقاء بالأولوية التي أُعطيت للوقاية ومكافحة الأمراض غير السارية، مكنّ من الخروج بالتزام سياسي يضع الأمراض غير السارية على صدارة جدول أعمال التنمية.

لتفعيل التزامات الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، أعدت منظمة الصحة العالمية خطة العمل 2013-2020، التي تُعدّ خارطة طريق وقائمة من الخيارات في مجال السياسات للدول الأعضاء وسائر أصحاب المصلحة، من أجل اتخاذ إجراءات منسقة ومتسقة على كافة المستويات من المحليّ إلى العالمي، لتحقيق الغايات العالمية المتعلقة بالوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها، بما في ذلك تحقيق انخفاض نسبي قدره 25٪ من الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية على رأسها السرطان بحلول عام 2025. تتمثل أهداف الخطة عموماً في زيادة الوعي والتعاون الدولي، والتركيز بشكل أكبر على مكافحة الأمراض غير السارية على المستويات العالمية والإقليمية والوطنية كجزء من أجندة التنمية.¹

¹ OMS, *Projet du plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*, rapport du secrétariat, Genève, 2013, p.5-6.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

لتقييم التقدم المُحرز في تنفيذ الالتزامات المنصوص عليها في الإعلان السياسي، ولتحديد ومعالجة الثغرات في تنفيذها، أُعدّ عام 2014 تقرير، أهمّ ما جاء فيه أنّ التقدم المُحرز بشأن مكافحة الأمراض غير السارية ما زال غير متكافئ وغير كافٍ. وتحدّد البيانات المعروضة في هذا التقرير عدة فرص ضائعة لتعزيز الوقاية والرعاية الصحية، والترصد والرصد، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، فارتفع معدلات الوفاة والمرض في هذه البلدان يُجسّد الاستثمار غير الكافي في التدخلات الرامية للوقاية ومكافحة الأمراض غير السارية.¹ أعقب هذا التقرير:

3-4- الاجتماع رفيع المستوى الثاني بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها:

شارك ممثلو 63 دولة عضو في الاجتماع الرفيع المستوى الثاني للجمعية العامة للأمم المتحدة (نيويورك، 10-11 جويلية 2014). كان الهدف من هذا الاجتماع استعراض وتقييم التقدم المُحرز في التزامات رؤساء الدول والحكومات المنصوص عليها في الإعلان السياسي للاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها.

يهدف الاجتماع أيضا إلى تحديد وسد الثغرات، وإعادة تأكيد الالتزام السياسي لمواجهة التحديات المتعلقة بالأمراض غير السارية.

أهم ما جاء في الوثيقة الختامية للاجتماع الرفيع المستوى لعام 2014 التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة، أنّ التقدم المُحرز في مكافحة الأمراض غير المعدية لم يكن كافيا

¹ منظمة الصحة العالمية، تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية 2014، جنيف، 2014، ص.6-12.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

ومتفاوتا للغاية، وأن استمرار وزيادة الجهود أمر ضروري، حيث التزم وزراء الدول باتخاذ أربعة إجراءات ذات أولوية تتمثل في:

- النظر في تحديد أهداف وطنية لعام 2025، ووضع مؤشرات لتقييم التقدم المحرز بناءً على الظروف الوطنية، مع مراعاة الأهداف العالمية المسطرة بشأن مكافحة الأمراض غير السارية.

- النظر في وضع سياسات وخطط وطنية متعددة القطاعات، أو تعزيز السياسات والخطط القائمة لتحقيق الأهداف الوطنية بحلول عام 2025، مع مراعاة خطة العمل العالمية لعام 2013-2020 لمكافحة الأمراض غير السارية.

- الحد من عوامل الخطر للأمراض غير السارية من خلال تنفيذ التدخلات والتدابير لخلق بيئات داعمة للصحة.

- بحلول عام 2016، تعزيز النظم الصحية وإعادة توجيهها للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، من خلال رعاية صحية أولية محورها الإنسان والتغطية الصحية الشاملة طوال العمر.¹

أنجز تقرير عام 2017 لتقييم الإنجازات والعقبات التي تواجه جميع البلدان في الوفاء بالالتزامات التي تم التعهد بها منذ اجتماع الأمم المتحدة الأول رفيع المستوى بشأن الأمراض غير السارية في عام 2011. لتسهيل تقييم التقدم المحرز في تطوير الاستجابات الوطنية بشأن مكافحة الأمراض غير السارية، حددت منظمة الصحة العالمية 10 مؤشرات تم استخدامها لتقديم تقرير إلى الجمعية العامة للأمم المتحدة في نوفمبر 2017، مما سيحدد مسار المفاوضات بشأن الوثيقة الختامية للاجتماع الثالث رفيع المستوى.

¹ OMS, Suivi de la Réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, 100 e séance plénière, Genève, 2015, p.1-4.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

يوضح هذا التقرير أنّ التقدم بشأن تنفيذ الالتزامات لمكافحة الأمراض غير السارية لم يكن كافياً. فبالرغم مما أُحرز من تقدّم ملحوظ في بعض البلدان، فإنّ هذا التقدم غير متكافئ لحد كبير، حيث واجهت العديد من البلدان عقبات اعترضت مكافحة هذه الأمراض، هذا ما يخلق الحاجة إلى عمل سياسي أكثر جرأة لإزالة هذه العقبات. كما تمّ التأكيد فيه، أنّه إذا لم يعيد القادة السياسيون تنشيط التزامهم باتخاذ إجراءات وطنية في اجتماع الأمم المتحدة الثالث رفيع المستوى الذي سيعقد في عام 2018، فإنّ المعدل الحالي للانخفاض في الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية سيمنع من تحقيق مرامي أو أهداف التنمية المستدامة.¹

3-5- الاجتماع رفيع المستوى الثالث بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها:

الهدف من اجتماع الأمم المتحدة رفيع المستوى الثالث بشأن الأمراض غير السارية الذي انعقد في 27 سبتمبر 2018 بالولايات المتحدة الأمريكية، والذي جمع العشرات من رؤساء الدول والوزراء من جميع البلدان، هو تقييم التقدم المُحرز في الحد من مخاطر الوفاة المبكرة بالأمراض غير السارية، كما تعهدوا في الاجتماع الرفيع المستوى الأول في عام 2011، وأعادوا التأكيد عليه في الاجتماع الرفيع المستوى الثاني في عام 2014. و"تطوير حلول للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في سياق خطة التنمية المستدامة لعام 2030"، والضغط من أجل اتخاذ إجراءات أكثر إلحاحاً بشأن هذه الأمراض على رأسها السرطان.

يعد هذا الحدث خطوة مهمة في السعي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، ولا سيما الهدف المتعلق بالحد من الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بمقدار الثلث بحلول عام 2030. لتحقيق أهداف هذه الخطة، التزم رؤساء الدول والحكومات التزاماً راسخاً بخفض معدل

¹ OMS, *Suivi des progrès 2017 dans la lutte des maladies non transmissibles*, Genève, 2017, p.5-6.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية على رأسها السرطان بمقدار الثلث بحلول عام 2030 من خلال الوقاية والعلاج، وتعزيز الصحة.¹

وفي إطار مكافحة وفيات الأطفال بالسرطان، تمّ الإعلان في أعقاب هذا الاجتماع، عن مبادرة منظمة الصحة العالمية لمكافحة سرطان الأطفال، التي تهدف إلى الحد من عدم المساواة في الوصول إلى التشخيص والعلاج الجيد، وبالتالي تحسين فعالية العلاج لجميع الأطفال.² ويتم تنفيذ مبادرة منظمة الصحة العالمية لمكافحة سرطان الأطفال، بالتركيز على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تشهد معدلات بقاء الأطفال المصابين بالسرطان ضئيلة جدا مقارنة بالبلدان المتقدمة.³ بغرض تحقيق معدل بقاء لا يقل عن 60% للأطفال المصابين بالسرطان في العالم بحلول عام 2030، ويمثل ذلك ضعف المعدلات الحالية تقريبا لعلاج المصابين به، وسيؤدي إلى إنقاذ أرواح مليون طفل آخر على مدى العقد المقبل.

تعمل المبادرة على إيلاء الأولوية لعلاج السرطان أثناء مرحلة الطفولة وزيادة التمويل المُتاح لعلاجها على الصعيدين الوطني والعالمي، وتعزيز قدرات البلدان على تنفيذ أفضل الممارسات في مجال رعاية المصابين بالسرطان أثناء مرحلة الطفولة. حيث تتعاون منظمة الصحة العالمية والوكالة الدولية لبحوث السرطان مع الوكالة الدولية للطاقة الذرية وغيرها من المؤسسات التابعة للأمم المتحدة وشركائها من أجل القيام بما يلي:

- زيادة الالتزامات السياسية المقطوعة بشأن تشخيص وعلاج سرطان الأطفال.
- دعم الحكومات في مجال إنشاء مراكز عالية الجودة لعلاج السرطان وسوائل إقليمية تكفل الإبداع في تشخيص حالة الأطفال المصابين بالسرطان تشخيصا دقيقا وتزويدهم بعلاج ناجح.

¹ Nations unies, OMS, Troisième réunion de haut niveau des nations unies sur les maladies non transmissibles, New York, 2018, p.1-6.

² OMS, Le cancer de l'enfant, op.cit, sans page.

³ OMS, Initiative mondiale pour le cancer infantile, 2018, <https://www.who.int/cancer/childhood-cancer/en/>, consulté le 06/08/2020.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

- وضع معايير وأدوات يسترشد بها في رسم الخطط وتنفيذ التدخلات فيما يتعلق بالإبكار في تشخيص أنواع السرطان أثناء مرحلة الطفولة وعلاجها وتزويد المصابين بها برعاية ملطّفة وأخرى تبقّهم على قيد الحياة، بحيث تتطوي على تلبية كامل احتياجاتهم التي تقتضيها إصابتهم بأنواع السرطان هذه.

- تحسين إتاحة الأدوية الأساسية والتكنولوجيات اللازمة بتكلفة معقولة.

- دعم الحكومات في حماية أسر الأطفال المصابين بالسرطان من الوقوع في ضائقة مالية وعزلة اجتماعية من جراء رعاية المصابين لديهم بالسرطان.¹

II. مرضية ووفيات الأطفال بالسرطان في الجزائر وجهود الدولة لمكافحتها:

1- مستويات الإصابة والوفاة بسرطان الأطفال في الجزائر:

إنّ إصابة الأطفال بالسرطان في الجزائر في ارتفاع مستمر بنسبة 1% سنويا. أكثر أشكال السرطان شيوعا عند الأطفال هي تلك التي تصيب الجهاز المكوّن للدم والعقد اللمفاوية والدماغ والعظام والكلى. وتشكل هذه الأنواع 59.4% من جميع الإصابات السرطانية لدى الذكور، و58.3% من جميع الإصابات السرطانية لدى الإناث.²

حسب تقديرات الوكالة الدولية لبحوث السرطان لسنة 2018، بلغ عدد حالات الإصابات الجديدة بالسرطان لدى الأطفال دون 15 سنة 1399 إصابة جديدة، أين يحتل سرطان الدم المركز الأول بـ 365 إصابة، تليه سرطانات الدماغ والجهاز العصبي المركزي بـ 246 حالة إصابة، فسرطان الجهاز اللمفاوي (لمفوما لا هودجكين) بـ 125 حالة إصابة جديدة، وبفارق

¹ OMS, Le cancer de l'enfant, op.cit, sans page.

² MSPRH, Plan national cancer 2015-2019, op.cit, p.20.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

بسيط في عدد الإصابات الجديدة، نجد سرطان الكلى بـ 117 حالة، وفي المرتبة الخامسة سرطان الجهاز اللمفاوي (لمفوما هودجكين) بـ 102 حالة إصابة جديدة.

للإشارة، فإنّ أغلب الإصابات سُجّلت بين أوساط الذكور على اختلاف أنواع سرطانات الأطفال، باستثناء سرطان الكلى الذي أصاب الإناث أكثر من الذكور، حيث قُدّرت عدد الإصابات بـ 65 و52 إصابة جديدة على التوالي، وهذا ما يُشير إليه الجدول الموالي:

الجدول رقم 05: الإصابات السرطانية الأكثر شيوعا لدى الأطفال في الجزائر لسنة 2018

نوع السرطان	عدد إصابات الذكور	عدد إصابات الإناث	عدد الإصابات الكلي
لوكيميا	219	146	365
سرطان الدماغ و الجهاز العصبي المركزي	134	112	246
لمفوما لا هودجكين	87	38	125
سرطان الكلى	52	65	117
لمفوما هودجكين	67	35	102
باقي أنواع السرطانات	236	208	444
المجموع	795	604	1399

تم بناء الجدول بالاعتماد على قاعدة البيانات المتوفرة في الموقع:

OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

بالنسبة لعدد حالات الوفاة المسجلة لسنة 2018، قُدّرت بـ 652 حالة وفاة، 354 منها مسّت الذكور وذلك بنسبة 54.3% من مجموع حالات الوفاة، مقابل 298 سُجّلت لدى الإناث أي بنسبة 45.7% من مجموع الوفيات. أكثر حالات الوفاة سُجّلت لدى الأطفال المصابين بسرطانات الجهاز العصبي المركزي وسرطان الدم، حيث قُدّرت بـ 224 و160 حالة وفاة على التوالي. أكثرها سُجّلت بين أوساط الذكور، على عكس عدد حالات الوفاة بسرطان الكلى والرئة التي قُدّرت بـ 35 و23 حالة وفاة على التوالي، حيث مسّت الإناث أكثر

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

من الذكور. أمّا الوفيات بسرطان الكبد التي بلغ عددها 21 حالة وفاة، وزعت بالتساوي بين الجنسين، وهذا ما يبينه الجدول الموالي:

الجدول رقم 06: وفيات الأطفال بمختلف أنواع السرطان في الجزائر لسنة 2018

نوع السرطان	إصابات الذكور	إصابات الإناث	عدد الإصابات الإجمالي
لوكميا	94	66	160
سرطان الدماغ والجهاز العصبي المركزي	122	102	224
سرطان الكلى	16	19	35
سرطان الكبد	13	12	25
سرطان الرئة	07	16	23
باقي أنواع السرطانات	102	83	185
المجموع	354	298	652

تم بناء الجدول بالاعتماد على قاعدة البيانات المتوفرة في الموقع:

OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

بقاء مرضى السرطان على قيد الحياة لمدة خمس سنوات منخفض في الجزائر مقارنة بالدول المتقدمة الأخرى، يُعزى ذلك لعدة عوامل من بينها ضعف النظام الصحي (ضعف الهياكل الصحية للتشخيص والعلاج، خاصة العلاج الإشعاعي).¹

2- تطور عدد حالات الإصابة بسرطان الأطفال في الجزائر العاصمة حسب السجلات الوطنية للسرطان:

لقد قمنا بجمع البيانات الخاصة بتطور عدد حالات الإصابة بسرطان الأطفال في الجزائر العاصمة، من خلال الـ 5 سجلات وطنية للسرطان الخاصة بالجزائر العاصمة، التي أصدرها المعهد الوطني للصحة العمومية من سنة 2012 إلى سنة 2017.

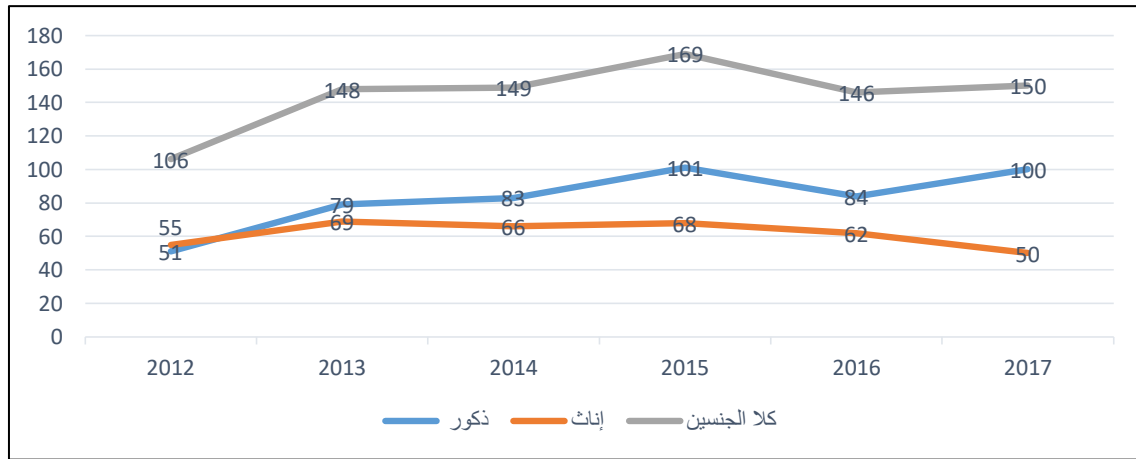
¹ C.M Hamdi, et al, « Cancer estimation of incidence and survival in Algeria 2014 », *Journal of cancer Research & Therapy*, vol 3, n°9, 2015, p.100-104.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

تشير المعطيات بصفة عامة لارتفاع عدد حالات الإصابة بسرطان الأطفال المسجلة في الجزائر العاصمة خلال سنوات الرصد الممتدة من 2012 إلى 2017، حيث انتقلت من 106 إلى 150 حالة إصابة جديدة، مع بلوغ عدد الإصابات الذروة سنة 2015، حيث قُدرت بـ 169 إصابة جديدة.

أما بالنسبة للفروقات للملاحظة بالنسبة للإصابات حسب الجنس، معظم الإصابات حدثت في أوساط الذكور مقارنة بالإناث وهذا ما يبينه الشكل البياني رقم (03):

الشكل رقم 03: خط بياني يمثل تطور عدد الإصابات بسرطان الأطفال في الجزائر العاصمة بين سنتي 2012-2017



تم إعداد الشكل البياني بالاعتماد على المصدر:

INSP, Registre des tumeurs d'Alger, Alger, 2012-2017.

3- مساعي الجزائر لمكافحة سرطان الطفل في إطار مكافحة السرطان والأمراض غير سارية الأخرى:

يُترجم التحول الوبائي الذي تشهده البلاد منذ العقود الثلاثة الأخيرة في العبء الثقيل المتزايد للأمراض غير السارية ولا سيما السرطان، وأصبحت مكافحة هذا الأخير ضرورة لا بد منها وأولوية جديدة في مجال الصحة العامة. لمواجهة هذا الوضع، تبنت الجزائر البرنامج

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

العالمي لمكافحة الأمراض غير السارية (2000)، والتزمت بتنفيذ استراتيجية منظمة الصحة العالمية فيما يخص مكافحة الأمراض غير السارية في جوان 2002. وأكدت الجزائر التزامها السياسي بمكافحة هذه الأمراض من خلال مشاركتها في اجتماع الأمم المتحدة رفيع المستوى الأول للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.¹

تمخّص عن هذا الالتزام برنامجان رئيسيان:

3-1- الخطة الوطنية لمكافحة الأمراض غير السارية 2014-2018:

جاءت مكافحة السرطان في إطار مكافحة الأمراض غير السارية، من خلال إعداد الخطة الاستراتيجية الوطنية متعددة القطاعات للمكافحة المتكاملة للأمراض غير السارية بالتعاون مع الاتحاد الأوروبي، التي تعدّ ترجمة للالتزام الجزائر بالإعلان السياسي المعتمد في الاجتماع رفيع المستوى الأول للأمم المتحدة حول الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

تتناول هذه الخطة الاستراتيجية الركيزتين الأوليين من الركائز الرئيسية الثلاث للاستراتيجية العالمية لمكافحة الأمراض غير السارية، المتمثلتين في رصد الأمراض غير السارية وتوقّي عوامل الخطر المؤدية للإصابة بها.

الهدف العام من هذه الخطة هو تطوير عمل منسق ومشارك بين القطاعات لمكافحة عوامل الخطر ومحدداتها وتعزيز الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.²

¹ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles**, Alger, Ed. ANEP, 2014, p.9-12.

² Ibid, p.10-19.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

3-2- الخطة الوطنية لسرطان 2015-2019:

منذ أن اعتُبر السرطان مشكلة صحية في الجزائر مع مطلع الألفية، بُذلت جهودا لمكافحة من خلال استثمار موارد مالية كبيرة، بنى تحتية، معدات وموارد بشرية.

تمّ البدء في إنجاز هذا المخطط في مارس 2014 من قبل مختصين صحيين بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمعهد الوطني للصحة العمومية.

الهدف الرئيسي من هذه الخطة هو خفض معدل الإصابة والوفاة بالسرطان، تحسين جودة حياة المرضى من خلال تعزيز الوقاية والفحص، وتطوير فعالية الأساليب العلاجية التي تجد فيها الرعاية التلطيفية مكانا أكثر أهمية، مع ضمان المساواة في الحصول على الخدمات الصحية.

يرتكز هذا المخطط على 8 محاور:

تناول المحورين الأولين استراتيجيات تحسين طرق الوقاية والكشف عن بعض أنواع السرطانات، من خلال إصدار قوانين والتعاون مع مختلف القطاعات للحد من عوامل الخطر، وإطلاق حملات توعوية لرفع الوعي الصحي لدى الأفراد لدور هذا الأخير في تفادي عوامل الخطر، والتشخيص المبكر من خلال معرفة العلامات المنذرة والإسراع في إجراء الفحص.

في المحور الثالث سلط الضوء على تحسين تشخيص السرطان بإعطاء الأولوية لعلم الأمراض الخلوي الذي له أهمية كبيرة في التشخيص النهائي والدقيق للسرطان، تحديد نوع العلاج وفرص البقاء، رصد الأورام والبحث فيها. تتجسد هذه الأولوية من خلال رفع الموارد المالية لتدعيم المخابر بالمعدات اللازمة، مع تعزيز المهارات البشرية وتحسين الأداء وإعادة تنظيم المخابر وتوفيرها في المناطق المحرومة. أضف إلى ذلك إثراء الاختبارات البيولوجية

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

بإدخال أساليب جديدة خاصة بالسرطان كعلم الأحياء الجزيئي وعلم الوراثة التي هي في طليعة التقدم في هذه المجالات.

كما يعطي البرنامج أهمية كبيرة لضرورة تحسين خدمات التصوير الطبي، من خلال تدعيم الهياكل المرجعية بمعدات التصوير الطبي ذات الكمية والجودة اللازمتين، ووضع سياسة الصيانة الدورية. بالإضافة إلى تعزيز خدمات الطب النووي باقتناء المعدات اللازمة وتوفير أسرة الاستشفاء في أقسام الطب النووي.¹

تم التركيز في المحور الرابع على تنشيط علاج السرطان وتحسين رعاية المرضى: من خلال تنظيم اجتماعات استشارية متعددة التخصصات، تحسين خدمات جراحة السرطان، وخدمات طب الأورام.

بالنسبة للأطفال المصابين بالسرطان:

- توسيع قدرات الرعاية لمصالح طب أورام الأطفال من خلال إنشاء أقسام أورام الأطفال، مع منصة تقنية للعلاج الإشعاعي مخصصة للأطفال في المستشفيات (المناطق الشرقية والغربية والوسطى).

- تطوير والتحقق من صحة الأدلة العلاجية القياسية لأورام الأطفال.

- تعزيز الاندماج الاجتماعي للأطفال المرضى في المدارس وكذلك رعايتهم.

- تحسين إدارة الأورام الدموية الخبيثة من خلال:

* توفير خدمة أمراض الدم في كل مركز جديد لمكافحة السرطان مع إمكانية زرع النخاع في جميع المستشفيات الجديدة المخطط بناؤها للفترة 2015-2019.

* ضمان الإمداد المنتظم بالمضادات الحيوية وتحديث تسميات الأدوية بتسجيل المنتجات المصادق عليها للأورام الدموية الخبيثة.

* إعادة تنظيم دائرة طلب الأدوية وتوزيعها.

¹ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade**, op.cit, p.5-70.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

* تعزيز الزرع الذاتي (Autogrefe)، عن طريق إنشاء وحدات مخصصة للإنعاش الدموي ومجهزة بمعدات تشعيع خلايا الدم (العلاج الإشعاعي).

* تطوير الطعم الخيفي (Allogrefe) في المناطق الوسطى والشرقية.

* الرصد المنتظم للأطفال المصابين بسرطان الدم المعالجين في أقسام طب الأطفال.

* تحسين أداء العلاج الإشعاعي من خلال زيادة عدد المراكز أو أجهزة العلاج الإشعاعي، لتحقيق المعايير الكافية مع ضمان خدمة الصيانة لتحسين استخدام الآلات. تقصير مواعيد العلاج الإشعاعي من خلال استكمال المعدات وتعزيز الموظفين في مراكز مكافحة السرطان التي تم افتتاحها مؤخراً، وتسريع بدء تشغيل مراكز مكافحة السرطان قيد الإنشاء.

* تعزيز الرعاية التلطيفية.

تناول المحور الخامس تنظيم عملية توجيه، مرافقة ومتابعة المريض: لقد أولي الاهتمام إلى وحدات الاستماع والتوجيه المخصصة لتقديم الدعم النفسي للمرضى وأسرتهم، وتسهيل الوصول إلى مراكز التشخيص وعلاج السرطان.

خُصص المحور السادس لتطوير نظام المعلومات والاتصال في مجال السرطان: عبر تحسين المراقبة الوبائية للسرطانات من خلال تنسيق سجلات السرطان (Registre des tumeurs)، وتحسين المعلومات والتواصل حول السرطان.

جاء في المحور السابع تعزيز التكوين والأبحاث حول السرطان: ذلك من خلال تحسين تدريب جميع الجهات الفاعلة في سلسلة الرعاية في مجال علم الأورام وتطوير أبحاث السرطان.

المحور الثامن يتعلق بتعزيز القدرات التمويلية لرعاية مرضى السرطان: من خلال

تحسين وترشيد الموارد المالية المتاحة، تخصيص ميزانية لبرامج الوقاية والتدريب والبحث.¹

¹ Ibid, p.73-130.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

خلاصة:

أصبح من غير الممكن تجاهل العدد المتزايد لإصابة الأطفال بالسرطان في العالم، خاصة في البلدان النامية التي تسجل أعلى مستويات الوفاة. فأصبحت مكافحته تحتل مكان الصدارة في برنامج عمل منظمة الصحة العالمية التي تطرح كل عام، جنباً إلى جنب مع الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان، وسائل من المحتمل أن تقلل من عبء هذا المرض في كل مكان في العالم مع التركيز على البلدان النامية.

ترتكز مكافحة السرطان بصفة عامة على تطوير نظم الرصد، تعزيز الوصول العادل والميسور للخدمات الصحية، تشجيع البحوث والتعاون في مجال السرطان، وتدريب المهنيين وعاملِي الصحة على جميع مستويات النظم الصحية لضمان خدمات تشخيص وعلاج فعالة.

ولقد دعت منظمة الصحة العالمية إلى زيادة الأولوية الممنوحة لسرطان الأطفال من خلال زيادة التمويل المتاح والوعي على المستويين العالمي والوطني، وتوسيع قدرة البلدان على تقديم أفضل الممارسات في رعاية سرطان الأطفال.

لمواجهة العبء المتزايد للأمراض غير السارية على رأسها السرطان، تبنت الجزائر البرنامج العالمي لمكافحة الأمراض غير السارية، والتزمت بتنفيذ الاستراتيجية العالمية لمكافحة الأمراض غير السارية، وأكدت التزامها من خلال مشاركتها في الاجتماعات رفيعة المستوى للأمم المتحدة. تمخض عن هذا الالتزام الخطة الوطنية للسرطان، أين ألقى الضوء على تعزيز التشخيص المبكر لكل السرطانات، العلاج والرعاية الملطفة، كما تمّ التركيز على علاج سرطان الأطفال خاصة اللوكيميا وتوفير العلاج الإشعاعي وتقليل فترة الانتظار، كما تمّ التأكيد على أهمية متابعة مرضى السرطان وتحسين العلاج النفسي لهم، تطوير نظام رصد السرطان وتشجيع الأبحاث في هذا المجال.

الفصل الثالث: العبء المتنامي لسرطان الأطفال وسبل مواجهته

لكن بالرغم من هذه المساعي لتحسين التكفل بمرضى السرطان بصفة عامة والأطفال المصابين بالسرطان بصفة خاصة، لا يزال التشخيص المبكر لسرطان الطفل مشكلة أساسية. فما هي العوامل التي قد تؤدي إلى ذلك؟

وهذا ما سنحاول الإجابة عليه، من خلال الفصل الموالي أين سنتناول العوامل المؤثرة في التشخيص المبكر عن سرطان الطفل.

الفصل الرابع

العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن

إصابة الطفل بالسرطان

تمهيد

I. أهمية الوعي الصحي للأم في تدارك إصابة طفلها بالسرطان

1- الوعي الصحي والثقافة الصحية

2- التربية الصحية وسيلة لنشر الوعي الصحي

3- الوعي الصحي للأم وكيفية استجابتها لمرض طفلها

II. أثر المكانة الاجتماعية للأم في تدارك إصابة طفلها بالسرطان

1- التعليم

2- عمل الأم

3- الدخل

4- المكانة الاجتماعية للأسرة وكيفية استجابتها لمرض طفلها

III. دور الخدمات الصحية في تدارك إصابة الطفل بالسرطان

1- الرعاية الطبية والرعاية الصحية

2- أقسام الرعاية الطبية

3- مستويات الرعاية الطبية

4- أركان الخدمات الصحية الجيدة المؤثرة في الاستجابة لمرض الطفل

5- النظام الصحي في الجزائر وأولوية التكفل بمرض السرطان

خلاصة

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

تمهيد:

إنّ الجهود المبذولة لمكافحة سرطان الأطفال من تطوير أساليب التشخيص وإتاحته، وتطوير أساليب العلاج وزيادة فعاليتها، لا توتّي بثمارها إلاّ إذا تم طلب الرعاية الصحية في مرحلة يُفيد معها العلاج وإذا تمّ تقديم الرعاية بسرعة.

وحتى يتحقق ذلك، تلعب مجموعة من العوامل دورا بارزا في الكشف المبكر عن إصابة الأطفال بالسرطان. هذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل، مبيينين في قسمه الأول أهمية الوعي الصحي للأُم في تدارك إصابة الطفل بالسرطان قبل أن يصل إلى مراحل متقدمة. ونتناول في قسمه الثاني أثر المكانة الاجتماعية للأُم في ذلك من خلال مؤشراتنا المتمثلة في مستواها التعليمي، حالتها المهنية والدخل الأسري. أمّا القسم الأخير فخصصناه لإبراز دور الخدمات الصحية في الكشف عن سرطان الطفل.

1. أهمية الوعي الصحي للأُم في تدارك إصابة طفلها بالسرطان:

1- الوعي الصحي والثقافة الصحية:

تعني الثقافة الصحية اكتساب الأفراد المعلومات والبيانات والحقائق التي ترتبط بالصحة والمرض.¹ أمّا الوعي الصحي فيتعدّى حدود المعرفة والفهم، فهو اقتناع يكتسبه الأفراد بفضل التثقيف الصحي، يظهر من خلال ممارساتهم اتجاه صحتهم وصحة غيرهم.² بمعنى آخر، يخلق التثقيف الصحي الوعي الصحي وينمّيه، ويساعد الفرد على تمييز الأمور المتعلقة

¹ بهاء الدين إبراهيم سلامة، الصحة والتربية الصحية، القاهرة، دار الفكر العربي، 2007، ص.22.

² OMS, Note d'orientation 4 : Education sanitaire, op.cit, p.2.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

بصحته ومواجهتها مواجهة سليمة.¹ وعليه، الوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن نسعى إليه لا أن تبقى المعلومات الصحية كثافة فقط.

يتّضح نشر الوعي الصحي في المجتمع من خلال النقاط التالية:

- إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات المتصلة بالمستوى الصحي في مجتمعهم، وكذا الإلمام بالمشكلات الصحية والأمراض المنتشرة في مجتمعهم (أسبابها، أعراضها، طرق مكافحتها وغيرها).

- فهم أفراد المجتمع وتيقّنهم أنهم مسؤولون بالدرجة الأولى على المحافظة على صحتهم وحل مشاكلهم الصحية.

- تعرف أفراد المجتمع على الخدمات والمنشآت الصحية في مجتمعهم، وتفهم الغرض من إنشائها وكيفية الانتفاع بها بطريقة صحيحة ومجدية.

وسلوك الأفراد الصحي هو ما يدل على امتلاكهم وعيا صحيا، أي أنّ مظاهر الوعي الصحي هو السلوك الصحي.²

نستخلص إذن أنّ ليس كل من لديه ثقافة صحية حول الأمراض، أعراضها، مسبباتها وطرق مواجهتها يملك وعيا صحيا، حيث أنّ الوعي الصحي في هذه الحالة يظهر من خلال كيفية مواجهة هذه الأمراض.

¹ نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2003، ص.203.

² بهاء الدين إبراهيم سلامة، مرجع سبق ذكره، ص.23-24.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

2- التربية الصحية وسيلة لنشر الوعي الصحي:

يتم نشر الوعي الصحي من خلال التربية الصحية، التي هي عبارة عن عملية تزويد أفراد المجتمع بالمعلومات والإرشادات الصحية المتعلقة بصحتهم، وإكسابهم تفهما وتقديرا أفضل للخدمات الصحية المتاحة، والاستفادة منها على أكمل وجه، بغرض التأثير الفعال على اتجاهاتهم والعمل على تعديل وتطوير سلوكهم الصحي لرفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض، أو التقليل ما أمكن من مضاعفاته.

فالهدف من التربية الصحية هو تحقيق السعادة والرفاهية لأفراد المجتمع عن طريق الرقي بمستواهم الصحي، ذلك من خلال تنمية وعيهم الصحي.

يتم نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع، من خلال:

- العمل على تغيير مفاهيم الأفراد فيما يتعلق بالصحة والمرض ومحاولة أن تكون الصحة هدفا لكل منهم، يتوقف تحقيق ذلك على عدة عوامل من بينها النظم الاجتماعية القائمة، وكذلك على مستوى التعليم والحالة الاقتصادية لأفراد المجتمع.

- العمل على تغيير اتجاهات وسلوك وعادات الأفراد لتحسين مستوى صحة الفرد والأسرة والمجتمع بشكل عام كطرق التصرف في حالات الإصابات البسيطة وحالة المرض وجميع الأعمال التي يُشارك فيها كل أب وأم بطريقة إيجابية من أجل رفع المستوى الصحي للمجتمع.

- العمل على تنمية وإنجاح المشروعات الصحية في المجتمع، وذلك عن طريق تعاون الأفراد مع المسؤولين وتفهمهم للأهداف التي من أجلها تم إنشاء وتجهيز تلك المشروعات، ويتضح ذلك من خلال محافظتهم عليها والاستفادة منها في العلاج.

وتنقسم مجالات التربية الصحية وميادينها إلى:

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

- الصحة الشخصية: تتعلّق بتوعية الفرد بأهمية الصحة وكيفية المحافظة عليها.
- التربية الصحية في محيط الأسرة: تتعلّق بالدور الذي تلعبه الأسرة (الآباء والأمهات) في التربية الصحية للفرد من خلال غرس السلوكيات الصحية فيه منذ الصغر.
- التربية الصحية في محيط المدرسة: وهي عبارة عن كل ما يتعلّق بإمداد التلاميذ بالخبرات التعليمية والحقائق والمعلومات الصحية بقصد توسيع مداركهم والتأثير الطيب في سلوكهم وتصرفاتهم في مجال صحتهم.
- التربية الصحية في محيط المجتمع: تتعلّق بتهيئة المجتمعات فرصاً كثيرة للتربية الصحية لأفرادها، كالمنصّاح والإرشادات التي يُقدّمها القائمون على الخدمات الصحية بالمجتمع والبرامج الصحية التي تنظّمها الهيئات المسؤولة عن توجيه الأفراد.¹

3- الوعي الصحي للأُم وكيفية استجابتها لمرض طفلها:

إنّ الاستجابة للأعراض المرضية تختلف باختلاف الأشخاص، حيث تتباين إدراكاتهم لهذه الأعراض، وتتنوّع التقويمات التي يمنحونها لها، ومن ثمّ تختلف كيفية التعامل معها. فنجد بعض الأشخاص لا يمنحون الأعراض المرضية أية أهمية، بل ويحجمون عن السعي من أجل الرعاية الطبية، بينما يُسارع آخرون إلى الذهاب للطبيب واستشارته إثر ملاحظة أي عرض. هذا راجع إلى:

- الإدراك والاعتراف بالعلامات المرضية التي تمّت ملاحظتها.
- تقدير الجدية أو الخطورة التي تنطوي عليها الأعراض المرضية: يقوم على الفهم والمعرفة (المعلومات المتاحة)، بمعنى آخر التفسيرات التي يمكن وضعها للأعراض المرضية.

¹ نفس المرجع السابق، ص. 42-166.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

- معدل تكرار الأعراض المرضية واستمراريتها: غالبا ما تدفع الأعراض الدائمة أو المتكررة إلى استشارة الطبيب.

- مبلغ تسامح الأشخاص إزاء هذه الأعراض: غالبا ما تضطر الأعراض التي يتعدّر السيطرة عليها الشخص للتصرف السريع إزاءها، في المقابل يتم التسامح مع الأعراض المتعودّ عليها وهذا يدل على نقص الوعي.

- الحاجات الأساسية المؤدية إلى تجاهل الموقف أو الحاجات المتنافسة مع الاستجابات المرضية.¹

فوجود الأعراض ليس حالة كافية يبحث فيها الفرد عن المساعدة الطبية، فقد يحاول أولا تفسير الأعراض في ضوء خبراته الشخصية الماضية وفي ضوء توقعاته. وهناك الكثير من يلجؤون إلى العلاج التقليدي قبل الذهاب إلى الطبيب لأن اللجوء إلى الطبيب يعني الحل الأخير أو يشير إلى ظهور مشكلة صحية صعبت السيطرة عليها أو جهل التعامل معها.²

إذن فلكيفية تفسير أعراض المرض التي تقوم على الوعي الصحي والمعرفة الطبية تأثير في سلوك أم الطفل المصاب بالسرطان، فالأعراض الحادة كالآلام تُعتبر مرضا لذلك تستقطب مزيدا من الاهتمام وطلب الخدمة الطبية أكثر ممّا تناله الأعراض الأقل خطورة، لذلك فإنّ طلب للخدمة الصحية عند ظهور الأعراض الخفيفة مثلا غالبا ما يرتبط بالوعي الصحي أو بظروف اجتماعية واقتصادية.³

¹ محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط2، الأردن، دار المسيرة، 2012، ص.129-151.

² نادية محمد السيد، مرجع سبق ذكره، ص.162.

³ علي المكاوي، محمد الجوهري، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1996، ص.426-427.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

وعليه العامل الأول الذي يؤثر في الكشف المبكر عن إصابة الأطفال بالسرطان هو مستوى وعي أمهاتهم والأهمية التي يمنحها لصحة أطفالهن. عادة لا تدرك العديد من الأمهات أن بعض الأعراض المرضية الشائعة أو البسيطة يمكن أن تكون علامات على الإصابة بالسرطان. فالاتجاه الملحوظ، هو تغافلهم عن ظهور أعراض أمراض حميدة أو شائعة مما يؤدي إلى تأخير استشارة الطبيب الذي يُعتبر الوحيد القادر على تحديد المسبب الفعلي لهذه الأعراض وبالتالي تشخيص المرض في الوقت المناسب.

إن إجراء الفحوصات والتقييمات الطبية لتحديد أسباب الأعراض الملاحظة على غرار درجة خطورتها علامة على الشعور بالمسؤولية اتجاه صحة الطفل.¹

كما أنّ لارتفاع الوعي الصحي لدى المرضى عامة وأم الطفل المصاب بالسرطان بصفة خاصة الأثر المباشر في توجيه التشخيص والاستفسار عن طرق الفحص والعلاج. فازدياد الثقافة والمعرفة بالمادة الطبية يمكّنها من الفهم والاستيعاب ومناقشة الطبيب وحتى نقد العناية الطبية المقدمة لطفلها.²

II. أثر المكانة الاجتماعية للأم في تدارك إصابة طفلها بالسرطان:

إنّ المكانة الاجتماعية للأفراد التي تضم كل من التعليم، المهنة والدخل تؤثر في مستوى الوعي لديهم. ومن ثمّ فمن السهل أن نفهم أن الأفراد ذوي المكانة الاجتماعية المرتفعة، والذين من المرجح أن يكونوا حاصلين على درجة علمية عالية ويكسبون دخلاً مرتفعاً، يتمتعون بصحة أفضل من الأشخاص ذوي المكانة الاجتماعية المنخفضة. ففي كل مرة يرتقي فيها الفرد في السلم الاجتماعي، تزداد فرص نجاته من الوفاة المبكرة، وهذا يشمل المصابين

¹ American cancer society, *Global cancer facts & figures 3rd edition*, op.cit, p.12.

² نادية محمد السيد عمر، مرجع سبق ذكره، ص. 147-148.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة

الطفل بالسرطان

بالسرطان، الذين ترتفع فرص بقائهم على قيد الحياة أكثر بارتقائهم في السلم الاجتماعي.¹ فيما يلي سنتطرق إلى تأثير كل من التعليم، العمل والدخل في الكشف المبكر عن الاعتلالات الصحية للطفل منها السرطان.

1- التعليم:

يُعترف بتعليم الأم على نطاق واسع كعامل مُحدد قوي لفرص بقاء الأطفال على قيد الحياة.² فالتعليم يرفع من درجة الوعي الصحي لدى الأم ويؤثر على الأهمية التي تمنحها لصحة طفلها، حيث يلعب دورا مهما في مدى طلب الأم الخدمة الصحية عند ظهور العلامات المرضية والعودة إلى الطبيب في حال ملاحظتها عدم تحسن حالة طفلها.³ وبالتالي يُتيح للأم القدرة على مواجهة مختلف الاعتلالات التي تُصيب طفلها منها السرطان. ومن الملاحظ أنّ الأفراد الأقل تعليما يفتقرون للمعرفة بالمادة الطبية، وبالتالي هم أقل قدرة على تفهم أسباب المرض وأساليب التشخيص والعلاج، هذا فضلا عن الصعوبات التي غالبا ما تقابل الأميين أثناء تشخيص المرض منها:

- عدم القدرة على توضيح الحالة المرضية للطبيب بدقة.

- عدم القدرة على فهم ما يقوله الطبيب سواء ما يتعلّق منها بتشخيص المرض أو طرق علاجه.⁴

من هنا يظهر تأثير المستوى التعليمي في مرحلة الكشف المبكر عن الأمراض التي قد تُصيب طفلها منها السرطان، ذلك بإدراك الأعراض وإجراء الفحص، ومن جهة أخرى توجيه التشخيص

¹ Sara Willems et al, op.cit, p.25-28.

² Centre français sur la population et le développement, **Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo- Dioulasso**, Les dossier du CEPED n°48, France, 1998, p.3.

³ Mostéfa Khiati, **Regard sur la santé**, Alger, Ed. Dahlab, 1995, p.100-104.

⁴ نادية محمد السيد عمر، مرجع سبق ذكره، ص.209.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

من خلال إعطاء معلومات دقيقة عن التغيرات المرضية التي لاحظتها على طفلها، ومواجهة أخطاء التشخيص بفضل القدرة على الفهم والاستفسار عن تشخيص الطبيب وإعطاء الأهمية لمتابعة الحالة الصحية للطفل.

2- عمل الأم:

من الخصائص البارزة للمجتمعات المعاصرة الكفاح من أجل الانتقال إلى مكانة اجتماعية عالية من خلال تشجيع الأسر بناتها على إتمام تعليمهن والالتحاق بالعمل لرفع المستوى الاقتصادي. ولأنّ كفاح الرجل بمفرده قد لا يُحقّق الهدف المطلوب، بات من الضروري زيادة دخل الأسرة عن طريق التحاق الزوجة بالعمل.

فالتحاق المرأة بالعمل في المجتمعات غير حديثة أو البلدان النامية يكون غالباً للمساهمة في تحسين الأوضاع الاقتصادية، فعملها يؤدي إلى زيادة دخل الأسرة من جهة، لكن من جهة أخرى قد يجعلها تواجه صعوبات التوفيق بين متطلبات الحياة المهنية والأسرية بما فيها الاعتناء بالأطفال وصحتهم.¹

كما لوحظت فوارق بين الأفراد الذين يشغلون مهن مختلفة في كيفية تعاملهم مع الأمراض، وذلك راجع لعدة اعتبارات كالمستوى التعليمي والدخل.²

3- الدخل:

يلعب العامل الاقتصادي المتمثل أساساً في قيمة الدخل الشهري للأسرة دوراً أساسياً في مدى طلب الأم للخدمة الصحية لمعالجة الاعتلالات التي تظهر على طفلها.

¹ سناء الخولي، الأسرة والمجتمع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1992، ص. 352-357.

² عبد المجيد الشاعر وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 145.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

مقارنة بالأسر ذات الدخل المرتفع، لا تهتم كثيرا تلك التي دخلها منخفض بطلب الخدمة الصحية،¹ فأول ما يواجه الأسرة عند اعتلال صحة الطفل هو التكاليف المادية للتشخيص والعلاج التي يمكن أن تتجاوز طاقة الأسرة المادية. وعليه، انخفاض دخل الأسرة يؤدي إلى عدم القدرة على إتاحة الرعاية الطبية للطفل وتشخيص مرضه، حيث يُحدّد الوضع الاقتصادي للأسرة إمكانيات الإفادة من سبل التشخيص والعلاج، كما أنه يحدد مصادر الخدمة الصحية ونوعيتها كالقدرة على الحصول على خدمات متخصصة.²

وفي هذا الصدد، لقد أثبت أنّ إتاحة الخدمات الصحية المتخصصة له دور في تقليص المدة المُستغرقة في تشخيص سرطان الطفل.³

4- المكانة الاجتماعية للأم وكيفية استجابتها لمرض طفلها:

إنّ الاستجابة للمرض تتحدد في ضوء الوضع الاجتماعي والاقتصادي لأم الطفل. فالوضع الاجتماعي يحدد سلوك الأم واستجابتها للمرض، على حين يحدد الوضع الاقتصادي إمكانية الحصول على الرعاية الطبية. فلقد تبيّن أنّ أصحاب المكانة الاجتماعية المرتفعة أكثر ميلا إلى تفسير الأعراض كمؤشر للمرض وبالتالي هم أكثر شُغفا بالبحث عن الخدمة الصحية. في المقابل، يقل الاهتمام بالرعاية الطبية كلّما انخفضت المكانة الاجتماعية.⁴

وهذا ما أكّده نتائج مسح بارومتر الصحة لعام 2000 الذي أجرته لجنة التعليم الفرنسية. إذ تبيّن أنّ الاستعانة بالمهنيين الصحيين يختلف باختلاف مستوى التعليم أو الدخل. كما أظهرت نتائج دراسة استقصائية أجريت في فرنسا حول الصحة والحماية الاجتماعية، أن طرق الحصول

¹ بهاء الدين إبراهيم سلامة، مرجع سبق ذكره، ص. 239.

² علي المكاوي، محمد الجوهري، مرجع سبق ذكره، ص. 434-407.

³ Jean François Brasme, op.cit, p.53.

⁴ علي المكاوي، محمد الجوهري، مرجع سبق ذكره، ص. 434-451.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة

الطفل بالسرطان

على الرعاية ونوع الرعاية المستهلكة تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية للأفراد. فمع تقدمنا في التسلسل الهرمي الاجتماعي، يتم توفير الرعاية بشكل متزايد من قبل الأطباء المتخصصين.¹

لهذا يجب أن نضيف أن الانتماء الاجتماعي والاقتصادي للفرد أو أسرته هو عامل حاسم في علاج بعض الأمراض، بما في ذلك السرطان. إن فرص النجاة بعد الإصابة بالسرطان هي في الواقع أكثر ملاءمة لمن هم في قمة السلم الاجتماعي، حيث يتم تشخيص الأمراض في وقت مبكر من قبل الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا. في المقابل، يجد المرضى الذين ينتمون إلى فئات اجتماعية واقتصادية محرومة صعوبة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية.²

علاوة على ذلك، غالبا ما يؤدي نقص المعلومات والموارد المحدودة ألا يرى الأفراد أخصائي صحة إلا عندما تزداد مشكلتهم الصحية أو لأطفالهم سوءا.

III. دور الخدمات الصحية في تدارك إصابة الطفل بالسرطان:

1- الرعاية الطبية والرعاية الصحية:

يُطلق على الخدمة الصحية أيضا الرعاية الطبية، وتشمل هذه الأخيرة كل الخدمات التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من أفراد المجتمع، فهي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاج وحسن

¹ Jean Pascal, Hélène Abbey- Huguenin, Pierre Lombrail, « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », **Lien social et politiques**, n°55, 2006, p.115-124.

² Sara Willems et al, op.cit, p.29.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

معاملة القوى العاملة الطبية له لتُساعد على استعادة صحته، وتوجيه الخدمة الاجتماعية لتذليل أية مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخل المستشفى أو خارجه.

الفرق بين الرعاية الطبية والرعاية الصحية يكمن في كون الأولى موجهة إلى الفرد الواحد، بينما الثانية موجهة إلى المجموع بقصد رفع مستواهم الصحي عموماً، أو مقاومة انتشار الأمراض بينهم أو ما شابه ذلك.

ومن ذلك نرى أنّ أي خدمة مباشرة موجهة إلى الفرد تعتبر من خدمات الرعاية الطبية حتى لو كانت في الأصل وقائية، فمثلاً إذا توجهت الأم إلى مستشفى أو عيادة خاصة لتحسين طفلها ضد مرض ما، فإنّ هذه الخدمة تدخل في نطاق الرعاية الطبية (الخدمة الصحية). أمّا إذا قامت وزارة الصحة بحملة شاملة لتبصير الناس بضرورة تحصين أطفالهم، فإنّ هذه الخدمة تدخل في نطاق الرعاية الصحية للمجتمع.¹

2- أقسام الرعاية الطبية:

يمكن تقسيم خدمات الرعاية الطبية إلى:

- خدمات مباشرة وهي التي يقوم بها الطبيب بنفسه مثل تشخيص المرض وعلاجه.
- خدمات غير مباشرة: وهي الخدمات التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير الطبيب، وتشمل خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية وخدمات حفظ السجلات الطبية والشؤون المالية والإدارية المتعلقة بالخدمات.

ويمكن تقسيمها أيضاً إلى:

¹ عبد المجيد الشاعر وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 90-91.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

- خدمات فردية: أي يستفيد منها شخص واحد دون أن تكون له علاقة بأية جهة أو مؤسسة أو نظام طبي معيّن، كأن يتوجه شخص مريض إلى إحدى العيادات ويحصل على المعالجة الطبية.

- خدمات جماعية أو منظمة: أي يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون لمؤسسة واحدة أو نظام واحد وفق إجراءات وقواعد محددة، مثل الخدمات التي تقدمها الشركات والمؤسسات لعمالها وموظفيها، سواء كان عن طريق تعيين طبيب متفرغ في تلك المؤسسة، أو التعاقد مع أطباء ومستشفيات لمعالجة مستخدمي تلك المؤسسة وفق اتفاق معيّن.¹

3- مستويات الرعاية الطبية:

يختلف تنظيم خدمات الرعاية الطبية التي يوفرها النظام الصحي تبعاً لمدى الخدمات المقدمة ودرجة تعقيدها والمدخل المحدد للفرد للدخول للنظام الصحي عند حاجته للخدمة ونظام تحويل المرضى من مستوى إلى آخر داخل النظام الصحي. إلا أنّ هناك أربعة مستويات أساسية للرعاية الطبية في أي برنامج منظم وجيد للرعاية الطبية تتمثل في:

3-1- خدمات الرعاية الأولية:

يتم تقديم هذه الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات، وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى الذين يطلبون الخدمة، حيث يقوم الطبيب العام بتقييم الحالات المرضية وعلاجها بالقدر الذي ينسجم مع معارفه ومهاراته، ومع التشريعات واللوائح التي تبين حدود ممارسته ومن ثمّ يقوم بتحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات رعاية من مستوى

¹ نفس المرجع السابق، ص. 91-92.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

أعلى إلى المستوى الذي يليه. ويُعتبر الطبيب العام مسؤولاً عن تنسيق عملية معالجة هذه الحالات مع مستوى الرعاية الأعلى.¹

3-2- خدمات الرعاية الثانوية:

وهي خدمات متوسطة أو ما يُعرف بخدمات الأخصائيين العاميين مثل أخصائيي، الجراحة العامة، أخصائي الأطفال، أطباء المختبر والأشعة وغيرهم، حيث يتم التعامل مع الحالات المرضية المُحوّلة من الطبيب العام في المستوى الأول. يُجرى تقديم خدمات الرعاية الطبية هنا من خلال العيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية في المستشفى.²

3-3- خدمات الرعاية الثلاثية:

هي خدمات على درجة عالية من التخصص الدقيق مثل خدمات أمراض وجراحة الأعصاب، أمراض وجراحة القلب وغيرها من التخصصات الدقيقة، عادة ما يتم التعامل في هذا المستوى مع حالات مختارة ومُحوّلة من قبل الأطباء الأخصائيين في الرعاية الثانوية.³

3-4- خدمات الرعاية الوطنية (الخدمات الممتازة):

تشمل خدمات كبار الأطباء والمستشارين من ذوي التخصصات العالية والخبرات العملية والمهارات المتميزة والتوجهات العلمية والبحثية. عادة ما يتم توفير هذه الخدمات من خلال مراكز صحية على المستوى الوطني أو الإقليمي نظراً لكون هذه الخدمات تُطلب من قبل عدد محدود من السكان إضافة إلى تكلفتها العالية بالقياس مع خدمات المستويات الأخرى. تقدّم

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص.73.

² نفس المرجع السابق، ص.74.

³ نفس المرجع السابق، ص.74.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

مثل هذه المراكز الوطنية خدمات رعاية من الدرجة الممتازة بالإضافة إلى القيام بمهام البحث العلمي.¹

4- أركان الخدمات الصحية الجيدة المؤثرة في الاستجابة لمرض الطفل:

هنالك ستة أركان أساسية تركز عليها جودة الرعاية الطبية والمتمثلة في:

- تواجد الخدمات: يشير إلى الكفاية الكمية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد، يُقاس تواجد الخدمة عادة بمفاهيم كمية على شكل نسب بين عدد السكان في منطقة الخدمة وعدد المؤسسات والعناصر البشرية المهنية التي تقدم الخدمات لهؤلاء السكان في المنطقة المحددة (نسبة عدد الأطباء، الممرضات، الصيادلة وغيرهم لكل 1000 ن من السكان، ونسبة عدد السكان لكل مركز صحي ومستشفى).

- سهولة منال الخدمة: يشير إلى المدى المتوقع لاستعمال الأفراد للخدمات الموجودة مع الأخذ بعين الاعتبار العوائق التي تحد من استعمالهم لها. ولضمان سهولة المنال الجيدة للخدمات المتوفرة، لا بد من:

* مراعاة توفير الخدمات في أماكن تواجد الأفراد حيثما أمكن ذلك وبالكم الكافي لتلبية الاحتياج.
* ضمان وصول كل فرد إلى الخدمة واستعماله لها والانتفاع بها في الزمان والمكان الصحيح وتبعا لحاجته الفعلية لها.

* إزالة أي عوائق قد تحد من وصول الفرد للخدمة والانتفاع بها، سواء كانت العوائق التنظيمية التي تؤدي إلى عدم معرفة الفرد للمكان الصحيح الذي يتوجب عليه التوجه إليه للحصول على الخدمة ومن هو مُزوّد الخدمة الأفضل لتلبية حاجته الصحية، مما ينتج عنه تأخر الفرد وإهماله

¹ نفس المرجع السابق، ص.74.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

طلب الخدمة وتشخيص حالته، أو غيرها من العوائق، خاصة العائق المالي الذي يحول دون استعمال الكثيرين من الأفراد للخدمة والانتفاع بها. سيما وأن تكلفة الرعاية الطبية الحديثة مرتفعة وتخرج عن حدود المقدرة المالية للغالبية العظمى من الأفراد مما يجعلها امتيازاً للقلة.

- شمولية الرعاية: وذلك بتوفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة التي تقدم ذكرها، بحيث تغطي هذه الخدمات المدى الكامل للرعاية الطبية، ويشمل ذلك خدمات ترقية الصحة، خدمات الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها، خدمات التشخيص والعلاج أضف إلى ذلك خدمات التأهيل الاجتماعي.

- استمرارية الرعاية: يشير إلى المدى الذي يتم معه تلقّي المريض لخدمات الرعاية الطبية بشكل منسق وبتتابع مستمر بما ينسجم مع حاجة المريض للرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة.

- كفاءة الخدمة: يشير إلى حسن تنظيم الموارد المتاحة للقطاع الصحي واستخدامها بشكل أمثل لتحقيق الأهداف المحددة.

- جودة الخدمات: يشكل هذا الركن جوهر الرعاية الطبية الجيدة، وله جانبين: فنية الرعاية أو الجانب المعرفي والتكنولوجي ويمثل الكفاءة المهنية لمزوّد الخدمات الطبية ويشمل ذلك الكفاءة العلمية والعملية والمهارات التي يتمتع بها المهنيين الصحيين. وفن الرعاية أو الجانب السلوكي ويشير إلى سلوكيات مُقدمي الخدمات الطبية وكيفية تعاملهم مع المريض.¹

إنّ توفير رعاية طبية جيدة يؤثر في الكشف المبكر عن الأمراض ومعالجتها، فتتنظيم وتنسيق خدمات الرعاية الطبية يؤدي إلى حصول الفرد على الخدمة الصحية المناسبة بكل

¹ نفس المرجع السابق، ص. 75-81.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

سهولة، مما يُحفزه على إجراء الفحص الطبي وبالتالي تشخيص الحالة المرضية في أوارها الأولى.

كما أنّ تعامل مقدمي الخدمات الطبية مع المريض بالشكل المناسب وتقديم الاهتمام الكافي له من العوامل التي تُحفزه على طلب الخدمة والانتفاع بها.

أما عدم توفر الخدمة الصحية بالكم الكافي أو عدم توفر بعضها في كل الأوقات، أو سوء توزيعها بين المناطق الجغرافية وعدم توفر الطرق ووسائل المواصلات المناسبة للوصول إلى المنشآت التي تقدمها تؤدي إلى عدم تمكن الفرد من الوصول إليها والانتفاع بها.

كما تُثني التكلفة المرتفعة للخدمات الصحية الأفراد الذين لا يقدرّون على نفقاتها عن طلبهم لها.¹

هذا فضلا عن نقص الكفاءة الطبية والإهمال اللذان يؤديان إلى عدم التقييم الصحيح للحالة المرضية وإغفال الكشف عن الاعتلالات الخطيرة كالسرطان.²

نستخلص إذن أنّ توافر الخدمات الصحية، سهولة الحصول عليها وجودتها من العناصر المؤثرة في طلب الرعاية الطبية، ذلك من خلال تشجيع استخدام المرضى لهذه الخدمات، حيث يميلون أكثر إلى طلب الرعاية إذا كانوا متأكدين من أن الخدمات ستكون متاحة عند وصولهم.³

5- النظام الصحي في الجزائر وأولوية التكفل بمرض السرطان:

النظام الصحي هو مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معا لضمان وتوفير أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع

¹ نفس المرجع السابق، ص.76-82.

² Ministère de la Santé, Office National de la Population, op.cit, p.49.

³ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie & Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) 2012-2013, Sénégal, 2013, p.9.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

والمحافظة عليه وترقيته باستمرار على ضوء ما يتوافر له من إمكانيات وموارد، لبلوغ ذلك لابد للنظام الصحي من القيام بوظيفتين رئيسيتين:

1- ضمان تقديم خدمات صحية نوعية للأفراد، وضمان توفرها في أماكن تواجدهم حيثما أمكن ذلك، بشكل تكون معه هذه الخدمات ميسورة وفي متناول طالبيها ومحتاجيها دون أية عوائق تحد من الوصول إليها.

2- التركيز على إنقاص معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع. وعلى المستوى الفردي تقوم وحدات تقديم الخدمات العلاجية بهذه المهمة من خلال ما تقدمه من خدمات الرعاية الطبية للأفراد والمجموعات التي تقد إلى هذه المؤسسات طلبا للخدمة الصحية.¹

إذا نظرنا إلى الموارد البشرية للنظام الصحي، نجد أنّ الجزائر تتميز بكثافة طبية لا تقل عن طبيب واحد لأقل من 600 نسمة في جميع أنحاء البلاد.² ووفقا لآخر إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، قُدّر عدد الطاقم الطبي في سنة 2018 في القطاع العام بـ 52686، منهم 18248 أطباء مختصون، و25605 أطباء عموميون، فيما يخص عدد أطباء الأسنان العاملين في القطاع العام يقدر بـ 6767 وعدد الصيادلة العاملين لدى القطاع العام 2066. أمّا العاملين في الشبه الطبي فقد بلغ عددهم 137707.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص.54.

² Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Plan national cancer**, op.cit, p.25-28.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

فيما يخص الطاقم الطبي الذي ينشط في القطاع الخاص، فقد بلغ في نفس السنة المذكور أنفا 42034 منهم 14141 طبيب مختص، 9226 أطباء عموميون و7936 أطباء أسنان و10731 صيدلي.¹

من حيث البنى التحتية، تتميز الجزائر بشبكة متنوعة من المؤسسات الصحية العمومية من غرف العلاج إلى المستشفيات الجامعية، وهذا حسب ما يبينه الجدول الموالي:

الجدول رقم 07: الهياكل الصحية العمومية في الجزائر سنة 2018

الهيكل الصحية	العدد	عدد الأسرة
المؤسسات الاستشفائية العمومية	206	38200
المؤسسات الاستشفائية الجامعية	01	1087
المراكز الاستشفائية الجامعية	15	12671
المؤسسات الاستشفائية المتخصصة	79	12424
المؤسسات الاستشفائية	09	1325
مراكز الصحة الجوارية	273	7531

تم بناء الجدول بالاعتماد على المصدر:

MSPRH, direction des études et de la planification, **Santé en chiffres année 2018**, Alger, 2019, p.10-11.

يضمن القطاع العام تقديم الرعاية الأولية، التكفل بالحالات المستعجلة، تقديم الرعاية المتخصصة والوقاية. بالرغم من توزيع هذه الهياكل الصحية العمومية في كل الوطن، إلا أنّ مناطق الهضاب العليا والجنوب تبقى مهمشة خاصة فيما يخص تقديم الرعاية المتخصصة.²

¹ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, direction des études et de la planification, **Santé en chiffres année 2018**, Alger, 2019, p.19-25.

² Conseil de la nation, **Journée parlementaire sur la santé**, Alger, 2010, p.8.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

فيما عدا مراكز الصحة الجوارية، قد يتم التكفل بمرضى السرطان من حيث التشخيص والعلاج في مختلف الهياكل الصحية المبيّنة في الجدول (07)، إلاّ العلاج الإشعاعي الذي يتم في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.¹

شهد القطاع الخاص نموا كبيرا، لكن بطريقة فوضوية إلى حد ما، مرتكز عموما بأقصى شمال البلاد.² تمّ إحصاء سنة 2018 الهياكل الصحية المبيّنة في الجدول الموالي:

الجدول رقم 08: الهياكل الصحية في القطاع الخاص بالجزائر سنة 2018

العدد	الهياكل الصحية
279	العيادات الطبية الجراحية
42	عيادات طبية
48	عيادات التشخيص
10620	عيادات الفحص المختصة
8347	عيادات الفحص العامّة
7526	عيادات جراحة الأسنان
938	عيادات جماعية
162	مراكز غسل الكلى
10700	الصيدليات

تم بناء الجدول بالاعتماد على المصدر:

MSPRH, direction des études et de la planification, **Santé en chiffres année 2018**, Alger, 2019, p.13.

من خلال الأرقام الواردة سابقا، يتبين أنّ المشكلة التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر ليست مشكلة تتعلّق بنقص الموارد البشرية والهياكل الصحية، كما أنها لا تتعلّق بالدفع المالي حيث أنّ الميزانية المخصصة لقطاع الصحة تشهد ارتفاعا متواصلا، وإنما المشكلة التي يعاني

¹ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Plan national cancer**, op.cit, p.24-28.

² Conseil de la nation, op.cit, p.8.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

منها القطاع الصحي في الجزائر هي مشكلة تتعلق بنوعية التنظيم وسوء التسيير، والتوزيع غير المتساوي للخدمات الصحية خاصة المتخصصة بين مختلف مناطق الوطن مما يسبب عدم تكافؤ الفرص في الحصول عليها. أضف إلى ذلك انخفاض جودة التعليم الطبي في الجزائر (ارتفاع كبير في عدد الأطباء على حساب جودة التكوين الطبي).¹

فيما يتعلق بالخدمات الصحية التي تلعب دورا محوريا في تشخيص السرطان، تبين معطيات الجدول رقم (09)، أنّ عدد المصالح التي تتكفل بتشخيص سرطان الدم يبلغ 43 مصلحة و 24 وحدة تسمى (Service ou unité d'hématologie)، نحصي 77 مصلحة و 4 وحدات لعلم التشريح المرضي التي تقوم بالفحص التشريحي للخزعة ما يسمى (Examen anatomopathologique) أو ما يُعرف اختصارا بـ (Examen anapath) الذي له دور في التشخيص النهائي للسرطان وتحديد العلاج. كما هناك نقص كبير في مؤسسات الطب النووي التي لا يتجاوز عددها على المستوى الوطني 11.²

إنّ الخدمة الصحية التشخيصية المقدمة لا تغطي الطلب عليها نتيجة العدد المتزايد لحالات السرطان مما يخلق الاكتظاظ وطول المواعيد.

ينتج عن المرض السرطاني طلب على الرعاية التي تتطلب موارد ثقيلة، خاصة المستشفى، فبمجرد إجراء التشخيص وإجراء العلاجات الأولى، يظل المريض معتمدا بشكل كبير على المستشفى.³ في هذا الصدد نشير إلى أنّ عدد المصالح المخصصة لعلاج الأطفال المصابين بالسرطان (مصالح طب الأطفال) لا يتجاوز 5. ولأنّ عدد الأسرة بها غير كاف لاستيعاب

¹ Mostéfa Khiati, op.cit, p.2-195.

² Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, direction des infrastructures de santé, sans titre, Alger, 2019, sans page.

³ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Plan national cancer**, op.cit, p.32.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

الأطفال المصابين، يتم التكفل بعلاج الأطفال في مصالحي طب الأطفال أو مصالحي أخرى إلا أن الأطفال المصابين بالسرطان لا يجدون مكانا حيث هذه المصالحي لا تعالج فقط السرطان. إن عدم تخصيص العدد الكافي من الأسرة لمعالجة الأطفال يدل على الإهمال وسوء التنظيم.¹ كما تشهد مؤسسات العلاج الإشعاعي للسرطان نقص كبير حيث لا يتجاوز عددها على المستوى الوطني 12، هذا ما يسبب الاكتظاظ وطول المواعيد وهذا ما يخلق صعوبات أمام المرضى للحصول على العلاج الإشعاعي.

الجدول رقم 09: هياكل تشخيص وعلاج سرطان الأطفال في القطاع العام بالجزائر سنة 2019

الاختصاص	نوع الهيكل	العدد	عدد الأسرة
أمراض الدم	مصلحة	24	613
	وحدة	43	/
علم الأمراض التشريحي	مصلحة	77	/
	وحدة	4	/
الطب النووي	مؤسسة	11	16
	مخبر	1	/
طب الأورام	مصلحة	42 (5 خاصة بالأطفال)	1247
	وحدة	77	/
العلاج الإشعاعي	مؤسسة	12	402
	وحدة	1	/

تم بناء الجدول بالاعتماد على المصدر:

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, direction des infrastructures de santé, sans titre, Alger, 2019, sans page.

¹ Mostéfa Khiati, op.cit, p.151.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

تُسفر هذه البيانات عن عجز النظام الصحي عن مواجهة الانتشار الهائل للأمراض باهظة التكلفة كالسرطان الذي تتطلب مواجهته توفير طاقات بشرية متخصصة ومعدات ثقيلة. نتيجة هذا العجز، تسجل الجزائر انخفاض معدلات بقاء المصابين بالسرطان بعد 5 سنوات من الإصابة.¹

إنّ نقص البنية التحتية الصحية المتخصصة مع قدرة استشفاء منخفضة لاستيعاب جميع الأطفال المصابين بالسرطان الذين يزدادون بشكل مُطرد من سنة إلى أخرى، يقضي على فرص الشفاء، لأنه في هذه الحالة، ينتهي الأمر بالعديد من الأطفال المرضى على قائمة الانتظار، وفي هذه الأثناء يتطور الورم أو حتى ينتقل في بعض الحالات ويصبح الشفاء صعباً.

إنّ هذه الأرقام تعكس الواقع الذي يمر به الأطفال المصابين بالسرطان في الجزائر والعراقيل المواجهة خلال المسار التشخيصي والعلاجي للمرض، وهذا ما يُفسر ارتفاع عدد حالات الوفاة وبالتالي انخفاض معدلات البقاء مقارنة بالدول المتقدمة.

خلاصة:

على الرغم من التطور الطبي والتكنولوجي لتشخيص وعلاج السرطان إلاّ أنّه يعدّ سبباً مهماً للوفاة عند الأطفال خاصة في البلدان منخفضة الدخل. وقد فسّر ذلك بعدم إتاحة العلاج المناسب والفعال مع التأخير في تشخيص الحالات المرضية والذي يعود بدوره إلى عدة عوامل، مثل الوعي الصحي للأم الذي يُتيح لها اتخاذ خيارات أفضل فيما يتعلق بصحة أطفالها خاصة في حالة الإصابة بمرض السرطان. إنّ الوعي بضرورة إجراء فحص طبي لتحديد سبب

¹ Conseil de la nation, op.cit, p. 18-34.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان

الأعراض الملحوظة بغض النظر عن شدتها يُعد خطوة من أجل تشخيص السرطان في الوقت المناسب.

كما أنّ للمكانة الاجتماعية للأسرة تأثير في التشخيص المبكر عن سرطان الأطفال من خلال التعليم، العمل والدخل. تُعزز المكانة الاجتماعية المرتفعة الوصول إلى المعلومات المتعلقة بصحة الطفل، واللجوء إلى الرعاية الصحية، وتجعل من الممكن تجاوز عراقيل الحصول عليها، بل وتمكن الحصول على خدمات صحية ترقى إلى مستوى تطلعات مستخدميها، هذا الوصول الذي ينطوي على العديد من الحواجز بالنسبة للمرضى الذين يعانون من حالة اجتماعية واقتصادية منخفضة.

بالإضافة إلى جميع العوامل المذكورة أعلاه، فإن توفير الخدمات الصحية الجيدة له دور مهم للغاية، ليس فقط في التشخيص المبكر لسرطان الأطفال، وإنما أيضا في علاج المرض. ذلك من خلال ضمان توافر البنية التحتية الصحية المتخصصة مع المعدات اللازمة والعاملين الطبيين المؤهلين من أجل تقديم تشخيص دقيق وسريع للمرض، وضمان شفاء الطفل المصاب بالسرطان عن طريق ضمان الرعاية المناسبة ذات جودة من خلال تطبيق العلاج الفعال.

لكن واقع القطاع الصحي في الجزائر يفرض خاصة على الفئات المحرومة مجموعة من العراقيل للوصول إلى التشخيص الدقيق والسريع بأقل تكلفة والحصول على العلاج الفعال في الوقت المناسب.



الباب الثاني
الدراسة الميدانية

الفصل الخامس

الخصائص العامة لوحدات العينة

تمهيد

١. خصائص الأطفال المصابين بالسرطان وكيفية اكتشاف إصابتهم
٢. الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطفل
٣. الخصائص المتعلقة بالخدمات الصحية

الاستنتاج

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

تمهيد:

بعد انتهائنا من ملء الاستمارات وتفرغ البيانات المُجمّعة بالاستعانة بنظام الـ SPSS، وقبل تقديم الجداول الخاصة بتحليل فرضيات البحث، لا بُدّ في بادئ الأمر إعطاء صورة عامة حول مميزات وحدات العينة التي قام البحث عليها.

لهذا الغرض، سنقوم في هذا الفصل بتقديم تحليل بسيط لمجموعة من الجداول والأشكال البيانية الخاصة بمتغيرات تتمثل في سن الطفل، جنسه، السرطانات الأكثر انتشارا بين أفراد العينة، كيفية الكشف عنها والمرحلة التي اكتشفت فيها.

ثمّ سنقوم بعد ذلك بالتركيز على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطفل المصاب بالسرطان، المتمثلة في المستوى التعليمي للأم، حالتها المهنية ونوع مهنتها، مصادر دخل الأسرة ومقدار هذا الأخير وغيرها.

في الأخير سنلقي الضوء على مدى توفر الخدمات الصحية في مكان إقامة أسرة الطفل المصاب وسهولة الحصول عليها، المنشآت الصحية المتوفرة، قطاع الفحص، الطبيب الفاحص وكذا الصعوبات المواجهة عند القيام بالفحوصات اللازمة لتشخيص وتأكيد إصابة الطفل بالسرطان.

وعليه، سيتمحور هذا الفصل في ثلاثة (3) نقاط:

✓ مميزات متعلقة بالطفل وكيفية اكتشاف إصابته

✓ الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأم الطفل وأسرته

✓ مميزات تتعلق بالخدمات الصحية

كما عمدنا في التحليل إلى توظيف مقاييس النزعة المركزية التي تتماشى مع نوع المتغير والتي تمثلت عموما في المتوسط الحسابي، المنوال والانحراف المعياري.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

أ. خصائص الأطفال المصابين بالسرطان وكيفية اكتشاف إصابتهم:

الجدول رقم 10: توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	ك	%
[أقل من سنة]	13	4.3
[1-4 سنوات]	114	37.7
[5-9 سنوات]	95	31.5
[10-14 سنة]	80	26.5
المجموع	302	100

تبين أرقام الجدول الممثل لتوزيع الأطفال حسب السن أنّ الفئة المنوالية لهذا التوزيع تتمثل في فئة الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 1-4 سنوات وذلك بنسبة 37.7%، تليها الفئة العمرية 5-9 سنوات بنسبة 31.5%، ثمّ فئة العمرية 10-14 سنة بنسبة 26.5%، فالفئة العمرية أقل من سنة بنسبة 4.3%. وعليه بلغ متوسط السن 2.8 سنوات وانحراف معياري قدر بـ 0.88.

الجدول رقم 11: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

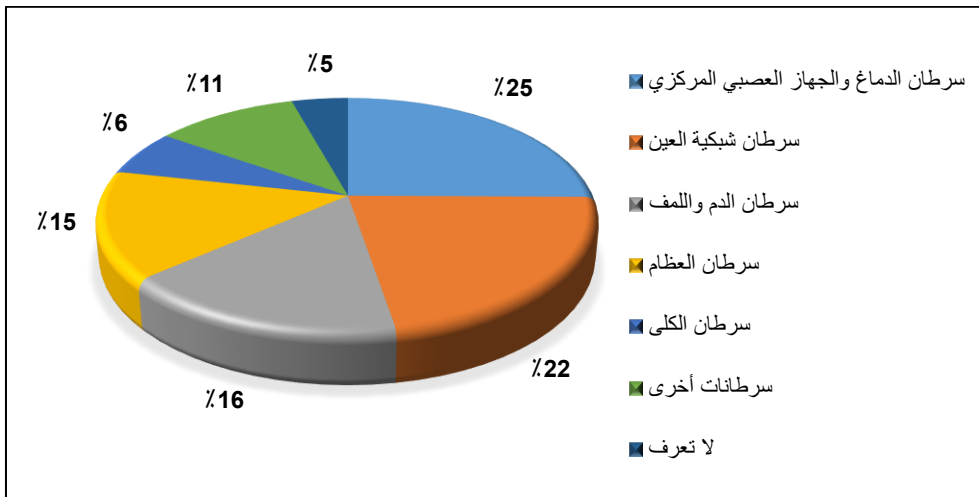
الجنس	ك	%
ذكور	148	49.0
إناث	154	51.0
المجموع	302	100

تشير معطيات الجدول أعلاه إلى توزيع الأطفال حسب الجنس بالتساوي تقريبا، فاشتملت عينة البحث على 51% إناث مقابل 49% ذكور، أي ما يعادل 0.9 ذكر لكل أنثى.

ولإبراز ماهية السرطانات الأكثر انتشارا بين أفراد عينة البحث، نستعين بالشكل البياني الموالي:

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

الشكل رقم 04: دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع الإصابة بالسرطان



يظهر لنا من خلال المعطيات المبينة في الشكل رقم (04) أنّ سرطان الدماغ والجهاز العصبي المركزي الذي أصاب ربع الأطفال يُعد أكثر أنواع السرطانات انتشاراً بين أفراد العينة، يليه سرطان شبكية العين بنسبة قُدرت بـ 22%، ثمّ كل من سرطان الدم والجهاز اللمفاوي وسرطان العظام بنسب متقاربة قُدرت بـ 16% و 15% على التوالي، فنسبة مُقدرة بـ 6% تمثل الأطفال الذين أُصيبوا بسرطان الكلى.

تجدر الإشارة إلى أنّ 11% من أفراد العينة أُصيبوا بسرطانات أخرى تمثلت في كل من سرطان الكبد، الساركوما العضلية المخططة والورم الأرومي العصبي.

هذه السرطانات لم يتم الكشف عنها بنفس الطريقة، بل من خلال ظهور أعراض تختلف حسب نوع السرطان وطبيعته (عدواني/ غير عدواني)، كما أنّ هناك أنواع مختلفة من السرطانات من تشترك في نفس الأعراض، بل وقد نجد أنّ نفس السرطان يتم الكشف عنه من خلال أعراض تختلف من طفل لآخر حسب موقع الإصابة، سن الطفل وغيرها.¹

¹ Jean François Brasme, *Délais diagnostiques des cancers de l'enfant : Distribution, déterminants et conséquences*, op.cit, p.16.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

في العموم قد تعلن سرطانات الأطفال عن وجودها من خلال ظهور أعراض حادة، ومنها من تكون أعراضها مضللة تشبه أعراض أمراض الطفولة الشائعة، أو قد تكون خفيفة لا تؤثر على حالة الطفل بسرعة. لمعرفة ماهية الأعراض التي لاحظتها الأم على طفلها، نستعين بالجدول الموالي:

جدول رقم 12: توزيع أفراد العينة حسب أعراض المرض الملاحظة

أعراض المرض الملاحظة	ك	%
أعراض حادة*	148	49.0
أعراض خفيفة**	93	30.8
أعراض أمراض شائعة***	61	20.2
المجموع	302	100

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أنّ ما يُقارب نصف عدد أمهات الأطفال المصابين بالسرطان لاحظن ظهور أعراض حادة وذلك بنسبة 49%، مقابل 30.8% لاحظن ظهور أعراض خفيفة و20.2% لاحظن ظهور أعراض أمراض شائعة.

يلعب الكشف المبكر عن سرطان الطفل من خلال القيام بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة العلامات المرضية دوراً محورياً في علاجه قبل أن يصل إلى مرحلة يتعسر فيها ذلك. وفي هذا الصدد، قمنا بسؤال الأمهات عما إذا قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظتهن لأي تغيرات غير طبيعية على أطفالهن، فكانت النتائج وفق ما يبينها الجدول الموالي:

* آلام، ظهور ورم، نزيف، قيء، إسهال.

** ظهور بريق أو بقعة بيضاء في العين، احمرار العين، مشاكل في الرؤية، عدم التوازن عند المشي، عرج، عدم القدرة على تحريك عضو ما، فقدان الوعي عند اللعب، فقدان الذاكرة، اضطرابات خفيفة في الوظيفة التنفسية وتغيرات المزاج.

*** أعراض التهاب اللوزتين، أعراض إنفلونزا وأعراض الأنيميا.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

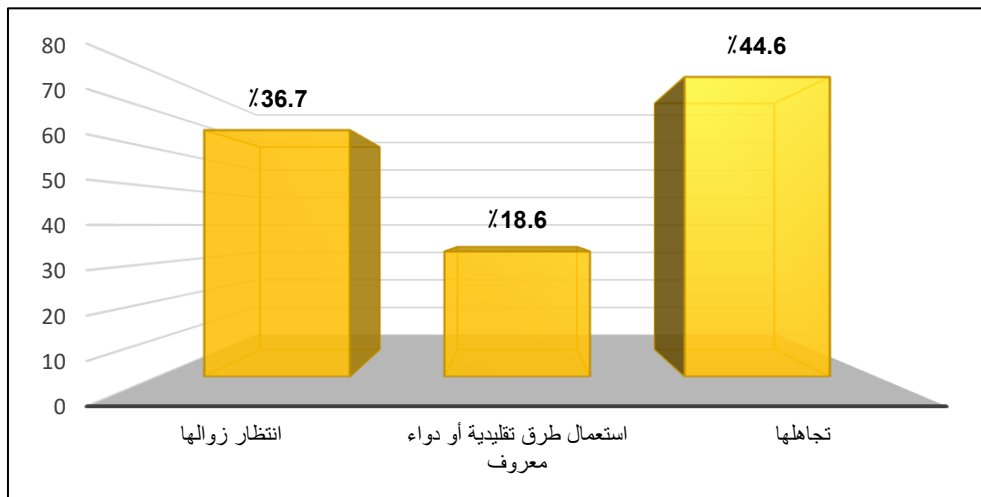
جدول رقم 13: توزيع أفراد العينة حسب مدى قيام الأمهات بإجراء الفحص الطبي مباشرة

إجراء الفحص الطبي مباشرة	ك	%
نعم	125	41.4
لا	177	58.6
المجموع	302	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أنّ غالبية الأطفال لم يتلقوا الفحص الطبي مباشرة عند ظهور أعراض المرض وذلك بنسبة 58.6%، في حين أنّ 41.4% منهم تلقوا الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أمهاتهم لها.

وقد تبين أنّ أكبر نسبة من الأطفال الذين لم يُعرضوا مباشرة على الطبيب تجاهلت أمهاتهم الأعراض فقُدرت بـ 44.6%، مقابل 36.7% انتظرن زوالها و18.6% لجأن إلى استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف. وذلك وفق ما يظهر في الشكل الموالي:

الشكل رقم 05: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب سلوك الأم اتجاه أعراض المرض
الملاحظة



الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

سيبقى تركيزنا منصبا على الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية، ولإبراز المدة التي استغرقتها لإجراء الفحص الطبي، نستعين بالجدول الموالي:

جدول رقم 14: توزيع أفراد العينة حسب المدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المدة المستغرقة في إجراء الفحص	ك	%
أقل من شهر	39	22.0
1-3 أشهر	80	45.2
4 أشهر فأكثر	35	19.8
لم تحدد المدة	23	13.0
المجموع	177	100

يبرز من خلال نتائج الجدول رقم (14) أنّ أكبر نسبة من الأمهات استغرقت مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض لإجراء الفحص الطبي حيث قُدرت بـ 45.2%، في حين أنّ 22% منهن قمن بإجراء الفحص في مدة أقل شهر و 19.8% منهن لم يقمن بعرض أطفالهن على الطبيب إلّا بعد انقضاء مدة 4 أشهر فأكثر من ملاحظة الأعراض.

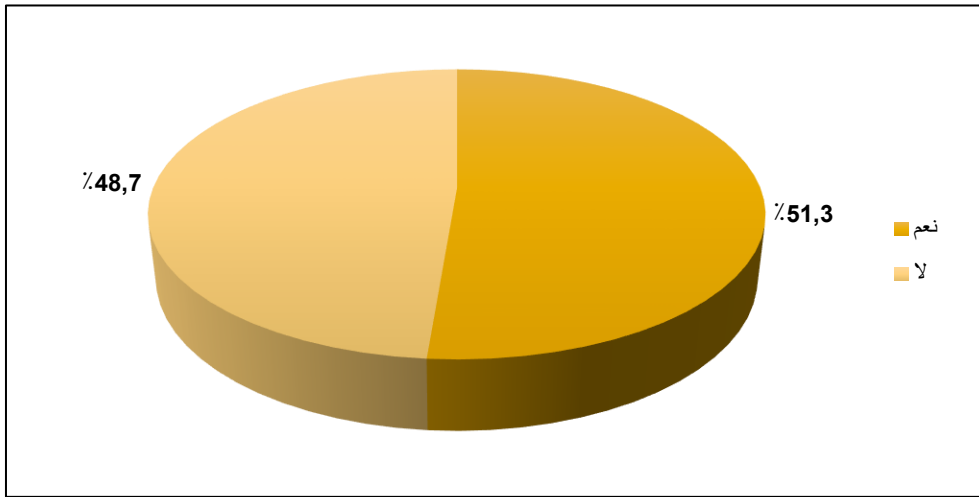
قد يُفوّت الطفل فرصة التوصل إلى التشخيص الصحيح في الوقت المناسب إذا قام الطبيب بتقرير تشخيص خاطئ ووصف علاج غير مناسب.

وفي هذا الصدد، عندما سألنا الأمهات عما إذا تعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص، وجدنا أنّ نصف الأطفال تقريبا قد تعرضوا لأخطاء التشخيص حيث قُدرت نسبتهم بـ 51.3%. وهذا ما يبيّنه الشكل البياني الموالي:

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

الشكل رقم 06: دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب مدى تعرضهم لأخطاء التشخيص



وتلعب الأم دوراً محورياً في مواجهة أخطاء التشخيص، إذ يرتبط ذلك بكيفية تصرفها في هذه المرحلة، فتساءلنا عما إذا قامت بإعادة إجراء الفحص الطبي لطفلها مباشرة عند ملاحظة عدم تحسنه، أم تركت الأمور على حالها إلى أن تأزمت حالة الطفل أكثر؟ للجواب على هذا السؤال نعرض نتائج الجدول التالي:

جدول رقم 15: توزيع أفراد العينة حسب مدى إعادة الأم إجراء الفحص الطبي مباشرة

إعادة إجراء الفحص مباشرة	ك	%
نعم	74	47.7
لا	81	52.3
المجموع	155	100

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أن أكثر من نصف الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص لم يقمن بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسنهم، حيث قدرت نسبتهن بـ 52.3%، مقابل 47.7% تصرفن عكس ذلك.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

للمدة المستغرقة في تشخيص سرطان الأطفال التي تمتد من تاريخ أول زيارة للطبيب إلى تاريخ تأكيد الإصابة بالسرطان أهمية كبيرة في علاجه قبل أن يتطور ويصل إلى مرحلة متقدمة. وعليه، لمعرفة المدة المستغرقة في تشخيص إصابة الأطفال الذين تعرضوا لأخطاء التشخيص نستعين بالجدول الموالي:

الجدول رقم 16: توزيع أفراد العينة حسب المدة المستغرقة في تشخيص المرض

المدة المستغرقة في التشخيص	ك	%
أقل من شهر	33	21.3
1-3 أشهر	38	24.5
4 أشهر فأكثر	60	38.7
لم تحدد المدة	24	15.5
المجموع	155	100

يبين لنا الجدول أنّ أكبر نسبة من الأطفال الذين تعرضوا لأخطاء التشخيص استغرق في تشخيص إصابتهم بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر حيث قدرت بـ 38.7%، تليها نسبة الأطفال الذين استغرق في تشخيص إصابتهم مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر والمقدرة بـ 24.5%، ثم الذين شُخصت إصابتهم في مدة أقل من شهر بنسبة قدرت بـ 21.3%.

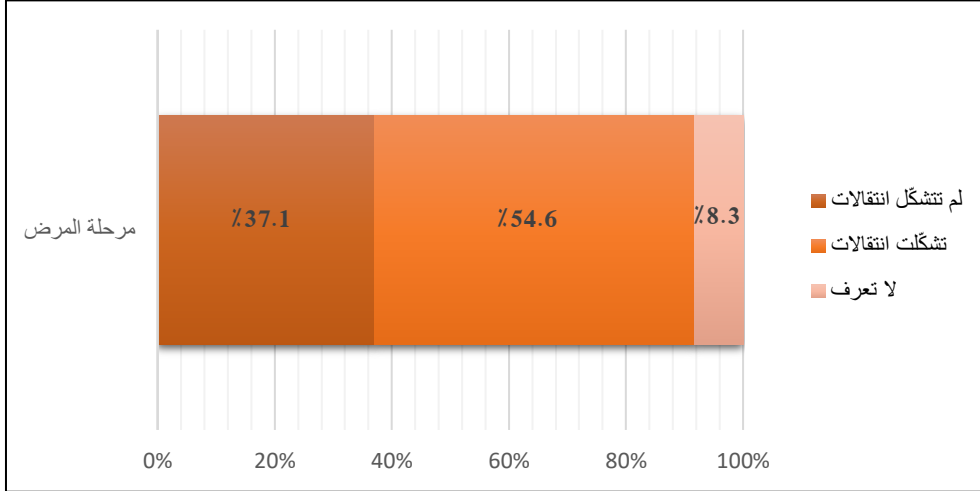
تستند خيارات العلاج وفرص الشفاء إلى المرحلة التي وصل إليها السرطان عند تأكيد تشخيص الإصابة به.

وفي استفسارنا عن المرحلة التي شُخص فيها المرض، أي ما إذا كان انتقل من مكان نشأته إلى مناطق أخرى من الجسم مُشكلاً ما يُعرف بالناقائل (Les métastases) أم لا، توصلنا إلى النتائج المبينة في الشكل البياني الموالي:

• عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

الشكل رقم 07: مستطيل بياني يمثل توزيع أفراد العينة حسب المرحلة التي اكتشف فيها السرطان



تشير تصريحات الأمهات حسب ما توضحه معطيات الشكل أعلاه، إلى أنّ أكثر من نصف الأطفال الذين شملتهم عينة البحث تم تشخيص إصابتهم بالسرطان وقد وصل إلى مرحلة متقدمة بانتشاره في مناطق أخرى من الجسم، حيث قُدرت نسبتهم بـ 54.6%، مقابل 37.1% شُخصت إصابتهم بالسرطان وهو في مراحله الأولى.

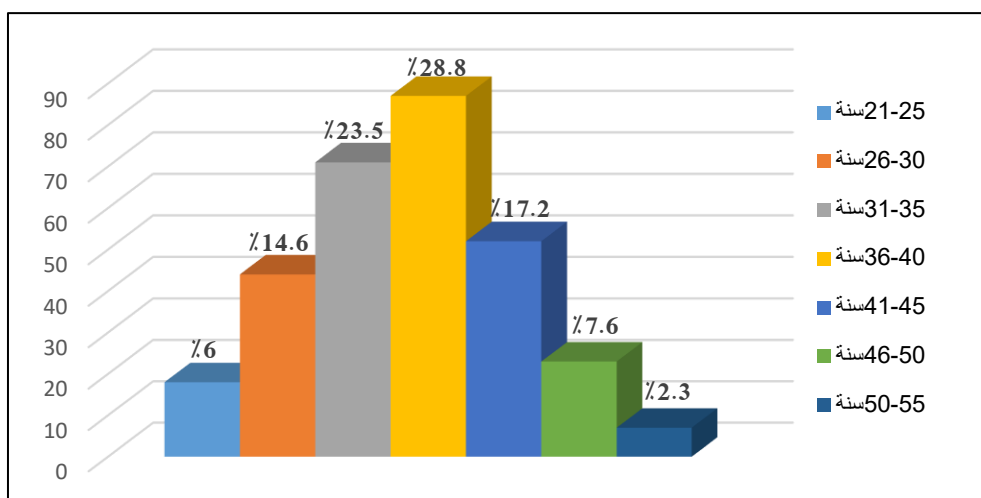
من هذه النتائج يظهر لنا جليا أنّ تشخيص سرطان الأطفال في مراحله الأولى أي قبل انتشاره في الجسم يُعد مشكلة أساسية. ولا بُد من وجود عوامل ساهمت في تشخيص السرطان في مراحل متقدمة وهذا ما سنحاول معرفته لاحقا.

أمّا فيما يلي، فسنتطرق إلى المميزات الاجتماعية والاقتصادية للأمهات أفراد العينة وأسرهـم.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

II. الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطفل:

الشكل رقم 08: مدرج تكراري يمثل توزيع الأمهات حسب السن



من خلال القراءة الإحصائية لهذا الشكل البياني نلاحظ أن أكبر نسبة من الأمهات يتمركز سنهن ما بين 36-40 سنة فقدرت بـ 28.8%، وتتناقص النسب تدريجياً على جانبي هذه الفئة المنوالية لتبلغ أدنى نسبة قدرت بـ 2.3% لدى الفئة العمرية 51-55 سنة، وفي العموم بلغ متوسط الأعمار 36.9 سنة.

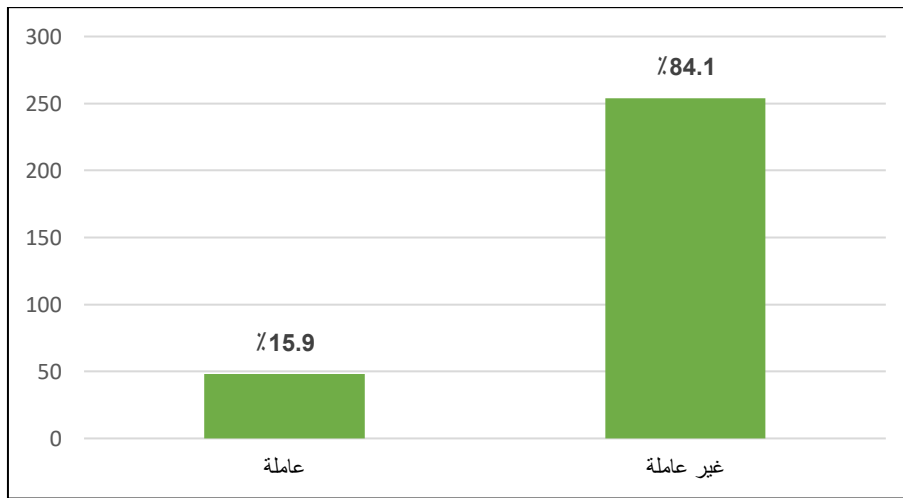
الجدول رقم 17: توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي

المستوى التعليمي	ك	%
دون مستوى	28	9.3
ابتدائي	44	14.6
متوسط	81	26.8
ثانوي	88	29.1
جامعي	61	20.2
المجموع	302	100

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

فيما يتعلق بالمستوى التعليمي للأمهات الأطفال الذين شملهم عينة البحث، نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (17) أن أكثر الأمهات ذوات مستوى ثانوي بنسبة مقدرة بـ 29.1٪، تليها بفارق بسيط ذوات المستوى المتوسط بنسبة 26.8٪، ثم الجامعي بـ 20.2٪، فالابتدائي بـ 14.6٪، وفي الأخير نسبة بسيطة ممثلة بـ 9.3٪ ذكرن أنهم لم يتلقين أي تعليم.

الشكل رقم 09: أعمدة بيانية تمثل توزيع الأمهات حسب حالتهم المهنية



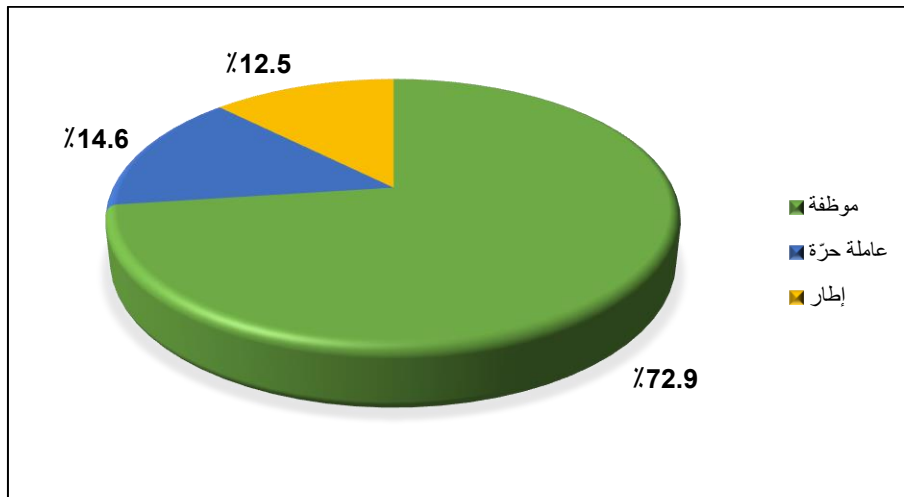
يبين لنا الشكل البياني أعلاه أنّ معظم الأمهات غير عاملات وذلك بنسبة مقدرة بـ 84.1٪ مقابل 15.9٪ منهن عاملات. وإذا تطرقنا إلى نوع مهنتهن، نجد أن أغلبية الأمهات العاملات موظفات،* حيث قُدرت نسبتهن بـ 72.9٪، في حين أنّ 14.6٪ منهن تمارسن مهنة حرة و12.5٪ منهن إطارات** وهذا ما يبينه الشكل البياني الموالي:

* تشمل هذه الفئة الإداريات.

** تشمل هذه الفئة الأطباء، المهندسين، أساتذة الجامعة.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

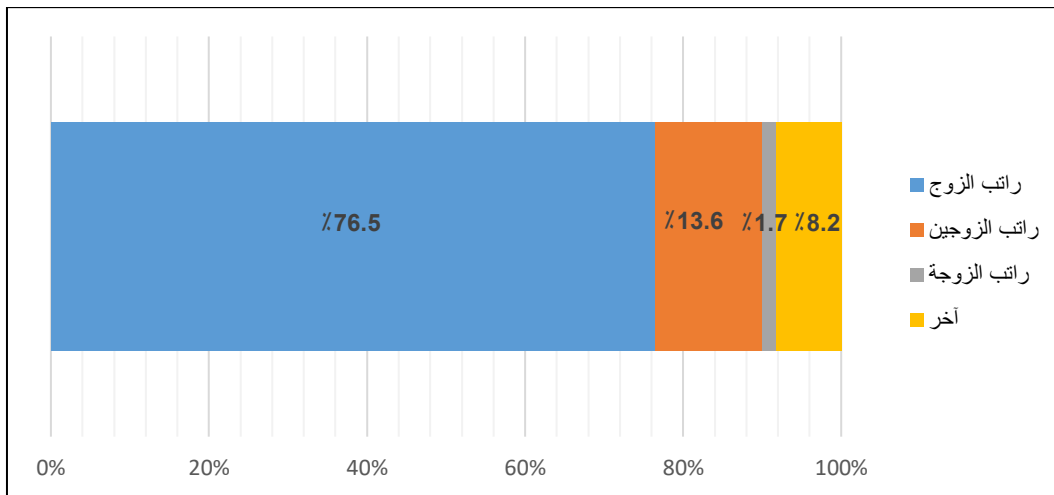
الشكل رقم 10: دائرة نسبية تمثل توزيع الأمهات حسب نوع مهنتهن



للإشارة، وجدنا أنّ أكبر نسبة من الآباء ذوي مستوى تعليمي متوسط فقدت بـ 34.4%، كما أنّ 30.5% ذوي مستوى ثانوي، في حين 5.4% منهم دون مستوى.

وتبين أنّ معظمهم عاملين وذلك بنسبة مقدرة بـ 88.9%، حيث أكثرهم موظفين بنسبة مقدرة بـ 47.9%، في حين أنّ حوالي 37% منهم يمارسون مهنة حرة ونسبة بسيطة قدرها 3.4% تمثل الإطارات.¹

الشكل رقم 11: مستطيل بياني يمثل توزيع أفراد العينة حسب مصادر دخل أسرهم



¹ أنظر الملحق (02) الجداول رقم 03-02-01.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

تمثل المصدر الأساسي لدخل الأسر في راتب الزوج وذلك بنسبة 76.5٪، مقابل 13.6٪ من الأسر تمثل دخلها في راتب الزوجين معا ونسبة بسيطة ممثلة 1.7٪ الأسر التي يعتمد دخلها على راتب الزوجة.

أما 8.2٪ من الأسر فقد تمثل مصدر دخلها في راتب أحد الأقارب ومساعدات الأهل.

ولمعرفة قيمة هذا الدخل نستعين بالجدول الموالي:

جدول رقم 18: توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل الشهري لأسرهم

مستوى الدخل	ك	%
لا تعرف	31	10.3
[أقل من 18000 دج]	62	20.5
[18000-38000 دج]	111	36.8
[38000-58000 دج]	35	11.6
[58000 دج فأكثر]	63	20.9
المجموع	302	100

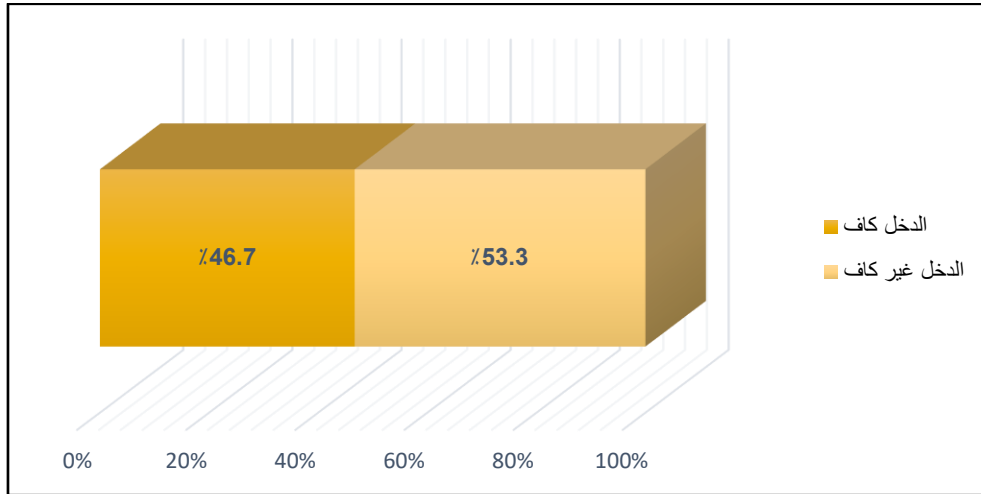
يوضح لنا الجدول أعلاه أنّ 36.8٪ من الأمهات أجبن بأن دخل أسرهن يتراوح ما بين 18000-38000 دج، تليها اللواتي صرحن بأن دخلهن الأسري يتجاوز 58000 دج ويقل عن 18000 دج حيث قُدرت نسبتهن بـ 20.9٪ و 20.5٪ على التوالي، كما صرحت 11.6٪ من الأمهات أنّ دخل أسرهن الشهري يتراوح ما بين 38000-58000 دج.

ونلفت الانتباه إلى أنّ 10.3٪ من أمهات الأطفال المصابين صرحن بعدم معرفة قيمة الدخل الشهري لأسرهن بحكم عدم تصريح أزواجهن لهن بذلك.

ولمعرفة ما إذا كان هذا الدخل كاف لتلبية الاحتياجات الصحية للأسرة، نستعين بالشكل الموالي:

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

الشكل رقم 12: مستطيل بياني يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدى كفاية دخل أسرهم



تبين معطيات الشكل البياني أعلاه أن أكثر من نصف الأمهات اعتبرن أنّ دخل أسرهن غير كاف لتلبية الاحتياجات الصحية، وذلك بنسبة قدرت بـ 53.3%، مقابل 46.7% صرّحن عكس ذلك.

الجدول رقم 19: توزيع أفراد العينة حسب نوع أسرهم

نوع الأسرة	ك	%
نووية	201	66.6
ممتدة	101	33.4
المجموع	302	100

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه أنّ غالبية أفراد العينة يقطنون في أسر نووية بنسبة 66.6% مقابل 33.4% يقطنون في أسر ممتدة. وعليه، أكثر الأسر يتراوح عدد أفرادها ما بين 2-5 أفراد وذلك بنسبة 40.4% مقابل 20.9% منها تجاوزت 10 أفراد.¹

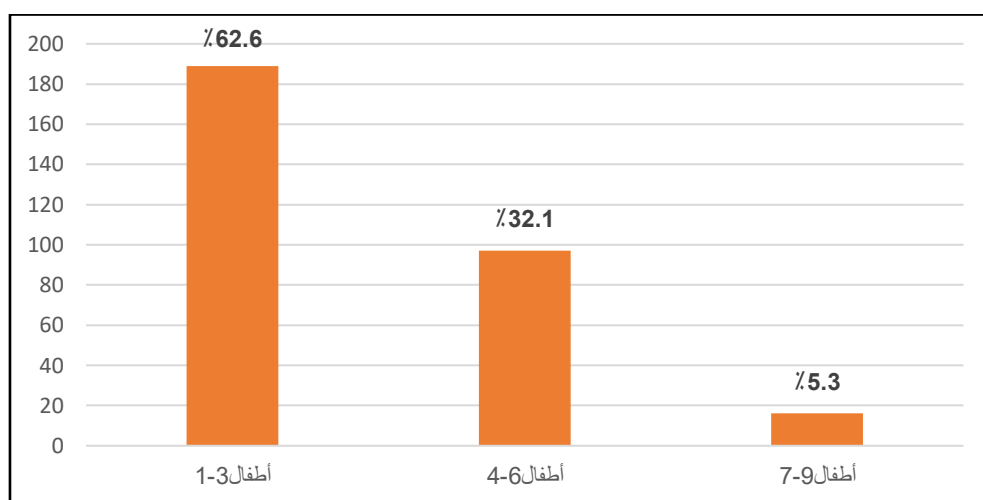
أمّا بالنسبة لعدد الأطفال في الأسرة، وجدنا أنّ معظم الأمهات يتراوح عدد أطفالهن ما بين 1-3 أطفال بنسبة 62.6%، تليها اللواتي يتراوح عدد أطفالهن ما بين 4-6 أطفال بنسبة

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 04.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

32.1%، فاللواتي يتراوح عدد أطفالهن ما بين 7-9 أطفال بنسبة قدرت بـ 5.3%، وهذا ما يبينه الشكل الموالي:

الشكل رقم 13: أعمدة بيانية تمثل توزيع الأسر حسب عدد الأطفال



وتشير معطيات الجدول رقم (20) أنّ أكثر من نصف أفراد عينتنا يقطنون بمنزل تقليدي وذلك بنسبة مقدرة بـ 54.3%، مقابل 27.5% منهم يقطنون بشقة، و13.2% يقطنون بفيلا، كما نجد نسبة بسيطة ممثلة 3% يقطنون بقبو أو بيت قصديري.

الجدول 20: توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن

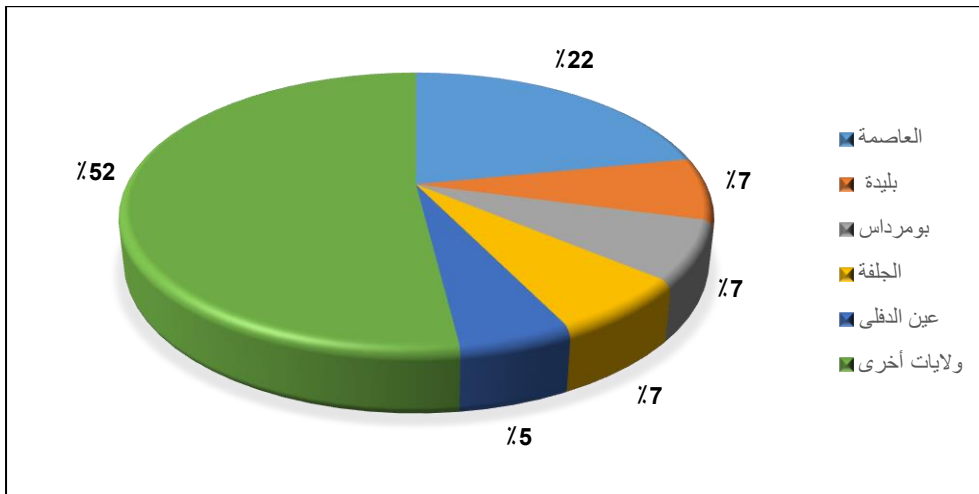
نوع المسكن	ك	%
فيلا	40	13.2
شقة	83	27.5
منزل تقليدي	170	56.3
قبو/ بيت قصديري	09	3.0
المجموع	302	100

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

III. الخصائص المتعلقة بالخدمات الصحية:

قبل تقديم خصائص الخدمات الصحية التي تحصل عليها أفراد العينة، لا بد من الإشارة إلى مكان إقامتهم. حسب ما يبينه الشكل رقم (14)، 22% من أسر أفراد العينة يقطنون بالجزائر العاصمة، يليهم كل من الذين يقطنون بالبلدية، بومرداس والجلقة بنسب متساوية قُدرت بـ 7%، كما يمثل الذين يقطنون بعين الدفلى نسبة بلغت 5%. أما باقي أفراد العينة، توافدوا من باقي ولايات الوطن بنسب متفاوتة.

الشكل رقم 14: دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان إقامتهم



إنّ حجم طلب الخدمات الصحية يرتبط بمدى توفرها وسهولة الحصول عليها. في هذا الصدد، قمنا بسؤال أمهات الأطفال المصابين بالسرطان عما إذا يتوفر مكان إقامتهم على خدمات صحية مما يتيح لهن القيام باستشارة طبية متى احتجن إلى ذلك، فتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول الموالي:

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

جدول رقم 21: توزيع أفراد العينة حسب مدى توفر الخدمة الصحية التشخيصية في مكان إقامتهم

توفر الخدمة الصحية	ك	%
نعم	279	92.4
لا	23	07.6
المجموع	302	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم الأمهات صرّحن بتوفر الخدمات الصحية في مكان إقامتهن مما يُتيح لهن القيام بالاستشارة الطبية متى احتجن إلى ذلك، حيث قُدرت نسبتهن بـ 92.4% مقابل 7.6% صرّحن عكس ذلك.

أما فيما يتعلق بنوع المنشآت المتوفرة نستعين بالجدول الموالي:

جدول رقم 22: توزيع أفراد العينة حسب نوع المنشآت الصحية المتوفرة بمكان إقامتهم

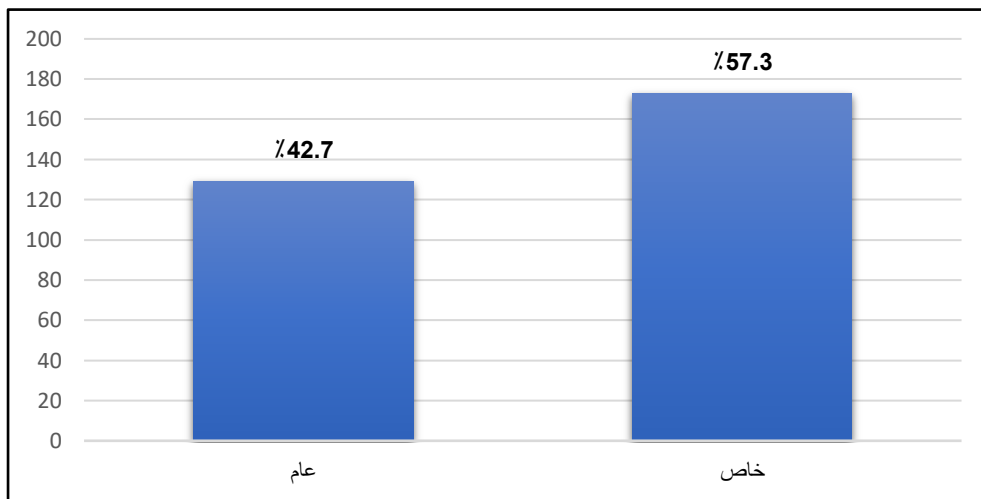
المنشآت الصحية المتوفرة	ك	%
مستشفى، عيادة متعددة الخدمات وعيادات خاصة	177	63.4
عيادة متعددة الخدمات، عيادات خاصة	63	22.6
مستشفى، عيادة متعددة الخدمات	07	2.5
مستشفى، عيادات خاصة	09	3.2
مستشفى	05	1.8
عيادة متعدد الخدمات	16	5.7
عيادات خاصة	02	0.7
المجموع	279*	100

* عدد الأمهات اللواتي صرّحن بتوفر الخدمات الصحية التشخيصية بمكان إقامتهن.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول رقم (22) أنّ أكثر من نصف الأمهات صرحن بتوفر عدة منشآت صحية بمكان إقامتهن بحيث تضم كل من مستشفى، عيادة متعددة الخدمات وعيادات خاصة، وذلك بنسبة مقدرة بـ 63.4%، كما أنّ 22.6% أجبن بتوفر مكان إقامتهن على عيادة متعددة الخدمات وعيادات خاصة فقط. ونجد نسبا بسيطة في باقي الحالات أدناها قدرت بـ 0.7% تمثل اللواتي صرحن بعدم توفر مكان إقامتهن إلا على عيادات خاصة.

الشكل رقم 15: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب قطاع الفحص



نلاحظ من خلال الشكل البياني أعلاه أنّ حجم طلب الخدمة الصحية في القطاع الخاص مرتفع عنه في القطاع العام، حيث أقيمت أكثر من نصف الأمهات على إجراء الفحص لأطفالهن في الخاص وذلك بنسبة قدرت بـ 57.3% مقابل 42.7% توجهن إلى القطاع العام. من خلال هذه النتائج، يمكننا القول أنّ الأمهات كن أكثر ميلا إلى استخدام القطاع الخاص كمصدر لخدمات الرعاية الصحية الأولية، وقد تعكس أبعاد الجودة استعدادهن لدفع مقابل مادي نظير الحصول على خدماته.

وفيما يخص اختصاص الطبيب الذي تم اللجوء إليه، تبين معطيات الجدول رقم (23) أنّ حوالي 30% من الأمهات قمن بالتوجه إلى طبيب أطفال، ومن الملاحظ تقارب نسب اللواتي توجهن إلى طبيب من اختصاص آخر وطبيب عام، حيث قدرت بحوالي 25% و24%

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

على التوالي. كما سجلت نسبة 21.2% مُثلة للواتي صرحن بأنهن يجهلن اختصاص الطبيب الذي تولى فحص الطفل بحكم توجههن إلى المستشفى مباشرة وعدم استفسارهن عن ذلك.

جدول رقم 23: توزيع أفراد العينة حسب اختصاص الطبيب الفاحص

اختصاص الطبيب	ك	%
طبيب أطفال	90	29.8
طبيب عام	73	24.2
اختصاص آخر	75	24.8
لا تعرف	64	21.2
المجموع	302	100

للولوصول إلى التشخيص النهائي للسرطان وتحديد المقرّر العلاجي، لابدّ من القيام بمجموعة من الفحوصات المعملية والإشعاعية. وفي استفسارنا عن مدى سهولة إجراء هذه الفحوصات، أجابت أكثر من نصف الأمهات بمواجهة صعوبات عند القيام بإجرائها، حيث قدرت نسبتهن بـ 66.9%، في حين 33.1% منهن من صرحن بعكس ذلك، وهذا حسب ما يبينه الجدول الموالي:

جدول رقم 24: توزيع أفراد العينة حسب مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض

مدى مواجهة صعوبات	ك	%
نعم	202	66.9
لا	100	33.1
المجموع	302	100

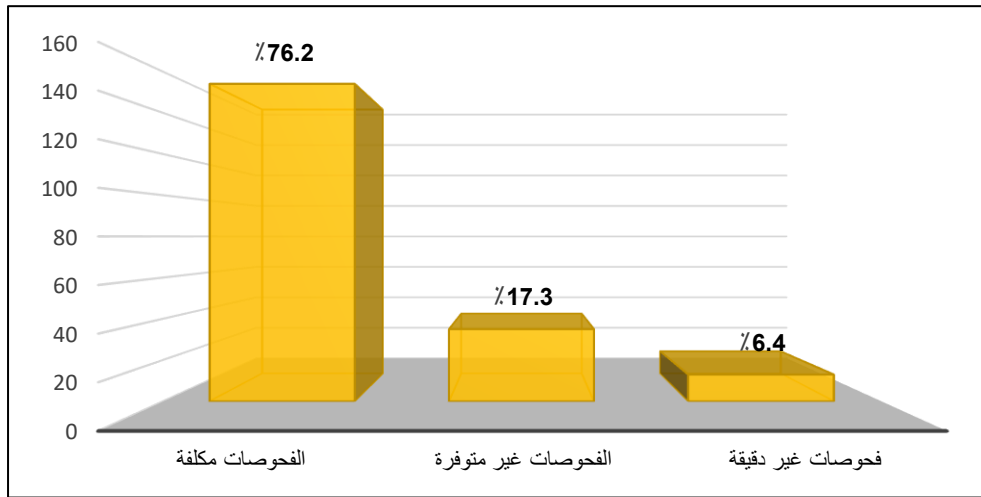
فيما يتعلق بماهية هذه الصعوبات، يوضح لنا الشكل رقم (16) أنّ معظم الصعوبات التي تمت مواجهتها عند تشخيص السرطان تمثلت في التكلفة المرتفعة للفحوصات في القطاع

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

الخاص وذلك بنسبة مقدرة بـ 76.2%، في حين أنّ 17.3% من الأسر واجهت عائق عدم توفرها في مكان إقامتها، و6.4% واجهت مشكل عدم دقة ومصداقية الفحوصات في القطاع العام.

هذه النتائج تبين أن الصعوبات المالية تشكل أكبر عائقاً أمام تشخيص إصابة الطفل بالسرطان.

الشكل رقم 16: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات المواجهة عند تشخيص المرض



الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

الاستنتاج:

بعد عرض الجداول والأشكال البيانية الخاصة بسميزات عينة الدراسة، نلخص أهم ما جاء فيها في النقاط التالية:

فيما يتعلق بخصائص الأطفال المصابين بالسرطان وكيفية اكتشاف إصابتهم:

- يمثل الأطفال الذي يتراوح سنهم ما بين 1-4 سنوات أكبر نسبة مقدرة بـ 37.7%، في حين أن 4.3% منهم لم يتجاوزوا السنة الأولى من العمر. يتوزعون بالتساوي تقريبا حسب الجنس، فضمت العينة 51% إناث مقابل 49% ذكور.

- يعد سرطان المخ والجهاز العصبي المركزي من أكثر أنواع السرطانات انتشارا بين أفراد العينة وذلك بنسبة 25%، يليه سرطان شبكية العين بنسبة قُدرت بـ 22%، ثم كل من سرطان الدم والجهاز اللمفاوي وسرطان العظام بنسب متقاربة قُدرت بـ 16% و 15% على التوالي.

- كشفت أكثر هذه السرطانات عن وجودها من خلال ظهور أعراض حادة بنسبة 49%، في حين 30.8% منها كانت أعراض الإصابة بها خفيفة و 20.2% منها تسببت في ظهور أعراض أمراض الطفولة الشائعة. ولم يتم إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ظهور هذه الأعراض في 58.6% من الحالات، حيث تم تجاهلها بنسبة قُدرت بـ 44.6%.

وعليه، استغرق لإجراء الفحص الطبي مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض في 45.2% من الحالات التي لم يتم فيها استشارة الطبيب مباشرة.

- أكثر بقليل من نصف أفراد العينة تعرضوا لأخطاء التشخيص وذلك بنسبة قُدرت بـ 51.3%. في هذه الحالة، تبين أن 52.3% من الأطفال لم يُعاد إجراء الفحص الطبي لهم مباشرة نتيجة عدم تحسنهم.

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

وعليه، أكثر من ثلث الأطفال استغرق في تشخيص إصابتهم بالسرطان مدة طويلة بلغت 4 أشهر فأكثر وذلك بنسبة 38.7٪، مقابل 21.3٪ منهم سُخِصت إصابتهم في مدة أقل من شهر.

- فيما يتعلق بالمرحلة التي وصل إليها السرطان عند تأكيد الإصابة به، توصلنا إلى أنّ 54.6٪ من الأطفال سُخِصت إصابتهم في مرحلة متقدمة (انتشر)، في حين أنّ 37.1٪ منهم سُخِصت إصابتهم بالسرطان قبل أن ينتشر.

بالنسبة للخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطفل:

- بلغ متوسط سن أمهات الأطفال الذين شملتهم عينة البحث حوالي 37 سنة، أكثرهن ذوات مستوى تعليمي ثانوي ومتوسط بنسب مقدرة بـ 29.1٪ و 26.8٪ على التوالي، في حين أنّ 9.3٪ منهن بدون مستوى.

- بالنسبة لحالتهم المهنية، وجدنا معظمهم غير عاملات بنسبة قدرت بـ 84.1٪، في حين أنّ 15.9٪ عاملات، حيث 72.9٪ منهن موظفات و 12.5٪ منهن إدارات.

- تمثل المصدر الأساسي لدخل الأسر في راتب الزوج وذلك بنسبة 76.5٪، تتراوح قيمته ما بين 18000-38000 دج لدى 36.8٪ من أسر أفراد العينة. واعتُبر غير كاف لتلبية الاحتياجات الصحية لـ 53.3٪ منها.

- غالبية أفراد عينتنا يقطنون في منزل تقليدي بنسبة 56.3٪، وفي أسر نووية بنسبة 66.6٪، و 40.4٪ من الأسر يتراوح عدد أفرادها ما بين 2-5 أفراد، كما أنّ معظم الأمهات لديهن ما بين 1-3 أطفال بنسبة 62.6٪.

بالنسبة لمميزات الخدمات الصحية في مكان إقامة أفراد العينة وجدنا:

الفصل الخامس: الخصائص العامة لوحدات العينة

- ما يُقارب 22% من أفراد العينة يقطنون في الجزائر العاصمة، تليها 7% توافدوا من البلدية، وهي نفس النسبة التي تم تسجيلها في ولايتي بومرداس والجلفة، كما أنّ 5% يقطنون بولاية عين الدفلى، وباقي أفراد العينة توافدوا من مختلف ولايات الوطن الأخرى.

- صرحت 92.4% من الأمهات بتوفر الخدمات الصحية التشخيصية بمكان إقامتهن. وأجابت 63.4% منهن أن مصادر الحصول على هذه الخدمات تمثلت في كل من مستشفى، عيادة متعددة الخدمات وعيادات خاصة.

- بالنسبة لقطاع الفحص، وجدنا إقبالاً على إجراء الفحص في القطاع الخاص أكثر من القطاع العام بنسبٍ قُدرت بـ 57.3% و 42.7% على التوالي.

- أكثر من نصف الأمهات صرحن بمواجهة صعوبات أثناء القيام بالفحوصات التشخيصية لسرطان الطفل، حيث قدرت نسبتهن بـ 66.9%. تمثلت معظم هذه الصعوبات في التكلفة المرتفعة للفحوصات في القطاع الخاص بنسبة قدرت بـ 76.2%، في حين أنّ 17.3% منها تمثلت في عدم توفر الفحوصات في مكان إقامة أسرة الطفل، و 6.4% من هذه الصعوبات تمثلت في عدم دقة ومصداقية الفحوصات في القطاع العام.

بعد إعطاء صورة شاملة عن أهم مميزات العينة التي تقوم عليها الدراسة، سنحاول في الفصل الموالي معرفة ما إذا كان للوعي الصحي للآم تأثير في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان محاولين بذلك التأكد من الفرضية الأولى التي جاء فيها أنّ اكتساب الأم لوعي صحي يزيد من احتمال الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان.

الفصل السادس

الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

تمهيد

١. الكشف المبكر عن سرطان الطفل والعلامات المُنبذرة عن وجوده
٢. أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة وانعكاسها على الكشف المبكر

عن سرطان الطفل

الاستنتاج

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

تمهيد

بعد تقديم وصف عام لأفراد عينتنا من خلال تحديد أهم خصائصهم، سنتطرق فيما يلي إلى إبراز مدى تأثير الوعي الصحي للأم في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان. لا بدّ من الإشارة إلى أنه نتيجة جهل الأغلبية الساحقة من الأمهات لأعراض سرطانات الأطفال وذلك بنسبة مقدرة بـ 93.4%¹، قمنا باستبعاد هذا المؤشر في قياسنا لتأثير الوعي الصحي للأم في الكشف المبكر عن سرطان الطفل، معتمدين بذلك على ربط مؤشري المتغير المستقل المتمثلين في أعراض المرض التي لاحظتها الأم على طفلها وأسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظتها لها بمؤشرات المتغير التابع والمتمثلة في:

1/- عند ملاحظة الأعراض:

* مدى إجراء الفحص الطبي مباشرة

* سلوك الأم اتجاه الأعراض الملاحظة

* المدة المستغرقة لإجراء الفحص الطبي

* الحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص

2/- عند مواجهة أخطاء التشخيص:

* مدى إعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة

* المدة المستغرقة في التشخيص

* الحالة الصحية للطفل أثناء فترة التشخيص

¹ أنظر الملحق رقم (02) الجدول رقم 07.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

أ. الكشف المبكر عن سرطان الطفل والعلامات المُنذرة عن وجوده:

تبيّن لنا من خلال قراءتنا أنّ الوعي الصحي للأم يتجلّى من خلال عدم استخفافها بأعراض سرطانات الأطفال المضللة، هذا ما سنكتشفه من خلال عرض نتائج الجداول التالية:

الجدول 25: العلاقة بين الأعراض الملاحظة ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إجراء الفحص الطبي مباشرة الأعراض الملاحظة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	148	50.7	75	49.3	73	أعراض حادة
100	93	61.3	57	38.7	36	أعراض خفيفة
100	61	73.8	45	26.2	16	أعراض أمراض شائعة
100	302	58.6	177	41.4	125	المجموع

يتجلّى لنا من خلال القراءة الأولية للجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، حيث قُدرت نسبتهن بـ 58.6% مقابل 41.4% منهن تصرفن عكس ذلك.

عند الأخذ بعين الاعتبار أعراض المرض الملاحظة، يتضح أنّ معظم اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة لاحظن أعراض أمراض شائعة بنسبة 73.8%، مقابل 50.7% منهن لاحظن ظهور أعراض حادة.

وبالمقارنة، نلاحظ أنّ أكبر نسبة من اللواتي قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة لاحظن ظهور أعراض حادة قدرت بـ 49.3%، في حين أنّ 26.2% منهن لاحظن أعراض أمراض شائعة.

نلاحظ تأثير واضح لأعراض المرض على مدى قيام الأمهات بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظتهن لها، وتؤكد ذلك بتطبيق اختبار كا² لبيرسون، حيث كا² المحسوبة المقدرة بـ

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

9.896، أكبر من كاس² الجدولية التي قُدرت بـ 5.991 عند درجة حرية 2 ومن أجل مستوى دلالة 5%. وبالتالي نرفض فرضية العدم ونُقر بوجود علاقة بين المتغيرين.

من خلال التحليل الإحصائي للجدول أعلاه نستنتج أنه كلما كانت الأعراض مألوفة أو بسيطة كلما قلّ إقبال الأمهات على إجراء الفحص الطبي لأطفالهن فور ملاحظتهن لها.

هذا ما يدل على أنّ اللجوء لإجراء الفحص الطبي مرتبط بطبيعة الأعراض التي لاحظتها الأم على طفلها وهذا ما أكدته عدة دراسات¹، ذلك من خلال تقديرها للخطورة التي تنطوي عليها العلامات المرضية التي يعاني منها طفلها، وما إذا كانت تتطلب المشورة الطبية الفورية من عدمها. فمن الأعراض من لا تترك مجالاً للاختيار وتُحفز الأم مباشرة إلى السعي من أجل الحصول على الرعاية الطبية لطفلها، يظهر الفارق في حالة كشف السرطان عن وجوده من خلال ظهور علامات مرضية لا يكون لها ذلك التأثير الحاد الذي يؤدي إلى الاستجابة السريعة لطلب العلاج الطبي كالأعراض الخفيفة، كما لا نغفل تلك العلامات المرضية التي ألفت الأم التعامل معها، إذ وبحكم تجربتها السابقة، تعتمد على خبراتها وتحاول معالجتها قبل اللجوء إلى الاستفادة من الخدمة الطبية ظناً منها أنه بذلك قد تحدث بعض الآثار الإيجابية.

فالعلامات الأولية للسرطان قد تبدو بسيطة وعابرة ولكنها بالفحص الطبي تنطوي على خطورة بالغة. ومع ذلك، فإنّ طلب الرعاية الطبية يعتمد إلى حد كبير على درجة تأثير تلك الأعراض

¹ Jean François Brasme, *Délais diagnostiques des cancers chez l'enfant : distribution, déterminants et conséquences*, op.cit, p.20.

Marie Anne Weidner, *Comment raccourcir le délai diagnostique du cancer chez l'enfant et l'adolescent proposition de moyens de sensibilisation*, op.cit, p.25.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

على القدرة على القيام بالنشاطات اليومية. وبالتالي فإنّ الاستجابة للأعراض المرضية تختلف من شخص لآخر حيث تتباين إدراكاتهم لهذه الأعراض، وتتنوع التقويمات التي يمنحونها لها، ومن ثمّ نجد أنماط مختلفة من السلوك والتصرّفات إزاءها.¹ هذا التباين في الاستجابات يعكس مستوى الوعي الصحي للأم.

وعليه، الأم التي لا تعي بضرورة استشارة الطبيب حتى لو كانت الأعراض غير مقلقة أو مألوفة خاصة مع عدم زوالها، نجدها تتعاس عن إجراء الفحص الطبي لطفلها مما يسبب تقدم المرض بزيادة شدة هذه الأعراض أو بظهور أعراض أخرى دافعة بها للقيام بإجراء الفحص، عندئذٍ قد يُشخّص المرض في مرحلة يكون قد قطع فيها أشواطاً متقدمة.

حوصلة ما تمّ التوصل إليه، أنّ الاستهانة بالأعراض المرضية يدلّ على انخفاض الوعي الصحي لدى الأمهات بالأهمية التي ينطوي عليها إجراء الفحص الطبي للأعراض المرضية على غرار درجة خطورتها، حيث أنّ ظهور الأعراض البسيطة أو المألوفة واستمرارها قد يُنذر بوجود أمراض خطيرة كما هو الحال بالنسبة للسرطان.

والآن سنركز الاهتمام على الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، من خلال ما يلي:

¹ محمد علي محمد وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 129-144.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

الجدول 26: العلاقة بين الأعراض الملاحظة وسلوك الأم اتجاهها

المجموع		تجاهلها		استعمال طرق تقليدية/ دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم
								الأعراض الملاحظة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	75	13.3	10	29.3	22	57.3	43	أعراض حادة
100	57	80.7	46	-	-	19.3	11	أعراض خفيفة
100	45	51.1	23	24.4	11	24.4	11	أعراض أمراض شائعة
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع

نلاحظ من معطيات الجدول أنّ أكبر نسبة من الأمهات تجاهلن أعراض الإصابة فقدرت بـ 44.6%، مقابل 36.7% انتظرن زوالها و18.6% استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف.

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في الأعراض الملاحظة، يتضح أنّ معظم الأمهات تجاهلن الأعراض الخفيفة بنسبة 80.7% مقابل 13.3% تجاهلن الأعراض الحادة.

العكس تمت ملاحظته لدى اللواتي انتظرن زوالها، حيث أغلبهن لاحظن أعراض حادة بنسبة 57.3% مقابل 19.3% لاحظن أعراض خفيفة.

كما اتجهت الأمهات إلى استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف عند ملاحظتهن ظهور أعراض حادة بنسبة 29.3% مقابل 24.4% منهن لاحظن ظهور أعراض أمراض شائعة.

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

نلاحظ أن سلوك الأم اتجاه الأعراض المرضية يرتبط بطبيعتها، لتأكيد وجود هذه العلاقة، قمنا بتطبيق اختبار كا² لبيرسون، فقُدِّرت كا² المحسوبة بـ 64.771، بينما بلغت نظيرتها الجدولية 9.488 عند درجة حرية 4 ومن أجل مستوى دلالة 5٪، بما أنّ كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية نرفض فرضية العدم ونقر بوجود فروق جوهرية بين طبيعة أعراض المرض وسلوك الأم اتجاهها. ونُشير أيضاً إلى وجود توافق متوسط بين المتغيرين على اعتبار أنّ قيمة معامل التوافق قدرت بـ 0.52.

في ضوء التحليل الإحصائي للجدول أعلاه، نستخلص أنّه كلما كانت الأعراض خفيفة أو مألوفة كلما تمّ تجاهلها. نفسر ذلك بنقص الوعي الصحي للأم الذي يظهر جلياً من خلال استخفافها بالعلامات المرضية البسيطة وعدم تعاملها بجدية مع أعراض أمراض الطفولة الشائعة التي ألفت ملاحظتها، فلا تتخوف منها بحكم تجربتها السابقة معها سواء بتجاهلها حتى تشتد أو تظهر أعراض أخرى تُحتّم القيام بإجراء الفحص الطبي، أو العمد إلى استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف بغير معالجة الوضع، وعندما يبييت ذلك غير مُجد تلجأ إلى استشارة الطبيب. كما يتجلى غياب الوعي الصحي لدى الأمهات اللواتي استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف لمحاولة السيطرة على الأعراض الحادة، فمنهن مثلاً من استعملن زيت الزيتون لتدليك ورم ظهر في الكتف أو الرّجل، ومنهن من استعملن مرهم لوقف آلام الركبة والحبوب لوقف آلام الرأس المستمرة وغيرها من الطرق التي كانت مجدية في بادئ الأمر، لكن سرعان ما أصبحت بدون مفعول أو حتى أدت إلى تفاقم الوضع. فنتيجة تدليك الحالة السابقة للورم زاد حجمه مع ظهور آلام، ولأنّه لم يعد بالإمكان السيطرة على الأعراض تمّ القيام بإجراء الفحص الطبي.

هذا إن دلّ على شيء فإنما يدل على أنّ الوعي الصحي للأم هو حجر الأساس في تدارك إصابة طفلها بالسرطان، فالتّي تعي بضرورة استشارة الطبيب عند ملاحظة أي علامات

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

مرضية سواء كانت بسيطة أو حادة يُعزز من فرص اكتشاف الإصابة السرطانية قبل وصولها إلى مراحل متقدمة ورفع فرص الشفاء.

الجدول 27: العلاقة بين الأعراض الملاحظة والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		3-1 أشهر		أقل من شهر		مدة إجراء الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الأعراض الملاحظة
100	75	06.7	05	16.0	12	41.3	31	36.0	27	أعراض حادة
100	57	12.3	07	35.1	20	47.4	27	05.3	03	أعراض خفيفة
100	45	24.4	11	06.7	03	48.9	22	20.0	09	أعراض أمراض شائعة
100	177	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع

من القراءة الأولية للجدول يتضح أنّ أكبر نسبة من الأمهات استغرقت مدة تتراوح ما بين 3-1 أشهر من ملاحظة الأعراض لإجراء الفحص الطبي فقدرت بـ 45.2٪، مقابل 22٪ استغرقت في ذلك مدة أقل من شهر وحوالي 20٪ منهن لم يقمن بإجراء الفحص الطبي إلاّ بعد مرور 4 أشهر أو أكثر من ملاحظة الأعراض.

والملاحظ عند إدخال متغير أعراض المرض، أنّ الأمهات اللواتي استغرقت مدة تتراوح ما بين 3-1 أشهر لإجراء الفحص ولاحظن ظهور أعراض أمراض شائعة كانت نسبتهم أكبر نوعاً ما من اللواتي لاحظن أعراض خفيفة، حيث قدرت بحوالي 49٪ و 47٪ على التوالي.

من جهة أخرى نجد أنّ أكثر اللواتي استغرقت مدة أقل من شهر لإجراء الفحص الطبي لاحظن أعراض حادة وذلك بنسبة 36٪، في حين أنّ 5.3٪ منهن لاحظن أعراض خفيفة.

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

أما أكبر نسبة من اللواتي استغرقن مدة 4 أشهر فأكثر لإجراء الفحص فتمركزت لدى اللواتي لاحظن أعراض خفيفة، حيث قُدرت بـ 35.1% مقابل 6.7% لاحظن أعراض أمراض شائعة. يبدو أنّ هناك تأثير واضح لطبيعة أعراض المرض في المدة المستغرقة لإجراء الفحص الطبي، لتأكيد ذلك قمنا بحساب كا² التي قُدرت بـ 32.526، وإذا قارناها مع نظيرتها الجدولية التي بلغت 12.592 من أجل مستوى دلالة 5% وعند درجة حرية 6، وجدنا أنّ كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية، وبالتالي نُقر بوجود علاقة بين المتغيرين. وعلى اعتبار أنّ قيمة معامل التوافق قدرت بـ 0.39، نستنتج أنّ هناك توافق ضعيف قليلا بين أعراض المرض والمدة المستغرقة في إجراء الفحص.

نستخلص من خلال التحليل الإحصائي للجدول أعلاه أنه كلما كانت الأعراض خفيفة أو مألوفة كلما استغرقت الأم مدة أطول للقيام بإجراء الفحص الطبي، وما هذا إلا دليل على انخفاض وعيها الصحي.

هذه النتائج التي تمّ التوصل إليها تتوافق مع معطيات الجدول رقم (26) حول الدور الذي يلعبه الوعي الصحي للأم في سلوكها إزاء الأعراض الملاحظة. فيما أنّ الأعراض الأكثر تجاهلا هي تلك التي تبدو خفيفة، فالحالات التي ظهرت عليها هي أكثر الحالات التي بلغت فيها المدة المستغرقة في إجراء الفحص 4 أشهر أو أكثر.

نتائج الجدول تسلط الضوء على أهمية عنصر الزمن لتدارك إصابة الطفل قبل أن يصل المرض لمرحلة يتعسر حينها العلاج. فكلما مرّ الوقت على ظهور الأعراض المنذرة بوجود السرطان، كلما تقدم المرض وزادت معاناة الطفل من ثقل العلاجات وتقلص فرص الشفاء. فبطء الاستجابة والانتظار حتى تظهر علامات خطورة المرض وحتمية اللجوء للخدمة الصحية يفسر نقص الوعي الصحي للأم وتسببه في تشخيص سرطان الأطفال في مرحلة متقدمة.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

حوصلة القول أنّ سلوك الأم اتجاه المرض يختلف باختلاف طبيعته (الأعراض الملاحظة)، فالاعتماد على الخدمة الصحية يكون سريعاً في حالة المقدرة وامتلاك الأم لوعي صحي والعكس صحيح.¹

الجدول 28: العلاقة بين الأعراض الملاحظة والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل الأعراض الملاحظة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	75	13.3	10	86.7	65	أعراض حادة
100	57	07.0	04	93.0	53	أعراض خفيفة
100	45	08.9	04	91.1	41	أعراض أمراض شائعة
100	*177	10.2	18	89.8	159	المجموع

من تتبع الاتجاه العام للجدول أعلاه نلاحظ أنّ غالبية الأمهات صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص الطبي وذلك بنسبة 89.8%، مقابل 10.2% صرحن عكس ذلك.

عندما ربطنا أعراض المرض بمتغير الحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص، وجدنا أنّ أغلب الأمهات مهما اختلفت الأعراض الملاحظة، إلا وقمن بالفحص بعد سوء حالة أطفالهن بنسب متفاوتة أغلبها لدى اللواتي لاحظن أعراض خفيفة وأعراض أمراض شائعة، حيث قُدرت بـ 93% و 91.1% على التوالي، في حين أنّ 86.7% منهن لاحظن أعراض حادة.

¹ عبد المجيد الشاعر وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص.154.

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

يُشير اختبار كا² لعدم وجود علاقة بين أعراض المرض والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص، فكا² المحسوبة أصغر من نظيرتها الجدولية عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، حيث قدرتا بـ 1.522 و 5.991 على التوالي.

نستنتج إذن أنه لم يتم إجراء الفحص الطبي للأطفال إلا إذا تأزمت حالتهم الصحية وذلك مهما كانت أعراض المرض. تسفر هذه النتائج عن غياب الوعي الصحي الذي تجلى لنا من خلال عدم الأخذ بجدية الأعراض المرضية وانتظار حتى يكون الدافع قوي لإجراء الفحص.

من مظاهر تقدم السرطان سوء الحالة الصحية للطفل، فالانتظار على العلامات المرضية يترك مجالاً لاستفحاله مما يقلص فرص اكتشافه في مراحله الأولى خاصة وأن سرطانات الأطفال تتميز بتطورها السريع. لتوضيح الصورة أكثر، نبرز الآثار المترتبة عن عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية بالاستشهاد بنتائج دراسة سابقة حول الآثار المترتبة عن طول فترة تشخيص سرطان الطفل، أين ألفت الباحثة الضوء على طفل تكبّد نتائج عدم عرضه على الطبيب مباشرة بمجرد بداية معاناته من آلام عضلية. وبالرغم من التدهور التدريجي للحالة العامة، لم يقيم الوالدان بإجراء الفحص الطبي لطفلها حتى ظهرت آلام في ربة الساق مع استمرار الأعراض الأولية (ازدياد شدة الأعراض وسوء حالة الطفل) مستغرقين في ذلك مدة 30 يوم. إنّ هذه المدة المستغرقة في إجراء الفحص بالإضافة إلى المدة المستغرقة من طرف الطبيب لتشخيص المرض التي بلغت 16 يوم (مدة إجمالية = 46 يوم) انجر عنها تقدم المرض وعدم قدرة العلاجات المطبقة على التغلب عليه، فبعد سنة ونصف من العلاج اضطر الأطباء إلى تغيير العلاج وتكثيفه ممّا سبّب فشل الأعضاء ووفاة الطفل.¹

¹ Marie Anne Weidner, Comment raccourcir le délai diagnostique du cancer chez l'enfant et l'adolescent proposition de moyens de sensibilisation, op.cit, p.67-68.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

إذن للوعي الصحي للأم أهمية بالغة في تدارك إصابة طفلها بالسرطان قبل أن يصل إلى مرحلة يعجز العلاج على التغلب عليه، وأولا بطلب المشورة الطبية عند ملاحظة الأعراض المرضية، وفي مرحلة لاحقة عند تشخيص السرطان كما سنكتشفه من خلال ما يلي:

تجدر الإشارة إلى أنّ كل الأمهات سواء اللواتي قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض أو اللواتي تصرفن عكس ذلك (أي قمن بإجرائه بعد مدة) صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص، فبلغ عددهن 155 حالة (75 منهن أسرعن بإجراء الفحص الطبي و80 تأخرن عن إجرائه).¹

تسبب أخطاء التشخيص تفويت فرصة التوصل إلى معرفة المسببات الحقيقية للعلامات المرضية في الوقت المناسب وازدياد معاناة الطفل وتدهور حالته الصحية وعدم نيّله ما يستحقه من العلاج.

وعليه، بهدف معرفة دور الوعي الصحي للأم في مجابهة هذا العائق، نستعين بالجدول الموالية:

الجدول 29: العلاقة بين الأعراض الملاحظة ومدى إعادة الأم إجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة الأعراض الملاحظة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	81	45.7	37	54.3	44	أعراض حادة
100	39	64.1	25	35.9	14	أعراض خفيفة
100	35	54.3	19	45.7	16	أعراض أمراض شائعة
100	*155	52.3	81	47.7	74	المجموع

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 09.

• عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

تُظهر لنا أرقام الجدول أنّ اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة قيمتها 52.3%، مقابل 47.7% منهن تصرفن عكس ذلك.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في أعراض المرض الملاحظة، نجد أنّ غالبية اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن لاحظن أعراض خفيفة وذلك بنسبة 64.1% مقابل 45.7% لاحظن أعراض حادة.

نستنتج أنه كلما كانت الأعراض بسيطة كلما توانت الأم عن إعادة الفحص الطبي لطفلها في حال مواجهة أخطاء التشخيص. ما يفسر ذلك هو انخفاض الوعي الصحي لديها الذي تجلى في عدم الاهتمام الكافي بالمتابعة الطبية للأعراض الأقل خطورة رغم ملاحظة عدم زوالها بعد عرض الطفل على الطبيب، خاصة وإن أكد هذا الأخير أن أسباب ظهورها لا تستدعي القلق. وعليه، إلى جانب الكفاءة الطبية، قد يؤثر الوعي الصحي للأم على المدة المستغرقة في تشخيص إصابة طفلها بالسرطان، هذا ما سنكتشفه من خلال الجدول الموالي:

الجدول 30: العلاقة بين الأعراض الملاحظة والمدة المستغرقة في تشخيص المرض

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص الأعراض الملاحظة
				%	ك	%	ك	%	ك	
100	81	16.0	13	35.8	29	29.6	24	18.5	15	أعراض حادة
100	39	17.9	07	51.3	20	15.4	06	15.4	06	أعراض خفيفة
100	35	11.4	04	31.4	11	22.9	08	34.3	12	أعراض أمراض شائعة
100	155	15.5	24	38.7	60	24.5	38	21.3	33	المجموع

• عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

تشير أرقام الجدول أعلاه إلى تمركز أعلى نسبة لدى الأمهات اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص حيث قُدرت بـ 38.7%، في حين كانت نسبة اللواتي صرحن بأنه استغرق في ذلك مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر ومدة أقل من شهر مقدرة بـ 24.5% و 21.3% على التوالي.

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في طبيعة الأعراض، نلاحظ أنّ معظم الحالات التي استغرق في تشخيصها مدة 4 أشهر فأكثر ظهرت عليها أعراض خفيفة وذلك بنسبة مقدرة بـ 51.3%، مقابل 31.4% ظهرت عليها أعراض أمراض شائعة.

من جهة أخرى، نجد أنّ أكثر الحالات التي سُخِّصت في مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر ظهرت عليها أعراض حادة بنسبة 29.6%، مقابل 15.4% ظهرت عليها أعراض خفيفة.

أمّا الحالات التي سُخِّصت في مدة أقل من شهر، فأكثرها ظهرت عليها أعراض أمراض شائعة بنسبة 34.3%، في حين لم تتجاوز نسبة الحالات التي ظهرت عليها أعراض خفيفة 15.4%.

نستخلص من نتائج الجدول أنّه كلما كانت الأعراض خفيفة كلما استغرق في تشخيصها مدة أطول. وحسب نتائج الجدول رقم (29)، هي أكثر الأعراض التي توانت الأم عن إعادة إجراء الفحص الطبي عند ملاحظة عدم زوالها.

لعل ما يفسر ذلك، انخفاض الوعي الصحي للأم، الذي إلى جانب تأثير الكفاءة الطبية، أدى إلى طول فترة تشخيص الإصابات السرطانية التي كشفت عن وجودها من خلال ظهور أعراض خفيفة.

من هنا يمكننا القول أنّ الوعي الصحي للأم يلعب دورا جوهريا في تقليص المدة المستغرقة في التشخيص، ذلك من خلال إدراكها بأهمية المتابعة الطبية عند ملاحظة عدم زوال الأعراض

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

المرضية مهما بدت بسيطة. كما يمكنها من مناقشة الطبيب بل وحتى توجيه التشخيص، فأتثناء جمعنا للبيانات من الميدان، وجدنا أن بعض الأمهات هن من طلبن من الطبيب الفاحص إجراء الفحوصات الإشعاعية كالتصوير الطبقي المحوري (Scanner) والتصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) نتيجة ملاحظتهن عدم تحسن أطفالهن وعدم ارتياحهن لذلك، وبفضل هذا التصرف اكتشفت إصابة أطفالهن.

فبالمعرفة بنظام الرعاية الصحية وطرق الفحص تمكنت الأم من توجيه نفسها بشكل أكثر فعالية وتحسين رعاية طفلها. بينما الأمهات اللواتي لم يكن لديهن هذا المستوى من الوعي كن أقل قدرة على مواجهة أخطاء التشخيص الأمر الذي أدى إلى طول فترة التشخيص واكتشاف المرض في مرحلة متقدمة.

الجدول 31: العلاقة بين الأعراض الملاحظة والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية الطفل الأعراض الملاحظة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	81	24.7	20	75.3	61	أعراض حادة
100	39	28.2	11	71.8	28	أعراض خفيفة
100	35	28.6	10	71.4	25	أعراض أمراض شائعة
100	155*	26.5	41	73.5	114	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يتضح أنّ اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن أثناء فترة التشخيص وذلك بنسبة 73.5٪، مقابل 26.5٪ صرحن عكس ذلك.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

من الملاحظ أنه مهما اختلفت أعراض المرض، إلا وصرحت أغلب الأمهات بسوء حالة أطفالهن خلال فترة التشخيص، بنسب متفاوتة أكبرها سجلت في حالة ظهور أعراض حادة فقدرت بـ 75.3٪، مقابل 71.8٪ و 71.4٪ ممثلة الحالات التي ظهرت عليها أعراض خفيفة وأعراض أمراض شائعة على التوالي.

لاختبار هذه العلاقة قمنا بتطبيق اختبار كا² لبيرسون، فقدرت كا² المحسوبة بـ 0.271 بينما كا² الجدولية عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5٪ قدرت بـ 5.991. مما يدل على غياب العلاقة بين أعراض المرض والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص.

هذه النتائج تلقي الضوء على خطورة إعطاء مجال لتطور سرطانات الأطفال التي تتميز عموماً بالنمو السريع، خاصة إن تعلق الأمر بالسرطانات العدوانية التي بحكم تطورها السريع تؤدي إلى ظهور أعراض عنيفة منذ البداية¹ فما بالك إعطائها الوقت للتطور أكثر. مجمل القول أن تأخير إجراء الفحص والانتظار، إضافة إلى مشاكل التشخيص والمدة المستغرقة في ذلك عوامل تعطي مجالاً لتقدم المرض. لذلك يلعب الوعي الصحي للأم دوراً هاماً في تدارك الإصابة، بحيث لا تقف مكتوفة الأيدي أمام التباس الأعراض الملاحظة أولاً بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظتها، وثانياً بمعاودة الفحص في حال ملاحظة عدم زوالها. غالباً ما تذهب العديد من الأمهات اللواتي لا يملكن وعي صحي ضحية الأعراض المضللة بحيث لا يتصورن حتى أنها من الممكن أن تكون أعراض سرطان وبالتالي لا يتعاملن معها بجدية.

¹Jean François Brasme, Délais diagnostiques des cancers chez l'enfant : distribution, déterminants et conséquences, op.cit, p.20.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

II. أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة وانعكاسها على الكشف المبكر عن سرطان الطفل:

سوف يكون تركيزنا منصبا على الأمهات اللواتي صرحن أنهن لم يقمن بإجراء الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض. وفي استفسارنا عن سبب عدم قيامهن بذلك، تبين أن أقل بقليل من النصف لم يدركن الخطورة التي تتطوي عليها الأعراض المرضية وذلك بنسبة 49.2%، كما أن 45.2% منهن لم يملكن الوقت أو تهاون عن طلب الخدمة الصحية و5.6% فقط من صرّحن أن السبب في ذلك يعود لظروف عائلية وهذا ما يبينه الجدول الموالي:

الجدول 32: توزيع الأمهات حسب أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة

أسباب عدم القيام بالفحص	ك	%
عدم الادراك	87	49.2
تهاون أو ضيق الوقت	80	45.2
ظروف عائلية*	10	05.6
المجموع	•177	100

ربط هذا المتغير بمتغيرات الكشف المبكر عن سرطان الطفل تمخضت عنه الجداول التالية:

* عدم رغبة الزوج في إجراء الفحص الطبي للطفل وظروف عائلية أخرى.
• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

الجدول 33: العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة وسلوك الأم اتجاه الأعراض الملاحظة

المجموع		تجاهل الأمر		استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم	
								أسباب عدم القيام بالفحص	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	87	49.4	43	09.2	08	41.4	36	عدم الادراك	
100	80	33.8	27	31.3	25	35.0	28	تهاون أو ضيق الوقت	
100	10	90.0	09	-	-	10.0	01	ظروف عائلية	
100	*177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع	

يتضح لنا من خلال أرقام الجدول أعلاه أنّ اللواتي تجاهلن أعراض المرض مثلن أكبر نسبة مقدرة بـ 44.6%، مقابل 36.7% انتظرن زوالها و 18.6% استعملن طرق تقليدية.

نلاحظ أن معظم اللواتي تجاهلن أعراض المرض لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة بسبب ظروف عائلية وذلك بنسبة 90%، في حين أنّ 33.8% لم يقمن بذلك بسبب تهاونهن أو ضيق الوقت.

من جهة أخرى نلاحظ أنّ أكبر نسبة للواتي انتظرن زوال الأعراض لم يدركن بخطورتها بنسبة مقدرة بـ 41.4%، مقابل 10% لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة بسبب ظروف عائلية.

أمّا بالنسبة للواتي استعملن طرق تقليدية، فأكثرهن تهاون أو لم يملكن الوقت لزيارة الطبيب بنسبة 31.3% مقابل 9.2% منهن لم يدركن بخطورة الأعراض.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

لاختبار العلاقة بين المتغيرين قمنا بتطبيق اختبار كاي² لبيرسون، فبلغت المحسوبة 22.554 ونظيرتها الجدولية 9.488 من أجل مستوى دلالة 5% وعند درجة حرية 4، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقرر بوجود علاقة بين أسباب عدم إجراء الفحص مباشرة وسلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة.

نستنتج من خلال النتائج المتوصل إليها أنه كلما تخلفت الأم عن إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض بسبب ظروف عائلية أو بسبب عدم إدراكها لخطورة الأعراض كلما تجاهلتها.

نفسر تجاهل اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص مباشرة بسبب ظروف عائلية لأعراض المرض بتنافس حاجات أخرى مع الاستجابة لهذه الأعراض.

أما تجاهل الأعراض واعتبارها لا تتطلب المشورة الطبية بسبب عدم الإدراك بخطورتها يلقي الضوء على افتقار الأمهات للمعلومات الصحية التي من شأنها رفع مستوى الإدراك بخطورة الاستهانة بالعلامات المرضية خاصة إذا تعلق الأمر بأمراض خطيرة كالسرطان.

في هذا الصدد، وجدنا أنّ 87 من بين 302 أي بنسبة 28.8% من الأمهات لا يعرفن أنّ السرطان يصيب الأطفال. أمّا بالنسبة للواتي يعرفن ذلك، فمعظمهن لا يعرفن الأنواع بالضبط وذلك بنسبة مقدرة بـ 55.8%، في حين أنّ 13% فقط منهن يعرفن أكثر من نوعين. أمّا عن المصدر الأساسي في حصولهن على هذه المعلومات فتمثل في وسائل الإعلام وذلك بنسبة 82.3%¹.

¹ أنظر الملحق (02) الجداول رقم 05-06-08.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

فبسبب افتقارهن للمعلومات الصحية وعدم الإدراك بخطورة الأعراض المرضية، تحاول الأمهات إيجاد تفسيرات للأعراض الملاحظة في ضوء خبراتهن وتوقعاتهن، فعند جمعنا للبيانات من الميدان، وجدنا طفل لم يتجاوز السنة من العمر أُصيب بأعراض الحمى والقيء، ففسرتها أمه على أنها أعراض خروج الأسنان وحاولت معالجته في البيت قبل عرضه على الطبيب ظنا منها أنّ السبب لا يتطلب إجراء الفحص.

وظفلة أصيبت بسرطان الدم ظهرت عليها أعراض أنيميا (ضعف الشهية، هزال)، ففسرتها أمها على أنها أعراض غير من أختها الصغير فأهملت الأعراض لهذا السبب.

كما أنّ الانتظار على إسهال الطفل مثلاً أو ارتفاع درجة حرارته وتأخير اللجوء للخدمة الصحية ظنا بأنه في مرحلة التسنين قد يؤدي إلى عواقب وخيمة.

خلاصة القول أنّ تأجيل التماس الخدمة الصحية بسبب عدم الإدراك ونقص الوعي الصحي من العوامل التي تتسبب في مضاعفة الحالة وتأخير شفاؤها.¹

أمّا فيما يتعلّق بتأثير أسباب عدم القيام بإجراء الفحص مباشرة والمدة المستغرقة في ذلك نعرض الجدول الموالي:

¹ عبد المجيد الشاعر وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص.165.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

الجدول 34: العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والمدة المستغرقة في إجرائه

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة إجراء الفحص أسباب عدم إجراء الفحص
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	87	18.4	16	21.8	19	41.4	36	18.4	16	عدم الإدراك
100	80	08.8	07	18.8	15	45.0	36	27.5	22	تهاون/ ضيق الوقت
100	10	-	-	10.0	01	80.0	08	10.0	01	ظروف عائلية
100	177*	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع

يتجلى لنا من خلال هذا الجدول أنّ أعلى نسبة من الأمهات قمن بإجراء الفحص الطبي بعد انقضاء مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض قدرت بـ 45.2%، مقابل 22% استغرقت في ذلك مدة أقل من شهر وحوالي 20% منهن لم يقمن بإجراء الفحص الطبي إلا بعد مرور 4 أشهر أو أكثر من ملاحظة الأعراض.

نلاحظ أنّ غالبية اللواتي استغرقت في إجراء الفحص الطبي مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض كان بسبب ظروف عائلية بنسبة قدرت بـ 80%، مقابل 41.4% لم يدركن بخطورة الأعراض.

أمّا أكبر نسبة للواتي قمن بإجراء الفحص الطبي في مدة أقل من شهر من ظهور الأعراض، تمركزت لدى اللواتي تهاونن أو لم يكن لديهن الوقت لإجرائه مباشرة بنسبة مقدرة بـ 27.5%، مقابل 10% بسبب ظروف عائلية.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

من جهة أخرى، نجد أنّ أعلى نسبة للواتي قمن بإجراء الفحص الطبي بعد 4 أشهر فأكثر من ظهور الأعراض تركزت لدى اللواتي لم يدركن بخطورتها بنسبة مقدرة بـ 21.8٪، مقابل 10٪ منهن لم يقمن بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض لظروف عائلية.

تُسفر نتائج الجدول عن وجود فروقات بين أسباب عدم قيام الأمهات بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية والمدة المستغرقة في إجرائه، ويُشير معامل التوافق الذي قدرت قيمته بـ 0.23 إلى وجود علاقة ضعيفة قليلاً بين المتغيرين.

ما يمكن استخلاصه من خلال هذا التحليل الإحصائي، أنه كلما رأت الأم عدم وجود خطورة في العلامات المرضية كلما استغرقت مدة أطول لإجراء الفحص. فعدم الإدراك أنّ الأعراض المرضية المستمرة قد يكون وراءها مرض خطير هو أكبر عامل يُعيق التشخيص المبكر عن سرطان الطفل. وباعتبار أنّ هذه الأعراض لا تثير قلق الأم بالقدر الذي يجعلها تلتمس طلب الخدمة الصحية، لا بد من أن يكون هناك دافع لقيامها بإجراء الفحص الطبي، وهذا ما سنكتشفه من خلال الجدول الموالي:

الجدول 35: العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والحالة الصحية للطفل قبل إجرائه

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل أسباب عدم إجراء الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	87	05.7	05	94.3	82	عدم الإدراك
100	80	16.3	13	83.8	67	تهاون أو ضيق الوقت
100	10	-	-	100.0	10	ظروف عائلية
100	177	10.2	18	89.8	159	المجموع

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

تظهر لنا أرقام الجدول أنّ غالبية الأمهات صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص الطبي وذلك بنسبة 89.8%، مقابل 10.2% صرحن عكس ذلك.

نلاحظ أنّ كل اللواتي لم يقمن بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض بسبب ظروف عائلية صرحن بسوء حالة أطفالهن قبل القيام باستشارة الطبيب حيث بلغت نسبتهن 100%، تليها 94.3% لم يدركن بخطورة الأعراض و83.8% تهاونن أو لم يملكن الوقت الكافي لإجراء الفحص.

يظهر لنا بوضوح وجود علاقة تربط بين المتغيرين، وما يؤكد ذلك اختبار كا² لبيرسون، حيث قُدرت كا² المحسوبة بـ 6.232 بينما بلغت كا² الجدولية 5.991 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%.

ما يمكن استخلاصه من خلال التحليل الإحصائي للجدول رقم (35)، أنّه كلما لم تقم الأمهات بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بسبب ظروف عائلية ولعدم الإدراك بخطورتها كلما أُجري الفحص الطبي للطفل بعد تدهور حالته الصحية.

سوء الحالة الصحية للطفل يدل على أنّ الأعراض التي تمكنت الأم من تجاهلها حيناً من الوقت دونما طلب للخدمة الصحية ازدادت شدتها أو رافقها ظهور أعراض أخرى أكثر شدة حتمت إجراء الفحص.

مجمل القول أنّ الانتظار على الأعراض وإعطائها مجالاً كي تتطور حتى تصبح دافعا لطلب الخدمة الصحية ما هو إلا دليل على نقص الوعي الصحي في أوساط الأمهات.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

لقد سبق وأن أشرنا إلى أنّ الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص والذي بلغ عددهن 155، 75 منهن قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض و80 منهن لم يقمن بذلك.¹

ولأن المتغير المستقل يتمثل في أسباب عدم إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، سيقنصر عدد الأمهات فقط على اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة.

الجدول 36: العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي فور ملاحظة الأعراض ومدى إعادته مباشرة عند ملاحظة عدم زوالها

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة أسباب عدم إجراء الفحص
		%	ك	%	ك	
100	48	60.4	29	39.6	19	عدم الإدراك
100	31	54.8	17	45.2	14	تهاون أو ضيق الوقت
100	01	100.0	01	-	-	ظروف عائلية
100	*80	58.8	47	41.3	33	المجموع

تبين لنا أرقام الجدول محافظته على اتجاهه العام الذي يتجه نحو الأمهات اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة 58.8%، مقابل 41.3% منهن تصرفن عكس ذلك.

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 09.

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض وصرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

من الملاحظ أنّ غالبية اللواتي لم يقمن بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بسبب عدم إدراكهن بخطورتها لم يعدن إجراء الفحص فور ملاحظة عدم تحسن أطفالهن وذلك بنسبة قدرت بـ 60.4%، مقابل 54.8% منهن كان السبب في ذلك تهاون وضيق الوقت.

نستخلص أنه كلما كانت الأم غير مدركة لخطورة الأعراض، كلما لم تقم بإعادة الفحص الطبي لطفلها مباشرة عند ملاحظة عدم زوالها. هذا يعني أن عدم إدراك الأم لخطورة الأعراض انجر عنه عدم قيامها بالفحص الطبي مباشرة عند ظهورها، وعدم إعادة إجراء الفحص الطبي عند ملاحظة عدم زوالها. وعليه، إذا لم يتغير إدراك الأم بجدية الأعراض الملاحظة فمن المعقول ألا يتغير سلوكها اتجاهها. ومن ثم يمكننا القول أنّ عدم الإدراك بخطورة الاستهانة بالأعراض المرضية وتجاهلها يجعل الأم غير قادرة على مواجهة أخطاء التشخيص وهذا ما يؤثر سلباً على إمكانية الوصول إلى التشخيص الصحيح في الوقت المناسب.

لتدعيم ما تم التوصل إليه، نربط العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والمدة المستغرقة في تشخيص المرض من خلال الجدول الموالي:

الجدول 37: العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والمدة المستغرقة في تشخيص المرض

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص	
										أسباب عدم إجراء الفحص	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	48	16.7	08	33.3	16	29.2	14	20.8	10	عدم الإدراك	
100	31	29.0	09	22.6	07	12.9	04	35.5	11	تهاون أو ضيق الوقت	
100	01	-	-	100.0	01	-	-	-	-	ظروف عائلية	
100	80*	21.3	17	30.0	24	22.5	18	26.3	21	المجموع	

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض وصرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

تبين نتائج الجدول أنّ أكبر نسبة من الأمهات صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص حيث قُدرت بـ 30%، مقابل 26.3% و22.5% منهن صرحن بأنه استغرق في ذلك مدة أقل من شهر ومدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر على التوالي.

عند أخذ بعين الاعتبار أسباب عدم القيام بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية، يتضح لنا أنّ اللواتي لم يدركن بخطورة الأعراض المرضية كنّ أكثر من صرحن بتشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان بعد مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص حيث قدرت نسبتهن بـ 33.3%، مقابل 22.6% منهن تهاون عن التماس الخدمة الصحية.

بينما نجد أنّ اللواتي لم يقمن بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بسبب تهاونهن أو ضيق الوقت كنّ أكثر من صرحن باستغراق التشخيص مدة أقل من شهر بنسبة مقدرة بـ 35.5%، مقابل 20.8% لم يدركن بخطورة الأعراض.

كما يتضح أنّ أكبر نسبة من اللواتي صرحن باستغراق تشخيص السرطان مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر تمركزت لدى اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بسبب عدم الإدراك بخطورتها بنسبة قدرت بـ 29.2%، في حين أنّ 12.9% منهن تهاون عن إجراء الفحص.

نستنتج إذن أنه كلما كانت الأم غير مدركة لخطورة الأعراض كلما استغرق في تشخيص إصابة طفلها بالسرطان مدة أطول.

هذا ما يؤكد النتيجة التي توصلنا إليها سابقاً، التي مفادها أنه كلما كانت الأم غير مدركة لخطورة الأعراض كلما توانت عن إعادة الفحص الطبي عند ملاحظة عدم زوالها، ذلك لعدم

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

اكتسابها لوعي صحي يتيح لها القدرة على مواجهة أخطاء التشخيص والوصول إلى المسبب الحقيقي للأعراض المرضية في مدة كان من الممكن أن تكون أقصر.

الجدول 38: العلاقة بين أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل أسباب عدم إجراء الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	48	22.9	11	77.1	37	عدم الإدراك
100	31	38.7	12	61.3	19	تهاون أو ضيق الوقت
100	01	-	-	100.0	01	ظروف عائلية
100	*80	28.8	23	71.3	57	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أنه يحافظ على اتجاهه العام الذي يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن أثناء فترة التشخيص وذلك بنسبة 71.3%، مقابل 28.8% صرحن عكس ذلك.

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في أسباب عدم إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، نجد أن معظم اللواتي لم يدركن بخطورة الأعراض صرحن بسوء حالة أطفالهن خلال فترة التشخيص بنسبة 77.1%، مقابل 61.3% لم يقمن بالفحص بسبب التهاون أو ضيق الوقت.

نستنتج من خلال نتائج الجدول أنه، كلما لم تدرك الأم بخطورة الأعراض كلما انعكس ذلك سلبيًا على حالة الطفل خلال فترة التشخيص.

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض وصرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

ومن ثم يمكننا القول أنّ الأم التي لا تمتلك وعيا صحيا كان طفلها أكثر من تأثر بأخطاء التشخيص، وهذا ما يُفسر اكتشاف الإصابة السرطانية للطفل في مرحلة متقدمة وما لذلك من انعكاسات على معدلات البقاء والآثار الجانبية لثقل العلاجات.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

الاستنتاج:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل التحقق من الفرضية الأولى التي جاء فيها أنّ اكتساب الأم لوعي صحي يزيد من احتمال الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان، وتوصلنا من خلال نتائج الجداول التي استُعملت لهذا الغرض إلى أنّ:

أكثر من نصف الأمهات لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية وارتبط ذلك بطبيعة هذه الأخيرة، حيث معظمهن لاحظن أعراض أمراض شائعة وأعراض خفيفة بنسب قدرت بحوالي 74% و61% على التوالي.

فاتضح أنّ أكثر اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية تجاهلنها بنسبة قاربت 45%، مع العلم أنه كلما كانت الأعراض خفيفة أو مألوفة كلما تم تجاهلها وذلك بنسبة مقدرة بـ 80.7% و51.1% على التوالي.

كما ارتبطت المدة التي استغرقتها الأمهات لإجراء الفحص الطبي بالأعراض التي لاحظنها، فأعلى نسبة للواتي استغرقن مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر لإجراء الفحص سُجّلت في حال ملاحظتهن لأعراض مألوفة وخفيفة، بينما أكبر نسبة للواتي قمن بإجراء الفحص في مدة أقل من شهر لاحظن أعراض حادة، كما نشير إلى أنّ أعلى نسبة للواتي قمن بالفحص الطبي بعد انقضاء مدة 4 أشهر فأكثر لاحظن أعراض خفيفة.

ويبدو أنه مهما اختلفت أعراض المرض إلاّ وقامت الأمهات بإجراء الفحص الطبي بعد أن ساءت حالة أطفالهن بنسبة مقدرة بـ 90% تقريبا.

أمّا في مرحلة التشخيص، تبين أن غالبية اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص لم يُعدن إجراء الفحص الطبي مباشرة بملاحظة عدم تحسنهم بنسبة حوالي 52%،

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

وارتبط ذلك بالأعراض الملاحظة، حيث معظمهن لاحظن أعراض خفيفة بنسبة مقدرة بـ 64.1%.

مع العلم أنه كلما كانت الأعراض خفيفة كلما استغرق في تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص بنسبة مقدرة بـ 51.3%، بينما أكبر نسبة للحالات التي استغرق في تشخيصها مدة حوالي شهر ظهرت عليها أعراض أمراض شائعة (34.3%).

وعموماً اتضح أنه مهما اختلفت أعراض المرض إلا وساءت الحالة الصحية للأطفال خلال فترة التشخيص بنسبة قدرت بحوالي 74%.

كما بينت النتائج أنّ السبب الرئيسي في عدم قيام الأمهات بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض هو عدم الإدراك بخطورتها بنسبة قدرت بـ 49.2%.

ولوحظ تأثير واضح لأسباب عدم قيام الأمهات بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض وسلوك الأم اتجاهها، حيث معظم اللواتي تجاهلنها لم يقمن بالكشف الطبي مباشرة عند ملاحظة ظهورها لأسباب عائلية بنسبة قدرت بـ 90%، كما أنّ 49.4% منهن لم يدركن بخطورتها.

وبالتالي، غالبية اللواتي استغرقن في إجراء الفحص مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض كان السبب في ذلك ظروف عائلية (80%)، وأكثر اللواتي استغرقن مدة لا تتجاوز شهر تهاونن عن طلب الخدمة الصحية (27.5%)، بينما أكبر نسبة للواتي لجأن إلى الطبيب بعد انقضاء 4 أشهر فأكثر من ظهور الأعراض لم يدركن بخطورتها فقدرت بحوالي 22%.

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

وكلما لم تقم الأمهات بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بسبب ظروف عائلية أو بسبب عدم إدراكهن خطورة الأعراض، كلما قمن بإجرائه بعد أن ساءت حالة أطفالهن.

ولقد كان عدم الإدراك بخطورة الأعراض السبب الرئيسي في عدم إعادة الفحص الطبي مباشرة عند مواجهة أخطاء التشخيص وذلك نسبة مقدرة بـ 60.4%. كما مثلت الأمهات اللواتي لم يدركن بخطورة الأعراض أكبر نسبة من اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة طفلها بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر فقدرت بـ 33.3%. أما أعلى نسبة للواتي شُخصت إصابة أطفالهن بالسرطان مدة أقل من شهر سُجلت لدى اللواتي لم يقمن بالفحص بسبب تهاون أو ضيق الوقت استغرق حيث قدرت بـ 35.5%.

وبالتالي، كلما لم تدرك الأمهات بخطورة الأعراض كلما ساءت حالة أطفالهن أثناء فترة تشخيص المرض.

حوصلة ما تم التوصل إليه هو أنّ انخفاض الوعي الصحي لدى الأمهات تبين من خلال استهانتهن بالأعراض المرضية البسيطة والمألوفة، وعدم إجراء الفحص عند ملاحظتها وتجاهلها، وترك المجال أمام تقدم المرض وسوء حالة الطفل. وبسبب انخفاض الوعي الصحي لدى الأمهات كان أطفالهن أكثر من تأثر بأخطاء التشخيص.

وما يدعم هذه النتائج، هو أنّ عدم إدراك الأم بخطورة هذه الأعراض كان السبب الرئيسي في عدم طلبها الخدمة الصحية فور ملاحظتها لها، وكلما كانت الأم غير مدركة بالزامية إجراء الفحص عند ظهور هذه الأعراض كلما تجاهلتها واستغرقت مدة أطول لإجراء الفحص الطبي، حيث غالبا ما يُحفظها لذلك سوء الحالة الصحية لطفلها. وبسبب عدم إدراكها لخطورة الأعراض

الفصل السادس: الوعي الصحي للأم ودوره في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان

توانت عن إعادة الفحص في حال مواجهة أخطاء التشخيص، وهذا ما انعكس على المدة المستغرقة في تشخيص المرض وبالتالي على حالة الطفل.

إذن فارتفاع الوعي الصحي للأم يُعد حجر الأساس في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان.

بعد أن بينا دور الوعي الصحي للأم في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان، سننتقل في الفصل الموالي لقياس تأثير مؤشرات المكانة الاجتماعية لأم الطفل على الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان، سعياً منا إلى التحقق من مدى صحة الفرضية الثانية التي جاء فيها أن ارتفاع المكانة الاجتماعية للأم الطفل يعزز من إمكانية الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان.

الفصل السابع

المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

تمهيد

١. دور المستوى التعليمي للأم وحالتها المهنية في الكشف المبكر عن

إصابة طفلها بالسرطان

٢. تأثير مستوى دخل الأسرة في الكشف المبكر عن إصابة الطفل

بالسرطان

الاستنتاج

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

تمهيد:

بعدما أن تطرقنا في الفصل السابق إلى دور الوعي الصحي للأم في الكشف المبكر عن سرطان الطفل، سنحاول من خلال هذا الفصل معرفة مدى تأثير المكانة الاجتماعية لأم الطفل في الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان، مركزين في التحليل على مؤشرات المتغير المستقل المتمثلة في المستوى التعليمي للأم، حالتها المهنية ومستوى الدخل، وربطها بمؤشرات المتغير التابع المتمثلة في:

1- عند ملاحظة الأعراض:

* مدى إجراء الفحص الطبي مباشرة

* سلوك الأم اتجاه الأعراض الملاحظة

* المدة المستغرقة لإجراء الفحص الطبي

* الحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص

2- عند مواجهة أخطاء التشخيص:

* مدى إعادة الفحص الطبي مباشرة

* المدة المستغرقة في التشخيص

* الحالة الصحية للطفل أثناء فترة التشخيص

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

1. دور المستوى التعليمي للأم وحالتها المهنية في الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان:

عادة ما يتمتع الفرد الذي نال قدرا من التعليم بصحة أفضل وهذا ينعكس بالمثل على صحة أطفاله من خلال الكشف المبكر عن الاعتلالات المختلفة التي تصيبهم من بينها السرطان، هذا ما سنكتشفه من خلال عرض نتائج الجداول التالية:

الجدول 39: العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ومدى قيامها بإجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إجراء الفحص مباشرة المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	28	85.7	24	14.3	04	دون مستوى
100	44	79.5	35	20.5	09	ابتدائي
100	81	61.7	50	38.3	31	متوسط
100	88	50.0	44	50.0	44	ثانوي
100	61	39.3	24	60.7	37	جامعي
100	302	58.6	177	41.4	125	المجموع

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض وذلك بنسبة 58.6%، مقابل 41.4% منهن تصرفن عكس ذلك.

ما يمكن ملاحظته عند إدخال متغير المستوى التعليمي للأم، أنّه بارتفاعه تنخفض تدريجيا نسب اللواتي لم يقمن بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، حيث انتقلت من 85.7% لدى الأمهات بدون مستوى لتبلغ أدنى قيمة لها لدى الجامعيات مقدرة بـ 39.3%.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

وبالمقارنة، نلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم زاد إقبالها على إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، حيث انتقلت من 14.3% لدى الأمهات بدون مستوى إلى 60.7% لدى الجامعيات وذلك بفارق 46.4 نقطة.

من القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ تأثير واضح للمستوى التعليمي للأم على مدى قيامها بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، ويُقر اختبار كا² لبيرسون وجود هذه العلاقة، حيث إذا قارنا قيمة كا² المحسوبة التي قُدرت بـ 28.776 مع قيمة كا² الجدولية التي تساوي 9.488 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، لوجدنا أنّ كا² المحسوبة أكبر من كا² الجدولية. وتبين أن درجة التوافق ضعيفة قليلا بين المتغيرين، حيث قدرت قيمة معامل التوافق بـ 0.3.

من خلال هذه النتائج، نستنتج أنّ المستوى التعليمي يُعد حافزا لإجراء الفحص الطبي إذ بارتفاعه يزداد إقبال الأمهات على إجراء الفحص.

فالتعليم يؤثر في الأهمية التي تمنحها الأم لصحة طفلها ويلعب دورا في مدى طلبها الخدمة الصحية عند ظهور العلامات المرضية مما يمكنها من مواجهة مختلف الاعتلالات التي تصيب طفلها لاسيما السرطان.

كما يُتيح للأم امتلاك رصيد معرفي أكبر وتكون أكثر تفتحا على أبواب المعرفة الصحية وهذا ما يُكسبها مستوى من الإدراك. في هذا الصدد، قمنا بربط متغير المستوى التعليمي بمدى معرفة أعراض السرطان لدى الطفل، فوجدنا أنّ نسب هذه المعرفة بسيطة جدا لدى الأمهات

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

ذوات المستويات التعليمية المنخفضة، بينما بلغت أكبر قيمة لها لدى الجامعات مقدرة بـ 21.3%¹

فيما يلي سنركز الاهتمام على اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية، ونربط العلاقة بين المستوى التعليمي للأمهات وسلوكهن اتجاه الأعراض الملاحظة من خلال الجدول الموالي:

الجدول 40: العلاقة بين المستوى التعليمي لأم وسلوكها اتجاه أعراض المرض الملاحظة

المجموع	تجاهلها		استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم المستوى التعليمي	
	ك	%	ك	%	ك	%		
100	24	41.7	10	25.0	06	33.3	08	دون مستوى
100	35	42.9	15	17.1	06	40.0	14	ابتدائي
100	50	52.0	26	16.0	08	32.0	16	متوسط
100	44	38.6	17	22.7	10	38.6	17	ثانوي
100	24	45.8	11	12.5	03	41.7	10	جامعي
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أنّ أكبر نسبة من الأمهات تجاهلن أعراض الإصابة حيث قدرت بـ 44.6%، مقابل 36.7% انتظرن زوالها و 18.6% استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف.

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 10.

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأم، نلاحظ تفاوت نسب اللواتي تجاهلن أعراض المرض باختلاف مستواهن التعليمي، ف سجلت أكبر نسبة لدى ذوات المستوى التعليمي المتوسط مقدرة بـ 52% مقابل 38.6% لدى ذوات المستوى التعليمي الثانوي. من جهة أخرى نجد أنّ نسب اللواتي انتظرن زوال الأعراض تتجه عموماً إلى الارتفاع بارتفاع المستوى التعليمي، حيث بلغت حوالي 33% لدى الأمهات بدون مستوى في حين قدرت لدى الجامعيات بـ 42% تقريباً.

بينما تتجه نسب اللواتي استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف إلى الانخفاض بارتفاع المستوى التعليمي، فقدرت لدى الأمهات بدون مستوى والجامعيات بـ 25% و 12.5% على التوالي.

يشير اختبار كا² لبيرسون إلى عدم وجود علاقة بين المتغيرين، حيث وجدنا أنّ كا² المحسوبة التي قدرت بـ 3.356 أصغر من كا² الجدولية المقدرة بـ 15.507 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، من هنا نقبل فرضية عدم ونقر باستقلالية العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وسلوكها اتجاه أعراض المرض الملاحظة.

وفقاً للتحليل الإحصائي للجدول أعلاه، من الواضح أنّ سلوك الأمهات اتجاه أعراض المرض لم يتأثر بمستواهن التعليمي. ولعل ما يُفسر ذلك هو تأثير عوامل أخرى فرضت نوعاً من اللامبالاة اتجاه الأعراض الملاحظة بتجاهلها، وهذا ما تعلق أساساً بطبيعة هذه الأخيرة، حيث إذا أخذنا بعين الاعتبار الأعراض الملاحظة في العلاقة السابقة، لوجدنا أنّه كلما كانت الأعراض خفيفة كلما تجاهلتها الأمهات وذلك مهما كان مستواهن التعليمي.¹

لمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي للأمهات في المدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي، نستعين بالجدول التالي:

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 11.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 41: العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة إجراء الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي
100	24	16.7	04	25.0	06	50.0	12	08.3	02	دون مستوى
100	35	11.4	04	22.9	08	40.0	14	25.7	09	ابتدائي
100	50	14.0	07	26.0	13	38.0	19	22.0	11	متوسط
100	44	15.9	07	06.8	03	54.5	24	22.7	10	ثانوي
100	24	04.2	01	20.8	05	45.8	11	29.2	07	جامعي
100	177	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع

من القراءة الأولية للجدول يتضح أن أكبر نسبة من الأمهات استغرقت مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ملاحظة الأعراض لإجراء الفحص الطبي فقدرت بـ 45.2٪، مقابل 22٪ استغرقت في ذلك مدة أقل من شهر وحوالي 20٪ منهن لم يقمن بإجراء الفحص الطبي إلا بعد مرور 4 أشهر أو أكثر من ملاحظة الأعراض.

إذا أخذنا بعين الاعتبار المستوى التعليمي للأم، نلاحظ تفاوت نسب اللواتي استغرقت مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر لإجراء الفحص باختلاف مستواهن التعليمي مع تسجيل أعلى نسبة لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي قدرت بـ 54.5٪، وأدنى نسبة مقدرة بـ 38٪ ممثلة ذوات المستوى المتوسط.

من جهة أخرى، نلاحظ عموماً ارتفاع نسب اللواتي قمن بإجراء الفحص في مدة أقل من شهر من ظهور الأعراض بارتفاع مستواهن التعليمي، حيث سجلنا أدنى نسبة قاربت 8٪ لدى

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الأمهات بدون مستوى، أما أعلاها فقد تم تسجيلها لدى ذوات المستوى الجامعي مقدرة بـ 29.2%.

كما نلاحظ تفاوت نسب اللواتي قمن بإجراء الفحص الطبي بعد 4 أشهر أو أكثر من ظهور الأعراض باختلاف مستواهن التعليمي، ف سجلنا أعلى نسبة لدى ذوات المستوى المتوسط قُدرت بـ 26% مقابل 6.8% لدى ذوات المستوى الثانوي.

يُشير اختبار كا² إلى عدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي للأم والمدة المستغرقة في إجراء الفحص، حيث قدرت كا² المحسوبة بـ 11.892 بينما كا² الجدولية عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 5% قدرت بـ 21.026.

يُسفر لنا الجدول عن عدم وجود فروقات واضحة بين المستوى التعليمي للأم والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي وهذا ما يتوافق مع نتائج الجدول (40).

فإذا أخذنا طبيعة أعراض المرض بعين الاعتبار في العلاقة السابقة، لوجدنا أنه مهما اختلف المستوى التعليمي للأمهات إلا وقمن بإجراء الفحص الطبي بعد انقضاء مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ملاحظة ظهور أعراض أمراض شائعة وأعراض خفيفة. ومهما كان المستوى التعليمي للواتي استغرقتن مدة 4 أشهر فأكثر لإجراء الفحص، أكثرهن لاحظن أعراض خفيفة. وأكبر نسبة من اللواتي قمن بإجراء الفحص في مدة أقل من شهر من ظهور الأعراض لاحظن أعراض حادة وذلك على اختلاف مستواهن التعليمي.¹

ولمعرفة ما إذا كان هناك تفاوت بين الأمهات في مدى قيامهن بالفحص الطبي قبل أن تسوء الحالة الصحية لأطفالهن، نستعين بالجدول الموالي:

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 12.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 42: العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والحالة الصحية لطفلها قبل إجراء الفحص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	04.2	01	95.8	23	دون مستوى
100	35	05.7	02	94.3	33	ابتدائي
100	50	12.0	06	88.0	44	متوسط
100	44	11.4	05	88.6	39	ثانوي
100	24	16.7	04	83.3	20	جامعي
100	177	10.2	18	89.8	159	المجموع

تشير أرقام الجدول أعلاه إلى أنّ غالبية الأمهات صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص الطبي وذلك بنسبة 89.8%، مقابل 10.2% صرحن عكس ذلك.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي، نلاحظ أنّه بارتفاعه تتجه نسب اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن قبل إجراء الفحص إلى الانخفاض، فانتقلت من أعلى قيمة لها لدى الأمهات بدون مستوى مقدرة بـ 95.8% إلى أدنى قيمة تم تسجيلها لدى الجامعيات بلغت 83.3% وذلك بفارق 12.5 نقطة.

وبالتالي نستنتج أنه كلما كانت الأم أقل تعليماً كلما أدى بها تأزم حالة طفلها لإجراء الفحص الطبي. فالتعليم ينمي الوعي الصحي، وإن تغافلت الأمهات ذوات المستويات التعليمية المرتفعة عن الأعراض المرضية في بداية ظهورها، إلا أنّهن تداركن الوضع بقيامهن بالفحص الطبي قبل أن تسوء الحالة الصحية لأطفالهن، بينما الأمهات الأقل تعليم، وبسبب عدم إدراكهن لخطورة الأعراض، كان الحافز في إجراءاتهن الفحص الطبي هو سوء الحالة الصحية لأطفالهن.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

وفي هذا الصدد، إذا نظرنا إلى أسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، لوجدنا أنّ السبب الرئيسي في عدم قيام الجامعيات بذلك هو التهاون أو ضيق الوقت (70.8%)، بينما ارتبط عدم قيام الأمهات من باقي المستويات التعليمية بالفحص مباشرة عند ملاحظتهن العلامات المرضية هو عدم الإدراك بخطورتها.¹

هذا ما يدل على أنّ للتعليم أثر في الاستجابة لأعراض المرض قبل أن يصل إلى مراحل متقدمة.

لمعرفة دور المستوى التعليمي للأم في مواجهة أخطاء التشخيص، نستعين بالجدول الموالية:

الجدول 43: العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ومدى إعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	13	69.2	09	30.8	04	دون مستوى
100	19	63.2	12	36.8	07	ابتدائي
100	42	52.4	22	47.6	20	متوسط
100	53	60.4	32	39.6	21	ثانوي
100	28	21.4	06	78.6	22	جامعي
100	*155	52.3	81	47.7	74	المجموع

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول أنّ اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي لم يقمن بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة قيمتها 52.3%، مقابل 47.7% منهن تصرّفن عكس ذلك.

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 13.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأم، نلاحظ أنه بارتفاعه تنخفض نسب اللواتي لم يُعدن إجراء الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة عند ملاحظة عدم تحسنهم، حيث انتقلت من 69.2% لدى الأمهات بدون مستوى إلى 21.4% لدى الجامعيات.

وبالمقارنة نجد أن نسب اللواتي قمن بإعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن تتجه إلى الارتفاع بارتفاع مستواهن التعليمي، فأدنى نسبة قُدرت بـ 30.8% تم تسجيلها لدى الأمهات بدون مستوى، في حين بلغت لدى الجامعيات 78.6% وذلك بفارق 47.8.

نلاحظ تأثير واضح للمستوى التعليمي للأم على مدى إعادة إجراء الفحص الطبي لطفلها مباشرة عند ملاحظة عدم تحسنه، بدليل أن χ^2 المحسوبة التي قُدرت بـ 14.473 أكبر من χ^2 الجدولية التي بلغت 9.488 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%. أما عن درجة هذا الارتباط، بيّن معامل التوافق الذي قدر بـ 0.3 عن وجود علاقة ضعيفة قليلاً بين المتغيرين.

في ضوء التحليل الإحصائي للجدول أعلاه، نستنتج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما أعادت إجراء الفحص الطبي لطفلها مباشرة عند ملاحظة عدم تحسنه واستمرار ظهور الأعراض المرضية.

هذه النتائج تدل على أن الأمهات الأكثر تعليماً هن الأكثر حرصاً على إعادة إجراء الفحص الطبي والتأكد من سلامة أطفالهن وهذا ما يؤكد درجة الوعي لديهن. فإعادة الفحص فور ملاحظة عدم زوال الأعراض المرضية خطوة أساسية نحو تقليص المدة المستغرقة في الوصول إلى التشخيص الصحيح لحالة الطفل.

لتدعيم هذه النتائج، نربط العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمدة المستغرقة في التشخيص من خلال الجدول الموالي:

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 44: العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمدة المستغرقة في تشخيص المرض

المجموع	لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص المستوى التعليمي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	13	15.4	02	30.8	04	38.5	05	15.4	02	دون مستوى
100	19	10.5	02	47.4	09	21.1	04	21.1	04	ابتدائي
100	42	26.2	11	28.6	12	31.0	13	14.3	06	متوسط
100	53	09.4	05	49.1	26	22.6	12	18.9	10	ثانوي
100	28	14.3	04	32.1	09	14.3	04	39.3	11	جامعي
100	155*	15.5	24	38.7	60	24.5	38	21.3	33	المجموع

يتضح من الجدول أن أعلى نسبة من الأمهات صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص حيث قُدرت بـ 38.7%، مقابل 24.5% منهن صرحن أنه استغرق في ذلك مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر و 21.3% شُخصت إصابة أطفالهن بالسرطان في مدة أقل من شهر.

نلاحظ تفاوت في نسب الحالات التي استغرق في تشخيصها 4 أشهر فأكثر وذلك على اختلاف المستوى التعليمي للأمهات، فتمركزت أعلى نسبة لدى ذوات المستوى التعليمي الثانوي حيث قُدرت بحوالي 49%، مقابل 28.6% لدى ذوات المستوى التعليمي المتوسط.

من جهة أخرى، نلاحظ انخفاض الحالات التي استغرق في تشخيصها مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر بارتفاع المستوى التعليمي للأم، حيث قُدرت أعلى نسبة بـ 38.5% لدى الأمهات بدون بمستوى مقابل 14.3% لدى الجامعيات.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

بينما نلاحظ ارتفاع نسب الحالات التي شُخصت في مدة أقل من شهر بارتفاع المستوى التعليمي للأم، إذ بلغت أدنى قيمة لدى الأمهات بدون مستوى مُقدرة بـ 15.4٪، مقابل 39.3٪ لدى الجامعيات وذلك بفارق حوالي 24 نقطة.

في ضوء التحليل الإحصائي للجدول أعلاه، نستنتج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما استغرق في تشخيص إصابة طفلها بالسرطان مدة أقصر. وعليه، تتوافق نتائج هذا الجدول مع نتائج الجدول السابق من حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما أعادت الأمهات إجراء الفحص مباشرة عند ملاحظة عدم زوال الأعراض المرضية وكلما شُخصت الإصابة بالسرطان في مدة أقصر (أقل من شهر). واتضح ذلك جليا لدى الأمهات ذوات المستوى الجامعي اللواتي كن أكثر من أعدن إجراء الفحص مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن، وبالتالي مثلن أغلب من صرحن بتشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان في مدة أقل من شهر (39.3٪).

خلاصة القول أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم زاد حرصها واهتمامها بالمتابعة الطبية للحالة المرضية لطفلها، وبالتالي الوصول إلى السبب الفعلي الذي يقف وراء اعتلال صحة طفلها في وقت أقصر. وعليه، الأمهات المتعلمات أكثر قدرة على مواجهة أخطاء التشخيص.

لتدعيم هذه النتائج نربط العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والحالة الصحية لطفلها أثناء فترة التشخيص من خلال الجدول الموالي:

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 45: العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساءت		الحالة الصحية للطفل المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	13	15.4	02	84.6	11	دون مستوى
100	19	31.6	06	68.4	13	ابتدائي
100	42	33.3	14	66.7	28	متوسط
100	53	15.1	08	84.9	45	ثانوي
100	28	39.3	11	60.7	17	جامعي
100	*155	26.5	41	73.5	114	المجموع

تشير أرقام الجدول أعلاه أنّ اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن الصحية في فترة التشخيص وذلك بنسبة 73.5٪، مقابل 26.5٪ صرحن عكس ذلك.

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأم، نلاحظ أنّ نسبة اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن خلال فترة تشخيص المرض تتجه إلى الانخفاض بارتفاع مستواهن التعليمي، حيث قُدرت بـ 84.6٪ لدى الأمهات بدون مستوى مقابل 60.7٪ لدى الجامعيات وذلك بفارق حوالي 24 نقطة.

من خلال هذه القراءة الإحصائية للجدول نستنتج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي انخفضت نسب اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن خلال فترة تشخيص المرض، فالأمهات الأقل تعليماً هن أكثر من تأثر أطفالهن بأخطاء التشخيص.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

فالتعليم ينمي الوعي الصحي للأم ويرفع اهتمامها بصحة طفلها، كما أنه يتيح لها القدرة على توضيح الحالة المرضية بدقة وبالتالي المساهمة في توجيه تشخيص الطبيب. ومن جهة أخرى له دور أساسي في تحديد قدرتها على استيعاب المعلومات التي يُقدمها الطبيب حول تشخيصه لحالة الطفل، كما أنّ إلمامها بالمفاهيم والمصطلحات الطبية والمعرفة بأساليب التشخيص والعلاج (النظام الصحي) يمكنها من توجيه نفسها وتحسين رعاية طفلها.

ننتقل الآن لإبراز تأثير الحالة المهنية للأم على الكشف المبكر عن سرطان الطفل من خلال الاستعانة بالجدول الموالية:

الجدول 46: العلاقة بين الحالة المهنية للأم ومدى قيامها بإجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إجراء الفحص مباشرة الحالة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	48	45.8	22	54.2	26	عاملة
100	254	61.0	155	39.0	99	غير عاملة
100	302	58.6	177	41.4	125	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أنّ اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بنسبة قدرت بـ 58.6%، مقابل 41.4% منهن من تصرّفن عكس ذلك.

بإدخال متغير الحالة المهنية للأم، تبين أنّ معظم الأمهات غير العاملات لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بنسبة مقدرة بـ 61%، مقابل 45.8% منهن عاملات.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

بينما نلاحظ أنّ غالبية العاملات قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، حيث قدرت نسبتهن بـ 54.2% مقابل 39% منهن غير عاملات.

تُفسر نتائج الجدول عن وجود علاقة بين الحالة المهنية للأم ومدى إقبالها على إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، ويشير معامل الارتان الذي قُدر بـ 0.3 إلى وجود علاقة طردية ضعيفة قليلا بين المتغيرين.

نستخلص إذن أنه كلما كانت الأم عاملة كلما زاد إقبالها على إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض. ولعل ما يفسر ذلك هو كيفية تقدير خطورة الأعراض المرضية وما إذا كانت تتطلب المشورة الطبية من عدمها، أي وجود تباين بين الأمهات العاملات وغير العاملات في تفسير الأعراض والتجاوب معها. وهذا ما يُشير إلى أنّ الأم العاملة أكثر اهتماما بصحة طفلها.

لإبراز سلوك الأمهات - اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة - اتجاه أعراض المرض الملاحظة، نستعين بالجدول الموالي:

الجدول 47: العلاقة بين الحالة المهنية للأم وسلوكها اتجاه أعراض المرض الملاحظة

المجموع		تجاهلها		استعمال طرق تقليدية/ دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم	
								الحالة المهنية	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	22	36.4	08	13.6	03	50.0	11	عاملة	
100	155	45.8	71	19.4	30	34.8	54	غير عاملة	
100	177*	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع	

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

يبين الجدول أنّ أكبر نسبة من الأمهات تجاهلن أعراض المرض حيث بلغت 44.6%، مقابل 36.7% منهن انتظرن زوالها و18.6% استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في الحالة المهنية، نلاحظ أنّ أكثر اللواتي تجاهلن أعراض المرض غير عاملات بنسبة 45.8%، مقابل 36.4% منهن عاملات.

بينما نجد أن غالبية اللواتي انتظرن زوال الأعراض عاملات وذلك بنسبة 50%، في حين أنّ 34.8% منهن غير عاملات.

كما نلاحظ أنّ أكبر نسبة من اللواتي لجأن إلى استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف تمركزت لدى الأمهات غير العاملات فقدرت بـ 19.4%، مقابل 13.6% منهن عاملات.

من خلال التحليل الإحصائي للجدول، نستخلص وجود اختلاف في سلوك الأمهات اتجاه أعراض المرض باختلاف حالتهم المهنية، بحيث الأم غير العاملة كانت أكثر من تجاهلتها وأكثر من استعملت طرق تقليدية أو دواء معروف للسيطرة عليها، بينما انتظرت الأم العاملة زوالها. يمكن إرجاع ذلك إلى اختلافهن في كيفية تقدير الأعراض والاعتراف بها، فإذا وقفنا على أسباب عدم قيام الأمهات غير العاملات الفحص مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض لوجدنا أنّ السبب الرئيسي في ذلك عدم إدراكهن بخطورة الأعراض، بينما يتمثل سبب عدم قيام الأمهات العاملات بذلك في التهاون أو ضيق الوقت.¹

لتدعيم هذه النتائج نربط العلاقة بين الحالة المهنية للأم والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي من خلال الجدول الموالي:

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 14.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 48: العلاقة بين الحالة المهنية للأم والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة إجراء الفحص	الحالة المهنية
				%	ك	%	ك	%	ك		
100	22	09.1	02	09.1	02	45.5	10	36.4	08	عاملة	
100	155	13.5	21	21.3	33	45.2	70	20.0	31	غير عاملة	
100	177	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع	

يتضح من خلال الأرقام المبينة في الجدول أعلاه أنّ أكبر نسبة من الأمهات استغرقت لإجراء الفحص الطبي مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض فقدرت بحوالي 45%، مقابل 22% استغرقت في ذلك مدة أقل من شهر و 20% تقريبا لم يقمن بإجرائه إلا بعد مرور 4 أشهر فأكثر.

لا نلاحظ فرق كبير بين العاملات وغير العاملات اللواتي استغرقت في إجراء الفحص مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ملاحظة الأعراض، حيث كانت نسبتهن متقاربة بلغت حوالي 46% و 45% على التوالي.

بينما نلاحظ أنّ الأمهات العاملات كن أكثر من قمن بإجراء الفحص في مدة أقل من شهر من ظهور الأعراض بنسبة مقدرة بـ 36.4% مقابل 20% منهن غير عاملات.

أمّا اللواتي قمن بإجراء الفحص بعد مرور 4 أشهر فأكثر من ظهور الأعراض، أكثرهن غير عاملات بنسبة قدرت بـ 21.3%، في حين أنّ 9.1% منهن عاملات.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

في ضوء التحليل الإحصائي للجدول رقم (48)، نستخلص أن الأمهات العاملات كن أكثر من استغرقن مدة أقصر لإجراء الفحص الطبي. انطلاقاً من هذه النتائج واستناداً إلى نتائج الجدول السابق، نخلص إلى أن الأمهات العاملات كن أكثر اهتماماً بإتاحة الرعاية الطبية لأطفالهن، حيث استجبن بسرعة للأعراض المرضية مقارنة بالأمهات الغير عاملات، ولتدعيم ما تم التوصل إليه نعرض نتائج الجدول الموالي:

الجدول 49: العلاقة بين الحالة المهنية للأم والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل الحالة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	22	31.8	07	68.2	15	عاملة
100	155	07.1	11	92.9	144	غير عاملة
100	177	10.2	18	89.8	159	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص وذلك بنسبة 89.8%، مقابل 10.2% صرحن عكس ذلك.

إذا أخذنا بعين الاعتبار الحالة المهنية للأم، نلاحظ أن معظم اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن قبل إجراء الفحص الطبي غير عاملات بنسبة مقدرة بـ 92.9%، مقابل 68.2% منهن عاملات.

يُبين اختبار كا² لبيرسون وجود علاقة بين المتغيرين، على اعتبار أن كا² المحسوبة التي قدرت بـ 12.889 أكبر من كا² الجدولية المقدرة بـ 3.841 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5%.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

أما عن طبيعة هذه العلاقة، نسبة لمعامل الاقتران الذي قيمته -0.72 نقر بوجود علاقة عكسية قوية تربط بين المتغيرين.

وعليه، نستنتج أنه كلما كانت الأم غير عاملة، كلما قامت بإجراء الفحص الطبي بعد سوء الحالة الصحية لطفلها.

نتائج الجدول تدعم ما تم التوصل إليه سابقا فيما يخص تأثير الحالة المهنية للأمهات على سرعة استجابتهن للأعراض المرضية وانعكاس ذلك على الحالة الصحية لأطفالهن. فعدم إدراك الأم غير العاملة لخطورة الأعراض المرضية وبطء الاستجابة لها أدى إلى سوء حالة الطفل التي اعتبرت حافزا لإجراء الفحص الطبي.

أما فيما يخص دور الحالة المهنية للأم في مواجهة أخطاء التشخيص، نستعين بالنتائج المبينة في الجداول الموالية:

الجدول 50: العلاقة بين الحالة المهنية للأم ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة الحالة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	27	25.9	07	74.1	20	عاملة
100	128	57.8	74	42.2	54	غير عاملة
100	155	52.3	81	47.7	74	المجموع

تبين لنا من القراءة الأولية للجدول أنّ اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة قيمتها 52.3% ، مقابل 47.7% تصرفن عكس بذلك.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

بإدخال متغير الحالة المهنية للأم، نلاحظ أنّ معظم اللواتي لم يُعدن إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن غير عاملات وذلك بنسبة 57.8٪، مقابل 25.9٪ عاملات.

بينما نجد أنّ غالبية الأمهات العاملات قمن بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة مقدرة بـ 74.1٪، مقابل 42.2٪ غير عاملات وذلك بفارق 31.9 نقطة.

نلاحظ فروقات واضحة بين الحالة المهنية للأمهات ومدى إعادة الفحص الطبي للطفل في حال مواجهة مشكل أخطاء التشخيص، ما بين ذلك اختبار كا² لبيرسون، حيث كا² المحسوبة المقدرة بـ 9.087 أكبر من كا² الجدولية التي بلغت 3.841 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5٪، وبحساب معامل الاقتران تبين أنّ هذه العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين حيث قدر بـ 0.59.

في ضوء التحليل الإحصائي لنتائج الجدول، نستنتج أنه كلما كانت الأم عاملة كلما أعادت إجراء الفحص الطبي لطفلها مباشرة عند ملاحظة عدم تحسنه، مما يدل على اهتمامها بالمتابعة الصحية لطفلها أكثر مقارنة بغير العاملة.

لتدعيم هذه النتائج، نربط العلاقة بين متغير الحالة المهنية للأم والمدة المستغرقة في تشخيص المرض من خلال الجدول الموالي:

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 51: العلاقة بين الحالة المهنية للأم والمدة المستغرقة في تشخيص المرض

المجموع	لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص الحالة المهنية	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	27	18.5	05	33.3	09	18.5	05	29.6	08	عاملة
100	128	14.8	19	39.8	51	25.8	33	19.5	25	غير عاملة
100	155*	15.5	24	38.7	60	24.5	38	21.3	33	المجموع

تُبين معطيات الجدول أعلاه أن أعلى نسبة تمركزت لدى الأمهات اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص، فقدرت بـ 38.7%، مقابل 24.5% صرحن أنه استغرق في ذلك مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر و 21.3% شُخصت إصابة أطفالهن بالسرطان في مدة أقل من شهر.

بإدخال متغير الحالة المهنية للأم يتضح أنّ أكثر اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص غير عاملات وذلك بنسبة 40% تقريبا، مقابل حوالي 33% منهن عاملات.

ونلاحظ نفس الاتجاه بالنسبة للواتي صرحن باستغراق التشخيص مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من بداية الفحص، حيث أكثرهن غير عاملات بنسبة 25.8%، في حين أنّ 18.5% منهن عاملات.

بينما نلاحظ أن أكبر نسبة من اللواتي صرحن بتشخيص إصابة أطفالهن في مدة تقل عن شهر سجلت لدى العاملات فقدرت بـ 30% تقريبا، مقابل حوالي 20% لدى غير العاملات.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

في ضوء التحليل الإحصائي للجدول أعلاه، نستخلص أنّ هناك تأثير واضح للحالة المهنية للأم في المدة المستغرقة في تشخيص المرض، حيث كلما كانت الأم عاملة كلما استغرق في تشخيص إصابة طفلها بالسرطان مدة أقصر مقارنة بالأم غير العاملة. فحرصها على إعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم زوال الأعراض المرضية كان له دور في تقليص المدة المستغرقة في التشخيص. ومن ثم نستخلص أنّ الأم العاملة أكثر قدرة على مواجهة أخطاء التشخيص من الأم غير العاملة، وهذا ما ينعكس على الحالة الصحية للطفل خلال هذه الفترة وفق ما يبيّنه الجدول الموالي:

الجدول 52: العلاقة بين الحالة المهنية للأم والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل الحالة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	27	33.3	09	66.7	18	عاملة
100	128	25.0	32	75.0	96	غير عاملة
100	155	26.5	41	73.5	114	المجموع

توضح أرقام الجدول أعلاه أنّ اتجاهه العام يتمثل في الأمهات اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن خلال فترة تشخيص المرض بنسبة 73.5٪، مقابل 26.5٪ صرحن عكس ذلك.

إذا أخذنا بعين الاعتبار الحالة المهنية للأم، نلاحظ أنّ أكبر نسبة للواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن في فترة التشخيص تمركزت لدى غير عاملات حيث قدرت بـ 75٪، مقابل 66.7٪ عند العاملات.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

نستخلص إذن وجود فروقات بين الحالة المهنية للأم والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص، فكلما كانت الأم غير عاملة كلما ساءت حالة طفلها خلال فترة التشخيص.

صفوة القول أنه نتيجة اهتمام الأمهات العاملات بالمتابعة الطبية لأطفالهن، تم الوصول إلى التشخيص الصحيح لحالة أطفالهن المرضية في مدة أقصر وبالتالي كان أطفالهن أقل تأثراً بأخطاء التشخيص.

ننتقل إلى إبراز مدى تأثير الدخل ومدى كفايته في الكشف المبكر عن سرطان الطفل من خلال عرض نتائج الجداول الموالية:

II. تأثير مستوى الدخل في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان:

الجدول 53: العلاقة بين مستوى الدخل ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إجراء الفحص مباشرة مستوى الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	31	71.0	22	29.0	09	لا تعرف
100	62	66.1	41	33.9	21	[أقل من 18000 دج]
100	111	63.1	70	36.9	41	[18000-38000 دج]
100	35	54.3	19	45.7	16	[38000-58000 دج]
100	63	39.7	25	60.3	38	[58000 دج فأكثر]
100	302	58.6	177	41.4	125	المجموع

تظهر لنا معطيات الجدول أنّ اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض حيث قُدرت نسبتهم بـ 58.6%، مقابل 41.4% منهن تصرفن عكس ذلك.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

عند إدخال مستوى الدخل، نلاحظ أنه بارتفاعه تنخفض نسب اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، حيث انتقلت من 66.1% عند اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج إلى 39.7% عند اللواتي تجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

وبالمقارنة نلاحظ أن نسب اللواتي قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة الأعراض المرضية ترتفع تدريجياً بارتفاع الدخل، حيث نجدها لدى اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج مقدرة بـ 33.9% مقابل 60.3% ممن يتجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

نلاحظ تأثير واضح لمتغير الدخل في مدى قيام الأمهات بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض. بدليل أن كلاً² المحسوبة التي قيمتها 13.877، أكبر من كلاً² الجدولية التي تساوي 9.488 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%. كما أن هناك توافق ضعيف قليلاً بين المتغيرين على اعتبار أن قيمة معامل التوافق قدرت بـ 0.21.

استناداً على التحليل الإحصائي للجدول، نستخلص أنه كلما ارتفع الدخل زاد إقبال الأمهات على إجراء الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض والعكس صحيح.

وعليه، يلعب الدخل دوراً محورياً في حجم طلب الخدمة الصحية، فكلما ارتفع أدّى ذلك إلى قدرة الأسرة على تلبية الاحتياجات الصحية لأفرادها وتمكين الأم من الاهتمام بصحة طفلها بطلب الرعاية الطبية دون التخوف من نفقاتها التي قد لا تقدر عليها أسر يكون فيها عدد المعالين كبير، فقد تبين أن لعدد أفراد الأسرة تأثير في مدى اللجوء للخدمة الصحية.¹ وبالفعل، فقد توصلنا إلى أنه كلما قل عدد أفراد الأسرة كلما زادت نسبة اللجوء إلى إجراء الفحص عند

¹ عبد المجيد الشاعر، مرجع سبق ذكره، ص. 137.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

ملاحظة الأعراض المرضية مباشرة حيث بلغت 51.6%، وتتنخفض النسب تدريجياً بارتفاع عدد أفراد الأسرة لتبلغ أدنى قيمة لها مقدرة بـ 28.6% لدى العائلات التي تتجاوز 10 أفراد.¹ هذا إن دلّ على شيء فإنما يدل على أنه كلما ارتفع الدخل كلما اعتُبر كاف لتلبية الاحتياجات الصحية لأفراد الأسرة وكلما أُقبلت الأمهات على إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة اعتلال صحة طفلها، فغالبية اللواتي صرحن بكفاية الدخل قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة بنسبة 54.6%، مقابل 29.8% صرحن عكس ذلك.²

خلاصة القول، أنّ الأمهات اللواتي دخل أسرهن مرتفع هن أكثر تركيزاً على صحة أطفالهن، بحيث ارتفع الدخل حفزن على إجراء الفحص الطبي للعلامات المرضية التي لاحظنها على أطفالهن، ومواجهة مختلف الاعتلالات التي تصيبهم بإدراك بواكر الإصابة بها، لا سيما السرطان. ذلك بتمكين الدخل المرتفع الأسر من الاستفادة أكثر من الخدمات الصحية بالمقدرة على نفقاتها، فضلاً عن إتاحتها الحصول على اختيارات أكبر فيما يخص نوع هذه الخدمات وجودتها.

أمّا فيما يخص تأثير الدخل في سلوك الأمهات اتجاه أعراض المرض الملاحظة، سنوضحه من خلال نتائج الجدول الموالي:

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 15.

² أنظر الملحق (02) الجدول رقم 16.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 54: العلاقة بين مستوى الدخل وسلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة

المجموع		تجاهلها		استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم	
								مستوى الدخل	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	22	50.0	11	04.5	01	45.5	10	لا تعرف	
100	41	53.7	22	17.1	07	29.3	12	[أقل من 18000 دج]	
100	70	40.0	28	18.6	13	41.4	29	[18000-38000 دج]	
100	19	36.8	07	31.6	06	31.6	06	[38000-58000 دج]	
100	25	44.0	11	24.0	06	32.0	08	[58000 دج فأكثر]	
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع	

يتبين لنا جليا من القراءة الأولية للجدول أنّ الأمهات اللواتي تجاهلن أعراض الإصابة يمثلن أعلى نسبة مقدرة بـ 44.6%، في حين أنّ 36.7% منهن انتظرن زوالها و18.6% استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف.

ويتضح لنا جليا أنه مهما كان مستوى الدخل إلا وتجاهلت الأمهات الأعراض بنسب متفاوتة أغلبها عند اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج حيث بلغت 54% تقريبا، مقابل حوالي 37% عند اللواتي يتراوح دخل أسرهن ما بين 38000-58000 دج.

كما نلاحظ أنّ أكبر نسبة للواتي انتظرن زوال الأعراض تقع عند اللواتي يتراوح دخل أسرهن ما بين 38000-18000 دج حيث قدرت بـ 41.4%، مقابل 29.3% لدى اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

من جهة أخرى، نلاحظ أنّ أدنى نسبة للواتي استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف تمركزت عند اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000دج حيث قدرت بـ 17.1% مقابل 31.6% لدى اللواتي يتراوح دخل أسرهن ما بين 38000-58000دج.

عند حسابنا لاختبار كا²، قدرت كا² المحسوبة بـ 7.765 وكا² الجدولية بـ 15.507 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%. دليل على وجود فروق راجعة للصدفة، وبالتالي نقبل فرضية العدم أي لا توجد علاقة بين المتغيرين.

من الواضح أنّه لم يظهر تأثير لمتغير الدخل في سلوك الأمهات اتجاه أعراض المرض.

وربما يرجع ذلك إلى أنه قد يسمح مستوى معين من الدخل بتلبية الاحتياجات الصحية لأسرة معينة ولا يسمح بتلبية احتياجات أخرى تبعا لعدة اعتبارات كحجم الأسرة وعدد الأفراد المعالين، فتبين لنا أنه كلما عدد أفراد الأسرة وكلما كان الدخل غير كاف كلما تجاهلت الأمهات أعراض المرض.¹

فعدم كفاية الدخل من العراقيل التي تقف أمام الأم في توفير الرعاية الطبية لطفلها، في هذه الحالة، تقدير الأمهات لضرورة إجراء الفحص الطبي للأعراض يرتبط بجديتها، وبالتالي غالبا ما تؤجل الخدمة الصحية في حال ملاحظتها لأعراض بسيطة يمكن تجاهلها، مؤدية بذلك إلى تطور الإصابة إلى مرحلة تتطلب رعاية طبية وعلاج أطول وتكاليف أكثر ارتفاعا مما كانت ستكون عليه إن تمّ الإسراع في إجراء الفحص.

¹ أنظر الملحق (02) الجدولين رقم 17 و18.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 55: العلاقة بين مستوى الدخل والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة إجراء الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	مستوى الدخل
100	22	09.1	02	09.1	02	59.1	13	22.7	05	لا تعرف
100	41	17.1	07	26.8	11	41.5	17	14.6	06	[أقل من 18000 دج]
100	70	14.3	10	18.6	13	47.1	33	20.0	14	[18000-38000 دج]
100	19	05.3	01	21.1	04	47.4	09	26.3	05	[38000-58000 دج]
100	25	12.0	03	20.0	05	32.0	08	36.0	09	[58000 دج فأكثر]
100	177	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع

يظهر من خلال القراءة الإحصائية للجدول أنّ أكبر نسبة من الأمهات استغرقت مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض لإجراء الفحص الطبي فقدت بـ 45% تقريبا، مقابل 22% استغرقت في ذلك في مدة أقل من شهر وحوالي 20% منهن لم يقمن بإجرائه إلا بعد مرور مدة 4 أشهر فأكثر من ظهور الأعراض.

بإدخال متغير الدخل، نلاحظ أنّ أكثر اللواتي قمن بإجراء الفحص بعد مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض يتراوح دخل أسرهن ما بين 18000-38000 دج و38000-58000 دج بنسبة 47% تقريبا، مقابل 32% تجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

من جهة أخرى، نلاحظ أنّه بارتفاع الدخل ترتفع نسب اللواتي قمن بإجراء الفحص في مدة أقل من شهر من ظهور الأعراض، حيث انتقلت من 14.6% عند اللواتي دخل أسرهن يقل عن 18000 دج إلى 36% عند اللواتي تجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

بينما نلاحظ أنّ نسب اللواتي قمن بإجراء الفحص بعد مدة 4 أشهر فأكثر من ظهور الأعراض تنخفض بارتفاع الدخل، حيث انتقلت من حوالي 27% لدى اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج إلى 20% لدى اللواتي تجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

من التحليل الإحصائي للجدول يتضح أن كلما ارتفع الدخل كلما قامت الأمهات بإجراء الفحص الطبي في مدة أقصر. أي أنّ الأمهات اللواتي دخل أسرهن مرتفع أكثر سرعة في استجابتهن لأعراض المرض بإجراء الفحص عنها في مدة أقصر مقارنة باللواتي دخلهن الأسري منخفض. وهذا ما يدل على الأهمية التي يلعبها الدخل في تدارك إصابة الطفل من خلال تحفيزه الأمهات إجراء الفحص الطبي للأعراض المرضية وعدم ترك مجال لتطورها.

لتدعيم هذه النتائج، نربط العلاقة بين مستوى الدخل والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص الطبي من خلال الجدول الموالي:

الجدول 56: العلاقة بين مستوى الدخل والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص

المجموع		بقيت مستقرة		ساءت		الحالة الصحية للطفل مستوى الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	22	04.5	01	95.5	21	لا تعرف
100	41	02.4	01	97.6	40	[أقل من 18000 دج]
100	70	10.0	07	90.0	63	[18000-38000 دج]
100	19	15.8	03	84.2	16	[38000-58000 دج]
100	25	24.0	06	76.0	19	[58000 دج فأكثر]
100	177	10.2	18	89.8	159	المجموع

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

تبين أرقام الجدول أنّ اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص الطبي وذلك بنسبة 89.8%، مقابل 10.2% صرحن عكس ذلك. نلاحظ أنه بارتفاع الدخل تتخفض تدريجياً نسب اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن قبل إجراء الفحص، بحيث انتقلت من 97.6% لدى اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج إلى 76% لدى اللواتي يتجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

تبين هذه المعطيات وجود علاقة ضعيفة قليلاً بين مستوى الدخل والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص الطبي، حيث قدر معامل التوافق بـ 0.22.

نستنتج من خلال ما تم التوصل إليه أنه كلما ارتفع الدخل كلما قامت الأمهات بإجراء الفحص قبل أن تسوء الحالة الصحية لأطفالهن.

نتائج الجدول تتوافق مع النتيجة السابقة من حيث أنّ ارتفاع الدخل يؤدي إلى سرعة الاستجابة للأعراض الملاحظة وبالتالي القيام بالفحص الطبي قبل أن تسوء حالة الطفل. في حين أنّ انخفاض دخل الأسرة يؤدي إلى بطء الاستجابة والانتظار إلى أن يكون الدافع قوي للقيام بالفحص. فأول ما يواجه الأسرة عند اعتلال صحة الطفل هو التكاليف المادية للتشخيص والعلاج التي لا تقدر عليها الأسر التي لا يسمح دخلها الشهري بتلبية متطلباتها الضرورية، خاصة مع عدم امتلاك تأمين صحي، وقد تبين أنّ ما يقارب 76% من الأسر التي يقل دخلها عن 18000 دج ليس لديها تأمين صحي.¹ لذلك، تقدير ضرورة إجراء الفحص الطبي يرتبط بجدية الأعراض، فلا تعتبر الأعراض الخفيفة مثلاً علامات مرضية تستحق تحمل الأسرة نفقات الفحص عنها وعلاجها.

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 19.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

وعليه، انخفاض الدخل يؤدي إلى عدم القدرة على إتاحة الرعاية الطبية للطفل وتشخيص مرضه.

أما فيما يتعلق بتأثير دخل الأسرة في مواجهة أخطاء التشخيص نبينه من خلال نتائج الجداول الموالية:

الجدول 57: العلاقة بين مستوى الدخل ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة مستوى الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	11	63.6	07	36.4	04	لا تعرف
100	32	68.8	22	31.3	10	[أقل من 18000 دج]
100	60	58.3	35	41.7	25	[18000-38000 دج]
100	17	47.1	08	52.9	09	[38000-58000 دج]
100	35	25.7	09	74.3	26	[58000 دج فأكثر]
100	155	52.3	81	47.7	74	المجموع

نلاحظ أنّ الاتجاه العام يتجه نحو اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة قيمتها 52.3%، مقابل 47.7% منهن تصرفن عكس ذلك.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في مستوى الدخل، نلاحظ أنّه بارتفاعه تنخفض نسب اللواتي لم يقمن بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن، إذ انتقلت من 68.8% لدى اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج إلى 25.7% لدى اللواتي يتجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

اعتمادا على اختبار كا² لبيرسون، حيث تبين أن كا² المحسوبة التي قيمتها 15.015 أكبر من كا² الجدولية التي بلغت 9.488 عند درجة حرية 4 مستوى دلالة 5٪، نقبل بوجود علاقة بين الدخل ومدى إعادة الأم الفحص الطبي لطفلها مباشرة بملاحظة عدم زوال الأعراض. كما بين معامل التوافق الذي قدر بـ 0.3 إلى وجود ارتباط ضعيف قليلا بين المتغيرين.

نستخلص من هذه النتائج أنه بارتفاع الدخل يزيد إقبال الأمهات على إعادة الفحص الطبي عند ملاحظتهن عدم تحسن أطفالهن.

فارتفاع الدخل يؤدي إلى قدرة الأسرة على تلبية الاحتياجات الصحية لأفرادها، فكانت الأمهات اللواتي ذكرن أن دخل أسرهن كاف أكثر من أعدن إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن.¹

هذا ما يدل على دور الدخل في مواجهة أخطاء التشخيص التي تسبب الإرهاق بالتكاليف المادية. فالهدر المادي الناجم عن القيام بالمزيد من الفحوصات للوصول إلى التشخيص الصحيح لا تتحملة الكثير من الأسر لانخفاض دخلها. خاصة مع ارتفاع تكاليف الفحوصات في القطاع الخاص، وعدم التمكن من القيام بها في القطاع العام لطول فترة الانتظار.

وعليه، الأمهات اللواتي دخلهن الأسري مرتفع أكثر قدرة على القيام بالمتابعة الطبية لأطفالهن وبالتالي أكثر قدرة على مواجهة أخطاء التشخيص التي تتسبب في زيادة المدة المستغرقة في الكشف عن المرض. ولمعرفة الدور الذي يلعبه الدخل في تقليص هذه المدة، نربط العلاقة بين مستوى الدخل والمدة المستغرقة في تشخيص المرض من خلال الجدول الموالي:

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 20.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 58: العلاقة بين مستوى الدخل والمدة المستغرقة في تشخيص المرض

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص مستوى الدخل	
										%	ك
100	11	-	-	36.4	04	36.4	04	27.3	03	لا تعرف	
100	32	21.9	07	40.6	13	28.1	09	09.4	03	[أقل من 18000 دج]	
100	60	13.3	08	43.3	26	26.7	16	16.7	10	[18000-38000 دج]	
100	17	23.5	04	29.4	05	23.5	04	23.5	04	[38000-58000 دج]	
100	35	14.3	05	34.3	12	14.3	05	37.1	13	[58000 دج فأكثر]	
100	155	15.5	24	38.7	60	24.5	38	21.3	33	المجموع	

يتبين من خلال القراءة الإحصائية للجدول أن أعلى نسبة من الأمهات صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص إذ قدرت بـ 38.7%، مقابل 24.5% صرحن أنه استغرق في ذلك مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر و 21.3% شخصت إصابة أطفالهن بالسرطان في مدة أقل من شهر.

إذا أخذنا بعين الاعتبار مستوى الدخل، نلاحظ أن أكبر نسبة من اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن مدة 4 أشهر فأكثر تمركزت لدى ذوات دخل أسري يتراوح ما بين 18000-38000 دج فقدرت بـ 43.3%، مقابل 29.4% دخل أسرهن يتراوح ما بين 38000-58000 دج.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

من جهة أخرى نلاحظ أنه بارتفاع الدخل تنخفض تدريجياً نسب اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن في مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر، إذ انتقلت من 28.1% لدى ذوات دخل أسري أقل من 18000 دج إلى 14.3% لدى اللواتي يتجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

بينما نلاحظ أنه بارتفاع الدخل ترتفع تدريجياً نسب اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن مدة أقل من شهر، فانتقلت من 9.4% لدى ذوات الدخل الأسري الأقل من 18000 دج إلى 37.1% لدى اللواتي تجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

نستنتج من خلال النتائج المتوصل إليها أنه كلما ارتفع الدخل كلما استغرق في تشخيص إصابة الطفل بالسرطان مدة أقصر. وإذا أخذنا النتيجة السابقة بعين الاعتبار، نخلص إلى أنّ كلما ارتفع الدخل كلما أعادت الأمهات إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن وكلما استغرق في تشخيص المرض مدة أقصر.

مجمل القول، أنّ ارتفاع الدخل يرفع من اهتمام الأم بصحة طفلها من خلال إتاحة الرعاية الطبية للبحث في المسببات التي تقف وراء اعتلال صحته وتقليل المدة المستغرقة في ذلك وما لذلك من انعكاس على حالته الصحية. كما سنوضحه من خلال نتائج الجدول الموالي:

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الجدول 59: العلاقة بين مستوى الدخل والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل
%	ك	%	ك	%	ك	مستوى الدخل
100	11	18.2	02	81.8	09	لا تعرف
100	32	18.8	06	81.3	26	[أقل من 18000 دج]
100	60	25.0	15	75.0	45	[18000-38000 دج]
100	17	35.3	06	64.7	11	[38000-58000 دج]
100	35	34.3	12	65.7	23	[58000 دج فأكثر]
100	155	26.5	41	73.5	114	المجموع

يتضح من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أنّ اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن خلال فترة تشخيص المرض وذلك بنسبة 73.5%، مقابل 26.5% صرحن عكس ذلك.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في مستوى الدخل، نلاحظ أنه بارتفاعه تنخفض نسب اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن خلال فترة التشخيص، فانتقلت من 81.3% لدى ذوات الدخل الأسري الأقل من 18000 دج إلى 65.7% لدى اللواتي تجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

وبالمقارنة نلاحظ أنه بارتفاع الدخل ترتفع نسب اللواتي صرحن بعدم سوء حالة أطفالهن خلال فترة التشخيص حيث تركزت أدنى نسبة لدى اللواتي يقل دخلهن الأسري عن 18000 دج مقدرة بـ 18.8%، مقابل 34.3% عند اللواتي تجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

نستنتج من التحليل الإحصائي للجدول أعلاه أنه كلما ارتفع الدخل كلما لم تسوء حالة الطفل خلال فترة التشخيص، بينما الأمهات ذوات الدخل المنخفض هن أكثر من تأثر أطفالهن بأخطاء التشخيص.

فأهم خصائص انخفاض دخل الأسرة تتمثل في نقص الوصول إلى الخدمات الصحية واستخدامها بشكل أمثل للوصول إلى التشخيص الصحيح في مدة أقصر وهذا ما ينعكس على الحالة الصحية للطفل.

ومن جهة أخرى، يمثل انخفاض الدخل عقبة أمام استخدام الخدمات الصحية الضرورية للكشف عن إصابة الطفل بمرض السرطان، فالكثير من الأمهات من صرحن أن حالة أطفالهن ساءت في فترة التشخيص لعدم قدرة الأسرة على إجراء الفحوصات في الوقت الذي حدده الطبيب لغلائها في القطاع الخاص، ففحص الـ IRM مثلا قد يفوق ثمنه من 20000 دج، متجاوزا بذلك المداخيل الشهرية للكثير من الأسر مما يعطل إمكانية إجراءه بسرعة مع طول مواعيد الفحوصات الإشعاعية في القطاع العام.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

الاستنتاج:

تبين لنا من خلال معالجتنا لجداول الفرضية الثانية المصاغة كالتالي: ارتفاع المكانة الاجتماعية للأم يعزز من إمكانية الكشف المبكر عن إصابة طفلها بالسرطان، أن:

للمستوى التعليمي للأمهات تأثير واضح على مدى إجراءات الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، حيث بارتفاعه يزيد إقبالهن على إجراء الفحص والعكس صحيح، إذ تنخفض نسب اللواتي لم يقمن بإجراءه مباشرة عند ملاحظتهن أعراض المرض تدريجياً، فقدرت لدى الأمهات دون مستوى والجامعيات بـ 85.7% و 39.3% على التوالي.

لم نعرش على علاقة واضحة بين المستوى التعليمي للأمهات وسلوكهن اتجاه أعراض المرض الملاحظة، فأكثر اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص تجاهلن أعراض المرض وذلك على اختلاف مستواهن التعليمي مع ارتكاز أعلى نسبة لدى ذوات المستوى المتوسط (52%).

كما لم نجد تأثير واضح للمستوى التعليمي للأمهات والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي، حيث استغرقن في ذلك مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض وذلك على اختلاف مستواهن التعليمي.

غير أننا لاحظنا أنه بارتفاع المستوى التعليمي انخفضت نسب اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص منتقلة من 96% لدى الأمهات دون مستوى إلى ما يقارب 83% لدى الجامعيات.

تبين أن للمستوى التعليمي للأمهات دور محوري في مواجهة أخطاء التشخيص، حيث غالبية اللواتي لم يقمن بإعادة إجراء الفحص الطبي لأطفالهن نتيجة التعرض لأخطاء

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

التشخيص اتجهت نسبهن إلى الانخفاض تدريجيا بارتفاع المستوى التعليمي للأم (بلغت 69% لدى الأمهات دون مستوى و21% لدى الجامعيات).

وعليه، كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات كلما استغرق في تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة أقصر، وبالتالي لاحظنا انخفاض نسب الأمهات اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن خلال فترة التشخيص بارتفاع مستواهن التعليمي، فانتقلت مما يُقارب 85% لدى الأمهات دون مستوى إلى 61% لدى الجامعيات.

أما فيما يتعلق بالحالة المهنية للأم، وجدنا أنّ لها تأثير في مدى قيام الأمهات بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظتهن أعراض المرض، فكانت الأمهات غير العاملات أكثر من لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بنسبة 61%.

ويبرز تأثيرا واضحا للحالة المهنية للأمهات في سلوكهن اتجاه أعراض المرض الملاحظة، فكانت الأمهات غير العاملات أكثر ميلا إلى تجاهل أعراض المرض واستعمال الطرق التقليدية أو دواء معروف لمعالجة الطفل، بينما الأمهات العاملات كن أكثر من انتظرن زوال الأعراض.

أكثر الأمهات قمن بإجراء الفحص الطبي بعد انقضاء مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض المرضية وذلك مهما كانت حالتهم المهنية. لكن، تبين أنّ العاملات أكثر من استغرقن مدة أقل من شهر لإجراء الفحص، بينما غير العاملات كن أكثر من استغرقن 4 أشهر فأكثر لإجراء الفحص الطبي.

وعليه، غالبية اللواتي قمن بإجراء الفحص الطبي بعد سوء حالة أطفالهن غير عاملات، حيث قدرت نسبتهن بـ 93% تقريبا.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

كما تبين أنّ للحالة المهنية للأم تأثيراً واضحاً في قدرة الأمهات على مواجهة أخطاء التشخيص، حيث غالبية اللواتي لم يقمن بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن غير عاملات (58% تقريباً).

وبالتالي أكثر الأمهات اللواتي صرحن باستغراق مدة التشخيص 4 أشهر فأكثر ومدة ما بين 1-3 أشهر غير عاملات بنسب قيمها 39.8% و 25.8% على التوالي، بينما أعلى نسبة للواتي صرحن باستغراق التشخيص مدة أقل من شهر تم تسجيلها لدى العاملات فقدرت بـ 29.6%.

وعليه، معظم الأمهات غير عاملات ساءت حالة أطفالهن خلال فترة تشخيص المرض وذلك بنسبة 75%.

بالنسبة لمستوى الدخل الشهري للأسرة، تبين أنّ له تأثير قوي في مدى إقبال الأمهات على إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، حيث ترتفع النسب بارتفاعه والعكس صحيح، إذ بلغت نسبة الأمهات اللواتي دخل أسرهن يقل عن 18000 دج ولم يقمن بإجراء الفحص 71%، في حين بلغت 40% لدى اللواتي يتجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

لكن لم نجد تأثير واضح لمستوى الدخل في سلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة، حيث تجاهلناها وذلك على اختلاف مستوى دخلهن الأسري مع تمركز أعلى نسبة مقدرة بـ 54% لدى اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج، ووقعت أكبر نسبة للواتي انتظرن زوال الأعراض عند اللواتي يتراوح دخل أسرهن ما بين 18000-38000 دج مقدرة بـ 41%، وأكثر اللواتي استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف يتراوح دخلهن الأسري ما بين 38000-58000 دج بنسبة مقدرة بـ 32%. مرد عدم بروز التأثير الواضح للدخل في سلوك الأمهات

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

اتجاه أعراض المرض الملاحظة هو تباين عدد أفراد الأسر وبالتالي كفاية الدخل لتلبية احتياجاتهم الصحية.

أكبر نسبة من الأمهات اللواتي انتظرن مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ظهور الأعراض لإجراء الفحص تمركزت في فئة الدخل 18000-38000 دج حيث بلغت 47%. تقريبا، بينما لاحظنا أنه بارتفاع مستوى الدخل ترتفع نسب اللواتي استغرقن في ذلك مدة أقل من شهر وتنخفض نسب اللواتي استغرقن مدة 4 أشهر فأكثر للقيام بالفحص.

كما لاحظنا انخفاض تدريجي لنسب الأمهات اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص الطبي بارتفاع مستوى الدخل، فانتقلت من حوالي 98% لدى اللواتي يقل دخل أسرهن عن 18000 دج إلى 76% لدى اللواتي يتجاوز دخل أسرهن 58000 دج.

تبين أنّ لمستوى الدخل دور أساسي في مواجهة أخطاء التشخيص، إذ لاحظنا أن نسب الأمهات اللواتي لم يقمن بإعادة إجراء الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن الطفل تتخفض تدريجيا بارتفاع الدخل والعكس صحيح، فانتقلت من حوالي 69% لدى فئة الدخل الأقل من 18000 دج إلى 26% لدى فئة الدخل الذي يتجاوز 58000 دج وذلك بفارق 43 نقطة.

ووجدنا تأثير واضح لمستوى الدخل في المدة المستغرقة في تشخيص المرض، إذ بارتفاعه تتخفض نسب الحالات التي استغرق في تشخيصها 4 أشهر فأكثر، نفس الاتجاه تم ملاحظته لدى الحالات التي استغرق في تشخيصها ما بين 1-3 أشهر، بينما ترتفع نسب الحالات التي استغرق في تشخيصها أقل من شهر.

الفصل السابع: المكانة الاجتماعية لأم الطفل وعلاقتها بالكشف المبكر عن إصابته بالسرطان

وبالتالي تربط علاقة عكسية بين مستوى الدخل ونسبة الحالات التي ساءت خلال فترة التشخيص، حيث انتقلت مما يُقارب 81% لدى فئة الدخل الأقل من 18000 دج إلى 65% تقريبا لدى فئة الدخل الأكثر من 58000 دج وذلك بفارق 16 نقطة.

خلاصة القول، أن للمكانة الاجتماعية لأم الطفل دور في الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان، فبارتفاع مؤشراتها المتمثلة في المستوى التعليمي للأم، حالتها المهنية ومستوى الدخل الأسري يزيد إقبالها على إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، وكانت بالتالي أقل تجاهلا لها وأكثر سرعة في استجابتها لهذه الأعراض بإجراء الفحص عنها قبل أن تسوء الحالة الصحية لطفلها.

كما أنه بارتفاع هذه المؤشرات تزيد قدرتها على مواجهة أخطاء التشخيص، بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم زوال الأعراض المرضية، حيث ينعكس ذلك على المدة المستغرقة في التشخيص ومنه على الحالة الصحية للطفل.

بعدما أن بينا دور المكانة الاجتماعية لأم الطفل في الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان، سنحاول في الفصل الموالي قياس مدى تأثير الخدمات الصحية المقدمة للطفل في الكشف المبكر عن إصابته، سعيا منا إلى التحقق من مدى صحة الفرضية الثالثة التي مفادها أن للخدمات الصحية دور في رفع فرص الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان.

الفصل الثامن

الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف

المبكر عن سرطان الطفل

تمهيد

1. دور قطاع الفحص في الكشف المبكر عن سرطان الطفل
2. اختصاص الطبيب الفاحص وعلاقته بالكشف المبكر عن سرطان

الطفل

الاستنتاج

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

تمهيد:

بعد أن تطرقنا إلى إبراز دور المكانة الاجتماعية للأم في الكشف المبكر عن سرطان الطفل، سنحاول من خلال هذا الفصل معرفة دور نوعية الخدمات الصحية المقدمة في ذلك. لقد سبق وأن بينّا أنّ الأغلبية الساحقة للأمهات صرحن بوفرة الخدمات الصحية التشخيصية وسهولة الوصول إليها.¹ وبالتالي ستقتصر مؤشرات المتغير المستقل المتمثل في الخدمات الصحية بالقطاع الذي تلجأ الأم إليه لإجراء الفحص، الصعوبات التي واجهتها أسرة الطفل أثناء القيام بالتشخيص واختصاص الطبيب الفاحص. التي سنقوم بربطها بمؤشرات المتغير التابع المتمثلة في:

1/- عند ملاحظة الأعراض:

* مدى إجراء الفحص الطبي مباشرة

* سلوك الأم اتجاه الأعراض المرضية الملاحظة

* المدة المستغرقة لإجراء الفحص الطبي

* الحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص

2/- نتيجة مواجهة أخطاء التشخيص:

* مدى إعادة الفحص الطبي مباشرة

* المدة المستغرقة في التشخيص

* الحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص.

¹ أنظر خصائص العينة الجدول رقم 21.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

أ. دور قطاع الفحص في الكشف المبكر عن سرطان الطفل:

الجدول 60: العلاقة بين قطاع الفحص ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إجراء الفحص مباشرة قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	129	64.3	83	35.7	46	عام
100	173	54.3	94	45.7	79	خاص
100	302	58.6	177	41.4	125	المجموع

من تتبّع الاتجاه العام للجدول يظهر لنا أنّ غالبية الأمهات لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بنسبة 58.6%، مقابل 41.4% منهن تصرّفن عكس ذلك.

بإدخال متغير قطاع الفحص، نلاحظ أنّ أعلى نسبة من اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض تمركزت عند اللواتي اتجهن إلى القطاع العام حيث قدرت بـ 64.3%، مقابل 54.3% عند اللواتي اتجهن إلى القطاع الخاص وذلك بفارق 10 نقاط.

تبين بعد حساب معامل الاقتران الذي قُدر بـ -0.21، إلى أنّه تربط علاقة عكسية ضعيفة قليلاً بين المتغيرين.

من خلال هذه النتائج، نستنتج أنّ اللواتي قمن بالفحص في القطاع العام هن أكثر من لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، بينما كانت اللواتي توجهن إلى القطاع الخاص أكثر من قمن بإجراء الفحص فور ملاحظة العلامات المرضية.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

هذا يدل على اختلاف نوعية الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الخاص عنه في القطاع العام، وقد تعكس أبعاد الجودة استعداد الأمهات لدفع مقابل مادي نظير الحصول على خدمات القطاع الخاص، فتقديم الخدمة الصحية في الوقت الذي تُطلب فيه وفي المستوى الذي ترقى إليه تطلعات الأم من العوامل التي حفزتها على إجراء الفحص الطبي للطفل. فلقد بينت دراسة حول تقديم خدمات الرعاية الصحية أنه من المرجح أن يطلب المرضى الرعاية في منشأة إذا كانوا واثقين من أن الخدمات ستكون متاحة عند الوصول.¹

أما بالنسبة للواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، يبرز تأثير قطاع الفحص في سلوكهن اتجاه أعراض المرض الملاحظة من خلال الجدول الموالي:

الجدول 61: العلاقة بين قطاع الفحص وسلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة

المجموع		تجاهلها		استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم	
								قطاع الفحص	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	83	32.5	27	24.1	20	43.4	36	عام	
100	94	55.3	52	13.8	13	30.9	29	خاص	
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع	

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أنّ أكثر الأمهات تجاهلن أعراض الإصابة بنسبة 44.6%، مقابل 36.7% انتظرن زوالها و18.6% استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف.

¹ Agence nationale de la statistique et de la démographie, Ministère de la santé et de l'action sociale, **Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) 2012-2013**, Sénégal, 2013, p.9.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في قطاع الفحص، نلاحظ أن غالبية اللواتي تجاهلن الأعراض اتجهن إلى القطاع الخاص وذلك بنسبة 55.3%، مقابل 32.5% اتجهن إلى القطاع العام. بينما أكثر اللواتي انتظرن زوال الأعراض قمن بالفحص في القطاع العام بنسبة بلغت 43.4%، مقابل 30.9% اتجهن إلى القطاع الخاص.

كما أن أكبر نسبة من اللواتي استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف تمركزت لدى اللواتي قمن بالفحص في القطاع العام بنسبة فقدت بـ 24.1%، مقابل 13.8% قمن بالفحص في القطاع الخاص.

باستخراج قيمة كا² وجدنا فارقاً ذو دلالة بين قطاع الفحص وسلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة، حيث بلغت المحسوبة 9.503 بينما الجدولية 5.991 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%.

إذن نستنتج وجود اختلاف في سلوك الأمهات اتجاه أعراض المرض تبعاً لقطاع الفحص، فكانت اللواتي قمن بالفحص في القطاع الخاص أكثر تجاهلاً لأعراض المرض.

يمكن تفسير ذلك بتأثير تكاليف الفحوصات الطبية في القطاع الخاص التي قد تقف عقبة أمام استخدام الخدمات الصحية المقدمة في هذا القطاع خاصة إن كانت الأسر لا تقدر على نفقاتها، فإذا أخذنا متغير مدى كفاية الدخل في العلاقة السابقة، لوجدنا أن غالبية اللواتي تجاهلن أعراض المرض وتوجهن إلى القطاع الخاص نكرن أن دخلهن الأسري لا يكفي لتلبية الاحتياجات الصحية.¹ وبالتالي في ظل ارتفاع تكاليف الفحص في القطاع الخاص وعدم تلبية

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 21.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الدخل الأسري المتطلبات الصحية، يتم تجاهل الأعراض المرضية ما لم تستدع الإسراع في إجراء الفحص.

وعليه، إلى جانب الوعي الصحي للأم، يمكن أن تؤثر التكاليف الطبية التي يتعين دفعها بشكل سلبي من خلال ثني المرضى الفقراء عن استخدام الخدمات.¹

لتدعيم هذه النتائج نربط العلاقة بين قطاع الفحص والمدة المستغرقة في استشارة الطبيب من خلال الجدول الموالي:

الجدول 62: العلاقة بين قطاع الفحص والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة إجراء الفحص قطاع الفحص
						%	ك	%	ك	
100	83	13.3	11	15.7	13	45.8	38	25.3	21	عام
100	94	12.8	12	23.4	22	44.7	42	19.1	18	خاص
100	177*	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أنّ أكبر نسبة من الأمهات استغرقت مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر من ملاحظة الأعراض لإجراء الفحص الطبي إذ قدرت بـ 45.2%، مقابل 22% استغرقت في ذلك مدة أقل من شهر و 20% تقريبا لم يقمن بإجرائه إلا بعد مرور 4 أشهر فأكثر من ظهور الأعراض.

¹ Ministère de la santé, Office national de la population, **Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2001**, Rwanda, 2003, p.64.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

لا نلاحظ فرق كبير بين اللواتي اتجهن إلى القطاع العام واستغرقن مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر لإجراء الفحص واللواتي اتجهن إلى القطاع الخاص، حيث بلغت نسبتهن حوالي 46% و45% على التوالي.

من جهة أخرى نلاحظ أنّ أكثر اللواتي استغرقن مدة تقل عن شهر لإجراء الفحص توجهن إلى القطاع العام بنسبة حوالي 25%، في حين أنّ ما يقارب 19% منهن قمن بالفحص في القطاع الخاص.

بينما أعلى نسبة من اللواتي قمن بإجراء الفحص بعد مدة 4 أشهر فأكثر من ظهور الأعراض وقعت لدى اللواتي توجهن إلى القطاع الخاص بنسبة 23% تقريبا، مقابل حوالي 16% قمن بالفحص في القطاع العام.

من خلال التحليل الإحصائي للجدول أعلاه، نستخلص أنّ اللواتي توجهن إلى القطاع العام استغرقن مدة أقصر لإجراء الفحص الطبي مقارنة باللواتي قمن بالفحص في القطاع الخاص. ويمكننا تفسير ذلك بتقديم القطاع العام خدمات مجانية وفي كل الأوقات (أيام نهاية الأسبوع- أيام العطل- في الليل) كما يضمن التكفل بالحالات المستعجلة، خاصة وأنّ أغلبية اللواتي توجهن إلى القطاع العام لاحظن على أطفالهن أعراضا حادة بنسبة مقدرة بـ 58.1%، بينما أكثر اللواتي توجهن للقطاع الخاص لاحظن أعراضا خفيفة بنسبة قدرت بـ 42.8%¹.

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 22.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الجدول 63: العلاقة بين قطاع الفحص والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	83	14.5	12	85.5	71	عام
100	94	06.4	06	93.6	88	خاص
100	177	10.2	18	89.8	159	المجموع

توضّح لنا القراءة الإحصائية للجدول أنّ اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص الطبي بنسبة 89.8%، مقابل 10.2% صرحن عكس ذلك.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في قطاع الفحص، نلاحظ أنّ أكبر نسبة من اللواتي قمن بالفحص الطبي بعد أن ساءت الحالة الصحية لأطفالهن وقعت لدى اللواتي اتجهن إلى القطاع الخاص فقدرت بـ 94%، مقابل 85.5% عند اللواتي لجأن إلى القطاع العام.

وتبيّن أنّ هناك علاقة عكسية متوسطة بين قطاع الفحص والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص حيث بلغت قيمة معامل الارتباط -0.43.

انطلاقاً من هذه النتائج نستخلص أنّه كلما لم تقم الأم بإجراء الفحص الطبي لطفلها مباشرة وتوجهت إلى القطاع الخاص كلما تركت مجال لسوء حالة طفلها قبل عرضه على الطبيب.

فارتفاع أسعار الفحص في القطاع الخاص تفرض نوعاً من اللامبالاة اتجاه الأعراض الملاحظة خاصة إن كانت هذه الأخيرة لا تثير قلق الأمهات بالقدر الكافي لقيامها بإجراء الفحص الطبي، وانتظار حتى يكون الدافع قوي للقيام بالفحص، أي استعداد الأم لدفع مقابل مادي نظير

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الحصول على خدمات القطاع الخاص يرتبط بالمقدرة المادية على ذلك، وبوعيها الصحي من جهة أخرى.

فيما يتعلق بأخطاء التشخيص، تبين أن غالبية اللواتي صرحن بمواجهة أخطاء التشخيص قمن بالفحص في القطاع العام وذلك بنسبة حوالي 57.7%، مقابل 47.7% تقريبا يقمن بالفحص في القطاع الخاص.¹ أما لإبراز تأثير قطاع الفحص الذي تلجأ إليه الأم في مدى إعادة إجراء الفحص الطبي عند مواجهة أخطاء التشخيص، نستعين بالجدول الموالي:

الجدول 64: العلاقة بين قطاع الفحص ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة

إعادة الفحص مباشرة		لا		نعم		قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	74	56.8	42	43.2	32	عام
100	81	48.1	39	51.9	42	خاص
100	155*	52.3	81	47.7	74	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أنّ اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة 52.3%، في حين أنّ 47.7% تصرفن عكس ذلك.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في قطاع الفحص، نلاحظ أنّ غالبية اللواتي اتجهن إلى القطاع العام لم يُعدن إجراء الفحص مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن حيث فُدرت نسبتهن بـ 56.8%، مقابل 48.1% ممن قمن بالفحص في القطاع الخاص.

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 23.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

بينما غالبية اللواتي اتجهن إلى القطاع الخاص قمن بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن وذلك بنسبة مقدرة بـ 52% تقريبا، مقابل حوالي 43% ممن اتجهن إلى القطاع العام وذلك بفارق 8.7 نقطة.

في ضوء التحليل الإحصائي للجدول أعلاه، نستخلص أن الأمهات اللواتي توجهن للقطاع العام كنّ أكثر من لم يقمن بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن الطفل مقارنة باللواتي توجهن للقطاع الخاص. وربما يرجع ذلك للمتابعة الطبية لدى الأطباء الناشطين في القطاع الخاص، فتبين لنا أنّ من الأسباب الرئيسية لتوجه الأمهات إلى القطاع الخاص يعود لقيامهن بالمتابعة الطبية لأطفالهن بنسبة مقدرة بـ 37%، بينما اعتُبر السبب الرئيسي لتوجههن إلى القطاع العام هو لتوفره وقربه بنسبة قدرت بـ 31.8%. فمعرفة الطبيب والثقة في تشخيصه من العوامل المحفزة على إعادة الفحص، هذا فضلا عن الدور الذي يلعبه الجانب المادي، حيث غالبية اللواتي توجهن إلى القطاع الخاص اعتبرن دخل أسرهن كاف لتلبية الاحتياجات الصحية، بينما غالبية اللواتي قمن بالفحص في القطاع العام اعتبرنه غير كاف.¹

أمّا فيما يخص تأثير قطاع الفحص في المدة المستغرقة في تشخيص المرض، نبينه من خلال عرض نتائج الجدول الموالي:

¹ أنظر الملحق (02) الجدولين رقم 24 و25.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الجدول 65: العلاقة بين قطاع الفحص والمدة المستغرقة في تشخيص المرض

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	74	16.2	12	31.1	23	27.0	20	25.7	19	عام
100	81	14.8	12	45.7	37	22.2	18	17.3	14	خاص
100	155	15.5	24	38.7	60	24.5	38	21.3	33	المجموع

تشير معطيات الجدول أعلاه إلى تمركز أعلى نسبة لدى الأمهات اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص، حيث قُدرت بـ 38.7%، في حين كانت نسبة اللواتي صرحن بأنه استغرق في ذلك مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر ومدة أقل من شهر مقدرة بـ 24.5%، و 21.3% على التوالي.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في قطاع الفحص، نلاحظ أنّ أكبر نسبة من اللواتي صرحن باستغراق تشخيص حالة أطفالهن مدة 4 أشهر فأكثر تمركزت لدى اللواتي توجهن إلى القطاع الخاص بنسبة 45.7%، مقابل 31.1% ممن قمن بالفحص في القطاع العام.

بينما أكبر نسبة من اللواتي صرحن ببلوغ مدة التشخيص ما بين 1-3 أشهر وقعت لدى اللواتي اتجهن إلى القطاع العام وذلك بنسبة مقدرة بـ 27%، في حين أنّ 22.2% توجهن إلى القطاع الخاص.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

ونلاحظ نفس الاتجاه بالنسبة للواتي صرحن بتشخيص المرض في مدة أقل من شهر، حيث أعلى نسبة بلغت 25.7% لدى اللواتي اتجهن إلى القطاع العام، مقابل 17.3% قمن بالفحص في القطاع الخاص.

نستخلص من القراءة الإحصائية للجدول أعلاه أن الأمهات اللواتي اتجهن إلى القطاع الخاص كن أكثر من صرحن باستغراق تشخيص المرض مدة أطول مقارنة باللواتي قمن بالفحص في القطاع العام. إذا ربطنا نتائج هذا الجدول بنتائج الجدول السابق، نجد أنه بالرغم من أن نسبة الأمهات اللواتي قمن بإعادة الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة كانت مرتفعة لدى اللواتي اتجهن إلى القطاع الخاص عنه في القطاع العام، إلا أن تشخيص المرض استغرق مدة أطول في القطاع الخاص. وهذا يدل على أن تشخيص سرطان الطفل في القطاع الخاص تعترضه عدة صعوبات، وقد يرجع ذلك لعدد مرات زيارة الطبيب، فقد يستلزم الوصول إلى التشخيص الصحيح إعادة الفحص عدة مرات مما يتسبب في ضياع الوقت، كما يلعب الجانب المادي دورا هاما في إجراء الفحوص المعملية والإشعاعية ك (Scanner, IRM, Scintigraphie) بسرعة في القطاع الخاص، وبالتالي الأسر التي لا تملك التسهيلات المادية قد تُضطر إلى محاولة توفير المبلغ اللازم أو انتظار الدور للقيام بها في القطاع العام.

الجدول 66: العلاقة بين قطاع الفحص والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	74	29.7	22	70.3	52	عام
100	81	23.5	19	76.5	62	خاص
100	155	26.5	41	73.5	114	المجموع

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

نلاحظ من خلال القراءة الأولية للجدول أنّ غالبية الأمهات صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن خلال فترة التشخيص وذلك بنسبة 73.5%، مقابل 26.5% صرحن عكس ذلك.

من الملاحظ أنّ مهما كان قطاع الفحص إلّا وصرحت الأمهات بسوء حالة أطفالهن خلال فترة التشخيص بنسب متفاوتة أعلاها لدى اللواتي اتجهن إلى القطاع الخاص وذلك بنسبة 76.5%، مقابل 70.3% توجهن إلى القطاع العام.

وبين اختبار كا² وجود استقلالية بين المتغيرين، حيث قُدرت كا² المحسوبة بـ 0.793، بينما الجدولية 3.841 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5%.

نستخلص من التحليل الإحصائي للجدول أنه مهما كان قطاع الفحص إلّا وساءت حالة الطفل خلال فترة التشخيص، يمكن تفسير ذلك من جهة بتأثير وعي الأم والتزامها بإعادة الفحص وعدم إهمال الحالة المرضية للطفل (الأم لتي توجهت للقطاع العام هي أكثر من لم تعد إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن طفلها)، ومن جهة أخرى قد تعيد الأم الفحص عدة مرات مع تغيير الطبيب للوصول إلى التشخيص الصحيح (كفاءة الطبيب).

كما تلعب الصعوبات المواجهة في كلا القطاعين دورا في طول فترة التشخيص وبالتالي سوء الحالة الصحية للطفل، فضلا عن الكفاءة الطبية، تُعرقل التكاليف المرتفعة للفحوصات في القطاع الخاص التشخيص السريع للمرض. كما أن الاكتظاظ وطول المواعيد في القطاع العام تزيد من فترة التشخيص وبالتالي سوء الحالة الصحية للطفل.

ف نجد أسر الأطفال المصابين ينتقلون بين القطاعين للقيام بالفحوصات التشخيصية، فعدم توفر الفحوصات أو عدم دقتها نتيجة قدم الأجهزة المستعملة وطول مواعيد الفحوصات في القطاع

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

العام تُحتم على الأسر إجراء فحوصات مُكلفة في القطاع الخاص، فالكثير من الأمهات صرحن أن الأطباء في القطاع العام هم من طلبوا إجراء الفحوصات في القطاع الخاص لوضوحها ودقتها أو للحاجة الملحة لإجرائها بسرعة. كما أن الأسر التي تقف عاجزة أمام غلاء الفحوصات في القطاع الخاص وعدم تلقيها المساعدة لإجرائها لا يبقى لها خيار إلا انتظار دورها في القطاع العام أو التنقل من مؤسسة صحية عمومية لأخرى لإجرائها في أقرب الأجل.

حوصلة القول أنّ تدهور الخدمات الصحية في القطاع العام يدفع بالمرضى نحو العيادات الخاصة التي تضاعفت كثيرا في العقود الأخيرة والتي هي الأخرى باتت تستنزف أموال المرضى، حيث تفرض تكاليف فحص لا تقدر عليها أسر ضعيفة الدخل. كل هذه العوامل تؤثر على الحالة المرضية للطفل وبالتالي الكشف المبكر عن إصابته بالسرطان.

وعليه، ارتأينا تسليط الضوء على تأثير مدى مواجهة صعوبات أثناء تشخيص المرض في المدة المستغرقة في ذلك وكيفية انعكاس ذلك على الحالة الصحية للطفل.

في هذا الصدد صرّحت 202 حالة أي ما يُعادل 66.9% من الأمهات بمواجهة صعوبات أثناء القيام بالفحوصات لتشخيص السرطان. 76.2% من هذه الصعوبات تمثلت في التكلفة المادية المرتفعة للفحوصات في القطاع الخاص وعدم توفرها أو طول المواعيد بالقطاع العام، 17.3% منها تمثلت في بعد مسافة مركز التشخيص، أما اللواتي صرحن بنقص الكفاءة وعدم مصداقية الفحوصات في القطاع العام بلغت نسبتهن 6.4%.¹

وُبرز تأثير مدى مواجهة صعوبات أثناء تشخيص المرض من خلال نتائج الجداول الموالية:

¹ أنظر خصائص العينة الجدول رقم 24 والشكل رقم 16.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الجدول 67: العلاقة بين مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة مدى مواجهة صعوبات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	106	60.4	64	39.6	42	نعم
100	49	34.7	17	65.3	32	لا
100	155	52.3	81	47.7	74	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة عند ملاحظة عدم تحسنهم بنسبة 52.3%، مقابل 47.7% تصرفن عكس ذلك.

نلاحظ أنّ غالبية الأمهات اللواتي صرحن بمواجهة صعوبات عند تشخيص المرض لم يُعدن إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة 60.4%، مقابل 34.7% صرحن عكس ذلك.

بينما معظم اللواتي صرحن أنهن لم يواجهن صعوبات لتشخيص السرطان قمن بإعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن بنسبة مقدرة بـ 65.3%، مقابل 39.6% صرحن عكس ذلك.

نلاحظ تأثير واضح لمدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض ومدى إعادة الأمهات الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة بملاحظة عدم تحسنهم. واختبار كاي² لبيرسون يُقر وجود هذه العلاقة، حيث قُدّرت كاي² المحسوبة بـ 8.86، أمّا كاي² الجدولية فتساوي 3.841 عند درجة

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

حرية 1 ومستوى دلالة 5%. وعلى اعتبار أن قيمة معامل الاقتران قدرت بـ 0.48، نقول أن هناك علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

نستنتج من خلال معطيات الجدول أنه كلما تم مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض كلما تمّ العزوف عن إعادة الفحص الطبي.

فمواجهة صعوبات أثناء التشخيص كتكلفة الفحوصات في القطاع الخاص وعدم توفرها أو طول المواعيد بالقطاع العام بالإضافة إلى نقص الكفاءة وعدم توفر مراكز التشخيص في بعض الحالات من شأنها تثبيط الأم عن إعادة إجراء الفحص مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن الطفل.

عند الأخذ بعين الاعتبار صعوبات التشخيص، يتضح أن نسبة اللواتي صرحن بعدم دقة الفحوصات ولم يُعدن إجراء الفحص لأطفالهن مباشرة متقاربة مع نسبة اللواتي صرحن بأنها مكلفة حيث بلغت 63% و 61% على التوالي، مقابل 51.1% صرحن بعدم توفرها.¹

وبالتالي نستنتج أن نقص الكفاءة وتكلفة الفحص من أهم الصعوبات التي تثبط الأم عن إعادة الفحص الطبي لطفلها مباشرة.

ولإبراز تأثير مدى مواجهة صعوبات تشخيص السرطان في المدة المستغرقة في ذلك، نستعين بالجدول الموالي:

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 26.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الجدول 68: العلاقة بين مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض والمدة المستغرقة في ذلك

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص مدى	
										مواجهة صعوبات	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	106	16.0	17	41.5	44	26.4	28	16.0	17	نعم	
100	49	14.3	07	32.7	16	20.4	10	32.7	16	لا	
100	*155	15.5	24	38.7	60	24.5	38	21.3	33	المجموع	

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أن أعلى نسبة تمركزت لدى الأمهات اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص حيث قُدرت بـ 38.7%، في حين كانت نسبة اللواتي صرحن بأنه استغرق في ذلك مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر ومدة أقل من شهر مقدرة بـ 24.5% و 21.3% على التوالي.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في مدى مواجهة صعوبات أثناء تشخيص، نلاحظ أنّ أكثر اللواتي استغرق في تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر صرحن بمواجهة صعوبات التشخيص بنسبة قُدرت بـ 41.5% مقابل 32.7% صرحن عكس ذلك.

ولاحظنا نفس الاتجاه بالنسبة للواتي صرحن باستغراق تشخيص المرض مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر، حيث أكثرهن واجهن صعوبات أثناء تشخيص المرض بنسبة مقدرة بـ 26.4% مقابل 20.4% صرحن عكس ذلك.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

بينما نلاحظ تركز أعلى نسبة للواتي صرحن بتشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة أقل من شهر لدى اللواتي صرحن بعدم مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض مقدرة بـ 32.7%، مقابل 16% صرحن عكس ذلك.

نستنتج من خلال نتائج الجدول أنّ مواجهة صعوبات أثناء تشخيص سرطان الطفل تؤدي إلى طول المدة المُستغرقة في ذلك، فعدم المُساواة في الحصول على الخدمات التشخيصية يخلق فوارق في المدة المُستغرقة في الكشف عن إصابة الطفل بالسرطان خاصة إن تعلق الأمر بتكلفة الفحوصات وعدم قدرة الأسر على نفقاتها، حيث إذا أخذنا بعين الاعتبار صعوبات التشخيص، نلاحظ أنّ أعلى نسبة من اللواتي ذكرن أن مدة التشخيص بلغت 4 أشهر فأكثر صرحن بأنّ الفحوصات مُكلفة فقدرت بـ 43% تقريبا، مقابل 35.5% صرحن بأنها غير دقيقة. بينما نجد أنّ أكبر نسبة من اللواتي صرحن بأنّ التشخيص أُجري في مدة أقل من شهر تمركزت لدى اللواتي واجهن مشكل عدم دقة الفحوصات فقدرت بـ 25%، مقابل حوالي 14% صرحن أنّ الفحوصات مكلفة.¹

وبالتالي كلما كانت الفحوصات مكلفة كلما استغرق التشخيص مدة أطول. فالإلزامية القيام بعدة فحوصات في ظرف قصير وصعوبة إجرائها في المستشفى يُحتمّ على الأسر التي لا تقدر على نفقاتها تأخير إجرائها لغاية الحصول على مساعدات من العائلة وجمع المبلغ اللازم لذلك أو انتظار إلى أن يحين الدور لإجرائها في المستشفى.

¹ أنظر الملحق رقم (02) الجدول رقم 27.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الجدول 69: العلاقة بين مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل
%	ك	%	ك	%	ك	مواجهة صعوبات
100	106	23.6	25	76.4	81	نعم
100	49	32.7	16	67.3	33	لا
100	155*	26.5	41	73.5	114	المجموع

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتجه نحو اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن خلال فترة التشخيص وذلك بنسبة 73.5%، مقابل 26.5% صرحن عكس ذلك.

ولمعرفة تأثير مدى مواجهة صعوبات عند تشخيص المرض، نلاحظ أنّ أكبر نسبة من اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن خلال فترة التشخيص وقعت لدى اللواتي صرحن بمواجهة صعوبات أثناء تشخيص المرض حيث قدرت بـ 76.4%، في حين أنّ 67.3% صرحن عكس ذلك.

تُثبت قيمة معامل ارتباط الاقتران المقدر بـ 0.22 وجود اقتران موجب ضعيف قليلا بين المتغيرين.

وعليه، نستنتج أن كلما ووجهت صعوبات أثناء تشخيص المرض كلما انعكس ذلك سلبا على حالة الطفل. فالصعوبات التي تعرقل التشخيص السريع تؤثر على حالة الطفل حيث أنه لا يمكن جعل الطفل المصاب بالسرطان ينتظر نتيجة التطور السريع الذي تتميز به سرطانات الأطفال عن السرطانات التي تُصيب البالغين.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

وتبين أنّ اللواتي اعتبرن فحوصات التشخيص مكلفة كن أكثر من صرحن بسوء حالة أطفالهن خلال فترة تشخيص المرض وذلك بنسبة 79.8٪، مقابل 62.5٪ صرحن بمواجهة مشكل عدم دقة الفحوصات.¹

نستخلص إذن أنه كلما واجهت الأسر مشكل تكلفة الفحوصات كلما ساءت حالة الطفل خلال فترة تشخيص المرض.

فالكثير من الأسر تقف أمام مشكل طول المواعيد بالقطاع العام وغلاء الفحوصات في القطاع الخاص ففي الوقت الذي تسعى فيه للقيام بها تسوء حالة الطفل.

II. اختصاص الطبيب الفاحص وعلاقته بالكشف المبكر عن سرطان الطفل:

تختلف طرق الفحص من طبيب لآخر من حيث الخبرة والكفاءة، وعليه توصلنا من خلال قراءتنا أنّ لاختصاص الطبيب دور في تشخيص المرض والمدة المستغرقة في ذلك² حيث تمّ التوصل أنّه كلما كان الطبيب الفاحص طبيب أطفال كلما شُخص المرض بسرعة مقارنة بالطبيب العام.³

وعليه، سنحاول من خلال ما يلي معرفة ما إذا كان لاختصاص الطبيب تأثير في الكشف المبكر عن سرطان الطفل.

¹ أنظر الملحق رقم (02) الجدول رقم 28.

² Mohammed Hassaine, *Les inégalités sociales de la santé : Étude du processus de mise en forme des inégalités des trajectoires de malades atteints du cancer en Algérie*, op.cit, p.115.

³ Jean François Brasme, *Délais diagnostiques des cancers de l'enfant : distribution, déterminants et conséquences*, op.cit, p.53.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الجدول 70: العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إجراء الفحص مباشرة اختصاص الطبيب الفاحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	90	50.0	45	50.0	45	طبيب أطفال
100	73	58.9	43	41.1	30	طبيب عام
100	75	64.0	48	36.0	27	اختصاص آخر*
100	64	64.1	41	35.9	23	لا تعرف**
100	302	58.6	177	41.4	125	المجموع

من القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أنّ اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض بنسبة 58.6%، مقابل 41.1% تصرفن عكس ذلك.

إذا ربطنا مدى قيام الأمهات بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض باختصاص الطبيب الفاحص، نلاحظ أنّ كل من اللواتي قصدن طبيب لا يعرفن اختصاصه واللواتي توجهن إلى طبيب من اختصاص آخر لم يقمن بالفحص مباشرة وذلك بنسبة متساوية قُدرت بـ 64%، في حين أنّ 50% منهن لجأن إلى طبيب أطفال.

وبالمقارنة نلاحظ أنّ نصف الأمهات اللواتي توجهن إلى طبيب مختص في طب الأطفال قمن بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض، مقابل 36% تمثل كل من اللواتي لجأن إلى طبيب من اختصاص آخر واللواتي لجأن إلى طبيب لا يعرفن اختصاصه على حد سواء.

* طبيب عيون، طبيب عظام، طبيب أنف وحنجرة، طبيب أعصاب.

** أمهات صرّحن أنّهن توجهن إلى المستشفى لإجراء الفحص ولا يعرفن اختصاص الطبيب الفاحص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

نستخلص من القراءة الإحصائية للجدول أعلاه أن هناك بعض الفروقات بين مدى إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ظهور أعراض المرض تبعا للطبيب الذي تم اللجوء إليه، حيث اللواتي اتجهن إلى طبيب أطفال وطبيب عام كنّ أكثر من قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض. فإذا نظرنا إلى أسباب قيام الأمهات بإجراء الفحص لدى طبيب الأطفال، لوجدنا أنّ السبب الرئيسي يرجع للمتابعة الطبية وذلك بنسبة مقدرة بـ 70٪، أمّا السبب الرئيسي في لجوء الأمهات إلى طبيب عام يعود لتوفره وقربه بنسبة قدرت بـ 31.5٪¹

الجدول 71: العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص وسلوك الأم اتجاه أعراض المرض الملاحظة

المجموع	تجاهلها		استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم اختصاص الطبيب الفاحص	
	ك	%	ك	%	ك	%		
100	45	46.7	21	22.2	10	31.1	14	طبيب أطفال
100	43	30.2	13	27.9	12	41.9	18	طبيب عام
100	48	64.6	31	04.2	02	31.3	15	اختصاص آخر
100	41	34.1	14	22.0	09	43.9	18	لا تعرف
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أنّ أكثر الأمهات تجاهلن أعراض الإصابة بنسبة 44.6٪، مقابل 36.7٪ ينتظرن زوالها و 18.6٪ استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف.

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 29.

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

بإدخال متغير اختصاص الطبيب الفاحص، نلاحظ أنّ معظم الأمهات اللواتي تجاهلن الأعراض قصدن طبيب من اختصاص آخر بنسبة 64.6%، مقابل 30.2% قصدن طبيب عام.

من جهة أخرى نلاحظ أنّ نسبة اللواتي توجهن إلى طبيب لا يعرفن اختصاصه وانتظرن زوال الأعراض أكبر نوعاً ما من نسبة اللواتي لجأن إلى طبيب عام حيث قُدرت بـ 44% و 42% على التوالي.

وأكثر اللواتي استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف لجأن إلى طبيب عام بنسبة 27.9%، مقابل 4.2% لجأن إلى طبيب من اختصاص آخر.

باستخراج قيمة كا² المحسوبة التي قُدرت بـ 16.917، وكا² الجدولية التي بلغت 12.592 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5% نقرّ بوجود علاقة بين المتغيرين. أمّا عن طبيعة هذه العلاقة، يُشير معامل التوافق المقدر بـ 0.3 إلى وجود علاقة ضعيفة قليلاً بين المتغيرين.

نستنتج من خلال معطيات الجدول وجود اختلاف في سلوك الأمهات اتجاه أعراض المرض وفقاً لاختصاص الطبيب الذي تم اللجوء إليه، حيث كلما تمّ اللجوء إلى طبيب ذو اختصاص آخر وطبيب أطفال كلما تم تجاهل الأعراض. ولعلّ ما يُفسر ذلك هو العائق المالي الذي يحول دون قدرة الأمهات على استشارة هؤلاء الأطباء، حيث تبين أنّ معظمهم ناشطين في القطاع الخاص.¹ فتسعيرة الفحص قد تتراوح ما بين 2000 و 3000 دج وقد تزيد في اختصاصات أخرى، ذلك دون احتساب تكاليف الفحوصات الإضافية التي قد يُجريها الطبيب للطفل في عيادته.

¹ أنظر الملحق (02) الجدول رقم 30.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

وعليه، تجاهل الأمهات لأعراض كالحول أو ضعف الرؤية يعكس من جهة عدم إعطاء أهمية لهذه الأعراض، ومن جهة أخرى عائق الحصول على الخدمات الصحية المتخصصة في القطاع الخاص.

ونشير أيضا إلى نقطة مهمة، وهي إقبال الأمهات على الأطباء المتخصصين مباشرة لتشخيص حالة أطفالهن دون المرور بالطبيب العام الذي يعود له الدور في توجيه الحالات إلى الاختصاصيين المناسبين. فأصبحت الأم هي من تقوم بهذا الدور بأن تحدد اختصاص الطبيب حسب الأعراض الملاحظة. فإذا نظرنا إلى السبب الرئيسي في اللجوء إلى أطباء من اختصاصات أخرى، لوجدنا أنّ 84% منهن اعتمدن في ذلك على طبيعة الأعراض الملاحظة التي غالبا ما كانت خفيفة. لكن، لجوء الأمهات إلى طبيب عام وطبيب يجهلن اختصاصه ارتبط بظهور أعراض حادة ذلك لتوفرهم وقربهم من مكان إقامتهن.¹

أمّا فيما يخص تأثير اختصاص الطبيب على المدة المستغرقة في الكشف نعرض الجدول التالي:

¹ أنظر الملحق (02) الجدولين رقم 29 و31.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الجدول 72: العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		3-1 أشهر		أقل من شهر		مدة إجراء الفحص اختصاص الطبيب الفاحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	45	22.2	10	13.3	06	40.0	18	24.4	11	طبيب أطفال
100	43	11.6	05	16.3	07	44.2	19	27.9	12	طبيب عام
100	48	04.2	02	31.3	15	47.9	23	16.7	08	اختصاص آخر
100	41	14.6	06	17.1	07	48.8	20	19.5	08	لا تعرف
100	177*	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع

من القراءة الأولية للجدول يتضح أن أكبر نسبة من الأمهات استغرقت مدة تتراوح ما بين 3-1 أشهر من ملاحظة الأعراض لإجراء الفحص الطبي فقدرت بـ 45.2%، مقابل 22% استغرقت في ذلك مدة أقل من شهر وحوالي 20% منهن لم يقمن بإجراء الفحص الطبي إلا بعد مرور 4 أشهر أو أكثر من ملاحظة الأعراض.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في اختصاص الطبيب الفاحص، نلاحظ استغراق الأمهات لإجراء الفحص الطبي مدة تتراوح ما بين 3-1 أشهر من ظهور الأعراض بنسب متفاوتة أغلبها لدى اللواتي توجهن إلى طبيب لا يعرفن اختصاصه واللواتي توجهن إلى طبيب ذو اختصاص آخر حيث فُدرت نسبتهن بـ 49% و 48% على التوالي.

وأكثر من استغرقت مدة تقل عن شهر من ظهور الأعراض لإجراء الفحص توجهن إلى طبيب عام بنسبة 27.9%، مقابل 16.7% توجهن إلى طبيب ذو اختصاص آخر.

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

بينما أكبر نسبة من اللواتي استغرقن مدة 4 أشهر فأكثر لإجراء الفحص تمركزت عند اللواتي قصدن طبيب من اختصاص آخر بنسبة 31.3%، مقابل 13.3% عند اللواتي توجهن إلى طبيب أطفال.

يبين اختبار كا² وجود استقلالية بين المتغيرين على اعتبار أن قيمة كا² المحسوبة 12.543 بينما قُدرت كا² الجدولية 16.919 عند درجة حرية 9 ومستوى دلالة 5%.

من خلال هذه القراءة الإحصائية نستخلص أن المدة المستغرقة لإجراء الفحص الطبي لا ترتبط باختصاص الطبيب الفاحص. وهذا راجع إلى تأثير طبيعة الأعراض الملاحظة، حيث إذا أدخلنا هذه الأخيرة في العلاقة السابقة لوجدنا أن استغراق الأمهات مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر لإجراء الفحص مرتبط بظهور أعراض أمراض شائعة وأعراض خفيفة وذلك على اختلاف اختصاص الطبيب الذي تم اللجوء إليه.¹

الجدول 73: العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل اختصاص الطبيب الفاحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	45	06.7	03	93.3	42	طبيب أطفال
100	43	18.6	08	81.4	35	طبيب عام
100	48	06.3	03	93.8	45	اختصاص آخر
100	41	09.8	04	90.2	37	لا تعرف
100	*177	10.2	18	89.8	159	المجموع

¹ عد إلى الملحق (02) الجدول رقم 32.

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

نلاحظ أنّ غالبية الأمهات صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن قبل إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض وذلك بنسبة 89.8%، مقابل 10.2% صرحن عكس ذلك.

من الملاحظ أنه مهما اختلف اختصاص الطبيب الفاحص إلاّ وتركت الأمهات مجالاً لسوء حالة أطفالهن لإجراء الفحص بنسب متقاربة أغلبها لدى اللواتي توجهن إلى طبيب من اختصاص آخر واللواتي توجهن إلى طبيب أطفال حيث قُدرت نسبتهن بحوالي 94% و93% على التوالي، مقابل 90.2% منهن اتجهن إلى طبيب لا يعرف اختصاصه و81.4% اتجهن إلى طبيب عام.

باستخراج قيمة χ^2 المحسوبة المقدرة بـ 4.768 وقارنتها مع χ^2 الجدولية التي بلغت 7.815 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، نستنتج وجود فروق بين التكرارات النظرية والتكرارات الفعلية وهي فروق ظاهرية راجعة للصدفة وبالتالي نقبل فرضية العدم والاستقلال أي لا توجد علاقة بين المتغيرين.

يمكن تفسير هذه النتائج بأهمية ودور الوعي الصحي للأم الذي يُعتبر العامل الأول الذي يؤثر في الكشف المبكر عن سرطان الطفل، كما أنّ عدم قدرة الأمهات على استشارة طبيب مختص وعدم ثقتهن في تشخيص الطبيب العام أدّى إلى تماطلهن، فكان سوء الحالة الصحية لأطفالهن هو المحفز لإجرائهن الفحص الطبي.

أمّا لإظهار مدى تأثير اختصاص الطبيب على مدى إعادة الفحص نعرض الجدول الموالي:

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الجدول 74: العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص ومدى إعادة الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة اختصاص الطبيب الفاحص
		%	ك	%	ك	
100	57	47.4	27	52.6	30	طبيب أطفال
100	45	48.9	22	51.1	23	طبيب عام
100	20	55.0	11	45.0	09	اختصاص آخر
100	33	63.6	21	36.4	12	لا تعرف
100	155	52.3	81	47.7	74	المجموع

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي لأطفالهن مباشرة بملاحظة عدم تحسنهم بنسبة قيمتها 52.3%، مقابل 47.7% منهن تصفرن عكس ذلك.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في اختصاص الطبيب الفاحص، نلاحظ أن أعلى نسبة للواتي لم يُعدن لإجراء الفحص مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن الطفل توجهن إلى طبيب مجهل اختصاصه بنسبة 63.6%، مقابل حوالي 47% قمن بالفحص لدى طبيب أطفال.

في ضوء التحليل الإحصائي للجدول أعلاه نستخلص أنه كلما لجأت الأم إلى طبيب لا تعرف اختصاصه وطبيب ذو اختصاص آخر كلما لم تقم بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن الطفل. وربما يرجع ذلك لعدم تعود الأم على الطبيب وعدم معرفة هذا الأخير لمستوى الفهم لديها وتلفظه بمصطلحات غير مفهومة مما يُعيق التواصل بشكل أفضل وبالتالي عدم فهم الأم للحالة بشكل صحيح يقودها إلى عدم الالتزام بنصائحه ويُفقدتها الثقة في

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

تشخيصه عند عدم تحسن الطفل، فتحجم عن إعادة الفحص أو قد تلجأ إلى البحث عن طبيب آخر.

الجدول 75: العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والمدة المستغرقة في تشخيص المرض

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص اختصاص الطبيب الفاحص
100	57	12.3	07	49.1	28	24.6	14	14.0	08	طبيب أطفال
100	45	13.3	06	28.9	13	24.4	11	33.3	15	طبيب عام
100	20	25.0	05	40.0	08	15.0	03	20.0	04	اختصاص آخر
100	33	18.2	06	33.3	11	30.3	10	18.2	06	لا تعرف
100	155	15.5	24	38.7	60	24.5	38	21.3	33	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أنّ أعلى نسبة تمركزت لدى الأمهات اللواتي صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة 4 أشهر فأكثر من بداية الفحص، حيث قُدرت بـ 38.7%، في حين كانت نسبة اللواتي صرحن بأنه استغرق في ذلك مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر ومدة أقل من شهر مقدرة بـ 24.5% و 21.3% على التوالي.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في اختصاص الطبيب الفاحص، نلاحظ أنّ أكثر الحالات التي استغرق في تشخيصها 4 أشهر فأكثر تمّ فيها اللجوء إلى طبيب أطفال بنسبة 49.1%، مقابل 28.9% ممّن قصدن طبيب عام.

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

أمّا الحالات التي سُخِّصت في مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر فأكثرها تمّ فحصها من قبل طبيب تجهل الأمهات اختصاصه بنسبة 30.3%، مقابل 15% ممّن سُخِّصها طبيب من اختصاص آخر.

وأكبر نسبة للحالات التي سُخِّصت في مدة لا تتجاوز شهر سُخِّصت لدى طبيب عام حيث قدرت بـ 33.3%، مقابل 14.0% لدى طبيب أطفال.

نستنتج أنه كلما تم اللجوء إلى طبيب مختص في طب الأطفال أو طبيب ذو اختصاص آخر كلما استغرق التشخيص مدة أطول. فقد يرجع ذلك للكفاءة والخبرة الطبية التي تلعب دورا في تقليص المدة المستغرقة في كشف المرض، حيث يختلف تشخيص الأعراض المرضية من طبيب إلى آخر تبعا للتدريب العلمي أو حتى أطباء من نفس الاختصاص تبعا لطريقتهم في تفسير الأعراض وبراعتهم في اكتشاف الأمراض. كما أنّ تولّي بعض الأطباء علاج الأمراض التي ليست من اختصاصهم وعدم إحالة الحالة المرضية إلى الطبيب المناسب يُسبب إطالة فترة التشخيص.

الجدول 76: العلاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساءت		الحالة الصحية للطفل
%	ك	%	ك	%	ك	اختصاص الطبيب الفاحص
100	57	21.1	12	78.9	45	طبيب أطفال
100	45	33.3	15	66.7	30	طبيب عام
100	20	35.0	07	65.0	13	اختصاص آخر
100	33	21.2	07	78.8	26	لا تعرف
100	155	26.5	41	73.5	114	المجموع

* عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي صرحن بسوء الحالة الصحية لأطفالهن أثناء فترة التشخيص وذلك بنسبة 73.5%، مقابل 26.5% صرحن عكس ذلك.

نلاحظ أنه مهما كان الطبيب الفاحص، إلا وصرحت أغلبية الأمهات بسوء حالة أطفالهن خلال فترة التشخيص بنسب متفاوتة أغلبها لدى اللواتي قمن بالفحص لدى طبيب أطفال وطبيب لا تعرف اختصاصه بنسبة متساوية قدرت بـ 79%، مقابل 67% ممن توجهن إلى طبيب عام و65% اتجهن إلى طبيب من اختصاص آخر.

ويشير اختبار كا² لبيرسون إلى وجود استقلالية بين المتغيرين على اعتبار أن كا² المحسوبة المقدره بـ 3.166 أصغر من كا² الجدولية التي قُدرت بـ 7.815 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%.

تعقبا لدور الطبيب نُلفت النظر إلى أنّ عدم أخذ الحالة المرضية بجدية وعدم إعطاء الوقت الكافي للطفل أثناء فحصه لمعاينة عدد أكبر من المرضى وتحقيق المزيد من العائدات أو بسبب الإهمال والاكنتاظ، يؤدي إلى إغفال بعض الجزئيات التي قد تُحوّل مسار التشخيص والفحص وتعقد الحالة المرضية مما يستدعي علاج المرض ومضاعفاته، بل وطبقا للتشخيص الخطأ قد يتناول الطفل دواء يزيد من تعقد حالته. وفي ظل هذه الظروف قد تعتمد الأم إلى تغيير الطبيب عدة مرات للوصول إلى التشخيص السليم، كما قد تتوانى عن إعادة الفحص مباشرة إذا لم تلاحظ فائدة أو شفاء إلى أن تسوء حالة طفلها.

إنّ الصعوبات المواجهة عند تشخيص المرض والصعوبات المواجهة للحصول على العلاج من العوامل التي تفسر معاناة الأطفال من ثقل العلاجات وانخفاض معدلات البقاء.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

في هذا الصدد، ننوّه بالعقبات التي تعترض تلقي الأطفال العلاج، فقد صرحت الأغلبية الساحقة من الأمهات أي بنسبة مقدرة بـ 90.1% بمواجهة صعوبات لتلقي أطفالهن العلاج مقابل 9.9% صرحن عكس ذلك.

تمثّلت عموماً هذه الصعوبات في بعد مسافة مركز العلاج وعدم توفر البنى التحتية والمعدات المادية والبشرية لعلاج سرطان الطفل في مكان إقامة الأسرة أو منطقة قريبة منها بنسبة 23.2%، و22.8% صرّحن أنه بالإضافة إلى العائق الأول واجهن مشكل الإهمال ونقص النظافة فضلاً عن مشاكل الاكتظاظ وصعوبة الحصول على مكان للعلاج، نقص الأدوية، سوء المعاملة أحياناً، الوساطة ونقص دور الطاقم الطبي في إعلام وإفهام الأم حول الحالة الصحية لطفلها.

واقترنت المعلومات المقدمة حول كيفية الاعتناء بالطفل في فترة تلقيه العلاج، فقد وجدنا أنّ 84.8% من الأمهات يعرفن كيفية الاعتناء بالطفل في فترة العلاج، مقابل 15.2% منهن يجهلن ذلك.

غالبية هذه المعلومات تمثّلت في الاعتناء بنظافة الطفل ونظامه الغذائي (حيث بعض العلاجات لا تتلاءم مع بعض الأغذية هذا فضلاً عن تجنّب الأغذية الغنية بالسكريات) بنسبة 58.2%، كما أنّ 30.1% من الأمهات إضافة إلى النظام الغذائي والنظافة تمّ إبلاغهن بعدم تعريض أطفالهن للشمس عند أخذهم العلاج.

تمثل المصدر الرئيسي لحصول الأم على هذه المعلومات في الطاقم الطبي بنسبة 64.5%، 11.3% من طرف أمهات الأطفال المصابين بوحدة العلاج و9.4% من خلال الاطلاع الشخصي للأم.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

وفي الأخير، صرحت 49% من الأمهات بأنهن راضيات عن الخدمات الصحية رغم بعض النقائص، 42.4% منهن صرّحن أنهن غير راضيات بنوعية الخدمات الصحية المقدمة و8.6% منهن غير راضيات إطلاقاً.¹

¹ أنظر الملحق (02) الجداول من 33 إلى 38.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

الاستنتاج:

في ضوء تحليل نتائج الجداول المخصصة للتحقق من الفرضية الثالثة التي مفادها أنّ للخدمات الصحية دور في رفع فرص الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان، تبين أنّ: عدم قيام أغلبية الأمهات بإجراء الفحص الطبي مباشرة بملاحظة أعراض المرض مع ارتفاع نسبهن في حال التوجه إلى القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص والمقدرة بحوالي 64% و54% على التوالي.

لكن من الملاحظ أنّ اللواتي لم يقمن بالفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض وتوجهن للقطاع الخاص كنّ أكثر من تجاهلن أعراض المرض بنسبة مقدرة بـ 55.3%، في حين أنّ غالبية اللواتي قصدن القطاع العام اللواتي انتظرن زوال الأعراض حيث بلغت نسبتهن 43.4%. كما أنّ أكثر اللواتي استعملن طرق تقليدية أو دواء معروف قصدن القطاع العام لإجراء الفحص بنسب بلغت 24.1%.

لم نجد فارقا كبيرا بين اللواتي قمن بالفحص في القطاع العام واستغرقن مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر لإجراء الفحص واللواتي قمن بالفحص في القطاع الخاص، حيث بلغت نسبهن حوالي 46% و45% على التوالي. لكن كانت اللواتي قمن بالفحص في القطاع العام أكثر من قمن بالفحص في مدة تقل عن شهر، بينما اللواتي اتجهن إلى القطاع الخاص كنّ أكثر من استغرقن مدة 4 أشهر فأكثر لإجراء الفحص.

وعليه، تبين أنّ أكثر الأمهات اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن قبل إجراء الفحص لجأن للقطاع الخاص بنسبة 94% تقريبا مقابل 86% توجهن إلى القطاع العام.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

أما في مرحلة التشخيص، تبين وجود فروقات بين الأمهات في مدى إعادة الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن أطفالهن تبعا للقطاع الذي توجهن إليه، فغالبية اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص مباشرة توجهن للقطاع العام بنسبة حوالي 57٪، مقابل 48.2٪ من اللواتي توجهن للقطاع الخاص.

بالرغم من ذلك، وجدنا أن أكبر نسبة من اللواتي صرحن باستغراق تشخيص المرض مدة 4 أشهر فأكثر قصدن القطاع الخاص فقدرت بـ 46٪ تقريبا، بينما اللواتي توجهن إلى القطاع العام كنّ أكثر من صرحن باستغراق تشخيص إصابة أطفالهن بالسرطان مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر وأقل من شهر بنسب قدرت بـ 27٪ و 26٪ على التوالي.

بينما لم نعثر على علاقة واضحة بين قطاع الفحص والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص، حيث مهما كان القطاع الذي اتجهت إليه الأمهات إلاّ وساءت حالة أطفالهن خلال فترة التشخيص، وهذا يعود إلى الصعوبات المواجهة في كلا القطاعين.

في هذا الصدد، وجدنا ما يُقارب 70٪ من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان من صرحن بمواجهة صعوبات أثناء تشخيص المرض، غالبية هذه الصعوبات تمثلت في التكلفة المادية المرتفعة للفحوصات في القطاع الخاص وعدم توفرها أو طول المواعيد بالقطاع العام وذلك بنسبة قُدرت بـ 76.2٪، 17.3٪ منها تمثلت في بعد مسافة مركز التشخيص، أما اللواتي صرحن بنقص الكفاءة وعدم مصداقية الفحوصات في القطاع العام بلغت نسبتهن 6.4٪.

وتبيّن أنّ مواجهة صعوبات أثناء تشخيص المرض له تأثير قوي في تدارك إصابة الطفل بالسرطان قبل أن تصل إلى مراحل متقدمة، حيث مواجهة صعوبات أثناء تشخيص المرض

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

تُنبط الأم عن إعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن الطفل بعد الفحص، حيث بلغت نسبتهن 60.4%. ومثلت اللواتي صرحن بمواجهة صعوبات متعلقة بعدم دقة الفحوصات واللواتي صرحن بارتفاع التكلفة المادية للفحوصات غالبية اللواتي لم يقمن بإعادة الفحص الطبي بنسبة بلغت 62.5% و 60.7% على التوالي مقارنة باللواتي صرحن بعدم توفرها، حيث قُدرت نسبتهن بـ 51.1%.

كما أنه كلما تم مواجهة صعوبات أثناء القيام بالفحوصات كلما طالت فترة تشخيص المرض، فأكثر الحالات التي استغرق في تشخيصها 4 أشهر فأكثر ومدّة تتراوح ما بين 1-3 أشهر واجهن صعوبات أثناء التشخيص بنسب قُدرت بـ 41.5% و 26.4% على التوالي، بينما أكثر اللواتي صرحن بتشخيص المرض في مدة لا تتجاوز شهر لم يواجهن صعوبات أثناء تشخيص المرض بنسبة مقدرة بـ 32.7%. وكلما واجهت الأسر صعوبات مادية للقيام بالفحوصات كلما استغرق التشخيص مدة 4 أشهر فأكثر، بينما أكبر نسبة من اللواتي صرحن باستغراق التشخيص مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر واجهن مشكل عدم توفر الفحوصات، وأكثر اللواتي صرحن بتشخيص المرض في مدة أقل من شهر واجهن مشكل عدم دقة الفحوصات.

وعليه، غالبية اللواتي صرحن بسوء حالة أطفالهن خلال فترة تشخيص المرض واجهن صعوبات أثناء التشخيص بنسبة 76.4%، وتبلغ نسبتهن أعلى قيمة في حال مواجهة صعوبات مادية للقيام بالفحوصات (79.8%).

فيما يخص تأثير اختصاص الطبيب الفاحص على كشف المرض، وجدنا فروقات بين الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض حسب اختصاص الطبيب الفاحص، حيث أكبر نسبة منهن لجأن إلى طبيب ذو اختصاص آخر

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

وطبيب تجهلن اختصاصه، بينما نصف اللواتي لجأن إلى طبيب أطفال و 41.1% من اللواتي لجأن إلى طبيب عام قمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة.

كما وجدنا اختلاف في سلوك الأمهات اتجاه أعراض المرض الملاحظة وذلك حسب الطبيب الذي توجهن إليه، حيث أغلبية اللواتي تجاهلن العلامات المرضية توجهن إلى طبيب من اختصاص آخر وذلك بنسبة مقدرة بـ 65% تقريبا، وأكبر نسبة من اللواتي انتظرن زوال الأعراض اتجهن إلى طبيب عام فقدرت بـ 42%، كما أنّ أكثر اللواتي حاولن معالجة الوضع باستعمال طرق تقليدية أو دواء معروف اتجهن إلى طبيب عام بنسبة قدرت بـ 28% تقريبا.

لكن لم نعثر على علاقة بين اختصاص الطبيب الفاحص والمدة التي استغرقتها أمهات الأطفال المصابين لإجراء الفحص الطبي، بحيث مهما كان اختصاص الطبيب الفاحص إلا واستغرقت الأمهات مدة تتراوح ما بين 1-3 أشهر لإجراء الفحص وهذا دليل على تدخل وعيها الصحي.

كما وجدنا استقلالية بين كل من اختصاص الطبيب الفاحص والحالة الصحية للطفل قبل إجراء الفحص الطبي، حيث مهما كان الطبيب الفاحص إلا وقامت الأمهات بالفحص بعد سوء الحالة الصحية لأطفالهن.

فيما يخص تشخيص المرض، تم التوصل لوجود تفاوت بين الأمهات اللواتي لم يقمن بإعادة إجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن الطفل وذلك حسب اختصاص الطبيب الفاحص، حيث تم تسجيل أعلى نسبة لدى اللواتي لجأن إلى طبيب لا يعرفن اختصاصه بلغت 63.6%، مقابل 47.4% قمن بالفحص لدى طبيب أطفال.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وتأثيرها في الكشف المبكر عن سرطان الطفل

وبالرغم من ذلك، وجدنا أنّ أكبر نسبة من اللواتي صرحن باستغراق تشخيص المرض مدة 4 أشهر فأكثر لجأن إلى طبيب أطفال وذلك بنسبة 49.1٪، مقابل 28.9٪ قمن بالفحص لدى طبيب عام.

وفي العموم ساءت الحالة الصحية للأطفال الذين تعرضوا لأخطاء التشخيص وذلك على اختلاف اختصاص الطبيب الذي تمّ اللجوء إليه.

حوصلة ما تم التوصل إليه أنّ فقدان الثقة في نوعية الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام والرغبة في الحصول على تكفل أفضل دفع بالأمهات إلى الاتجاه إلى القطاع الخاص، لكن عند تشخيص المرض تصطدم الأسر بالتكاليف المرتفعة للفحوصات التشخيصية التي تُعتبر أكبر عائق يقف أمام تشخيص سرطان الطفل.

خاتمة

خاتمة

خاتمة:

نظرا إلى أنّ الوقاية من سرطان الأطفال متعذرة عموما، فإن الاستراتيجية الأكثر فعالية لتقليل عبء إصابتهم هي التركيز على تشخيصه فورا وبدقة وإتباعه بعلاج ناجح، فمن المرجح عند الإبكار في تشخيص السرطان أن يستجيب الطفل للعلاج مما يؤدي إلى زيادة احتمال بقائه على قيد الحياة وتخفيف معاناته من ثقل العلاجات والآثار المرضية المترتبة عنها.

وبالرغم من الجهود المبذولة من قبل مختلف دول العالم ودعم المنظمة العالمية للصحة لخفض معدلات وفيات الأطفال الناتجة عن الإصابة بمرض السرطان، إلا أنّ هذا المرض لا يزال يفتك بأرواح عدد متزايد من الأطفال خاصة في دول العالم النامي منها الجزائر. يُعزى ذلك إلى قصور أو الخطأ في إجراء التشخيص أو التأخر في إجرائه، وإلى العقبات التي تحول دون الحصول على الرعاية الطبية وإهمال العلاج والوفاة بسبب سمية المرض وارتفاع عدد حالات الانتكاس.

بالفعل تبين لنا من خلال الدراسة التي أجريناها حول موضوع الأطفال المصابين بالسرطان في الجزائر على مستوى مركز بيار ماري كوري لمكافحة السرطان ومصلحة طب أورام الأطفال بمستشفى مصطفى باشا الجامعي، الدور الذي يلعبه الكشف المبكر عن هذا المرض للحد من خطره ورفع فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة، حيث يسبب سرطان الأطفال طائفة من الأعراض المحذرة من الإصابة والتي يمكن أن تكشف عنها الأسر ومقدمي خدمات الرعاية الطبية. لكن الاتجاه الملاحظ هو انخفاض الوعي الصحي لدى الأمهات الذي تبين من خلال استهانتهم بهذه الأعراض المرضية خاصة البسيطة والمألوفة بعدم إجراء الفحص عند ملاحظتها وترك مجال أمام تقدم المرض وسوء حالة الطفل. ولانخفاض وعيهم الصحي، كنّ أقل قدرة على مواجهة أخطاء التشخيص، ذلك بالتوازي عن إعادة الفحص وعدم القدرة على

خاتمة

توجيه أنفسهن بشكل أكثر فعالية وتحسين رعاية أطفالهن، وهذا ما انعكس على المدة المستغرقة في تشخيص المرض وبالتالي كان أطفالهن أكثر من تأثر بأخطاء التشخيص.

كما بينت الدراسة الدور الذي تلعبه المكانة الاجتماعية لأم الطفل في الكشف المبكر عن إصابته، بحيث أنه كلما ارتفع مستواها التعليمي وكانت عاملة وارتفع الدخل الأسري كلما شكل ذلك حافزا لإجراء الفحص وسرعة الاستجابة للأعراض المرضية قبل أن تزداد الحالة الصحية للطفل سوءا، كما أنه بارتفاع مؤشرات المكانة الاجتماعية للأم تزيد قدرتها على مواجهة أخطاء التشخيص مما يؤدي إلى تشخيص المرض في ظرف قصير وذلك ما يعزز الكشف المبكر عن سرطان الطفل.

ناهيك عن تأثير الخدمات الصحية في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالسرطان، فكلما توفرت الخدمة الصحية في المستوى الذي ترقى إليه تطلعات الأم وقلّت الصعوبات التي تواجه الأسر عند تشخيص مرض السرطان الذي أصيب به أطفالهم خاصة منها المادية، وكلما كان التشخيص كامل ودقيق، كلما تمّ اكتشاف المرض مبكرا وزاد احتمال الحد من خطورته.

في العموم، ما يمكن استخلاصه من هذه الدراسة أنّ هناك حاجة ماسّة لتعزيز الوعي الصحي لدى الأمهات والأطباء، ورفع الأولوية الممنوحة لسرطان الأطفال بإتاحة الخدمات الصحية الجيدة لتسهيل تشخيص سرطان الأطفال وتقليص المدة المستغرقة في ذلك وتحسين التكفل بالمرضى. فلا بد من تكييف النظام الصحي الحالي مع الوضع الجديد للأمراض غير السارية على رأسها السرطان التي تتطلب موارد أكبر وتنظيم صحي أكثر.

وفي الختام نأمل أن نكون قد وفقنا ولو بأدنى قدر من البساطة في تسليط الضوء على العوامل المؤثرة في الكشف المبكر عن سرطان الأطفال في الجزائر ونكون بذلك قد فتحنا آفاقا جديدة لأبحاث أخرى في هذا المجال.

المراجع

قائمة المراجع

ا. المراجع باللغة العربية

- 1- أحمد يحيى خولة، يحيى عبد الله أيمن، التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2010.
- 2- أنجريس موريس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة صحراوي بوزيد وآخرون، الجزائر، دار القصبية، 2006.
- 3- بدح أحمد محمّد، مزاهرة أيمن سليمان، بدران زين حسين، الثقافة الصحية، ط1، الأردن، دار الميسرة، 1999.
- 4- جورجى جبرائيل يوسف، أضواء على السرطان، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1983.
- 5- الحسن إحسان محمد، مناهج البحث العلمي، ط1، الأردن، دار وائل، 2005.
- 6- حسن ملحم، السرطان والأمراض الانحلالية الخطرة منعها وشفائها المؤكد، ط1، بيروت، دار القلم، 1986.
- 7- خليل أحمد خليل، معجم المصطلحات الاجتماعية عربي- فرنسي- إنجليزي، ط1، بيروت، دار الفكر اللبناني، 1995.
- 8- الخولي سناء، الأسرة والمجتمع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1992.
- 9- دالاس جونسون، حقائق عن السرطان، ترجمة محمد سعد الدين الدرس، القاهرة، مؤسسة الخانجي، 1965.
- 10- رشوان حسين عبد الحميد أحمد، العلم والبحث العلمي، دراسة في مناهج العلوم، الاسكندرية، المكتب الجامعي للحديث، 2004.

- 11- زولوف منيرة، دراسة تحليلية للاستجابة المكتتابية عند المصابات بالسرطان، الجزائر، دار هومة، 2014.
- 12- سلامة بهاء الدين إبراهيم، الصحة والتربية الصحية، القاهرة، دار الفكر العربي، 2007.
- 13- الشاعر عبد المجيد، أبو الرب يوسف، قطاش رشدي، علم الاجتماع الطبي، ط1، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2000.
- 14- شلبي صافي ناز السعيد، أمراض الطفل وتمريضه، ط1، الأردن، دار الفكر، 2003.
- 15- شوارتز مالكوم، السرطان ما هو؟ أنواعه، محاربته، ترجمة أبو سعد عماد، ط1، بيروت، الدار العربية للعلوم ومؤسسة الرسالة، 1988.
- 16- الصديقي سلوى عثمان، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي للحديث، دون طبعة، 2002.
- 17- غيث محمد عاطف، قاموس علم الاجتماع، مصر، دار المعرفة الجامعية، دون سنة.
- 18- محمد السيد عمر نادية، علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2003.
- 19- محمد علي محمد، الخولي سناء حسنين، جليبي علي عبد الرزاق، محمد جابر سامية، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط2، الأردن، دار المسيرة، 2012.
- 20- المليجي إبراهيم عبد الهادي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي للحديث، 2002.
- 21- معين خليل عمر، مناهج البحث العلمي في علم الاجتماع، ط1، عمان، دار الشروق، 2004.
- 22- منظمة الصحة العالمية، تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية 2014، جنيف، 2014.

23- المكاوي علي، الجوهرى محمد، علم الاجتماع الطبى مدخل نظري، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1996.

24- نصيرات فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2008.

II. المراجع باللغة الأجنبية:

- Ouvrages et brochures :

- 25- Asselah Fatima, **Bases anatomopathologiques des maladies**, 2^{éd}, Alger, Ed. Office des publications universitaires, 2009.
- 26- Children's Oncology group, **Le guide sur le cancer pédiatrique à l'attention des familles**, brochure, 2^{éd}, Monrovia USA, Ed. St Bladrick's foundation, 2011.
- 27- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Le cancer**, collection comprendre et agir, brochure, 1^{éd}, France, Ed. centr'iprim, 2008.
- 28- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les cancers du cerveau**, brochure, 2^{éd}, France, Ed. centr'iprim, 2015.
- 29- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les leucémies de l'enfant**, collection comprendre et agir, brochure, 1^{éd}, France, Ed. centr'iprim, 2014.
- 30- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, **Les sarcomes osseux**, brochure, 1^{éd}, France, Ed. centr'iprim, 2016.
- 31- Fondation contre le cancer, **Les leucémies de l'enfant**, brochure, Bruxelles, sans date.
- 32- Institut Gustave Roussy, **Les tumeurs du foie**, brochure, Villejuif, Décembre 2003.
- 33- Khiati Mostéfa, **Regard sur la santé**, Algerie, Ed. Dahlab, 1995.
- 34- La ligue contre le cancer, **Les leucémies**, brochure, Paris, 2009.
- 35- Ligue suisse contre le cancer, **Les tumeurs cérébrales et du système nerveux central**, brochure, Berne, 2009.
- 36- Société canadienne du cancer, **Le cancer chez l'enfant : Guide pour la famille**, brochure, Canada, 2009.

37- Walti Hervé, **Les maladies du nourrisson**, 1^oéd, Paris, Ed. Presses universitaires de France, 1994.

- Rapports, enquêtes et périodiques :

38- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie & Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, **Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) 2012-2013**, Sénégal, 2013.

39- American cancer society, **Global cancer facts & figures 3rd edition**, n°861815, Atlanta, 2015.

40- American cancer society, **Global cancer Facts & figures 4th edition**, n° 861818, Atlanta, 2018.

41- Assemblée mondiale de la santé, **Cinquante huitième assemblée mondiale de la santé : Prévention et lutte anticancéreuse**, point 13.12 de l'ordre du jour, Genève, 25 Mai 2005.

42- Centre français sur la population et le développement, **Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso**, Les dossier du CEPED n°48, France, 1998.

43- Centre international de recherche sur le cancer, **GLOBOCAN 2008**, section of cancer information, Lyon, 2013.

44- Centre international de recherche sur le cancer, **Journée internationale du cancer de l'enfant 2019**, communiqué de presse n° 265, Lyon, 2019.

45- Centre international de recherche sur le cancer, **World Cancer Report 2014**, Lyon, 2014.

46- Conseil de la nation, **Journée parlementaire sur la santé**, Alger, 2010.

47- Haut conseil de la santé publique, **Diagnostic et prise en charge précoces des maladies chroniques**, Paris, Ed. Documentation française HCSP, Septembre 2016.

48- Institut national de santé publique, **Registre des tumeurs d'Alger**, Alger, 2012.

- 49- Institut national de santé publique, Registre des tumeurs d'Alger, Alger, 2013.
- 50- Institut national de santé publique, Registre des tumeurs d'Alger, Alger, 2014.
- 51- Institut national de santé publique, Registre des tumeurs d'Alger, Alger, 2015.
- 52- Institut national de santé publique, Registre des tumeurs d'Alger, Alger, 2016.
- 53- Institut national de santé publique, Registre des tumeurs d'Alger, Alger, 2017.
- 54- La Ligue Nationale contre le Cancer, Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer, **Les cancers en Afrique francophone**, France, Ed. La ligue nationale contre le cancer, 2017.
- 55- OMS, **Note d'orientation 4 : Education sanitaire**, 9^{ème} conférence mondiale sur la promotion de la santé, Shanghai, 2016.
- 56- OMS, **Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles**, Genève, 2010.
- 57- OMS, **Projet du plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020**, rapport du secrétariat, Genève, 2013.
- 58- OMS, **Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010**, résumé d'orientation, Genève, 2011.
- 59- OMS, **Suivi de la Réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles**, 100^e séance plénière, Genève, 2015.
- 60- OMS, **Suivi des progrès 2017 dans la lutte des maladies non transmissibles**, Genève, 2017.
- 61- OMS bureau régional des Amériques, Organisation panaméricaine de la santé, **Rapport sur la réunion de haut niveau de l'assemblée**

générale des nations unies sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, point 8.4 de l'ordre de jour provisoire, Washington, 12 Septembre 2014.

- 62- OMS, CIRC, **Dernières données mondiales sur le cancer**, communiqué de presse n° 263, Genève, 2018.
- 63- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, direction des infrastructures de santé, sans titre, Alger, 2019.
- 64- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade**, Alger, Ed. ANDS, 2014
- 65- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles**, Alger, Ed. ANEP, 2014.
- 66- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, direction des études et de la planification, **Santé en chiffres année 2018**, Alger, 2019.
- 67- Ministère de la santé, Office national de la population, **Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2001**, Rwanda, 2003.
- 68- Nations unies, OMS, **Troisième réunion de haut niveau des nations unies sur les maladies non transmissibles**, New York, 2018.
- 69- UNICEF, **Convention internationale des droits des enfants**.
- 70- World Health Assembly, **Fifty- third world health assembly**, Agenda item 12.11, Eighth plenary meeting, Geneva, 20 May 2000.

- Revues :

- 71- Doz F., « Rétinoblastome : aspects récents », **Archives de pédiatrie**, vol13, 2006.

- 72- GBD 2017 Childhood Cancer Collaborators, « The global burden of childhood and adolescent cancer in 2017: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017 », **The Lancet oncology**, vol 20, 2019.
- 73- Golabardes B., Morabia A., Bernstein M. S., « Statut socio-économique : un facteur de risque indépendant », **revue médicale suisse**, vol 4, n°2316, Octobre 2000, sans page.
- 74- Green, A.L., Furutani, E., Braga Ribeiro, K., Galindo, K.R., «Death within 1 month of diagnosis in childhood: An analysis of risk factors and scope of the problem», **Journal of Clinical Oncology**, vol 35, n°12, 2017.
- 75- Hamdi C.M., Bidoli E., Birri S., Mahnane A., Zaidi Z., Boukharouba H., Moussaoui H., Kara L., Ayat A., Makhloufi K., Bouchaibi I., Atoui, Virdone S. & Serraino D. (2015). «Cancer estimation of incidence and survival in Algeria 2014», **Journal of cancer Research & Therapy**, vol 3, n°9, Octobre 2015.
- 76- Pascal Jean, Abbey- Huguenin Hélène, Lombrail Pierre, « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », **Lien social et politiques**, n°55, 2006.
- 77- Rifat Atun et al, « Sustainable care for children with cancer: a lancet oncology commission », **The Lancet Oncology**, vol21, Avril 2020.
- 78- Therrien R., Delisle J.F., Ferland G., Larocque D., McMahon J., Pedneault L., Perreault M., Viau A., « Le cancer chez l'enfant », **Pharmactuel**, vol 46, n°3, 2013.
- 79- Vogestseder A., Gengler C., Reineke T., Tinguely M., « Diagnostic de lymphome en pédiatrie : actualité des points de vue des pathologistes », **Forum Med Suisse**, vol 11, n°5, 2011.
- 80- Willems S., Van de Geuchte I. Alaluf V., Impens J., Van Nespen I., Maulet N., Roland M., Maeseneer J, « Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique », **Santé conjugulée**, n°40, 2007.

- Thèses :

- 81- Brasme Jean François, **Délais diagnostiques des cancers de l'enfant : distribution, déterminants et conséquences**, thèse de

doctorat en santé publique –épidémiologie, publiée, université Paris sud, 2014.

- 82- Hassaine Mohammed, **Les inégalités sociales de la santé : Étude du processus de mise en forme des inégalités des trajectoires de malades atteints du cancer en Algérie**, Thèse de doctorat en sociologie de la santé, publiée, université d'oran 2 Ahmed Ben Ahmed, Faculté des sciences sociales, 2019.
- 83- Weidner Marie Anne, **Comment raccourcir le délai diagnostic du cancer chez l'enfant et l'adolescent proposition de moyens de sensibilisation**, thèse de doctorat en médecine, publiée, université de LORRAINE, France, 2015.

- Sites internet :

- 84- OMS, Cancer, 2018, <https://www.who.int/cancer/children/faq/fr/>, consulté le 25/09/2018.
- 85- OMS, Cancer de l'enfant : questions- réponses, 2015, <https://www.who.int/cancer/children/faq/fr/>, consulté le 15/10/2016.
- 86- OMS, Initiative mondiale pour le cancer infantile, 2018, <https://www.who.int/cancer/childhood-cancer/en/>, consulté le 06/08/2020.
- 87- OMS, Le cancer de l'enfant, 2018, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>, consulté le 25/09/2018.
- 88- OMS, CIRC, Global cancer observatory: Cancer today, 2018, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>, consulté le 02/08/2019.

الملاحق

الملحق رقم (01)

استمارة مقابلة

I. البيانات الأولية:

- 1- سن الأم؟
- 2- سن الطفل؟
- 3- جنس الطفل؟ 1. ذكر 2. أنثى
- 4- مكان الإقامة؟
- 5- ما نوع الوحدة السكنية التي تقيمون بها؟
 1. فيلا 2. شقة 3. منزل تقليدي 4. منزل قصديري 5. آخر
- 6- ما نوع أسرتك؟ 1. نووية 2. ممتدة
- 7* إذا كانت ممتدة، فهل تقيمين مع: 1. أهلك 2. أهل الزوج 3. أشخاص آخرين
- 8- كم عدد أفراد الأسرة؟
- 9- كم عدد أطفالك؟

II. بيانات متعلقة بالوعي الصحي للأُم وكيفية اكتشاف سرطان الطفل:

- 10- ما هي الأعراض التي ظهرت على طفلك مما استدعى القيام بالفحص؟
.....
- 11- هل قصدت الطبيب فور ملاحظتك لها؟ 1. نعم 2. لا
- 12* إذا كان لا، كيف تصرفت حيال ذلك؟ 1. انتظار زوال الأعراض 2. استعمال طرق تقليدية 3. تجاهلها 4. آخر
- 13* ما هو سبب التأخير عن الفحص؟
 1. عدم الإدراك بخطورة الأعراض 2. تهاون/ ضيق الوقت 3. آخر
- 14* ما هي المدة المستغرقة لإجراء الفحص؟
- 15* هل ساءت حالة طفلك قبل إجراء الفحص الطبي؟ 1. نعم 2. لا

الملحق رقم (01)

16- هل كنت تعلمين أنّ السرطان يصيب الأطفال؟ 1. نعم 2. لا

17* إذا كان نعم فما هي الأنواع التي تعرفينها؟
.....

18* هل تعرفين أعراض الإصابة بها؟ 1. نعم 2. لا

19* إذا كان نعم، فما هي؟
.....

20* من أين تحصلت على هذه المعلومات؟
.....

III. بيانات حول نوعية الخدمات الصحية المقدمة لتشخيص سرطان الطفل وعلاجه

21- هل تتوفر خدمات صحية بمنطقة إقامتك؟ 1. نعم 2. لا

22* إذا كان نعم ما نوع المؤسسات الصحية التي تقدمها؟
.....

23* إذا كان لا فهل تجددين سهولة في الحصول عليها؟ 1. نعم 2. لا

24- ما هو قطاع الفحص الذي تتوجهين إليه؟ 1. عام 2. خاص

25- ما هو اختصاص الطبيب الذي تولى فحص طفلك؟ 1. طبيب عام 2. طبيب

أطفال 3. آخر

26- في كل الحالات ما هو سبب ذلك؟ 1. الطبيب المتابع للطفل 2. هو المتوفر/

الأقرب 3. آخر

27- هل تعرض طفلك لأخطاء التشخيص؟ 1. نعم 2. لا

28* إذا كان الجواب نعم، هل قمت بإعادة إجراء الفحص مباشرة عند ملاحظة عدم تحسن

حالة طفلك؟ 1. نعم 2. لا

29- ما هي الفحوصات التي قمت بها للكشف عن السرطان؟
.....

30- هل واجهت صعوبات أثناء التشخيص؟ 1. نعم 2. لا

الملحق رقم (01)

- 31* إذا كان نعم، فيما تمثلت هذه الصعوبات؟
- 32- ما هي المدة المستغرقة من أول استشارة طبية إلى غاية تأكيد التشخيص؟
- 33- هل ساءت حالة طفلك في فترة التشخيص 1. نعم 2. لا
- 34- ما نوع السرطان الذي أصيب به طفلك؟ 1. سرطان الدم واللمف 2. سرطان المخ والجهاز العصبي المركزي 3. سرطان العين 4. سرطان العظام 5. سرطان الكلى
6. سرطان الكبد 7. آخر
- 35- كم كان عمر طفلك عندما تأكد تشخيص المرض؟
- 36- ماذا قال الأطباء عن المرحلة التي وصل إليها المرض عند تشخيصه؟ 1. انتشر
2. لم ينتشر 3. لا تعرفين
- 37- هل لديك معلومات حول كيفية الاعتناء بطفلك نتيجة إصابته؟ 1. نعم 2. لا
- 38* إذا كان نعم، فكيف ذلك؟
- 39* من أين تحصلت عليها؟
- 40- هل واجهت صعوبات في الحصول على الخدمات العلاجية؟ 1. نعم 2. لا
- 41* إذا كان نعم، فما سبب ذلك؟ 1. بعد المؤسسة الصحية 2. صعوبة الحصول على موعد القبول 3. الاكتظاظ 4. عدم احترام فترات العلاج 5. آخر
-
- 42- هل أنت راضية عن الخدمات العلاجية المقدمة؟ 1. نعم 2. لا 3. نوعا ما
- IV. بيانات حول المكانة الاجتماعية للأسرة:**
- 43- ما هو مستواك التعليمي؟
1. دون مستوى 2. ابتدائي 3. متوسط 4. ثانوي 5. جامعي
- 44- هل تعملين؟ 1. نعم 2. لا
- 45* إذا كان نعم، ما هي مهنتك؟
- 46- ما هو المستوى التعليمي للزوج؟

الملحق رقم (01)

1. دون مستوى 2. ابتدائي 3. متوسط 4. ثانوي 5. جامعي
- 47- هل زوجك يعمل؟ 1. نعم 2. لا
- 48* إذا كان نعم ما هي مهنته؟
- 49- ما هي مصادر دخل الأسرة؟ 1. عمك 2. عمل الزوج 3. معا 4. آخر
-
- 50- الدخل الشهري للأسرة:
1. دون دخل 2. أقل من 18000 دج 3. بين 18000-38000 دج
4. بين 38000-58000 دج 5. 58000 دج فأكثر 6. لا تعرف
- 51- هل دخل الأسرة كاف لتلبية احتياجاتها الصحية؟ 1. نعم 2. لا
- 52- هل لدى طفلك تأمين صحي؟ 1. نعم 2. لا

الملحق (2)

الجدول رقم 01: المستوى التعليمي للآباء

المستوى التعليمي	ك	%
دون مستوى	16	5.4
ابتدائي	43	14.5
متوسط	104	35.1
ثانوي	92	31.1
جامعي	41	13.9
المجموع	296*	100

الجدول 02: الحالة الفردية للآباء

الحالة الفردية	ك	%
عامل	263	88.9
بطل	16	5.4
متقاعد	17	5.7
المجموع	296	100

الجدول 03: نوع مهنة الآباء

نوع المهنة	ك	%
موظف	126	47.9
عامل حر	98	37.2
إطار	09	3.4
آخر	30	11.4
المجموع	263*	100

الجدول 04: عدد أفراد الأسرة

عدد أفراد الأسرة	ك	%
2-5	122	40.4
6-9	117	38.7
10 فأكثر	63	20.9
المجموع	302	100

* 1 حالة وفاة و5 طلاق.

* عدد العاملين.

الملحق (2)

الجدول 05: مدى معرفة الأمهات بإصابة الأطفال بالسرطان

معرفة أن السرطان يصيب الأطفال	ك	%
نعم	215	71.2
لا	87	28.8
المجموع	302	100

الجدول 06: أنواع سرطانات الأطفال المعروفة

أنواع سرطانات الأطفال	ك	%
لا تعرف الأنواع بالضبط	120	55.8
نوع واحد	35	16.3
نوعين	32	14.9
أكثر من نوعين	28	13.0
المجموع	215*	100

الجدول 07: مدى معرفة الأمهات لأعراض سرطانات الأطفال

معرفة أعراض سرطانات الأطفال	ك	%
نعم	20	06.6
لا	282	93.4
المجموع	302	100

الجدول 08: مصدر معرفة الأمهات لسرطانات الأطفال

مصدر معرفة سرطانات الأطفال	ك	%
وسائل الإعلام	177	82.3
من خلال أشخاص آخرين	19	08.8
وسائل الإعلام + أشخاص آخرين	14	06.5
آخر	05	02.3
المجموع	215*	100

-
- عدد الأمهات اللواتي صرحن بمعرفتهن أن السرطان يصيب الأطفال.
 - عدد الأمهات اللواتي صرحن بمعرفتهن أن السرطان يصيب الأطفال.

الملحق (2)

الجدول رقم 09: مدى القيام بإجراء الفحص الطبي مباشرة ومدى تعرض الأطفال لأخطاء التشخيص

المجموع		لا		نعم		التعرض لأخطاء التشخيص إجراء الفحص مباشرة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	125	40.0	50	60.0	75	نعم
100	177	54.8	97	45.2	80	لا
100	302	48.7	147	51.3	155	المجموع

الجدول 10: العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ومدى معرفتها لأعراض السرطان

المجموع		لا		نعم		معرفة أعراض السرطان المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	28	96.4	27	03.6	01	دون مستوى
100	44	100.0	44	-	-	ابتدائي
100	81	97.5	79	02.5	02	متوسط
100	88	95.5	84	04.5	04	ثانوي
100	61	78.7	48	21.3	13	جامعي
100	302	93.4	282	06.6	20	المجموع

الملحق (2)

الجدول 11: العلاقة بين المستوى التعليمي للأُم وأعراض المرض الملاحظة بسلوكها اتجاهها

المجموع	تجاهلها		استعمال طرق تقليدية/ دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم الأعراض	المستوى التعليمي	
	%	ك	%	ك	%	ك			
100	12	16.7	02	33.3	04	50.0	06	حادّة	دون مستوى
100	07	71.4	05	-	-	28.6	02	خفيفة	
100	05	60.0	03	40.0	02	-	-	أعراض أمراض شائعة	
100	24	41.7	10	25.0	06	33.3	08	المجموع	
100	16	06.3	01	31.3	05	62.5	10	حادّة	ابتدائي
100	14	78.6	11	-	-	21.4	03	خفيفة	
100	05	60.0	03	20.0	01	20.0	01	أعراض أمراض شائعة	
100	35	42.9	15	17.1	06	40.0	14	المجموع	
100	19	10.5	02	31.6	06	57.9	11	حادّة	متوسط
100	19	89.5	17	-	-	10.5	02	خفيفة	
100	12	58.3	07	16.7	02	25.0	03	أعراض أمراض شائعة	
100	50	52.0	26	16.0	08	32.0	16	المجموع	
100	18	16.7	03	38.9	07	44.4	08	حادّة	ثانوي
100	11	72.7	08	-	-	27.3	03	خفيفة	
100	15	40.0	06	20.0	03	40.0	06	أعراض أمراض شائعة	
100	44	38.6	17	22.7	10	38.6	17	المجموع	
100	10	20.0	02	-	-	80.0	08	حادّة	جامعي
100	06	83.3	05	-	-	16.7	01	خفيفة	
100	08	50.0	04	37.5	03	12.5	01	أعراض أمراض شائعة	
100	24	45.8	11	12.5	03	41.7	10	المجموع	
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع الكلي	

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الملحق (2)

الجدول رقم 12: العلاقة بين المستوى التعليمي للأشخاص وأعراض المرض الملاحظة بالمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المجموع	لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		مدة إجراء الفحص الأعراض	المستوى التعليمي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك			
100	12	16.7	02	25.0	03	41.7	05	16.7	02	حادّة	دون مستوى
100	07	14.3	01	42.9	03	42.9	03	-	-	خفيفة	
100	05	20.0	01	-	-	80.0	04	-	-	أعراض أمراض شائعة	
100	24	16.7	04	25.0	06	50.0	12	08.3	02	المجموع	
100	16	12.5	02	18.8	03	31.3	05	37.5	06	حادّة	ابتدائي
100	14	07.1	01	35.7	05	50.0	07	07.1	01	خفيفة	
100	05	20.0	01	-	-	40.0	02	40.0	02	أعراض أمراض شائعة	
100	35	11.4	04	22.9	08	40.0	14	25.7	09	المجموع	
100	19	05.3	01	15.8	03	42.1	08	36.8	07	حادّة	متوسط
100	19	15.8	03	36.8	07	36.8	07	10.5	02	خفيفة	
100	12	25.0	03	25.0	03	33.3	04	16.7	02	أعراض أمراض شائعة	
100	50	14.0	07	26.0	13	38.0	19	22.0	11	المجموع	
100	18	-	-	05.6	01	55.7	10	38.9	07	حادّة	ثانوي
100	11	18.2	02	18.2	02	63.6	07	-	-	خفيفة	
100	15	33.3	05	-	-	46.7	07	20.0	03	أعراض أمراض شائعة	
100	44	15.9	07	06.8	03	54.6	24	22.7	10	المجموع	
100	10	-	-	20.0	02	30.0	03	50.0	05	حادّة	جامعي
100	06	-	-	50.0	03	50.0	03	-	-	خفيفة	
100	08	12.5	01	-	-	62.5	05	25.0	02	أعراض أمراض شائعة	
100	24	04.2	01	20.8	05	45.8	11	29.2	07	المجموع	
100	*177	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع الكلي	

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الملحق (2)

الجدول رقم 13: المستوى التعليمي للأُم وأسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة

المجموع		ظروف عائلية		تهاون/ ضيق الوقت		عدم الإدراك		أسباب عدم القيام بالفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي
100	24	4.2	01	37.5	09	58.3	14	دون مستوى
100	35	2.9	01	42.9	15	54.3	19	ابتدائي
100	50	06.0	03	40.0	20	54.0	27	متوسط
100	44	11.4	05	43.2	19	45.5	20	ثانوي
100	24	-	-	70.8	17	29.2	07	جامعي
100	177	05.7	10	45.2	80	49.2	87	المجموع

الجدول رقم 14: الحالة المهنية للأُم وأسباب عدم القيام بالفحص الطبي مباشرة

المجموع		ظروف عائلية		تهاون/ ضيق الوقت		عدم الإدراك		أسباب عدم القيام بالفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الحالة المهنية
100	22	-	-	59.1	13	40.9	09	عاملة
100	155	06.5	10	43.2	67	50.3	78	غير عاملة
100	177	05.7	10	45.2	80	49.2	87	المجموع

الجدول رقم 15: عدد أفراد الأسرة ومدى إقبال الأم على إجراء الفحص الطبي للطفل مباشرة

المجموع		لا		نعم		إجراء الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	مباشرة
100	122	48.4	59	51.6	63	عدد أفراد الأسرة
100	117	62.4	73	37.6	44	5-2
100	63	71.4	45	28.6	18	9-6
100	63	71.4	45	28.6	18	10 أفراد فأكثر
100	302	58.6	177	41.4	125	المجموع

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الملحق (2)

الجدول 16: مدى كفاية الدخل ومدى قيام الأم بإجراء الفحص الطبي مباشرة

المجموع		لا		نعم		إجراء الفحص مباشرة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	141	45.4	64	54.6	77	نعم
100	161	70.2	113	29.8	48	لا
100	302	58.6	177	41.4	125	المجموع

الجدول 17: عدد أفراد الأسرة وسلوك الأم اتجاه الأعراض المرضية الملاحظة

المجموع		تجاهلها		استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم عدد أفراد الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	59	42.4	25	10.2	06	47.5	28	5-2
100	73	45.2	33	23.3	17	31.5	23	9-6
100	45	46.7	21	22.2	10	31.1	14	10+
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع

الجدول 18: مدى كفاية الدخل وسلوك الأم اتجاه الأعراض الملاحظة

المجموع		تجاهلها		استعمال طرق تقليدية أو دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم كفاية الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	64	42.2	27	23.4	15	34.4	22	نعم
100	113	46.0	52	15.9	18	38.1	43	لا
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع

• عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الملحق (2)

الجدول رقم 19: توزيع وحدات العينة حسب مستوى الدخل ومدى امتلاك تأمين صحي

المجموع		لا		نعم		امتلاك تأمين صحي	مستوى الدخل
%	ك	%	ك	%	ك		
100	31	74.2	23	25.8	08		دون جواب
100	62	75.8	47	24.2	15		أقل من 18000 دج
100	111	34.2	38	65.8	73		[18000-38000 دج]
100	35	34.3	12	65.7	23		[38000-58000 دج]
100	63	19.0	12	81.0	51		58000 دج فأكثر
100	302	43.7	132	56.3	170		المجموع

الجدول 20: مدى كفاية الدخل ومدى إعادة الأم الفحص الطبي لطفلها مباشرة

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة كفاية الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	73	47.9	35	52.1	38	نعم
100	82	56.1	46	43.9	36	لا
100	155	52.3	81	47.7	74	المجموع

الجدول 21: قطاع الفحص، مدى كفاية الدخل وسلوك الأم اتجاه الأعراض المرضية الملاحظة

المجموع		تجاهلها		استعمال طرق تقليدية/ دواء معروف		انتظار زوالها		سلوك الأم مدى كفاية الدخل	قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	24	25.0	06	33.3	08	41.7	10	نعم	عام
100	59	35.6	21	20.3	12	44.1	26	لا	
100	83	32.5	27	24.1	20	43.4	36	المجموع	
100	40	52.5	21	17.5	07	30.0	12	نعم	خاص
100	54	57.4	31	11.1	06	31.5	17	لا	
100	94	55.3	52	13.8	13	30.9	29	المجموع	
100	177	44.6	79	18.6	33	36.7	65	المجموع الكلي	

- عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص.
- عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الملحق (2)

الجدول 22: قطاع إجراء الفحص وأعراض المرض الملاحظة:

المجموع		أعراض أمراض شائعة		خفيفة		حادة		الأعراض الملاحظة قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	129	14.7	19	27.1	35	58.1	75	عام
100	173	42.8	74	15.0	26	42.2	73	خاص
100	302	30.8	93	20.2	61	49.0	148	المجموع

الجدول 23: قطاع الفحص ومدى تعرض الأطفال لأخطاء التشخيص

المجموع		لا		نعم		مواجهة أخطاء التشخيص قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	129	42.6	55	57.4	74	عام
100	173	53.2	92	46.8	81	خاص
100	302	48.7	147	51.3	155	المجموع

الجدول رقم 24: قطاع الفحص وأسباب اختيار الطبيب الفاحص

المجموع		دون جواب		آخر		حسب الأعراض		حسب الوضع المادي		لم تعرف أين تتوجه		لكفاءته		قربه/ توفره		المتابعة الطبية		الأسباب قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	129	4.7	06	14.0	18	14.7	19	7.0	09	14.7	19	7.0	09	31.8	41	6.2	08	عام
100	173	2.3	04	8.7	15	38.2	66	-	-	0.6	01	9.2	16	4.0	07	37.0	64	خاص
100	302	3.3	10	10.9	33	28.1	85	3.0	09	6.6	20	8.3	25	15.9	48	23.8	72	المجموع

الجدول 25: قطاع الفحص ومدى كفاية دخل الأسرة

المجموع		لا		نعم		مدى كفاية الدخل قطاع الفحص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	129	61.2	79	38.8	50	عام
100	173	47.4	82	52.6	91	خاص
100	302	53.3	161	46.7	141	المجموع

الملحق (2)

الجدول 26: العلاقة بين صعوبات التشخيص ومدى إعادة الفحص الطبي للطفل مباشرة

المجموع		لا		نعم		إعادة الفحص مباشرة صعوبات التشخيص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	84	60.7	51	39.3	33	الفحوصات مكلفة
100	08	62.5	05	37.5	03	الفحوصات غير دقيقة
100	14	51.1	08	42.9	06	الفحوصات غير متوفرة (بعد المسافة)
100	*106	60.4	64	39.6	42	المجموع

الجدول 27: العلاقة بين صعوبات تشخيص المرض والمدة المستغرقة في ذلك

المجموع		لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		3-1 أشهر		أقل من شهر		مدة التشخيص صعوبات التشخيص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	84	16.7	14	42.9	36	26.2	22	14.3	12	الفحوصات مكلفة
100	08	12.5	01	37.5	03	25.0	02	25.0	02	الفحوصات غير دقيقة
100	14	14.3	02	35.7	05	28.6	04	21.4	03	الفحوصات غير متوفرة (بعد المسافة)
100	106	16.0	17	41.5	44	26.4	28	16.0	17	المجموع

الجدول 28: العلاقة بين صعوبات تشخيص المرض والحالة الصحية للطفل خلال فترة التشخيص

المجموع		بقيت مستقرة		ساعات		الحالة الصحية للطفل صعوبات التشخيص
%	ك	%	ك	%	ك	
100	84	20.2	17	79.8	67	الفحوصات مكلفة
100	08	37.5	03	62.5	05	الفحوصات غير دقيقة
100	14	35.7	05	64.3	09	الفحوصات غير متوفرة (بعد المسافة)
100	106	23.6	25	76.4	81	المجموع

• عدد الأمهات اللواتي صرحن بتعرض أطفالهن لأخطاء التشخيص ومواجهة صعوبات أثناء تشخيص المرض.

الملحق (2)

الجدول 29: الطبيب الفاحص وأسباب اختياره

المجموع	دون جواب		آخر		حسب الأعراض		حسب الوضع المادي		لم تعرف أين تتوجه		لكفاءته		الأقرب/ المتوفر		الطبيب المتابع		أسباب اختياره	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
100	90	3.3	03	6.7	06	1.1	01	-	-	-	-	3.3	12	5.6	05	70.0	63	طبيب أطفال
100	73	4.1	03	9.6	07	20.5	15	4.1	03	16.4	12	2.7	02	31.5	23	11.1	08	طبيب عام
100	64	4.7	03	23.4	15	9.4	06	9.4	06	10.9	07	12.5	08	29.7	19	-	-	لا تعرف
100	75	1.3	01	6.4	05	84.0	63	-	-	1.3	01	4.0	03	1.3	01	1.3	01	طبيب من اختصاص آخر
100	302	3.3	10	10.9	33	28.1	85	3.0	09	6.6	20	8.3	25	15.9	48	23.8	72	المجموع

الجدول 30: اختصاص الطبيب الفاحص والقطاع الذي ينشط فيه

المجموع	خاص		عام		القطاع	
	%	ك	%	ك	%	ك
100	90	97.8	88	2.2	02	طبيب أطفال
100	73	13.7	10	86.3	63	طبيب عام
100	64	-	-	100.0	64	لا تعرف
100	75	100.0	75	-	-	اختصاص آخر
100	302	57.3	173	42.7	129	المجموع

الجدول 31: اختصاص الطبيب الفاحص وأعراض المرض الملاحظة

المجموع	أعراض أمراض شائعة		أعراض خفيفة		أعراض حادة		الأعراض الملاحظة	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
100	90	24.4	22	26.7	24	48.9	44	طبيب أطفال
100	73	28.8	21	9.6	07	61.6	45	طبيب عام
100	64	21.9	14	20.3	13	57.8	37	لا تعرف
100	75	05.3	04	65.3	49	29.3	22	اختصاص آخر
100	302	20.2	61	30.8	93	49.0	148	المجموع

الملحق (2)

الجدول 32: اختصاص الطبيب الفاحص وأعراض المرض الملاحظة وعلاقتها بالمدة المستغرقة في إجراء الفحص الطبي

المجموع	لم تحدد المدة		4 أشهر فأكثر		1-3 أشهر		أقل من شهر		المدة المستغرقة أعراض المرض	الطبيب الفاحص	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك			
100	14	7.1	01	7.1	01	28.6	04	57.1	08	أعراض حادة	طبيب أطفال
100	13	23.1	03	30.8	04	46.2	06	-	-	أعراض خفيفة	
100	18	33.3	06	5.6	01	44.4	08	16.7	03	أعراض أمراض شائعة	
100	45	22.2	10	13.3	06	40.0	18	24.4	11	المجموع	
100	23	8.7	02	21.7	05	39.1	09	30.4	07	أعراض حادة	طبيب عام
100	05	-	-	40.0	02	40.0	02	20.0	01	أعراض خفيفة	
100	15	20.0	03	-	-	53.3	08	26.7	04	أعراض أمراض شائعة	
100	43	11.6	05	16.3	07	44.2	19	27.9	12	المجموع	
100	24	8.3	02	8.3	02	54.2	13	29.2	07	أعراض حادة	لا تعرف
100	09	22.2	02	44.4	04	22.2	02	11.1	01	أعراض خفيفة	
100	08	25.0	02	12.5	01	62.5	05	-	-	أعراض أمراض شائعة	
100	41	14.6	06	17.1	07	48.8	20	19.5	08	المجموع	
100	14	-	-	28.6	04	35.7	05	35.7	05	أعراض حادة	طبيب ذو اختصاص آخر
100	30	6.7	02	33.3	10	56.7	17	3.3	01	أعراض خفيفة	
100	04	-	-	25.0	01	25.0	01	50.0	02	أعراض أمراض شائعة	
100	48	4.2	02	31.3	15	47.9	23	16.7	08	المجموع	
100	*177	13.0	23	19.8	35	45.2	80	22.0	39	المجموع الكلي	

الجدول رقم 33: مدى مواجهة صعوبات للحصول على الخدمات العلاجية

%	ك	مواجهة صعوبات لتلقي العلاج
90.1	272	نعم
09.9	30	لا
100	302	المجموع

* عدد الأمهات اللواتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي مباشرة عند ملاحظة أعراض المرض.

الملحق (2)

الجدول رقم 34: صعوبات للحصول على الخدمات العلاجية

%	ك	مواجهة صعوبات لتلقي العلاج
23.2	63	بعد مسافة مركز العلاج
22.8	62	بعد مسافة مركز العلاج، الإهمال ونقص النظافة
54.0	147	عدة صعوبات أخرى
100	*272	المجموع

الجدول رقم 35: مدى معرفة كيفية الاعتناء بالطفل في فترة العلاج

%	ك	معرفة كيفية الاعتناء بالطفل
84.8	256	نعم
15.2	46	لا
100	302	المجموع

الجدول رقم 36: كيفية الاعتناء بالطفل أثناء فترة العلاج

%	ك	كيفية الاعتناء بالطفل أثناء العلاج
58.2	149	النظام الغذائي، النظافة
30.1	77	النظام الغذائي، النظافة وعدم التعرض للشمس
11.7	30	آخر
100	*256	المجموع

الجدول رقم 37: مصدر الحصول على معلومات حول كيفية الاعتناء بالطفل أثناء فترة العلاج

%	ك	مصدر المعلومات
64.5	165	الطاقم الطبي
11.3	29	أمهات الأطفال المصابين
09.4	24	الإطلاع الشخصي
14.8	38	آخر
100	256	المجموع

-
- عدد الأمهات اللواتي صرحن بمواجهة صعوبات تلقي العلاج.
 - عدد الأمهات اللواتي لديهن معلومات عن كيفية الاعتناء بالطفل أثناء فترة العلاج.

الملحق (2)

الجدول رقم 38: مدى رضى الأمهات عن الخدمات العلاجية المقدمة لأطفالهن

الرضى عن الخدمات العلاجية	ك	%
نعم	148	49.0
نوعا ما	128	42.4
لا	26	08.6
المجموع	302	100

الملحق رقم (03)

قائمة المصطلحات الطبية

المصطلح باللغة الفرنسية	المصطلح باللغة العربية
Analyses biologiques	الفحوصات البيولوجية
astrocytomes	الأورام النجمية
Biopsie	الخرزة
Chimiothérapie	المعالجة الكيماوية
Chirurgie	الجراحة
Imagerie médicale	التصوير الطبي
Imagerie en médecine nucléaire	التصوير في الطب النووي
Imagerie par résonance magnétique (IRM)	التصوير بالرنين المغناطيسي
Immunothérapie	العلاج المناعي
Echographie	الفحص الطبي عن طريق الموجات فوق صوتية
Endoscopie	التنظير الداخلي
Ependymomes	الأورام البطانية العصبية
Gliomes	الأورام الدبقية
Hépatoblastome	الورم الأرومي الكبدي
Hépatocarcinome	سرطان الخلايا الكبدية
Laser	الأشعة تحت الحمراء
Leucémie	اللوكيميا

الملحق رقم (03)

Leucémie aiguë	اللوكيميا الحادة
Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL)	اللوكيميا اللمفاوية الحادة
Leucémie aiguë myéloïde (LAM)	اللوكيميا النخاعية الحادة
Leucocorie	بقعة بيضاء أو بريق
Lymphome	سرطان الجهاز اللمفاوي
Lymphome de burkitt	سرطان الغدد اللمفاوية لبوركيت
Lymphome lymphoblastique	سرطان الغدد اللمفاوية اللمفاوي
Médulloblastome	الورم الأرومي النخاعي
Myélogramme	مخطط النخاع العظمي
Néphroblastome	سرطان الكلى
Neuroblastome	الورم الأرومي العصبي
Oncologue	أخصائي علم الأمراض
Ostéosarcome	الساركوما العظمية
Ponction	البزل
Radiographie	التصوير بالأشعة
Radiothérapie	المعالجة بالأشعة
Rhabdomyosarcome	الساركوما العضلية المخططة
Rétinoblastome	الورم الأرومي الشبكي
Sarcome d'Ewing	ساركومة إيوينغ
Scanographie	التصوير الطبقي المحوري
Scintigraphie osseuse	التصوير الومضاني للعظام

الملحق رقم (03)

Strabisme	الحول
Tumeur de Wilms	ورم ويلمز
Tumeurs du cerveau et du système nerveux central	أورام الدماغ والجهاز العصبي المركزي
Trisomie 21	متلازمة داون